



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion 2005

**De la nécessité à la réalité de la
coopération ville-hôpital :
L'exemple du CH de Gonesse**

Céline LALLEMAND

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement :

- ❖ Les membres de l'équipe de direction de l'hôpital de Gonesse, qui ont pris le temps de répondre à mes nombreuses questions. Ils m'ont permis de mieux appréhender les réalités de l'hôpital en me permettant ainsi de poser un regard plus éclairé et expérimenté sur les réalités gonessiennes.
- ❖ Le personnel soignant, médical et d'encadrement sur qui j'ai pu compter lors de mes entretiens et visites dans les différents services. Ils ont facilité un dialogue constructif et m'ont apporté de nombreuses informations sans les censurer.
- ❖ Les différents médecins généralistes et membres de réseaux qui ont éclairé mes réflexions
- ❖ Monsieur Joël Bouffiès, mon référent mémoire, qui m'a accompagnée pendant toute la préparation de celui-ci
- ❖ Monsieur Cédric Lussiez, mon maître de stage qui m'a inlassablement soutenue et encouragée
- ❖ Ainsi que toutes les personnes qui ont accepté de me recevoir, afin d'enrichir mon travail et mes connaissances

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LA NECESSITE DE LA COOPERATION VILLE-HOPITAL	3
1.1 Contexte général	3
1.1.1 Rapide historique.....	3
1.1.2 Point sur la formalisation de la notion de « ville-hôpital » : quelles formes prend-elle ?.....	5
1.1.3 Filières et réseaux	6
1.1.4 Evolution des réseaux.....	7
1.1.5 Les réseaux sont non seulement encouragés mais aussi soutenus.....	9
1.1.6 Autres formes de coopération : les liens informels	10
1.2 La coopération ville-hôpital pour améliorer la qualité des soins	11
1.2.1 Les réseaux, promoteurs de la qualité des soins	11
1.2.2 L'objectif de qualité des soins dans l'organisation sanitaire.....	12
1.2.3 La qualité par la coordination des soins	13
1.2.4 Le médecin traitant et le parcours de soins	15
1.2.5 La qualité par la permanence des soins	16
1.2.6 Permanence des soins et continuité des soins	18
1.2.7 La qualité par la planification des soins	18
1.2.8 Le SROS.....	19
1.3 Le contexte particulier du territoire de santé de Gonesse	21
1.3.1 Présentation du 952	21
1.3.2 Indicateurs socio-économiques et sociaux.....	22
1.3.3 L'offre de soins	24
1.3.4 Démographie médicale	24
1.3.5 La place du CH de Gonesse dans son territoire.....	25
2 LA COOPERATION VILLE-HOPITAL A GONESSE	26
2.1 Les réseaux	27
2.1.1 Le réseau ONCONORD.....	28
2.1.2 REPIES : Réseau de Parcours Individuels d'Education et de Soins	33

2.1.3	Le réseau de diabétologie RDVO	35
2.2	Les autres formes de coopération ville-hôpital	38
2.2.1	Les liens informels mais essentiels entre médecine de ville et médecine hospitalière.....	39
2.2.2	Les conventions ville-hôpital par nécessité économique.....	40
2.2.3	Des liens informels mais réguliers et encadrés pour la prise en charge des patients atteints du VIH	41
2.2.4	L'hospitalisation à domicile	43
2.3	La maison médicale de Gonesse.....	45
2.3.1	Genèse du projet	45
2.3.2	La mise en place du projet de maison médicale.....	46
2.3.3	L'acceptation et l'organisation du projet.....	47
2.3.4	La mise en œuvre du projet.....	49
2.3.5	Quelques éléments du suivi.....	49
3	BILAN ET PERSPECTIVES DE LA COOPERATION VILLE-HOPITAL A GONESSE.....	50
3.1	L'indispensable évaluation.....	51
3.1.1	L'évaluation des réseaux.....	51
3.1.2	L'évaluation de la clarté et de l'accessibilité à ces formes de coopération ville-hôpital.....	52
3.1.3	La place des médecins de ville.....	54
3.2	Les pistes à développer dans le projet médical	57
3.2.1	La maison médicale.....	57
3.2.2	Les conventions IVG	58
3.2.3	Le projet Nouvel Hôpital	61
3.3	Les nouveaux outils de coopération.....	63
3.3.1	Les GCS.....	63
3.3.2	Le modèle des hôpitaux locaux	64
3.3.3	Le DMP	65
3.3.4	Vers une réorganisation complète du système sanitaire ?	67
	CONCLUSION	69
	BIBLIOGRAPHIE	71

INTRODUCTION

Il peut paraître surprenant de parler de coopération ville-hôpital alors que l'hôpital est bien connu pour être une institution importante dans la ville. Pourtant, si son rôle au cœur du territoire est reconnu, les liens tissés entre ville et hôpital ne sont pas toujours aisés à définir. Les patients, notamment sur le territoire de Gonesse, semblent ne pas réaliser qu'ils franchissent une barrière invisible en entrant dans l'enceinte de l'hôpital. Pourtant comme partout ailleurs, c'est le cas, et le cloisonnement ville-hôpital produit inévitablement des répercussions dont les patients subissent les conséquences.

Or le rôle de l'hôpital, notamment d'un hôpital général, est de répondre aux besoins de la population dépendant de son aire d'influence en terme d'urgences, de soins spécialisés et chirurgicaux et de santé publique. Ce rôle ne peut définitivement pas être mené à bien si l'hôpital reste fermé sur lui-même. La particularité de la population du territoire de Gonesse, de par son âge, son niveau socio-économique et ses origines multiples est un facteur qui renforce la nécessité de questionner le rôle et la place de l'hôpital dans le territoire de santé.

Parallèlement, le système de santé français tend à favoriser de plus en plus les liens entre l'hôpital et ses partenaires, et en particulier l'hôpital et la ville, à travers des décisions politiques et juridiques.

Ces évolutions trouvent un écho favorable sur le territoire de Gonesse puisque l'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur est, sinon imposée de fait, du moins encouragée de droit.

La coopération ville-hôpital est aussi une voie indispensable à explorer et à utiliser pour un directeur d'hôpital en début de carrière.

Le terme « coopération » a été choisi et privilégié par rapport à ceux de « partenariat » ou « réseaux » car ces derniers expriment intrinsèquement une connotation plus fermée que ne le laisse entrevoir « coopération ». Pourtant, la coopération est une notion souvent employée dans les relations internationales, mais il nous a paru plus intéressant de risquer cette assimilation plutôt que d'induire a priori un sens déjà beaucoup utilisé dans le domaine de la santé avec ces autres termes.

L'angle d'approche de cette étude ne peut pas concerner l'ensemble des liens entre ville et hôpital. Ceux-ci sont en effet constitués par les réseaux associatifs, la place des bénévoles, les liens avec le secteur médico-social, les liens avec les services des collectivités locales, pour n'en citer que quelques uns. Cette étude se veut proche des réalités du patient dans son contact symbolique et fort avec l'hôpital, à savoir, le contact

avec un médecin. Si plus de personnels non médicaux gravitent autour et assurent la prise en charge du patient, ce dernier attend rarement de l'hôpital une rencontre non médicalisée. Le médecin est aussi le référent santé en ville, dans le quotidien de toute la population, à l'école, au travail, en dispensaires ou en cabinet. S'il ne l'est pas, de nombreux problèmes se révèlent au moment où des soucis de santé surviennent et la première approche entre ville et hôpital commence déjà à se faire sentir. Ainsi l'angle d'étude est-il celui des médecins. Il permet de se positionner du point de vue du patient, objectif essentiel de l'hôpital, comme du point de vue des médecins, éléments fondamentaux voire fondateurs des relations entre ville et hôpital.

Enfin, si l'expression « ville-hôpital » est consacrée, elle mériterait parfois d'être remplacée par celle d'« hôpital-ville » tant il est difficile de mettre en place, encore à l'heure actuelle, des initiatives aboutissant avec succès, à partir de la ville. Pourtant elles existent mais ne justifient pas complètement le sens « ville-hôpital » de l'expression, puisque la réalité est souvent inverse.

Après avoir démontré dans une première partie la nécessité de la coopération ville-hôpital, du point de vue de l'Etat mais aussi du point de vue des spécificités locales, nous brosserons un portrait de la réalité de cette coopération à Gonesse et sur son territoire. De cette réalité émaneront des aspects qu'il conviendra de critiquer, pour en tirer des enseignements et proposer, en troisième partie des pistes d'évolution ou d'amélioration, et des perspectives nouvelles pour l'avenir.

1 LA NECESSITE DE LA COOPERATION VILLE-HOPITAL

L'objet de cette partie est de montrer comment, sous l'effet conjugué d'un contexte favorisant le rapprochement ville-hôpital et à travers un arsenal juridique de plus en plus complet, la coopération ville-hôpital est apparue et apparaît non seulement souhaitable, mais en plus nécessaire.

1.1 Contexte général

1.1.1 Rapide historique

Les ordonnances du 24 avril 1996 ont signé la reconnaissance officielle d'un nouveau mode d'organisation du système sanitaire. Un des axes de la réforme consistait à favoriser l'ouverture des établissements de santé sur leur environnement. Cette ouverture de l'hôpital devait également s'effectuer vers les professions de santé installées en ville. Cette prise en compte par l'arsenal juridique des changements du système sanitaire est le fruit d'une évolution progressive.

L'ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des CHU, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de l'enseignement médical, dite réforme Debré, instaure une médecine hospitalo-universitaire exclusivement hospitalière, en créant le temps plein médical. Avant cette réforme, les médecins partageaient leur temps entre la faculté, l'hôpital et leur cabinet « de ville ».

S'il n'était pas question de construire une barrière artificielle entre les deux médecines, la distinction était pourtant dès lors bel et bien présente.

D'autre part, les liens entre la ville et l'hôpital étaient surtout motivés par l'état de santé du patient et ses besoins en termes de soins immédiats. S'il n'accédait pas à l'hôpital par le biais des urgences, le patient était envoyé voire recommandé à l'hôpital. Les liens étaient alors de nature purement personnelle - lorsque le médecin de ville adressait le patient à un spécialiste hospitalier en particulier – ou purement nécessaires – lorsque ce patient « devait être » hospitalisé.

Puis, afin de contrôler l'offre de soins hospitalière –et pour éviter qu'un trop grand nombre de lits hospitaliers induisent un fort taux de malades- la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, véritables prémices d'une planification hospitalière,

crée la carte sanitaire. Celle-ci s'appuie sur un régime très coercitif d'autorisations pour créer, étendre et, le cas échéant, supprimer des lits hospitaliers tant publics que privés. La carte sanitaire modifie donc sensiblement les habitudes médicales, puisqu'elle consacre l'idée que l'hôpital ne peut plus recevoir, rapidement, tous les patients adressés par tous les médecins de ville. Des systèmes de priorités, d'évaluation de l'urgence par les médecins de ville et de partage des ressources disponibles commencent à se mettre en place.

Dans les années 1980, le monde de la santé n'échappe pas à une remise en cause profonde de son organisation, ou plutôt de ses organisations, par l'effet conjugué de plusieurs facteurs :

- L'évolution des besoins des patients et usagers. On assiste en effet à l'émergence des maladies chroniques, qui bien qu'existantes auparavant, n'étaient pas aussi fortement mises en valeur et dont les causes n'apparaissaient pas aussi sociétales. Les progrès de la médecine sont fulgurants et ils commencent à avoir des effets sur le mode de fonctionnement même du système de santé français : en effet, les avancées médicales et technologiques ont pour effet de diminuer de façon spectaculaire la durée de séjour à l'hôpital. De plus, la diminution de la DMS engendre le transfert vers la médecine non hospitalière d'un nombre croissant de traitements. Ces traitements en ville remplacent parfois une hospitalisation rendue inutile ou assurent au patient un retour plus précoce au domicile par une prise en charge ambulatoire.
- La pression économique se fait de plus en plus forte. La loi hospitalière du 31 juillet 1991 vient en ce sens consacrer les fondements posés par la loi du 31 décembre 1970 en termes de planification hospitalière. Elle tend à rationaliser l'offre de soins en agissant sur la planification de l'offre hospitalière et en limitant les actes ou examens inutiles ou redondants. De profondes réformes sont mises en place pour que la pérennité du système ne soit pas mise en danger par la limitation des ressources. En 1983, le système de la dotation globale est mis en place. Il oblige chaque hôpital à ne pas dépasser l'enveloppe de crédits attribuée a priori par la caisse pivot dont il dépend. Ce système apporte un nouveau souffle aux finances hospitalières mais atteint rapidement ses limites si bien que d'autres réflexions commencent à se mettre en place pour aboutir, d'abord au système du point ISA, puis finalement à la tarification à l'activité, réforme révolutionnaire dans le système de santé français, mise en place en 2004.

- L'évolution profonde des hommes qui se traduit par la volonté des usagers du système de soins et des professionnels de santé d'être considérés comme des acteurs à part entière. Ils refusent désormais, soit d'être des patients passifs, soit d'être de simples exécutants agissant dans un cadre réglementaire ou statutaire rigide. Citons seulement comme exemple la manifestation des infirmières, qui, selon Michel SIMART, symbolise leur besoin de reconnaissance dans le monde hospitalier, reconnaissance qu'elles ont acquise par le statut de 1988. Par ailleurs, les usagers commencent à se faire entendre au sein de l'hôpital, en se réunissant en associations par exemple et obtiennent un siège au Conseil d'Administration de l'hôpital.
- La prise de conscience par la population française des enjeux de santé publique, qui la rend plus vigilante aux questions relatives à la sécurité des soins et au risque d'émergence de grands fléaux sanitaires, suite à l'épidémie de la vache folle, aux problèmes de légionellose et à la recrudescence de la tuberculose dans certaines zones par exemple.
- De même, le vieillissement de la population et le développement de la précarité, entraînent des besoins nouveaux de prise en charge, que l'hôpital ne peut pas nécessairement couvrir.

D'où l'ouverture d'une réflexion sur les liens entre la ville et l'hôpital.

1.1.2 Point sur la formalisation de la notion de « ville-hôpital » : quelles formes prend-elle ?

Il est très difficile de dater l'apparition de la notion de « ville-hôpital » dans la mesure où les liens qui unissent médecins de ville et hôpital sont multiples mais impalpables jusqu'assez récemment.

Le développement des réseaux de soins s'est appuyé sur l'apparition de groupes de populations particulièrement en difficulté, pour lesquels le système de prise en charge existant était inadéquat. Le vieillissement de la population et les nouveaux problèmes de santé publique se sont en effet heurtés à la stricte séparation des responsabilités entre le sanitaire et le social d'une part et d'autre part, au cloisonnement existant entre prise en charge en ville et prise en charge à l'hôpital. Ainsi les premiers réseaux sont nés autour de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et le maintien à domicile. L'accès aux soins des plus démunis ou des personnes en situation de précarité est un

deuxième thème de réflexion depuis les années 80. Le SIDA au début des années 90 a donné une impulsion aux réseaux VIH ville-hôpital, institutionnalisés par une circulaire du ministère de la santé¹. Des problèmes comme la toxicomanie ou la santé des jeunes ont été par la suite au cœur des préoccupations. La naissance de ces différents réseaux signe la volonté officielle des acteurs de santé de se coordonner pour la prise en charge des patients et populations.

D'ailleurs, différentes circulaires ont préconisé la coopération des structures et des professionnels pour ce type de problème².

La loi hospitalière du 31 juillet 1991³ cite, pour la première fois dans un texte de loi, la possibilité pour les établissements de santé, de créer des réseaux coordonnés de soins pour permettre une meilleure prise en charge des patients. Si elle ne fait pas directement référence aux réseaux ville-hôpital, elle incite cependant les établissements assurant le service public hospitalier à « participer, avec les médecins traitants (...) à l'organisation des soins coordonnés au domicile du malade. »

Cette démarche traduit non seulement la volonté du législateur de voir les acteurs du système de soins coopérer plus régulièrement entre eux afin de réduire les coûts mais reflète aussi l'évolution des pratiques médicales. En effet, une étude⁴ a montré qu'en moyenne 6 à 8 professionnels de la ville et de l'hôpital interviennent simultanément sur un patient. Ces professionnels produisent de plus en plus nombreuses, notamment grâce aux plateaux techniques et mettent en œuvre des thérapeutiques de plus en plus efficaces.

1.1.3 Filières et réseaux

En terme d'organisation, le mot réseau (du latin « retis » : filet) suppose, pour un problème donné, un accès par divers points et une circulation à travers un maillage qui relie ces points sans passage obligé pour que l'action soit adaptée au mieux à chaque cas particulier en limitant les interventions au nécessaire. En ce sens, c'est l'inverse du

¹ Circulaire DGS/DH n°612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH

² Circulaires DGS n° 74 bis du 2 décembre 1993 et n°88 du 1^{er} décembre 1994 relatives à la mise en place de réseaux de santé de proximité

³ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

⁴ issue du « guide de constitution des réseaux de l'AP-HP »

concept de filière (du latin « filum » : fil) qui suppose le passage par des étapes obligatoires et successives.

Une « filière de soins » est la trajectoire des patients au sein d'un système caractérisé par des intervenants successifs, par la nature des soins apportés par chacun d'entre eux et par les règles de progression du patient entre ces divers intervenants. Selon le Pr Charles HONNORAT⁵, « la filière de soins est la résultante de la nature et de l'importance de l'offre et des règles de fonctionnement qui sont mises en place. » « L'organisation en filières respecte l'indépendance des acteurs, chacun prenant la suite de l'autre par un mécanisme d'adressage. La continuité est assurée par le passage de relais sous forme de courrier ou de compte-rendu. Il n'y a pas de règles organisant la filière de soins entre l'hôpital et le secteur ambulatoire ».

1.1.4 Evolution des réseaux

Les réseaux de santé, en se multipliant, ont aussi beaucoup évolué.

Au milieu des années 90, le bilan des initiatives a donné les conclusions suivantes : les réseaux souffraient de l'absence de cadre réglementaire et d'un manque de moyens. Les ordonnances Juppé d'avril 1996 ont ainsi voulu donner un nouveau souffle aux réseaux de soins, en encourageant d'une part la prise en charge en réseau et en instaurant d'autre part la notion de prise en charge " globale " c'est-à-dire non seulement médicale, mais aussi économique.

Deux des ordonnances Juppé du 24 avril 1996 viennent en effet consacrer l'existence des réseaux au niveau juridique⁶.

L'ordonnance relative à la maîtrise des dépenses de soins prévoit l'expérimentation de nouvelles formes d'organisation des soins sur une période allant jusqu'au 31 décembre 2006 : les filières et les réseaux de soins. Les filières articulent les interventions auprès du patient autour d'un médecin généraliste chargé du suivi médical et de l'accès des patients au système de soins. Les réseaux coordonnent, notamment entre la ville et l'hôpital, la prise en charge de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques. Dans ce cadre, des mesures ont été prises afin de déroger aux règles habituelles en matière de prise en charge, de tarification et de mode de rémunération des professionnels.

Communément appelés « réseaux SOUBIE », du nom du Président du Conseil d'Orientation des Filières et Réseaux Expérimentaux de Soins (COFRES), les réseaux de

⁵ intervention en amphithéâtre à l'université de Rennes I le 18 novembre 2002

⁶ ordonnances n° 96-345 et 96-346 du 24 avril 1996

soins expérimentaux relèvent du Code de la Sécurité Sociale (CSS) et doivent coordonner les interventions de différents professionnels de santé.

Ce COFRES est également créé par les ordonnances de 1996. Il est mis en place en 1998. Composé de 34 membres représentant les financeurs, les professionnels, les établissements de santé et les économistes de la santé, son rôle est d'émettre un avis sur l'opportunité des projets de réseaux et de filières avant leur agrément ministériel.

Pour compléter ce dispositif, la circulaire ministérielle DGS n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, palliatifs, curatifs ou sociaux, assigne aux Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) un rôle d'impulsion dans ces domaines afin de susciter une nouvelle génération de réseaux de soins. Ces réseaux dits « de nouvelle génération » sont donc initialisés par les DDASS en vue de combler un manque dans l'offre de soins départementale, notamment dans le cadre des orientations définies par la conférence régionale de santé. Le rôle des DDASS consiste à solliciter des institutions et à faire appel aux professionnels libéraux par l'intermédiaire des ordres et syndicats professionnels afin de motiver leurs futurs participants.

