

RENFORCER LE LIEN VILLE - HÔPITAL



FHF

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

SOMMAIRE

> INTRODUCTION	3
> LES SEPT CLÉS POUR LA CONSTRUCTION DU LIEN VILLE-HÔPITAL	4
> RAPPEL DES PROPOSITIONS DE LA PLATEFORME POLITIQUE DE LA FHF	6
> PROPOSITIONS	7
> AXE 1 : FACILITER LES LIENS ENTRE LA VILLE ET L'HÔPITAL - AVOIR UNE VISION PRAGMATIQUE	8
Proposition 1 : Rendre obligatoire la communication des résultats médicaux (compte-rendu d'hospitalisation, imagerie, biologie, etc.) aux médecins généralistes, et réciproquement, la transmission des éléments aux Centres Hospitaliers avant une admission.....	10
Proposition 2 : Organiser un accueil des soins non programmés à l'hôpital.....	11
Proposition 3 : Simplifier les échanges avec l'hôpital pour les libéraux, notamment avec une personne identifiée comme leur interlocuteur institutionnel.....	12
Proposition 4 : Favoriser la recherche clinique sur les soins primaires.....	13
Proposition 5 : Adopter des protocoles communs entre professionnels hospitaliers et de ville	13
> AXE 2 : INVESTIR POUR LA VILLE	14
Proposition 1 : Investir pour un système d'information commun.....	16
Proposition 2 : Mettre à profit le foncier hospitalier pour les maisons de santé pluridisciplinaire et les centres de santé.....	17
Proposition 3 : Investir collectivement dans la coordination par des contrats d'objectifs avec l'assurance maladie.....	18
Proposition 4 : Expérimenter des modèles de financement à la population soignée.	19
> AXE 3 : TERRITORIALISER LES ENJEUX DE SANTÉ.....	20
Proposition 1 : Favoriser l'exercice mixte entre ville et hôpital	22
Proposition 2 : Créer des parcours de formation médicale à l'échelle territoriale	23
Proposition 3 : Favoriser la place des acteurs de la ville dans le cadre des réflexions issues des GHT.....	24
Proposition 4 : Accompagner, en partenariat, les besoins de consultations avancées de spécialité sur les territoires en tension	25
> AXE 4 : ORGANISER LA GOUVERNANCE VILLE HÔPITAL	26
Proposition 1 : Renforcer le lien entre acteurs locaux par la constitution de commissions extra-territoriales de santé (élus – ville – hôpital – usagers).....	28
Proposition 2 : Favoriser les projets et accords communs médecine de Ville et Hôpital dans les pouvoirs publics	29
Proposition 3 : Favoriser l'élargissement de la gouvernance des GHT à la médecine de ville...	30
Proposition 4 : Créer des espaces de concertation entre acteurs institutionnels nationaux et régionaux	31
> LISTE DES ABRÉVIATIONS	32

INTRODUCTION

Notre système de santé se trouve aujourd'hui face à de nombreux défis en raison de transitions démographiques, épidémiologiques et sociales d'ampleur : chronicisation des maladies, vieillissement de la population, inégalités sociales et territoriales, exigence croissante des usagers aspirant à des prises en charges globales, individualisées et répondant à leurs attentes personnelles.

Ces défis s'imposent à l'ensemble des acteurs des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Chacun partage une **responsabilité territoriale et populationnelle**, concept développé dans la dernière plateforme politique de la Fédération Hospitalière de France. Les acteurs s'engagent sur les territoires afin de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population et d'assurer la coordination nécessaire. La FHF entend résolument et durablement engager l'hôpital public dans **une démarche de construction commune et coordonnée des réponses à apporter aux besoins des territoires avec les acteurs de la ville**.

Le présent document et les propositions qu'il exprime sont le fruit de la mission menée par le **Dr Jean-Pierre Jardry¹, Médecin Généraliste, élu de la Ville de Cannes, vice-président du conseil de surveillance du Centre Hospitalier et administrateur de la FHF**. Après un débat rassemblant les acteurs de la ville lors d'Hôpital Expo 2017, ce travail s'est nourri des auditions des acteurs de la médecine de ville et des établissements de santé. Si elle s'est concentrée sur ce lien, l'importance des autres professions de santé ou secteurs intervenant dans les parcours de santé (sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes...) est aussi prise en considération et fera l'objet d'un travail approfondi à plus longue échéance.

Le cloisonnement actuel entre ville et hôpital est incompatible avec la définition de parcours de santé cohérents. C'est autour de cette **notion de cohérence** que doivent se retrouver les acteurs, loin des logiques d'opposition, voire de concurrence. En ce sens, **la territorialisation des politiques de santé est une opportunité** dont les deux parties doivent se saisir : elle offre un contexte favorable au dialogue et la coopération.

La mission constate que si des divergences persistent encore au niveau national, les acteurs de santé sur les territoires s'engagent dans une démarche de co-construction similaire à celle portée par la FHF. Cette dynamique doit permettre aux partenaires de mieux se connaître et se comprendre et doit **les laisser libres de s'organiser ensemble**. Un embryon de responsabilité populationnelle se construit sur les différents territoires, la FHF souhaite l'encourager.

Dans un contexte de constitution des Groupements Hospitaliers de Territoire, **la Fédération Hospitalière de France souhaite promouvoir ce dialogue et cette coordination entre les acteurs des secteurs ambulatoire et hospitalier** dans un objectif d'amélioration constante de la qualité des parcours patients. La FHF affirme sa volonté d'agir sur cette thématique en complémentarité avec d'autres acteurs de santé. ■

1 - Travail réalisé en collaboration avec M. Rémi Fauquembergue, Directeur de projet chargé de la proximité, de l'accessibilité des soins et de l'ouverture de l'hôpital sur la ville à la FHF, et Mme Lisa Cann, étudiante en Master Santé publique parcours Sciences sociales à l'EHESP.

LES SEPT CLÉS

POUR LA CONSTRUCTION DU LIEN VILLE-HÔPITAL

Le lien Ville-Hôpital ne se décrète pas. Il nécessite un état d'esprit des acteurs, un engagement réciproque, une volonté des acteurs. En sept clés, la FHF souhaite déverrouiller les blocages à la construction d'un lien ville hôpital.

LIBERTÉ

Géographie, démographie, population, infrastructure, organisation : chaque territoire est unique et dispose de caractéristiques sanitaires et sociales spécifiques connues de ses acteurs de santé. Il ne peut donc pas y avoir de modèle unique transposable à l'ensemble des territoires. Les acteurs de la ville et de l'hôpital doivent être libres d'organiser ensemble les réponses spécifiques aux besoins de leurs territoires. Il doit leur être offert des cadres, des possibilités d'action, et non des normes.

FAIRE DU PATIENT LE DÉNOMINATEUR COMMUN DES ACTIONS

L'intérêt des patients guide déjà les actions de chaque professionnel ou établissement de santé. Ils doivent cependant s'appropriier ensemble les enjeux de santé de leur territoire afin de construire leurs objectifs communs et leurs réponses collectives aux besoins des patients. C'est en développant cette culture commune autour de la finalité « patient » que ville et hôpital pourront assumer, partager et construire collectivement la responsabilité territoriale et populationnelle.

