



# **LE LIEN VILLE-HOPITAL SUR UN TERRITOIRE**

## **DOSSIER DOCUMENTAIRE**

Thème Novembre 2021

**Rédacteurs du dossier: Bernard Plouhinec et Arthur Augustin**  
**Relecteur : Hervé Le Néel**

Les liens tissés entre ville et hôpital ne sont pas aisés à définir, il s'agit plutôt d'un cloisonnement qui produit inévitablement des répercussions dont les patients subissent les conséquences.

Le rôle d'un hôpital, notamment d'un hôpital général, est de répondre aux besoins de la population dépendant de son territoire, en terme d'urgences, de soins spécialisés et chirurgicaux et de santé publique. Quelle place pour l'hospitalisation privée ? Les filières de soins public-privé sont-elles respectées ?

La médecine de ville doit s'organiser pour améliorer la prise en charge des patients et organiser avec les établissements un parcours de soins de qualité.

La mise en oeuvre de la loi Ma Santé 2020 :

« Ma santé 2022 permettra de rassembler les soignants en ville et les soignants à l'hôpital autour de projets de santé adaptés aux besoins des Français dans les territoires »

### Organisation hospitalière

La création des CHU date de décembre 1958, la réforme dite 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...

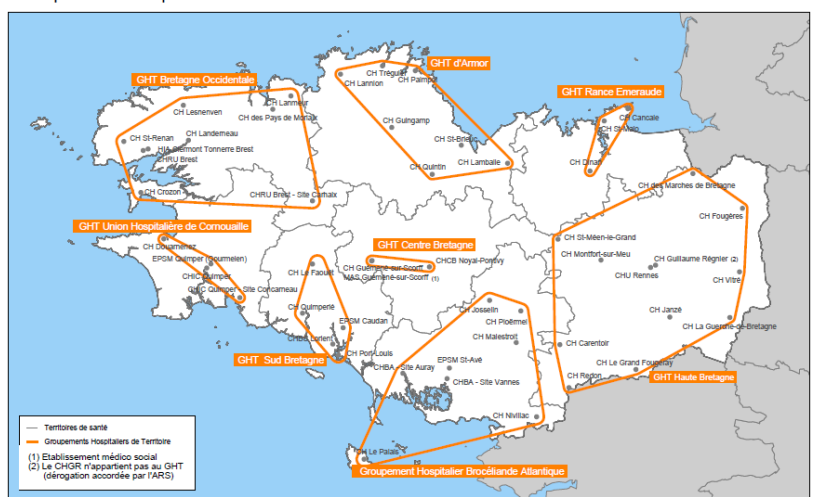
La réforme hospitalière de décembre 1970 crée la carte sanitaire, elle s'appuie sur un régime très coercitif d'autorisation pour créer, étendre et, le cas échéant, supprimer des lits hospitaliers tant publics que privés. Cette réforme consacre l'idée que l'hôpital ne peut plus recevoir rapidement, tous les patients adressés par les médecins de ville. Des systèmes de priorité, d'évaluation de l'urgence par le médecin de ville et de partage des ressources disponibles commencent à se mettre en place...

En 1983, le système de dotation globale est mis en place. Il oblige chaque hôpital à ne pas dépasser l'enveloppe de crédits attribués a priori par la caisse pivot dont il dépend.

Puis en 2004 la tarification à l'activité voit le jour pour les établissements...

**L'offre de soins hospitalière publique en Bretagne s'organise autour de huit Groupements Hospitaliers de Territoire.** Le 1er juillet 2016, l'ARS Bretagne a arrêté la liste et les contours des huit groupements hospitaliers de territoire (GHT) bretons. Chacun est implanté sur un territoire de santé.

Groupements Hospitaliers de Territoire



Source : ARS Bretagne, arrêtés du 1er juillet 2016 fixant la composition des GHT  
Réalisation ARS Bretagne, Octobre 2016  
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artoque

0 33 66 km

GHT1 de Bretagne Occidentale  
GHT2 de l'Union Hospitalière de Cornouaille  
GHT3 "Groupe Hospitalier Sud Bretagne"  
GHT4 de Brocéliande Atlantique  
Voici les fondements de la création des GHT :

GHT5 de Haute Bretagne  
GHT6 de Rance Emeraude  
GHT7 d'Armor  
GHT8 de Centre Bretagne

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) font partie des mesures de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, article 107. Ces nouvelles organisations sont au service d'une approche territoriale de la santé des populations fondée sur la coopération et la coordination entre les hôpitaux. Pour garantir un meilleur accès aux soins, les établissements d'un même groupement doivent définir une stratégie de prise en charge commune et graduée, adaptée à la situation et l'état de santé des patients.

