



Enjeux d'une communication ville hôpital

Dr Pauline CAMPA
SMIT Hôpital Saint Antoine, Paris

Contexte:

- Progrès de la médecine : l'émergence des maladies chroniques d'où une évolution des besoins
- Développement des moyens de communication
- Pression économique
- => nécessité d'une prise en charge médicale coopérative : « réponse organisée d'un ensemble de professionnels, pour faire face à un ou pls pbs de santé, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté » ,avec une plus value (efficience/qualité) pour le patient

<http://www.medetic.com/docs/06/reseau-ville-hopital.pdf>

Réseau de santé

- Réseau de santé introduit par la loi du 04 mars 2002.
- Un guide paru en octobre 2012, consultable sur le site sante.gouv.fr

Hépatites B/C

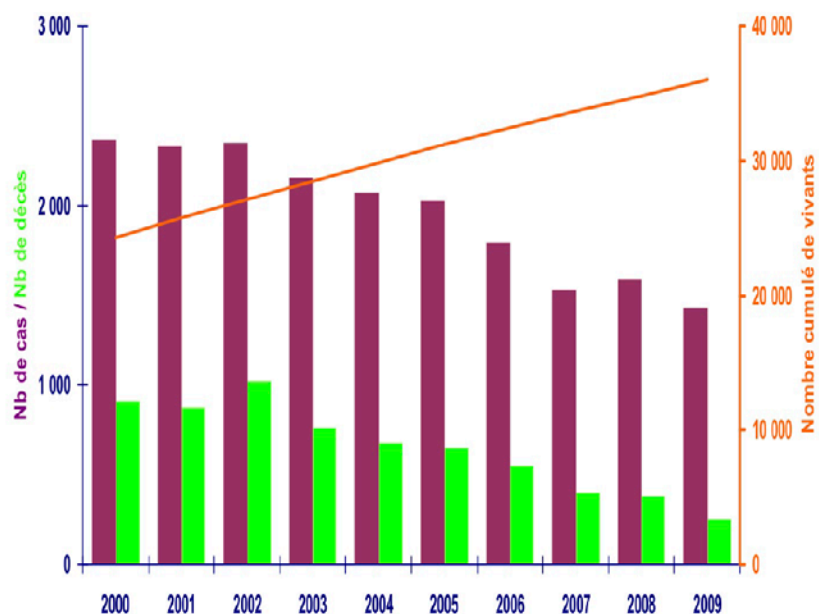
- **Personnes atteintes d'Hépatite B (VHB) : Plus de 350 millions dans le monde, plus de 280 000 sont atteints en France** (InVS 2004); prévalence d 'environ 1% en France (Optiscreen B, INVS 2004); 55% ignore leur statut en France en 2004 (BEH29-30 du 10/07/2012).
- **Personnes atteintes de VHC en France: plus de 220 000** (BEH 29-30 du 10/07/2012)
- Les dépistages pour découvrir les patients atteints à un stade précoce limitant les stades de cirrhose ou cancer du foie

- **personnes porteuses du VIH :150 000 en France, 15 à 30 000 qui l'ignorent, dont la moitié environ en Ile-de-France** (BEH 45-46/ 30 nov 2010)
- **Les files actives augmentent du fait :**
 - de la diminution des décès
 - des nouvelles infections + politique de dépistage
- Ces 3500 nouveaux cas porteurs du VIH : création d'un nouveau service hospitalier chaque année en Ile-de-France??

