



Le renforcement des liens ville-hôpital Parcours de la personne âgée sur le Nord 92

Diagnostic infra-territorial posé par les
acteurs locaux

Avril 2015

Avec le soutien précieux des équipes d'  **acsantis**
Les nouvelles organisations en santé

Pour toute information : didier.marty@ars.sante.fr, délégué territorial adjoint 92

1.	Introduction	4
1.1	Le contexte du projet	4
1.2	Rappel sur la démarche	5
2.	Caractéristiques de la population cible	6
2.1	Une population nombreuse et jeune malgré un certain vieillissement :	6
2.2	Un profil socio-économique relativement dégradé au regard du reste du département	6
2.3	Un état de santé relativement moins bon que les moyennes départementale et régionale	8
3.	Cartographie de l'offre	11
4.	Flux d'hospitalisation des personnes âgées	14
5.	Points de rupture et dysfonctionnements	15
5.1	Dysfonctionnements et ruptures : ville / amont	16
5.2	Dysfonctionnements et ruptures : entrée	17
5.3	Dysfonctionnements et ruptures : hospitalisations	18
5.4	Dysfonctionnements et ruptures : sortie/aval	19
6.	Bonnes pratiques et projets en cours	21
6.1	Projets et bonnes pratiques : ville / amont	22
6.2	Projets et bonnes pratiques : entrée	23
6.3	Projets et bonnes pratiques : hospitalisations	24
6.4	Projets et bonnes pratiques : sortie/aval	25
7.	Conclusion	27
8.	Annexes	28

1. Introduction

1.1 Le contexte du projet

1.1.1 Le contexte national

La France, comme les autres pays de l'OCDE, connaît un changement de paradigme épidémiologique lié à la prévalence accrue des maladies chroniques et des pathologies du vieillissement. Toutefois, l'adoption de modalités de prise en charge adaptées à ce changement se heurte à l'organisation d'un système de santé structurellement peu propice à des approches coordonnées ou intégrées.

Les premières initiatives en France visant à promouvoir des prises en charge coordonnées des patients en ambulatoire ont le plus souvent été portées par des réseaux de santé. Elles ont contribué à faire évoluer les pratiques professionnelles et ont eu des bénéfices certains pour les patients suivis au sein de leur file active. Elles n'ont toutefois pas encore obtenu tous les résultats escomptés. En effet, qu'elles aient été impulsées par des acteurs hospitaliers ou de la ville, elles n'ont pu contribuer à fluidifier les parcours qu'à la marge, c'est-à-dire auprès d'un nombre limité de patients et en impliquant avant tout des professionnels très motivés et volontaires. Elles ont donc un impact réel mais limité sur les organisations. Ces initiatives doivent donc être capitalisées et complétées.

Plusieurs facteurs aujourd'hui favorables à une évolution du système contribuent à faciliter la mise en place d'approches territoriales reposant sur les parcours :

- Les pouvoirs publics ont décidé de promouvoir le déploiement des **parcours** et, depuis 2012, de prioriser le parcours de la personne âgée (article 70, article 48 de la LFSS). La réorganisation de la **politique de santé autour des ARS** a favorisé l'adoption de priorités sur les territoires visant à améliorer le parcours de santé des patients âgés et/ou chroniques. Divers articles de la loi de santé actuellement récemment votée à l'Assemblée nationale prévoient à cet égard des dispositions visant à renforcer l'approche parcours et le lien ville hôpital.
- Dans un même temps, sur de nombreux territoires, et en particulier sur ceux menacés par une démographie sanitaire déclinante, ont émergé de **nouvelles organisations d'exercice coordonné** (maisons ou pôles de santé pluri-professionnels) rassemblant des professionnels libéraux, comme cela avait déjà initié par de nombreux centres de santé qui restent présents dans le système.

Les établissements hospitaliers inscrivent progressivement les parcours à leur projet d'établissement et projet médical, comme peut l'illustrer par exemple en Ile de France le plan stratégique de l'AP HP adopté fin 2014.

1.1.2 Le contexte sanitaire et l'offre sur le territoire

La boucle Nord des Hauts-de-Seine, notamment les communes de Villeneuve-la-Garenne, Gennevilliers, Asnières et Clichy est caractérisée par des indicateurs relativement préoccupants en Ile-de-France, avec des situations plus préoccupantes pour Gennevilliers et Villeneuve-la-Garenne.

Plusieurs des quartiers de ces communes sont éligibles à la politique de la ville et une part importante de la population vit en Zone Urbaine Sensible (notamment à Gennevilliers et Villeneuve-la-Garenne). **Certains déterminants socio-économiques** sont défavorables : indice de développement humain (IDH2) plus faible que dans le reste du département, part importante de la population sans diplôme, taux de chômage relativement plus élevé et revenus fiscaux médians plus bas, part des personnes disposant du minimum vieillesse importante, etc.

La part de la population âgée de 75 ans ou plus est sensiblement plus faible qu'au niveau national ou régional (même constat pour l'indice de vieillissement de ces territoires). Toutefois, cela ne saurait occulter les **problèmes spécifiques de la population âgée**, comme en atteste la part élevée de personnes de plus de 65 ans en affection de longue durée. Les besoins de santé de cette population doivent ainsi être anticipés pour la décennie à venir.

Par ailleurs, les indicateurs sanitaires montrent que les populations de ces communes ont une espérance de vie nettement inférieure à la moyenne départementale et que la prévalence des affections de longue durée est plus élevée.

Bien que globalement satisfaisante, l'offre de soins du Nord 92 se distingue du reste du département et de la région par des indicateurs plutôt défavorables.

Les **centres de santé** occupent une place importante dans l'offre de premier recours et un **pôle de santé universitaire** regroupent des professionnels libéraux. Ces structures participent ainsi à l'amélioration de l'offre de premier recours sur le territoire, aux côtés des autres professionnels de ville du territoire.

L'**offre hospitalière**, en particulier celle intéressant les personnes âgées est caractérisée par un maillage globalement satisfait. L'offre de MCO et de SSR est variée sur le territoire et plusieurs établissements du territoire sont dotés d'un pôle ambulatoire pour accueillir les petites urgences.

Le territoire présente un maillage important de **structures médico-sociales** destinées aux personnes âgées, même si le taux d'équipement en EHPAD et SSIAD est très variable d'une commune à l'autre. Les communes du territoire gèrent d'importants services d'aide à domicile et comptent des CLICS ou des coordinations gérontologiques. Par ailleurs, trois MAIA sont déjà opérationnelles dans le département, dont celle du Nord 92 est portée par le **réseau AGEKANONIX**.

Trois réseaux **AGEKANONIX (handicap et dépendance)**, **SCOP (cancer et soins palliatifs)** et **Arès (accès aux Soins)** contribuent déjà activement au renforcement du lien ville-hôpital et, à des degrés différents, à l'amélioration du parcours des personnes âgées dans le Nord 92. C'est à ce titre qu'ils sont parties prenantes du pilotage et de la mise en œuvre opérationnelle du projet de la mission (cf. infra, point 5).

1. Introduction

1.1.3 Les enjeux spécifiques de la coopération ville-hôpital

Les personnes âgées sont exposées à des facteurs de risque d'hospitalisation (iatrogénie, chutes, notamment) souvent associés aux grandes pathologies chroniques. Ces facteurs de risque peuvent être mieux prévenus si ces personnes bénéficient d'une meilleure gradation des soins et d'une coordination renforcée entre les professionnels de la ville et de l'hôpital en particulier.

L'amont et l'aval de l'hôpital concentrent en effet la majorité des points de rupture du parcours des personnes âgées :

- **En amont** : Insuffisance de l'organisation et de l'anticipation des facteurs de risque d'hospitalisation, défauts d'organisation dans la permanence des soins pour prévenir certains passages aux urgences, obstacles à l'organisation d'hospitalisations programmées, insuffisant recours à des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle (dont celles permettant le maintien à domicile) ou difficultés pour les médecins traitant à obtenir rapidement un avis gériatrique.
- **A l'entrée** : Manque d'informations des équipes hospitalières conduisant à des difficultés de repérage des risques de ré hospitalisation ou des orientations de prise en charge erronées.
- **En sortie et en aval** : Délais de transmission aux médecins traitants, professionnels paramédicaux, pharmaciens et professionnels médico-sociaux ou sociaux des comptes rendus d'hospitalisation et autres informations nécessaires à un retour sécurisé à domicile.

