



Le renforcement des liens entre médecine de ville et établissements de santé

11 bonnes pratiques mises en œuvre par
5 établissements soutenus par l'ARS

Février 2015 – 1^{ère} édition

Sont vivement remerciées les équipes des établissements :

- Le Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil,
- Le Centre Hospitalier René Dubos à Pontoise,
- L'Hôpital Suisse de Paris,
- Le Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph,
- La Clinique Ambroise Paré – Pierre Cherest.

Ont concouru aux comités de pilotage :

- URPS ou représentants médecins / pharmacien / infirmiers,
- Directions et équipes médicales et soignantes des établissements précités,
- Pôles ambulatoire et établissements de santé de l'agence.

Avec le soutien précieux des équipes d'**ANTARES**
consulting 

Le cloisonnement structurel et historique de l'offre de soins est un modèle aujourd'hui dépassé : les modalités de prises en charge et les pratiques des professionnels de santé en termes de transversalité doivent évoluer

Les pratiques en termes d'organisation des prises en charge sont appelées à être profondément modifiées dans un futur proche

Transition épidémiologique, évolution des techniques, développement de la prévention, allongement des durées de vie, évolution de la démographie médicale et aspirations des professionnels, opportunités offertes par les technologies de l'information : l'ensemble de ces facteurs doit être pris en compte dans la réflexion que mènent professionnels de santé, payeurs et tutelles sur l'évolution des modes de prise en charge.

Le système de santé actuel favorise par son financement et son organisation les prises en charges aiguës et cloisonnées (entre spécialités et entre types d'exercice) des patients. Pour répondre au mieux à la réalité des besoins, les professionnels hospitaliers et de ville s'engagent dans un processus d'adaptation à ce nouveau contexte, en :

- Prenant en compte leur environnement, nécessairement marqué par des spécificités territoriales : notamment l'état de l'offre non hospitalière et les besoins généraux de la population,
- Ancrant la notion de « parcours » dans l'exercice quotidien, faisant passer la prise en charge d'une succession d'actes isolés à un véritable projet de soins, où chaque étape s'inscrit dans une démarche globale planifiée, coordonnée, et s'affranchissant de tout cloisonnement structurel,
- Favorisant la coopération entre professionnels et entre secteurs d'activité en définissant les attentes réciproques et facilitant les échanges.

Si le constat et l'intérêt à agir sont aujourd'hui partagés par le plus grand nombre, les pratiques et organisations facilitant les liens ville-hôpital restent mises en œuvre de manière très hétérogène, notamment du fait de leur multiplicité :

- Celles relevant d'une démarche institutionnelle : gouvernance territoriale, participation à des réseaux ou filières, accessibilité des consultations externes, bonnes pratiques d'adressage aux urgences, etc. ;
- Celles relevant d'une démarche de pôle, de service ou de spécialités : ligne téléphonique dédiées, offre d'enseignements post-universitaires, protocoles de prises en charge, etc. ;
- Et enfin celles relevant d'initiatives individuelles ou très particulières, associant un professionnel ou un groupe de professionnels donné.

Fort de ces constats, l'ARS d'Île-de-France souhaite faire la promotion de bonnes pratiques organisationnelles simples, peu chronophages et de bon sens permettant aux établissements franciliens de progresser dans leurs relations avec la ville : dans une logique de démarche « pilote », 5 établissements se sont proposés comme terrain d'expérimentation.

Courant 2014, 5 établissements s'engagent dans une meilleure coordination, communication et collaboration avec les professionnels de ville de leurs territoires

L'année 2014 a été l'occasion pour 5 établissements – tous statuts, toutes « situations géographiques » - de mener des actions articulées autour des axes de travail suivant :

Renforcement des instances oeuvrant autour du lien ville – hôpital

Les professionnels de santé s'organisent souvent spontanément pour mettre en place les structures ou dispositifs visant à pallier les insuffisances du système en place : réseaux de santé, structures associatives, RCP, conventions, etc. sont autant d'éléments qu'il est parfois souhaitable de valoriser plutôt que réinventer un dispositif *ad hoc* qui viendrait apporter plus de complexité.

Formalisation de parcours cibles et modalités de prises en charge idéales

Les soins hospitaliers et la médecine de ville sont intrinsèquement complémentaires : proximité, technicité, accessibilité sont des paramètres intimement liés à la configuration du territoire qu'il convient de mettre à plat et d'ajuster pour que chacun identifie bien sa place dans la filière et le parcours des patients.

Cartographie et fluidification des flux d'information

L'information liée au patient et à sa (ses) pathologie(s) est cruciale : historiques des traitements, mise à disposition des comptes-rendus d'hospitalisation, connaissance des examens prescrits, résultats disponibles et événements liés au patient (entrée, mutation, sortie), sont des données indispensables à chacun des acteurs du parcours de soins pour bien apprécier la pertinence des actes, prescriptions ou orientations réalisés à l'instant « t ».

Le présent document est un retour d'expérience de ces travaux, volontairement remodelé afin de prendre la forme non pas d'un témoignage des projets menés, mais véritablement d'un guide le plus opérationnel possible, en espérant qu'il saura inspirer voire aiguiller un lecteur souhaitant mettre en place à son tour des actions similaires.

arnaud.lemerrer@ars.sante.fr
pierre-etienne.haas@ars.sante.fr

Équipe EPOD
Efficience des Pratiques,
des Organisations et de la Dépense

A. Les principaux éléments de compréhension

B. Des bonnes pratiques organisationnelles

C. Une méthodologie de travail reproductible

5 établissements se sont portés volontaires pour participer à la démarche. Pour mieux appréhender la coordination ville-hôpital, ceux-ci ont dans un 1^{er} temps questionné les professionnels de ville de leur bassin de santé

Modalités sur l'enquête réalisée auprès de la médecine de ville

Pour interroger les médecins de ville, les 5 établissements ont envoyé un questionnaire aux médecins généralistes et spécialistes de leur bassin de santé, dont l'exploitation a été complétée le cas échéant par quelques entretiens physiques auprès de professionnels « leaders d'opinion » du territoire (médecins, infirmiers, pharmaciens, réseaux de santé, associations d'usagers, etc.).

Le questionnaire s'est articulé autour de 5 catégories, et ne prend pas plus de 10 minutes à remplir. Il a été demandé pour chaque « pratique décrite » d'évaluer sa mise en œuvre par l'établissement, ainsi que l'importance que cette pratique a leurs yeux.

Près de 1 073 questionnaires ont été envoyés par courrier, mail ou directement administrés (par téléphone, en entretien ou à la suite d'une réunion) pour un taux de retour global de 15,5% (166 réponses).

- Médecin généraliste libéral
- Médecin spécialiste libéral

Cette pratique est correctement mise en œuvre				Cette pratique est importante à mes yeux			
++	+	-	--	++	+	-	--

Avant l'hospitalisation : votre accès à l'offre								
1	Vous connaissez les informations nécessaires concernant l'offre de soins de l'hôpital (liste des spécialités, équipements de l'hôpital, nouveaux praticiens, etc.)							
2	En cas de besoin, l'admission directe dans un service de spécialité vous est facilitée (un praticien est facilement joignable)							
3	Une ligne téléphonique fonctionnelle dédiée vous offre la possibilité d'un échange direct avec un spécialiste de l'hôpital							
4	Les délais de premiers rendez-vous en consultation spécialisée à l'hôpital pour vos patients sont satisfaisants							
5	L'accès au plateau d'imagerie est facilité pour vos patients							
6	Des plans personnalisés de soin (PPS) sont remis à vos patients (qui arrivent ainsi à l'hôpital avec de l'information à destination du praticien hospitalier)							
7	La prise en charge de vos patients en fin de vie admis à l'hôpital est organisée							
Au cours du séjour : les informations dont vous disposez								
8	Une information vous est transmise lorsqu'un de vos patients est transféré en interne au sein de l'établissement							
9	Une information vous est transmise lorsqu'un de vos patients est transféré dans une autre structure hospitalière							
10	Vous pouvez accéder au dossier de vos patients pendant l'hospitalisation							
11	Une information vous est transmise concernant les événements-clés durant la prise en charge de vos patients (décès, complications, etc.)							
12	Une information régulière vous est transmise concernant vos patients hospitalisés pour les longs séjours							
13	Une information vous est transmise concernant les principaux examens et interventions réalisés au cours du séjour (biologie, CR opératoire, etc.)							
14	Une information vous est transmise concernant les prescriptions médicamenteuses réalisées au cours du séjour du patient							
La sortie du patient : votre implication par l'hôpital								
15	Vous êtes consulté avant la sortie de vos patients sur la faisabilité du retour à domicile (aménagement du logement, participation de l'entourage, etc.)							
16	La mise en place d'éventuels soins et aides à domicile vous est confirmée							
17	Un rendez-vous pour une consultation de sortie avec vous ou un confrère est planifié avant la sortie du patient							
18	Un dossier de liaison est remis à vos patients et intègre notamment des informations sur la conduite à tenir en cas d'effets indésirables liés aux traitements							
Après la sortie : le suivi qui vous est communiqué								
19	Vos patients sont en mesure de vous communiquer leurs lettres et ordonnances de sortie dès leur sortie après leur hospitalisation							
20	Vous disposez d'un courrier provisoire comportant diagnostic et prescriptions médicamenteuses dans l'attente du courrier de compte rendu d'hospitalisation							
21	Le compte rendu d'hospitalisation est disponible lors de la 1 ^{ère} consultation de vos patients suivant l'hospitalisation							
22	Le délai réglementaire d'envoi du compte rendu d'hospitalisation dans un délai de 8 jours est généralement respecté							
23	Le format du compte-rendu d'hospitalisation est conforme à vos attentes (traitement de sortie, synthèse de l'hospitalisation, etc.)							
La coordination avec l'hôpital								
24	Vous êtes régulièrement convié à des formations ou conférences réunissant médecins de ville et hospitaliers (de spécialités thématiques, innovations thérapeutiques)							
25	La réglementation relative à votre participation aux RCP en tant que médecin traitant est respectée							
26	Vous êtes invité aux staffs							
27	La possibilité d'un échange téléphonique autour d'un cas complexe vous est proposée (acte d'expertise partagée)							
28	Des réseaux de soins et/ou infirmier(e) de liaison sont en charge de la coordination entre les professionnels de santé							
Les outils de communication avec l'hôpital								
29	La communication avec l'hôpital se fait par courrier postal							
30	La communication avec l'hôpital se fait par téléphone							
31	La communication avec l'hôpital se fait par messagerie sécurisée							
32	La communication avec l'hôpital se fait via un accès sécurisé et autorisé sur une plateforme commune							

* Questionnaire Excel à disposition

Les enseignements généraux

Les travaux de cadrage de la démarche et les premiers échanges avec les acteurs des territoires ont rapidement fait ressortir 3 éléments clés :

1. L'analyse de la coordination ville-hôpital met en évidence 3 niveaux de maturité, la plupart des établissements se situant sur le 1^{er} ou le 2^{ème} niveau

- **1^{er} niveau**
Des acteurs de la prise en charge qui fonctionnent en vase clos et dont les actions de coordination se limitent dans le meilleur des cas à la transmission d'informations pertinentes, et dans un délai convenable (courrier d'accompagnement et compte rendu d'hospitalisation) dans le cadre de la survenance d'épisodes aigus chez des patients.
- **2^{ème} niveau**
Une coordination caractérisée par la mise en place d'un lien concret entre la ville et l'hôpital au moment des transferts de prise en charge des patients, que ce soit de la ville vers l'hôpital ou de l'hôpital vers la ville (« passage de témoin »).
- **3^{ème} niveau**
Une coordination qui s'inscrit dans le cadre d'une responsabilité partagée entre les différents professionnels autour du parcours de santé du patient, qui prend en considération les problématiques sanitaires mais également celles liées à la fragilité sociale, aux « soins autonomes », à l'éducation à la santé, dans l'objectif d'anticiper et prévenir les épisodes aigus.

2. Les coopérations ville-hôpital existantes reposent essentiellement sur des relations *intuitu personae*

De manière générale, les situations ponctuelles constatées dans lesquelles le lien ville-hôpital est récurrent et efficace, résultent de la présence de professionnels moteurs (côté hôpital et/ou ville), convaincus par les bienfaits de la démarche et qui s'attachent à faire vivre ce lien. Tout l'enjeu est alors de structurer ces relations, de manière à ce qu'elles ne s'effondrent pas en cas de départ de l'un de ces professionnels, et les généraliser à l'ensemble des acteurs du territoire concerné.

3. Il n'existe que peu ou pas d'indicateurs suivis de manière régulière permettant d'évaluer la qualité des coopérations ville-hôpital

Parmi les indicateurs qui font l'objet d'un suivi régulier au niveau des établissements, seul le DEC (délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation) donne des indications sur cette thématique.

Il est admis que limiter la qualité de la relation ville-hôpital à la mesure du délai d'envoi des comptes-rendus peut être considéré comme réducteur. Ainsi, institutionnaliser la mesure et le suivi d'indicateurs complémentaires se présente donc comme une piste de travail : force est de constater qu'au cours et à l'issue des travaux, cet aspect reste le parent pauvre de la démarche, avec de fortes difficultés à produire en routine, de manière non chronophage, des indicateurs permettant de quantifier les améliorations notables qui ont pourtant émergé au cours des derniers mois.

Les enseignements spécifiques des questionnaires

Pour identifier les enjeux prioritaires en termes d'amélioration, une moyenne pondérée des notes attribuées par les médecins libéraux a été réalisée pour chaque catégorie. En termes d'exploitation, l'écart entre la note d'importance et la note de mise en œuvre, représentant alors l'effort à réaliser par les établissements, est un marqueur très instructif.