Evolution des cas de SIDA:



Cas de sida par année de diagnostic,
décès par année de décès et nombre cumulé de vivants
France, 2000 - 2009



Aujourd'hui:

- Patients suivis à l'**hôpital** pour l'infection chronique
 - + parfois médecin généraliste assurant une partie de la prise en charge, mais référence très rapide à l'hôpital car MT se sentant dépassé par les traitements de ces infections chroniques
- Sinon suivi **en ville** par médecins généralistes « spécialisés » assurant la prise en charge globale médicale, référant à l'hôpital si nécessaire
- Le nombre de patients **porteurs d'une infection chronique augmente**:
 - espérance de vie normalisée
 - nouveaux dépistages/ nouvelles infections

Le rôle de l'hôpital doit être modifié:

- Il peine à offrir la **réactivité nécessaire**:
 - délais de consultation pour le suivi chronique s'allongent,
 - et consultations en urgence difficiles à obtenir
- Les files actives VIH vieillissent, réclamant une **ré-intensification de la prise en charge** médicale
- les patients qui ne veulent plus / pas venir à l'hôpital : pas de chiffres mais ils existent
- Le coût de la prise en charge hospitalière semble **exorbitant**

Et en ville, la relève n'est pas assurée:

- Beaucoup des médecins généralistes libéraux « spécialisés » dans ces pathologies sont sur le **départ à la retraite**
- les **médecins non formés** dans ces domaines ne veulent pas assurer la prise en charge globale de ces patients
- Or cette formation acquise par l'expérience n'est **plus possible**:
 - il n'y a plus de recrutement hospitalier sous forme de vacations,
 - les jeunes médecins ne peuvent maintenir leur savoir dans les infections chroniques

Centre de Prise en Charge des Maladies Infectieuses Chroniques

un groupe de médecins investis dans la prise en charge
du VIH et des maladies infectieuses chroniques
hépatite B , hépatite C ... crée l'association
CPCMI (*association loi 1901*):

- médecins généralistes libéraux « spécialisés »
- de médecins hospitaliers
- d'un ingénieur et d'un biologiste .

CENTRE BASTILLE INFECTIONS



Cette association CPCMI porte le projet du CBI.

Les autres besoins

- Les files actives sont constituées de patients dans toute leur diversité sociale et économique : une **prise en charge psychosociale** est parfois nécessaire.
- **Participer à la recherche** n'est possible que si le suivi est hospitalier, or il faut rendre ces études accessibles aux patients ne voulant pas se faire suivre à l'hôpital et permettre un recrutement plus proche de la réalité.
- Les patients ne nécessitant pas un suivi hospitalier doivent pouvoir aussi bénéficier d'un **programme d'éducation thérapeutique**
- **La prise en charge en gynécologie médicale** est carencée par défaut de disponibilité des spécialistes, et par manque de formation adaptée des médecins généralistes.