Devant ce constat, l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France (siège et délégation territoriale du 92) se sont mobilisés pour modéliser l'amélioration des liens ville-hôpital en prenant le Nord 92 et les personnes âgées comme objet d'expérimentation.

1.2 Rappel sur la démarche

1.2.1 L'objectif du projet

L'objectif de cette mission initiée par l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France est de **co-construire et initier avec les acteurs de santé du Nord 92 un plan d'actions prioritaires reposant sur le lien ville-hôpital en vue d'améliorer le parcours des personnes âgées.**

Il s'agira notamment de :

- Identifier les projets qui visent à répondre au mieux aux dysfonctionnements et aux ruptures de prise en charge de cette population ;
- S'appuyer sur ces projets pour décider d'un programme d'actions prioritaires ayant des impacts significatifs sur l'organisation des parcours (l'enjeu sera alors de choisir quelques actions articulées entre elles pour plus d'efficacité).
- Accompagner activement la mise en œuvre du plan de travail en fournissant des premiers éléments d'évaluation tangibles à 6 mois. S'agissant de la mise en œuvre, il conviendra de suivre les actions qui permettent à la fois de restituer l'avancée des travaux au comité de pilotage et d'entretenir la mobilisation des parties prenantes sur la durée.

1.2.2 Le périmètre du projet

Un infra-territoire de 6 communes du Nord 92

Le territoire de l'étude s'étend à 6 communes des Hauts-de-Seine, correspondant au territoire la MAIA 92 Nord : Colombes, Bois-Colombes, Asnières-sur-Seine, Clichy, Gennevilliers, Villeneuve-la-Garenne. Toutefois, des flux de population vers des communes limitrophe ou de population d'autres communes sur le territoire de l'étude est pris en compte, notamment en termes d'attractivité des établissements du territoire.

Le choix du territoire de l'étude a été motivé par l'intrication des problématiques sanitaires et socio-économiques évoquées ci-dessus alors que la situation est plus favorable sur le reste du département.

Une population cible « personnes âgées »

Le choix d'une population cible est pragmatique, afin d'identifier plus clairement les difficultés et dysfonctionnements ainsi que les projets développés par un ensemble d'acteurs de santé du territoire partageant une certaine « responsabilité » populationnelle. L'objectif, in fine, est de pouvoir généraliser les observations à d'autres segments de population ou d'autres territoires.

La population cible a volontairement été élargie aux personnes âgées de 60 ans ou plus afin de prendre en compte la sur-prévalence de certaines affections de longue durée sur ce territoire dans cette classe d'âge.

Le territoire compte environ 52 000 personnes de plus de 60 ans et 19 000 de plus de 75 ans).

Le lien entre la ville et l'hôpital

« La ville » recouvre les professionnels et structures sanitaires (notamment de 1er recours : médecine générale et de spécialités en accès directe, soins infirmiers, kinés, etc.) et professionnels médico-sociaux et sociaux (notamment EHPAD, SSIAD, SAAD, CLIC, coordination gérontologique, etc.).

« L'hôpital » renvoie aux établissements MCO et SSR du territoire, en ciblant l'offre spécifiquement gériatrique mais en tenant compte également différents services impliqués dans la prise en charge des personnes âgées (urgences, médecine générale, pneumologie, chirurgie orthopédique, psychiatrie...).

2. Caractéristiques de la population cible

Remarque : Dans ce chapitre, les indicateurs chiffrés sont comparés en premier lieu avec les moyennes de l'Ile-de-France, les moyennes des Hauts-de-Seine étant le plus souvent favorables à ce département au regard des autres départements de la région. Ainsi, si les écarts entre les moyennes du territoire de l'étude et des moyennes régionales sont déjà significatives, elles sont encore plus importantes au regard des moyennes départementales.

2.1 Une population nombreuse et jeune malgré un certain vieillissement

Le département des Hauts-de-Seine est le plus petit et le plus dense de la couronne parisienne, avec environ 1,5% de la superficie régionale pour près de 14% de la population régionale. Quatre des six communes présentant d'ailleurs une densité moyenne d'habitants supérieure à la moyenne départementale, jusqu'à 19 304 habitants/km² à Clichy, contre 9 006 pour les Hauts-de-Seine en moyenne. La population des six communes représente un total de 324 437 habitants au dernier recensement INSEE 2011.

Avec plus de 60% de la population âgée entre 20 et 64, **le département est jeune**, à l'image de la région **mais n'est pour autant pas étranger au phénomène global de vieillissement de la population**. Si les six communes présentent des indices de vieillissement [1] bas en comparaison avec la moyenne régionale mais surtout la moyenne départementale, l'augmentation de la population âgée de plus de 60 ans est importante et plus rapide que sur le reste du département :

- 52 993 personnes sont âgées de plus de 60 ans et l'augmentation de cette population a été 4,28% entre 2009 et 2011 (contre 3,6% pour le département [2]) ;
- 18 914 personnes sont âgées de plus de 75 ans.

Tableau 1 : indice de vieillissement

	Indice de vieillissement	
	INSEE 2011	
Asnières-sur-Seine		42,4
Clichy		41,8
Colombes		41,5
Bois-Colombes		49,6
Gennevilliers		50,0
Villeneuve-la-Garenne		31,1
Territoire de l'étude		42,7
Hauts-de-Seine		54,0
Ile-de-France (référence)		50,4

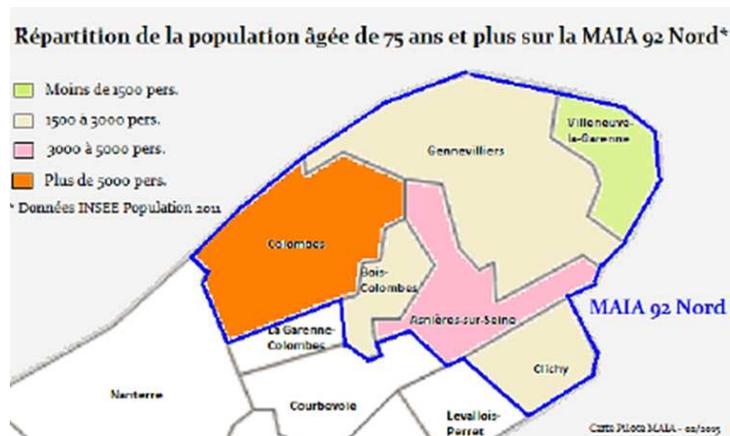
Tableau 2 : part des 75 ans et plus dans la population

	Part des 75 ans et plus dans la population	
	INSEE 2011	
Asnières-sur-Seine		5,83%
Clichy		4,78%
Colombes		6,17%
Bois-Colombes		7,16%
Gennevilliers		6,48%
Villeneuve-la-Garenne		4,52%
Territoire de l'étude		5,83%

[1] Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 1 000 personnes de moins de 20 ans.

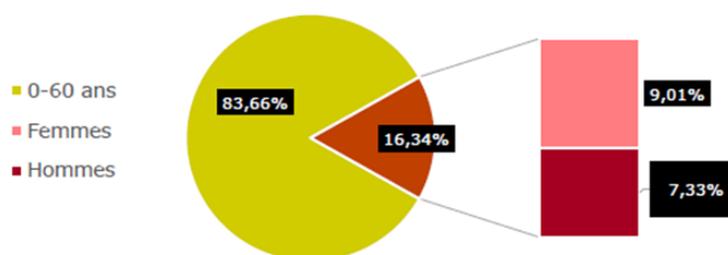
[2] Source : Rapport d'étape n°3, MAIA 92 Nord, 05/03/2015.

Carte 1 : répartition de la population âgée de 75 ans et plus



Source : rapport d'étape n°3, MAIA 92 Nord, 05/03/2015

Population 2011 - MAIA 92 Nord



Source : rapport d'étape n°3, MAIA 92 Nord, 05/03/2015

2.2 Un profil socio-économique relativement dégradé au regard du reste du département

La population du Nord des Hauts-de-Seine est caractérisée par des **indicateurs socio-économiques dégradés, de manière plus prononcée pour Gennevilliers et Villeneuve-la-Garenne**. Les indicateurs moyens du département étant plus favorables que ceux de la région Ile-de-France, les écarts avec les 6 communes du territoire sont d'autant plus importants et sont donc à replacer dans le contexte régional plus global.

