

CIRCULAIRE DH/DGS N° 612 DU 4 JUIN 1991
relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital
dans le cadre de la prévention
et de la prise en charge sanitaire et sociale
des personnes atteintes d'infection à V.I.H.

(Non parue au *Journal officiel*)

Le Ministre délégué à la Santé à M. le Directeur général de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris ; Messieurs les Préfets de région D.R.A.S.S. (pour information) ; Messieurs les Préfets de département D.D.A.S.S. (pour exécution) ; à l'attention de Messieurs les Directeurs généraux des C.H.R.-C.I.S.I.H.

Le caractère chronique de l'infection à V.I.H., ses manifestations cliniques d'intensité variée ainsi que la forte concentration des patients dans les services spécialisés, constituent autant de facteurs qui incitent à mieux répartir la prise en charge dans le système sanitaire et social. L'élargissement des possibilités d'accueil au sein du dispositif hospitalier et extra-hospitalier est conforme à l'attente des patients et des professionnels. La médecine de ville, et les intervenants en toxicomanie en particulier, peuvent concourir à cette orientation. Elle est de nature à mieux satisfaire les objectifs d'organisation et de gestion des moyens.

Depuis plusieurs années, les professionnels concourant à la prévention et à la prise en charge médicale, psychologique et sociale des personnes atteintes d'infection à V.I.H. ont développé des réseaux de collaboration, particulièrement autour du patient usager de drogues. Plus récemment, les collaborations entre médecins hospitaliers et médecins de ville ont commencé à s'organiser en réseaux ville-hôpital. Les pouvoirs publics ont décidé de consacrer des moyens significatifs au développement des pratiques de collaboration les plus actives, dont l'intérêt pour les personnes est important. La présente circulaire a pour objet de définir les modalités et le cadre d'action des réseaux susceptibles de bénéficier de ces moyens.

I. — Les réseaux sont destinés à faciliter l'échange et la communication entre divers intervenants

La notion de réseau traduit le fonctionnement d'une organisation collaborative entre plusieurs partenaires, professionnels ou volontaires, juridiquement indépendants et aptes à apporter sur les plans préventifs, médicaux, sociaux et psychologiques, les ressources complémentaires requises par un patient. Par lui-même, un réseau n'a pas la faculté de générer des ressources ou de donner naissance à de nouveaux acteurs. Il valorise l'usage de ces ressources ou l'emploi de ces intervenants en favorisant leur relation et leur coordination au bénéfice d'une population donnée.

Ainsi, le fonctionnement d'un réseau ne se substitue pas aux échanges déjà existants. Il a simplement pour vertu de les organiser, d'en faciliter l'exercice et d'offrir ainsi à plusieurs acteurs séparés la possibilité de devenir partenaires. A cette fin et par la mutualisation des ressources existantes, il permet une meilleure acquisition et circulation de l'information et des connaissances. Un réseau n'est pas une nouvelle structure s'autonomisant. Sa force est d'abord celle des intervenants qu'il réunit pour la résolution des problèmes concrets rencontrés par les patients.

Un réseau est une organisation locale ouverte : centré sur un site hospitalier, parfois plusieurs, il doit conserver une taille suffisamment petite pour favoriser une connaissance mutuelle entre professionnels et assurer le suivi commun des patients ; il doit être suffisamment ouvert pour fédérer sur un site donné des pratiques de collaborations restées parallèles. Ne pouvant être réservé à une profession particulière, il doit demeurer accessible aux professionnels concourant à une prise en charge globale des patients. Toutefois, les liaisons entre médecins hospitaliers et médecins de ville y occupent une place centrale.

II. — L'amélioration des rapports entre médecine de ville et médecine hospitalière est au service d'une politique visant à diffuser et diversifier les soins, en même temps qu'elle peut concourir à la prévention

Le soutien apporté au développement des réseaux ville - hôpital s'inscrit dans une politique visant à renforcer la prévention ainsi qu'à diffuser et diversifier la prise en charge des patients atteints par le V.I.H. De ce fait, cette démarche contribue à mieux utiliser les ressources existantes ; elle répond également au souhait de certains malades d'être plus longuement suivis par leurs médecins traitants.