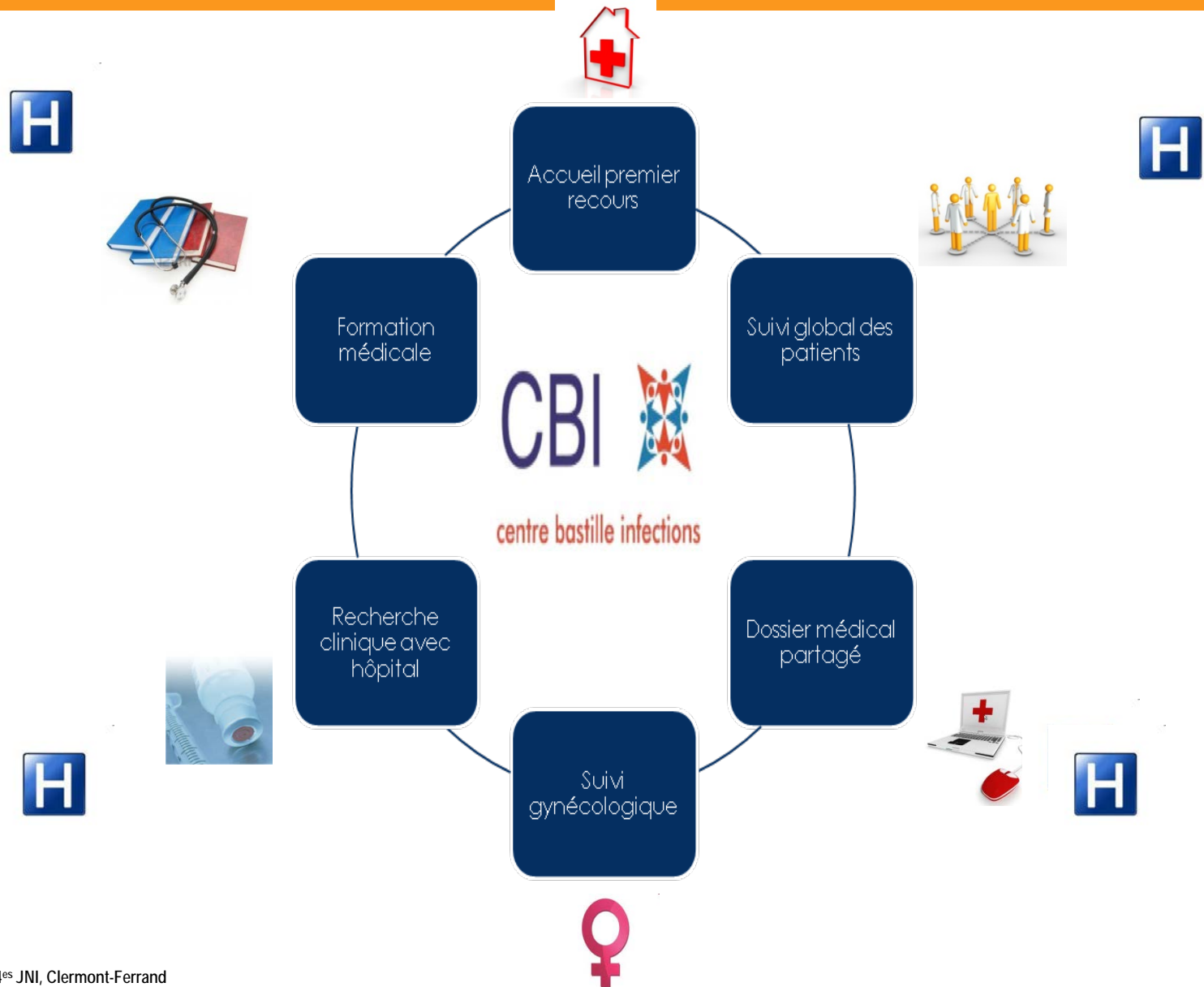
Objectifs du CBI:

- La principale finalité est la **prise en charge globale des patients atteints d'infections chroniques au sein d'un centre de santé pluridisciplinaire**,
 - associant infectiologues hospitaliers, et médecins généralistes « spécialisés » en infections chroniques
 - autres spécialistes (dermatologue, psychiatre, cardiologue, proctologue, gynécologue...),
 - paramédicaux (psychologue, diététiciens, assistante sociale, Infirmières d'éducation thérapeutique (ETP)...)
 - et un centre de prélèvement.
- **Participer à la recherche**
- **Former des futurs médecins «spécialisés» en infection chronique**

Nouvelle coopération ville-hôpital

- entre les acteurs de santé hospitaliers et la médecine de ville.
- **Un dossier médical informatisé commun** au CBI et au service hospitalier de référence
- **l'hôpital est déchargé de la prise en charge de ces patients du CBI, mais l'expertise hospitalière sollicitée** en cas
 - de pathologies sévères/ voire hospitalisation
 - de plateau technique spécifique
 - de difficultés sociales
- **Formation des médecins**

Le CBI: fonctionnement



Conclusion:

• Un centre pluridisciplinaire ambulatoire, situé entre l'hôpital et le cabinet du médecin de ville permettant d'optimiser la prise en charge globale, dans le respect de l'accessibilité financière aux soins, gardant une liaison forte avec l'expertise hospitalière, déchargeant l'hôpital du suivi des patients maintenus en bonne santé et s'appuyant sur la souplesse de la médecine de ville avec un coût global amélioré.

Je vous remercie pour votre attention