- **Quatre des six communes de l'étude sont concernées par la politique de la ville :** Colombes, Gennevilliers et Villeneuve-La-Garenne compte des ZUS de « groupe B » (plus en difficulté que la moyenne des ZUS franciliennes) et Clichy compte une ZUS, de « groupe E » (classée « atypique » et moins en difficulté que la moyenne des ZUS de l'Ile-de-France par l'INSEE [3]) (exceptée la commune Bois-Colombes).

[3] INSEE « Les ZUS franciliennes, un paysage contrasté », Mai 2011

2. Caractéristiques de la population cible

- **Les niveaux d'IDH2 [4] traduisent des situations particulièrement dégradées sur les communes du territoire** : seules cinq communes du département présentent un IDH2 inférieur ou égal à 0,5 et quatre d'entre elles sont situées sur le territoire : Gennevilliers, Villeneuve-la-Garenne, Clichy et Colombes. Le territoire de Bois-Colombes se distingue avec un IDH2 nettement supérieur aux autres communes (à noter que les derniers chiffres publiquement disponibles remontent à 2008 et que les situations ont pu évoluer).

Carte 3 : indicateur de développement Humain en Ile-de-France en 2008

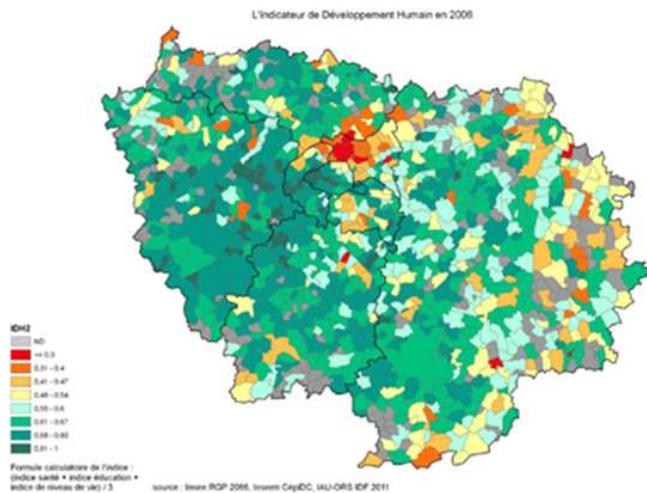


Tableau 3 : niveau d'IDH2 des différentes communes

	IDH2
	INSEE RCP 2008
Asnières-sur-Seine	0,57
Clichy	0,42
Colombes	0,50
Bois-Colombes	0,68
Gennevilliers	0,29
Villeneuve-la-Garenne	0,40
Territoire de l'étude	0,44
Hauts-de-Seine	0,63
Ile-de-France	0,57

- **Le taux de chômage des 15-64 ans est nettement supérieur à la moyenne régionale** pour quatre communes sur six, et l'écart avec la moyenne départemental est encore plus prononcé. Asnières-sur-Seine et Bois-Colombes semblent toutefois connaître une meilleure situation que les autres communes.
- La part des non diplômés est relativement élevée et particulièrement importante pour les commune de Gennevilliers et de Villeneuve-sur-Seine.

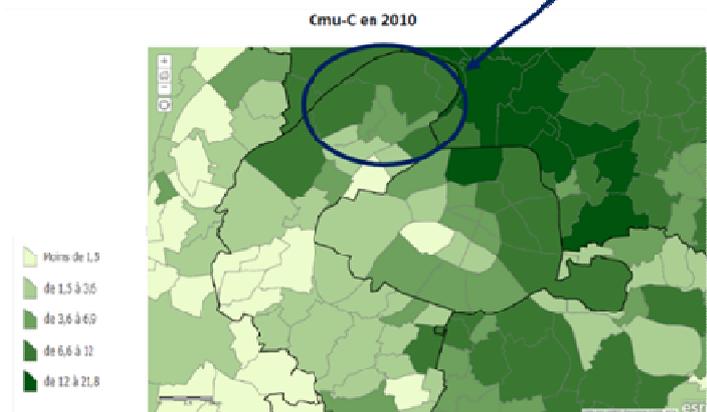
[4] L'Indicateur de Développement Humain (IDH) a été élaboré en 1990 par le Programme des Nations Unies pour le développement afin de mesurer le bien-être dans les différentes nations. Cet indicateur synthétique prend en compte trois composantes : l'éducation, le revenu et la santé. Il vise à mettre en évidence la capacité d'une nation à faire de l'activité économique de véritables opportunités en matière d'éducation et de santé et ainsi d'améliorer le niveau de développement humain. L'introduction de l'Indicateur de Développement Humain 2 (IDH2) répond à une volonté de territorialiser cet indicateur, au niveau d'une région, voire d'une commune (par exemple, l'IDH2 prend en compte le revenu des ménages à la place du PIB).

- Bois-Colombes et Asnières-sur-Seine mis à part, la part des foyers fiscaux imposables est moins importante qu'au niveau du régional. Il est particulièrement bas pour Gennevilliers et Villeneuve-la-Garenne.
- Le revenu net déclaré moyen par foyer fiscal est inférieur à la moyenne régionale sur quatre communes. Il est particulièrement bas pour Gennevilliers et Villeneuve-la-Garenne.
- La part des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), notamment parmi les personnes âgées de 50 à 79 ans est supérieure à la moyenne départementale.

Tableau 8 : part des bénéficiaires de la CMUC

	Part des bénéficiaires de la CMUC	Part des bénéficiaires de la CMUC parmi la population âgée de 60 à 79 ans	Part des bénéficiaires de la CMUC parmi la population âgée de 80 ans ou plus
	Monographies ARS (2009)		
Asnières-sur-Seine	5,5%	0,4%	0,0%
Clichy	8,6%	0,6%	0,0%
Colombes	7,9%	0,4%	0,0%
Bois-Colombes	Non disponible	Non disponible	Non disponible
Gennevilliers	11,2%	0,7%	0,1%
Villeneuve-la-Garenne	8,7%	0,4%	-
Territoire de l'étude	8,4%	0,5%	0,0%
Hauts-de-Seine	4,2%	0,3%	0,0%
Ile-de-France	6,0%	0,4%	0,0%

Carte 4 : taux de CMUC en 2010



Source : ARS DT 92

2. Caractéristiques de la population cible

2.3 Un état de santé relativement moins bon que les moyennes départementale et régionale

Les indicateurs révèlent que si l'état de santé de la population est relativement bon dans le département des Hauts-de-Seine, il est plus **dégradé sur le territoire de l'étude, avec toutefois des situations différentes selon les communes** :

- L'espérance de vie est globalement moins bonne que pour le département et la région (excepté pour Asnières, au-dessus de la moyenne régionale pour les hommes).

Tableau 9 : espérance de vie à la naissance

	Espérance de vie à la naissance pour les hommes (années)	Espérance de vie à la naissance pour les femmes (années)
Monographie ARS (INSEE 2007)		
Asnières-sur-Seine	79,3	83,2
Clichy	77,0	83,7
Colombes	77,5	83,7
Bois-Colombes	Non disponible	Non disponible
Gennevilliers	77,4	83,2
Villeneuve-la-Garenne	76,4	83,8
Territoire de l'étude	77,5	83,5
Hauts-de-Seine	79,9	85,4
Ile-de-France	79,0	84,9

- Une surmortalité toutes causes relativement importante est constatée pour les hommes, et est notamment significative pour les maladies de l'appareil respiratoire, tandis que cette surmortalité est moins significative pour les femmes.