Cette nouvelle organisation centrée sur le parcours patient vise à améliorer la qualité du service public hospitalier. Le GHT est un accélérateur du travail en commun des équipes médicales, techniques, administratives et logistiques. Il va renforcer l'efficacité économique et sociale des établissements, en regroupant les achats, en réduisant les coûts des fonctions supports et logistiques, en diminuant le recours à l'intérim médical ainsi que le nombre de gardes et d'astreintes.

### **Organisation de la médecine libérale**

-La demande des patients a évolué, la médecine a beaucoup progressé.

Les maladies chroniques, mieux prises en charge, occupent une grande partie de l'activité et justifient un parcours de soins élaboré, adapté à chaque situation..

-Les médecins libéraux s'organisent : travail en groupe, permanence des soins, structures coordonnées avec d'autres professionnels bénéficiant de rémunérations spécifiques (CSP, MSP..) et une approche territoriale des parcours, adressée à une population au-delà des patientèles, avec les CPTS.

La loi Ma Santé 2022 exprime la volonté politique d'un développement de la médecine libérale organisée.

-Les dispositifs d'appui à la coordination (PTA – plateformes territoriales d'appui décrites dans le dossier sur le thème « situations complexes », puis DAC – dispositifs d'appui à la coordination, évolution des PTA), les instances (URPS et Ordre) pourraient participer pour favoriser, améliorer le contact avec les hospitaliers et les universitaires.

Les CLS (Contrats locaux de Santé) soutenus par les collectivités, devraient permettre d'intervenir au sein du territoire pour développer l'accès aux soins de la population.

A une échelle plus large, les Conseils territoriaux de santé regroupent élus territoriaux et acteurs de santé, usagers, établissements en constituant un des éléments de la démocratie sanitaire. ( 8 en Bretagne, un par « territoire de santé » de la région : cf carte des GHT ci-dessus)

*Le médecin de ville a été formé à l'hôpital, le médecin hospitalier n'a pas été formé à la ville.*

Développer les stages chez le praticien libéral pour tous pendant le 2<sup>o</sup> cycle et en 3<sup>o</sup> cycle pour davantage de spécialités.

Permettre aux libéraux d'intégrer une fonction hospitalière à type d'exercice mixte ;

Ces deux axes d'évolution amélioreraient certainement le **Lien Ville -Hôpital**

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...ou insaisissables...

Actuellement l'hôpital cherche à limiter l'accès aux urgences, en mobilisant les libéraux, pour organiser la prise en charge des Soins Non Programmés.

Les libéraux participent à cette démarche pour la mise en place du SAS (Service d'Accès aux Soins) et par le développement des CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé), mais les moyens mobilisés ne sont pas toujours à la hauteur des engagements nécessaires...

Les libéraux souhaitent une amélioration du parcours de soins du patient entre la ville et l'hôpital, en développant la demande d'avis rapide et la facilité d'accès aux plateaux techniques (laboratoires, imagerie) sans passer par les urgences.

Ils souhaitent une mise en place de contacts directs avec les services hospitaliers qui permettrait l'hospitalisation organisée sans passage obligatoire par le service des urgences.

Une amélioration des conditions de sortie est indispensable.

**Aujourd'hui**, tout médecin libéral est conscient des difficultés qu'il rencontre dans sa relation avec l'établissement hospitalier.

La récente lettre de deux médecins généralistes de Quimper adressée à la direction de l'hôpital reflète bien les difficultés quotidiennes (en annexe)

Comment intervenir auprès des établissements hospitaliers pour améliorer cette situation ?

Comme le disent ces consoeurs, c'est pour nos patients que nous demandons une prise en compte « honorable » de patients adressés par leur médecin.

Les médecins libéraux seuls n'ont pas accès à l'organisation hospitalière, seules des organisations territoriales peuvent espérer avoir des contacts avec les CME ( Commissions Médicales d'Etablissement , élues par les médecins de l'établissement).

Les CPTS devraient pouvoir améliorer et inaugurer les contacts et les liens ville-hôpital, et sont à même d'actionner des leviers territoriaux comme les contrats locaux de santé CLS ou les Conseils territoriaux de santé CTS, éléments de la « démocratie sanitaire »....