L'amélioration des liaisons entre l'hôpital et la médecine de ville ne constitue qu'une des formes de la redistribution des soins. Une **attention prioritaire** doit être apportée à l'intensification des coopérations avec les centres hospitaliers généraux, avec les services de suite, avec les unités de soins ou dispensaires existant dans les prisons et, dans une certaine mesure, avec les centres spécialisés pour toxicomanes.

Les Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (C.I.S.I.H.) ont un rôle majeur à jouer dans cette réorganisation. Un poste d'assistant technique vient d'être créé dans chaque centre de référence pour faciliter, sous l'autorité des coordonnateurs médicaux et des coordonnateurs administratifs, la mise en œuvre de cette orientation. Cette action doit permettre de réduire ou de prévenir la concentration des malades dans les sites fortement marqués par la prévalence de l'épidémie. Ce développement doit pouvoir s'insérer dans une stratégie d'organisation des soins à moyen terme, telle qu'elle est actuellement préparée dans une vingtaine de départements.

La participation de la médecine de ville peut être quantitativement et qualitativement accrue par quatre actions prioritaires :

- *la participation à des actions de prévention individuelle ou collective.* Le médecin de ville peut en effet, être un des référents pour élaborer des programmes locaux d'information ;
- *un accès facilité aux traitements* pouvant être prescrits en ville. Des dispositions techniques et financières viennent d'être prises pour autoriser les médecins de ville à renouveler les prescriptions de zidovudine. Les conditions de remboursement des séances d'aérosols de pentamidine réalisées au domicile viennent d'être rappelées aux caisses d'assurance maladie. La location du matériel homologué (compresseur CS 20 et nébulisateur Respirgard II) est remboursée après une seule entente préalable sur la base du tarif hebdomadaire de location de longue durée prévu par l'arrêté du 2 avril 1990. Le Pentacarinat peut être obtenu avec tiers payant auprès de toute pharmacie.
- *un développement des collaborations* avec les autres intervenants sanitaires et sociaux encouragées depuis 1988 par les formations financées par la Direction générale de la santé. Ces dernières continueront à s'adresser à l'ensemble des professionnels sanitaires et sociaux. S'agissant des formations exclusivement destinées aux médecins de ville, les possibilités ouvertes depuis 1990 par la nouvelle convention permettent aux organismes compétents de financer des actions de formation médicale continue portant sur la prise en charge des patients atteints d'infection à V.I.H., et indemnisées selon les possibilités conventionnelles (15 C par jour).
- *l'élargissement du maintien à domicile* : outre les mesures qui seront prises pour favoriser une meilleure orientation des patients en hospitalisation à domicile, la création de 100 places de soins à domicile a été prévue. Les dotations correspondantes ont été mises en réserve au sein de l'enveloppe SIDA (Direction des Hôpitaux) pour 1991. Les projets, en la matière, accompagnés d'éventuelles actions de formation des personnels, seront transmis par les D.D.A.S.S. et examinés conjointement par la Direction des Hôpitaux et la Direction générale de la santé. Enfin, l'expérimentation sur quatre départements (Paris, Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône et Bas Rhin) d'une prestation sociale du maintien à domicile (aide ménagère, auxiliaire de vie ou garde-malade), le cas échéant, en complément de soins à domicile, se déroulera jusqu'à la fin de 1991. La poursuite éventuelle de cette expérimentation et ses modalités d'exercice dépendront des résultats de l'évaluation nationale.

III. — Examen des projets

La mise en place et le fonctionnement de ces organisations souples requiert des moyens logistiques légers mais cependant nécessaires. Les ressources susceptibles d'être mobilisées peuvent être diverses : ressources d'origine conventionnelle, issues de la Formation médicale continue (F.M.C.), ressources provenant des collectivités locales, crédits d'État, crédits d'assurance maladie délivrés par le biais de l'enveloppe SIDA.