	Mise en œuvre	Importance	Ecart
Avant l'hospitalisation	0,4	6,5	6,1
Au cours du séjour	-2,1	5,0	7,1
Après la sortie	1,8	7,4	5,6
La coordination	-2,1	3,0	5,1
La communication	-1,3	3,4	4,7

1. La dimension la plus importante pour les médecins de ville est de bénéficier d'informations sur le séjour hospitalier une fois la sortie du patient effectuée afin d'adapter au mieux les prises en charge.
2. L'analyse des écarts entre le niveau d'importance et la qualité de la mise en œuvre fait clairement ressortir l'hospitalisation du patient comme l'étape où les établissements ont le plus d'efforts à fournir pour s'améliorer, notamment pour la préparation de la séquence de sortie.
3. En termes d'accessibilité de l'offre, les médecins mettent en avant le manque d'information dont ils disposent sur l'existant, et souhaiteraient pouvoir bénéficier d'un accès privilégié pour contacter leurs collègues hospitaliers avant d'orienter et/ou adresser leurs patients.
4. S'ils reconnaissent un faible taux de participation aux événements et réunions auxquels ils sont conviés, ils demeurent néanmoins demandeurs de temps d'échanges cliniques avec les praticiens hospitaliers, sur la base de dispositifs moins chronophages.
5. Les nouvelles technologies ne sont pas assez mises à contribution pour le partage de l'information. Elles permettraient pourtant de systématiser et simplifier les échanges et de gagner en simplicité et réactivité.

A noter, le caractère hétérogène et les éventuelles spécificités des 5 établissements du groupe (public, privé, rural, urbain, etc.) n'ont pas été discriminants dans les résultats obtenus, avec une variabilité assez faible des résultats.

En d'autres termes, quelle que soit la situation de l'établissement, les problématiques demeurent les mêmes...

Dans un souci de lisibilité des travaux menés par chacun des 5 établissements, une grille de lecture commune et homogène a été établie

La décomposition du concept « lien ville-hôpital »

La réflexion initiale a consisté à définir un périmètre d'intervention clair et précis, cohérent en termes d'objectifs (et d'ambition) avec le dimensionnement du dispositif d'accompagnement proposé aux établissements. 3 axes ont alors été définis :

- Le parcours patient ville-hôpital-ville,
- La coordination / communication entre offreurs du territoire,
- Les facteurs structurels conditionnant l'articulation ville-hôpital, et notamment les aspects financement et gouvernance territoriale.

Le financement et la gouvernance territoriale

La coordination / communication entre offreurs

Avant l'hospitalisation

Au cours du séjour

Après la sortie

Sciemment, il a été décidé de ne pas aborder ce dernier axe, pour se concentrer sur des actions sur lesquelles les groupes de travail alors constitués ont véritablement la main.

Les populations cibles

Il a été demandé aux établissements de limiter le périmètre à une pathologie ou population cible, et ce dans le but de concentrer l'énergie des acteurs sur un champ circonscrit et limité, pour maximiser les chances de réussite.

Si le choix a été laissé libre à chaque établissement, il a été convenu que dans le cadre d'une démarche expérimentale il était préférable de s'orienter dans un 1^{er} temps vers des thématiques qui présentaient les plus grandes garanties de succès, et qui donc :

- Concernaient une base de patient suffisante,
- Nécessitaient des allers-retours fréquents entre la ville et l'hôpital,
- Et dont les dysfonctionnements avérés ne présentaient pas de débat en interne à l'hôpital.

Au final, à une exception près, le choix des établissements s'est porté sur des pathologies chroniques ou une population susceptible d'en souffrir, répondant à l'ensemble des critères préalablement cités (notons que l'établissement qui n'a pas fait ce choix a préféré lui poursuivre les travaux sur une réflexion interne déjà initiée) :

- Les patients atteints de cancer,
- Les patients atteints de diabète ou souffrant de surpoids,
- Les patients atteints de maladies respiratoires,
- Les patients âgés,
- Les patients opérés d'une ligamentoplastie en prise en charge ambulatoire.

Les résultats visés

Ces choix de pathologie / population cible répondent également à des attentes spécifiques de la part des différents acteurs.

En effet, les principales préoccupations exprimées en début de projet par les établissements étaient surtout relatives à des dysfonctionnements ou impératifs de performance bien connus des hospitaliers :

- Augmenter l'adressage des patients en provenance des médecins libéraux sans passer par les urgences,
- Anticiper en interne et se coordonner avec les acteurs de la ville pour réduire la DMS,
- Etc.

Pour autant, ces préoccupations « hospitalières » se sont vues contrebalancées par des problématiques quotidiennes exprimées par les acteurs de la ville :

- Améliorer le suivi pendant l'hospitalisation et post-hospitalisation de leurs patients,
- Bénéficier d'un appui et des contacts privilégiés de la part de l'établissement du territoire,
- Etc.

Ainsi, globalement, si les sujets d'inquiétude se positionnent à différents moments du processus, un intérêt à agir commun est apparu, permettant de susciter en général une large adhésion au projet.

L'analyse croisée des réponses aux questionnaires d'une part, et des entretiens individuels et du diagnostic réalisé en parallèle, conduit à la définition d'un plan d'actions dans chaque établissement : 11 bonnes pratiques émergent

Les principaux enseignements : des avancées qualitatives majeures et reconnues, mais une culture de la mesure difficile à mettre en place

Les témoignages des participants à la démarche font ressortir des éléments concordants d'un point de vue qualitatif :

L'initiation du dialogue entre les différents acteurs

C'est le premier succès à mettre à l'actif de cette démarche, qui a permis de mobiliser avec assiduité dans de nombreuses réunions des professionnels de santé, hospitaliers comme libéraux, avec une volonté de travailler ensemble de manière constructive.

L'instauration d'une dynamique de travail

L'organisation de rencontres à intervalle régulier avec un ordre du jour préalablement défini a contribué à cadencer la démarche et à favoriser la mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés. A ce titre, certains établissements ont décidé, au-delà du dispositif d'accompagnement, de poursuivre les rencontres sur le même tempo afin de conserver la dynamique vertueuse ainsi créée.

Une dynamique et des bénéfices qui dépassent le cadre de la seule pathologie ou population cible

Les établissements étant structurés par service et non par pathologie, les réunions de travail et actions mises en œuvre se sont vues impacter les services concernés dans leur ensemble, les réunions de travail étant également mises à contribution pour évoquer d'autres sujets internes.

Une capacité à produire et mesurer des indicateurs encore peu développée au sein des établissements

A l'instar des méthodologies de travail déployées sur d'autres thématiques plus « matures » (gestion des lits, blocs, chirurgie ambulatoire, achats, etc.), une forte pression a été mise sur les équipes pour tenter d'objectiver par l'indicateur la qualité du lien ville-hôpital, ainsi que les progrès qui ont pu voir le jour dans le cadre de la démarche. Après 12 mois de travaux, force est de constater la carence d'indicateurs, que naturellement nous regrettons. Pour autant, il est assez commun dans une phase de « défrichage » d'un sujet de se focaliser dans un 1^{er} temps sur l'action aux dépens de la mesure de l'impact de cette action. Ainsi, nous sommes optimistes : DEC, délais de programmation et de rendez-vous pour les primo-consultants, taux de réhospitalisation pour un même diagnostic, de repassage aux urgences, etc., beaucoup de pistes ont été discutées. Elles se concrétiseront vraisemblablement à moyen terme dans la poursuite de la dynamique de travail engagée.

Les 11 bonnes pratiques mises en œuvre dans le cadre des travaux

Avant l'hospitalisation

1. Rendre vivantes et accessibles les informations relatives à l'offre de soins du territoire
2. Accorder aux sollicitations des médecins de ville une attention privilégiée et une réponse adaptée
3. (*) Systématiser avant l'admission la transmission par les médecins de ville des informations nécessaires à la prise en charge hospitalière de leurs patients

Au cours du séjour

4. Informer les médecins de ville des étapes clés de la prise en charge hospitalière de leurs patients
5. Anticiper et organiser les modalités de sortie du patient dès l'admission, voire la pré-admission

Après la sortie

6. Adapter l'information contenue dans les documents de sortie pour répondre aux attentes des professionnels de ville
7. Favoriser en sortie d'hospitalisation les conditions de la continuité thérapeutique
8. Sécuriser le retour à domicile du patient

La coordination / communication entre offreurs

9. Faire de la coordination et du suivi extrahospitalier une fonction pleine et entière à l'hôpital
10. Multiplier les temps d'échanges et de partage entre professionnels hospitaliers et de ville
11. Développer l'usage des nouveaux moyens de communication pour accélérer les échanges entre hôpital et cabinets de ville

(*) : l'ensemble des bonnes pratiques décrites ont fait l'objet d'une mise en œuvre par les établissements participant à l'expérimentation, à l'exception de celle avec une astérisque qui est une bonne pratique cible à atteindre.

Bonne pratique n°1

Rendre vivantes et accessibles les informations relatives à l'offre de soins du territoire

Principe & bénéfices attendus

Le premier constat formulé au cours de l'état des lieux a mis en évidence une méconnaissance de la part des professionnels du territoire de l'offre de soins à la disposition des patients, ainsi que son accessibilité. D'un côté, les professionnels en ville n'ont pas toujours une vision exhaustive et actualisée de la palette de services proposée par les différents établissements du territoire, de l'autre, les établissements ne disposent pas systématiquement des informations nécessaires pour contacter et informer les professionnels de ville.

Il revient à l'établissement de partager, auprès des acteurs concernés, l'offre qu'il propose, afin que ces derniers disposent de différentes alternatives en matière d'orientation de leurs patients. Egalement, comme cela peut exister dans d'autres secteurs, l'établissement doit être en mesure d'identifier qui sont ses « adresseurs », actuels comme potentiels, afin d'être en capacité d'échanger avec eux de manière privilégiée.

Actions mises en œuvre

Tenir à jour et diffuser un répertoire des professionnels de santé du territoire

La constitution de cette base de données est un pré-requis à toute action de communication. Il s'agit de consolider dans un répertoire informatisé les coordonnées (adresses, téléphones, e-mails, etc.) de l'ensemble des professionnels de santé du territoire avec lesquels l'établissement souhaite pouvoir communiquer.

Dans le même temps, il convient de diffuser aux praticiens de ville, un annuaire actualisé dans lequel figurent les numéros de téléphone ou e-mails des services dont l'accès leur est facilité.

Utiliser l'ensemble des (nouveaux) moyens de communication pour développer une véritable communauté de professionnels

La communication des établissements de santé est le plus souvent subie et considérée comme « polluante » par des destinataires inondés de tracts, publications, newsletters et autres communications tous azimuts. Il revient à l'établissement de mettre à profit les différents vecteurs de communication existants modernes et de les rendre aussi interactifs et ergonomiques que possible.

– Portail internet, newsletters et référencement.

La plupart des établissements sont aujourd'hui dotés d'un portail officiel, mais on constate que l'information qui s'y trouve est le plus souvent statique (numéros de téléphone, liste des spécialités, etc.), voire parfois obsolète. A ce titre, il existe donc un réel enjeu pour les établissements à rendre leur site attractif en s'assurant d'une mise à jour permanente et en l'enrichissant de manière régulière avec du contenu multimédia, tout en proposant une expérience de navigation ergonomique.

– Médias traditionnels et réseaux sociaux.

Les établissements de santé sont le plus souvent victimes d'une médiatisation négative par les organes de presse, radio, télévision et sur les plateformes communautaires (etc.). Il est donc indispensable pour les établissements de se donner les moyens d'être proactifs sur ces canaux d'information afin de gérer leur réputation et leur « réputation ».

– Publications et livrets.

A travers la diffusion de guides ou livrets à destination des patients, ou de publications de résultats de recherches scientifiques adressées à un public de professionnel de santé, les établissements renvoient une image d'expertise forte qui contribue à renforcer un climat de confiance indispensable entre professionnels de ville et l'établissement voisin.

Mettre en place une visite de l'établissement à destination de l'ensemble des professionnels du territoire

Les professionnels de ville, faute de temps, ne peuvent que rarement se permettre de rendre visite à leurs patients hospitalisés. Or, au-delà des aspects liés à la prise en charge, ces visites sont souvent l'occasion pour les médecins d'humaniser leurs relations avec l'hôpital, et de prendre connaissance de la structure, de ses équipes, de ses équipements, etc. C'est dans cet esprit que certains établissements proposent 2 à 3 fois par an aux professionnels de santé du territoire (notamment les nouveaux arrivants) une visite guidée des installations de l'hôpital (l'inauguration de nouveaux équipements peut être également une occasion pour créer ce lien).

B. Des bonnes pratiques organisationnelles

La coordination / communication entre offreurs

Avant l'hospitalisation

Au cours du séjour

Après la sortie

Bonne pratique n°1

Rendre vivantes et accessibles les informations relatives à l'offre de soins du territoire

Illustrations

– Newsletter

Edito
Dr Jean-Michel MURAY
Pneumologue et CME

FOCUS
La prise en charge du cancer broncho-pulmonaire
Une maladie dont le diagnostic, le bilan d'extension et le traitement bénéficient de nouvelles technologies.

Le cancer bronchique est la première cause de mortalité par cancer dans le monde avec, en 2010, environ 1,5 million de décès. Chaque année, 1,2 million de nouveaux cas sont diagnostiqués. Dans un peu plus de 90 % des cas, il s'agit de carcinomes bronchiques non à petites cellules et 65 % de ces patients présentent un cancer à un stade avancé au moment du diagnostic. La fréquence s'accroît d'années en années et le pronostic reste sombre. En France, le cancer bronchique primitif a été responsable de 29 604 décès en 2005 pour 30 651 nouveaux cas, les hommes représentant 78 % des nouveaux cas. En 1987, la mortalité par cancer bronchique primitif est passée au premier rang chez la femme. Ces dix dernières années, les thérapies ciblées ont modifié les perspectives d'avenir et entraîné un réel espoir d'augmenter l'espérance de vie des patients par des traitements faciles à administrer, car le plupart s'administrent «per os».

Notre région est particulièrement touchée par ce cancer.

194 nouveaux cancers bronchiques ont été diagnostiqués à l'hôpital de Pontoise en 2013.
C'est pourquoi nous nous sommes donné les moyens d'améliorer la prise en charge des patients.
Nous avons facilité l'accès à cette filière au sein du service de pneumologie → → →

TEP-Scanner dans le bilan d'extension du cancer bronchique en Médecine nucléaire

À retenir...
38 spécialités médicales et chirurgicales exercées
de 5 000 bébés sont nés à la Maternité en 2014
130 études cliniques sont en cours ayant permis l'inclusion de 381 patients

– Portail Internet

Hôpital Suisse de Paris

L'Hôpital Suisse de Paris | Offre de soins | Votre séjour | Actualité | Plan et accès | Recrutement

Bienvenue à L'Hôpital Suisse de Paris
Etablissement conventionné participant au service public hospitalier.