De plus, dès le 25 juin 1999, la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement durable disposait dans son article 17 : « le schéma de service collectifs sanitaires (...) favorise la mise en réseaux d'établissements assurant le service public hospitalier et (...) la coordination des soins, en développant la complémentarité entre la médecine hospitalière, la médecine de ville et la prise en charge médico-sociale. »

Enfin, la loi de financement de la Sécurité Sociale du 23 décembre 1998⁷ crée le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (le FAQSV). Selon le décret du 12 novembre 1999, ce fonds contribue au financement de toutes actions « concourant notamment à l'amélioration des pratiques professionnelles (...), à la mise en place et au développement de formes coordonnées de prise en charge et notamment des réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé ». Selon l'URCAMIF, « l'ensemble des réseaux prévus réglementairement, ainsi que tous les mécanismes de coopération et de coordination (...) entre professionnels » sont concernés.

⁷ Article 25 de la loi 98-1194 du 23 décembre 1998 modifiée par la loi 01-1246 du 21 décembre 2001

L'évolution de la législation relative aux réseaux a connu son apogée avec la reconnaissance de ceux-ci dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS). En effet, la LFSS du 21 décembre 2001, prévoit, à l'article 36, un mode de financement propre aux réseaux. L'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) contient désormais une dotation nationale dédiée au développement des réseaux (DNDR). Cette enveloppe fait donc désormais partie de l'ONDAM au même titre que celles attribuées aux établissements publics de santé, aux cliniques, aux établissements médico-sociaux et aux soins de ville. La DNDR s'élevait à 22,87 millions d'euros en 2002, à 45,87 millions d'euros en 2003 et à 125 millions en 2004 (grâce notamment à l'impulsion donnée par la Loi du 4 mars 2002)

L'annexe I de la circulaire du 25 novembre 1999 définit les règles minimales auxquelles doivent se conformer tous les réseaux pour pouvoir prétendre à un financement de l'Etat.

Elles concernent en particulier :

- o Les modalités d'organisation
- o Le processus de coordination entre professionnels
- o L'articulation avec les institutions extérieures
- o La place des populations dans le processus
- o Les moyens mis en œuvre pour le suivi et l'évaluation du réseau

1.1.5 Les réseaux sont non seulement encouragés mais aussi soutenus.

En juin 2001, Bernard KOUCHNER, ministre délégué à la santé déclarait au cours d'un colloque :

« La mise en réseau répond, de fait, à un certain nombre de difficultés parfaitement identifiées dans notre système de soins : besoin de coordination face à des pratiques très individualistes, continuité des soins notamment entre l'hôpital et la ville, possibilité de prendre en charge des actions mal rémunérées par le paiement à l'acte comme l'éducation pour la santé par exemple.

Mais c'est aussi une réponse aux nouveaux besoins de santé – développement des maladies chroniques liées au vieillissement par exemple - qui couplée aux attentes d'usagers plus avertis, exige en effet des prises en charge à la fois plus globales et mieux coordonnées.

De ce point de vue, la dichotomie entre d'un côté l'hôpital lieu de la technicité, mais aussi temple d'une hiérarchie professionnelle redoutée, et de l'autre les médecins de ville trop souvent isolés dans leur pratique, est et reste une réalité qu'il faut faire évoluer.

Ces deux dispositifs, partie prenante du même système de soins, coexistent davantage qu'ils ne travaillent véritablement ensemble au détriment de l'utilisateur qui ne peut y trouver son compte.

Cette situation est aujourd'hui dépassée et constitue un lourd handicap pour notre système de soins. »

On peut ainsi désormais distinguer quatre types de réseaux :

- Les réseaux expérimentaux, centrés sur le soin des pathologies spécifiques, dits réseaux Soubie (article L. 162-31-1 du Code de la Sécurité Sociale)
- Les réseaux inter-établissements, qui ne nous concernent pas directement ici
- Les réseaux ville-hôpital mono-thématiques : ce sont ceux qui ont d'abord pris en charge des patients atteints de VIH ou toxicomanes et qui concernent désormais en plus des pathologies diverses (hépatite C, cancer, maladies chroniques etc..)
- Les réseaux de santé de proximité financés par l'Etat : parallèlement à la prise en charge médico-sociale des patients d'un quartier ou d'une ville, ils développent une activité de santé publique ou de santé communautaire en associant professionnels de santé, du secteur social et associations.

Les réseaux, caractérisés par leur montée en charge progressive puis exponentielle, apparaissent comme l'élément incontournable et essentiel de la coopération ville-hôpital. Pourtant, d'autres déclinaisons de cette coopération existent et ne se limitent pas à la notion de réseaux.

1.1.6 Autres formes de coopération : les liens informels

Selon Renée-Claire MANCRET, les réseaux de correspondants ou réseaux non formalisés sont essentiels pour l'activité des médecins. Ils sont centrés sur l'expertise d'un ou plusieurs référents, qu'ils soient hospitaliers, libéraux ou mixtes. C'est une structure informelle qui ne fonctionne que sur les relations que les professionnels établissent entre eux. La pérennité de ce réseau n'est assurée que par l'évaluation positive que font les utilisateurs eux-mêmes de ce mode de fonctionnement. En effet, dès que les objectifs du réseau ne sont plus atteints ou que les utilisateurs sont mécontents, ils cessent de faire appel aux autres membres et le réseau s'éteint de lui-même.

Si ces liens informels persistent, ils peuvent aboutir à la formalisation de liens autres que le réseau, tels que la convention ou le partenariat.

Ces liens peuvent s'avérer tellement nécessaires qu'ils ne sont pas seulement encouragés, ils sont même obligatoires, comme dans le cadre de l'IVG médicamenteuse. En effet la circulaire n° DGS/DHOSDSS/DREES/04/569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des IVG en ville et en établissements de santé ouvre la possibilité aux médecins généralistes ou gynécologues installés en ville, de pratiquer des IVG médicamenteuses à leur cabinet, sous réserve de passer une convention obligatoire avec un établissement de santé.

Si la multiplication des textes démontre la volonté des pouvoirs publics de valoriser des modes de prise en charge tels que les réseaux, la précision qui tend à qualifier leur contenu prouve aussi l'absolue nécessité qui guette l'hôpital et la médecine de ville, de coopérer plus fermement afin de préserver la qualité des soins.

1.2 La coopération ville-hôpital pour améliorer la qualité des soins

1.2.1 Les réseaux, promoteurs de la qualité des soins

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé accompagne ce changement en donnant un nouvel élan aux réseaux par une définition claire et un élargissement de leurs compétences. Les réseaux de soins deviennent des réseaux de santé, avec une définition unique quel que soit leur promoteur (ville ou hôpital). Selon l'article 6321-1 du Code de la Santé Publique (CSP), les réseaux de santé ont pour objet de « favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires ».

De plus, ils « assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne, tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic, que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations ». Ils entrent tout à fait dans le cadre des coopérations ville-hôpital puisqu' « ils sont constitués entre des professionnels de santé libéraux, des établissements de santé, des institutions sociales et médico-sociales ou des organismes à vocation sanitaire et sociale. »

L'accent est mis ici sur la prise en charge adaptée aux besoins de la personne, et ce, quel que soit le mode de prise en charge – simple ou en partenariat- ainsi que sur l'évaluation et la qualité des soins. C'est dans cet esprit que les réseaux sont, et doivent être constitués.

Cette loi permet aussi aux établissements publics de santé de participer aux réseaux de ville, ce qui incite encore plus au décloisonnement entre les secteurs hospitaliers et ambulatoires.

Jusqu'en 2002, les réseaux de soins (désormais réseaux de santé) prenaient plutôt en charge une population par type de pathologie que par aire géographique. Pourtant ces deux notions ne sont pas incompatibles. L'objectif affiché est en effet aujourd'hui de favoriser l'émergence de réseaux « généraux », interdisciplinaires et inter-professionnels, à dominante géographique. Les réseaux de cancérologie sont par exemple cantonnés à une aire géographique donnée, comme ONCONORD pour le Val d'Oise, ONCOROP pour l'Ouest parisien, Onco 94 pour le Val de Marne etc ...

L'article D.766-1-2 du CSP encadre la création et le fonctionnement de ces réseaux en ajoutant un critère de pertinence territorial et épidémiologique aux critères existants. Ainsi, les réseaux de santé « doivent répondre à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social ».

Déjà en 1996, l'ordonnance n°96-346 portant réforme de l'organisation publique et privée prévoyait la création de réseaux de soins avec un champ d'action plus large que ceux existant auparavant. Aucune modification des modes de prise en charge n'est alors prévue mais l'objectif est de parvenir à une meilleure orientation du patient, à la coordination et à la continuité des soins ainsi qu'à la délivrance de soins de qualité.

La qualité des soins est un objectif devenu impératif au fil du temps. Aujourd'hui, en 2005, pas une seule réforme ou une seule loi concernant la santé ne peut être votée sans que la qualité des soins et de la prise en charge soit un élément pivot du dispositif.

1.2.2 L'objectif de qualité des soins dans l'organisation sanitaire

Nous ne citerons comme exemple que la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui dispose dans son article 2: «La politique de santé publique concerne (...) la qualité et la sécurité des soins ».

La qualité des soins est un objectif également poursuivi dans la mise en place et la constitution des réseaux.

En effet, l'article L.6321-1 du CSP, en application de l'ordonnance du 4 septembre 2003, dispose: « Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité (...) peuvent bénéficier de subventions d'Etat ».

En outre, le manuel d'accréditation des établissements de santé, publié par la Haute Autorité de Santé (HAS ex ANAES) contient de nombreux référentiels relatifs à la qualité des soins.

Le décret du 26 octobre 2004 précisant les missions de la HAS, son organisation et son fonctionnement stipule que la certification des établissements de santé⁸ porte également sur les réseaux de soins. La mission « qualité et coordination des soins au patient » inclut notamment l'évaluation médico-économique des réseaux de santé « ville-hôpital ». L'ANAES avait, en outre, publié un « guide d'évaluation pour les réseaux de santé » destiné à poursuivre le travail engagé par l'ANAES sur les réseaux de santé et à préparer l'accréditation des réseaux de santé.

La qualité des soins intervient alors comme facteur décisif dans le financement du réseau mais aussi comme critère d'évaluation en vue d'obtenir la certification. La qualité des soins passe donc aussi par la coordination des soins.

1.2.3 La qualité par la coordination des soins

Au-delà de la formalisation et du financement des réseaux, les pouvoirs publics mettent l'accent depuis quelques années sur la coordination des soins. La notion de coordination des soins a l'avantage de recouvrir plusieurs champs de compétences : elle est nécessaire à la qualité des soins et à la satisfaction de l'utilisateur, elle implique une coopération entre professionnels, y compris hospitaliers et non hospitaliers, elle met en lumière le débat sur le dossier médical personnel et elle permet une maîtrise des dépenses de santé en recentrant les dépenses sur les besoins.

La circulaire DH/EO n°97-277 du 9 avril 1997 énonce : « Assurer la continuité et la coordination des soins pour l'ensemble des patients, que ce soit par l'adoption de procédure spécifique entre établissements de santé ou par une plus grande ouverture de l'hôpital sur la ville ou à l'inverse une meilleure participation des praticiens libéraux aux besoins spécifiques de certains établissements de santé. »

En novembre 2004, l'UNCAM a érigé en principe de base par un vote du Conseil : « Le choix de l'assurance maladie de concentrer son investissement financier sur la coordination des soins et l'organisation du parcours de soins coordonnés ». Elle prévoyait en outre de valoriser le recours au parcours de soins et la coordination des soins de la

⁸ la loi du 13 août 2004 a remplacé l'accréditation par la certification

part des médecins en créant une « option de coordination », pour inciter les praticiens du secteur 2 à respecter les tarifs opposables, et donc la maîtrise médicalisée des dépenses.

En janvier 2004, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, qui regroupe l'ensemble des acteurs politiques (représentants du Parlement), sociaux (représentants des syndicats et du MEDEF) et médicaux du système d'assurance maladie, a adopté à l'unanimité son rapport intitulé « L'avenir de l'assurance maladie ». Celui-ci souligne l'enjeu majeur pour la réforme de l'Assurance Maladie qu'est « l'urgence d'un redressement par la qualité ». En effet, « il faut d'abord s'attacher résolument à améliorer le fonctionnement du système de soins et la coordination de ses acteurs »

La coordination des soins est un objectif de santé publique qui figure expressément dans le CSS et qui est notamment décliné comme suit : article L.161-36-1 : « Afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gages d'un bon niveau de santé ». De même, l'intitulé du chapitre IV du titre II du livre III comprend : « Qualité et coordination des soins (...) »

Plusieurs programmes assurent la mise en œuvre effective de la coordination des soins, appelée des vœux des pouvoirs publics :

- Le dossier médical personnel : article L.161-36-2 : « Dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables ainsi que (...) du Code de la Santé Publique, et selon les modalités prévues à l'article L.1111-8 du même code, chaque professionnel de santé, exerçant en ville ou à l'hôpital, quel que soit son mode d'exercice, reporte dans le dossier médical personnel, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge. » En outre, les professionnels hospitaliers sont invités à faire un résumé relatif au séjour du malade relatant les principaux éléments de celui-ci à destination des professionnels libéraux qui pourraient prendre en charge le patient par la suite en ville. Par ailleurs, l'article L.161-36-1 garantit au patient le droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant.
- Les modalités concernant les affections de longue durée (ALD), pour illustration, sont modifiées afin que les médecins exerçant en ville et ceux exerçant à l'hôpital « établissent conjointement un protocole de soins qui mentionne » les obligations de qualité et de coordination des soins.

- Le choix d'un médecin traitant : article L.162-5-3 : « Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré (...) indique à son organisme (...) d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. (...) Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste (...) ou un médecin hospitalier.

Entrons dans le détail de ce dernier aspect de la coordination des soins :

1.2.4 Le médecin traitant et le parcours de soins

La réforme adoptée en août 2004 par le Parlement⁹ a pour ambition d'engager de manière décisive une dynamique permettant de soigner mieux en dépensant moins. La mise en place du parcours de soins coordonnés par un médecin traitant s'inscrit dans cet esprit. Selon l'assurance maladie¹⁰, ce nouveau dispositif permet concrètement aux assurés de bénéficier d'un suivi médical plus efficace : le médecin traitant dispose en effet de toutes les informations nécessaires et il permet aux financeurs publics de la santé de s'y retrouver puisque les examens ou consultations redondants ou mal ciblés sont évités, grâce à un meilleur chaînage du parcours du patient, en ville et à l'hôpital.

En juin 2005, 4 mois après l'entrée en vigueur de la convention médicale, 96% des Français connaissent le dispositif et 91% comptent choisir un médecin traitant à l'occasion d'une consultation habituelle. Les médecins libéraux ont, quant à eux, massivement participé : 98% des généralistes ont signé un formulaire de médecin traitant. Ce dispositif est encore trop récent à l'heure où ce mémoire est rédigé (été 2005) pour en tirer des conclusions, notamment sur les enjeux sur la coopération ville-hôpital mais il est déjà évident que les modalités mises en œuvre ne sont pas des initiatives totalement nouvelles ou isolées.

Cette notion de « parcours de soins » est née des initiatives destinées à améliorer la prise en charge du patient et à éviter les ruptures d'homogénéité dans les soins apportés au patient, en ville comme à l'hôpital.

Elle suppose toutefois pour être efficiente, la garantie d'une permanence des soins.

⁹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie parue au JO n°190 du 17 août 2004

¹⁰ lettre d'information de l'assurance maladie aux médecins, juin 2005

1.2.5 La qualité par la permanence des soins

La permanence des soins recouvre la capacité à prendre en charge les demandes de soins non programmées non urgentes (si elles sont urgentes, il s'agit alors d'urgences médicales), ce qui en fait une mission essentiellement dévolue à la médecine ambulatoire. On parle de permanence des soins notamment « en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés » selon l'article R.730 du Code de la Santé Publique.

Depuis l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, la permanence des soins est organisée au niveau départemental, en lien avec les établissements de santé.

Dans chaque département a ainsi été créé un CODAMUPS, Comité De l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires, selon l'article L. 6313-1 du CSP.

Le CODAMUPS (remplaçant le CODAMU) est un organe de concertation qui a pour mission de faire des propositions au Préfet en matière d'aide médicale urgente et de permanence des soins et d'en assurer le suivi. Le CODAMUPS permet de vérifier l'adéquation entre les besoins et les propositions d'organisation qui peuvent émaner des professionnels de santé (l'exemple de Gonesse le prouvera). Il permet aussi de valider l'organisation départementale mise en place pour répondre aux soins non programmés et de définir les procédures de coopération entre les différents intervenants de la permanence des soins.

La distinction entre permanence des soins et aide médicale urgente n'est pourtant pas aisée à établir. Ainsi, selon une étude réalisée par le syndicat MG France¹¹, la permanence des soins devrait plutôt être entendue comme s'exerçant de 20 heures à 23 heures en semaine, et constituée d'une tranche le matin, et d'une tranche l'après-midi pour les dimanches et jours fériés. Il estime en effet qu'en dehors de ces tranches horaires, les besoins en soins exigent une intervention immédiate, relevant donc de l'aide médicale urgente, disposant d'équipes mobilisables 24 heures sur 24, d'une compétence spécifique et du matériel de réanimation.

Selon les médecins libéraux, la permanence des soins doit concerner les actes pour lesquels une intervention dans la demi-journée est suffisante. Une intervention dont les délais de prise en charge sont plus brefs relèverait de l'aide médicale urgente.

¹¹ site Internet du syndicat MG France

Les médecins généralistes ont longtemps organisé eux-mêmes la réponse aux demandes de soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. La multiplication des cabinets médicaux regroupant plusieurs médecins s'explique d'ailleurs en partie par ce besoin de se regrouper. Le décret du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale formalisait cette contrainte, la faisant peser sur tout médecin : « Dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit. Le Conseil départemental de l'Ordre peut néanmoins accorder des exemptions compte tenu de l'âge du médecin, de son état de santé et éventuellement, de ses conditions d'exercice ».

En cas de refus de participer au tour de garde, un médecin s'exposait donc à des sanctions. En outre, la section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre avait déclaré, par une décision du 22 avril 1998, qu'il appartenait au Conseil départemental de l'Ordre d'organiser la garde en cas de défaillance.

Un certain nombre de médecins s'était donc organisé afin que soient assurés les tours de garde. Mais les difficultés croissantes pour trouver des volontaires ainsi que les exigences de plus en plus fortes –et pas toujours justifiées- de nombreux patients, ont abouti à une montée des mécontentements parmi les professionnels. Ce mécontentement a culminé lors de l'important mouvement des médecins généralistes en hiver 2001-2002. Ce mouvement a confirmé une forte demande de réorganisation des gardes, astreintes et régulations des appels durant les heures de la permanence des soins.

De négociations avec les caisses d'assurance maladie en modifications du code de déontologie, la permanence des soins a beaucoup évolué sur le plan juridique.

Le 12 juillet 2002, le Ministre de la Santé a confié au sénateur Descours la responsabilité d'un groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. La mission de ce groupe était d'une part de définir la nature de la mission de permanence des soins, d'autre part de définir des solutions susceptibles d'être mises en œuvre pour garantir un égal accès aux soins. A cette occasion, le groupe a analysé les modes de collaboration existants ou à créer entre médecins libéraux et structures hospitalières, afin de répondre aux besoins de la permanence des soins.

Parallèlement, la notion de permanence des soins (obligation déontologique) a reçu une consécration législative : inscrite au Code de la Santé publique dans la partie « Etablissements et services de santé », le chapitre 4 « permanence des soins » dispose, à l'article L.6314-1 « Sous réserve des missions dévolues aux établissements de santé, les médecins mentionnés à l'article L.162-5, dans le cadre de leur activité libérale, et à l'article L.162-32-1 du Code de la Sécurité sociale, participent, dans un but d'intérêt général, à la permanence des soins, dans des conditions et selon des modalités d'organisation définies par un décret en Conseil d'Etat ».