DIALOGUER

L'échange entre professionnels structure le lien entre ville et hôpital. En plus de la construction de réponses opérationnelles, il doit pour chacun être un vecteur de compréhension des enjeux, des contraintes, des besoins, des ressources de l'autre. C'est en connaissant l'autre que ville et hôpital pourront identifier et imaginer de nouvelles modalités de complémentarité. Ce dialogue doit être constant et quotidien, notamment dans l'exercice clinique. Il peut exister au sein des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), des Commissions Médicales d'Etablissements (CME), du Développement Professionnel Continu (DPC), etc.

CONFIANCE ET RESPECT

Trop souvent, hôpital et ville sont considérés en opposition et en défaut de complémentarité sur les enjeux et obligations vis-à-vis de la population. C'est au contraire en reconnaissant les richesses et les compétences de chacun, tout en étant conscient de ses propres failles, que des réponses efficaces, concertées, honnêtes et adaptées pourront être apportées aux besoins de la population. La médecine de Ville assure une mission de proximité et de connaissance fine des patients indispensable au bon fonctionnement du système de santé. L'hôpital assure pour sa part la phase la plus aigüe du parcours patient. Faisons confiance aux acteurs de terrain pour mettre en œuvre les complémentarités.

Ouvrir ses portes à la ville n'est pas « l'envahir ». L'hôpital tend aujourd'hui la main pour proposer son aide, non dans un rapport de force, mais bien dans une relation d'égalité. Pour instaurer cette relation, les hospitaliers sont conscients qu'ils doivent mieux appréhender les difficultés et les contraintes de l'activité libérale.

CO-CONSTRUIRE

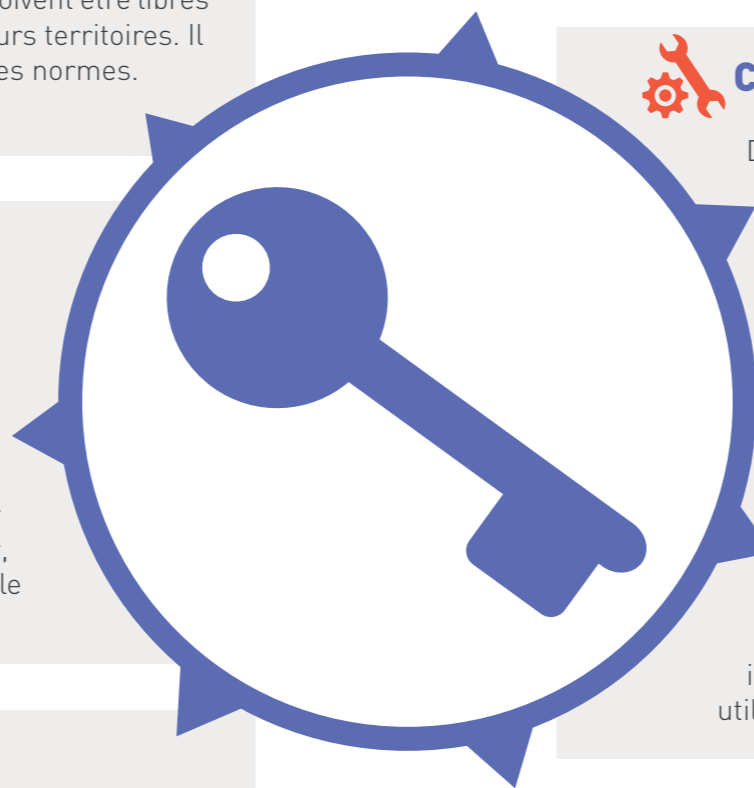
Dans le cadre de la responsabilité populationnelle, la réponse aux besoins de santé doit être construite en concertation entre les acteurs de la ville et de l'hôpital, sur un pied d'égalité. Co-construire, c'est partager la décision, les informations, les responsabilités mais aussi les contraintes. Le rôle de l'hôpital public n'est pas de se substituer à la médecine de Ville, il n'en a ni la volonté, ni les moyens. Il est partenaire.

COORDONNER

La coordination entre les acteurs de la ville et de l'hôpital est un défi à relever. Les modalités et l'opérationnalité de la coordination sont des leviers sur lesquels la ville comme l'hôpital doivent investir. Il est indispensable que des canaux de coordination soient construits, identifiés, utilisés et réajustés par tous.

VALORISER LES ACTIONS COMMUNES

La complémentarité et le travail commun entre les professionnels de ville et les hospitaliers sont nombreux. Ils effectuent un travail d'équipe visant à garantir l'accessibilité et la pertinence des soins et services de santé pour l'ensemble de la population de leur territoire. Il convient de mieux valoriser et promouvoir ces éléments qui profitent à chacun.





RAPPEL DES PROPOSITIONS DE LA PLATEFORME POLITIQUE DE LA FHF

Le rapport n'est pas la première contribution de la FHF sur le lien Ville-Hôpital, il s'inscrit dans la continuité de la plateforme politique de la FHF 2017. Les clés de déverrouillage essentielles sur le sujet sont rappelées en amont des propositions du rapport :

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°5

Revivifier le modèle des hôpitaux de proximité dans le cadre de la nouvelle territorialité en santé et y faciliter le déploiement de maisons de santé pluridisciplinaires.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°6

Assumer une capacité de substitution de l'hôpital en cas de défaillance de l'offre de soins en ville, dans le cadre d'un conventionnement avec l'URPS et sous réserve d'allocation de moyens humains et financiers adaptés.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°9

Soutenir le développement des projets des hôpitaux ultramarins et leur permettre de réaliser des gains d'efficacité en mettant en œuvre un plan de convergence et en reconnaissant en leur faveur un droit d'expérimentations.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°39

S'appuyer sur l'émergence de la responsabilité territoriale et populationnelle dans le cadre des nouveaux territoires de santé.

Pour relever le défi de l'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la pertinence des actes et des activités. Dans ce nouveau cadre territorial, la FHF propose que soit fixé aux acteurs de santé l'objectif d'atteindre la meilleure expérience pour le patient, la meilleure santé pour la population, au meilleur coût. Cinq lignes directrices gagneraient à être suivies dans cette perspective :

- > aligner les standards de qualité sur les meilleurs standards mondiaux ;
- > placer les praticiens et les acteurs de santé au cœur de la démarche ;
- > intégrer la qualité finale dans les objectifs des territoires de santé ;
- > développer massivement les recherches médico-économiques territorialisées ;
- > associer l'ensemble des acteurs aux résultats en déployant, à l'échelon territorial, des outils incitatifs à l'atteinte des objectifs qualité.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°49

Prévoir systématiquement un dispositif d'association des médecins libéraux aux groupements hospitaliers de territoire et inciter les établissements du service public hospitalier à se positionner résolument dans un état d'esprit d'ouverture opérationnelle vers la médecine de ville.

La FHF souhaite faire progresser le contexte des relations entre la ville et l'hôpital et propose des évolutions concrètes pour favoriser tant l'activité de la médecine de ville que l'activité hospitalière.