Tableau 10 : indice comparatif de mortalité (hommes)

	ICM Hommes - Toutes causes	ICM Hommes - Tumeurs	ICM Hommes - Appareil circulatoire	ICM Hommes - Appareil respiratoire	ICM Hommes - Causes externes
Inserm CepiDc, Insee, 2004-2007					
Asnières-sur-Seine	0,93	0,93 ns	0,88 ns	0,85 ns	0,82 ns
Clichy	1,16	0,96 ns	1,27	1,43	0,96 ns
Colombes	1,08	1,1 ns	1,09 ns	1,08 ns	0,87 ns
Bois-Colombes	A préciser	A préciser	A préciser	A préciser	A préciser
Gennevilliers	1,07 ns	0,99 ns	0,89 ns	1,38	1,22 ns
Villeneuve-la-Garenne	1,20	1,22	1,16 ns	1,56 ns	0,93 ns
Territoire de l'étude	1,09	1,04 ns	1,06 ns	1,26	0,96 ns
Hauts-de-Seine	0,92	0,94	0,92	0,91	0,89
Ile-de-France	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Tableau 11 : indice comparatif de mortalité (femmes)

	ICM Femmes - Toutes causes	ICM Femmes - Tumeurs	ICM Femmes - Appareil circulatoire	ICM Femmes - Appareil respiratoire	ICM Femmes - Causes externes
Inserm CepiDc, Insee, 2004-2007					
Asnières-sur-Seine	1,17	1,22	1,16	0,91ns	1,28
Clichy	1,06ns	0,97ns	1,08ns	1,07ns	1,22ns
Colombes	1,02ns	1,09ns	0,97ns	1,17ns	0,95ns
Bois-Colombes	A préciser	A préciser	A préciser	A préciser	A préciser
Gennevilliers	1,14	1,09ns	1,13ns	1,42	0,89ns
Villeneuve-la-Garenne	1,06ns	0,97ns	1,19ns	0,87ns	1ns
Territoire de l'étude	1,09	1,07 ns	1,11 ns	1,09 ns	1,07 ns
Hauts-de-Seine	0,95	0,97	0,96	0,93	0,94
Ile-de-France	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

- Une prévalence des affections de longue durée (ALD) nettement supérieure pour Gennevilliers et Villeneuve-la-Garenne

Tableau 12 : Part des personnes en affections de longue durée

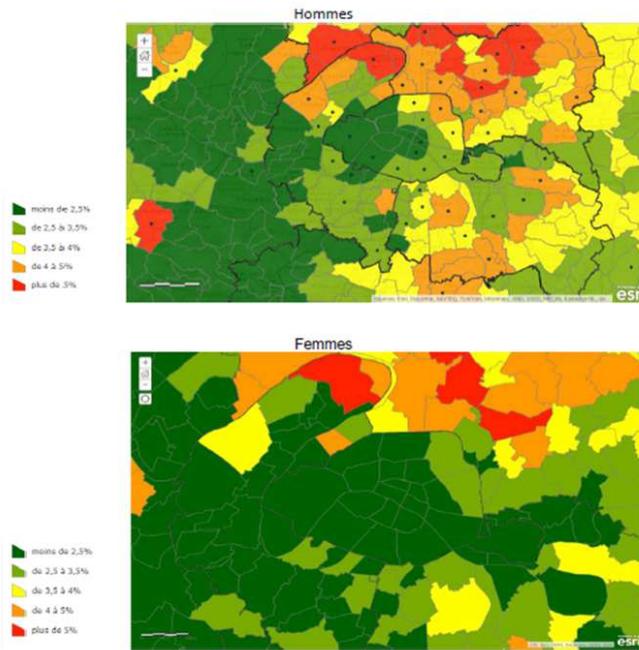
	Part des personnes en en ALD	Part des personnes âgée de 65 ans ou plus en ALD
Monographie ARS (2009)		
Asnières-sur-Seine	11,0%	42,6%
Clichy	11,5%	45,5%
Colombes	11,6%	42,8%
Bois-Colombes	A préciser	A préciser
Gennevilliers	15,8%	56,4%
Villeneuve-la-Garenne	15,4%	59,2%
Territoire de l'étude	13,1%	49,3%
Hauts-de-Seine	11,1%	39,5%
Ile-de-France	12,0%	42,7%

2. Caractéristiques de la population cible

- **Diabète** : une prévalence importante pour les hommes comme pour les femmes à Gennevilliers et Villeneuve-la-Garenne.

Cartes 5 et 6 : prévalences ALD diabète

Prévalence ALD diabète de types 1 et 2



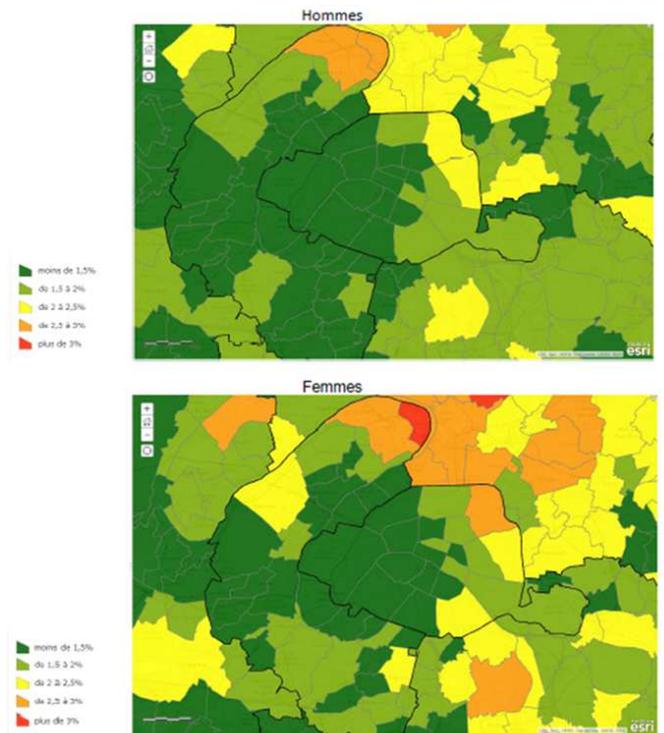
	Prévalence du diabète chez les hommes	Prévalence du diabète chez les femmes
Asnières-sur-Seine	De 2,5 à 3,5%	Moins de 2,5%
Clichy	De 4 à 5%	De 2,5 à 3,5%
Colombes	De 4 à 5%	De 2,5 à 3,5%
Bois-Colombes	De 2,5 à 3,5%	Moins de 2,5%
Gennevilliers	Plus de 5%	Plus de 5%
Villeneuve-la-Garenne	Plus de 5%	De 4 à 5%

Source : ARS DT 92

- **Maladies coronaires** : une prévalence importante pour les hommes et pour les femmes à Gennevilliers et Villeneuve-la-Garenne.

Cartes 7 et 8 : prévalences ALD maladies chroniques

Taux de prévalence pour ALD maladies coronaires



	Prévalence des maladies coronaires chez les hommes	Prévalence des maladies coronaires chez les femmes
Asnières-sur-Seine	De 1,5 à 2%	De 1,5 à 2%
Clichy	Moins de 1,5%	Moins de 1,5%
Colombes	De 1,5 à 2%	De 1,5 à 2%
Bois-Colombes	Moins de 1,5%	Moins de 1,5%
Gennevilliers	De 2,5 à 3%	De 2,5 à 3%
Villeneuve-la-Garenne	De 2,5 à 3%	Plus de 3%

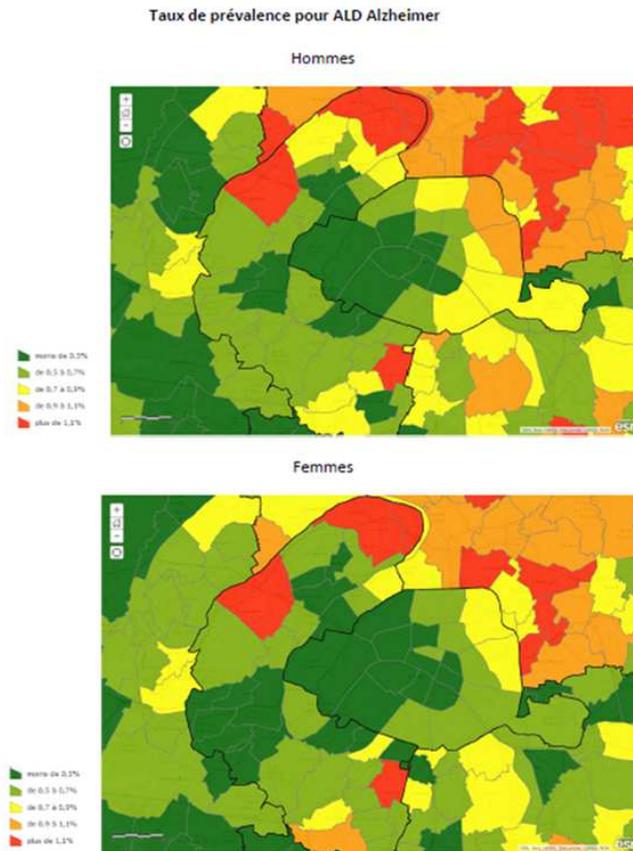
Source : ARS DT 92

2. Caractéristiques de la population cible

- **Alzheimer** : une prévalence importante pour les hommes comme pour les femmes à Gennevilliers et Villeneuve-la-Garenne.