Deux décrets en Conseil d'Etat, en date du 15 septembre 2003 ont précisé la notion d'intérêt général et le devoir du médecin de participer à la permanence des soins.

1.2.6 Permanence des soins et continuité des soins

La permanence des soins doit en outre être distinguée de la continuité des soins qui n'est pas la capacité à apporter en toute circonstance une réponse à l'expression d'un besoin de santé, mais qui désigne l'aptitude à prendre en charge le patient dans la durée.

La continuité des soins est notamment assurée par le compte-rendu d'hospitalisation remis au patient, la lettre adressée par le service hospitalier au médecin traitant du patient ou le partage du dossier du patient (notions que nous aborderons plus loin). L'article 47 du Code de déontologie médicale précise en effet : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée »

1.2.7 La qualité par la planification des soins

Si les réseaux sont aussi fortement et unanimement encouragés, c'est aussi dans un souci de planification des soins. En effet, dans un contexte de raréfaction des ressources (même si les moyens financiers augmentent constamment, les coûts et les types de prise en charge aboutissent à une diminution virtuelle des ressources), la qualité des soins passe par la planification des soins. Planifier c'est éviter les doublons (examens, prises en charge, équipements...) et assurer au patient le meilleur traitement, au meilleur endroit, au meilleur moment.

Nous avons vu que la loi du 31 juillet 1991 est venue consacrer la notion de planification hospitalière créée par la loi du 31 décembre 1970. La planification s'appuyait alors sur des indices nationaux, servant de cadre à une répartition géographique des équipements hospitaliers.

La création des ARH par les ordonnances de 1996 a introduit une nouvelle manière de penser la planification hospitalière.

Les Agences Régionales de l'Hospitalisation ont en effet une triple mission, définie par l'article L 6115-1 du code de la santé publique :

- Définir et mettre en oeuvre la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers à travers le Schéma Régional d'organisation sanitaire (SROS) et la carte sanitaire,
- Analyser et coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés,
- Déterminer leurs ressources à travers la campagne budgétaire.

La réflexion s'articulait alors autour des CROSS (Comité Régional de l'Organisation Sanitaire), des cartes sanitaires et des SROS.

1.2.8 Le SROS

Selon l'ARH d'Ile-de-France, « le SROS vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé. Il détermine l'organisation territoriale des moyens de toute nature, compris ou non dans la carte sanitaire, qui permettra la réalisation des objectifs poursuivis. Le SROS et son annexe sont opposables. »¹²

A partir des SROS dits de 2^{ème} génération, la notion de liens entre ville et hôpital est ouvertement prise en compte et encouragée.

La circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération pose ainsi comme objectif une association plus étroite entre établissements, professionnels, élus et usagers.

L'importance de la coopération ville-hôpital apparaît encore plus clairement. Elle fait désormais partie des objectifs à atteindre, qui se déclinent notamment comme suit.

Les objectifs de ces SROS sont « d'une part d'assurer une organisation sanitaire territoriale (..) et la mise en place d'une organisation graduée vers les plateaux techniques (...). D'autre part, de veiller à ce que cette organisation des soins réponde aux objectifs de santé publique ». La prise en compte de l'ordonnance du 4 septembre 2003 « permet au SROS de placer la dimension santé publique comme principe fondateur de son action. Dans cet esprit, vous incitez fortement le développement des réseaux de santé »

Ainsi, le développement des réseaux de santé n'est pas seulement nécessaire, il est également indispensable à la qualité et à la planification des soins. Le contenu des SROS en est la parfaite illustration.

4 priorités sont établies, autour desquelles les SROS doivent être définis :

- Une meilleure évaluation des besoins de santé => les médecins libéraux peuvent en cela constituer d'excellents relais. Ils peuvent en plus participer activement à la prise en charge pré et post hospitalière du patient.

¹² site Internet de l'ARH Ile de France : parthage

- Une plus grande prise en compte de la dimension territoriale => les structures sanitaires et les professionnels libéraux d'un même secteur géographique doivent rechercher ensemble des solutions pour une meilleure prise en charge de la population
- Une association plus étroite entre établissements, professionnels, élus et usagers => favoriser le décloisonnement entre ville et hôpital
- Une véritable animation de la mise en œuvre des SROS au sein de chaque territoire de santé => le SROS ne doit pas rester l'apanage des établissements hospitaliers

Les réseaux de santé, organisés souvent à l'échelle d'une région ou à défaut, d'un ou de plusieurs départements au sein d'une même région, ont toute leur place au sein des SROS. Les réseaux existants, s'ils s'inscrivent dans les schémas, deviennent donc de véritables objectifs dans le paysage sanitaire de la région. Par exemple, le SROS d'Ile de France a prévu que l'ARH crée un comité régional des réseaux pour coordonner les multiples actions existantes, une cellule d'orientation commune et un " dossier du promoteur ", ainsi qu'un dossier type à destination des promoteurs de réseaux. Ce Comité Régional des Réseaux a été créé en septembre 1999 en Ile-de-France

Outre les SROS, la discussion sur la mise en place de conseils régionaux de la santé avait entre autre comme objectif de favoriser l'essor des réseaux : leur mise en place est préconisée dans le cadre du projet de loi de modernisation du système de santé dès 2001.

Le SROS III marque aussi la disparition de la carte sanitaire et la nécessaire réorganisation des territoires de santé. Si l'Ile-de-France était par exemple découpée en 25 bassins de vie, elle est depuis 2004 partagée en 23 bassins de santé. De plus, à l'occasion des thèmes d'études sur certaines pathologies spécifiques, la réflexion s'est engagée au niveau départemental.

Nous allons étudier plus précisément comment la définition des territoires de santé et la composition démographique de ceux-ci ont un impact sur les liens existant entre ville et hôpital, notamment sur le territoire de santé de Gonesse.

Il est impossible d'étudier les enjeux de la coopération ville-hôpital sans étudier le territoire sur lequel elle a lieu. En outre, le sujet est ouvertement orienté et cantonné aux réalités de la coopération ville-hôpital sur le territoire de santé de Gonesse. Après avoir parcouru le contexte général qui encadrait et incitait à la coopération ville-hôpital, puis après avoir envisagé la nécessité de cette coopération sous l'angle particulier de la

gestion de la planification et de la qualité des soins, il est temps de situer les enjeux territoriaux, qui vont influencer, dans un sens ou dans un autre sur la nécessité de créer des liens entre ville et hôpital.

1.3 Le contexte particulier du territoire de santé de Gonesse

Gonesse est située dans le Val d'Oise dont la préfecture est Cergy-Pontoise. Le Val d'Oise concentre 10% de la population d'Ile-de-France et détient le deuxième rang en matière de croissance démographique. Ce département s'étend sur trois territoires de santé : le 951 Argenteuil/Vallée de Montmorency, le 952 Sarcelles/Gonesse, le 953 Pontoise.

Le territoire de santé de Sarcelles/Gonesse était, selon les conclusions du SROS 2, le moins bien doté du département. Il comportait en outre un taux de mortalité supérieur à la moyenne régionale. Les perspectives du SROS 3 dans ce département visaient à renforcer la prise en charge de proximité et le niveau d'équipement en soins de suite ainsi qu'à renforcer le partenariat ville-hôpital, notamment en matière de grossesses à risques.

1.3.1 Présentation du 952¹³

Afin de comprendre les caractéristiques de la patientèle de Gonesse, il est intéressant de présenter le territoire 952 sous différents angles.

L'espace géographique de ce territoire est composé de deux zones nettement distinctes :

- Une zone urbanisée, frange de l'agglomération urbaine de Paris, à la limite Nord des communes d'Ézanville, Écouen, Villiers le Bel, Goussainville et Gonesse
- Une zone rurale au-dessus de cette ligne qui s'oriente en grande partie vers le département de l'Oise

Deux zones de population sont en situation de pauvreté : Sarcelles et Garges-lès-Gonesse.

Les réseaux de communication restent marqués par une diffusion radiale à partir de Paris (axes routiers, ligne du Transilien). Gonesse n'est pas desservie par le RER et il est parfois plus rapide pour les habitants de Villiers-le-Bel, Arnouville ou Sarcelles de se

¹³ Etude CRAMIF/DDASS/SMAMIF : « description des spécificités du territoire », 2004

rendre à Paris que de se rendre à Gonesse par le bus, bien que les distances kilométriques ne le justifient pas.

Monographie de la population :

Les moins de 20 ans représentent 32% de la population totale du territoire, alors que la moyenne régionale est de 25%. Par ailleurs, seulement 9,5% de la population a plus de 65 ans ce qui fait du territoire de santé 952 le plus jeune du département voire de la région¹⁴.

Pourtant avec un taux de mortalité de 984,6 pour 100 000 habitants (contre 853,7 pour la région), le 952 est le territoire de santé ayant les indices de mortalité les plus élevés du département. L'indice de mortalité prématuré (219,2) est supérieur aux moyennes régionale et départementale et les taux de natalité et de fécondité sont les plus élevés du département et supérieurs aux taux régionaux. (taux de natalité de 17,6 pour 1000 habitants, contre 15,7 de moyenne régionale)¹⁵.

Au total, 61% de la population a moins de 40 ans.

L'étude des taux de mortalité sur certaines pathologies montre que le territoire 952 présente des indicateurs de mortalité très supérieurs à la moyenne nationale pour les maladies de l'appareil respiratoire, les cancers du poumon, cancers du sein, cancers de l'intestin et cardiopathies ischémiques. Cette prévalence peut s'expliquer en partie par le niveau socio-économique des populations résidant sur le territoire et par une prise en charge parfois trop tardive peut-être.

1.3.2 Indicateurs socio-économiques et sociaux

La population active du territoire est composée de 3 grandes classes :

- 23% de professions intermédiaires (26% pour le Val d'Oise)
- 36% d'employés (33% pour le département)
- 28% d'ouvriers (contre 22% seulement)

Il n'y a que 8% de cadres alors qu'il y en a 14% dans le département.

¹⁴ recensement INSEE 1999

¹⁵ source : site Parthage : Observatoire Régional de la Santé – Inégalités cantonales de santé, décembre 2003

Le taux de chômage sur le territoire 952 est le plus élevé du département (14,7% contre 12% pour le département et 11,5 pour la région) et le différentiel est le plus marqué chez les jeunes : le taux de chômage des 15-24 ans est de 14,9% contre 10,8 pour la région. L'évolution du taux de chômage depuis 1999 s'avère toutefois la moins défavorable du département. De même, le nombre de chômeurs de longue durée a diminué plus rapidement que sur l'ensemble du département.¹⁶

10 500 personnes vivent du RMI sur le territoire 952 (allocataires, conjoints et enfants à charge) et 925 parents reçoivent l'allocation de parent isolé (pour un total de 2444 bénéficiaires) sur 260 000 habitants. 1,7% de la population régionale bénéficie du RMI contre 1,9% sur le territoire Sarcelles/Gonesse. La précarité du territoire de santé reste donc prégnante au regard du poids des allocataires.¹⁷

Les données de précarité fournies sur le site de l'ARH d'Ile-de-France montrent aussi que la proportion des familles monoparentales est forte à Sarcelles, Garges-lès-Gonesse, Villers-le-Bel et Gonesse, que le pourcentage des chômeurs de longue durée est supérieur à la moyenne nationale à Garges et à Sarcelles et que le pourcentage de jeunes non diplômés est très au-dessus de la moyennes nationale, avec une proportion plus forte encore à Garges, Sarcelles et Goussainville.

Enfin, le territoire de santé n'est pas un bassin d'emploi attractif. En effet, la majorité des actifs du territoire de santé se déplace hors du département pour travailler et utilise beaucoup plus les transports en commun que la voiture, contrairement aux habitants des autres territoires de santé du 95.

Il ne faut pas non plus oublier une donnée majeure du territoire de santé qui est celle du renouvellement rapide des populations installées. Le phénomène est commun à la région parisienne, où de nombreuses personnes, surtout jeunes, ne font que commencer leur carrière pour la poursuivre en province. Mais il est également particulier, dans la mesure où de nombreuses populations, dites précaires, sont dépendantes des minima, aides et logements sociaux et peuvent être amenées à bouger si leur situation (personnelle ou professionnelle) ne leur permet plus de rester sur place. La proximité de Roissy joue aussi en cette faveur. De nombreuses personnes arrivent en effet aux urgences de Gonesse en situation irrégulière, sans papiers d'identité ou en transit. Or, la gestion de leur traitement

¹⁶ Source DRASSIF-Parthage

¹⁷ « base de données des spécificités locales 2002 », DDASS 95

et des soins à leur apporter, ainsi que le lien ville-hôpital s'en trouvent complètement modifiés.

1.3.3 L'offre de soins

3 établissements de santé sont situés sur le territoire du 952¹⁸ : le CH de Gonesse, l'hôpital Charles Richet de l'AP-HP et l'hôpital privé Nord parisien (HPNP). Tous trois assurent des missions de MCO, mais seuls Charles Richet et Gonesse assurent des soins de longue durée et des SSR et l'hôpital Charles Richet n'assure quasiment que des soins liés aux patients des SSR dans les 29 lits et places de médecine installés.

En matière d'équipement, le territoire 952 apparaît en 2003 moins bien doté en médecine et en chirurgie et moins doté que les autres territoires du 95¹⁹.

1.3.4 Démographie médicale

Le nombre de médecins généralistes dans le 952 est très largement inférieur à la densité régionale et est, de loin, le plus faible du département. Il est en effet de 80,9 médecins pour 100 000 habitants contre 111,4 en Ile-de-France et 93,2 dans le Val d'Oise. Le nombre de pédiatres est de 22,6 pour 100 000 habitants contre 40,5 en Ile-de-France alors que 140% de la population du territoire de santé a moins de 25 ans²⁰.

L'âge moyen des médecins est, en revanche, semblable aux âges moyens du département et de la région.

Il est intéressant de mettre en corrélation cette densité des médecins sur le territoire de santé avec l'évolution des modes d'hospitalisation de ce même secteur.

L'activité totale du territoire de santé pour les activités de médecine et chirurgie de plus de 24 heures marque une évolution à la baisse (répartie en une très forte baisse de la chirurgie et médecine légères et une légère hausse de la chirurgie et médecine lourdes) tandis que l'évolution de l'activité ambulatoire est en forte hausse (24% entre 2001 et 2002 pour l'ensemble du territoire contre 6,7 pour la région).

¹⁸ Inventaire DRASS des établissements de santé et des activités de soins 2003 actualisé

¹⁹ source : site Partage, étude DRASSIF

²⁰ source : « Démographie médicale et soins de proximité » DRASSIF, 26 mai 2004 (site Parthage)

1.3.5 La place du CH de Gonesse dans son territoire

En termes d'attractivité²¹ des établissements, on peut observer que le CH de Gonesse est celui qui a le recrutement de proximité le plus marqué : 82% des patients hospitalisés en médecine pour plus de 24 heures, 78,6% des patients hospitalisés en chirurgie de plus de 24 heures et 77,4% des patients pris en charge en ambulatoire sont des résidents du territoire de santé de Gonesse²².

Le taux de fuite²³ quant à lui, à l'échelle du territoire, est de 34% pour les hospitalisations en médecine de plus de 24 heures, de 54% pour la chirurgie de + de 24 heures et de 48% pour l'activité ambulatoire. Cela signifie que de nombreuses hospitalisations de résidents du territoire de santé ne sont pas effectuées dans un établissement de ce territoire.

Sachant que quasiment 50% de la population ne bénéficie pas des soins offerts par le territoire de santé, il faut s'interroger sur la pertinence de l'offre de soins telle qu'elle est organisée dans ce contexte particulier du territoire de Gonesse où les réseaux de transports en commun, les milieux socioprofessionnels et la disponibilité de l'offre de soins jouent des rôles prépondérants dans le choix d'un lieu de traitement. Il est en outre intéressant d'étudier et de questionner le lien entre médecins de ville et hôpital dans un territoire de santé où il n'est pas difficile de connaître à peu près tous les médecins installés en ville mais où 50% des hospitalisations ont lieu après un passage aux urgences, non conditionné par un médecin de ville.

Dans un contexte territorial où la population est globalement assez défavorisée et où l'offre de médecine libérale est très inférieure aux moyennes des autres départements de la région, il apparaît nécessaire de mutualiser et de coordonner les différentes offres de soins, afin d'offrir à chaque habitant la meilleure réponse possible à ses besoins de santé au sein de son bassin de vie.

Il est par ailleurs important de noter la nécessité, pour des populations en situation précaire mais aussi pour l'ensemble de la population, d'être suivies par un médecin de

²¹ L'attractivité d'un établissement sur son territoire correspond à la part des patients résidents du territoire dans l'ensemble des patients hospitalisés dans cet établissement

²² source PMSI 2002

²³ Le taux de fuite d'un établissement correspond à la part des patients résidents du territoire se faisant hospitaliser hors de celui-ci.

ville. Preuve en est la recherche de la qualité des soins, qui passe par un suivi efficace, mais aussi l'importance des relais de proximité, mis en valeur par le SROS et indispensables à la surveillance de la santé des personnes plus fragiles. Enfin, la baisse du nombre d'hospitalisations complètes qui, en renvoyant le patient plus tôt chez lui, mobilise aussi beaucoup plus le médecin généraliste. Pourtant, le faible nombre de médecins et la composition démographique de la patientèle ne vont pas dans le sens du traditionnel médecin de famille ou du médecin traitant. La fidélisation est une notion aussi importante en ville qu'à l'hôpital.

Le contexte général de réforme et d'évolution du système de santé incitant à une plus grande coopération entre la ville et l'hôpital, l'accent mis sur la qualité et la planification des soins, qui ne restent pas cantonnées dans les murs de l'hôpital mais s'appliquent aussi à la médecine de ville et enfin la particularité du contexte territorial de Gonesse nous amènent à étudier comment ces relations si encouragées entre ville et hôpital sont mises en œuvre à Gonesse. Il conviendra ensuite de faire la critique de ces différentes formes de coopération, avant d'élaborer des pistes et perspectives d'évolution et de réflexion en troisième partie, à partir des données existantes à Gonesse.

2 LA COOPERATION VILLE-HOPITAL A GONESSE

Pour étudier la mise en œuvre de la coopération ville-hôpital, il nous est apparu plus clair et plus simple de distinguer trois types de « liens ville-hôpital », afin de respecter les éléments mis en avant dans la première partie. Si les liens ville-hôpital paraissent en effet nécessaires, ils le sont à différents niveaux et sous différentes formes. La nécessité de la coopération ville-hôpital s'est en effet exprimée à travers des encadrements juridiques (tels que les réseaux de santé), des incitations politiques (telles que les conventions et partenariats) mais aussi en fonction des réalités diverses et variées des territoires de santé concernés. La mise en œuvre de la coopération ville-hôpital passe donc inévitablement par l'utilisation de ces moyens juridiques mais elle peut aussi s'effectuer sous forme de relations autres, issues des incitations diverses mais déclinées de façon spécifique au territoire de santé et à l'hôpital en question.

C'est pourquoi nous présenterons la mise en œuvre de la coopération ville-hôpital au CH de Gonesse en trois parties.

La première sera consacrée aux réseaux créés et existants entre l'hôpital de Gonesse et la ville.

La deuxième concernera les autres formes de coopérations, certes moins encadrées juridiquement et financièrement, mais participant tout autant à la coopération ville-hôpital. La troisième abordera la réalité de la mise en œuvre de la coopération ville-hôpital sous l'angle de la maison médicale, illustration et entité à part entière des liens tissés entre la ville et l'hôpital.

2.1 Les réseaux

Nous avons étudié l'évolution et la réalité juridique des réseaux dans la première partie. Ceux-ci peuvent se définir comme « une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population » selon l'ANAES. Il regroupe, sur la base du volontariat, différents intervenants concernés par un problème donné, sur un territoire donné. L'objectif du réseau est de coordonner les soins apportés par chacun de ces acteurs, de mutualiser leurs connaissances et d'échanger leurs connaissances dans la perspective d'une meilleure prise en charge du patient.