L'enjeu est aujourd'hui de dépasser les clivages pour construire collectivement sur les territoires des prises en charge adaptées et innovantes au long des parcours de santé.

FACILITER LES LIENS ENTRE LA VILLE ET L'HÔPITAL

AVOIR UNE VISION PRAGMATIQUE

La thématique de la coopération ville et l'hôpital est un sujet qui occupe le secteur hospitalier depuis de nombreuses années. Des initiatives locales existent et montrent que des liens renforcés, notamment en termes de communication, sont facteurs de réussite pour les parcours de santé. L'innovation organisationnelle doit être promue et nos connaissances en ce domaine sont loin d'être exhaustives. La France accuse un retard certain par rapport à d'autres systèmes de santé européens dans le domaine de la recherche en soins primaires. Cette dernière est un vecteur de travail collectif, interprofessionnel et intersectoriel qui ne peut être négligée.

Améliorer les parcours de santé c'est aussi repenser la prise en charge des soins non programmés à toute heure, dont la demande est croissante. Le nombre de passage aux urgences augmente de 7% par an, les patients s'orientant vers un lieu de prise en charge unique. Une grande proportion des entrées par ces services peut relever de la médecine générale. Ville et hôpital doivent s'entendre afin que les patients bénéficient de prises en charge adaptées, accessibles géographiquement et financièrement, par le bon professionnel, tout en répondant au sentiment d'urgence qu'ils expriment.

L'entrée et la sortie de l'hôpital sont des moments charnières dans les parcours de santé. Les professionnels de la ville font état de grandes difficultés en ce domaine, ce qui nuit à la coordination du parcours dont ils ont la charge. Il leur est difficile de joindre leurs confrères hospitaliers en raison de leur turn over et de leur indisponibilité. Il est donc fréquent qu'ils privilégient l'adressage de leurs patients aux Urgences, à l'admission directe pour une hospitalisation. La communication par les lettres de liaison doit être renforcée et améliorée, afin de donner la possibilité au médecin généraliste d'assurer son rôle de coordinateur des parcours.

PROPOSITION 1

»» **RENDRE OBLIGATOIRE LA COMMUNICATION DES RÉSULTATS MÉDICAUX (COMPTE-RENDU D'HOSPITALISATION, IMAGERIE, BIOLOGIE, ETC.) AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES, ET RÉCIPROQUEMENT, LA TRANSMISSION DES ÉLÉMENTS AUX CENTRES HOSPITALIERS AVANT UNE ADMISSION.**

Si le décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif à la lettre de liaison **impose une transmission des informations en amont et en aval** de l'hospitalisation entre les professionnels de santé, ce réflexe indispensable à la bonne coordination du parcours ne semble pas encore acquis.

Afin d'assurer la fluidité du parcours du patient, la FHF estime que ce dernier doit être coordonné par le médecin traitant. Il doit pour cela disposer des moyens pour mettre en œuvre cette coordination et donc des informations issues **des autres acteurs du système de santé**. Chaque résultat de prise en charge ou d'examen par les établissements de santé, les spécialistes de ville ou tout autre professionnel de santé doit être communiqué au **praticien en charge de la coordination du parcours**.

En parallèle, l'envoi d'un patient au Centre Hospitalier doit être accompagné d'**un courrier et des éléments de diagnostic** préconisant une hospitalisation. ■



CLÉ DE DÉVERROUILLAGE

- › Appliquer strictement la notion d'acte global de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) incluant la rédaction du compte rendu et y adosser l'envoi au médecin traitant.
- › Permettre au patient d'explicitement refuser la communication de ses informations médicales.
- › Permettre au patient de déclarer, en plus de son médecin traitant, sa pharmacie référente, son infirmier libéral référent auxquels seront communiqués les traitements et l'organisation à la sortie d'hospitalisation.

EXEMPLE

La plateforme ZEPRA

ZEPRA (Zéro Echanges Papier en Rhône-Alpes) est une plateforme mise en service par le GCS SISRA et aujourd'hui utilisé par plus de 70 établissements (publics et privés) et 9000 médecins libéraux. Il permet l'échanges de messages et de documents de manière sécurisée. Il a été développé dans un souci d'interopérabilité avec les systèmes de messagerie sécurisée préexistants. Cet outil réalise 50 % des échanges nationaux en messagerie sécurisée de santé (MSS). Le dispositif doit être étendu au partage de données avec les pharmaciens d'officine, qui seront désignés par les patient à leur entrée d'hospitalisation, s'ils le souhaitent. Un des enjeux de développement est en effet de diversifier la nature des informations transmises.

EXEMPLE

La carte de coordination des soins en Ile-de-France

A l'initiative des URPS Médecins libéraux, Infirmiers et Pharmaciens d'Ile-de-France, une carte de coordination des soins a été mise en place en septembre 2013, à destination des personnes susceptibles d'être hospitalisées. Elle s'est aujourd'hui étendue à tout type de professionnel de santé impliqué dans le parcours du patient. Cette carte permet au patient d'y inscrire les noms des professionnels libéraux qui le prennent habituellement en charge, ainsi que le nom du médecin hospitalier. Elle comporte également un mémo en cas d'hospitalisation, lui indiquant les éventuelles démarches à effectuer pour une coordination des soins optimales entre ville et hôpital.

PROPOSITION 2

»» **ORGANISER UN ACCUEIL DES SOINS NON PROGRAMMÉS À L'HÔPITAL.**

La FHF propose de créer **un espace dédié à la médecine de ville** au sein des structures d'urgence afin de prendre en charge les soins non programmés de médecine générale, sur des locaux mis à disposition et avec des moyens dédiés (secrétariat, brancardage...).

À la différence des Maisons Médicales de Garde, **cette offre serait permanente (24h/24 et 7j/7)**. L'unité de lieu permettrait l'accès, pour les médecins généralistes libéraux, au plateau technique hospitalier. L'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO) pourrait alors, sur la base d'un référentiel travaillé en commun, effectuer un tri entre d'une part, **l'accueil de soins non programmés de médecine générale** et d'autre part du **service des Urgences hospitalières**.

La réunion des professionnels de ville et hospitaliers pour répondre aux soins non programmés permettrait également de conventionner afin d'**économiser les ressources** (sur le temps médical disponible) en période de nuit profonde. ■



CLÉ DE DÉVERROUILLAGE

- › Proposer le tiers payant dans la partie médecine générale libérale des soins non programmés.
- › Appliquer la convention médicale libérale de manière identique au secteur hospitalier.
- › Maintien de l'Accueil et Traitement des Urgences (ATU) pour chaque passage à l'hôpital.

PROPOSITION 3

» SIMPLIFIER LES ÉCHANGES AVEC L'HÔPITAL POUR LES LIBÉRAUX, NOTAMMENT AVEC UNE PERSONNE IDENTIFIÉE COMME LEUR INTERLOCUTEUR INSTITUTIONNEL.

De nombreux établissements ont facilité les contacts directs des professionnels de la ville avec leurs confrères hospitaliers par la création d'**annuaires ou de numéros uniques par service de spécialité**. Ces efforts de communication sont particulièrement importants afin de faciliter les échanges. Pourtant, pour les professionnels de ville, la dimension et la diversité des acteurs hospitaliers rendent la recherche du bon interlocuteur encore complexe.