Force est de constater de très importantes différences entre territoires : Ainsi, un des CHU bretons dispose de lignes d'accès direct à des médecins seniors de plusieurs spécialités, la plupart du temps très disponibles, permettant de résoudre une complexité médicale à laquelle est confrontée le médecin généraliste, et, si nécessaire, de réaliser des entrées directes en service spécialisé. A l'inverse, de l'autre côté de la région, tout cela ne semble pas fonctionner et contribue à emboliser les urgences et à conserver des parcours patients dégradés.

De même, des territoires ont pu développer des liens de proximité avec des spécialistes hospitaliers, permettant des « revues de cas cliniques » territoriales et améliorant la compétence technique des médecins

Cette situation d'inégalité géographique pour le patient ne pourra perdurer et conduira à terme à solliciter les instances de la démocratie sanitaire sur le sujet, de la part des représentants de citoyens, d'usagers, de médecins généralistes. La création nécessaire de ces liens fera bouger les lignes de parcours

***Ce sera aussi un des objectifs de la séance que de partager la situation territoriale à partir des cas cliniques.***

## **Loi Ma santé 2022**

LOI n° 2019-74 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

"Ma Santé 2022 : un engagement collectif" c'est le plan de transformation de notre système de santé, lancé en février 2018 et dont la remise des travaux - qui ont associé tous les acteurs de terrain concernés : Ordres, syndicats, fédérations, conférences, société savantes, associations - a été annoncée par Emmanuel Macron en septembre 2018.

## **Les 10 mesures-phares de Ma Santé 2022**

Replacer le patient au cœur du soin et lutter contre les déserts médicaux

Avec la mise en place des parcours de soins, ce n'est plus au patient de faire le lien entre les différents professionnels de santé, mais c'est aux soignants de se coordonner.

L'objectif est de rassembler les soignants en ville et les soignants à l'hôpital autour d'un **projet de santé adapté aux besoins des Français dans les territoires. Toutes les structures, privées, comme publiques, travailleront ensemble.**

Ma santé 2022 permettra de :

Garantir la possibilité pour chaque Français d'avoir un médecin traitant

Garantir l'accès à un rendez-vous tous les jours de la semaine jusqu'en soirée et le samedi matin

Développer les actions de prévention

Maintenir à domicile le plus possible les personnes fragiles, âgées ou présentant plusieurs pathologies

Faciliter l'accès de tous les patients à des médecins spécialistes...

Redonner du temps aux médecins pour soigner

Repenser l'offre hospitalière

Repenser la formation et la carrière des soignants

**En 2018 la FHF** (Fédération Hospitalière de France) a établi un rapport « **renforcer le lien Ville-Hôpital** », avec l'ambition de construire un parcours de santé simplifié, facilité et cohérent pour le patient, coordonné entre les professionnels de ville et l'hôpital public.

Quatre axes et 17 propositions sont présentés, parmi lesquelles :

-la systématisation de « lettres de liaison »,

-un système d'information sécurisé commun,

-favoriser l'exercice mixte entre ville et hôpital,

-créer des commissions territoriales (élus, libéraux, hospitaliers, usagers)

« Les professionnels de santé de chaque territoire doivent construire ensembles (libéraux et hospitaliers) les réponses les plus adaptées aux problématiques de santé auxquelles ils sont confrontés : proximité et accès aux soins avec les exigences de qualité et de sécurité. »

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 GHT, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé **CPTS** ou les Plateformes Territoriales d'Appui PTA/DAC sont l'occasion pour chacun d'y interroger et affirmer la place de tous...

On parle de **stratégie territoriale de santé**.

**Quel territoire ?**

Les professionnels libéraux doivent s'organiser.

Les territoires de PDSA sont encore des espaces de rencontre pour les médecins libéraux.

Les Centres de Vaccination ont récemment permis un échange sur des territoires accessibles, la participation des municipalités et des établissements hospitaliers, a le plus souvent inauguré des rencontres productives. Il faudrait un prolongement de ces initiatives pour créer des contacts pérennes.

Pour les hospitaliers, les territoires de santé correspondent à chaque GHT.

**Quatre niveaux d'accès au monde hospitalier :**

**-Les urgences**

**-Le plateau technique ?**

**-Les consultations spécialisées**

**-Les hospitalisations**

**L'accès aux urgences**

Pour répondre à l'encombrement des urgences, il faut en organiser l'accès.

Ce thème de l'accès aux urgences est le thème phare des échanges ville-hôpital

Pour les Groupes Qualité le thème « accès aux urgences » a été étudié en février 2020 et un indicateur spécifique a produit des données... qui donnent des résultats « anticipables » et d'autres plus inattendus:

Une réflexion sur le Recours aux Urgences (Services d'Accueil et d'Orientation des Urgences – SAOU) en Bretagne est menée depuis septembre 2018 par les Groupes Qualité (GQ) de la région.