Les professionnels investis dans le réseau sont d'horizons multiples : médecins généralistes, médecins spécialistes, praticiens hospitaliers, personnel paramédical... Selon le site Internet d'information sur les réseaux²⁴ « l'objectif d'un réseau est d'améliorer la prise en charge d'une pathologie ou d'un type de populations précis : son fondement est la coordination des professionnels qui s'engagent à assurer la continuité des soins et à améliorer leur qualité, avec des protocoles définis en commun, tout en mesurant les coûts engendrés. Ceci se traduit par exemple par une économie de temps et un gain d'efficacité dus au fait que les examens nécessaires sont effectués une fois mais pas deux, et que les médecins impliqués dans la prise en charge du patient ont échangé toutes les informations nécessaires. L'objectif d'un réseau est aussi d'attirer des patients mal ou non soignés dans un système où ils sont mieux "cadrés" et où ils ont moins de démarches difficiles à mener tout seuls ».

Le réseau se différencie du système classique de prise en charge des patients car : « Un des éléments moteurs du réseau est l'appartenance des professionnels qui y adhèrent à des milieux différents et à des zones d'influence différentes. Un réseau de soins est à cet égard différent des réseaux informels d'adressage des patients tels qu'ils existent

²⁴ www.cnr.asso.fr

aujourd'hui dans l'exercice médical (tel médecin a l'habitude d'adresser ses patients à tel confrère et attend en retour la même chose de ce dernier) ».

Les professionnels du réseau définissent ensemble un projet médical (protocole de soins et objectifs à atteindre). Ils s'engagent à assumer des tâches bien définies et à se coordonner pour mener à bien ce projet. Le généraliste qui suit le patient est en relation directe avec le médecin hospitalier qui l'a soigné et qui lui délivre son traitement : ils partagent et s'échangent des informations à jour sur leur patient. Les conseils d'observance et l'information ciblée sont définis en commun et diffusés par les acteurs, notamment paramédicaux. Le système d'information permet de faciliter ces échanges et de constituer un dossier médical commun aux intervenants, destiné à suivre le patient dans le réseau. D'autre part, les soins prodigués dans le cadre d'un réseau peuvent justifier un financement différent du schéma classique de la sécurité sociale. Enfin, le réseau implique la définition et la mise en place d'une évaluation : le système d'information doit permettre de recueillir les données médicales et économiques nécessaires à cette évaluation.

Les réseaux de santé présents dans l'hôpital de Gonesse sont tous d'initiative hospitalière. Nous allons étudier tour à tour la création, les objectifs et les modalités d'organisation des trois principaux réseaux ville-hôpital au CH de Gonesse.

Le réseau le plus ancien et le mieux implanté à l'heure actuelle est le réseau ONCONORD.

2.1.1 Le réseau ONCONORD

Les pathologies cancéreuses sont très présentes sur le territoire de santé de Gonesse, comme nous l'avons vu dans la première partie. De nombreux départements ou groupements locaux s'étaient déjà organisés en réseaux pour la prise en charge du cancer et quelques médecins ont fait la remarque d'une lacune criante à ce niveau dans la région. Par région, il faut entendre le dépassement des frontières du territoire de santé 952 vers le département de Seine-Saint-Denis. Nous avons montré dans la première partie que le département du Val d'Oise était partagé entre une zone urbaine à la frange de Paris et une zone rurale plus ouverte sur l'Oise. La zone urbaine dans laquelle s'insèrent Gonesse et Sarcelles est très proche géographiquement du département 93 et très proche aussi démographiquement (niveau socio-économique, classes d'âges, indices et facteurs de mortalité etc...)

A) Philosophie du projet (genèse)

Depuis plusieurs années, les patients atteints de cancer étaient pris en charge par trois structures publiques (CH de Gonesse, CH d'Aulnay sous Bois et CH de Saint Denis) et trois structures privées (clinique d'Ermont, hôpital privé de Sarcelles et site de radiothérapie de Sarcelles) qui travaillaient en commun grâce à des réunions hebdomadaires. Ce travail reposait jusqu'alors sur une relation interpersonnelle privilégiée entre professionnels mais la volonté de maintenir une prise en charge pluridisciplinaire, indispensable à la mise en place de traitements aussi performants que possible, ainsi que les impératifs technologiques, devenaient de plus en plus contraignants.

L'optimisation de ces relations par la création d'un réseau oncologique intégrant les diverses structures de soins s'occupant de la maladie cancéreuse et la médecine de ville est apparue nécessaire.

Cette optimisation de la prise en charge du patient cancéreux par l'intermédiaire du réseau devait s'effectuer à plusieurs niveaux :

- Au niveau de la maladie : la prise en charge du patient ne doit pas se limiter au diagnostic et au traitement, mais intégrer également la dimension du traitement de la douleur, des soins palliatifs et des actions de prévention.
- Au niveau des moyens : l'utilisation optimale des moyens répertoriés au niveau du réseau doit permettre une plus grande efficacité thérapeutique et une prise en charge de proximité.
- Au niveau des acteurs : le travail en commun des médecins des différents sites du réseau, l'intégration du médecin personnel du malade et les structures médico-sociales sont des impératifs pour prendre en charge le patient de manière globale, tant en ce qui concerne sa maladie que son retentissement psychocomportemental et social.

La création de ce réseau a aussi été motivée par sa cohérence avec les priorités nationales de santé publique. Nous avons vu que le travail en réseau et la constitution de ceux-ci étaient encouragés et encadrés par des outils juridiques et des incitations politiques. ONCONORD est une illustration majeure de leur mise en œuvre sur l'hôpital de Gonesse.

La conférence nationale de santé de 1996 a cité parmi ses 10 priorités : « améliorer les performances et décloisonner le système de lutte contre le cancer ».

La conférence nationale de santé de 1997 reprend le cancer comme exemple de maladie pour laquelle une organisation optimale des soins est indispensable. Elle préconise « l'amélioration de la prévention, le dépistage et la prise en charge des cancers par une action concertée multidisciplinaire et par la mise en place de réseaux accrédités. »

La circulaire du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dispose que les améliorations en terme d'espérance de vie ou de meilleure qualité de vie sont possibles avec une organisation qui assurerait : « le dépistage et le diagnostic précoces », « le respect de la pluridisciplinarité, indispensable dans la plupart des maladies cancéreuses, et insuffisamment pratiquée », qui garantirait à tout patient « l'accès à une stratégie thérapeutique pertinente et adaptée, régulièrement validée et évaluée [dans laquelle s'intégreraient] obligatoirement tous les actes pratiqués sur lui ».

Le SROS de 2^{ème} génération, SROS de l'Ile-de-France 1999-2004 du 23 juillet 1999 dispose dans son chapitre 3 des « Orientations pour les grandes priorités de santé : la cancérologie nécessite une coordination renforcée entre les intervenants. »

Le plan cancer et la priorité nationale établie par le Président de la République en 2004 n'étaient pas encore parus mais viendraient conforter le réseau déjà créé.

B) Les objectifs du réseau

Ils sont cohérents par rapport aux objectifs de santé publics et répondent aux diverses circulaires et ordonnances relatifs aux réseaux de soins.

Les trois principes fondamentaux du réseau sont :

- L'accès aux soins évalués et coordonnés
- La prise en charge à proximité
- L'amélioration de la qualité et de la durée de vie

Pour cela, le réseau se donne pour objectif et mission :

- ⇒ de développer la concertation pluridisciplinaire dans le traitement des cancers, avant et pendant la mise en œuvre du traitement
- ⇒ d'homogénéiser les attitudes en matière de maladie cancéreuse, qu'il s'agisse de prévention dépistage, de diagnostic, de traitement et de suivi
- ⇒ d'élaborer un thésaurus thérapeutique que l'ensemble des acteurs du réseau s'engage à respecter
- ⇒ de favoriser la coordination et la continuité des soins en relation avec la médecine de ville et les acteurs de santé libéraux
- ⇒ de favoriser un dossier clinique commun permettant une circulation permanente des données parmi les membres du réseau
- ⇒ de promouvoir la délivrance des soins de proximité
- ⇒ et de manière générale, d'optimiser la prise en charge des patients atteints du cancer

Ces objectifs répondent d'une part aux attentes des pouvoirs publics, notamment en ce qui concerne la concertation et les relations entre hôpitaux et médecine de ville, et d'autre part, aux besoins des patients, pris en charge de manière globale et adaptée. Ainsi, l'hôpital n'est pas toujours le lieu de soin et les médecins de ville ont un rôle important dans la prise en charge du patient.

C) Les modalités d'organisation et de fonctionnement

Le réseau s'est constitué en association Loi 1901 en mai 2000 et s'est structuré de la manière suivante :

- ❖ un système d'information est mis en place, avec une première phase Intranet, permettant une communication protégée et une seconde phase ultérieure avec le dossier médical informatisé.
Ce système d'information permet non seulement la mise à disposition des protocoles, des informations sur la planification des différents staffs et de leur ordre du jour et la diffusion des actions de formation mais il permet aussi d'apporter aux médecins libéraux des données claires et fiables sur leurs patients et de les inclure dans la démarche de soins.
- ❖ Une fonction spécifique de « coordonnateur-régulateur » du réseau est créée. Le médecin coordonnateur-régulateur joue un rôle de veille et d'impulsion au sein du réseau, en mettant en œuvre les décisions du comité de direction et des orientations du comité médical et scientifique, en veillant à la multidisciplinarité de la prise en charge et à l'étroite association avec le médecin traitant, celui-ci devant être impliqué dans l'élaboration et le suivi du schéma individuel de prise en charge et en évaluant régulièrement le réseau, au plan médical et au plan administratif. Il est aussi chargé d'établir et d'entretenir les contacts indispensables au fonctionnement et au développement du réseau.
- ❖ L'instance décisionnelle d'ONCONORD est constituée par un comité de direction, comprenant le directeur de chaque CH, le Président de CME ou un médecin pratiquant l'activité cancérologique de chaque CH ainsi que le président du comité scientifique, le médecin coordonnateur-régulateur du réseau, le responsable du système d'information et un représentant des usagers.
- ❖ Le comité médical et scientifique est chargé d'évaluer, à titre interne, les protocoles mis en œuvre et d'en proposer les évolutions. Il est composé de deux

médecins participant à l'activité cancérologique par établissement, du médecin coordonnateur-régulateur, de quatre autres médecins participant à l'activité cancérologique (pas nécessairement hospitaliers), ainsi que du secrétaire du comité de direction, du responsable du système d'information et d'un médecin représentant un des sites de référence. L'action de ce comité s'inscrit dans le cadre des orientations générales arrêtées par le comité de direction et dans le respect des moyens financiers alloués. Il est responsable de l'organisation des réunions médicales et de concertation pluridisciplinaire.

- ❖ Au niveau de la gestion financière : le comité de direction désigne pour deux ans le ou les établissement(s) chargé(s) d'assumer la gestion financière et la mise en œuvre opérationnelle de la base de données cancérologiques, choisies parmi les établissements promoteurs.
- ❖ Si le réseau est créé par une convention constitutive signée en juin 2001 et approuvée par les Conseils d'Administration respectifs des établissements de santé, les médecins libéraux, eux, ont signé une lettre d'engagement pour l'adhésion au réseau ONCONORD dès mai 2000. A la date de création du réseau, 19 médecins libéraux avaient adhéré au réseau. Aujourd'hui, ils sont plus nombreux puisque certains participent ponctuellement au réseau sans y être formellement associés par une convention.

D) Le réseau aujourd'hui

Des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) réunissent toutes les semaines des médecins hospitaliers et non hospitaliers, ainsi que des intervenants du secteur médico-social autour du cas d'un patient.

Le réseau a été créé en 2001 et son retentissement a été rapide et très positif. La prise en charge des patients atteints de cancer est désormais pointue, efficace, et ouverte sur la ville.

Nous citerons pour exemple un patient dont nous avons suivi le parcours, du moins dans sa partie « administrative ». Après avoir été hospitalisé au CH de Gonesse dans le service de rhumatologie, et bénéficié d'un traitement de chimiothérapie, son retour à domicile a été discuté avec les médecins de Gonesse, une représentante du réseau, une représentante de l'HAD et la famille. En accord avec le médecin traitant du patient et la famille, le réseau ONCONORD a élaboré un schéma thérapeutique permettant au patient le retour à domicile avec le passage d'une infirmière de l'HAD, des séances de

radiothérapie dans un établissement du réseau (à Sarcelles) et un suivi régulier de la part du médecin généraliste, avec des compte-rendus et des rapports ajoutés au dossier du patient et partagés par le réseau Intranet.

Le nombre de patients pris en charge par le réseau est d'environ une centaine, incluant le diagnostic, le traitement et même les soins palliatifs apportés à ceux-ci.

La prise en charge se partage la plupart du temps entre établissements de santé ou lieux de soins, mais le rôle des médecins de ville est primordial.

Dans un tout autre domaine, mais répondant aux mêmes exigences de prise en charge optimale du patient et de décloisonnement de l'hôpital, le réseau REPIES a été créé en 2001.

2.1.2 REPIES : Réseau de Parcours Individuels d'Education et de Soins

Les secteurs psychiatriques infanto-juvéniles éprouvent de grandes difficultés à insérer des enfants et adolescents, hors de leurs murs, pour des activités pédagogiques et sociales (écoles, activités de loisirs, etc.). Les équipes rencontrent les mêmes difficultés lorsqu'il s'agit de concrétiser une indication vers des établissements médico-sociaux.

De plus, compte tenu de la situation de pénurie que connaissent l'Ile-de-France et le Val d'Oise en particulier, les établissements médico-sociaux sont submergés de demandes et gèrent souvent des listes d'attente de plusieurs années.

Les hôpitaux de jour, les CMP et les CMPP de Gonesse gèrent, eux aussi, des listes de consultations et de modalités de prise en charge considérables. Quatre à huit mois d'attente selon les lieux et les périodes sont nécessaires avant qu'il soit possible de poser une indication ou de commencer une prise en charge. La solution consiste trop souvent en l'obligation, pour recevoir un nouvel enfant, de diminuer voire d'interrompre la prise en charge d'un autre.

Un réseau de prise en charge a donc été imaginé, afin de pallier les insuffisances institutionnelles.

S'il est indéniable que ces difficultés sont liées au contexte de "carence massive de moyens (environ 500 enfants sont en attente de solutions adaptées sur le Val d'Oise)",²⁵ aussi bien en ce qui concerne le sanitaire que le médico-social, « il n'en est pas moins vrai que les carcans institutionnels, les habitudes et les fonctionnements par filière, les méconnaissances, les méfiances réciproques, les problèmes de chapelle, qui, même s'ils

²⁵ entretien avec le Dr PIANT, Chef de service, psychiatrie infanto-juvénile de Gonesse

vont en s'atténuant, existent entre le sanitaire, le médico-social, l'Éducation nationale, parasitent les fonctionnements et les efforts individuels ».

Dans ce contexte de pénurie qui existe dans tous les secteurs institutionnels, les prises en charge libérales sont pourtant assez faibles. Les relations entre libéraux et institutionnels sont parfois difficiles. En fait, elles dépendent des qualités relationnelles des interlocuteurs en présence. Cette situation est source de difficultés supplémentaires pour les parents, d'autant plus que certaines professions sont mal ou pas remboursées.

Le projet individuel et l'accompagnement des familles RÉPIES veut favoriser le décroisement en changeant les habitudes et apporter ainsi une valeur ajoutée à tout ce qui existe déjà.

Un travail de partenariat entre le Centre Hospitalier de Gonesse et l'Union Départementale des Associations de Parents et Amis des Personnes Handicapées Mentales (UDAPEI) a permis de mettre en forme un projet qui relève à la fois du secteur psychiatrique et du secteur médico-social pour accompagner temporairement des enfants et adolescents présentant des troubles envahissants du développement. Il est clairement mis en évidence que le lieu d'intervention de l'équipe médico-éducative doit être neutre. Il doit être un lieu socio-éducatif, tout en restant articulé au projet de soins, prolongeant l'existant tout en s'inscrivant dans un protocole. Il est ainsi le terrain privilégié de la mise en relation des structures de soin infanto-juvéniles et des établissements médico-éducatifs pour l'organisation de parcours individualisés de certains jeunes.

Le RÉPIES se différencie d'un service d'éducation et de soin à domicile traditionnel pour trois raisons essentielles :

- indépendance vis-à-vis des institutions et malgré tout, utilisation de leur spécificité dans la mise en œuvre de projets communs ;
- indépendance vis-à-vis des familles, puisque le lieu d'intervention n'est plus le domicile ;
- possibilité de prise en charge individuelle des enfants mais aussi collective, ce qui favorise une meilleure insertion sociale et prépare les enfants aux modèles de prises en charge qu'ils rencontreront dans la vie ordinaire, dans les établissements médico-éducatifs.

En outre, un service de soin et d'éducation à domicile dispose d'un organigramme de personnel fixe et les prises en charge des enfants demeurent donc tributaires de la disponibilité du personnel. En dehors du responsable de l'unité et du secrétariat qui sont des salariés du RÉPIES, tous les autres intervenants sont des agents partiellement mis à disposition par les partenaires du réseau en fonction des définitions de parcours individuels. Il en résulte ainsi une plus grande richesse et souplesse de fonctionnement.

Pour assurer une coordination continue et de qualité, une fonction spécifique d'éducateur spécialisé "Coordonnateur-Régulateur" du réseau est créée.

Il joue un rôle de direction, de veille et d'impulsion au sein du réseau et assume à ce titre les fonctions suivantes :

- il met en œuvre les décisions du Comité de Direction et les orientations du Comité Thérapeutique Éducatif et Pédagogique,
- il contribue à une organisation optimale des réunions de régulation et de synthèse,
- il développe les rencontres et les échanges d'informations entre pédagogues, éducateurs, psychiatres et psychothérapeutes,
- il formalise les actions réalisées et leur diffusion interne et surtout externe,
- il définit et fait connaître les objectifs distincts des équipes pédagogiques et des équipes médico-éducatives pour parvenir à des modes de prise en charge cohérents,
- il recherche la complémentarité lors des bilans,
- il recherche et développe les projets communs au sein de RÉPIES (travail de groupe, etc.),
- il met en œuvre toutes les actions permettant un développement du rôle des familles,
- il contribue à ce que chaque enfant et sa famille arrivent à identifier un référent institutionnel de son projet individualisé.

Ce réseau concerne actuellement une trentaine d'enfants, en dehors de l'hôpital, qui sont suivis par des médecins de ville et des structures médico-sociales.

2.1.3 Le réseau de diabétologie RDVO

Au CH de Gonesse, le service de diabétologie prend certes en charge médicalement les personnes diabétiques, mais il a, de fait, des implications bien plus importantes dans la vie du patient, allant de la prévention aux soins, et des soins spécifiques au diabète aux soins dus à des pathologies se développant à cause du terrain diabétique des patients.

Les hôpitaux prenant en charge les personnes diabétiques se sont peu à peu rendu compte de l'impérieuse nécessité de continuer à suivre le patient en dehors de l'hôpital et les 3 responsables des services de diabétologie des centres hospitaliers de Gonesse, Pontoise et Argenteuil ont entamé une réflexion commune à ce sujet dans les années 2000.

A) Genèse

Ces trois praticiens hospitaliers se sont en effet rendu compte qu'ils développaient de plus en plus de liens avec la médecine de ville et les professions paramédicales en ville,

afin d'assurer le suivi du patient et d'éviter des retours fréquents à l'hôpital lorsque le patient ne respectait pas les consignes données ou les soins prescrits. La barrière de la langue, la tendance à minimiser l'importance de la maladie et les conséquences invisibles à court terme du diabète mais très dangereuses à moyen et long terme, sont autant de difficultés dans l'acceptation et la prise en charge de la maladie et plaçaient les patients diabétiques dans une situation particulière.