Les communes qui concentrent le plus de personnes en ALD pour Alzheimer ne sont pas celles dont la population est la plus âgée (d'après des entretiens de la DT de l'ARS avec des médecins coordinateurs d'EHPAD, ces taux renvoient d'abord à la précarité sociale et à une moindre connaissance du système de santé).

Cartes 9 et 10 : prévalences ALD Alzheimer



	Prévalence Alzheimer chez les hommes	Prévalence Alzheimer chez les femmes
Asnières-sur-Seine	De 0,7 à 0,9%	De 0,5 à 0,7%
Clichy	De 0,7 à 0,9%	De 0,7 à 0,9%
Colombes	De 0,7 à 0,9%	De 0,5 à 0,7%
Bois-Colombes	Moins de 0,5%	De 0,5 à 0,7%
Gennevilliers	Plus de 1,1%	Plus de 1,1%
Villeneuve-la-Garenne	Plus de 1,1%	Plus de 1,1%

Source : ARS DT 92

Zoom : l'avis des acteurs de santé interrogés...

Bien que l'objectif des entretiens et des groupes de travail réalisés avec les acteurs de santé du territoire n'était pas de compléter le diagnostic sanitaire du territoire mais bien plutôt d'identifier les ruptures et dysfonctionnements intervenant dans le parcours et les bonnes pratiques et les projets développés pour y répondre, certains éléments de contextes ont été soulignés par les acteurs sont précisés ci-dessous. Elles illustrent l'intrication spécifique au territoire de déterminants sociaux et économiques avec des problématiques sanitaires. (Cette liste n'est bien entendu pas exhaustive) :

- Disparité socio-économique au niveau infra-territorial, notamment avec des quartiers concernés par - la politique de la ville où les populations sont plus précaires ;
- Précarité croissante des personnes âgées qui peut expliquer un certain renoncement aux soins ;
- Malgré la persistance d'un réseau familial, isolement de plus en plus fréquent des personnes âgées dont les familles habitent loin (voire dans un autre pays) ;
- Une prévalence plus importante de certaines maladies chroniques dans certaines communes ou quartiers
- Difficultés de compréhension du système de santé expliquées par un manque de maîtrise de la langue française ;
- Troubles psychiatriques rendant plus complexe la prise en charge des personnes âgées ;
- Dénis des personnes âgées ou de leurs proches au moment de l'entrée dans la dépendance.

En résumé :

- Une part de personnes âgées de plus de 65 ans et de plus 75 ans certes relativement faible, à l'image de la population régionale, mais qui est amenée à croître fortement dans les prochaines années.
- Une population âgée souvent précaire et isolée, en particulier à Gennevilliers et Villeneuve-la-Garenne.
- Une part élevée de personnes de 65 ans et plus en ALD dans certaines communes ou dans certains quartiers.
- Une sur prévalence de certaines maladies chroniques dans certaines communes, et également dans certains quartiers selon les acteurs interrogés

Note : voir également la partie 5 dédiée aux points de rupture identifiés par les acteurs, liés à certaines caractéristiques de la population âgée du territoire.

3. Cartographie de l'offre

L'offre à destination des personnes âgées sur le territoire est riche d'une multiplicité d'acteurs et se structure. Les liens entre ces derniers sont déjà nombreux, relevant souvent de relations interpersonnelles existantes.

Toutefois, les densités de professionnels de premier recours sur le territoire sont bien inférieures aux moyennes régionales et des départs à la retraite sont à prévoir. **Les visites à domiciles sont par ailleurs de plus en plus rares, les professionnels étant souvent surchargés, ce qui rend plus difficile le maintien à domicile.** Ces éléments font consensus parmi les professionnels rencontrés en entretiens au cours du diagnostic.

Le territoire dispose d'une offre de premier recours (médecins généralistes, médecins spécialistes en accès direct, infirmiers, kinésithérapeutes...) mixte, à la fois libérale et salariée, avec une **implantation historique de centres municipaux de santé** ainsi qu'un centre de la Croix-Rouge (à Villeneuve-la-Garenne pour ce dernier). Une dynamique d'exercice coordonné est également présente, notamment grâce au pôle de santé universitaire de Gennevilliers – Villeneuve-la-Garenne –PSU-GVLG).

Tableau 13 : offre de premier recours libérale et salariée

	Asnières-sur-Seine	Clichy	Colombes	Bois-Colombes	Gennevilliers	Villeneuve-la-Garenne	Ile-de-France
Médecins généralistes	6,2	5,6	5,4	6,2	7,2	6,2	8,2
Infirmiers	2,3	3,9	3,8	3,8	4,3	3,1	5,3
Kinésithérapeutes	6,2	5,4	4,8	6,2	4,3	3,1	7,9
Pôle de santé	/	/	/	/	Pôle de santé universitaire (PSU GVLG)		/
Centres de santé	1 CMS	2 CMS	1 CMS	0	2 CMS	1 CDS	/

Source : cartoS@nté, ARS 2013

Le territoire est également couvert par trois réseaux de santé en cours de rapprochement : Agékanonix (handicap et dépendance gérontologique), ARÈS 92 (accès aux soins) et Scop (cancer et soins palliatifs), couvrant notamment les communes de la boucle Nord des Hauts-de-Seine faisant l'objet de l'étude. Ces derniers jouent un rôle historique important de rapprochement des professionnels de ville sur le territoire et facilitent également le lien avec les acteurs hospitaliers, certains membres des réseaux exerçant dans les établissements de recours du territoire.

L'offre gériatrique hospitalière est relativement riche sur le territoire, avec trois établissements publics et trois établissements privés participant au service public hospitalier et une filière gériatrique autour de l'Hôpital Beaujon. Des réorganisations au sein des services et entre les différents établissements MCO sont actuellement en cours, notamment avec des transferts de lits (pneumologie et gériatrie) entre l'Hôpital Louis Mourier et le Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre (Cash) ainsi qu'entre l'Hôpital Beaujon et l'Hôpital Bichat-Claude-Bernard (orthopédie notamment). L'offre de gériatrie aigüe est jugée insuffisante à l'Hôpital Beaujon (12 lits qui ne peuvent toujours être ouverts faute de personnel) et pourrait également être plus importante à l'Hôpital Louis Mourier (18 lits dédiés UGA mais des personnes âgées occupent de fait davantage de lits du service de médecine interne).

De manière plus générale, des difficultés de recrutement de profils médicaux mais également paramédicaux sont cependant constatées et des postes sont aujourd'hui non pourvus. Un important turnover des équipes hospitalières a également été souligné par les acteurs rencontrés en entretiens individuels.

Ce maillage hospitalier du territoire est à contextualiser dans le projet d'Hôpital Nord du Grand Paris qui pourrait s'installer à Clichy ou Saint-Ouen et notamment dans la définition de parcours de soins spécifiques structurant la prise en charge sur le territoire.

Le déploiement d'une MAIA depuis 2013 [5] sur quatre communes initialement (Colombes, Clichy, Gennevilliers et Villeneuve-la-Garenne) rejointes en 2014 par Asnières-sur-Seine et Bois-Colombes permet de faciliter l'intégration et la coopération des acteurs ainsi que le suivi de personnes en situation complexe (26 cas complexes suivis en 2014). Les tables de concertation tactiques permettent de rassembler la majorité des professionnels du territoire, avec toutefois une marge de progression concernant les professionnels de santé libéraux peu disponibles, les centres de santé et centres médico-psychologiques ainsi que les établissements SSR du territoire.