Les moyens qui peuvent être attribués par les pouvoirs publics pour venir appuyer les initiatives déjà prises par les professionnels sanitaires et sociaux sont triples :

- création d'emplois et attribution de vacations financées par l'assurance maladie (crédits issus de la réserve nationale de l'enveloppe SIDA gérée par la Direction des hôpitaux) dans les conditions définies ci-dessous ;
- subventions complémentaires de fonctionnement financées par l'État (crédits d'interventions de la Direction générale de la santé, chapitre 47-13, article 10, paragraphe 60), en application de la circulaire du 28 juin 1990 relative à la prise en charge extra-hospitalière ;
- financement par l'A.F.L.S.* d'actions de prévention initiées par les réseaux en direction des populations les plus difficiles à atteindre.

La décision d'attribuer ces moyens sera prise au vu d'un dossier présentant le projet, déposé par les promoteurs auprès de la D.D.A.S.S. qui le transmettra, avec son avis motivé, à l'administration centrale (Direction des hôpitaux et direction générale de la santé). Les deux directions examineront conjointement les demandes présentées, la Direction des Hôpitaux attribuant les moyens hospitaliers et la Direction générale de la santé procédant aux délégations des crédits d'État à l'intention des D.D.A.S.S. concernées.

Les services extérieurs sont invités à transmettre ces dossiers *avec la plus grande diligence possible*.

Le soutien ou la mise en place de réseaux, ainsi que les objectifs d'activité qui leur seront assignés devront, pour les départements concernés, trouver place dans les contrats d'objectifs triennaux relatifs à la programmation de la prévention et de la prise en charge des patients atteints d'infection à V.I.H.

Pour ce qui la concerne, la Direction des hôpitaux : Mission SIDA, est disposée :

- à créer sur chaque site un emploi à mi-temps pour faciliter le fonctionnement des réseaux. Par ailleurs, les établissements hospitaliers sont invités, dans la mesure de leurs moyens, à mettre à disposition de cette structure relevant de leur zone d'intervention, un bureau. Dans les cas où les partenaires ne souhaiteraient pas bénéficier d'une localisation proposée par l'hôpital, il leur reviendra d'assurer eux-mêmes la recherche du local approprié et de prévoir son financement ;

* Actuellement D.G.S.

- à accorder des vacations pour familiariser certains généralistes avec les pratiques de soins en milieu hospitalier et pour les dédommager de leur participation à l'activité clinique. Une vacation médicale hebdomadaire (soit 52 par an) permet de former huit médecins généralistes à raison de six demi-journées en rythme annuel (la division de 52 vacations par 6 vacations prévues pour chaque médecin de ville permet en effet de prendre en charge huit personnes). Le volume de vacations sera augmenté en fonction du nombre de généralistes effectivement reçus dans les services cliniques. Enfin, pour assurer l'encadrement pédagogique au sein de l'hôpital et pour ne pas pénaliser l'activité thérapeutique, une vacation hebdomadaire sera attribuée au service organisateur. Ces dispositions s'appliquent aux praticiens de ville les plus susceptibles de prendre en charge des patients atteints d'infection à V.I.H.

Les autres dépenses éventuelles seront examinées dans les conditions indiquées ci-dessus sur la base du projet présenté et des financements éventuels obtenus.

IV. — Évaluation

Un groupe de pilotage composé des principaux partenaires sera constitué au niveau national. Il aura pour objet de réaliser, d'ici un an, un bilan des opérations et d'en apprécier l'efficacité.

Vous voudrez bien saisir mes services des éventuelles difficultés que l'application de cette circulaire pourrait rencontrer. Je vous saurais gré d'en assurer la diffusion la plus large possible.

BRUNO DURIEUX