A l'heure où la création de réseaux et où le travail en réseau étaient largement encouragés par les pouvoirs publics et dans le SROS II d'Ile-de-France, ces médecins hospitaliers ont décidé d'aller plus loin dans la formalisation des liens entre la ville et l'hôpital, afin d'offrir un cadre solide, pérenne et efficient aux patients diabétiques. Ainsi, en mars 2002, l'association « Réseau diabète Val d'Oise » (RDVO) est créée, comprenant les hôpitaux de Gonesse, Argenteuil et Pontoise.

B) Objectifs

L'association RDVO a été créée pour optimiser la prise en charge médicale et paramédicale des patients diabétiques de type II, en développant des actions de prévention, d'éducation, de thérapeutique, de surveillance de la maladie et de ses complications, grâce à des actions de formation spécifiques des professionnels de santé concernés, à la création d'outils adaptés et à une coordination optimale de leurs actions.

L'objectif annoncé du RDVO est d'améliorer la prise en charge thérapeutique des patients diabétiques de type II, selon les recommandations de bonne pratique clinique, élaborées d'après les données scientifiques actuelles.

Pour cela, le réseau a pour rôle :

- D'organiser une meilleure prise en charge du diabète entre les médecins généralistes, diabétologues hospitaliers et libéraux, ophtalmologues, cardiologues et les autres médecins spécialistes amenés à prendre en charge des diabétiques, comme les biologistes ou les pharmaciens et une meilleure coopération avec les infirmiers, les pédicures-podologues et les diététiciens.
- De gérer un dossier médical commun appelé « carnet de bord »
- De réaliser une évaluation des actions menées et des résultats obtenus
- De promouvoir des actions pluridisciplinaires de prévention, d'éducation de la santé, de dépistage...

Pour cela, tous les médecins généralistes du secteur ont été contactés, notamment par le biais de la CPAM et ont bénéficié d'une formation de deux jours, indemnisés par le FAQSV s'ils étaient intéressés par l'adhésion au réseau. Les professionnels paramédicaux ont eux aussi été formés selon le même schéma. Quant aux pharmaciens,

ils ont été pris en charge par les praticiens hospitaliers diabétologues de chaque secteur, qui leur ont dispensé une formation de quelques heures.

Les frais d'intendance ont été pris en charge par un laboratoire pharmaceutique et les indemnités des formateurs (autres que les diabétologues) ont été versées par le FAQSV.

C) Modalités de fonctionnement et d'organisation

Le réseau bénéficie d'une infirmière à temps plein et d'un secrétariat basé à Pontoise. Le financement de ces mesures est assuré par les tutelles, mais aussi la CPAM, l'URCAM et les Unions Régionales de Médecins Libéraux, favorables au réseau, ainsi que par l'Industrie du médicament et de l'information et d'autres associations.

Il existe trois secteurs (Gonesse, Pontoise et Argenteuil) et chacun d'eux comprend un groupe de travail. Celui-ci se réunit au minimum tous les 3 mois et tous les membres du réseau se réunissent en assemblée plénière 2 fois par an.

Au point de vue des modalités pratiques, le patient détient un carnet de liaison (dit « carnet de bord »). Il est, originalité à noter, remis par le médecin généraliste qui est responsable de sa bonne tenue et de sa mise à jour et suit ensuite le patient dans tous ses lieux de consultation, y compris bien sûr l'hôpital.

Le carnet de bord permet au médecin de suivre l'évolution du patient et d'évaluer sa propre pratique, au patient de participer au projet thérapeutique, d'en apprécier les résultats et d'en discuter avec l'équipe soignante, au pharmacien de participer au projet thérapeutique en particulier sur l'observance du traitement et au réseau d'évaluer l'efficacité de son action grâce au recueil des indicateurs de qualité, dans le respect du secret médical.

Tous les membres du réseau se sont engagés à respecter la charte du réseau, qui reprend les objectifs du réseau, le carnet de bord, les droits et devoirs des patients, les droits et devoirs du médecin généraliste, ceux du diabétologue, et ceux des spécialistes et autres acteurs de soins, ainsi que le fonctionnement et le financement du réseau.

D) Les points d'entrée du réseau

Les patients non hospitalisés sont adressés au réseau par les généralistes, les diabétologues de ville ou les pédicures le plus souvent. Ils peuvent aussi entrer dans le réseau au cours d'une hospitalisation, en service de diabétologie ou non. La coordination de la prise en charge est de la responsabilité du médecin généraliste. Si l'accent est mis

sur le médecin traitant, c'est parce que le diabète est une maladie aux multiples ramifications et implications, n'entraînant pas nécessairement une hospitalisation ni des passages fréquents à l'hôpital, mais nécessitant un suivi de proximité et un suivi assidu. Cette coordination par le médecin généraliste permet un échange facilité de patients entre tous les membres du réseau, la transmission efficace de consignes et d'informations à tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient et l'assurance d'un langage commun entre hôpital, médecin, infirmière, pédicure et patient.

L'apport pour les patients est considérable en terme de suivi et de qualité de la prise en charge et l'intérêt pour les médecins hospitaliers est une plus grande et meilleure utilisation de la variété des métiers disponibles au service du patient. Le médecin hospitalier ne se sent plus seul responsable de la santé du patient et désemparé par son retour à domicile. Il peut au contraire utiliser tous les maillons du réseau pour permettre une meilleure prise en charge du patient, une diminution de sa durée de séjour et une amélioration de ses conditions de vie, sans pour autant devoir le garder à l'hôpital comme gage du sérieux de son traitement.

Même s'il ne dispose pas des mêmes moyens informatiques qu'ONCONORD ou des mêmes structures que REPIES, ce réseau est d'une redoutable efficacité pour les patients grâce à son mode d'organisation et aux relations fortes et permanentes entre tous les professionnels de la ville et de l'hôpital. Celles-ci permettent en effet de donner une réalité à la coopération ville-hôpital, à l'aide d'un réseau de santé ville-hôpital entièrement construit sur les bases juridiques des circulaires et ordonnances idoines et sur l'optimisation des compétences, relations et engagements de chaque professionnel impliqué.

Si ces formes de coopération ville-hôpital sont formalisées à travers un réseau, il existe d'autres formes de coopération, tout aussi réelles et assurant la mise en œuvre des impératifs de la coopération ville-hôpital exposés en première partie.

2.2 Les autres formes de coopération ville-hôpital

Elles recouvrent les liens existant entre médecins de ville et médecins hospitaliers, qui sans être formalisés, sont néanmoins palpables dans la réalité de l'hôpital, à tel point qu'ils sont parfois clairement reconnus, comme pour la prise en charge du VIH, ou juridiquement organisés, comme avec l'HAD.

2.2.1 Les liens informels mais essentiels entre médecine de ville et médecine hospitalière

Ils sont surtout symbolisés par le statut des attachés. Ce statut a en effet été créé en 1981²⁶ pour favoriser les liens entre ville et hôpital, du point de vue des médecins. Il devait permettre aux médecins de ville de venir travailler à l'hôpital, une ou deux demies journées par semaine, afin de bénéficier des équipements et des avancées technologiques de l'hôpital, de prendre en charge des cas parfois plus délicats, et de garder une faculté de concertation avec d'autres médecins.

Ainsi à Gonesse, de nombreux médecins généralistes étaient attachés aux urgences, ce qui, selon eux, était bénéfique pour remettre à jour leurs connaissances et pour acquérir une certaine habitude de travail et des gestes techniques.

Le statut d'attaché a peu à peu été dévoyé par le manque de médecins dans les hôpitaux et par la rigidité des autres statuts de médecins hospitaliers. Le statut de praticien hospitalier (PH) à temps partiel a été une réponse à ce manque de médecins. Il permet en effet à un médecin se destinant à la médecine hospitalière par le concours de PH de travailler à l'hôpital une partie de son temps seulement, pour consacrer l'autre partie à l'exercice libéral. Cette solution, qui, à l'inverse du statut d'attaché, place d'abord le médecin dans une logique hospitalière puis dans une faculté d'exercice libéral, obéit à la même philosophie de rapprochement entre ville et hôpital par l'intermédiaire du médecin. Les PH à temps partiel ont par ailleurs la faculté de traiter leurs patients à la fois en ville et à l'hôpital, ce qui constitue un gage de technicité pour eux et un gain de clientèle pour le PH. Les bénéfices sont donc partagés pour le médecin, pour l'hôpital et pour le patient.

Malgré ce statut, le nombre de médecins à Gonesse restait insuffisant pour assurer la qualité et la continuité des soins et l'hôpital a été amené à recruter en tant qu'attachés, des médecins qui ne pouvaient bénéficier d'aucun autre statut mais qui travaillaient à temps plein ou presque pour l'hôpital. De nombreux médecins étrangers reconnus par équivalence sont ainsi entrés dans ce système, si bien que le nombre d'attachés a augmenté mais sans être proportionnel au nombre de médecins libéraux venant pratiquer quelques demies journées à l'hôpital.

Les attachés exerçaient ainsi soit à temps plein à l'hôpital de Gonesse, soit à temps partiel car ils étaient partagés entre plusieurs hôpitaux, soit seulement quelques demies journées par semaine en dehors de leur exercice libéral, mais ce cas devenait le moins fréquent et le moins représentatif des médecins attachés.

²⁶ décret 81-291 du 30 mars 1981 modifié par le décret 97-622 du 31 mai 1997

Les pouvoirs publics ont donc réagi en créant le statut de praticien attaché, qui, obéissant aux mêmes principes que le statut initial d'attaché était pourtant mieux rémunéré, ce qui permettait de reconnaître à leur juste valeur les attachés n'exerçant pas d'activité libérale par ailleurs. Mais cela incitait aussi de nouveau les médecins libéraux à venir faire quelques vacations à l'hôpital sans que cela devienne une perte financière sèche par rapport à leur activité libérale.

Aujourd'hui 39 praticiens attachés au CH de Gonesse ont réellement un cabinet en ville, la plupart dans les disciplines de cardiologie, gynécologie-obstétrique, rhumatologie et dans une moindre mesure dermatologie et psychiatrie.

Ces relations directes entre la ville et l'hôpital amènent indirectement de nombreuses autres relations, par l'intermédiaire des connaissances personnelles de chaque médecin et des relations de travail, en ville et à l'hôpital. C'est pourquoi le statut d'attaché et tout ce qu'il représente participe indéniablement à la coopération ville-hôpital.

Des liens plus formels doivent être noués, pour assurer la continuité des soins, avec des médecins privés, notamment des radiologues.

2.2.2 Les conventions ville-hôpital par nécessité économique

L'autorisation d'acquérir une IRM par le CH de Gonesse a, dès le départ été conditionnée, par l'ARH, à la co-utilisation de celle-ci avec les médecins de ville. Cela répondait à des objectifs de planification des soins et à des contraintes économiques fortes.

De nombreuses rencontres et de nombreux schémas d'organisation ont donc été élaborés et l'IRM a été installée en 2003 avec le montage juridique suivant :

- Des instances communes seraient mises en place pour veiller à la gestion de l'IRM et à la coordination des médecins de ville et médecins hospitaliers pour l'utilisation de celle-ci.
- Chaque vacation ouverte aux radiologues libéraux peut être pourvue par un cabinet ou médecin dûment inscrit au Conseil de l'Ordre et signataire d'une convention particulière entre l'hôpital et lui-même.
- 5 plages horaires sont attribuées au CH de Gonesse, 11 sont dédiées aux libéraux.
- Un système financier est mis en place :
 - ✓ chaque acte d'IRM est facturé sur la base des tarifs prévus par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

- ✓ les malades ayant subi un examen prodigué par les médecins libéraux règlent directement le montant des honoraires à ces derniers
- ✓ l'hôpital de Gonesse facture le montant du forfait technique directement au patient ou aux caisses d'assurance maladie, et reçoit intégralement ce montant.
- ✓ Pour chaque examen pratiqué, le CH reverse aux médecins libéraux une redevance fixée à 5% du forfait technique (calculé sur le récapitulatif mensuel des actes pratiqués par chaque médecin libéral)
- ✓ Toutes les dispositions sont prises pour garantir la sécurité des patients, l'assurance en responsabilité des utilisateurs et de l'appareil et le bon usage de celui-ci.
- ✓ 21 radiologues libéraux, de Gonesse et des villes avoisinantes, participent à l'utilisation de cette IRM

Sans qu'il soit nécessaire d'entrer dans les détails, signalons que l'utilisation du scanner de l'hôpital répond au même montage juridique et au même mode d'organisation que celui de l'IRM.

2.2.3 Des liens informels mais réguliers et encadrés pour la prise en charge des patients atteints du VIH

A) Le constat

Le territoire de santé, par sa composition socio-démographique et par sa situation géographique faisant de lui un lieu de passage important, recense plus de cas de personnes atteintes du VIH que la moyenne régionale d'Ile-de-France. De nombreuses personnes sont donc traitées pour cette maladie au CH de Gonesse. La file active de ces patients atteint presque le niveau de la file active de Lariboisière, hôpital de référence en matière de VIH. Ce constat a alarmé le chef du service de maladies infectieuses de Gonesse et quelques autres PH très sensibilisés au problème du SIDA et aux maladies spécifiques des habitants du territoire de Gonesse majoritairement originaires d'Afrique. Ils ont d'abord effectué une étude épidémiologique des habitants du secteur puis une étude plus fine des habitudes et modes de traitements des patients suivis au CH de Gonesse.

L'étude a montré que plus de 80% des patients qui n'étaient pas d'origine africaine avaient un médecin traitant alors que très peu de patients d'origine africaine en avaient un. De plus, sur les 140 nouveaux patients qui arrivaient chaque année, plus de 80

étaient perdus au cours de l'année, c'est-à-dire qu'ils ne revenaient pas au rendez-vous indiqué.

Deux projets ont donc commencé en parallèle, l'un visant à développer les liens avec les médecins de ville afin de décharger l'hôpital d'un suivi qui pouvait être assuré par le médecin traitant du patient, bien formé et informé, l'autre visant à « fidéliser » les patients afin qu'ils soient réellement pris en charge sur la durée et non de manière ponctuelle, au gré de leur passage aux urgences ou dans le service.

B) L'ouverture de l'hôpital sur la ville

Le lien ville-hôpital était déjà assuré par les relations personnelles des médecins hospitaliers sensibilisés à la prise en charge des patients atteints de VIH et par les compte-rendus réguliers et systématiques qui accompagnaient le patient après chaque hospitalisation, consultation ou séjour en hôpital de jour de celui-ci.

Mais la nécessité d'aller plus loin et d'organiser réellement le lien avec la ville s'est faite de plus en plus pressante, au fur et à mesure de la recrudescence de la maladie et de l'abandon par certains patients du traitement tel qu'il était proposé à l'hôpital.

A la fin des années 1990, des réunions ont eu lieu tous les 2 mois à l'initiative du chef de service des maladies infectieuses, déjà connu en ville pour son implication dans la lutte contre le SIDA, afin de rencontrer et de motiver des médecins généralistes à la prise en charge réelle des patients infectés. Ces réunions étaient organisées dans un lieu convivial et financées par des laboratoires pharmaceutiques. Au cours des 5 années qu'ont duré ces rencontres régulières, tous les médecins généralistes ou presque du secteur ont participé à ces réunions.

Outre des informations sur le suivi des patients infectés par le VIH, ces médecins recevaient en plus la capacité, en accord avec la pharmacie de l'hôpital, de signer des ordonnances de renouvellement d'antirétroviraux, prescription jusque là interdite pour des médecins libéraux.

Au fur et à mesure de la concrétisation de cette pratique et de son succès, les pharmaciens et biologistes du secteur se sont associés à ce mode d'organisation et on estime aujourd'hui à 75% le nombre de libéraux (pharmaciens, biologistes et médecins confondus) qui participent à ce mode de fonctionnement, quasiment de réseau.

Ainsi aujourd'hui, le patient n'est vu en moyenne qu'une seule fois par an à l'hôpital, et toutes les consultations intermédiaires (ainsi que la prescription des médicaments) sont effectuées par les médecins généralistes. Ceux-ci sont en lien permanent avec l'hôpital et envoient immédiatement le patient en consultation si des doutes apparaissent dans la conduite du programme thérapeutique ou sur l'état du patient. De plus, le patient lui-

même reçoit, une fois par an, le contenu intégral de son dossier médical, pour plus de transparence et d'implication.

Ce système est désormais utilisé pour tous les patients qui ont un médecin traitant ou qui en choisissent un et dont l'état de santé le permet. La question du suivi et de la fidélisation des autres patients s'est alors posée.

L'impossibilité d'obtenir des financements pour créer un réseau ville-hôpital avec des personnels qualifiés tels qu'assistante sociale, psychologues et bien sûr médecins, a abouti à recourir aux services bénévoles d'une association, spécialisée dans la prise en charge des personnes originaires d'Afrique : l'association BondeKo. Celle-ci s'est investie auprès des patients pour aller leur rendre visite et les informer de ses actions dès le moment de l'hospitalisation. Ainsi, le lien risquait moins d'être rompu à la sortie de l'hôpital du patient. Bondeko s'est peu à peu et totalement insérée dans le parcours du patient. Pour ceux qui ne disposent pas de médecin traitant pour des raisons de titre de séjour ou d'absence de couverture sociale par exemple, l'association propose un accompagnement réel et complet du patient, allant jusqu'à proposer un rôle de « pharmacie-relais » afin que les patients disposent des médicaments dont ils ont besoin. Pour ces patients en effet, en dehors des problèmes de financement, le réseau n'apparaît pas être une solution adaptée. La difficulté consiste plutôt pour eux à bénéficier d'un suivi et d'une régularité dans les soins, plutôt que d'un système bien organisé auquel ils ne peuvent pas toujours avoir recours, faute de papiers, de compréhension suffisante et d'acceptation de la maladie ou d'argent.

Christian GRATRAUD, coordinateur du SSIAD Croix Saint Simon nous confiait : « Désormais les seuls réseaux qui fonctionnent [pour la prise en charge du SIDA] sont ceux qui prennent vraiment le patient en charge au quotidien, dans sa globalité socioculturelle ». C'est en effet le choix effectué par l'hôpital de Gonesse.

Enfin, la dernière forme de coopération ville-hôpital qui ne soit pas légalisée sous forme de réseau et que nous présenterons ici est celle de l'hospitalisation à domicile.

2.2.4 L'hospitalisation à domicile

S'il ne s'agissait que de l'hospitalisation en tant que telle, même au domicile du patient, avec du personnel et des fournitures hospitalières, ce mode de coopération n'aurait pas sa place dans cette étude. Mais l'HAD est plus que cela et implique un réel partenariat entre ville et hôpital, à différents niveaux.

A) Organisation de l'HAD

Les patients pris en charge par l'HAD de Gonesse sont des patients atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques qui, en l'absence d'un tel service seraient hospitalisés. Ils sont susceptibles de bénéficier de trois types de soins :

- des soins ponctuels, pour une pathologie non stabilisée et une durée préalablement déterminée, présentant un caractère technique
- des soins continus, pour une pathologie évolutive et une durée non déterminée, associant des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie tels que les soins palliatifs
- des soins de réadaptation au domicile, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, cardiologique ou d'une polypathologie.

L'HAD à Gonesse est exclusivement assurée par l'association «Santé service », qui dispose d'une petite équipe infirmière sur place et d'une Infirmière Coordinatrice Hospitalière (ICH) qui assure le lien entre l'hôpital et les équipes de soins de «Santé service ».

« Santé service » est employeur de l'équipe soignante qu'elle met à disposition des patients lors de l'HAD.

B) Le rôle des médecins

Le rôle des médecins de ville est double. Le médecin de ville peut intervenir au moment de la demande de prise en charge et intervient obligatoirement pendant la prise en charge.

L'HAD se réalise en effet sur prescription médicale, soit d'un médecin hospitalier, soit d'un médecin de ville (même si celle-ci reste rare). Elle a lieu après une évaluation médicale et paramédicale des besoins du patient, et après une évaluation sociale (cadre de vie, environnement familial et psychologique). L'admission est prononcée par le médecin coordonnateur de «Santé service » sur la base d'un projet thérapeutique élaboré de manière concertée.