<https://bretagne.groupes-qualite.org/recours-aux-urgences-consultez-le-rapport-danalyse-des-groupes-qualite/>

Le site des Groupes Qualité ( <https://bretagne.groupes-qualite.org> ) présente dans «toute l'actualité» en date du 11 janvier 2021, « recours aux urgences », le rapport d'analyse.

Vous trouverez en annexe son résumé.

Le rapport Mesnier évoquait « d'assurer dans tous les territoires une réponse aux demandes de soins de premier recours » (*reco1*), précisant même « 1/2 journées dédiée aux soins non programmés » (éléments d'un contrat des médecins avec la population et le territoire *reco3*)...

La loi ma santé 2022 a décliné le pacte de Refondation des Urgences qui précise : « des professionnels de santé d'un même territoire qui s'organisent pour permettre un accès à des consultations le jour même... » dans le cadre des CPTS, il est prévu la création de plages de consultation dédiées aux soins non programmés.

Le SAS (Service d'Accès aux Soins) répondra-t-il au désengorgement ? Encore faudra-t-il bien informer les patients sur l'accès aux urgences et l'accès au Centre de régulation des soins non programmés ? :

### **Projet SAS : la réponse institutionnelle.**

Les expérimentations qui se mettent en place nécessitent de nombreuses rencontres, auxquelles participent les établissements hospitaliers, les ADOPS, l'URPS, les CDO et des représentants de CPTS ou MSP... (bonne approche du lien ville-hôpital) pour mettre au point une réponse adaptée aux soins non programmés. L'encombrement des urgences en est à l'initiative.

Les libéraux devront mettre à disposition des créneaux de consultation qui seront utilisés par la régulation médicale libérale, en réponse aux demandes de patients.

On prévoit en Bretagne de créer des Associations Départementales de Soins Non Programmés qui incluraient les ADOPS et serait une entité représentative de tous les libéraux, capable de dialoguer avec les structures hospitalières.

La mise en place du SAS devrait permettre l'accès aux soins non programmés pour tous, vers les libéraux mais aussi vers les hospitaliers.

Il faudra libérer des créneaux de spécialité hospitalière pour répondre aux demandes d'avis spécialisé ; instituer l'accès aux hospitalisations spécialisées sans passage obligé par les urgences...

L'accès au plateau technique hospitalier indépendamment des urgences devrait être envisagé...

L'accès aux urgences devrait-il être régulé ? Une participation financière en limiterait-elle l'accès ?

### **Les consultations spécialisées**

L'accès aux spécialités hospitalières devrait être facilité.

Le médecin libéral doit pouvoir prendre avis dans des délais raisonnables ; cela justifie que des créneaux de consultation soient réservés aux réponses de demande d'avis.

Il n'est pas normal que les plannings hospitaliers soient complets pour le ou les mois suivants.

Il faut éviter le passage aux urgences pour un avis spécialisé qui sera trop souvent associé à une hospitalisation non justifiée.

### **Les hospitalisations**

Le passage par les urgences est justifié quand l'hospitalisation ne peut pas être organisée, car relevant d'éléments récents justifiant l'hospitalisation.

Mais souvent, l'hospitalisation peut être organisée :

- pour cela il faut favoriser les contacts directs entre médecins libéraux et médecins hospitaliers (trop souvent les numéros spécifiques mis à disposition des libéraux aboutissent au standard de l'établissement)
- pour cela il faut organiser l'accueil direct du patient dans un service (bilan clinique sur place...).

Les relations seront améliorées si les libéraux et les hospitaliers respectent un minimum de concept telle la lettre de liaison qui devrait accompagner le patient à l'entrée et à la sortie de l'établissement.



Les praticiens libéraux et hospitaliers devraient pouvoir réagir face aux prises en charge inadaptées, dialoguer entre eux pour éviter de renouveler certaines erreurs. Contacts entre praticiens++

### Modèle d'activité couplée ville-hôpital : la régulation des soins non programmés

Depuis la mise en place de l'organisation de la PDSA (une vingtaine d'année), les médecins régulateurs libéraux travaillent au côté des régulateurs hospitaliers au sein des Samu Centre 15.

Le plus souvent cette activité en local commun, utilisant du personnel en commun (les assistants de régulation médicale) apporte une satisfaction à tous les participants...

Cette activité va se développer avec la mise en place du SAS.