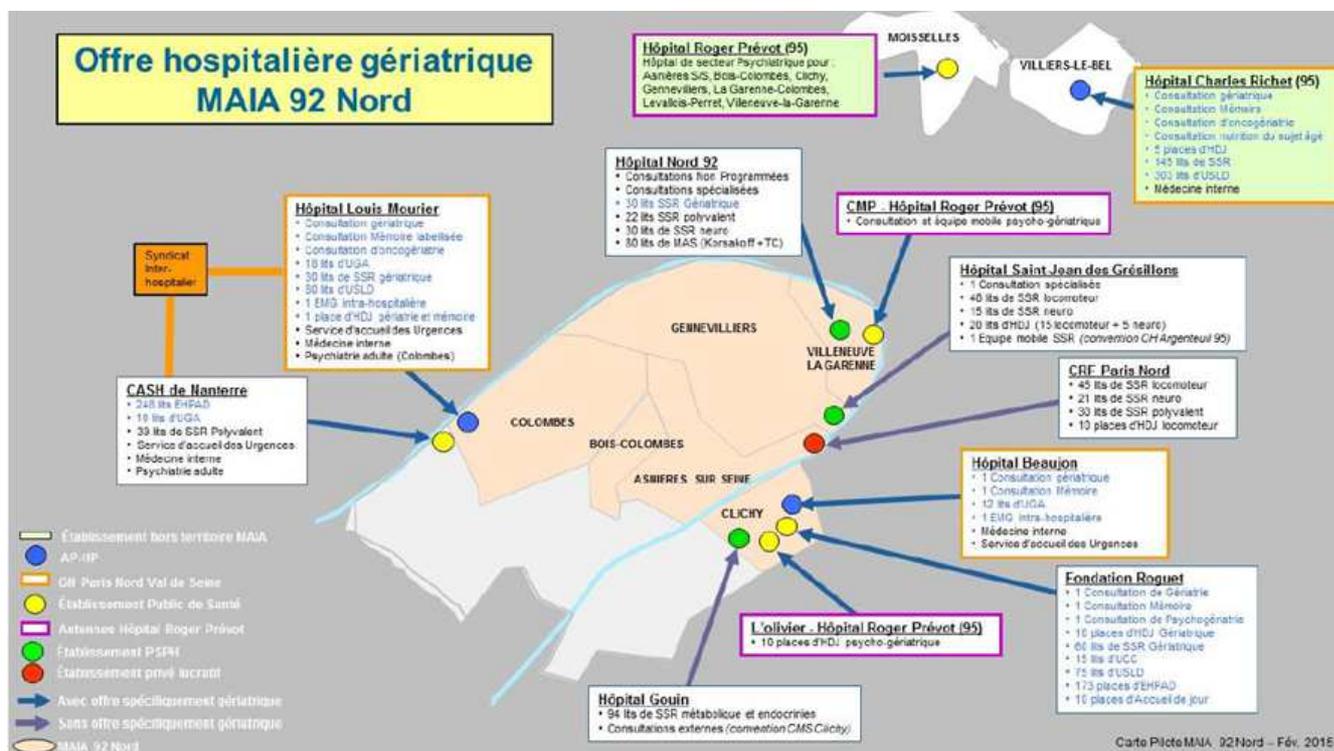
[5] Signature du CPOM entre l'ARS Ile-de-France et le réseau Agékanonix (porteur de la MAIA) en décembre 2012

3. Cartographie de l'offre

Tableau 14 : offre gériatrique en établissements relativement riche

	Asnières-sur-Seine	Clichy	Colombes	Bois-Colombes	Gennevilliers	Villeneuve-la-Garenne
MCO*		Beaujon	Louis Mourier			
SSR	Centre de rééducation fonctionnelle	- Fondation Roguet - Hôpital Gouin	Louis Mourier		Saint-Jean des Grésillons	Hôpital Nord
HAD	HAD de l'APHP HAD Santé Service					
SSIAD	9 SSIAD (515 places dont 20 de SSIAD renforcé)					
SAD	Plus de 100 SAD agréés ayant un siège dans les Hauts-de-Seine					
EHPAD	24 EHPAD (2068 places d'hébergement complet dont 14 en unité d'hébergement renforcé et 25 places d'hébergement temporaire)					
Autre structures et services	Plus de 20 places en équipe spécialisée Alzheimer (ESA) 3 accueils de jour (40 places) 9 EHPA 1 équipe médico-sociale APA 6 EDAS (service social départemental) 2 unités du service social de la CRAMIF 1 antenne France Alzheimer 1 plateforme d'accompagnement et de répit des aidants					
Réseaux	Agékanonix, ARès, SCOP (regroupement en cours)					
CLIC	CLIC	Coordination gérontologique	CLIC	CLIC	Coordination gérontologique	Coordination gérontologique
MAIA	MAIA (avec notamment 2 ETP dédiés à la gestion de cas complexes, ayant suivi 26 personnes en 2014)					

Carte 11 : les établissements de santé et leurs services



Source : Rapport d'étape n°3, MAIA 92 Nord, 05/03/2015

3. Cartographie de l'offre

S'agissant de l'offre des **établissements et services sociaux et médico-sociaux** sur le territoire, on dénombre, selon les données de la MAIA Nord 92 :

- CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination) ;
- 3 Coordinations gérontologiques ;

- 9 SSIAD (Services de soins infirmiers à domicile) : 515 places, dont 20 de SSIAD renforcé ;
- 23 places d'ESA env. (Equipe spécialisée Alzheimer) ;
- Plus de 100 SAD (Services d'aide à domicile) agréés, ayant un siège dans les Hauts-de-Seine ;

- 24 EHPAD (Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) représentant
 - 2068 places d'hébergement complet dont 14 en unité d'hébergement renforcé (UHR)
 - 25 places d'hébergement temporaire ;
 - Accueils de jour regroupant 40 places ;
 - 9 EHPA (Etablissements d'hébergement pour personnes âgées) totalisant 542 places ;

- 1 Equipe médico-sociale APA ;
- 6 EDAS (service social départementale) ;
- 2 unités du service social CRAMIF ;
- 1 antenne France Alzheimer ;
- 1 Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants.

A noter par ailleurs que le **Conseil général des Hauts-de-Seine**, partenaire de la démarche, est actuellement en train de déployer un schéma départemental de soutien à l'autonomie des personnes âgées et handicapées (2013-2017).

Enfin, des projets sont actuellement en cours concernant les systèmes d'informations : le schéma SI du parcours PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie) déployé à Paris Nord (9ème, 10ème et 19ème arrondissements) et répliquable sur la région Ile-de-France, l'expérimentation des « territoires de soins numériques », le déploiement du logiciel Orbis de l'AP-HP, le déploiement de la Messagerie Sécurisée de Santé (MSS) d'ici la fin de l'année 2015 dans les établissements de santé ainsi que la relance du DMP (dossier médical personnel).

Zoom : l'avis des acteurs de santé interrogés...

La plupart des acteurs interrogés s'accordent sur les éléments suivants :

- Fragilité de l'offre de premier recours : des professionnels de plus en plus chargés, des délais d'attente, des difficultés à intervenir à domicile faute de temps... Les acteurs rencontrés soulignent par ailleurs que les données statistiques disponibles occultent certaines difficultés et notamment la pénurie de professionnels dans certains quartiers ainsi que les équivalents temps plein effectivement disponibles (notamment pour les masseurs kinésithérapeutes).
- Une dynamique de coordination importante sur le territoire, notamment grâce à la présence de structures d'exercice regroupé (pôle de santé et centres de santé) et de réseaux de santé ;
- Des difficultés de recrutement dans certains services hospitaliers ;
- Une coordination gérontologique facilitée par la présence de CLIC dans 3 communes et par la MAIA.

Note : voir également la partie 5 dédiée aux points de rupture identifiés par les acteurs, liés à certaines caractéristiques de la population âgée du territoire.

4. Flux d'hospitalisations

Les personnes âgées du Nord 92 recourent aux établissements sanitaires suivants hors territoire : CASH à Nanterre (résidents de Colombes surtout) et l'Hôpital Bichat à Paris (résidents de Clichy, Gennevilliers et Asnières). Ces tendances s'accroissent pour les 75 ans et plus, notamment en ce qui concerne le flux vers le CASH. (Les recours sont cependant non significatifs en ce qui concerne l'Hôpital Bretonneau à Paris et l'Institut Hospitalier Franco-britannique Levallois-Perret).

Les centres hospitaliers de l'étude recrutent leurs patients essentiellement sur le territoire de proximité, à l'exception de Beaujon (environ 15% des patients résidant à Paris) et Louis Mourier (dont la majorité des patients réside à Nanterre).

Si les données révèlent que les entrées se font surtout par le « domicile », les résultats de l'analyse sont malheureusement peu éclairants, les entrées par les urgences étant comprises dans la catégorie « domicile » et les sorties vers les EHPAD étant également comprises dans cette catégorie.

- 95% des entrées se font depuis le « domicile », sauf pour le CASH, légèrement en-dessous ce qui traduit une proportion de transfert plus élevée (pour la tranche 65-75 ans notamment) ;
- 85% des hospitalisations des 65-75 ans aboutissent à un retour au « domicile » et 12% à un transfert. A noter que le taux de transfert de Louis Mourier est supérieur. La proportion des personnes âgées de plus de 75 ans à retourner à « domicile » est de 70%.