Le rôle du médecin coordonnateur est de veiller à l'adéquation des moyens aux besoins de chaque patient, à la continuité des soins et à la transmission des informations. Outre l'avis décisif qu'il formule pour l'admission en HAD, il reste aussi en lien permanent avec le médecin hospitalier et le médecin traitant pendant toute la durée de la prise en charge, et il formule un avis sur la fin de prise en charge et sur tout problème médical.

Le médecin traitant est le maillon essentiel de la chaîne. Aucune HAD n'est acceptée tant que l'accord du médecin traitant n'a pas été donné. Il est le référent médical en HAD et il assure le suivi médical du patient durant toute sa prise en charge, en liaison avec le médecin hospitalier. Ses rapports avec le médecin hospitalier, le médecin coordonnateur de « Santé service » sont donc très fréquents et indispensables. Les visites qu'il effectue au domicile du malade sont prises en charge par « Santé service », dans le cadre du prix de journée de l'hospitalisation à domicile.

C) Les implications de l'HAD avec les autres réseaux

L'HAD travaille en concertation avec les réseaux de santé présents à l'hôpital et dans le Val d'Oise : ainsi une rencontre mensuelle a lieu avec ONCONORD et OCEANE (réseau de soins palliatifs installé à Montreuil). Les équipes de « Santé service » sont aussi amenées à travailler en lien avec le réseau de diabétologie, dans le cadre de soins lourds et d'éducation thérapeutique.

Pour tous les patients qui ne relèvent pas d'une prise en charge complexe, l'HAD n'est pas la solution la mieux adaptée puisque le passage d'une infirmière ou d'un kinésithérapeute libéraux suffit. C'est aussi pour cette raison que les liens entre médecins, de ville, et hospitaliers, sont si forts.

Une quinzaine de patients par mois est pris en charge à Gonesse et l'implication des médecins traitants dans l'HAD incite de plus en plus ceux-ci à solliciter eux-mêmes une HAD pour leur patient non encore hospitalisé.

D'autres liens forts se sont tissés entre médecins de ville et médecins hospitaliers lors de la longue genèse de la maison médicale et dans le souci d'assurer la permanence des soins.

2.3 La maison médicale de Gonesse

La maison médicale a été inaugurée le 7 février 2004 mais ses origines remontent aux années 1980 et ne présageaient pas de la tournure qu'elle prendrait aujourd'hui, dans le contexte actuel indéniablement favorable à ce type de structures.

2.3.1 Genèse du projet

La réflexion autour de la maison médicale a commencé par un échange d'idées entre médecins de ville et médecins hospitaliers. Quelques médecins généralistes étaient en effet attachés aux Urgences, et ont fait très tôt le constat de ce qui s'est par la suite appelé « bobologie » : les urgences recevaient, notamment par l'intermédiaire des pompiers fréquemment appelés par les écoles au moindre souci d'un enfant, de nombreux cas de patients peu graves et relevant plus de la médecine de ville que de l'hôpital. Ce constat n'a pourtant pas été plus loin.

Plus tard, le bassin de vie n°18 (actuel territoire 952) s'est fait remarquer car il souffrait du même déficit de médecins qu'aujourd'hui et les gardes, la nuit et les jours fériés, étaient de plus en plus difficiles à assurer. Le Préfet a été jusqu'à réquisitionner à plusieurs reprises les médecins généralistes, afin d'assurer la continuité des soins, et ces dysfonctionnements et mécontentements ont amené les généralistes à se mobiliser sur la question des gardes. De plus, le code de déontologie²⁷ et la circulaire instituant les CODAMU faisaient obligation aux médecins généralistes d'assurer des gardes 24 heures sur 24. Ce fut le moment choisi par les médecins attachés aux urgences pour relancer le débat sur la bobologie.

Des médecins généralistes du secteur ont donc commencé à se réunir régulièrement pour faire le point et réfléchir à leurs marges de manœuvre et aux meilleures solutions à apporter, de manière concertée, aux problèmes des gardes. L'idée d'une maison médicale est apparue assez rapidement et clairement. Elle permettait de répondre aux trois principaux problèmes soulevés par les médecins généralistes, à savoir : celui des gardes, celui de la sécurité et celui de l'embollisation des urgences par des patients peu graves la nuit et les jours fériés. Les soigner, c'était leur permettre de renouer avec le circuit classique de la ville et non plus se tourner instinctivement vers l'hôpital qui n'était par ailleurs pas le lieu adapté à leur problème.

2.3.2 La mise en place du projet de maison médicale

Les médecins du service des urgences, partageant le constat des généralistes au niveau de la bobologie et désireux de ne soigner à l'hôpital, dans la mesure du possible, que ce qui relevait des urgences hospitalières à proprement parler, ont soutenu et accompagné les généralistes dans leur démarche.

²⁷ articles 77 et 78

Les généralistes du secteur se sont alors constitués en association Loi 1901 afin de mener et de défendre leur projet devant les tutelles notamment. Elle porte le nom de « Maison médicale pour la permanence des soins » et elle a pour but :

- de promouvoir et d'aider à l'organisation d'un service médical de garde pour la nuit, les week-end et les jours fériés, regroupant les médecins d'Arnouville-lès-Gonesse, Bonneuil en France, Bouqueval, Gonesse et Villiers-le-Bel
- de promouvoir et d'organiser localement une formation médicale continue et une activité de recherche attractive et performante
- d'améliorer les relations entre les adhérents et d'essayer de concilier tous les avis et de régler les différends qui ne manqueront pas de survenir
- d'assurer une représentativité auprès de toute institution intéressée par son objet

Cette association est ouverte à tous les généralistes exerçant à Gonesse, Arnouville ou Villiers-le-Bel, avec possibilité d'extension après vote de l'Assemblée Générale.

L'organisation initialement prévue était celle de vacations de 5 heures, fonctionnant tous les soirs de 20 heures à 1 heure, le samedi après-midi, et le dimanche matin et après-midi. Tous les médecins généralistes installés et exerçant dans les villes citées ci-dessus étaient concernés, afin d'assurer l'obligation de gardes qui leur est imposée.

De plus, cela permettait aux médecins urgentistes très sollicités durant cette période pour des maux de moindre gravité, de dégager du temps pour les urgences vraies.

2.3.3 L'acceptation et l'organisation du projet

Les décrets sur les urgences et la permanence des soins ont largement influencé la tournure de cette maison médicale. Plus qu'une maison de garde consacrée aux médecins généralistes, elle allait certes devenir une maison de garde mais destinée à accueillir aussi les patients arrivés aux urgences et ne relevant pas d'une urgence vraie mais d'une simple consultation médicale. C'est pour cette raison que la maison médicale est devenue un projet des libéraux tout autant qu'un projet de l'hôpital et qu'elle a été inscrite dans le projet médical de l'établissement.

L'association a présenté son projet aux différents financeurs, et notamment à l'URCAM qui a précisé en mars 2003 les modifications à apporter au projet afin qu'il puisse bénéficier d'un financement du FAQSV.

Celles-ci consistaient à :

- accepter une évaluation externe commune à l'ensemble des maisons de garde financées

- fournir un bilan d'étape semestriel approfondi sur l'avancée du projet
- signer une convention avec le centre 15, les établissements hospitaliers de proximité et les pharmacies de garde
- signer une convention de tiers payant avec la CPAM du Val d'Oise
- avoir signé une convention de mise à disposition des locaux
- avoir d'autres financeurs (le FAQSV ne s'engageant qu'à hauteur de 250 000 euros maximum par an et pour une durée expérimentale de 16 mois maximum)
- ouvrir au minimum sur une tranche horaire de 20 heures-minuit en semaine, une vacation le samedi après-midi et deux vacations le dimanche et les jours fériés

Le choix d'un emplacement pour cette maison médicale dédiée à la permanence des soins est devenu un enjeu important pour les médecins, aussi bien hospitaliers que généralistes.

Les premiers souhaitent, pour des raisons de sécurité des soins, que la maison des libéraux soit accessible à pied depuis les urgences, afin que les patients non graves se présentant aux urgences puissent retourner à la maison médicale par leurs propres moyens et sans risque.

Les médecins généralistes, eux, souhaitent maintenir leur lien avec la ville et ne pas être implantés dans l'enceinte de l'hôpital, dans la mesure où leur rôle était d'assurer des gardes médicales et non hospitalières. Ils tenaient à ce que les locaux soient différenciés des cabinets de ville d'une part, et des services d'urgences d'autre part.

Le choix du local s'est donc porté sur un bâtiment attenant à l'hôpital, mais situé avant le portail d'accès à l'hôpital, et donc ouvert sur la ville et tourné vers l'extérieur, tout en constituant une interface symbolique et architecturale entre ville et hôpital.

Le Conseil Régional a lui aussi posé ses conditions en août 2003 afin de préciser les engagements à respecter pour obtenir une subvention.

Il précise tout d'abord que la région entend favoriser, dans le cadre de sa politique visant à promouvoir un égal accès aux soins de qualité, l'amélioration des conditions d'accueil et de soins au sein des services hospitaliers d'urgence. Celle-ci recouvre

- d'une part une aide à l'extension, la restructuration, la mise aux normes et/ou l'équipement matériel et mobilier des services d'urgences
- d'autre part une aide à la création, l'extension, la restructuration et/ou l'équipement matériel et mobilier des maisons médicales de garde conventionnées avec les services hospitaliers d'urgence, répondant aux demandes de soins non programmés de 20 heures à 8 heures, les dimanches et jours fériés, et éventuellement les samedis après-midi.

La région Ile-de-France a effectivement signé une « convention relative à la participation régionale au projet d'amélioration des conditions d'accueil et de soins au sein des services d'urgence et de développement des maisons médicales de garde » le 11 décembre 2003 avec le CH de Gonesse.

La maison médicale répond donc aux objectifs suivants :

- diminuer l'afflux croissant des patients dans les services d'urgences du CH de Gonesse (76 000 patients reçus en 2002)
- simplifier, accélérer et rendre plus pertinent le mode de prise en charge
- diminuer de façon substantielle le coût de la prise en charge des patients (comparé au coût de la prise en charge par les urgences)

2.3.4 La mise en œuvre du projet

Elle a pu se réaliser assez rapidement après l'autorisation accordée par les tutelles et les subventions reçues du FAQSV, du Conseil Général, des mairies des villes concernées et de l'ARH.

Les tours de gardes sont organisés par les médecins généralistes eux-mêmes et communiqués à l'hôpital. Ces tours de garde sont doublés par une liste identique mais décalée d'un jour, afin d'assurer une suppléance éventuelle. Chaque médecin adhérent signe le règlement intérieur de la maison médicale. Un comité de pilotage et un comité de suivi sont mis en place.

Le 7 février 2004, la maison médicale est inaugurée et elle reçoit depuis lors 375 patients en moyenne par mois. 50 médecins participent au tour de garde et bénéficient d'une rémunération forfaitaire fixe en plus des honoraires réglementaires payés par les patients ou les caisses d'assurance maladie, afin de compenser l'absence de proportionnalité entre le nombre d'heures passées sur place et le nombre de patients pris en charge.

Du côté des urgences, c'est à l'Infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) qui, dans le doute, fait appel à un médecin, de décider si le patient relève ou non des urgences. S'il s'avère qu'il ne relève pas des urgences, il est envoyé, avec son dossier, à la maison médicale.

2.3.5 Quelques éléments du suivi

Une « procédure d'orientation d'un patient du SAU vers la maison médicale » a été établie et validée en février 2004.

Le taux de patients ne suivant pas les recommandations de l'IAO est très faible voire nul entre les urgences et la maison médicale. Ainsi, s'il a fallu déployer des talents de persuasion pour convaincre certains patients de se rendre à la Maison médicale plutôt que de rester aux urgences, ce que leur cas ne le justifiait pas, la procédure est à peu près acceptée aujourd'hui et le circuit connu de tous. Les plus grandes réticences ont été observées aux urgences pédiatriques et il aura fallu la ténacité des équipes médicales et leur patience envers les familles pour faire comprendre à chacun qu'urgence médicale et consultation médicale ne nécessitaient pas, ou plus, la même prise en charge.

En 13 mois de fonctionnement, un seul patient a été renvoyé de la maison médicale vers les urgences, et ce parce que le médecin généraliste désirait des examens complémentaires. Rares sont les patients qui refusent d'aller à la maison médicale et le paiement à l'acte ne pose pas de problèmes, contrairement à ce que les médecins généralistes pouvaient craindre, étant données les difficultés rencontrées par les services d'urgences à ce niveau-là.

La maison médicale est donc, de ses origines à sa mise en œuvre, une forme originale et exemplaire de coopération entre ville et hôpital.

La coopération ville-hôpital est donc une réalité à Gonesse, qui se décline sous plusieurs facettes. Quel bilan et quels enseignements peut-on en tirer ? Cette réalité répond-elle aux objectifs de nécessité mis en lumière dans la première partie ? Pourrait-on imaginer qu'elle aille plus loin, ou dans une autre direction pour être plus efficiente encore ? C'est l'objet de la troisième partie.

3 BILAN ET PERSPECTIVES DE LA COOPERATION VILLE-HOPITAL A GONESSE

Il faut avant toute chose évaluer la coopération telle qu'elle est pratiquée à partir du CH de Gonesse puisque c'est le lieu d'étude que nous avons choisi. Cette évaluation mettra peut être en exergue quelques lacunes ou pistes à développer, pistes qui pourraient être prises en compte dans le futur projet médical de l'établissement, actuellement en préparation. D'autres pistes, plus extérieures à l'hôpital mais dont le retentissement ne manquerait pas de se faire sentir pourront enfin être étudiées, afin d'engager une dynamique encore plus franche dans la coopération ville-hôpital de demain.

3.1 L'indispensable évaluation

3.1.1 L'évaluation des réseaux

Par évaluation des réseaux, nos esprits formés au contexte juridique du monde hospitalier entendent immédiatement « accréditation et certification des réseaux ». Lors de la 1^{ère} visite de l'ANAES en effet, l'évaluation des réseaux n'entraîne pas dans l'accréditation de l'établissement. Les réseaux devront être certifiés lors de la deuxième visite, qui aura lieu en juin 2007 à Gonesse. Mais l'évaluation par une instance supérieure et indépendante ne nous renseigne pas nécessairement sur le taux de satisfaction réel des usagers et sur l'amélioration de la qualité et de la prise en charge des patients dans leur quotidien.

Il est bien sûr possible de mesurer le nombre de patients bénéficiant du réseau, le taux de retour des patients à l'hôpital, la fréquence des échanges entre médecins de ville et médecins de l'hôpital mais la satisfaction des patients et des membres du réseau restent des données difficiles à appréhender, sans passer par une enquête précise et systématique de type institut de sondage.

Ce type d'enquête n'a pu se réaliser, pour différentes raisons de contraintes matérielles et humaines aisément imaginables. Toutefois, des entretiens individuels ont pu faire émerger quelques grandes lignes de conclusion.

Les professionnels du réseau ne cachent par leur satisfaction de ce mode d'organisation et de prise en charge du patient. La concertation permanente et systématique autour du cas de chaque patient est d'une grande richesse pour chacun d'eux et le taux de participation aux staffs hebdomadaires en est une illustration parfaite. De même les RCP (Réunions de Concertation Pluridisciplinaires) sont des rendez-vous incontournables et formateurs pour les médecins.

Ils soulignent aussi le confort dans la prise en charge que représente la pluridisciplinarité des médecins participant au réseau. Les médecins oncologues d'ONCONORD sont par exemple très satisfaits de pouvoir compter sur leurs collègues radiothérapeutes ou généralistes en fonction des orientations thérapeutiques choisies pour le patient.

Ils regrettent toutefois le manque de médecins spécialisés dans la prise en charge du cancer mais tirent toujours le meilleur parti possible des ressources humaines, médicales et techniques dont ils disposent, ce que ne permettrait pas un travail en solitaire.

Enfin, ils sont satisfaits de la qualité des soins qu'ils apportent au patient et de la prise en charge qui leur est proposée. Par son caractère indéniablement complet et pluridisciplinaire, elle garantit au patient une prise en charge médicale mais aussi sociale et psychologique, facteurs importants dans la guérison ou la stabilisation de maladies telles que le cancer.

Il a été beaucoup plus délicat d'interroger les patients bénéficiant du réseau. Cependant, un des patients rencontré au cours d'une visite avec le diabétologue du service nous a confié sa satisfaction de pouvoir rentrer rapidement chez lui en sachant qu'il serait entouré et pris en charge par tous les professionnels dont il a besoin pour traiter et mieux vivre avec son diabète. Une réflexion semblable a été faite par une patiente subissant une chimiothérapie et une radiothérapie. Elle a déclaré que son traitement serait encore plus insupportable si elle n'avait pu compter sur le réseau, sur le soutien psychologique que celui-ci lui avait apporté et sur l'impression que son dossier était bien connu par tous les professionnels à qui elle avait à faire lors de son « parcours du combattant ».

Enfin, même si ce point n'est pas toujours formalisé dans les conventions constitutives des réseaux, les membres, notamment les membres fondateurs, souhaitent procéder à une évaluation « interne » du réseau auquel ils appartiennent. Ces évaluations ont été faites au coup par coup mais l'âge récent des réseaux ne permet pas d'en tirer des conclusions fiables.

Il est toutefois possible d'évaluer, avec un œil extérieur, la clarté et la structuration de l'ensemble des formes de coopération en place à l'hôpital de Gonesse.

3.1.2 L'évaluation de la clarté et de l'accessibilité à ces formes de coopération ville-hôpital

Pour évaluer la clarté des différents modes de coopération, il faudrait pouvoir se positionner à la place d'un usager lambda, entrant à l'hôpital ou souffrant d'une pathologie prise en charge par un réseau mais demeurant à domicile. Il apparaîtrait assez clairement que le principal vecteur d'information est alors le médecin, médecin traitant ou médecin hospitalier au cours de sa visite quotidienne.

La situation est pourtant quelque peu différente en réalité. S'il est vrai que les patients soumis à des examens d'IRM ou de scanner n'ont pas nécessairement conscience du lien ville-hôpital qui unit leur radiologue à l'hôpital où ils se trouvent, il en va différemment pour les patients bénéficiant des autres modes de relations entre ville et hôpital.

Les usagers de la maison médicale, s'ils sont obligés de passer par les urgences avant d'y accéder, se rendent pourtant à l'évidence de la différence de prise en charge qui leur est proposée et au lien fort qui unit les urgences aux médecins généralistes qu'ils connaissent et qui les auscultent alors.

Le réseau ONCONORD a quant à lui, su développer son aura grâce au petit nombre de médecins oncologues du secteur, favorisant une connaissance mutuelle rapide, et grâce au développement d'un site Internet, assez fréquenté, qui renseigne de nombreux patients non encore pris en charge par le réseau. De même, avec le site Internet du réseau de soins palliatifs qui n'est pas implanté sur l'hôpital de Gonesse, les personnes en grande souffrance ou en recherche peuvent trouver des informations et des moyens réels pour les rassurer et les orienter.

Pour le réseau informel VIH, c'est le bouche-à-oreille qui fonctionne le mieux pour différentes raisons. L'implantation réelle de Bondeko au sein du territoire de santé amène de nombreuses personnes en difficulté à se tourner vers cette association et à accéder par la suite à l'hôpital si besoin est. La mise en place d'une Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuite au sein de l'hôpital de Gonesse participe beaucoup à la mise en relation entre les patients séropositifs, qui sont toujours reçus longuement par le médecin biologiste, et les dispositifs mis en place pour eux et pour les intégrer dans un circuit leur garantissant la meilleure et la plus complète prise en charge possible. Ces deux structures assurent le rayonnement de l'information et la connaissance des moyens existants.

Quant à l'HAD, le réseau REPIES ou le réseau de diabétologie, il faut reconnaître que le vecteur de l'information est plutôt jusqu'à présent le médecin ou l'encadrement hospitalier.