Le besoin d'identifier un interlocuteur par la création d'un « **guichet unique** » pour les professionnels de ville est une proposition

destinée à faciliter l'exercice des professionnels de ville et de **fluidifier les échanges** ville-hôpital.

Ce professionnel assurerait la coordination entre les professionnels, les renseignements nécessaires à la médecine de ville, **la mise en relation et la diffusion de l'information vers les professionnels de ville**. Ce guichet unique, pour sa part, doit faciliter l'admission directe aux services d'hospitalisation à privilégier pour le patient (24h/24h). ■

EXEMPLE

L'annuaire du Centre Hospitalier de Douai

Le Centre Hospitalier de Douai a mis en œuvre une démarche de rapprochement avec les professionnels de ville par la mise en place d'un comité mixte qui a élaboré un plan actions qualité visant, entre autres, à améliorer la communication entre praticiens de ville et hospitaliers. Un annuaire croisé a été réalisé et 18 lignes d'accès directs aux spécialités médicales les plus sollicitées par la ville ont été mises en service.

PROPOSITION 4

» FAVORISER LA RECHERCHE CLINIQUE SUR LES SOINS PRIMAIRES.

À l'heure où il est demandé aux professionnels et aux organisations d'accentuer leurs efforts sur la qualité des prises en charge, **les soins primaires**, représentant une partie conséquente de l'offre de soins, bénéficient encore trop peu d'une activité de recherche leur permettant de se baser sur des preuves. La recherche en soins primaires est un enjeu pour **l'attractivité des territoires** pour les jeunes praticiens et peut permettre de fédérer les professionnels autour de projets communs. **L'investissement dans des programmes de recherche**, notamment dans des systèmes d'information permettant le recueil de données épidémiologiques, est un axe de travail pour la construction du lien ville-hôpital. ■



CLÉ DE DÉVERROUILLAGE

- » Favoriser l'émergence de Maisons de Santé Pluridisciplinaires Universitaires.
- » Renforcer la filière universitaire de médecine générale et permettre la participation des professionnels non médicaux à la recherche.

PROPOSITION 5

» ADOPTER DES PROTOCOLES COMMUNS ENTRE PROFESSIONNELS HOSPITALIERS ET DE VILLE.

Afin de garantir des réponses adaptées aux ressources et aux contraintes des professionnels ainsi qu'aux besoins de santé territoriaux, **la mise en œuvre de protocoles locaux doit être systématisée**. Ils peuvent concerner l'organisation des entrées et des sorties d'hospitalisation (standardisation des courriers, transmission des informations entre équipes paramédicales,

etc.) ou certains parcours de patients (périnatalité, santé mentale, diabète, etc.). Ces protocoles pourront se baser sur un certain nombre de recommandations de la Haute Autorité de Santé et, à plus long terme, sur les résultats issus de la recherche en soins primaires. ■

INVESTIR POUR LA VILLE

Le lien ville hôpital est un défi important pour les Groupements Hospitaliers de Territoire. L'intérêt d'une organisation hospitalière à l'échelle territoriale est d'améliorer et d'optimiser des parcours de santé et de coordonner les contacts du patient à chaque étape de sa prise en charge. Les établissements de santé doivent investir dans cette coordination et s'engager pour optimiser leurs moyens au service du territoire et des patients.

Le partage d'informations sécurisées est un facteur essentiel de l'amélioration des parcours de santé, or la multiplicité des systèmes d'information et la diversité de leurs usages sont de réels freins à une interopérabilité pourtant nécessaire. Des solutions techniques existent et l'investissement dans ces systèmes doivent être permis pour favoriser l'innovation en la matière. L'hôpital doit se montrer volontaire pour proposer à la ville les moyens dont il dispose pour favoriser la coordination dans le secteur ambulatoire, ce qui bénéficiera à terme, à l'ensemble de la population.

PROPOSITION 1

»» INVESTIR POUR UN SYSTÈME D'INFORMATION COMMUN.

Les nouvelles technologies d'information et de communication facilitent le transfert de données entre professionnels de santé. Une fois les problématiques de messagerie sécurisée et d'interopérabilité dépassées, **les systèmes d'information** restent un secteur sur lequel une progression de la coordination est encore très importante dans les relations ville hôpital.

À l'échelle des GHT, les établissements doivent investir ce champ et permettre d'**optimiser les systèmes d'information entre les professionnels de ville et les dossiers patients informatisés hospitaliers**.

Les établissements de santé disposent des équipes informatiques, de l'ingénierie de projet sur et de la capacité d'investissement la plus importante sur le territoire. Des coopérations sur cette thématique sont encore embryonnaires, l'hôpital doit donc être pro actif en s'ouvrant à la ville : mettre à disposition de ses équipes informatiques, faciliter l'équipement, construire les connections possibles, co-investir sur de nouveaux outils, etc. ■



CLÉ DE DÉVERROUILLAGE

- » Prendre en compte les besoins des acteurs de santé et particulièrement les professionnels de ville.
- » Permettre une transmission de l'information en amont, pendant et après l'hospitalisation.
- » Permettre un échange sécurisé d'information et de données entre les professionnels.
- » Favoriser l'utilisation des outils privilégiés par les professionnels de Ville.

Un élément important est la réflexion autour du système d'informations partagé. C'est un élément essentiel pour accueillir une population, au-delà de sa patientèle propre, mais celle du territoire.

Dr Pascal GENDRY,
Président de la FFMSP

EXEMPLE

La plateforme web du CHI de Créteil

Le CHIC a servi d'établissement pilote pour une start up développant une plateforme web de lien Ville - Hôpital. Un lien vers la plateforme a été installé sur chaque ordinateur des médecins du secteur. Le médecin traitant reçoit, dès que l'information rentre dans le DPI hospitalier, l'admission du patient, les résultats d'exams, et la sortie de l'hôpital. La transmission de l'information de l'hôpital vers la ville est donc complète et en temps réel. Le CHIC développe avec la Start up la deuxième étape de la plateforme, la possibilité pour les praticiens de ville, d'envoyer des informations et échanger via la plateforme avec les praticiens hospitaliers.

PROPOSITION 2

»» METTRE À PROFIT LE FONCIER HOSPITALIER POUR LES MAISONS DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE ET LES CENTRES DE SANTÉ.

Les établissements de santé disposent d'un patrimoine immobilier important. Les restructurations récentes et le virage ambulatoire ont libéré des espaces au sein des structures hospitalières.

La FHF souhaite inciter ses adhérents à mettre à disposition leurs capacités foncières au profit de projets de la médecine de ville, sous réserve d'un régime économique et comptable non péjoratif pour les établissements de santé. Certains ont d'ores et déjà aidé à l'implantation de MSP ou de Centre De Santé (CDS) en leur sein.

Intégrées aux hôpitaux, **ces structures favorisent le travail en équipe ainsi que la communication et facilitent, par l'unité de lieu, la prise en charge des patients**. En 2015, les ARS ont investi par le Fond d'Intervention Régional (FIR) 5,5 millions d'euros dans les ▶



60 milliards d'euros

C'est l'estimation du patrimoine hospitalier

maisons de santé pluridisciplinaires sans rechercher à optimiser le foncier hospitalier disponible ni à associer les Centres hospitaliers à ces constructions au détriment du lien ville-hôpital.