Prise de RDV 7j/7 (de 02h à 22h et 11h à 20h)
 Paiement en ligne
 Hôpital ouvert à tous
 Parking gratuit

Découvrez l'Hôpital Suisse de Paris pour toute la famille!

Services d'hospitalisation
 Centre de consultations
 Laboratoire d'analyses médicales
 Centre d'imagerie médicale / radiologie
 Centre de Kinésithérapie
 Nutrition / Diabète / Obésité

Actualité
Journée mondiale du diabète - ateliers et conférences
Une forte participation des équipes de l'Hôpital Suisse de Paris mais aussi des patients et des professionnels venus nombreux ce vendredi 14 Novembre dans le cadre de la journée mondiale du diabète.

– Page Facebook

facebook

Hôpital Suisse de Paris

115 mentions J'aime
54 visites

MEILLEURS VCEUX 2015
Une forte participation des équipes de l'Hôpital Suisse de Paris mais aussi des patients et des professionnels venus nombreux ce vendredi 14 Novembre dans le cadre de la journée mondiale du diabète.

Vendredi 14 Novembre - Journée mondiale du diabète - Hôpital

Bonne pratique n°2

Accorder aux sollicitations des médecins de ville une attention privilégiée et une réponse adaptée

Principe & bénéfices attendus

Le renforcement des liens qui unissent professionnels de ville et établissements de santé passe inévitablement par un respect mutuel de chaque acteur vis-à-vis de son interlocuteur. Si un établissement souhaite être mobilisé prioritairement par ceux qui deviennent alors ses « adresseurs », il doit en retour leur offrir des conditions d'accès privilégiées qui alimenteront confiance et confort indispensables à toute démarche de fidélisation.

Il ne s'agit bien entendu pas de « réserver » l'offre à un certain nombre de professionnels de ville, excluant en creux ceux ne faisant pas partie d'une forme de communauté, mais de formaliser des marques de considération envers les acteurs de l'amont (et de l'aval, cf. suite du document) de la prise en charge.

Les actions à mener ne relèvent pas d'une refonte de la planification de l'établissement : le simple fait qu'un professionnel de ville, sollicitant les services d'un établissement, ne soit pas considéré comme le tout-venant sera fortement apprécié par ce dernier. Ainsi, des actions simples et peu chronophages doivent permettre de lever les principaux verrous responsables des appréhensions naturelles qu'un professionnel de ville peut avoir lorsqu'il s'adresse à un standard d'établissement : considération pour son rôle « d'adresseur privilégié », accès facilité aux secrétariats des services concernés, etc. La plupart des actions déclinées par les établissements accompagnés dans le cadre du projet sont finalement assez faciles à mettre en œuvre, pour un impact sur le ressenti des médecins de ville très significatif.

Actions mises en œuvre

Mettre en place dans les différents services un accès dédié aux médecins libéraux pour que leurs demandes soient traitées prioritairement

Un tel dispositif a pour objet de privilégier les praticiens de ville dans une situation où la prise en charge de leurs patients nécessite l'appui urgent d'un praticien hospitalier pour un éventuel « passage de relai », ceci concernant une consultation, un accès au plateau d'imagerie, ou une hospitalisation.

3 possibilités s'offrent à un service souhaitant le mettre en place : un numéro de téléphone, une adresse mail contact ou l'accès à un agenda en ligne. Quels que soient les moyens de communication choisis, le service devra mettre en place une organisation spécifique afin de garantir systématiquement qu'une réponse sera transmise en temps voulu à chaque médecin y ayant eu recours.

Sanctuariser des lits, places ou vacations dédiés à la prise en charge de patients non programmés, pour répondre aux demandes urgentes des médecins de ville

Pour aller plus loin et renforcer l'opérabilité de la mise en place des moyens de communication dédiés évoqués précédemment, l'établissement doit s'assurer qu'il est en mesure de répondre favorablement dans un délai raisonnable aux différentes demandes émanant des médecins de ville.

Si l'accès privilégié est un argument en la faveur de l'établissement incontestable, l'hôpital joue alors sa crédibilité dans sa faculté de prendre en charge le patient en question dans des délais appropriés : une bonne réputation se construit lentement, et se défait malheureusement assez vite, il est donc nécessaire d'anticiper ces demandes « non programmées » en préservant de la disponibilité afin de pouvoir y répondre.

Notons, au-delà de l'aspect « réponse à une demande externe », que la sanctuarisation de temps ou de plages pour faire face aux aléas est considérée par beaucoup d'organismes comme une bonne pratique de gestion des ressources (plages dédiées « urgences » au bloc en fin de matinée et fin de journée, idem en radiologie, etc.). La courbe de charge des « urgences et imprévus » peut dans un certain nombre de cas être assez prévisible : des études montrent que les profils de passages aux urgences sont en général assez stables, que le niveau d'interventions décidées à J ou J-1 dans un bloc n'est également pas totalement erratique, etc. Dédier (et réserver) une plage pour le non programmé ne représente pas un gâchis de ressources, puisqu'il y a et aura *toujours* des aléas à insérer au programme : tout le savoir faire des organisateurs est alors de dimensionner et positionner ces plages de la façon la plus pertinente possible (à titre d'illustration, un établissement étudie la possibilité de prise de rendez-vous urgents sur Internet par les médecins de ville, sur des vacations de consultations d'urgences dédiées à cet effet).

B. Des bonnes pratiques organisationnelles

La coordination / communication entre offreurs

Avant l'hospitalisation

Au cours du séjour

Après la sortie

Bonne pratique n°2

Accorder aux sollicitations des médecins de ville une attention privilégiée et une réponse adaptée

Illustrations

- Prise de rendez-vous à l'aide d'un agenda en ligne

Gérez vos rendez-vous et vos patients en ligne



Un agenda en ligne

La prise de RDV en ligne par les patients

Rappels automatiques des RDV

- Fiche mémo descriptive sur la mise à disposition de la ligne dédiée

Mémo
à l'attention des médecins du territoire.

Pneumologie

Un numéro unique est mis en place pour répondre à toute demande des médecins traitants ou des pneumologues libéraux concernant les pathologies respiratoires.

