

**ARTICULATION**  
**MEDECINE AMBULATOIRE ET MEDECINE HOSPITALIERE**

Par Docteur Marc BREMOND  
Conseiller de l'URML- RA



L'Union Régionale des Médecins Libéraux et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Rhône-Alpes organisaient, en partenariat avec la société Sanofi Aventis, le samedi 28 novembre 2009, un colloque sur le thème de l'articulation entre médecine ambulatoire et médecine hospitalière.

Ce colloque qui rassemblait plus de quatre vingt participants de tous les horizons (médecins hospitaliers et libéraux, directeurs d'établissements, représentants de l'Assurance Maladie, des services déconcentrés de l'Etat, et des réseaux) au siège de l'URML-RA, a permis d'explorer cette question si cruciale, pour le bon fonctionnement du système de santé, du lien entre la ville et l'hôpital.

La journée de travail était structurée autour de quatre temps : Une présentation des travaux menés en 2008 à l'initiative de l'URML-RA sur trois bassins de vie par l'équipe constituée de Pascale Gayraud et Christian Harzo, une première table ronde visant à poser un diagnostic sur l'état des relations ville – hôpital au travers de témoignages, une deuxième table ronde présentant quelques initiatives locales plus formalisées (réseaux, équipes mobiles « hors les murs »...), et enfin une dernière table ronde pour interroger ce qui pourrait, d'un point de vue institutionnel et notamment dans le cadre de la loi HPST, favoriser le lien ville – hôpital.

Les travaux présentés en ouverture du colloque ont permis de resituer les aspects du lien entre ville et hôpital posant problème. Les médecins spécialistes libéraux et les généralistes ne sont pas logés à la même enseigne pour faire admettre un patient directement dans un service hospitalier public. Les premiers sont souvent en lien direct avec les services hospitaliers de leur discipline qui accèdent plus aisément et plus facilement à leur demande. Le passage obligé par les services d'urgence, qui constituent le centre de régulation pour les admissions hospitalières, est sans doute le point le plus inflammatoire de cette articulation. La dépersonnalisation des rapports entre médecins de ville et hospitaliers est également vue comme un facteur de tension, chacun déplorant l'absence d'un lien plus familial, ce phénomène étant exacerbé dans les centres urbains de grande taille. La quasi inexistence d'informations sur les modes de fonctionnement interne des services hospitaliers publics est souvent regardée, par la médecine générale, comme une forme d'arrogance institutionnelle. Le contact, perçu comme plus aisé, avec les praticiens spécialistes exerçant dans les cliniques favorise les liens médecine générale et établissements privés. Enfin la sortie vers la ville est souvent peu préparée, même si la communication d'information au médecin traitant est correcte. Au total le lien est d'autant plus aisé que le recours à l'établissement de santé est programmable (et c'est en ce sens que la relation avec les cliniques apparaît moins problématique), dans le cas contraire se met en place un processus de régulation de l'admission qui s'apparente à de la négociation sur la pertinence et le bien fondé du recours hospitalier. On comprend dès lors que la hiérarchie implicite qui s'instaure entre celui qui maîtrise la ressource rare (le lit) et celui qui ne la possède pas constitue un facteur de tension, sachant qu'au sein de l'hôpital la position de l'urgentiste vis-à-vis de ses pairs procède de la même logique.

Au cours de la première table ronde présidée par le Pr Etienne Tissot, les participants se sont attelés à cibler les aspects les plus saillants d'un bon fonctionnement de l'articulation ville – hôpital. Se connaître et se reconnaître en pratiquant la médecine de l'Autre (l'hospitalier en ville, le libéral à l'hôpital), en créant des passerelles ou des lieux de

pratiques conjoints (les urgences par exemple). Expliciter les règles d'ajustement entre les deux mondes, le travail sur les règles d'ajustement devenant l'occasion de la rencontre. Renforcer, dans le champ de la gériatrie, l'alliance communautaire entre les différentes parties prenantes pour faciliter le recours aux ressources de prise en charge adéquates. Faire vivre le système d'information partagée entre ville et hôpital. Rendre lisible l'architecture physique, organisationnelle et fonctionnelle de l'hôpital aux médecins de ville. Mettre en place des structures hospitalières permettant d'appuyer les professionnels de santé libéraux dans le débroussaillage de situations complexes en ville (addictions, gériatrie, victimologie, précarité, etc.). Penser la médecine de première ligne comme ayant la responsabilité globale de la santé de la population et de son parcours de soins avec ce que cela suppose comme mécanismes de financement adapté et d'engagement contractuel de la population à se conformer à cette forme de régulation de l'accès aux soins. Resituer chacun dans son rôle, en lui donnant les moyens de jouer la partition la plus adaptée dans son champ de compétences et de temps en temps organiser une forme de compagnonnage ad-hoc dans des lieux de transition neutres.