Les causes d'hospitalisations sont similaires dans les différents établissements (CMD) : affections de l'appareil circulatoire et respiratoire, système nerveux, traumatismes de l'appareil musculo-traumatique et du tissu conjonctif, en plus des séances effectuées en ambulatoire (chimio/radiothérapie et dialyse. Cela renvoie au poids élevé de l'ambulatoire). Toutefois, certaines spécificités sont à souligner : CMD hépato-biliaire à Beaujon, pathologies du rein et des voies urinaires à Bichat, etc.

Le recours à l'HAD est marginal sur le territoire.

Les principaux hôpitaux de recours en SSR sont la Fondation Roguet pour Clichy, l'Hôpital Gouin pour Clichy, Saint-Jean des Grésillons pour Gennevilliers, l'Hôpital Nord 92 pour Villeneuve-la-Garenne et le Centre de rééducation fonctionnelle Paris Nord (Orpéa) pour Asnières-sur-Seine.

Environ 75% des diagnostics lors des hospitalisations en SSR concernent les maladies du système ostéo-articulaire, les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs, les lésions traumatiques et les empoisonnements.

Une majorité d'entrées en SSR s'opère par transferts (moyenne de 83%) avec toutefois un adressage relativement plus important depuis le domicile pour la Fondation Roguet.

Les sorties de SSR se font principalement vers le domicile pour les 65-75 ans, avec toutefois des spécificités :

- Taux de retour à domicile moins important pour l'Hôpital Gouin, très spécialisé, qui affiche davantage de transferts que les autres SSR ;
- Part des décès relativement plus élevée à l'Hôpital Nord 92 comparativement aux autres établissements (tendances renforcée pour les personnes âgées de 75 ans et plus).

Enfin, **les acteurs soulignent le poids des transferts depuis les urgences.** A titre d'exemple à Beaujon, sur 1500 personnes âgées de 70 ans et plus hospitalisées en urgence, 900 sont transférées dans d'autres établissements et 600 sont prises en charge à Beaujon.

5. Points de rupture et dysfonctionnements

Note : une synthèse des points de rupture et dysfonctionnements du parcours est présentée dans le document de synthèse du diagnostic.

Les **entretiens individuels** ainsi que les **groupes de travail** ont permis d'inventorier les points de ruptures et les dysfonctionnements constatés par les acteurs dans le parcours des personnes âgées sur le territoire.

Un effort particulier a été apporté à la rencontre d'un maximum d'acteurs du territoire, à la fois de la ville et de l'hôpital. Ainsi, plus de **60 professionnels et représentants d'usagers** ont été rencontrés dans le cadre d'entretiens, individuels ou de groupe selon la volonté des acteurs, de visu ou par téléphone en cas de besoin.

La typologie de ces acteurs rencontrée en entretiens individuels est la suivante :

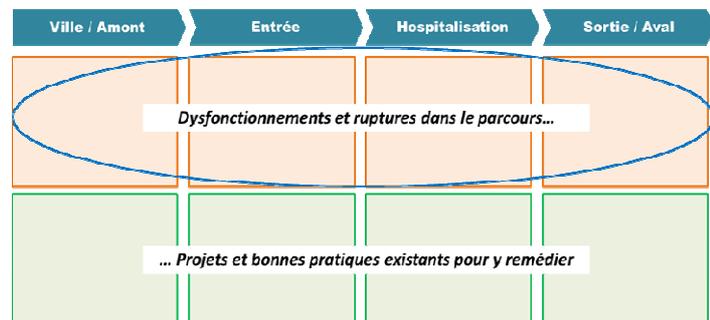
- **Premier recours** : Directeurs des centres et pôle de santé, médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, responsables des URPS ;
- **Etablissements sanitaires** (MCO, SSR et HAD) : directeurs, praticiens, cadre, assistants sociaux, référents qualité, référents parcours.
- **Etablissements et services médico-sociaux** : SSIAD, SSAD, EHPAD dans le cadre de la filière de Beaujon ;
- **Réseaux de santé** : directrices et présidents des réseaux Agekanonix, Scop et Arès ;
- **Acteurs de la coordination et de l'intégration** : directrices et assistants sociaux de CLICs, coordination gérontologique, ancienne pilote MAIA du Nord 92 ;
- **Conseil Général 92 - Direction de l'Autonomie** : directrice, médecin, évaluatrice APA ;
- **Représentants de patients de d'usagers** : représentants d'usagers au sein des établissements, associations d'usagers ou de patients, CISS et Réseau national de médiation santé.

Les groupes de travail collectif

Dans un second temps, deux groupes de travail ont été organisés avec les acteurs. Ils ont été caractérisés par une participation importante des acteurs du territoire (environ 25 acteurs présents pour chaque groupe), ceux-là même qui avaient été rencontrés dans le cadre des entretiens individuels :

- Groupe du 10 mars 2015 : Identification collective des points de ruptures/dysfonctionnements et des bonnes pratiques/projets existants, en amont et à l'entrée de l'hospitalisation ;
- Groupe du 18 mars 2015 : Identification collective des points de ruptures/dysfonctionnements et des bonnes pratiques/projets existants, en sortie et aval de l'hospitalisation.

Pour la prise en compte des différentes étapes du parcours dans sa dimension ville – hôpital -ville, il a été convenu de schématiser le parcours de la façon suivante :



- **Ville / Amont** : Des difficultés spécifiques liées à l'offre, à la population mais aussi des ruptures du parcours ou dysfonctionnements dans la prise en charge se font jour en ville dès l'amont de l'hospitalisation. Ces problèmes sont à l'origine de passages non justifiés aux urgences ou d'hospitalisations aux urgences.
- **Entrée** : Des problèmes peuvent surgir à l'arrivée à l'hôpital (défaut d'information à l'origine d'un adressage non optimum depuis les urgences, non repérage de certains patients, etc.)
- **Hospitalisation** : des difficultés organisationnelles peuvent se manifester durant l'hospitalisation liées à des défauts organisationnels qui font que la sortie est insuffisamment anticipée, que des ruptures peuvent apparaître à l'occasion de transferts, etc.
- **Sortie / aval** : les difficultés ici se concentrent principalement sur l'accompagnement de la sortie et la gestion de l'aval qu'elle concerne le retour à domicile ou les transferts dans d'autres établissements sanitaires ou médico-sociaux.

D'un point de vue méthodologique, les étapes ont été les suivantes :

- Les acteurs rencontrés en entretiens individuels ont été invités à se prononcer sur les difficultés rencontrées à chacune des étapes ;
- Une première présentation des contributions a été réalisée et diffusée par envoi de document en amont de la tenue des groupes de travail ;
- Les groupes de travail ont permis de compléter et d'amender ces éléments ;
- Une nouvelle présentation intégrant les contributions de groupes de travail a ensuite été réalisée et présentée aux membres du Comité de Pilotage du projet.

C'est cette dernière version qui est présentée ci-après :

- Le paragraphe 5.1 présente les dysfonctionnements et ruptures constatés en ville / amont de l'hospitalisation ;
- Le paragraphe 5.2 présente les dysfonctionnements et ruptures constatés à l'entrée ;
- Le paragraphe 5.3 présente les dysfonctionnements et ruptures constatés au cours de l'hospitalisation ;
- Le paragraphe 5.4 présente les dysfonctionnements et ruptures constatés à la sortie / aval de l'hospitalisation.