Numéro : 01 30 75 42 69

Ce numéro fonctionne du lundi au vendredi, de 09H00 à 19H00.

~~~~~

Une **CONSULTATION D'URGENCES** a lieu tous les mercredis matin, vous permettant ainsi d'obtenir un rendez-vous pour un patient sous un délai de 7 jours maximum en appelant à ce numéro.



## Bonne pratique n°3

Systématiser avant l'admission la transmission par les médecins de ville des informations nécessaires à la prise en charge hospitalière de leurs patients

### Principe & bénéfices attendus

La prise en charge d'un patient commence rarement le jour de son hospitalisation : pour autant, le cloisonnement naturel du parcours invite chaque professionnel à ne se sentir en responsabilité que sur l'étape au cours de laquelle il intervient. Ce phénomène, rapporté à la séquence d'admission, engendre à titre d'exemple un effet pervers bien connu des professionnels de santé :

- Par précaution, l'ensemble des examens qui pourraient avoir été réalisés en amont est refait à l'hôpital ;
- Le corollaire de ville : pourquoi investir de l'énergie (et du temps) dans un courrier d'accompagnement puisque la prise en charge « repart de zéro » à l'hôpital ?

Au-delà de l'illustration caricaturale précitée, il s'agit d'un problème de considération des uns par rapport aux autres, exacerbé par des difficultés de communication qui ne peuvent spontanément se résoudre :

- « Nous sommes, professionnels hospitaliers et de ville, convaincus que nous pouvons nous apporter l'un l'autre pour optimiser la prise en charge »,
- Mais surtout « nous nous sommes organisés en prenant en compte nos impératifs réciproques pour ménager ces temps d'échanges ».

Si le premier point relève de la pratique médicale ou soignante et ne peut donc trouver de levier dans ce recueil purement « organisationnel », le second point relève au contraire d'une forme de discipline que chacun peut s'appliquer pour peu d'être convaincu de son bien-fondé. Les principaux freins à la collaboration sont en général plus un problème de format que de conviction :

- Est-il possible de déranger un médecin libéral à tout moment de la journée pour échanger avec lui sur une admission ? Les contacts par messagerie apportent une solution.
- Un professionnel hospitalier peut-il se permettre d'attendre un hypothétique retour de mail pour prendre des décisions quant à la prise en charge ? Célérité et fiabilité du répondant seront essentiels pour faire évoluer les comportements, etc.

### Actions mises en œuvre

**Elaborer un modèle de courrier d'accompagnement « standard » que les professionnels de ville pourront renseigner et transmettre à l'établissement lors de l'adressage d'un de leurs patients**

De nombreux professionnels de ville rédigent déjà un courrier d'accompagnement à destination de la structure, mais l'expérience montre que sa clarté et son exhaustivité sont souvent remises en question par les praticiens hospitaliers, qui se trouvent alors obligés de devoir contacter le médecin traitant pour des précisions, ou faute d'avoir pu lui parler « repartent de zéro » dans la prise en charge.

L'idée est ici que les parties élaborent conjointement un modèle standardisé, aiguillant dans sa rédaction le médecin de ville afin qu'il n'oublie aucun des points jugés importants d'un point de vue de la prise en charge hospitalière. Ce masque devra alors être facilement accessible (mis en ligne sur le site internet de l'établissement par exemple). Cela constitue un gain de temps pour chacune des parties :

- Pour les professionnels hospitaliers, qui sauront naviguer pour trouver les informations utiles dans un document standardisé,
- Pour les professionnels de ville, qui auront à leur disposition un masque leur permettant de concentrer leur énergie sur les informations médicales à mentionner.

**Mettre en place une messagerie sécurisée pour dématérialiser le courrier d'accompagnement**

Cf. bonne pratique n°11 : à l'aube du XXI<sup>ème</sup> siècle, les transferts électroniques ne devraient-ils pas à terme supplanter la voie postale ? Naturellement, le degré d'équipement des médecins de ville (et hospitaliers d'ailleurs...) constitue le nerf de la guerre.

**Mettre en place un contact téléphonique de pré-hospitalisation lors d'une admission précipitée (hors courrier d'accompagnement)**

Dans certaines situations, notamment urgentes, il peut s'avérer que le médecin de ville n'a pas le temps matériel ou les moyens de renseigner un courrier exhaustif et de qualité. Dans ce cas, un contact téléphonique peut s'avérer une solution de recours pragmatique. Il faut alors « institutionnaliser » cette pratique, et faire savoir aux médecins adresseurs que cette possibilité leur est offerte : c'est l'accueil positif et éclairé des secrétariats, lorsqu'ils auront en ligne un médecin souhaitant faire cet échange téléphonique pré-hospitalisation, qui en stimulera et amplifiera la pratique.

# B. Des bonnes pratiques organisationnelles

La coordination / communication entre offreurs

Avant l'hospitalisation

Au cours du séjour

Après la sortie

## Bonne pratique n°3

Systématiser avant l'admission la transmission par les médecins de ville des informations nécessaires à la prise en charge hospitalière de leurs patients

### Illustrations

- Support de courrier standardisé d'admission à l'hôpital

Le / / à h

Cher Confrère, chère Consœur,

Merci de recevoir M \_\_\_\_\_ né(e) le : \_\_\_\_\_, pour \_\_\_\_\_

**ANTÉCÉDENTS principaux**

- 
- 
- 
- 
- 
-

**TRAITEMENTS principaux**

- 
- 
- 
- 
- 
-

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Noms des spécialistes : \_\_\_\_\_  
Nom d'un tiers : \_\_\_\_\_ Tél. du tiers : \_\_\_\_\_  
SOS MÉDECINS appelé par : \_\_\_\_\_ Tél. de l'appelant : \_\_\_\_\_

Lieu de vie : \_\_\_\_\_ Autonomie : \_\_\_\_\_  
Aide(s) à domicile / entourage :  NON  OUI, lesquelles : \_\_\_\_\_

Anamnèse : \_\_\_\_\_

Constantes : TA \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_ /min SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ % T \_\_\_\_\_ °C FR : \_\_\_\_\_ /min Autres \_\_\_\_\_  
L'examen clinique retrouve : \_\_\_\_\_

ECG : \_\_\_\_\_  
Biologie : \_\_\_\_\_ Dextro : \_\_\_\_\_ Labstix : \_\_\_\_\_

**COTATION CCMU À DOMICILE**

|                       |                       |                                  |                           |                        |                       |
|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|---------------------------|------------------------|-----------------------|
| Psychiatrique         | Stable                | Stable + examens complémentaires | Susceptible de s'aggraver | Pronostic vital engagé | Gestes de réanimation |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> |
| <b>classe P</b>       | <b>classe I</b>       | <b>classe II</b>                 | <b>classe III</b>         | <b>classe IV</b>       | <b>classe V</b>       |

L'hypothèse diagnostique est la suivante : \_\_\_\_\_  
Le traitement mis en route comporte : \_\_\_\_\_  
Entente téléphonique préalable :  NON  OUI, avec : \_\_\_\_\_

En vous remerciant de ce que vous ferez pour lui (elle), confraternellement, Dr \_\_\_\_\_

## Bonne pratique n°4

Informers les médecins de ville des étapes clés de la prise en charge hospitalière de leurs patients

### Principe & bénéfices attendus

De l'avis de nombreux professionnels de santé en ville, le séjour hospitalier se présente comme une sorte de « tunnel » au cours duquel l'information sur leur patient qui leur est transmise est presque inexistante. Si la quasi-unanimité de ces acteurs a pleinement confiance en la prise en charge réalisée au sein de l'établissement, une certaine frustration peut parfois naître, du fait de ne pouvoir bénéficier de quelques informations spécifiques sur l'évolution de l'état de santé de leur patient au cours de son séjour.

Les établissements auraient ainsi tout intérêt à mettre en place des systèmes d'alerte visant à informer les professionnels de ville -concernés- de certains événements clés liés à la prise en charge du patient survenant au cours de son séjour. Cette pratique nécessite un développement informatique adapté car il n'est pas envisageable du point de vue de l'établissement comme de celui des libéraux, de recourir au téléphone (trop intrusif et chronophage) ou au courrier (pas assez réactif). La collecte des coordonnées complètes des acteurs de ville constitue un pré-requis indispensable pour que cette pratique comble les attentes de ces derniers.

### Actions mises en œuvre

#### Communiquer en temps réel aux professionnels de ville les étapes clés de la prise en charge hospitalière

Les réflexions avec plusieurs panels de professionnels de ville au cours des travaux ont mis en exergue *a minima* 4 événements clés pour lesquels ils souhaiteraient être informés :

- L'admission,
- Le transfert pour complication dans une autre unité ou dans un autre établissement,
- La sortie,
- Le décès.

Naturellement, une forme « d'automatisation » est nécessaire pour assurer la pérennité d'une telle pratique, sans qu'elle devienne démesurément chronophage pour les équipes administratives des services concernés : des solutions en termes de SMS standardisés ou autre systèmes de messageries instantanée doivent permettre - par exemple le matin à l'issue des transmissions-, d'informer le cas échéant les médecins de ville sur les événements clés possiblement arrivés la veille à leurs patients.

### Mettre à profit la carte de coordination de soins ou le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)

Si la constitution d'un annuaire des médecins libéraux du territoire évoquée dans la bonne pratique n°1 est un moyen de pouvoir disposer des coordonnées (à jour) des médecins traitants et/ou adresseurs, il est en revanche beaucoup plus délicat de savoir autrement que par du déclaratif si le patient est suivi par d'autres professionnels, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, et de disposer de leurs coordonnées complètes. A cet effet, de nouveaux outils sont désormais disponibles ou en cours d'élaboration pour remédier à cette difficulté :

- La carte de coordination de soins.  
Au format papier, à l'initiative des 3 URPS infirmiers, médecins libéraux et pharmaciens, et diffusée aux professionnels de santé qui sont chargés de la distribuer aux patients souffrant de pathologies chroniques, en particulier ceux atteints d'Affections de Longue Durée (ALD). Charge au patient, ensuite, de la faire remplir par les professionnels de santé qui le suivent et de la présenter lors de chaque consultation.

<http://idf.infirmiers-urps.org/actualites/7/a-la-une>

[http://www.urps-med-idf.org/iso\\_upload/CP\\_130923\\_CarteCoordination.pdf](http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/CP_130923_CarteCoordination.pdf)

<http://www.urps-pharmaciens-idf.fr/index.php/component/aicontactsafe/?view=message&layout=message&pf=3>

- Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR).  
Ce service fournit aux professionnels de santé une aide à l'orientation des patients, en donnant accès à la description formalisée, fiable et actualisée des ressources médicales sur le territoire de santé, au niveau régional et interrégional. Ce répertoire référence des établissements de santé, son extension à l'offre de soins libérale est à l'étude.

<https://www.ror-if.fr/ror/>

# B. Des bonnes pratiques organisationnelles

## La coordination / communication entre offreurs

Avant l'hospitalisation

Au cours du séjour

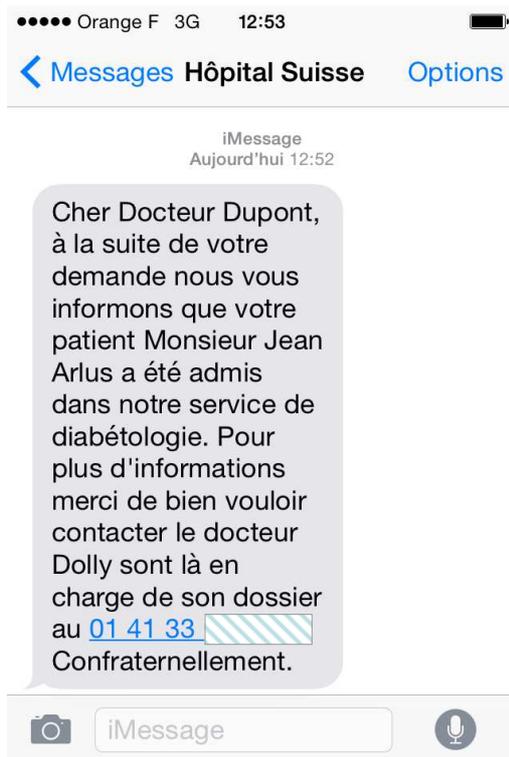
Après la sortie

### Bonne pratique n°4

Informers les médecins de ville des étapes clés de la prise en charge hospitalière de leurs patients

#### Illustrations

- SMS de notification d'un évènement clé



- Carte de coordination des soins

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Mémo en cas d'hospitalisation</b></p> <p><b>AVANT</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Prévenir mon médecin traitant et mon infirmière de mon hospitalisation.</li></ul> <p><b>PENDANT</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Dès mon entrée à l'hôpital, noter sur cette carte les coordonnées de mon médecin hospitalier référent responsable de mes soins. (voir encadré à l'intérieur de la carte)</li><li>Demander que mon médecin soit informé régulièrement de mon hospitalisation et de mes soins.</li><li>Mon médecin traitant tient à ma disposition toutes les informations relatives à mon état de santé.</li></ul> <p><b>AVANT MA SORTIE</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Demander que mes soignants soient associés et prévenus de ma sortie d'hôpital.</li><li>Demander, à l'intention de mes soignants, un résumé d'hospitalisation contenant des éléments utiles et les prescriptions indispensables à la continuité des soins.</li><li>Demander qu'un compte rendu d'hospitalisation soit adressé à mon médecin traitant dans les 8 jours suivant ma sortie.</li></ul> <p><b>APRÈS</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Reprendre contact dès que possible avec mon médecin traitant afin d'organiser mon suivi. L'informer de mes éventuels rendez-vous post-hospitaliers.</li><li>Faire le point sur mes différents traitements dès que possible avec mon médecin traitant et/ou mon pharmacien et/ou mon infirmière.</li></ul> | <p><b>CARTE DE COORDINATION DE SOINS</b></p> <p><b>Vos soignants sont unis</b> pour optimiser votre retour à domicile en cas d'hospitalisation.</p> <p>Mes coordonnées</p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Date de naissance : ..... / ..... / .....</p> <p>URPS ILE-DE-FRANCE<br/>URPS NORMANDIE<br/>URPS PACA</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>LES COORDONNÉES DE MES PRINCIPAUX SOIGNANTS</b></p> <p>Ces professionnels sont à contacter 24h avant la sortie de l'hôpital afin d'assurer :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- le suivi et l'ajustement des soins</li><li>- la commande de matériel et de médicament</li><li>- la prise de rendez-vous (médecin traitant, infirmier, kiné...)</li></ul> <p>Dès mon entrée à l'hôpital, l'inscris ci-dessous les coordonnées du médecin hospitalier :</p> | <p>Cachet de l'infirmier(e)</p> <p>Cachet du médecin traitant</p> <p>Cachet de la pharmacie</p> <p>Profession : .....</p> <p>Autre professionnel de santé (Médecin spécialiste, kinésithérapeute, etc.)</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Bonne pratique n°5

Anticiper et organiser les modalités de sortie du patient dès l'admission, voire la pré-admission

### Principe & bénéfices attendus

Les études montrent que les problématiques liées aux sorties des patients ne concernent finalement qu'un nombre limité de cas, mais que ces seuls cas constituent pourtant une charge de travail conséquente pour le personnel concerné. L'augmentation prévisible à terme du nombre de patients dits « complexes » (personnes âgées pluripathologiques, auxquelles peuvent se greffer des fragilités psycho-sociales, etc.), résultant des évolutions démographique, épidémiologique et sociologique, ne va faire qu'amplifier ce phénomène dans les années à venir : les établissements qui n'auront pas mis en place des procédures visant à identifier ces patients très en amont vont au devant de difficultés et blocages qui pourront rapidement devenir sclérosants pour la fluidité de l'ensemble des séjours.

L'objectif est simple : anticiper très tôt les difficultés qui se poseront lors de la sortie (vers une structure d'aval ou au retour à domicile), pour se donner le temps d'y trouver les réponses adéquates, et ne pas mobiliser de lit hospitalier au-delà de ce que la prise en charge médicale ou soignante ne justifie.

### Actions mises en œuvre

#### Formaliser des procédures de sortie basées sur des critères objectifs

Touchant à la fois aux problématiques de flux, de gestion des lits et de coordination ville-hôpital, ces programmes coordonnent les soins et aides à domicile à mettre en place chez les patients bénéficiant d'une sortie précoce de l'hôpital dans le but de diminuer la pression sur la disponibilité des lits aigus. Ils reposent sur 3 éléments :

- Définition dès que possible et mise à jour régulière de la « date prévisionnelle de sortie » du patient (ou « date de sortie envisagée ») relativement simple à estimer à partir du GHM. Cette date donne une visibilité sur le moment où interviendra le relai dans la prise en charge avec la ville, et doit permettre aux acteurs concernés d'organiser en conséquence une transition fluide.
- Identification dès l'admission du degré de complexité des besoins du patient à sa sortie (20% des patients ont statistiquement des besoins complexes) en s'appuyant notamment sur une grille de repérage des fragilités (cf. ci-après), et éventuellement un temps d'échange (par téléphone ou mail) avec le médecin traitant.