Quoi qu'il en soit, ces différentes formes de coopération ne sont pas clairement répertoriées ou exposées en tant que telles. Elles appartiennent encore pour beaucoup au projet de service, parfois au projet d'établissement, mais le patient ou l'utilisateur ne peut en avoir une vision claire. Ce n'est d'ailleurs pas forcément souhaitable mais il est vrai que le contexte actuel favorisant les réseaux apporte plutôt un imbroglio dans la connaissance et la distinction de ceux-ci. Preuve en est le réseau de périnatalité que l'établissement et les médecins gynécologues hospitaliers voudraient mettre en place. La proximité d'un autre réseau de périnatalité et l'implication des pédiatres et généralistes du secteur dans d'autres formes de coopération, ajoutée à leur faible nombre, mettent des barrières à la création de ce réseau pourtant indispensable et attendu par tous, patients comme médecins.

En outre, le foisonnement institutionnel, financier et juridique des formes de coopération ville-hôpital crée des risques de cloisonnement d'un réseau à l'autre, des disparités de

statut et donc de reconnaissance, des lourdeurs administratives dans la gestion des coopérations : réunions, instances de gestion, dépôt de dossiers multiples et récurrents...

On peut craindre aussi, en observant la multiplication des réseaux et des autres formes de coopération ville-hôpital, que les choix de structures juridiques soient plutôt guidés par les résultats des controverses sur l'organisation générale du système (qui encourage d'abord les partenariats, puis les réseaux, et qu'en sera-t-il demain... ?) que sur la base des expériences acquises. A Gonesse, la structure de la prise en charge VIH vient toutefois atténuer cette remarque puisque c'est la seule qui ait transformé un réseau SIDA existant en une structure informelle de liens fondés sur les relations interpersonnelles et sur l'information de tous les acteurs du territoire de santé.

3.1.3 La place des médecins de ville

Depuis la loi du 4 mars 2002 les réseaux de santé ne sont plus obligatoirement rattachés à des établissements de santé : ils peuvent être constitués entre des professionnels de santé libéraux, des établissements de santé, des institutions sociales ou médico-sociales, des organismes à vocation sanitaire et sociale. Les subventions de l'Etat et de l'assurance maladie sont désormais conditionnées à des critères de qualité, d'organisation et d'évaluation fixés par voie réglementaire.

Pourtant tous les réseaux existant à Gonesse sont des réseaux hôpital-ville. Est-ce par manque de temps ou par cloisonnement encore trop fort de l'hôpital que les médecins de ville ne viennent pas s'imposer avec des propositions de réseaux à l'hôpital ? Le seul exemple en ce sens reste la maison médicale qui, d'origine libérale, est ensuite devenue un projet de l'hôpital à part entière. Et la défense de ce projet pour l'obtention de financements s'est malgré tout réalisée dans un contexte « hôpital-ville », avec un volet « obligation de garde libérale » très présent mais non déterminant.

Il faut reconnaître que les réseaux de santé en France présentent la particularité d'être nés d'un processus impulsé par la puissance publique et de se développer, en outre, dans un environnement peu favorable, caractérisé par une pratique médicale essentiellement individuelle en ville et des cloisonnements importants entre médecine de ville et médecine hospitalière et entre médecine générale et médecine spécialisée.

C'est en effet contre ces cloisonnements qu'il faut lutter pour mettre en place des synergies communes entre la ville et l'hôpital.

- A) La relation au patient en ville et à l'hôpital est différente

La médecine de ville est caractérisée par le « colloque singulier » du médecin au patient. Le patient a librement choisi ce médecin pour lui confier ses problèmes et le médecin entend et écoute ce patient, pour lui proposer ses solutions à lui, selon ce qu'il croit bon et ce qu'il a appris.

A l'hôpital, la relation au patient est différente. Si un patient peut être suivi par un médecin en particulier, il n'empêche qu'il est embarqué dans une globalité, celle de « l'équipe médicale et soignante » qu'il n'a pas nécessairement choisie et qui s'impose à lui. Les relations avec d'autres professionnels, le travail en équipe et la diversité des professionnels qui prennent en charge le patient à l'hôpital n'ont rien à voir avec le colloque singulier proposé par le médecin dans son cabinet. Au libre choix du praticien libéral par le patient, l'hôpital oppose la nécessité de lui fournir les meilleurs soins au meilleur moment. Au libre arbitre du médecin en colloque singulier avec son patient, l'hôpital oppose la richesse et la qualité d'une concertation médicale.

Les méthodes de travail et les modes d'organisation sont donc inévitablement différents voire antinomiques.

Il n'est de ce fait pas si surprenant que médecins libéraux et hospitaliers aient parfois du mal à s'entendre sur un mode d'organisation commun ou sur une démarche thérapeutique commune.

Travailler ensemble est une gageure et ce défi ne peut être relevé que si chacune des parties accepte de modifier sensiblement ses habitudes et ses principes de travail. La prise en charge d'un patient de manière individuelle et solitaire peut apporter des angoisses à un médecin hospitalier qui a été formé à l'hôpital et a toujours appris l'exercice de la médecine en mode concerté. De même, la prise en compte d'avis médicaux divergents sur un cas précis peut mettre le médecin libéral mal à l'aise face à ses choix définitifs et à sa responsabilité médicale.

C'est pourquoi l'un comme l'autre ont besoin de temps pour mettre en œuvre une collaboration et doivent faire preuve d'une motivation très forte pour surmonter, assumer et partager les modes de pratique de la médecine de l'autre.

B) La peur de la concurrence est inévitable

Outre ces difficultés déontologiques, la crainte de voir le médecin hospitalier faire concurrence au médecin libéral est inévitable. Cette crainte n'est pas sans fondement puisque après une formation commune, médecins généralistes et médecins hospitaliers empruntent des voies de formation différentes. Des fossés peuvent donc se creuser dès ce moment-là et n'iront pas en s'amenuisant lorsque, au cours de leurs carrières, respectives, médecins de ville et médecins de l'hôpital auront le sentiment que leur

patient est, soit catapulté à l'hôpital sans aucune indication sur son parcours «avant l'hôpital », soit au contraire, retourne dans le circuit libéral en portant avec lui une zone d'ombre sur son séjour à l'hôpital. Les efforts entrepris par les médecins hospitaliers pour élaborer des compte-rendus détaillés du séjour du patient et du traitement qui lui a été apporté, tendent à estomper la frontière entre le lit d'hôpital et le fauteuil du cabinet, mais la transparence et la synchronisation sont encore loin.

Par ailleurs la technicité et la spécialisation des traitements dispensés à l'hôpital peuvent faire naître des craintes chez les médecins généralistes, qui se sentent alors dévalorisés, relégués au rang de thérapeutes des maux de moindre importance ou dont le rôle est cantonné aux compétences du suivi et de l'accompagnement post-thérapeutique. C'est pour cette raison que l'articulation ville-hôpital ne doit pas recouvrir un caractère trop hospitalier, au risque de reléguer, involontairement, la médecine de ville à un rôle de seconde zone.

Quant au sujet spécifique de la maison médicale, la question de la concurrence soulève des réflexions intéressantes. Deux points de vue s'affrontent en effet :

- D'un côté les médecins des urgences : le confort de travail que leur apporte la maison médicale les incite à solliciter de plus grandes plages horaires d'ouverture. Les patients se tournent en effet encore trop facilement vers les urgences lorsqu'ils sont paniqués ou qu'ils ne savent pas où aller, et surtout lorsqu'ils veulent être traités tout de suite et maintenant. Or ces patients sont envoyés, le soir et le dimanche à la maison médicale, qui est beaucoup plus apte à les prendre en charge. C'est pourquoi les médecins souhaiteraient voir la maison médicale ouverte le samedi matin, plage de forte fréquentation des urgences pour des symptômes de moindre gravité.
- Les médecins libéraux, eux, refusent l'idée d'une ouverture le samedi matin, en expliquant que la maison médicale est une maison de garde et que les gardes ne doivent pas être assurées le samedi matin puisque certains cabinets médicaux sont ouverts en ville. Une ouverture de la maison médicale la détournerait donc de ses objectifs premiers et risquerait de faire concurrence aux médecins installés en ville, ce que refusent catégoriquement les libéraux de la maison médicale, y compris ceux dont le cabinet est fermé le samedi.

Ce constat nous amène à envisager dans un second temps les pistes de coopération ville-hôpital qui pourraient être développées dans le projet médical de l'établissement

3.2 Les pistes à développer dans le projet médical

3.2.1 La maison médicale

Les questions d'ouverture de la maison médicale le samedi matin et du risque de concurrence entre médecine libérale et médecine hospitalière nous amènent à nous recentrer sur l'objectif premier de la maison médicale. Si la prise en charge de patients ne relevant pas d'urgences vraies et la diminution des coûts de revient d'un patient sont des éléments réels, la remise en place du patient dans le circuit médical de la ville était aussi un objectif fort de cette maison.

Or cela peut paraître délicat et paradoxal lorsque l'arrivée du patient à la maison médicale ne peut se faire que par le biais des urgences.

Aussi apparaît-il souhaitable, dans un avenir proche, que la maison médicale soit régulée par le centre 15 et non plus seulement par l'IAO de facto. Cela permettrait de rendre à chacun le rôle qui lui est imparti : les urgences pour l'accueil des patients nécessitant une aide médicale urgente, la maison libérale pour les patients nécessitant une consultation médicale ne pouvant éventuellement pas attendre le lendemain mais ne relevant pas de l'AMU et le centre 15 pour réguler les appels et orienter les patients vers le mode de prise en charge le plus adapté (SMUR, urgences, maison médicale, SOS médecins).

Cette régulation directe par le Centre 15 pose toutefois quelques problèmes organisationnels et financiers. L'hôpital touche en effet un forfait de passage pour chaque patient se présentant aux urgences, même si celui-ci est ensuite envoyé à la maison médicale. De plus, l'IAO joue le rôle de filtre, garantissant une prise en charge au niveau adapté en fonction de l'état du patient. Une régulation directe par le 15 impliquerait soit des risques de gravité non décelée chez des patients se présentant à la maison médicale, soit la nécessité de créer un poste supplémentaire d'IAO à l'accueil de la maison médicale.

Si ces points d'achoppement parviennent à être dépassés, la maison médicale recouvrerait donc un rôle d'interface entre la ville et l'hôpital, bien que les liens entre les patients directement envoyés par le Centre 15 et l'hôpital soient alors plus ténus. Elle ne serait pas pour autant une simple maison de garde puisque des patients arrivés aux urgences pourraient toujours y être envoyés et puisque la proximité physique avec l'hôpital permettrait la prise en charge de patients se présentant spontanément ou par le biais du SAMU, avec une garantie de sécurité des soins plus importante que dans un cabinet en ville.

D'autres pistes peuvent être développées dans le projet médical pour matérialiser et favoriser les relations ville-hôpital.

3.2.2 Les conventions IVG

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception a introduit une nouveauté notable dans le domaine gynécologique. Alors que les interruptions volontaires de grossesse ne pouvaient avoir lieu que dans un établissement de santé, elles peuvent désormais être pratiquées, sous certaines conditions, dans des cabinets médicaux en ville.

Cette opportunité légale a vocation à améliorer les conditions de prise en charge des femmes souhaitant interrompre leur grossesse et à leur assurer le traitement le plus adapté. Le décret d'application du 26 novembre 2004 précise que les médecins, généralistes ou gynécologues, qui souhaitent pratiquer l'IVG médicamenteuse (RU 486) à leur cabinet, doivent passer une convention avec un établissement de santé. Cette convention est une garantie de sécurité et de suivi pour les patientes.

Cette convention impose un cadre juridique aux liens qui doivent se nouer entre l'hôpital et les médecins de ville. Elle est intéressante à un double point de vue :

- Du point de vue de la coopération ville-hôpital, elle institue un lien juridique entre médecins de ville et médecins hospitaliers
- Du point de vue médical, elle incite les médecins issus des deux milieux à travailler ensemble sur la même pathologie. L'IVG médicamenteuse peut en effet être réalisée aussi bien en ville qu'à l'hôpital et dans ce domaine l'expérience des uns servira à former les autres. Cela constitue un cas typique dans lequel le médecin libéral, désireux d'améliorer la prise en charge de sa clientèle, cherchera à se former auprès de ses confrères hospitaliers qui bénéficient d'une expérience qu'il n'a pas.

L'hôpital de Gonesse a voulu s'inscrire dans cette démarche pour plusieurs raisons :

- Le nombre d'IVG pratiquées à Gonesse, tous moyens confondus est considérable (300 par an) et les médecins ont beaucoup de mal à satisfaire toutes les demandes, ce qui pose de sérieux problèmes en terme de délais et de respect de la vie privée. Par ailleurs tous les médecins du service ne souhaitent pas accomplir cet acte chirurgical ou thérapeutique et il est assez délicat de séparer géographiquement des femmes désirant subir une interruption de grossesse et des femmes sur le point d'accoucher. L'exiguïté des locaux et le nombre d'IVG

prises en charge chaque jour empêchent parfois d'assurer aux patientes une totale intimité, ce qui peut avoir des conséquences psychologiques graves.

- De nombreux médecins attachés au service de gynécologie-obstétrique avaient fait part à leurs collègues hospitaliers de l'intérêt manifesté par leurs confrères gynécologues libéraux pour la pratique d'IVG au cabinet médical. Au sujet de l'entourage psychologique justement, ils plaident la bonne connaissance de la patiente et la possibilité de nouer un réel dialogue avec elle, en lui assurant un suivi plus personnalisé que ne peut l'être un acte chirurgical en hospitalisation de jour.
- Le développement d'activités médicales avec les médecins libéraux intéresse beaucoup le service de gynécologie-obstétrique qui souhaiterait par ailleurs lancer d'autres actions avec les médecins de ville.

A) La mise en œuvre du projet

Tous les médecins libéraux, généralistes et gynécologues du territoire de santé ont été personnellement contactés par lettre²⁸. L'objectif de cette lettre était de leur confirmer la possibilité nouvelle qui s'offrait à eux, de pratiquer des IVG médicamenteuses à leur cabinet, et de leur transmettre les informations essentielles quant à la marche à suivre pour y parvenir. Ainsi, il leur a été précisé qu'une convention entre un établissement de santé et eux-mêmes et l'hôpital devait obligatoirement être signée par les deux parties afin d'assurer le suivi et la sécurité des soins. Cette convention a une double utilité :

- Elle permet aux médecins libéraux de se procurer les médicaments nécessaires à l'IVG (qui sont fournis à la patiente par le médecin lui-même et qui sont ingurgités par la patiente devant le médecin). Elle oblige également chaque médecin à déclarer à l'hôpital chaque patiente prise en charge pour une IVG.
- Elle permet à l'hôpital, établissement de santé de référence, de connaître la liste exhaustive des médecins libéraux qui pratiquent l'IVG médicamenteuse, et de se préparer à un éventuel accueil de chaque patiente prise en charge en libéral en cas de problème ou d'urgence relative à l'IVG médicamenteuse.

Ainsi, chaque patiente se verra remettre, à l'issue de sa consultation médicale, le numéro de téléphone et l'adresse de l'hôpital à contacter en cas d'urgence.

L'interruption de grossesse par voie médicamenteuse en ville est en effet réglementairement réalisée en 5 consultations médicales :

²⁸ cf annexe 1

Les deux premières sont des consultations préalables, et doivent être espacées de 7 jours minimum afin de laisser à la patiente le temps de la réflexion. Le dispositif et les étapes successives sont exposés à la patiente lors de la seconde consultation, si elle maintient son désir d'interrompre sa grossesse.

Les deux consultations suivantes sont celles qui comportent la prise du médicament par la patiente. Cette prise se réalise en deux fois, espacées d'un délai minimum.

La cinquième et dernière consultation est une consultation de contrôle. Le médecin vérifie que la patiente a normalement réagi au traitement et que la grossesse est interrompue. Cette vérification de la vacuité utérine est quasiment systématiquement effectuée par échographie.

Puisque l'IVG n'est pas seulement une consultation à orientation psychologique et une prise de médicament, les médecins libéraux doivent être spécifiquement formés à cet acte.

B) La formation dispensée aux médecins de ville

Le Chef de service de gynécologie-obstétrique ainsi que deux autres médecins gynécologues obstétriciens devraient former fin octobre 2005 une quinzaine de médecins libéraux dans un premier temps à la pratique de l'IVG médicamenteuse. Cette pratique est en effet courante à l'hôpital, et l'objectif est, dans un premier temps, que les médecins hospitaliers transmettent leurs connaissances sur ce traitement aux médecins généralistes et gynécologues. Dans un second temps, un jeu de questions/réponses sera instauré entre médecins hospitaliers et médecins de ville sur les dangers, les effets indésirables, les incidents déjà rencontrés, les risques sanitaires, psychologiques et iatrogènes, la gestion de l'urgence etc. En cas de problème ou d'urgence en effet, le médecin, comme la patiente doivent se tourner vers l'hôpital qui, ayant été informé de la prise en charge de cette patiente et disposant d'une fiche sur celle-ci, sera à même de la traiter dans les plus brefs délais et les meilleures conditions. Un numéro accessible 24 heures sur 24 sera mis en place et les services d'urgences seront formés et prévenus de cet éventuel cas de prise en charge.

S'il n'est pas encore possible de mesurer la portée de ce dispositif, on peut déjà se réjouir qu'un tel mode de coopération emporte l'enthousiasme des médecins de ville et des médecins hospitaliers.

Le projet médical pourrait comporter une troisième piste de coopération ville-hôpital renforcée :

3.2.3 Le projet Nouvel Hôpital

Un hôpital neuf est en projet et la première pierre devrait être posée en 2006, pour une ouverture prévisionnelle en 2011.

Ce projet « nouvel hôpital » a été l'occasion de repenser complètement le fonctionnement du centre hospitalier, son organisation interne et son architecture extérieure et intérieure.

Les réflexions autour du « programme médical » ont mis en exergue les points clés qui devaient apparaître au sein du nouvel hôpital et à cette occasion, la coopération ville-hôpital a été abordée.

Si ce sujet relève de cette partie sur « les pistes du projet médical », c'est parce qu'un centre de prévention et d'éducation thérapeutique est actuellement à l'étude au CH de Gonesse. Il consisterait en un espace dédié à la prévention et à l'éducation, avec du personnel dédié et la possibilité d'y pratiquer des consultations externes. Le service de diabétologie et celui de pneumologie pratiquent déjà de telles actions, à un moindre niveau, et avec des moyens non spécifiques mais le projet vise à étendre ces compétences à plusieurs services et à en faire un projet d'établissement.

A) La prévention à l'hôpital

La prévention est une notion de plus en plus développée et soutenue par les pouvoirs publics puisqu'elle constitue un gage de santé publique pour les générations à venir. La loi du 9 août 2004 a prévu la création de GPRS (Groupements régionaux de santé publique) ayant pour mission de mettre en œuvre les programmes de santé contenus dans le plan régional de santé publique et constitués notamment entre l'Etat, les ARH, les URCAM et les CRAM. Ils doivent :

- Participer à la définition d'une politique efficace de prévention et s'assurer de sa mise en œuvre
- Mener des programmes de prévention faisant participer tous les acteurs de la santé publique.

L'hôpital est pourtant peu promoteur jusqu'à présent de prévention, et il a en ce sens des leçons à tirer de la ville, et notamment des milieux associatifs.

Ce centre de prévention et de dépistage pourrait donc constituer une occasion unique de tisser des liens encore plus forts avec la ville et d'agir en véritable synergie avec les médecins et associations présentes en ville.

C'est pourquoi l'étude de son emplacement dans le nouvel hôpital revêt un caractère symbolique.

B) Prévention et coopération ville-hôpital

Ce centre pourrait, à l'instar de la maison médicale aujourd'hui, être situé à l'interface de la ville et de l'hôpital, c'est-à-dire dans un bâtiment ouvert sur la ville et accessible directement par celle-ci, mais rattaché à l'ensemble hospitalier de manière architecturale.

Les pathologies actuellement pressenties pour relever de ce centre de prévention et d'éducation thérapeutique sont l'asthme, le diabète et l'obésité. Ces thèmes sont déjà pris en charge par certaines associations en ville et il serait utile, avant tout commencement de projet, de s'articuler dès le début avec ce qui existe déjà en ville. Cela suppose toutefois une grande remise en question du mode de fonctionnement des équipes hospitalières puisque le patient ne serait plus en circuit fermé à l'hôpital.