Parallèlement, les Maisons Médicales de Garde (MMG) peuvent dépasser l'ouverture en PDSA pour se tourner vers l'accueil des soins non programmés y compris en journée. ■

EXEMPLE

Le Centre Hospitalier du Ternois

Le Centre Hospitalier du Ternois a monté un partenariat avec la Communauté de communes des vertes collines du Saint-Polois afin d'ouvrir une MSP sur le site de l'hôpital local. Le Centre hospitalier a cédé le terrain à l'euro symbolique et la communauté de commune a financé le bâti. Ce partenariat permet de densifier l'offre de ville du territoire et permettre d'assurer pour l'avenir un partenariat médical pour l'hôpital dans la prise en charge des patients du SSR et des résidents des EHPAD.

PROPOSITION 3

»» INVESTIR COLLECTIVEMENT DANS LA COORDINATION PAR DES CONTRATS D'OBJECTIFS AVEC L'ASSURANCE MALADIE.

Le lien ville hôpital souffre trop souvent d'un manque de coordination entre les professionnels du système de santé. Les acteurs de terrain sont les plus à même d'identifier des besoins de coordination **facilitant les parcours et d'optimiser les coûts des prises en charge.**

La coordination entre professionnels est un gain réel tant qualitatif, permettant de fluidifier les parcours et améliorer la pertinence des soins, qu'économique en évitant les actes redondants.

Il faut donner plus de souplesse aux acteurs locaux en libérant les possibilités d'action pour les initiatives locales et en incitant à des

contractualisations Ville-Hôpital-Assurance maladie. En confiance, **il faut permettre de réinvestir une partie des économies générées pour la coordination au profit des projets de santé locaux identifiés.** ■



CLÉ DE DÉVERROUILLAGE

- » Créer des contrats d'objectifs et de moyens Ville-Hôpital-Assurance maladie permettant aux acteurs de disposer d'une partie des crédits économisés.

EXEMPLE

La coopération du Centre Hospitalier Intercommunal Cavaillon-Lauris avec les pharmaciens d'officine

Afin de favoriser la continuité des soins entre l'hôpital et la ville, le CHI de Cavaillon-Lauris a signé une convention avec l'URPS Pharmaciens et les pharmaciens d'officine eux-mêmes. L'objet de cette convention est le dépôt d'orthèses par les pharmaciens aux Urgences, avant la sortie d'hospitalisation. Nombre de patients conservaient auparavant les bandages et écharpes fournis par l'hôpital alors que leur pathologie nécessitait un appareillage plus spécifique. Il ne s'agit que du début du partenariat, qui devrait par la suite s'étendre à d'autres besoins de prise en charge.

PROPOSITION 4

»» EXPÉRIMENTER DES MODÈLES DE FINANCEMENT À LA POPULATION SOIGNÉE.

La responsabilité populationnelle implique la capacité à concevoir des stratégies cliniques intégrées villes/hôpital pour des patients et des populations. De nombreux territoires peuvent être prêts à se lancer dans une approche populationnelle, en tandem avec les acteurs de ville, mais le modèle de tarification est perçu comme un frein au développement d'approches intégrées ville-hôpital. **C'est pourquoi la plateforme invite à « définir des modalités de financement renouvelées et adaptées aux parcours de santé ».**

La FHF souhaite poursuivre ce projet en passant à une phase expérimentale. Au regard des moyens nécessaires au déploiement d'approches populationnelles (maîtrise des

données, ressources pour concevoir des stratégies intégrées, capacité d'entraînement des acteurs), il est impératif que les expérimentations soient pilotées par les territoires eux-mêmes, avec un modèle de gouvernance associant étroitement ville et hôpital. ■



CLÉ DE DÉVERROUILLAGE

- » Adopter une expérimentation d'un nouveau mode de financement dans le PLFSS.

TERRITORIALISER LES ENJEUX DE SANTÉ

La territorialisation des politiques de santé est une opportunité à saisir pour le développement du lien entre ville et hôpital mais elle doit s'effectuer sur un mode décloisonné et attractif et ne pas concentrer ses discussions seulement sur la gouvernance. Des espaces d'échanges cliniques doivent aussi être trouvés afin qu'une coordination réelle entre praticiens s'installe.

Les inégalités territoriales se creusent et le défi de la désertification médicale s'impose à tous. Les problématiques de recrutement en zones sous-denses mettent en difficulté la ville autant que les établissements. L'éloignement de l'offre réduit la probabilité de recourir au professionnel de santé, or un patient met en moyenne 8 minutes pour se rendre chez un généraliste et près de 20 minutes pour un spécialiste. Des dispositifs alternatifs, notamment pour l'offre de second recours, doivent être imaginés pour répondre aux besoins de santé de la population.

Rendre attractif les territoires pour les professionnels est un enjeu partagé par la ville et l'hôpital. Ils doivent faire en sorte d'écouter et de répondre aux aspirations des médecins. Ces derniers plébiscitent notamment un exercice mixte qui doit donc être favorisé. La possibilité de formation commune est un levier d'action non négligeable pour faire découvrir les territoires et les enjeux de la participation médicale à une politique de santé territorialisée.

PROPOSITION 1

» FAVORISER L'EXERCICE MIXTE ENTRE VILLE ET HÔPITAL.

Selon plusieurs études, les jeunes professionnels aspirent à diversifier leur mode d'exercice et envisagent, pour une partie plus élevée que leurs aînés, d'avoir un exercice mixte ou partagé. **Vecteur d'épanouissement pour certains professionnels et d'attractivité des territoires, la FHF souhaite que ce type d'exercice soit facilité.** Il est un gage de lien entre les secteurs ville et hôpital et peut initier des démarches d'amélioration des pratiques. Afin de rendre plus attractif ce mode d'exercice, la FHF souhaite faire évoluer le statut, le mode de rémunération et les perspectives de carrière des médecins ayant fait ce choix.

L'exercice mixte est une nécessité pour assurer l'activité médicale des hôpitaux de proximité. Il est donc particulièrement important d'envisager les vecteurs par lesquels il peut être préservé et étendu. ■



CLÉ DE DÉVERROUILLAGE

- › Faire évoluer les conditions statutaires des médecins ayant un exercice mixte en établissement de santé afin de sécuriser leur exercice.
- › Faciliter l'organisation du temps de travail des médecins libéraux entre leurs différentes activités.
- › Valoriser l'expérience acquise en libéral pour faciliter l'accès au statut de praticien hospitalier à temps plein ou partiel.
- › Valoriser la participation des praticiens libéraux aux réunions hospitalières (CLIN, CLUD, CME, préparation aux certifications HAS, GHT).