- Définition des critères cliniques et sociaux que le patient doit satisfaire pour être éligible à la sortie, et auquel cas identification des besoins et des réponses à y apporter avec le soutien des professionnels de santé en ville.

#### Utiliser dès l'admission une grille de repérage évaluant la « fragilité psycho-sociale » de la situation du patient, et l'éventuelle complexité liée à sa sortie

Cette grille, sous forme de questionnaire administré à chaque patient, doit permettre de pouvoir déceler très tôt chez un patient un niveau de fragilité dont on sait qu'il va nécessiter une attention plus importante dans le cadre de sa sortie. En fonction des résultats, il peut être complété par une prise d'information auprès du médecin traitant ou de l'entourage du patient.

Cette action passe donc nécessairement par un renforcement du rôle de l'assistante sociale : c'est la dimension sociale qui constitue généralement pour la problématique la plus compliquée à gérer, que ce soit en termes d'énergie ou de délais, et donc réaffirme l'intérêt de mobiliser l'assistante sociale dès que le renseignement de la grille révèle une fragilité sur cette dimension. Cette dernière pourra alors *en temps masqué* (durant la période d'hospitalisation clinique) mettre en œuvre les moyens nécessaires à une sortie dans les meilleures conditions, et dans un délai raisonnable (idéalement le jour de la date prévisionnelle de sortie, déterminée par des éléments cliniques).

#### Définir le contenu d'une enveloppe de sortie qui accompagnera le patient à l'issue de son séjour

De manière régulière, faute d'avoir eu le temps de collecter l'ensemble des documents à remettre au patient au moment de sa sortie, un certain nombre de retours à domicile se font avec un manque d'information. Une collecte au fur et à mesure des différents éléments incorporés dans « une enveloppe de sortie » peut être un moyen structurant pour disposer de l'exhaustivité des documents au moment de la sortie physique du patient.

Pour ce faire :

- Arrêter la liste des documents qu'un patient devrait avoir en sa possession à sa sortie (exemple, selon la pathologie : PPS, ordonnances, fiche de liaison infirmières, dossier pharmaceutique, compte rendu d'hospitalisation ou à défaut courrier provisoire, etc.),
- Identifier les acteurs de l'établissement responsables de la production de ces différents documents, et fonctionner sur une logique de rétroplanning (exemple : production à J-3 avant la date prévisionnelle de sortie...),
- Enfin -et surtout-, centraliser la collecte des différents documents : une personne unique doit être en responsabilité de consolider, et le cas échéant relancer les éventuels retardataires.

# B. Des bonnes pratiques organisationnelles

La coordination / communication entre offreurs

Avant l'hospitalisation

Au cours du séjour

Après la sortie

## Bonne pratique n°5

Anticiper et organiser les modalités de sortie du patient dès l'admission, voire la pré-admission

### Illustrations

– Check-list de sortie

**CHECK-LIST DE SORTIE**



Service : .....

Médecin référent : .....

Date d'entrée : .....

Date de sortie envisagée : .....

ETIQUETTE  
DU  
PATIENT

① ANTICIPATION : Cochez ce qui devra être donné au patient lors de sa sortie

② SORTIE

| COCHER ICI les documents de sortie remis en main propre le jour de la sortie |                                                                                     | Non Adapté               | A prévoir                           | Action réalisée          | Emargement |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|------------|
| ↓                                                                            | Soins de Suite et Réadaptation (renseigner Trajectoire)                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |            |
|                                                                              | Ordonnances :                                                                       |                          |                                     |                          |            |
|                                                                              | - Thérapeutique .....                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |            |
|                                                                              | - Matériel .....                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |            |
|                                                                              | - Prestataire .....                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |            |
|                                                                              | A prévoir : (spécialité et délai)                                                   |                          |                                     |                          |            |
|                                                                              | - Consultation/ Examen .....                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |            |
|                                                                              | - Hospitalisation .....                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |            |
|                                                                              | Feuille de liaison (si EHPAD, SSR, soins libéraux, ONCF)                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |            |
|                                                                              | Contacteur famille, Structure d'accueil                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |            |
|                                                                              | Si transfusion : ordonnance pour examen post-transfusionnel et Lettre d'information | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |            |
|                                                                              | Carte de groupe sanguin (exemplaire patient)                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |            |
|                                                                              | Prescription médicale de transport                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |            |
|                                                                              | Société transport contactée : .....                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |            |
|                                                                              | Heure de départ prévue : .....                                                      |                          |                                     |                          |            |
|                                                                              | CRH ou Lettre de sortie                                                             |                          | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |            |
|                                                                              | Autorisation de sortie                                                              |                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            |
|                                                                              | Questionnaire de satisfaction                                                       |                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            |
|                                                                              | A rendre : Traitement personnel                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |            |
|                                                                              | Examen                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |            |
|                                                                              | Biens à récupérer au Trésor Public                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |            |
|                                                                              | Autres (à préciser) : .....                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |            |

NB : Cochez les documents de sortie Remis en main propre à :  le patient,  sa famille,  ambulancier,  autre : .....

Par : ..... Le ...../...../.....

CHRené-Dubois - Direction des soins - Novembre 2014 - version test

– Grille de repérage de la fragilité



IPP : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Date de la consultation : .....

Identité de l'IDE chargée de la consultation : .....

Durée de la consultation : .....

**Réalisation d'un bilan social :**

Recueillir, au travers de ces items, un risque de fragilité sociale

Le patient est il en :  en activité ou  inactif/retraité

| EN ACTIVITE                                                                                                                                                     | RETRAITE OU INACTIF                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Le patient vit seul<br><input type="radio"/> oui (1pt) <input type="radio"/> non                                                                                | Le patient vit seul<br><input type="radio"/> oui (1pt) <input type="radio"/> non                                                                                |
| S'agit-il de son propre domicile<br><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non (1pt)                                                                   | S'agit-il de son propre domicile<br><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non (1pt)                                                                   |
| Le patient a des personnes à charges :<br><input type="radio"/> oui (1pt) <input type="radio"/> non                                                             | Le patient a des personnes à charges :<br><input type="radio"/> oui (1pt) <input type="radio"/> non                                                             |
| Le patient rencontre des difficultés dans les gestes de la vie quotidienne, y compris au travail :<br><input type="radio"/> oui (1pt) <input type="radio"/> non | Le patient rencontre des difficultés dans les gestes de la vie quotidienne, y compris au travail :<br><input type="radio"/> oui (1pt) <input type="radio"/> non |
| Entourage familiale ou amicale proche :<br><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non (1pt)                                                            | Entourage familiale ou amicale proche :<br><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non (1pt)                                                            |
| Le patient bénéficie d'une couverture maladie complémentaire :<br><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non (1pt)                                     | Le patient bénéficie d'une couverture maladie complémentaire :<br><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non (1pt)                                     |

Le patient présente un risque de fragilité sociale si l'on obtient au moins 2 pts.

Fragilité sociale détectée :  oui  non

Si oui contacter le service social

## Bonne pratique n°6

Adapter l'information contenue dans les documents de sortie pour répondre aux attentes des professionnels de ville

### Principe & bénéfices attendus

La sortie d'hospitalisation est considérée par les professionnels de ville comme la séquence la plus critique pour la continuité du parcours patient, ne serait-ce que pour d'évidentes raisons de qualité globale de la prise en charge, voire dans certains cas de sécurité des patients.

Parmi les événements indésirables les plus courants à la suite d'une hospitalisation ressortent :

- Ceux d'origine médicamenteuse (66 à 72 %),
- Les défauts du respect des procédures de soins (7 à 17 %),
- Des erreurs thérapeutiques (16 %),
- Des infections nosocomiales (5 à 11 %),
- Et les chutes (4 %).

étude nord-américaine relayée par la HAS. Source : Tsilmingras D, Bates DW. Addressing postdischarge adverse events : a neglected area. Jt Comm J Qual Patient Saf 2008 ;34(2):85-97.

Paradoxalement, c'est sur cette étape que se focalisent les plus grandes attentes mais c'est aussi celle qui apparait aux professionnels de ville comme la plus mature (malgré d'évidentes marges de progrès encore existantes) : la mise en place du suivi du « Délai d'Envoi du Courrier de fin d'hospitalisation » (DEC) par la HAS en est très vraisemblablement à l'origine.

### Actions mises en œuvre

#### Adapter le contenu type du document de sortie d'hospitalisation

Le document de sortie d'hospitalisation doit comporter l'ensemble des informations relatives au séjour qui sont essentielles pour assurer la continuité des soins.

Il doit comprendre, au minimum :

- Le motif de l'hospitalisation,
- La synthèse médicale du séjour,
- Les principaux résultats des examens,
- Les traitements médicamenteux à la sortie (en précisant les modifications par rapport au traitement habituel du patient)
- Les modalités de prise en charge à mettre en place après la sortie (suite à donner).

Un document de référence a été créé dans le cadre du programme national pour la sécurité des patients 2013-2017, piloté par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Direction Générale de la Santé (DGS) en partenariat avec la HAS. Ce dernier précise :

- Qu'il devra être remis le jour même de la sortie et non plus dans les 8 jours (ainsi le délai de remise au patient ou d'envoi au médecin destinataire a été ramené à 0 jour, tout en maintenant un contenu identique à l'indicateur DEC),

- Que le document de sortie doit être généré de manière automatisée à partir des informations saisies au fil de l'hospitalisation dans des champs précis du dossier patient informatisé.

#### Faciliter la compréhension des ordonnances de soins à domicile par les professionnels de ville

Il s'agit de contribuer à l'amélioration des conditions de travail des intervenants de ville au domicile du patient, en rendant la compréhension du contenu des ordonnances de soins plus facile par les infirmiers libéraux.

L'action, telle que mise en œuvre par l'un des établissements du groupe, a consisté à mettre en place un atelier de travail avec des infirmier(es) libéraux(ales) du territoire : identification des ordonnances les plus « litigieuses » et préconisations pour que leur contenu corresponde davantage aux pratiques de ses destinataires.

Pour en faciliter la production et la délivrance, ces ordonnances seront ensuite intégrées au système d'information à destination des prescripteurs hospitaliers et, le cas échéant, de la personne ou de la cellule responsable de la coordination de la sortie.

# B. Des bonnes pratiques organisationnelles

## La coordination / communication entre offreurs

### Avant l'hospitalisation

### Au cours du séjour

### Après la sortie

## Bonne pratique n°6

Adapter l'information contenue dans les documents de sortie pour répondre aux attentes des professionnels de ville

### Illustrations

– Modèle type d'ordonnance

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Identification du prescripteur</b><br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Identification du malade</b><br><b>Nom :</b><br><b>Prénom :</b><br><b>Né(e) le :</b> |
| Paris, le <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> séance(s) de soins infirmiers à domicile y compris dimanche et jours fériés<br>tous les <input type="text"/> jour(s)                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> avant 8 h <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> après 20 h                                                                                                                                                                                                          |                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> soins de nursing<br><input type="checkbox"/> préparation, distribution et surveillance traitement<br><input type="checkbox"/> soins et prévention des troubles thromboemboliques<br><input type="checkbox"/> surveillance des constantes<br><input type="checkbox"/> soins oculaires<br><input type="checkbox"/> surveillance glycémie capillaire |                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> patient immuno-déprimé<br><input type="checkbox"/> patient diabétique                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                         |