A l'occasion de réunions préparatoires à la mise en œuvre de ce centre, nous avons en effet pu constater combien les solutions recherchées étaient des solutions hospitalo-centrées, alors même que les participants avaient connaissance des structures existantes en ville et en faisaient part à leurs collègues. Tous ont d'abord cherché à définir pour le patient hospitalisé un circuit complet à l'intérieur de l'hôpital, pour que sa pathologie puisse être prise en charge et suivie dans le temps, même si elle ne constituait pas la raison directe de son hospitalisation. La question du suivi n'est pas anodine puisqu'elle place le patient dans une position de client potentiel d'une démarche de soins, l'hôpital agissant en capteur de clientèle.

Une autre démarche aurait pu consister en l'alerte du médecin traitant lorsqu'il y en avait un, des problèmes d'obésité rencontrés par ce patient, et en un questionnement systématique de ce médecin traitant par rapport à l'éventuelle prise en charge diététique et psychologique du patient. Cette vision peut paraître idéaliste mais il est regrettable que le lien entre l'hôpital et la ville se soit résumé, pour les promoteurs du projet, à une simple nécessité d'informer les partenaires de ville une fois le Centre mis en place, afin d'envisager les articulations possibles entre les projets de ville et le nouveau projet hospitalier.

La coopération ville-hôpital peut en effet recouvrir de nombreuses significations et l'ouverture d'un bâtiment hospitalier sur la ville ne garantit pas une réelle coordination des soins entre ces deux entités.

Le choix de traiter, éduquer et dépister le patient a, pour ce projet, supplanté la nécessité de profiter des actions déjà mises en œuvre dans un cadre juridique différent, avec des professionnels peut-être non médicaux et dans une logique éventuellement différente.

Une réelle articulation avec les actions mises en place en ville reste toutefois souhaitable et possible. La participation de représentants de ces structures aux réunions préparatoires du projet hospitalier pourrait constituer une avancée simple mais sérieuse et un gage de coopération efficace pour l'avenir.

La coopération ville-hôpital est donc une nécessité en terme de prévention. L'hôpital public est en effet la structure qui paraît la mieux organisée pour l'éducation sanitaire et l'épidémiologie, par rapport à des médecins de ville isolés et sans moyens attirés. Elle apparaît également comme la plus légitime, compte tenu de ses missions de service public hospitalier. Mais l'hôpital doit pour cela apprendre à soigner une population et non un individu. La mise en place d'une démarche volontariste en amont et en aval de ses missions est souhaitable. En amont, l'impulsion d'une véritable politique d'éducation sanitaire devrait réduire le nombre de personnes qui se présentent sans prise en charge à la porte de l'hôpital, et le renforcement des liens avec les structures de ville (médicales ou associatives) pourrait favoriser cette prise en charge. En aval, un maillage étroit avec les hôpitaux locaux, les réseaux de prise en charge sanitaires et/ou sociaux, et plus globalement l'univers médico-social, pourrait également s'avérer efficace.

Ce constat nous amène à nous questionner sur les cadres juridiques en place, parfois incompatibles entre eux et sur les nouveaux outils dont ville et hôpital disposent afin de se rencontrer plus souvent.

3.3 Les nouveaux outils de coopération

3.3.1 Les GCS

Les Groupements de Coopération Sanitaire ont été créés par les ordonnances de 1996 mais sont encore peu utilisés.

L'ordonnance du 4 septembre 2003²⁹ prévoit de simplifier et d'assouplir les coopérations sanitaires mises en place jusqu'à présent, sous forme de Groupements de Coopération Sanitaires. Un Groupement de Coopération Sanitaire élargi, souple et polyvalent, remplacera en effet, à terme, les autres modalités de coopération.

Dans le dispositif de modernisation envisagé par l'ordonnance de simplification sanitaire, le GCS peut désormais être constitué entre un ou plusieurs établissements de santé et des professionnels libéraux de santé. L'objectif de cette mesure reprise par le Plan hôpital 2007 est d'« ouvrir le GCS aux professionnels de santé libéraux et favoriser ainsi la coopération entre établissements publics de santé, établissements privés, PSPH et médecins de ville »

²⁹ Titre III de l'ordonnance de simplification de l'organisation sanitaire du 4 septembre 2003

Le GCS n'est ainsi plus limité aux établissements de santé. Il est appréciable qu'une organisation juridique unique puisse remplacer l'imbroglio juridique dans lequel se trouvent les établissements, appartenant parfois à plusieurs réseaux, partenariats public/privé, groupements, syndicats hospitaliers etc... Le titre III prévoit l'unification des formules de coopération sanitaire et la modification juridique du GCS pour en faire l'instrument de coopération privilégié.

De plus, il s'agit d'une mesure qui favorise réellement la coopération ville-hôpital puisque les médecins issus des deux milieux peuvent dépendre, être financés et travailler dans une même organisation.

Le GCS peut constituer le cadre d'une organisation commune des personnels médicaux pouvant dispenser des actes au bénéfice des patients des établissements membres du GCS et participer aux permanences médicales organisées dans le cadre du groupement. Il peut aussi devenir un cadre juridique ad hoc pour un réseau de santé.

Cette mesure est enfin susceptible de répondre à la pénurie que connaissent les établissements hospitaliers, et le CH de Gonesse ne fait pas exception, pour certaines disciplines médicales ou chirurgicales.

Cette opportunité n'est pas sans rappeler l'organisation des hôpitaux locaux, dont on pourrait tirer des leçons à différents titres pour apprendre à gérer la pénurie de médecins et le cloisonnement de l'hôpital.

3.3.2 Le modèle des hôpitaux locaux

Les hôpitaux locaux fonctionnent majoritairement grâce aux médecins libéraux qui viennent y faire des gardes, des consultations et des vacations. Les médecins traitants ont aussi la possibilité de venir suivre leur patient à l'hôpital, moyennant une rémunération certes faible mais réelle.

L'hôpital local est donc une structure hospitalière qui est organisée et qui fonctionne avec et grâce aux médecins libéraux. Cette synergie entre l'hôpital et la ville évite les éventuelles « ruptures de parcours » du patient et permet au médecin traitant de ne pas quitter son patient sous prétexte qu'il est hospitalisé, pour le retrouver ensuite dans son cabinet sans une connaissance réelle et approfondie des traitements et soins qu'il y a reçus.

Si une présence aussi importante des médecins libéraux au sein des hôpitaux publics de grande taille paraît assez difficile à mettre en œuvre, quoi que pas utopique, l'idée d'offrir

la possibilité au médecin généraliste de venir suivre son patient à l'hôpital, en participant éventuellement aux concertations médicales hospitalières qui ont lieu autour de son cas, peut être à retenir, moyennant un dédommagement pécuniaire.

Le suivi du patient et les ruptures de parcours entre ville et hôpital amènent à étudier un autre moyen de la coopération ville-hôpital de demain : le dossier médical personnel.

3.3.3 Le DMP

Le partage de l'information semble être la clé de voûte de l'évolution de l'hôpital public et du dialogue entre les professionnels médicaux participant à la prise en charge du patient, où qu'il soit. Les nombreux obstacles de compatibilité de systèmes et de capacité de stockage des données auxquels sont confrontés les informaticiens qui cherchent à mettre en place le partage de l'information, peuvent souvent expliquer le retard que peut accuser la France dans ce domaine. Pourtant, l'existence d'un dossier médical unique, comprenant toutes les données relatives au malade et consultable depuis n'importe quel poste autorisé, dans les services de l'hôpital, en ville ou dans un hôpital extérieur, est appelé des vœux du gouvernement de manière rigoureuse et répétée.

Au sein des équipes hospitalières, l'accès fiable et partagé des informations est un gage de gain de temps et de technicité. Du côté de l'utilisateur, le suivi et le traitement des maladies rares ont mis en évidence des dysfonctionnements de partage de l'information tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'hôpital, « du fait de la complexité et du polymorphisme de leur prise en charge : annonce du diagnostic à la famille laissé au médecin généraliste sans lui donner d'informations, absence de transmission de dossiers entre deux spécialistes... »³⁰

Le Dossier Médical Personnel (DMP), élément essentiel de la loi du 13 août 2004 sur la réforme de l'assurance maladie, sera une avancée significative dans la mesure où le DMP ne sera pas uniquement partagé à l'intérieur de l'hôpital. En effet, le DMP, tel qu'il est annoncé, devrait présenter de nombreux avantages pour les acteurs de santé et devrait aussi contribuer à réduire la « fracture médicale » entre l'hôpital et la médecine de ville. Il permettra au médecin un réel suivi du parcours de son patient grâce à une informatisation obtenue « en temps réel » sur les examens passés par celui-ci, notamment à l'hôpital. Il évitera aussi la redondance des examens pratiqués dans les deux secteurs (hospitalier et libéral), mais une modification des pratiques et une confiance

³⁰ étude du Conseil Economique et Social présentée par Eric Molinié, séance du 21 juin 2005

mutuelle devront pour cela avoir lieu. Il n'est pas rare en effet aujourd'hui qu'un patient admis aux urgences subisse une batterie d'examens quasiment standard, même si celui-ci présente les résultats d'examens qu'il a subis la veille ou le jour même en libéral. Même si des efforts sont déjà faits et demandent à être poursuivis dans ce domaine, il est indéniable que la transmission des données par informatique sécurisée et par réseaux d'images numériques diminuera les risques de redondances d'examens et de doublement des coûts en parallèle.

Pour le patient, le DMP sera un outil d'information fiable et actualisé, lui garantissant la qualité et l'accès unifié à l'information médicale le concernant. A cet égard, la mise en place du DMP s'inscrit dans le prolongement de la Loi du 4 mars 2002 et des articles L.1111-7 et L.1111-8 nouvellement introduits dans le CSP, garantissant au patient le libre accès à l'information médicale le concernant.

La mise en œuvre de ce dispositif est conditionnée à la mise en place du « parcours de soins » organisé autour du médecin traitant. En faisant du médecin traitant le pivot du parcours de soins de l'utilisateur, la réforme de l'organisation du système de santé place hôpital et médecine de ville dans une réelle logique de coopération.

Le DMP s'inscrit dans cette même logique de coordination et de décloisonnement des soins. Xavier Bertrand, actuel ministre de la santé déclarait le 13 juin 2005 : « Le DMP s'inscrit également dans une attente forte de la part des professionnels de ville et des hospitaliers, qui souhaitent mieux coopérer entre eux pour améliorer la prise en charge du patient. »

Le ministre engageait ensuite tous les professionnels à hâter la mise en place de ce DMP, arguant d'un sondage qui donne 80% des Français favorables au DMP.

Cependant, il faudra pour cela dépasser deux obstacles :

- Le premier est celui des questions techniques et financières. L'usage du DMP doit en effet être rendu possible par tous les professionnels à un coût raisonnable pour l'assurance maladie, dans le respect absolu de la sécurité et de la confidentialité.
- Le second est l'appropriation du DMP par les médecins. Ils devront en effet le considérer, en ville comme à l'hôpital, comme un outil quotidien à usage médical .

Au CH de Gonesse, un groupe projet DMP se réunit depuis presque un an maintenant, afin de préparer la mise en œuvre opérationnelle et le lancement officiel du DMP quand les contraintes techniques auront été dépassées. Les professionnels sont favorables à l'utilisation de ce dossier, même si la culture du dossier médical écrit et dactylographié reste prégnante.

3.3.4 Vers une réorganisation complète du système sanitaire ?

Plusieurs rapports récents ont tracé de nouvelles pistes de restructuration de l'offre hospitalière pour les années à venir. Ainsi, le rapport des professeurs Jacques Domergue et Henri Guidicelli remis en février 2003, préconise de regrouper les établissements en les hiérarchisant (CHU, hôpitaux généraux, hôpitaux de proximité) et en définissant clairement leurs missions de soins. Une telle restructuration pourrait amener à rapprocher le dernier niveau d'hôpitaux de la médecine de ville, à l'instar de l'organisation suédoise³¹.

Le système de soins en Suède est lui aussi organisé en 3 niveaux :

- Il existe 8 hôpitaux régionaux (depuis la fusion de Karolinska et Huddinge le 1^{er} janvier 2004), qui disposent d'un grand nombre de spécialités et sous-spécialités, de services de pointe et de laboratoires très spécialisés. Ils sont aussi très impliqués dans la recherche.
- 65 hôpitaux de comté ou de district (une vingtaine sont des hôpitaux de comtés) assurent des soins somatiques dans diverses spécialités, soit dans les services d'hospitalisation, soit dans les soins ambulatoires. Ils sont aussi responsables des secteurs psychiatriques (découpage quasiment identique à celui de la France)
- Les 1000 centres de santé primaire constituent le niveau auquel la population s'adresse pour tous ses problèmes de santé. Ils correspondent à nos cabinets médicaux mais sont unanimement publics. Le personnel qui y travaille n'est pas un personnel hospitalier mais du personnel « de ville » Ces centres comprennent des médecins, des infirmières, des sage-femmes, des kinésithérapeutes et parfois des travailleurs sociaux. Les responsabilités dévolues à chaque profession sont assez différentes de ce qui existe en France. Les consultations sont assurées en premier lieu par une infirmière, les prises de sang et visites bénignes par l'aide-infirmière, tandis que le médecin ne voit que les patients plus graves ou douteux.

Plusieurs spécialistes en France suggèrent aussi de procéder à des transferts d'activités entre personnels de santé³². Le premier rapport de la mission Berland³³ souligne que « les chevauchements observés entre activités parmi plusieurs profession de santé constituent

³¹ J'ai effectué mon stage extérieur en Suède de novembre 2004 à janvier 2005

³² Professeur B. Glorion : « Comment évaluer et répondre à l'augmentation croissante des besoins et des progrès thérapeutiques ? », Actes du colloque AN, 2002

³³ Yvon Berlan : « La démographie des professions de santé » ;rapport au ministre de la santé, 2002

des redondances inutiles et des pertes d'efficacité auxquelles il convient de remédier. (...) Ainsi, une pratique médicale qui apparaissait très spécifique il y a 20 ans peut aujourd'hui être davantage banalisée, plus systématisée, mieux encadrée, rendant l'intervention du médecin moins nécessaire.»

L'organisation du système de santé en Suède ne permet pas un cloisonnement aussi fort entre ville et hôpital qu'en France puisque tous les médecins généralistes sont en ville et que les médecins spécialistes consultent uniquement à l'hôpital (où ils suivent aussi leurs patients hospitalisés).

Mais une redéfinition du rôle et des missions de chaque acteur du système de santé peut s'avérer positive pour améliorer durablement la prise en charge des patients, et la pérennité de ce système.

CONCLUSION

Sans aboutir à une réforme complète du système de santé, la réflexion autour de la coopération ville-hôpital nous amène tout de même à tirer quelques enseignements du bilan critique établi, pour l'avenir.

Si la déclinaison des liens ville-hôpital a été guidée par les nécessités juridiques et les réalités de territoire incitant à créer et développer ces liens, les objectifs poursuivis sont trop souvent impalpables. Cet écueil peut être corrigé par une meilleure évaluation et rationalisation des différentes formes de coopération, mais aussi par un engagement plus fort en faveur du décroisement de l'hôpital en direction de la ville. Ce décroisement peut et doit passer par les médecins, même s'ils ne disposent pas du monopole des projets et que la mise en œuvre des initiatives implique nécessairement la participation de tous les acteurs du monde de la santé. La mise en place de technologies de l'information performantes, et la sensibilisation de ces mêmes acteurs, sont aussi des préalables indispensables à la réussite de la coopération ville-hôpital.

Les fortes contraintes qui pèsent sur le système de santé et la reconnaissance commune et unanime du bien-fondé des coopérations ville-hôpital devraient faciliter la mise en application des réformes juridiques qui s'annoncent et des évolutions de mentalités qui se dessinent.

Espérons que la célèbre fable de Jean de la Fontaine puisse un jour caractériser avec délicatesse le rapprochement ville hôpital :

« Autrefois le Rat de ville

Invita le Rat des champs

D'une façon fort civile

A des reliefs d'Ortolans »

et qu'ils sauront tous deux se sustenter de la satisfaction de la prise en charge globale et coordonnée des patients.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

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

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

Loi n°99-533 du 25 juin 1999 pour l'aménagement et le développement durable du territoire

Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 relative au financement de la sécurité sociale pour 2004

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

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

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

Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Décret n°99-940 du 12 novembre 1999 relatif au fonds d'aide à la qualité des soins de ville

Décret n°96-789 du 11 septembre 1996 pris pour l'application de l'article L.162-31-1 du code de la sécurité sociale relatif aux filières et réseaux de soins expérimentaux et modifiant le même code.

Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relative au financement des réseaux

Décret n°2002-1463 du 1er décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé

Décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale

Décret n° 2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence

Circulaire DGS/DH n°612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'affection à VIH.

Circulaire DGS n°74 bis du 2 décembre 1993 et n°88 du 1^{er} décembre 1994 relatives à la mise en place des réseaux de proximité.

Circulaire DGS/DH n°98-188 du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés.

Circulaire DH/EO du 26 mars 1998 relative à la révision des schémas d'organisation sanitaire

Circulaire DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux

Circulaire n°101/DHOS/0/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

ARTICLES

Cahier pratique Tissot. *La santé en réseaux*. Annecy : Tissot éditions, décembre 2001, p. 1 à 31.

Décision santé. *De l'HAD aux réseaux*. Décembre 2003, n°200, p.8 à 38

DH magazine. *Les réseaux de santé*. Novembre-décembre 2003, N°92, p.13

BERCOT R., *La coopération au sein d'un réseau de santé, négociations en terme de territoires et dynamiques professionnelles*. Conférence à l'Université de Versailles, 22-24 septembre 2004, www.printemps.uvsq.fr/Com_berc.htm

Plan hôpital 2007 + programme hôpital 2007 et lettre de mission du ministre de la santé : <http://www.sante.gouv.fr>, rubrique « actualités », plan hôpital 2007, présentation des mesures. Site visité le 25 août 2005

Agence de Presse Médicale. *Permanence des soins : Xavier Bertrand demande à la CNAM de payer les astreintes*. 25 juillet 2005, dépêche Internet

Site Internet du Ministère de la Santé et des Solidarités : www.sante.gouv.fr

Site Internet de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France : www.parthage.sante.fr

Site Internet du « Quotidien du médecin » : www.quotimed.com

Site Internet des réseaux de santé : www.cnr.asso.fr

Site Internet de la Haute Autorité de Santé : www.anaes.fr

OUVRAGES et RAPPORTS

MANCRET R.C., *La constitution des réseaux de soins ville-hôpital*. Paris : Lamarre, 2001, 158 p.

CLEMENT J.M, CLEMENT C. *Cours de droit hospitalier*. Bordeaux : Les études hospitalières, 2002, 280 p.

CHAIX-COUTURIER C., *Eléments pour un modèle de la performance d'un réseau de soins*. Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur de l'Université Paris VII, 26 avril 2002, 396 p.

Projet médical du territoire 952, description des spécificités du territoire, CRAMIF/DDASS/SMAMIF, 2004

Cour des comptes, *Rapport annuel au Parlement sur la sécurité sociale*. Paris, septembre 2004

Cour des comptes, *Rapport annuel au Parlement sur la sécurité sociale*. Paris, septembre 2005

DESCOURS C. et al., *Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins*. Paris : Ministère de la Santé, janvier 2003

DESCOURS C., *Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels sur le territoire*. Rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées : Paris, 2003

RAVINET C., De la nécessité d'un mode de prise en charge coordonné des patients à la réalité du terrain : l'exemple du réseau franc-comtois de diabétologie. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2003, 116 p.

BERLAND Y., *Commission Démographie médicale*. Rapport présenté au ministre de la santé et de la protection sociale : Paris, avril 2005

MENARD B., L'émergence des maisons médicales de garde dans la permanence des soins et leur incidence sur l'activité hospitalière. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2004, 68 p.

MOLINIER E., *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*. Avis et rapports du Conseil Economique et Social : Paris, 2005