### Conclusion

Aujourd'hui, les établissements de santé n'ont plus le choix. Les prises en charge d'usagers se feront nécessairement avec la notion de parcours en filigrane et passeront par conséquent par un rapprochement obligatoire avec la ville. Une évolution majeure est en cours.

Tout d'abord il s'agit de construire collégialement ce lien ville-hôpital et de manière progressive. Les acteurs de part et d'autre ont besoin de cheminer dans cette démarche. Ensuite, il convient de négocier les étapes de cette construction avec souplesse et discernement mais sans précipitation. Enfin, il faut savoir apprendre de ses erreurs pour mieux rebondir et construire ensemble, en ayant toujours à l'esprit l'objectif pour l'utilisateur, l'intérêt du patient.

### Actions en cours ou initiatives...

-Région brestoise : Groupe de travail autour de la « mesure 5 pacte de refondation des urgences » :

Le CHU associe les partenaires hospitaliers, établissements médico-sociaux (Ehpad, SSR) et les libéraux (Urps, Cpts) pour améliorer la prise en charge de la filière gériatrique

Un agenda téléphonique est transmis aux médecins du territoire pour permettre le contact direct avec un médecin de chaque service du CHU (mais quelques soucis de mise à jour...)

Faciliter l'activité des libéraux en établissement : depuis peu des contrats entre libéraux et CHU (par son GCS) permettent cette activité en conservant une rémunération libérale...

La CME de l'établissement est favorable aux échanges avec les libéraux (cf compte rendu de la rencontre d'animateur de GQ avec la CME )

- CH Fécamp 2018 [Microsoft Word - Memoire Gilles LAVENU Word 2010 version définitive v2.docx \(ehesp.fr\)](#)
- Chu du Haut Lévêque 2014 [Lien ville-hôpital autour de la chimiothérapie orale: connaissance et utilisation pratique des outils existants \(cnrs.fr\)](#)
- CH Pompidou [Le lien ville-Hôpital | Pôle Cancérologie – Hôpital européen Georges-Pompidou \(aphp.fr\)](#)
- CH Libourne 2019 [Évaluation du lien ville-hôpital par les médecins généralistes dans la prise en charge palliative: exemple des Lits Identifiés de Soins Palliatifs du Centre Hospitalier de Libourne \(cnrs.fr\)](#)
- CH Rouen [Fluidifier le parcours Ville/Hôpital - GHT Rouen coeur de seine \(ght-coeurdeSeine.fr\)](#)
- Médecins Partenaires AP/HP [Médecins Partenaires | APHP](#)
- Propositions ARS Ile de France [Postes de médecins spécialistes partagés ville/hôpital vague 3 \(2021-2023\) | Agence régionale de santé Ile-de-France \(sante.fr\)](#)

## **Annexes**

- Courrier de médecins quimpérois
- Conclusions du rapport des Groupes Qualité sur la thématique Recours aux Urgences.
- Avis CNOM (extrait du débat nov 2019)
- CR de la rencontre avec la CME du CHU de Brest (1 septembre 2021)

## **Biblio**

- Rapport Mesnier [RapportSNPP \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)
- Dossier FHF [Ville - hôpital : des pistes pour renforcer les liens - Fédération Hospitalière de France \(FHF\)](#)
- Pacte de refondation des urgences [Microsoft Word - \[Urgences\] DP septembre 2019.docx \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)
- Loi Ma Santé 2022 [Ma santé 2022 : un engagement collectif - Ministère des Solidarités et de la Santé \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)
- MG Psychiatrie [charte-cme-medecine-generaliste-v2 \(medecinegeneralepsychiatrie37.fr\)](#)
- dermatologie, exercice collectif le lien... [MEDECIN-DE-FRANCE.pdf \(syndicatdermatos.org\)](#)
- [La lettre de liaison ville-hôpital \(sante.fr\)](#) ARS et Santé publique
- pharmaciens [Développement d'un lien ville-hopital entre les pharmaciens institutionnels et les pharmaciens d'officine pour la prise en charge des patients atteints de cancer en Aquitaine. \(altilab.com\)](#)
- Alice Veyrié EHESP filière directeur promotion 2017-2018 documents de liaison ville-hopital [Alice VEYRIÉ.pdf \(ehesp.fr\)](#)
- cnom\_quel\_hopital\_demain nov 2019 <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/actualites/debat-lordre-hopital-demain>
- <https://bretagne.groupes-qualite.org/recours-aux-urgences-consultez-le-rapport-danalyse-des-groupes-qualite/>