| pendant <input type="text"/> jours ou <input type="text"/> mois<br>A renouveler <input type="text"/> fois                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                         |

– Extrait d'une compte-rendu d'hospitalisation type

**SERVICE DE MEDECINE INTERNE**

**Chef de Service**  
Docteur Bruno dell' ISOLA  
**Médecin - Adjoint**  
Docteur Florence TILLY  
**Médecins - Assistants**  
Docteur Agnès MOURA  
Docteur Agnès RAGOT  
Docteur Stéphanie HISS  
Docteur Gédrie de VILLELONGUE  
**D.S.S.I.**  
Jane LEROUYER  
Tel : 01.41.33.11.62  
**Secrétaire médicale**  
Christine VALDY  
Tel : 01.41.33.11.12  
Fax : 01.41.33.12.90  
Mail : [medecine@hopitalneussisdeparis.com](mailto:medecine@hopitalneussisdeparis.com)

<4- médecin traitant et correspondants>

Issy, le <Date>

**MOTIF D'HOSPITALISATION**  
<Genre> <Nom> <Prénom>, né(e) le <Date Naissance>, <Age> a été hospitalisé à la demande du \_\_\_\_\_, dans le service de médecine du <Date Entrée> au <Date Sortie>, pour <1- motif admission>

**MODE DE VIE ET CONTEXTE PSYCHOSOCIAL**  
<2- mode de vie et contexte psycho-social>

**ANTECEDENTS**  
<3- antécédents>

**HISTOIRE DE LA MALADIE**  
<6- histoire actuelle>

**TRAITEMENT A L'ENTREE DANS LE SERVICE**  
<7- traitement à l'admission>

**EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE**  
<8- examen clinique initial>

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

|                          | ENTREE | SORTIE |
|--------------------------|--------|--------|
| Poids (kg)               |        |        |
| IMC (kg/m <sup>2</sup> ) |        |        |
| Albumine (g/L)           |        |        |
| Pré albumine (g/L)       |        |        |
| Hématies : (tera/l)      |        |        |
| Hb : (g/dl)              |        |        |
| Hématocrite : %          |        |        |
| VGM : µ <sup>3</sup>     |        |        |
| Leucocytes : G/l         |        |        |
| PNN : G/l                |        |        |
| Diagnose médicale : G/L  |        |        |

Page 1

– Extrait d'une fiche de liaison infirmière

|                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <b>Centre Hospitalier René Dabos - PONTOISE</b> |  | <b>FICHE DE LIAISON</b><br>(à remplir le jour de la sortie)                                                                                                                                                                                  |  | Date d'entrée dans le service :<br>Date de sortie :<br>Téléphone du service :                                                                                                                                                                                                                     |  |
| Unité : _____                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| Nom : _____<br>(étiquette)                                                                                                          |  | Adresse : _____                                                                                                                                                                                                                              |  | Situation familiale :<br><input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> concubin<br><input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e)<br><input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> séparé(e)<br><input type="checkbox"/> personne(s) à charge |  |
| Prénom : _____                                                                                                                      |  | Téléphone ou portable : _____                                                                                                                                                                                                                |  | Mode de prise en charge :<br>Sécu. Soc. <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/><br>CMU <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mutuelle <input type="checkbox"/><br>Mesure de protection juridique : _____                                                               |  |
| Date de naissance : _____                                                                                                           |  | Famille prévenue du transfert :    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                 |  | <b>Diagnostic médical et état clinique :</b>                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| Personne de confiance : nom : _____<br>adresse : _____<br>lien avec le patient :    téléphone : _____                               |  | Diagnostic médical connu par le patient :    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/><br>Diagnostic médical connu par la famille :    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>                             |  | Allergie (s)    oui <input type="checkbox"/> _____    non <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                |  |
| Personne à prévenir : _____<br>lien avec le patient :    téléphone : _____                                                          |  | Autonomie : Hygiène   autonome <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/> Lit <input type="checkbox"/> Lavabo <input type="checkbox"/> Douche <input type="checkbox"/>            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| Alimentation autonome <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/>         |  | Eau plate <input type="checkbox"/> Eau gélifiée <input type="checkbox"/> Eau gazeuse   Régime : .....<br>Prothèse dentaire <input type="checkbox"/> 1-2   SNG <input type="checkbox"/> Gastrostomie <input type="checkbox"/> Texture : ..... |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| Élimination autonome <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/>          |  | Sonde urinaire ch. .... <input type="checkbox"/> (posée le : ..... )   Bassin <input type="checkbox"/> Urinal <input type="checkbox"/> Chaise <input type="checkbox"/> Dernière selle le : ...                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| Mobilisation autonome <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/>         |  | Lève malade <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant, canne, déambulateur <input type="checkbox"/>                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| Sécurité   si contention prescrite : lit <input type="checkbox"/> fauteuil <input type="checkbox"/>                                 |  | Barrière(s) <input type="checkbox"/> Matelas anti escarre <input type="checkbox"/> .....                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| Relation   Maîtrise de la langue française   oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>                              |  | Prothèse auditive <input type="checkbox"/> Aphasie <input type="checkbox"/> Dysarthrie <input type="checkbox"/>                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |

## Bonne pratique n°7

### Favoriser en sortie d'hospitalisation les conditions de la continuité thérapeutique

#### Principe & bénéfices attendus

La notion de continuité thérapeutique recouvre 2 volets difficilement dissociables : l'entrée du patient à l'hôpital, notamment pour la connaissance des médicaments pris en ville, et la sortie du patient de l'hôpital.

3 séries de facteurs principaux expliquent la difficulté à assurer la continuité thérapeutique en sortie d'hospitalisation :

- Le défaut d'organisation de la sortie au sein des établissements de santé, dans un contexte où les séjours sont toujours plus courts, et les spécialistes toujours plus spécialisés...
- Une communication défaillante traduite par la difficulté rencontrée des différents acteurs à joindre leurs correspondants, difficulté exacerbée par le fait qu'il n'existe pas d'outils partagés entre la ville et l'hôpital.
- Le statut complexe du médicament, avec des conditions de dispensation hétérogènes (rétrocession, réserve hospitalière, etc.). On estime que 27 à 54% des patients présentent au moins une erreur médicamenteuse à leur admission.

Source: Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ*. 2005;173(5):510-5.

La sortie doit donc faire l'objet d'une attention particulière pour assurer l'ensemble des éléments participant d'une continuité thérapeutique de qualité : transmission des traitements initiés, arrêtés ou poursuivis en cours d'hospitalisation, de l'ordonnance de sortie exhaustive (mentionnant notamment les traitements ne devant pas être repris), des échecs thérapeutiques et avis pharmaceutiques émis lors de l'hospitalisation, d'informations relatives à l'éducation thérapeutique (pour assurer la continuité des messages), etc.

#### Actions mises en œuvre

##### Mettre en place un contrôle qualité de la prescription médicamenteuse globale en fin de séjour

Il s'agit d'anticiper les besoins du patient à sa sortie pour éviter toute rupture thérapeutique. Le circuit cible implique de nombreux professionnels de santé au sein même de l'hôpital (médecins, soignants). Cette action passe d'abord par :

- La mise en place d'une vérification de la conformité des ordonnances de sortie,

- L'identification des traitements à risque de non disponibilité en ville et des propositions de solution associées,
- La communication des informations de sortie aux officinaux, dont le traitement exhaustif du patient à sa sortie et l'heure de la dernière médication.

Il s'agit également *in fine* que l'établissement s'assure que le patient ou l'aidant aient bien compris le traitement (objectif thérapeutique, posologies et schéma thérapeutique), et qu'ils disposent de l'ensemble des informations utiles relatives au suivi de la prise en charge.

##### Dédier un temps de pharmacien à la coordination post-séjour et au lien officinal

Il s'agit, en lien avec le circuit cible, de dédier et sanctuariser un temps de pharmacien à l'hôpital pour :

- Vérifier l'exhaustivité des prescriptions à leur admission (conciliation), en informant notamment l'officinal référent de l'hospitalisation du patient et en collectant toute information utile (médicaments délivrés en ville). Ces informations sont recueillies par contact téléphonique systématique de l'officinal, l'accès au dossier patient permettant à terme de récupérer ces informations,
- Préparer la sortie du patient telle que définie dans le circuit cible,
- Animer des réunions multidisciplinaires pour sensibiliser l'ensemble des acteurs de soins aux dysfonctionnements organisationnels observés (type réunions de retour d'expérience) en lien avec son activité,
- Mettre en place des supports de communication avec les professionnels de santé concernés.

Bien que cette démarche soit initiée par hôpital, il peut sembler pertinent que le pharmacien qui coordonne la sortie des patients soit un pharmacien rompu aux pratiques officinales.

# B. Des bonnes pratiques organisationnelles

## La coordination / communication entre offreurs

Avant l'hospitalisation

Au cours du séjour

Après la sortie

### Bonne pratique n°7

Favoriser en sortie d'hospitalisation les conditions de la continuité thérapeutique

#### Illustrations

- Compte rendu de conciliation de sortie



Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph  
185, rue Raymond Losserand  
75674 Paris cedex 14  
Tel : 01 44 12 33 33  
Fax général : 01 44 12 33 32

**COURRIER DE CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX**

Mme T. A M le Dr D  
Né(e) le JJ/MM/AAAA 28 avenue Victor-Hugo  
Rue 92220, BAGNEUX  
92220, BAGNEUX  
Hospitalisation du 17/2/2015 Le 04/03/2015

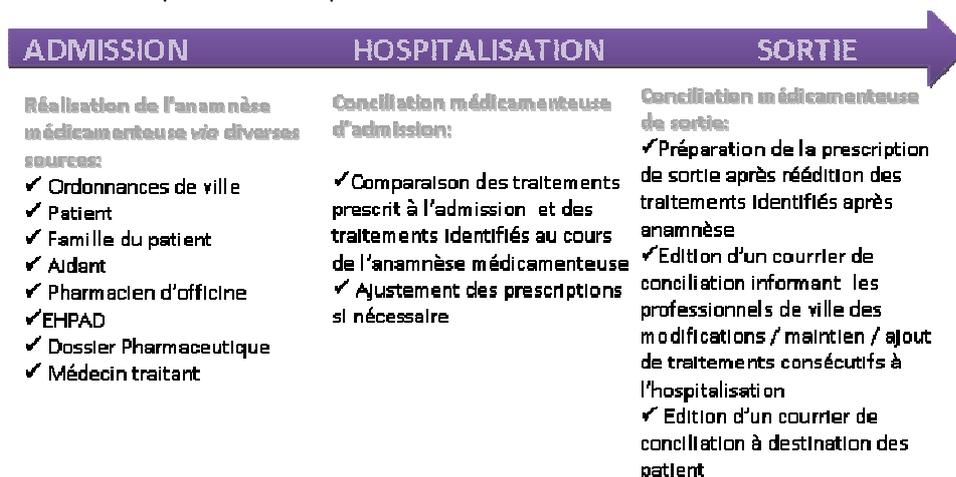
Cher confrère,

Voter patient(e) Mme T. A Né(e) le JJ/MM/AAAA, a été hospitalisé au Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph. Nous avons établi la liste des médicaments pris en routine à domicile avant hospitalisation. Vous trouverez la liste des traitements à poursuivre à l'issue du bilan réalisé au décours de l'hospitalisation ainsi que d'éventuels compléments d'information.

Docteur LEGENDRE (médecin) Docteur SKALAFOURIS (pharmacien)

| Avant hospitalisation                |               |                                | Après hospitalisation                |               |                                                                                                   |
|--------------------------------------|---------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Traitement                           | Plan de prise | Etat lors de l'hospitalisation | Traitement                           | Plan de prise | Commentaire                                                                                       |
| SERESTA 50 mg, cp. séc.              | 0 0 0,5       | Modifié                        | SERESTA 10 mg, cp.                   | 00 1          | Le traitement a été modifié: Diminution posologique (sevrage)                                     |
| MIANSERINE 60 mg, cp. pelliculé séc. | 0 0 1         | Maintenu                       | MIANSERINE 60 mg, cp. pelliculé séc. | 00 1          | Traitement non modifié durant l'hospitalisation                                                   |
| EBIXA 5 mg/pression, sol. buv.       | 1 0 1         | Traitement suspendu            |                                      |               | Le traitement a été suspendu: Traitement réévalué durant l'hospitalisation et non reconduit       |
|                                      |               | Nouveau traitement             | TARDYFERON 80 mg, cp. enrobé         | 1 0 0         | Ce traitement a été initié à l'issue de l'hospitalisation: Prise en charge d'une carence martiale |

- Description macro du processus cible



## Bonne pratique n°8

### Sécuriser le retour à domicile du patient

#### Principe & bénéfices attendus

La rupture ville-hôpital après la sortie d'hospitalisation peut avoir des conséquences allant de la réalisation d'examen en doublon (voire plus), jusqu'au recours inapproprié aux services de soins hospitaliers, via des (re-)passages aux urgences voire des ré-hospitalisations. L'hôpital, centré historiquement sur une approche thérapeutique aigue, doit aujourd'hui investir la dimension globale de la prise en charge, qui dépasse naturellement ses propres murs.

Alertées sur un retour à domicile dans les meilleurs délais (avant la sortie si possible), l'ensemble de ces structures propose au global une offre extrêmement vaste, allant de l'intervention à domicile quelques jours avant la sortie pour s'assurer de sa faisabilité, à l'intervention quelques jours après pour « passer le relais » avec les professionnels en ville. Ces structures sont particulièrement pertinentes pour les patients en situation de fragilité, de perte d'autonomie ou de risque de perte d'autonomie.

#### Actions mises en œuvre

##### Réaliser un « appel du lendemain » auprès des patients

L'action consiste à appeler le patient à son domicile à J+ 2, J+3 ou J+4 (suivant la pathologie ou la population concernée) afin de pouvoir déceler très tôt d'éventuels signes précurseurs d'un retour à domicile dans de mauvaises conditions, qui, s'il n'est pas pris en charge par le médecin traitant ou les intervenants à domicile, aura pour conséquences possibles au mieux une réhospitalisation directe, au pire un passage aux urgences (quelques fois même dans un autre établissement). Naturellement, pour être efficace, ce contact téléphonique doit être au maximum protocolisé, éventuellement formalisé par un questionnaire ou un arbre de décision permettant d'aiguiller l'entretien.

Cette pratique peut paraître très chronophage, mais est sans commune mesure avec les temps économisés par des réhospitalisations et/ou passages aux urgences évités, certes plus diffus. L'une des pistes explorées en parallèle par l'un des établissements du groupe, consiste à transférer cette mission du service d'origine à la cellule responsable de la fonction de coordination de la sortie : ce transfert de responsabilité nécessite évidemment, pour être pertinent, des canaux de communication entre les différents organes de l'hôpital très matures...

##### S'appuyer sur la multitude de structures de soins de ville existantes

Qu'il s'agisse des équipes des réseaux de santé, des équipes mobiles SSR ou autre, de multiples structures composées d'une large représentation de professionnels des secteurs sanitaire et social (ergothérapeutes, psychologues, assistantes sociales, kinésithérapeutes, etc.) sont insuffisamment mobilisées par les établissements de santé.

# B. Des bonnes pratiques organisationnelles

## La coordination / communication entre offreurs

Avant l'hospitalisation

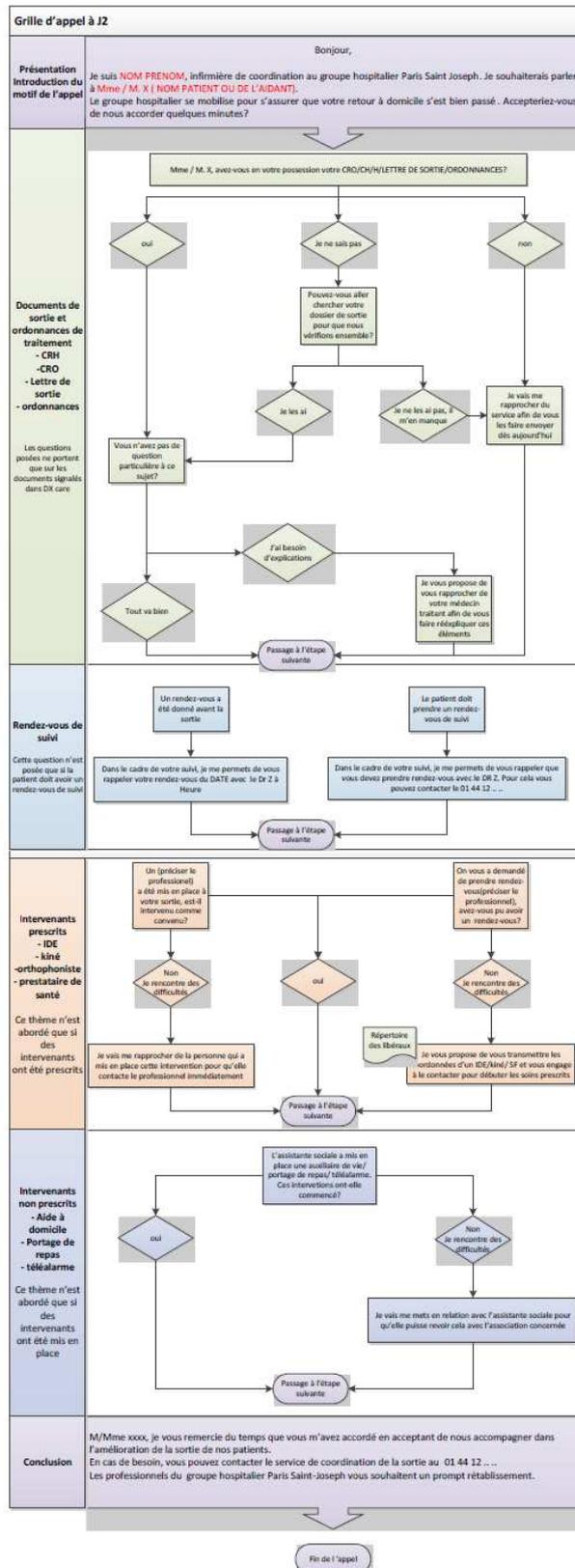
Au cours du séjour

Après la sortie