EXEMPLE

La MSP de Belle-Île-en-Mer

Dans un contexte territorial particulièrement difficile, avec une population passant de 5000 personnes en basse saison à 35 000 l'été, Belle-Île-en-Mer a su prendre la mesure de ce défi en proposant à des médecins généralistes un statut mixte, partageant leur activité entre l'hôpital et la maison de santé située en son sein. Ils bénéficient en tout temps des infrastructures du centre hospitalier, et notamment du plateau technique. Alors qu'en 2013, l'île ne comptait plus que trois médecins, ils sont aujourd'hui neuf. Ils forment des internes enthousiasmés pour ce mode d'exercice bénéficiant de surcroît d'un logement mis à disposition par la mairie.

PROPOSITION 2

» CRÉER DES PARCOURS DE FORMATION MÉDICALE À L'ÉCHELLE TERRITORIALE.

Le lien Ville hôpital doit également trouver sa source dès la formation initiale des médecins. **La FHF propose de soutenir la construction de parcours de formation dynamiques, du second cycle à la phase de mise en responsabilité du troisième cycle, à l'échelle territoriale.** Pour ce faire les GHT pourraient, en coordination avec l'Université, le CHU et les maîtres de stage en ambulatoire, proposer une offre de formation dans l'objectif de la rendre plus lisible, structurée, inter-professionnelle et intégrée aux territoires.

Cette proposition de parcours, définie en collaboration entre la ville et l'hôpital sur le territoire, doit répondre au projet pédagogique de l'interne en lien avec le coordonnateur de spécialité. La formation du jeune praticien se ferait alors pour une partie au CHU et pour l'autre partie sur un territoire de proximité, à l'hôpital et en ambulatoire. La répartition des territoires se ferait au classement et permettrait de **favoriser la connaissance du terrain, des structures hospitalières et des professionnels de ville du territoire.**

L'ancrage local procuré par ce parcours permettrait au jeune de mieux appréhender les territoires, de s'approprier l'exercice professionnel autour d'une population et devient de fait un acteur du territoire, et agissant sur le lien ville hôpital. ■



CLÉ DE DÉVERROUILLAGE

- › Créer des parcours de formation dans les maquettes de Diplômes d'Etudes Spécialisées (DES).
- › Définir le contenu des projets pédagogiques locaux, du second cycle à la phase de mise en responsabilité du troisième cycle, en association avec les maîtres de stage libéraux et les étudiants.
- › Développer le e-learning pour les internes et les maîtres de stage en formation.
- › Faciliter l'accès aux stages en ambulatoire, notamment en accroissant le nombre de maîtres de stage libéraux, y compris pour les internes spécialistes.

On ne s'installe que dans un territoire que l'on connaît, c'est une règle, un postulat. En conséquence, il faut faire connaître son territoire, il faut l'organiser et il faut donner envie.

Dr François SIMON,
CNOM

PROPOSITION 3

» FAVORISER LA PLACE DES ACTEURS DE LA VILLE DANS LE CADRE DES RÉFLEXIONS ISSUES DES GHT.

La LMSS a créé des structures d'organisation territoriales, notamment les GHT pour le monde hospitalier et les CPTS pour les professionnels de la ville. Il est important de co-construire ces structures afin de dialoguer ensemble sur les territoires pour **créer les conditions d'un travail commun et ainsi de répondre efficacement aux besoins de santé de la population.**

Ces organisations territoriales (GHT et CPTS) sont constituées en miroir mais le dispositif réglementaire ne prévoit pas de coordination entre eux. De plus, les Centres hospitaliers

disposent de moyens et d'expérience dans l'ingénierie de la gestion de projet. L'hôpital peut donc mettre à disposition ses capacités afin d'aider la ville à se structurer. Il est indispensable de faire interagir les CPTS et les GHT. Dans ce but, **la FHF souhaite associer la médecine de ville à la constitution des PMP, et réciproquement intégrer les professionnels hospitaliers à la constitution des CPTS du territoire du GHT.** ■

EXEMPLE

La radiologie au Centre Hospitalier de Saint-Palais

Le Centre hospitalier de la Côte Basque a mené une coopération gagnant-gagnant avec le radiologue libéral du Centre hospitalier de Saint Palais. Afin de maintenir une activité de radiologie de proximité, les équipes se sont organisées en constituant un GCS. Les radiologues publics assurent ainsi des consultations avancées en complémentarité de l'offre privée maintenant ainsi une réponse aux besoins de santé de la population.

Nous devons mettre en œuvre un échange croisé entre les acteurs et développer ensemble une responsabilité conjointe et une représentation partagée des choses.

Mr Bruno FAULCONNIER,
Directeur CH de Niort

EXEMPLE

Le GHT des Deux-Sèvres

Le GHT des Deux-Sèvres s'est ouvert aux professionnels de la ville dont les représentants sont membres associés du GHT, ont une voix au Comité Stratégique et ont été associés à la construction du Projet Médical Partagé. Les territoires de CPTS ont été définis en concertation, par rapport aux zones de garde de médecine générale et seront, une fois constitués, intégrés au groupement.

PROPOSITION 4

» ACCOMPAGNER, EN PARTENARIAT, LES BESOINS DE CONSULTATIONS AVANCÉES DE SPÉCIALITÉ SUR LES TERRITOIRES EN TENSION.

L'hôpital doit rester garant de l'égalité d'accès aux soins. Si les soins primaires doivent être assurés en proximité, il est également important de garantir une accessibilité au second recours sur l'ensemble des territoires. En effet, **la concentration de la médecine de spécialité sur les grandes agglomérations ne doit pas créer un éloignement de l'offre de soins pour des populations plus rurales.**

La FHF souhaite s'engager, aux côtés des acteurs de Ville, dans des projets collectifs afin de permettre une prise en charge de consultation de spécialité au plus près des territoires. **La mise en place d'une offre de consultation de spécialité doit être précédée d'un travail de recensement des besoins et d'identification de l'offre préalablement installée.** C'est aux acteurs du territoire, ville et hôpital, d'organiser le maillage territorial adapté en fonction des spécificités du terrain. Au niveau des territoires, la ville et l'hôpital peuvent organiser une gradation des soins permettant d'assurer une réponse au besoin de prise en charge de proximité.

Ces consultations hospitalières de spécialité peuvent se mettre en place au sein des Hôpitaux de proximité mais également au sein

de centre de santé ou encore de Maison de santé pluridisciplinaire. La téléconsultation et la télé-expertise peuvent constituer un appui au déploiement de cette offre. ■



CLÉ DE DÉVERROUILLAGE

- › Associer les URPS en amont d'une installation de consultations avancées.
- › Construction d'un dialogue avec les besoins de consultations spécialisées avec la médecine de ville.
- › Informer les praticiens de ville.
- › Si le besoin est conjointement identifié, favoriser l'installation de spécialiste hospitalier au sein des MSP ou CDS.
- › Valoriser les actes de téléconsultation ou téléexpertise à la même hauteur que l'acte physique.
- › Élargir le Contrat de Solidarité Territoriale Médecin (CSTM) aux consultations avancées mises en place par le secteur hospitalier.

ORGANISER LA GOUVERNANCE VILLE HÔPITAL

La coordination entre la ville et l'hôpital est rendue difficile par l'absence d'instance de concertation entre les différents professionnels. La médecine de ville et l'hôpital ont rarement des échanges directs et ne partagent que trop peu le co-pilotage de projet sur les territoires. Faciliter le lien ville-hôpital c'est donc créer les conditions d'un rapprochement entre les acteurs à tous niveaux.