Les participants de la deuxième table ronde présidée par le Dr Alain Roeland, ont présenté différentes initiatives ayant structuré, au cours du temps, des pratiques plus coordonnées entre l'hôpital et le domicile, entre les professionnels en ville et ceux de l'hôpital. Qu'elles s'appellent réseaux, HAD, régulation libérale en centre 15, intégration d'une Maison Médicale de Garde ou de Médecins généralistes au sein d'un service d'urgence, médecins correspondant de SAMU ou autres, toutes ces initiatives révèlent que la construction d'une complémentarité organisée passe par une forme de reconnaissance mutuelle des rôles des uns et des autres sans préjugé. La montée en puissance de ces initiatives suppose, par ailleurs, de la part de leurs promoteurs, une intelligence des champs de force qui tissent une dynamique sociale. C'est de cette intelligence que se nourrit le sentiment de confiance entre ville et hôpital, que se construit un lien durable engageant le respect mutuel. Dépasser le « quant à soi » pour explorer le « quant à l'autre » suppose une prise de risque vis-à-vis des repères qui structurent les identités respectives. Entre un établissement de santé où sont concentrés les compétences et les moyens techniques et le monde libéral de la première ligne constitué d'artisan indépendant travaillant souvent de façon isolée se construisent des rapports de nature asymétrique qui peuvent laisser penser qu'une subordination hiérarchique existe entre les deux mondes si personne ne vient soutenir le contraire.

Au cours de la dernière table ronde présidée par le Dr Eric Emmanuel Grison, il a été question du rôle que pouvaient jouer les autorités de tutelles pour aider à la mise en forme de pratiques coordonnées et coopératives entre ville et hôpital mais également des perspectives ouvertes par la loi HPST dans ce domaine. Entre l'élaboration d'un projet de santé de territoire, la création d'une dynamique de partage d'information autour de la plateforme SISRA, la dynamique de regroupement des professionnels de santé, tous les participants se sont accordés pour dire qu'il fallait que les deux mondes puissent travailler sur des « objets » communs et qu'il incombait à la tutelle de favoriser l'éclosion de conditions institutionnelles favorables pour permettre ce travail d'appropriation. Les futures ARS, par le large champ des responsabilités qui s'ouvrent devant elles, devraient être en mesure de façonner ces espaces de rencontres autour d'objets communs. Mais ces objets communs comment se construisent-ils ? Est-ce à l'initiative des ARS, des professionnels de santé, des usagers du système, du marché ? Lorsque les professionnels de santé parlent de se regrouper en « entreprise professionnelle » hors les murs s'engageant contractuellement avec les pouvoirs publics sur des objectifs de santé jusqu'où peuvent-ils pousser la définition de cet « objet commun » et de quelles marges de manœuvre disposent-ils pour le fonder comme légitime ? Est-ce que « la filière » proposée par l'autorité de tutelle pour modéliser l'organisation des prises en charge dans le champ sanitaire et médico-social est un « objet commun » incontournable parce qu'il permet de mettre en scène l'idée d'une certaine standardisation des tâches et des rôles et donc d'une certaine prévisibilité des comportements de chacun ? Si les politiques publiques ont du mal à se déployer dans le champ de l'organisation des soins, c'est en général parce que « les objets communs » souffrent d'une large indétermination initiale. Ce n'est que l'accord social issu d'un façonnage collectif qui leur donne, in fine, cette consistance robuste, autour de laquelle il est dès lors possible de faire évoluer les comportements. L'exemple du développement de la plateforme SISRA présenté par Patrick Vandenberg est, à cet

égard, éclairant. Il existe donc une forme d'intelligence de la régulation qui consiste à encadrer l'exercice de détermination de ces objets communs tout en laissant le choix aux professionnels de santé, gestionnaires d'établissements, usagers du système de santé, voir aux représentants politiques de s'accorder sur la nature de ce qu'ils sont.

Au total il apparaît que lorsque les hommes sont intelligents, c'est-à-dire lorsqu'ils se respectent dans leurs différences, qu'ils comprennent les rôles des uns et des autres, et qu'ils anticipent sur ce qui fait la dynamique d'un groupe social traversant les différents mondes, alors les questions d'articulation ville-hôpital peuvent être travaillées sereinement. De la même façon, lorsque les institutions disposent de marges de manœuvre pour faire naître de l'intelligence dans le système, elles peuvent mieux mesurer ce qui doit être encadré et ce qui doit être laissé à l'initiative des forces sociales, ce qui doit être incité et ce qui doit être très étroitement supervisé.

Parler d'articulation ville – hôpital, c'est également s'assurer de la pertinence des catégories qui visent à structurer les modèles de coopération/coordination. Accompagner les personnes en perte d'autonomie, organiser le cheminement d'un processus diagnostique et thérapeutique, prendre en charge la gestion du capital santé d'une population, etc. constituent des catégories de raisonnement de l'articulation ville – hôpital qui ne procèdent pas des mêmes logiques et des mêmes formes de structuration. S'interroger sur ce qui justifie de donner le pouvoir d'organisation à tel ou tel acteur en fonction de ces catégories est l'un des points nodaux de cette quête d'efficacité collective.

Enfin, si la pédagogie du changement doit être au cœur de l'évolution de notre système de santé, elle doit s'appuyer aussi sur le regard des usagers. Le savoir profane, même s'il est aujourd'hui encore un peu en jachère, doit pouvoir accompagner le façonnage de ces nouvelles architectures qui demain, permettront de rendre plus lisibles les modèles d'organisation des prises en charge reliant les différents acteurs professionnels.