### Bonne pratique n°8 Sécuriser le retour à domicile du patient



Grille d'appel à J2



### Illustrations

- Grille d'entretien pour l'appel du patient à J+2
- Convention réseau / établissement ↓

**CONVENTION RELATIVE AUX MODALITÉS DE COOPÉRATION DANS LE CADRE DE LA FILIÈRE DE PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ SÉVÈRE OU MULTI COMPLIQUÉE**

**ENTRE**  
L'HÔPITAL ANTOINE-BÉCLÈRE APPARTENANT AU CENTRE SPÉCIALISÉ OBÉSITÉ SUD ILE DE FRANCE  
**ET**  
L'HÔPITAL SUISSE DE PARIS

**ENTRE**

L'Assistance publique - hôpitaux de Paris, établissement public de santé, dont le siège est situé 3, avenue Victoria à Paris 4ème, représentée par son Directeur général M. Martin HIRSCH et par délégations Mme Christine WELTY, Directrice du Groupe Hospitalier des Hôpitaux universitaires Paris Sud, et Mme Marion LOPEZ, Directrice de l'Hôpital Antoine Béclère agissant en tant qu'établissement coordonnateur.

Désigné ci-après par le terme « **CSO IDF SUD – Hôpital Antoine Béclère** »,

D'une part,

**ET**

L'Hôpital Suisse de Paris, établissement associatif de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) en secteur 1, dont le siège est situé 10, rue Minard – 92130 Issy-les-Moulineaux, représenté par sa directrice, Madame Atika ALAMI

Désigné ci-après par le terme « **HSP** »

D'autre part,

Vu l'instruction DGS/EAA3/DGOS N°2011-380 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national Nutrition Santé (PNN3) et du plan Obésité (PO) par les agences régionales de santé (ARS) et en particulier l'annexe relative à l'identification de centres spécialisés et de centres intégrés pour la prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère ou multi compliquée et à l'organisation des filières de prise en charge dans les régions ;

Vu les recommandations de la HAS publiée le 6 octobre 2011 ;

Vu la décision de l'ARS en date du 2011 accordant la reconnaissance du statut du Centre Spécialisé Obésité (CSO), composé des Groupes hospitaliers suivants : Hôpitaux Universitaires Paris Sud (Antoine Béclère, Bicêtre, Paul Brousse), Hôpital Européen Georges Pompidou, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor (Albert Chenevier, Joffre Dupuytren, Emile Roux, Georges Clémenceau).

Vu la décision de la DGOS et DGS accordant la reconnaissance du statut de Centre Intégré Obésité (CIO), délivrée le 4 juillet 2012 ;

## Bonne pratique n°9

Faire de la coordination et du suivi extrahospitalier une fonction pleine et entière à l'hôpital

### Principe & bénéfices attendus

La littérature nationale et internationale fait état de nombreuses études attestant des bénéfices procurés par l'anticipation de la sortie des patients le plus en amont possible au cours de la prise en charge (bonne pratique n°5). Si les différentes initiatives rencontrées au cours des travaux semblent conforter la faisabilité d'une telle démarche, on constate qu'un déploiement à l'échelle de l'hôpital induit une charge de travail loin d'être anodine, et ne peut donc être envisagé comme une action « marginale », non soutenue par la direction.

Conceptuellement parlant, il s'agit d'une opération iso-ressources : le temps.homme utilisé pour formaliser cette fonction de coordination est compensé par du temps.homme économisé dans les services à réaliser certaines de ces tâches de coordination en plus du cœur de métiers soignant, ainsi que du temps.homme économisé par les rehospitalisations et/ou passages aux urgences évités. Pour autant, les organisations ne sont jamais aussi souples que les concepts, et il est raisonnable de penser que la mise en place d'une telle fonction passe inévitablement dans un premier temps par une forme d'investissement (embauches ? prestation externe ? autres modèles ?), représentant un coût supplémentaire, mais que les économies indirectes générées (notamment en termes de réduction de la DMS...) devront permettre de rentabiliser rapidement.

Ainsi, qu'il soit internalisé ou externalisé, le principe reste le même : il s'agit de confier à un organe dédié la responsabilité d'organiser du côté de l'établissement la sortie du patient, en s'assurant que les éventuelles prises en charge médicales, paramédicales ou sociales nécessaires au domicile soient planifiées et que les informations relatives au séjour hospitalier aient bien été transmises aux différents acteurs concernés.

### Actions mises en œuvre

#### Installer un poste d'infirmière coordinatrice pour gérer l'organisation des sorties

Les principaux freins levés (volonté institutionnelle ET budgétisation du financement...), l'installation d'une telle fonction ne pose pas de difficulté : fiche de poste, recrutement, périmètre d'intervention, etc. Un point d'attention doit tout de même être porté sur une répartition claire, exhaustive et non redondante des missions liées à la sortie, aussi bien avec les autres acteurs de l'établissement qu'avec les éventuelles structures de coordination externes intervenant déjà à l'hôpital (infirmière coordinatrice d'un réseau de santé par exemple).

A cet effet, une charte de bonnes pratiques des liens ville-hôpital peut permettre de clarifier les différentes missions, et plus généralement définir les engagements réciproques que prennent chacune des parties sur les étapes du parcours patient.

Notons que cette fonction peut également faire l'objet d'une prestation externe : l'un des établissements du groupe a exploré la piste d'une sous-traitance à un prestataire privé dont la mission est d'assurer la liaison entre l'établissement de santé et les offreurs en ville, précisément dans le cadre du retour à domicile des patients en post-chirurgie.

# B. Des bonnes pratiques organisationnelles

## La coordination / communication entre offreurs

### Avant l'hospitalisation

### Au cours du séjour

### Après la sortie

## Bonne pratique n°9

Faire de la coordination et du suivi extrahospitalier une fonction pleine et entière à l'hôpital

### Illustrations

– Fiche de poste infirmière coordinatrice

– Charte des bonnes pratiques des liens ville-hôpital



### FICHE DE POSTE

**IDE Coordinatrice**  
Direction des Parcours Patients et de la Facturation  
Service de l'Organisation de la Sortie (SOS)

**Missions :** La cellule centralisée des sorties intervient auprès de tous les patients en collaboration avec les équipes médicales et paramédicales. Elle consiste à proposer une organisation homogène des sorties au sein de l'hôpital. Elle assiste donc les services pour garantir la continuité des soins aux patients et faciliter le retour à domicile. Dans ce cadre l'infirmière coordinatrice participe à l'évaluation des besoins (type de soins et d'intervenants libéraux), à la recherche et à la mise en place de l'aval.

- Conseil et prévention auprès des patients et des familles.
- Anticipation des sorties dès l'entrée (lien avec le service social).
- Entretien au chevet des patients en vue d'une évaluation des besoins.
- Saisie des informations de sortie sur le logiciel DxCare.
- Recherche et mise en place des intervenants libéraux au domicile.
- Gestion des appels complexes.
- Garantie de la bonne circulation d'informations entre tous les acteurs.
- Participation au développement des filières de soins et des partenariats d'aval.
- Création et actualisation de répertoires libéraux.
- Participation au recueil d'activité de la cellule centralisée des sorties.
- Organisation de formations.

**Compétences souhaitées :**

- Diplôme d'Etat Infirmier.
- Savoir hiérarchiser les demandes selon leur degré d'urgence.
- Recueillir et traiter les données avec méthode.
- Evaluer les besoins des personnes et construire un projet de soins au domicile approprié.
- Proposer des solutions adaptées à la situation repérée en fonction des possibilités d'orientation.
- Synthétiser et analyser des situations.
- Savoir rédiger des suivis, des requêtes et signalements, des rapports d'activité.
- Travailler en réseau et en partenariat.

**Expérience :**

- Expérience d'IDE hospitalière recommandée.
- Très bonne connaissance du secteur hospitalier et du vocabulaire médical.

### CHARTRE DE BONNES PRATIQUES VILLE-HOPITAL

**LE GHI s'engage à**

**Renforcer son organisation**

- Un Médecin Référent par service est disponible en direct
- L'accessibilité aux primo consultants est organisée dans un délai utile défini par chaque spécialité
- La sortie du patient est préparée en amont, et si nécessaire en collaboration avec les professionnels de ville

**Transmettre les informations**

- Sur les événements clés tout au long de la prise en charge du patient (de l'entrée à l'hôpital jusqu'à la sortie)
- Sur les prescriptions (médicamenteuses, matériels médicaux,...)
- Par tout moyen de communication (échanges directs, courriers électroniques)
- Dans les délais appropriés

**Mettre à disposition des outils**

- Annuaire de l'Offre GHI sur Internet et version smartphone
- Base de données des professionnels de ville

**Produire des indicateurs qualité**

- Partenariat : top 50 des médecins adresseurs
- Enquête de satisfaction des professionnels de ville, une fois par an
- Délais de production des documents de liaison Ville - Hôpital

**Diversifier les actions de formation et de communication**

**Les Professionnels de Santé s'engagent**

- Le médecin du patient transmet les informations permettant une prise en charge plus efficace
  - en urgence (SAU ou en direct dans un service),
  - en consultation
- Le pharmacien prend part au DP (Dossier Pharmaceutique)

– Cartographie des acteurs de la ville

| Ville | Code Post | téléphone | e-mail | zone d'intervent                                                                                            | heures de passages                                  | heures de permanence au cabinet | permanence sur RDV (GHI) | nursing | injection | perfusion | pansements | chimie | meco | alim-entité-pansement | autres (thérapie, etc.) | Tiers payant (O.N.I.)                                             |
|-------|-----------|-----------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|---------|-----------|-----------|------------|--------|------|-----------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| PARIS | 75006     |           |        |                                                                                                             |                                                     |                                 |                          | non     |           |           |            |        |      |                       |                         |                                                                   |
| PARIS | 75007     |           | non    | Paris Tém-15ème                                                                                             | tous les jours (matin-soir)                         | 9h-18h30                        | oui                      | non     | oui       | oui       | oui        | oui    | oui  | oui                   | non                     | oui sans mutuelle                                                 |
| PARIS | 75007     |           | non    | Paris Tém-15ème                                                                                             | tous les jours (matin-soir)                         | 9h-18h30                        | oui                      | non     | oui       | oui       | oui        | oui    | oui  | oui                   | non                     | oui sans mutuelle                                                 |
| PARIS | 75011     |           |        | PARIS 18ème                                                                                                 | 8h - 21h tous les jours                             | Dimanche seulement              | non                      | non     | oui       | oui       | oui        | non    | non  | oui                   | non                     | OUI                                                               |
| PARIS | 75012     |           |        | 75012                                                                                                       | 07h à 19h                                           | 12h à 13h30 18h à 19h30         | samedi soir + dimanche   | non     | oui       | oui       | oui        | oui    | non  | non                   | non                     | appel carte vital 1800 ou via le patient et remboursé par la SECU |
| PARIS | 75013     |           |        | PARIS 13ème                                                                                                 | 8H00 - 18H tous les jours                           |                                 |                          | oui     | oui       | oui       | oui        |        |      | oui                   |                         |                                                                   |
| PARIS | 75013     |           |        | Paris 13, Paris 14 et Paris 5                                                                               | tous les jours 77 (matin 8h30-12h30) soir 18h-19h30 |                                 | sur RDV                  | oui     | oui       | oui       | oui        | oui    | oui  | oui                   | non                     | oui                                                               |
| PARIS | 75013     |           |        | Paris 13, 14, 15, 17ème, 19ème, 20ème, 21ème, 22ème, 23ème, 24ème, 25ème, 26ème, 27ème, 28ème, 29ème, 30ème | tous les jours 24h/24h                              |                                 | sur RDV                  | oui     | oui       | oui       | oui        | oui    | oui  | oui                   | non                     | oui                                                               |
| PARIS | 75013     |           |        | Paris 13, Paris 14 et Paris 5                                                                               | TOUS LES JOURS 8h-12h et 18h-19h                    | 8h-18h30                        | non sauf les VE et SF    | oui     | oui       | oui       | oui        | oui    | oui  | oui                   | oui                     | oui                                                               |
| PARIS | 75013     |           |        | Block 28Aix, gobelet, place d'Italie et aux alentours                                                       | 7h - 19h                                            | non                             | sur RDV                  | oui     | oui       | oui       | oui        | oui    | oui  | oui                   | non                     | oui                                                               |
| PARIS | 75013     |           |        | Block 28Aix, gobelet, place d'Italie et aux alentours                                                       | 7h - 19h                                            | non                             | sur RDV                  | oui     | oui       | oui       | oui        | oui    | oui  | oui                   | non                     | oui mais ça dépend du dossier ou non, ça dépend du dossier        |
| PARIS | 75013     |           |        | 75013 gobelet place d'Italie                                                                                | matin 7h-13h-20h                                    |                                 | dimanche                 | non     | oui       | oui       | oui        | oui    | oui  | oui                   | oui                     | oui                                                               |
| PARIS | 75013     |           |        | 75013 gobelet place d'Italie                                                                                | matin 7h-13h-20h                                    |                                 | dimanche                 | non     | oui       | oui       | oui        | oui    | oui  | oui                   | oui                     | oui                                                               |
| PARIS | 75013     |           |        | 75013                                                                                                       | 07h à 19h                                           |                                 | samedi soir              | oui     | oui       | oui       | oui        | oui    | oui  | oui                   | non                     | 100% ou patient                                                   |

## Bonne pratique n°10

Multiplier les temps d'échanges et de partage entre professionnels hospitaliers et de ville

### Principe & bénéfices attendus

Dans un domaine où l'humain est au centre des attentions, la capacité des professionnels, tous secteurs confondus, à parler, échanger, voire tout simplement se connaître est un, sinon le principal levier d'amélioration de la coordination ville-hôpital.