D'un point de vue local, la mise en place de nouveaux outils d'organisation tels que les Groupements Hospitaliers de Territoires, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé ou les Plateformes Territoriales d'Appui sont l'occasion pour chacun d'y interroger et affirmer la place de tous.

Nationalement, le dialogue doit être facilité entre acteurs représentant la ville et l'hôpital afin que des dynamiques puissent naître et se diffuser. Par ce biais, ils peuvent se mettre mutuellement en capacité de dépasser les clivages et de porter des orientations et une vision partagée du lien ville-hôpital.

PROPOSITION 1

»» RENFORCER LE LIEN ENTRE ACTEURS LOCAUX PAR LA CONSTITUTION DE COMMISSIONS TERRITORIALES DE SANTÉ (ÉLUS – VILLE – HÔPITAL – USAGERS).

Les élus locaux sont naturellement le relais entre la population et le système de santé. La dimension territoriale et la construction d'une prise en charge globale des problèmes de santé impliquent une coordination entre les acteurs, tant hospitaliers que professionnels de ville autour d'un projet commun. Au niveau local, il est nécessaire de créer un espace de dialogue autour des problématiques de santé du territoire.

hôpitaux des commissions territoriales de santé composées de représentants des communes, des centres hospitaliers et des cliniques, de représentants des professionnels de la ville ainsi que des usagers. Ces commissions seraient une traduction concrète des CLS, mais loin de décliner une politique de santé régionale, feraient naître du terrain des projets de santé, proches du besoin de la population du territoire. ■

Une première étape a été réalisée par la signature de contrat locaux de santé, déclinaison des PRS. **La FHF propose de constituer à l'échelle des territoires d'attractivité des**

EXEMPLE

La Commission-extra municipale de santé de Cannes

Une commission extra municipale de santé a été créée et fonctionne à parité entre médecine de ville et médecine hospitalière, secteurs privé et public, inclut toutes les professions de santé, ainsi que les usagers. Son travail s'est orienté sur quatre thématiques afin de privilégier les échanges entre professionnels. Chaque groupe de travail (urgences, gérontologie, santé mental et prévention) est porté conjointement par un médecin de ville et un praticien hospitalier.

Le corollaire qui va avec la liberté d'installation, c'est aussi la liberté d'organiser une réponse aux besoins d'un territoire par et pour les habitants de ce territoire.

Dr Richard LOPEZ,
Président FNCS

PROPOSITION 2

»» FAVORISER LES PROJETS ET ACCORDS COMMUNS MÉDECINE DE VILLE ET HÔPITAL DANS LES POUVOIRS PUBLICS.

Les GHT ouvrent des espaces de dialogue et construisent des projets médicaux en partenariat avec les acteurs de la ville. Les réponses aux besoins de santé sur les territoires se trouvent dans ces projets communs et font naître des complémentarités entre les acteurs. Le lien ville hôpital construit sur les territoires des GHT une réponse graduée des soins primaires à la prise en charge de l'hyper spécialité.

Cet effort de transversalité entre ville et hôpital est en cours sur les territoires. **L'objectif de transversalité et de décloisonnement entre la ville et l'hôpital doivent apparaître dans l'organisation administrative des interlocuteurs des acteurs de terrain, au sein des ARS mais également au niveau ministériel.** ■



CLÉ DE DÉVERROUILLAGE

- » Décloisonner la gestion de la tarification hospitalière et des modes de rémunération des professionnels de ville.

EXEMPLE

La charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur

En 2014, la Conférence Nationale des Présidents de CME de Centres Hospitaliers Spécialisés et le Collège de la Médecine Générale ont ratifié une charte visant à améliorer le partenariat entre les secteurs qu'ils représentent. Elle porte essentiellement sur l'amélioration de la communication entre médecin généraliste et médecin psychiatre de secteur : identification des deux parties, accès téléphonique direct réciproque, information systématique du médecin traitant concernant la prise en charge et en particulier à la sortie d'hospitalisation, suivi médical global et coordination du parcours assuré par le médecin traitant en association avec le psychiatre. Les deux associations ont mis en place un comité de pilotage afin de mener des expérimentations appliquant cette charte, s'appuyant sur des internes de médecine générale volontaires pour travailler sur ce lien.

PROPOSITION 3

» FAVORISER L'ÉLARGISSEMENT DE LA GOUVERNANCE DES GHT À LA MÉDECINE DE VILLE.

Si la construction des GHT sont une première étape importante pour constituer une bonne organisation de l'hôpital public et une structuration de l'offre hospitalière sur son territoire, ce dernier doit évoluer en intégrant pleinement à ses parcours les acteurs du premier recours et les professionnels de la ville. **Les GHT doivent évoluer d'une conception d'offreur de soins à celle d'acteur du territoire.**

Ils doivent donc évoluer afin d'intégrer pleinement les professionnels de ville dans la gouvernance territoriale. Cette étape est indispensable pour partager les constats et les besoins de la population à l'échelle des territoires. ■

EXEMPLE

Le GHT des Deux-Sèvres

Le GHT des Deux-Sèvres s'est donné pour objectif d'évoluer vers un Groupement de Santé Territorial. Il veut faire des représentants de la ville des membres de droit de ses conseils. Une fois constitués, les cinq projets de santé des CPTS seront rassemblés par celui du futur Groupement de Santé Territorial.

Lorsqu'on s'assied autour d'une table pour construire ensemble, il ne peut pas y avoir les grands et les petits, il faut que chacun respecte, écoute l'autre et co-construise.

Dr Jean Paul ORTIZ,
Président CSMF

PROPOSITION 4

» CRÉER DES ESPACES DE CONCERTATION ENTRE ACTEURS INSTITUTIONNELS NATIONAUX ET RÉGIONAUX.

L'ouverture de l'hôpital sur la ville nécessite un travail commun et durable entre les représentants de la médecine de ville et ceux de l'hôpital public. Il s'agit d'une condition nécessaire à la convergence des intérêts et des efforts d'influence indispensables pour **actionner certains leviers d'amélioration du lien ville-hôpital.** ■



CLÉ DE DÉVERROUILLAGE

- > Constituer une commission réunissant les acteurs nationaux de la médecine de ville (FSP, FFMPs, FCS, CN URPS, Conférences hospitalières, FHF).
- > Au niveau régional, proposer la création de commissions entre URPS et FHR.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANCHL	Association Nationale des Centres Hospitaliers Locaux	FIR	Fond d'Intervention Régional
ARS	Agence Régionale de Santé	FMF	Fédération des Médecins de France
ATU	Accueil et Traitement des Urgences	FNCS	Fédération Nationale des Centres de Santé
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux	FSP	Fédération des Soins Primaires
CHI	Centre Hospitalier Intercommunal	GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé	GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire	HAS	Haute Autorité de Santé
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales	HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
CLS	Contrat Local de Santé	IAO	Infirmier d'Accueil et d'Orientation
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur	MOOC	Massive Open Online Courses
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins	MMG	Maison Médicale de Garde
CME	Commission Médicale d'Etablissement	MSS	Messagerie Sécurisée de Santé
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé	PDSA	Permanence Des Soins Ambulatoires
CSMF	Confédération des Syndicats Médicaux Français	PLFSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
CSTM	Contrat de Solidarité Territorial Médecin	PMP	Projet Médical Partagé
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées	PRS	Projet Régional de Santé
DPC	Développement Professionnel Continu	PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins	RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
FFMPS	Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé	ReAGJIR	Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants
FHF	Fédération Hospitalière de France	SML	Syndicat des Médecins Libéraux
FHR	Fédération Hospitalière Régionale	ZEPRA	Zéro Echange Papier en Rhône-Alpes