Le travail de sensibilisation et de compréhension réciproque des enjeux de cette coordination, qu'exacerbent la transition épidémiologique et la naturelle « ambulorisation » des prises en charge qui s'en suit, est devant nous. Ce problème est largement admis par des acteurs hospitaliers comme de ville conscients de la faible maturité organisationnelle de notre système de soins sur cet aspect précis. A titre d'illustration, une chimiothérapie à domicile peut être placée sous la responsabilité du médecin traitant, de l'infirmière et du pharmacien : une articulation très étroite entre eux et plus encore avec le service d'oncologie est essentielle, sinon vitale pour garantir la qualité de prise en charge du patient concerné.

### Actions mises en œuvre

#### Organiser des moments d'échanges à vocation médico-scientifique entre professionnels hospitaliers et de ville

Il s'agit de mettre en place des séminaires, conférences, ateliers de travail, déjeuners, etc., sur des thématiques spécifiques, auxquels sont associés les médecins de ville. Un cycle régulier de 3 à 4 rencontres par an avec les médecins traitants, en partenariat avec les pôles de santé, est un rythme pertinent pour à la fois stimuler et maintenir une dynamique.

#### Permettre aux médecins traitants de bénéficier d'un système d'avis spécialisés rapides de la part de l'hôpital

L'objectif est d'apporter des réponses expertes aux interrogations que peut avoir un médecin traitant face à un cas complexe. 2 formes différentes sont envisageables :

- La présence à intervalles réguliers d'un praticien hospitalier dans les maisons de santé du territoire pour échanger avec les médecins sur des cas spécifiques,
- La mise à disposition de la ligne téléphonique dédiée (cf. bonne pratique n°2) pour solliciter l'avis d'un spécialiste de l'hôpital et non plus uniquement pour des demandes de rendez-vous ou d'hospitalisation. Cette solution peut naturellement s'appuyer dans un 2<sup>nd</sup> temps sur les outils de télémedecine pour maximiser la pertinence de l'avis rendu.

#### Favoriser la participation des médecins de ville aux réunions multidisciplinaires organisées au sein de l'établissement concernant leurs patients

Cette action correspond à une mise en conformité avec les textes réglementaires. Faute de temps et d'incitatifs, les médecins traitants participant aux réunions cliniques hospitalières sont aujourd'hui très minoritaires. Aussi, il s'agit de faciliter leur participation, en utilisant les modes de communication appropriés (lettre d'entrée, fiche cartonnée, page web à destination des médecins traitants, etc.), mentionnant lieux, dates et horaires des staffs et RCP afin que ceux-ci ne soient pas pris au dépourvu.

D'un point de vue pratique, il s'agit également d'essayer de faciliter la vie des professionnels de ville, qui ne peuvent pas toujours se déplacer facilement dans l'enceinte hospitalière : conférences téléphoniques et idéalement visioconférences sont des solutions d'avenir, même si aujourd'hui elles sont encore trop peu développées...

#### (\* ) Stimuler la connaissance mutuelle des pratiques hospitalières et libérales

Il s'agit très simplement de sensibiliser chacun aux problématiques de l'autre. Pour ce faire, 2 possibilités sont fréquemment évoquées :

- Organiser des vacations de médecins généralistes au sein des services hospitaliers. Cela induit parfois la problématique du remplacement des généralistes dans leurs cabinets pendant leurs vacations à l'hôpital (sauf première installation naturellement),
- Mettre en place des stages d'internes ou d'externes dans des cabinets de médecins généralistes en ville. Cette option doit, avant d'être envisagé, faire l'objet de discussions avec les facultés de médecine pour en évaluer la faisabilité.

(\* ) Bonne pratique non mise en œuvre dans le cadre des travaux, mais régulièrement évoquée lors des sessions de travail

# B. Des bonnes pratiques organisationnelles

## La coordination / communication entre offreurs

Avant l'hospitalisation

Au cours du séjour

Après la sortie

### Bonne pratique n°10

Multiplier les temps d'échanges et de partage entre professionnels hospitaliers et de ville

#### Illustrations

- Affiche de la journée mondiale contre le diabète

**Hôpital Suisse de Paris**

**Journée Mondiale du Diabète**

**Vendredi 14 Novembre 2014**

**10h – 12h: ATELIERS DE DEPISTAGE ET D'INFORMATION (hall d'accueil)**

- ✓ Dépistage gratuit sans prise de sang
- ✓ Mesure de la pression artérielle
- ✓ Infos diététiques
- ✓ Pompes à insuline
- ✓ Holters glycémiques
- ✓ Autocontrôle et auto-injection d'insuline
- ✓ Obésité et apnée du sommeil

**12h – 14h: BUFFET – CONFERENCES (salle de conférence au 5<sup>ème</sup> étage)**

- ✓ Diabète à l'Hôpital Suisse, Dr dell' Isola
- ✓ Actualités thérapeutiques, Dr Bouthillier Voisin
- ✓ Diététique du Diabète, Mme Miannay
- ✓ Imagerie et Diabète, Dr Darmon
- ✓ Témoignages de patients

**14h: ATELIER DANSE (salle de conférence au 5<sup>ème</sup> étage)**

- ✓ Bouger avec le Diabète : initiation au Madison, Mme Suky, professeur de danse

Hôpital Suisse de Paris, 10 rue Minard – Issy les Moulineaux 92130 – 01 41 33 11 00

- Session d'échanges ville-hôpital

Groupe Hospitalier Intercommunal  
**Le Raincy-Montfermeil**

**La filière gériatrique du GHI Le Raincy – Montfermeil**

a le plaisir de vous convier à  
**la réunion d'information et d'échanges**  
avec  
**des gériatres et des pharmaciens hospitaliers**

**Thème**

« Relations Ville – Hôpital »

**Prise en charge médicamenteuse**  
**dans le parcours de santé**  
**des patients âgés**

**Mardi 24 juin 2014**

**à 20h**

**Salle du Conseil**

## Bonne pratique n°11

Développer l'usage des nouveaux moyens de communication pour accélérer les échanges entre hôpital et cabinets de ville

### Principe & bénéfices attendus

Courrier, téléphone et fax demeurent les principaux outils de communication du monde de la santé. Il existe pourtant depuis plusieurs années déjà de nouveaux moyens rapides, sécurisés, moins intrusifs, et sur lesquels il serait pertinent d'investir.

Si le téléphone, de par son caractère immédiat reste incontournable, son utilisation aussi bien dans un sens comme dans l'autre doit se faire -sauf dispositif de ligne dédiée mise en place- avec parcimonie. Dans l'idéal, il devrait être réservé aux cas d'urgences *réelles*. Pour autant, celui-ci ne se verra délaissé, pour le tout-venant, au profit d'autres moyens de communications que lorsque ces autres moyens de communication auront montré leur efficacité et seront rentrés dans les usages communs de tout un chacun. Respect, discipline, encore une fois l'acculturation ne se fera pas contre les professionnels mais par et pour les professionnels eux-mêmes...

### Actions mises en œuvre

#### Développer la messagerie sécurisée

La messagerie sécurisée permet de transmettre un document (compte rendu d'hospitalisation, courrier d'accompagnement, fiche de liaison, etc.), d'informer automatiquement sur les événements clés survenus au cours du séjour, de solliciter un service hospitalier pour organiser une admission ou une consultation, etc., et constitue la solution d'avenir pour les flux d'information entre professionnels.

Ce type de dispositif nécessite, pour être implémenté par un établissement, de faire appel à un prestataire agréé par l'ASIP Santé (agence des systèmes d'information partagés de santé). La principale difficulté réside dans la diversité des solutions possibles (et ne représente finalement qu'un faible coût) : la totalité des médecins de ville n'étant pas forcément équipée par le même prestataire informatique (comme les établissements d'ailleurs) il est recommandé pour un hôpital de choisir celui qui est le plus représenté sur son territoire, et d'inciter ceux qui ne sont pas encore équipés à faire de même... Reste à mettre en place les passerelles nécessaires avec les autres prestataires de manière à pouvoir disposer d'une solution universelle : encore une fois, l'interopérabilité en matière d'informatique est à la fois le problème ET sa solution...

# B. Des bonnes pratiques organisationnelles

## La coordination / communication entre offreurs

Avant l'hospitalisation

Au cours du séjour

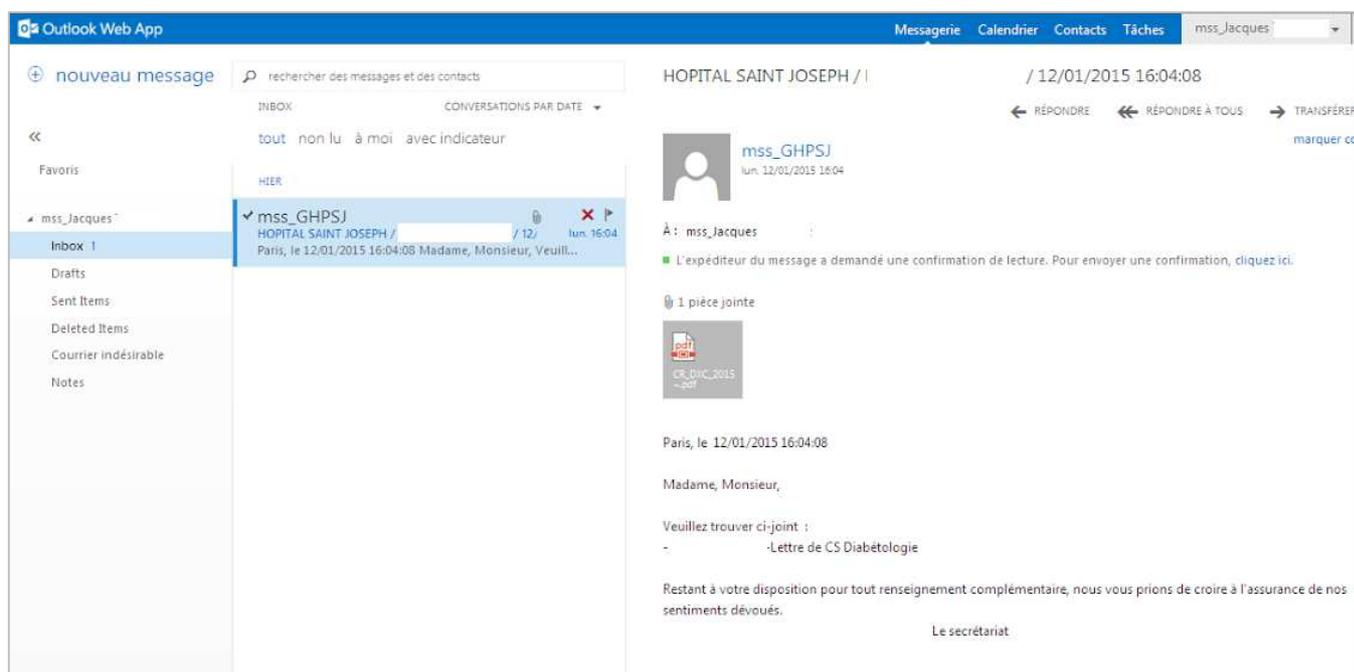
Après la sortie

### Bonne pratique n°11

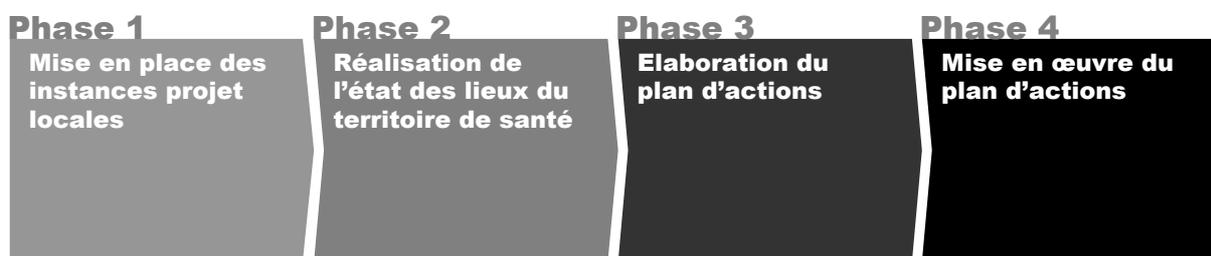
Développer l'usage des nouveaux moyens de communication pour accélérer les échanges entre hôpital et cabinets de ville

#### Illustrations

- Messagerie sécurisée



## Les bonnes pratiques organisationnelles issues de cette démarche sont le fruit de 12 mois de travaux, portés localement par chacun des 5 établissements selon un calendrier prédéfini



### Phase 1

#### Mise en place des instances projet locales

Cette première phase de cadrage conditionne fortement l'espérance de résultats du projet, d'où un temps qui peut paraître relativement conséquent, mais pourtant incompressible (2 à 3 mois). Lors de cette étape sont décidés les éléments structurants pour la suite des travaux :

- Les acteurs et contributeurs à solliciter pour constituer l'instance de pilotage locale,
- Les modalités de communication auprès des acteurs du projet, et hors projet,
- Les attentes précises des participants en lien avec les objectifs de l'expérimentation,
- Le choix de la pathologie / population sur laquelle portera l'expérimentation,
- Les données quantitatives et qualitatives à collecter dès à présent pour aiguiller les diagnostics,
- La méthodologie de production et de restitution des informations et indicateurs identifiés.

### Phase 2

#### Réalisation de l'état des lieux du territoire de santé

Cette deuxième phase de (2 à 3 mois) a pour objectif, via un travail de collecte, de compilation et d'analyse de données quantitatives et qualitatives, de partager avec l'ensemble des participants de la démarche des constats sur le fonctionnement des relations ville-hôpital. Ces constats, qui peuvent confirmer comme infirmer des ressentis de départ, sont le socle permettant par la suite d'identifier et prioriser les solutions d'amélioration envisageables :

- Entretiens avec les acteurs clés de la prise en charge,
- Diffusion et collecte des réponses du questionnaire,
- Compilation et consolidation des données existantes,
- Elaboration du diagnostic à partir des différents éléments précités,
- Objectivation des pratiques organisationnelles et principaux dysfonctionnements,
- Identification des axes de travail qui pourront servir de support à un plan d'actions.

### Phase 3

#### Elaboration du plan d'actions

Dans cette troisième phase, succincte (1 mois), les axes de travail pré-identifiés dans l'étape précédente sont confirmés et déclinés sous la forme d'un plan d'actions. Ces actions sont par la suite décrites de manière très détaillée en fiches actions opérationnelles afin d'en faciliter la mise en œuvre :

- Objectif de l'action,
- Indicateurs de suivi associés,
- Responsable de l'action,
- Groupe de travail constitués à cette occasion,
- Descriptif du calendrier : grands jalons et objectifs intermédiaires de chaque étape.

### Phase 4

#### Mise en œuvre du plan d'actions

Cette dernière phase, plus longue (6 à 9 mois), consiste à dérouler la feuille de route pour mener à bien les différentes actions. Le plan d'actions ne constitue pas une trame rigide s'affranchissant de toute évolution ou adaptation à la « vie réelle » des établissements : bien souvent, il s'agira d'ajuster, recadrer pour tenir compte des aléas incontournables de tout projet, dans le champ de la santé *a fortiori*.

La principale difficulté reste de maintenir une dynamique au sein des différents groupes de travail, souvent très mobilisés dans un premier temps mais résistant mal à une naturelle érosion de la motivation, notamment lorsque les résultats concrets peinent à venir. Pour s'en prémunir au maximum :

- Se référer au plan d'actions initial,
- Suivre des indicateurs en routine,
- Mettre en évidence très rapidement les premiers succès, si modestes soient-ils, mais démontrant des premiers impacts positifs de démarches souvent très chronophages pour les acteurs.

## **Les 12 mois de travaux passés aux côtés des 5 établissements participant à la démarche ont permis de mettre en lumière quelques éléments structurant en termes d'organisation des projets locaux, qui maximisent les chances de réussites d'une telle expérimentation**

### **Quels sont les facteurs clés de succès liés à la mise en place d'une démarche similaire ?**

Dans le cadre de l'expérimentation, une relative liberté a volontairement été laissée aux 5 établissements pour organiser la démarche. Avec le recul et les premiers résultats perceptibles, certains éléments apparaissent plus que d'autres comme des catalyseurs essentiels au bon déroulement de la démarche.

#### **La chefferie de projet**

Il s'agit d'un élément commun à l'ensemble des projets mais, étant donné son impact, il est toujours important de le rappeler. En effet, il est crucial pour mener à bien le projet, de nommer un chef de projet dynamique qui portera la démarche avec conviction, en lien direct avec la direction de l'établissement et qui dispose d'un temps spécifique à y consacrer (estimé à X jours par semaine)

#### **L'appui institutionnel**

Dans la mesure où cette démarche est initiée par l'établissement, il est prépondérant que la direction s'implique de manière très active car de nombreuses décisions nécessitent sa contribution ou son aval. Pour ce faire, elle doit y percevoir un intérêt significatif en termes d'activité et de qualité de soins rendus.

Concernant l'appui institutionnel de la ville, l'appui des URPS est un élément grandement facilitateur, puisque capables et légitimes pour missionner leurs représentants sur le territoire. Il est également possible pour un établissement de sensibiliser quelques professionnels libéraux avec lesquels il entretient une relation étroite, pour les convaincre de participer en leur garantissant que le temps à consacrer reste raisonnable.

#### **La composition du comité de pilotage et la fréquence des réunions**

Il faut tout d'abord privilégier des personnes dynamiques et assez intéressées par la démarche pour pouvoir y consacrer un peu de temps. Ensuite, pour maximiser la légitimité et la crédibilité des décisions prises par le comité de pilotage, il est préférable qu'elle soit composée d'au moins un représentant de chacune des professions concernées, sachant qu'en l'absence de participation des professionnels de ville, il est vivement conseillé de trouver une alternative pour les associer aux réflexions (communication par mail souvent usitée).

Pour ce type de projet, la composition idéale d'un comité de pilotage serait la suivante :

- Un chef de projet,
- Le directeur ou directeur adjoint de l'établissement,
- Le président ou vice-président de la CME,
- Un à deux médecins généralistes (si possible représentant d'une association/syndicat/ amicale sur le territoire),
- Un pharmacien d'officine (si possible représentant d'une association/syndicat/ amicale sur le territoire),
- Un infirmier (si possible représentant d'une association/syndicat/ amicale sur le territoire),
- Un représentant de la délégation territoriale de l'ARS,
- Une assistante sociale de l'établissement,
- Un médecin spécialiste en ville en lien avec la pathologie (une fois que cette dernière a été choisie),
- Un praticien hospitalier en lien avec la pathologie (une fois que cette dernière a été choisie),
- Les représentants des structures de coordination du territoire en lien avec la pathologie (une fois que cette dernière a été choisie).

Sur l'ensemble des établissements, une session mensuelle d'environ deux heures est ressortie comme la fréquence la plus appropriée pour se rencontrer. A la suite de cette expérimentation, certains comités de pilotage ont manifesté leur volonté de pérenniser l'instance dans le but de poursuivre la dynamique initiée en l'ouvrant éventuellement à d'autres acteurs et sur la base de 2 à 4 rencontres annuelles en fonction des besoins.

#### **Le choix de la pathologie ou de la population cible**

Ce choix n'est pas anodin et demande une attention toute particulière. En tant que premier élément sur lequel les membres du comité de pilotage vont devoir se mettre d'accord, cette décision présume du mode de fonctionnement futur des prochaines tenues du comité de pilotage (décisions collégiales ou débat monopolisé par quelques acteurs) et peut avoir un impact sur le taux de participation futur.

Il doit donc convenir à tous les participants et offrir, comme évoqué précédemment, des « garanties de succès » afin de créer une dynamique positive qui mobilise et responsabilise les acteurs.