DÉBATS ORGANISÉS LORS D'HÔPITAL EXPO 2017



PARCOURS VILLE-HÔPITAL

S'ouvrir à la ville : quand l'hôpital public fait sa révolution

MARDI 16 MAI

PROGRAMME - 14h00 - 17h00 - Espace 2000 Salle 3

14h00

Ouverture par Frédéric VALLETOUX

14h10

« Déserts médicaux x liberté d'installation = l'équation impossible ? »

Conférence débat (50 mins)

- Dr François SIMON, Conseil national ordre des médecins (CNOM)
- Mme Peggy WIHLIDAL, Déléguée générale « Soins coordonnés »
- Dr Philippe BOUTIN, Président CN-URPS-ML
- Dr Richard LOPEZ, Président Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS)
- Dr Michel VARROUD VIAL, Conseiller médical DGOS
- Dr David PINEY, Vice-président Conf nationale des pdts de CME de CH

15h10

« Permanence des soins/Urgences : vers un partage des devoirs ? »

Conférence débat (50 mins)

- Dr GENDRY, Président Fédération Française Maisons et Pôles de Santé (FFMPS)
- Dr Jean-Marc CASTADERE, Chargé de mission PDSA MG France
- Dr Claude DERRAIL, Vice-président Association des Médecins Généralistes des Hôpitaux Locaux (ANGHL)
- Dr François BRAUN, Président Samu Urgences de France
- Dr Jean Yves GRALL, DG ARS Auvergne - Rhône-Alpes

16h10

« Vers une responsabilité populationnelle partagée Ville-Hôpital sur les territoires ? » Conclusion de la demi-journée (50 mins)

- M Jean Pierre JARDRY, Administrateur Fédération Hospitalière de France (FHF)
- Dr Philippe MARISSAL, Président de la Fédération des soins primaires (FSP)
- Dr Jean Paul ORTIZ, Président Confédération des Syndicats médicaux français (CSMF)
- M Bruno FAULCONNIER, Directeur du Centre Hospitalier de NIORT
- Dr Michel PICHAN, Président du Regroupement interprofessionnel ville hôpital Ariège Couserans (RIVHAC)
- Mme Katia JULIENNE, Chef de service, Adjointe au DGOS, DGOS par interim

Accès libre aux salons : www.parishealthcareweek.com

Charte de partenariat

Médecine générale & Psychiatrie de secteur

NOTES

Pour mieux répondre aux besoins des patients dans le domaine de psychiatrie et de la santé mentale et compte tenu des enjeux des soins aux personnes et de santé publique, le Collège de la Médecine Générale et la Conférence Nationale des Présidents de CME de Centres Hospitaliers Spécialisés souhaitent améliorer le partenariat entre médecins généralistes traitants et psychiatres de secteur. Afin d'assurer une meilleure coordination des soins, ils s'accordent sur les points suivants :

- 1 Le psychiatre de secteur, dans la perspective d'une prise en charge coordonnée du patient, notamment sur le plan somatique, **s'assure de l'existence et de l'identification d'un médecin généraliste traitant** pour chacun de ses patients.
- 2 Le médecin généraliste traitant assure le suivi médical global du patient et, dans ce cadre, participe à la prévention et la surveillance des effets secondaires des traitements en particulier lors de **comorbidités somatiques et psychiatriques**. Le psychiatre de secteur propose, s'il y a lieu, le traitement chimiothérapeutique au médecin généraliste traitant, qui en réalise alors principalement la prescription, eu égard à sa connaissance globale de l'état clinique du patient.
- 3 Le secteur de psychiatrie assure au médecin généraliste traitant **un accès téléphonique direct** à un psychiatre senior de l'équipe. Cette disponibilité est réciproque.
- 4 La **transmission d'information** de la part du psychiatre de secteur au médecin généraliste traitant est assurée dès l'adressage du patient aux structures de soins. En cas de suivi spécialisé, le médecin généraliste traitant, en tant que co-thérapeute, est informé régulièrement de ses modalités en cours et/ou envisagées quant à la prise en charge ponctuelle ou durable.
- 5 Le médecin généraliste traitant est informé systématiquement et dans les délais les meilleurs, **des hospitalisations programmées ou urgentes en milieu spécialisé de son patient, tant à son entrée qu'à sa sortie**. Sa connaissance du traitement de sortie mais aussi des conditions du retour à domicile, en particulier en cas d'interventions dans le champ sanitaire ou social dans le lieu de vie, en fonction des ressources du territoire, est de nature à assurer une meilleure coordination du parcours de soin.
- 6 Pour les patients relevant de la patientèle du médecin généraliste traitant, cette coopération entre soignants facilite **l'action du médecin généraliste traitant pour mobiliser des ressources locales et des interventions communes au domicile par l'équipe du secteur psychiatrique**. Le médecin généraliste traitant intervient notamment en cas de mesure d'hospitalisation sans consentement.
- 7 Le médecin généraliste traitant et le psychiatre du secteur référent assurent la **coordination des interventions au domicile** concernant les équipes pluri professionnelles impliquées dans les soins, l'aide et l'accompagnement du patient et de sa famille.
- 8 **La formation des internes de psychiatrie et des internes de médecine générale doit favoriser la connaissance mutuelle des dispositifs de soins et des pratiques professionnelles**. Les stages universitaires doivent être l'occasion d'échanges réciproques dans les secteurs ou les cabinets des maîtres de stage des universités.

La mise en oeuvre de ces principes participe au développement d'espaces d'échanges communs entre médecine générale et psychiatrie publique. Elle doit être adaptée à la situation démographique des différents territoires.

le 20 mars 2014

Dr Christian Müller

Président

Conférence Nationale des Présidents de CME
de Centres Hospitaliers Spécialisés

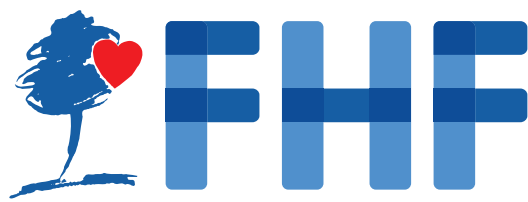


Pr Pierre Louis Druais

Président

Collège de la Médecine Générale





FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

1 bis rue Cabanis - 75993 Paris cedex 14 - T. + 33 [0]1 44 06 84 44 - F. +33 [0]1 44 06 84 45 - fhf@fhf.fr - www.fhf.fr