5. Points de rupture et dysfonctionnements

5.1 Dysfonctionnements et ruptures : ville / amont

5.1.1 Acteurs du premier recours (ville)

Offre de soins de 1er recours et de spécialités (libéraux de ville, pôle et centres de santé) ne couvrant pas tous les besoins de la population âgée :

- Problèmes différenciés de démographie entre les communes et les quartiers (notamment déficit important à Clichy) pas toujours reflétés par les statistiques (qui ne sont pas affinées au niveau des quartiers et ne prennent pas en compte le nombre d'ETP)
- Déficit important notamment pour les kinésithérapeutes
- Difficultés spécifiques à Colombes avec la fermeture de certaines activités du CMS (dentaire, radiologie, soins infirmiers...)
- Manque d'offre de soins non programmés
- Difficultés renforcées pour les personnes précaires

Offre de soins à domicile insuffisante au regard des besoins :

- Manque de temps pour les professionnels de ville (médicaux et paramédicaux) et temps de visite à domicile non valorisé (temps de transports, difficulté à trouver une place de parking...)
- Non remboursement des transports vers les cabinets/structures de ville (contrairement aux transports vers les établissements)
- Visite à domicile de certains professionnels isolés et en centres de santé (Villeneuve, Gennevilliers, notamment) mais insuffisante au regard des besoins
- Professionnels plus présents que d'autres à domicile : infirmiers libéraux et SSIAD
- Peu de médecins traitants acceptant de suivre les patients en HAD
- Intervention des réseaux de santé ne compensant que partiellement cette carence

Certaines personnes âgées n'ayant pas de médecin traitant et/ou méconnaissant son rôle dans le parcours :

- Différences culturelles chez certaines personnes issues de l'immigration, notamment
- Recours aux services d'urgence non approprié, selon les disponibilités des familles (ex : pic après 17h)

Ancrage différencié des réseaux selon les communes :

- Difficultés à couvrir l'ensemble du territoire du fait de l'élargissement du territoire (notamment du réseau Agékanonix, de 4 à 11 communes)
- Liens facilités avec les professionnels dans certaines communes si le siège du réseau y est situé (notamment entre Agékanonix et les professionnels de Villeneuve et Gennevilliers)

Faible déploiement et /ou utilisation de la Messagerie Sécurisée :

- Méconnaissance de l'existence MSS ou de son fonctionnement par les professionnels (effet de génération possible)
- Messages envoyés par messagerie sécurisée par toujours lus par ville

Relatif faible déploiement du Dossier Pharmaceutique lié notamment à la difficulté à recueillir le consentement du patient

Barrière de la langue / différences culturelles (ce problème impacte aussi certaines actions de prévention)

Déni de certains patients et proches à l'égard de la maladie ou de l'entrée dans la dépendance, qui provoque des passages par les urgences :

- Refus de soins ou d'intervention à domicile (notamment souligné par les CLIC)
- Refus d'hospitalisation ou de transfert en institution

5.1.2 Etablissements sanitaires MCO et SSR

Difficultés à programmer une hospitalisation :

- Particulièrement prononcé à Beaujon, relativement moins pour Louis Mourier et Bichat

Difficultés à joindre un interlocuteur depuis la ville pour un avis rapide :

- Particulièrement prononcé à Beaujon, relativement moins pour Louis Mourier

Manque de temps pour sortir vers la ville, notamment pour participer aux réunions des CLICs/réseaux/MAIA

5.1.3 Etablissements et structures médicaux – sociaux

Manque de places en hébergement temporaire :

- Peu d'établissements et la plupart n'acceptant pas l'aide sociale
- Plateforme de répit portée par la Fondation Aulagnier mais ne couvrant pas tout le territoire et ne proposant qu'un temps limité (6jrs/an)

5.1.4 Acteurs de la coordination et de l'intégration

Manque de lisibilité sur l'articulation entre les différents dispositifs par les autres acteurs :

- Développement en cours d'un "guichet intégré" par la MAIA 92 Nord parfois incompris
- Ponctuellement, le déploiement MAIA ou extension territoriale des réseaux ne prendrait parfois pas assez en compte le travail déjà réalisé par les CLICs

Faiblesse de la coordination gérontologique dans les communes ne disposant pas de CLIC :

- Notamment Gennevilliers et Villeneuve, avec une coordination gérontologique jugée insuffisante par les acteurs de ville et des établissements (problème d'effectifs/ besoins et non de la qualité des équipes)

Déni de certains patients et proches à l'égard de la maladie ou de l'entrée dans la dépendance, qui provoque des passages par les urgences

- Refus de soins ou d'intervention à domicile)

Difficultés d'identification des personnes les plus en marge (car l'intervention se fait avec le consentement des personnes) :

- Famille parfois absente ou réfractaire

5. Points de rupture et dysfonctionnements

5.2 Dysfonctionnements et ruptures : entrée

5.2.1 Acteurs du premier recours (ville)

Mauvaise transmission de l'information à l'arrivée aux urgences/admission dans un service, causant des difficultés d'orientation et d'anticipation du retour à domicile :

- Dossier laissé au domicile, surtout en cas de transport par le SAMU
- Doute des professionnel de ville sur l'utilisation effective des informations par les professionnels hospitaliers (pas d'accusé réception)

Méconnaissance par des acteurs de ville des dispositifs permettant d'éviter les passages aux urgences (moins vérifié avec les professionnels exerçant dans les centres et pôle de santé) :

- Méconnaissance des lignes directes de Louis Mourier, Bichat ou Beaujon
- Dispositifs d'hospitalisation programmée différents selon les établissements
- Difficultés à obtenir des avis spécialisés depuis la ville (ressenti notamment vis à vis de Beaujon)

Difficulté d'identification d'un interlocuteur dans les établissements :

- Turn-over important des professionnels hospitaliers
- Adresses emails invalides non actualisées

5.2.2 Etablissements sanitaires MCO et SSR

Engorgement des services d'urgences par les personnes âgées particulièrement durant la grippe saisonnière, souvent responsables de transferts vers d'autres établissements :

- A titre d'exemple : 900 transferts de personnes âgées pour Beaujon

Manque d'informations sur la prise en charge de ville à l'arrivée aux urgences/admission dans un service, causant des difficultés d'orientation et d'anticipation du retour à domicile :

- Dossier laissé au domicile, surtout en cas de transport par le SAMU
- Impossibilité d'obtenir l'information en cas d'entrée la nuit ou le weekend
- Lourd travail de recherches d'information des assistantes sociales pour les patients venant du domicile notamment (médecin traitant retrouvé par le site de l'Assurance-Maladie)
- Difficultés moindres pour les patients provenant des EHPAD (sauf la nuit et les weekend)
- En cas de transmission effective des informations (dossier patient ou DLU n'incluant pas les informations des dernières 24h), celles-ci ne correspondent pas toujours aux besoins des professionnels hospitaliers et, inversement, les professionnels de ville doutent de l'utilisation effective des informations par les professionnels hospitaliers

Offre d'accueil de jour jugée insuffisante

Difficultés/ insuffisance d'adressage vers l'HAD quand celle-ci est pertinente :

- Manque de réactivité de la cellule HAD de Beaujon, relativement à celles de Louis Mourier et Bichat

Faible déploiement/utilisation de la Messagerie Sécurisée:

- Méconnaissance de l'existence ou du fonctionnement par les praticiens des établissements (effet de génération possible ou de communication interne)
- Messages envoyés depuis la ville par messagerie sécurisée par toujours lus par destinataires à l'hôpital

5.2.3 Etablissements et structures médicaux – sociaux

Envoi trop systématique des personnes âgées vers les urgences depuis les EHPAD peu médicalisés

Dossier patient laissé au domicile en cas d'hospitalisation par les urgences notamment

Absence d'informations transmises/récupérables à l'entrée en cas d'hospitalisation par les urgences la nuit, car les professionnels de ville et les EHPAD ne sont pas joignables

5.2.4 Acteurs de la coordination et de l'intégration

CLIC rarement mis au courant de l'hospitalisation d'un de leurs patients

5. Points de rupture et dysfonctionnements

5.3 Dysfonctionnements et ruptures : hospitalisations

5.3.1 Acteurs du premier recours (ville)

Patients souvent perdus de vue par les professionnels de la ville, en raison notamment de transferts entre établissements dont les professionnels de ville ne sont pas informés

Difficulté d'identification d'un interlocuteur dans les établissements :

- Turn-over important des professionnels hospitaliers
- Adresses emails non actualisées et peu de boîtes mails non nominatives par service avec garantie qu'elles sont ouvertes et messages lus

5.3.2 Etablissements sanitaires MCO et SSR

Difficultés d'anticipation de certaines sorties :

- Organisation des établissements centrée sur la réduction de la DMS (surtout établissements MCO)
- Collecte non systématique des documents de sortie permettant de passer le relais aux professionnels de ville (surtout vrai en établissements MCO)
- Médecin traitant peu souvent consultés (et pas toujours identifié dans les dossiers d'hospitalisation, surtout vrai en chirurgie)
- Manque de connaissance / lisibilité sur les différents dispositifs de la part des assistants sociaux (d'où perte de temps car dossier non rempli. (Ex : APA au lieu d'ARDH)
- Peu d'outils de liaison en sortie en dehors de ceux liés à des dispositifs spécifiques (Prado, ARDH, APA)
- Existence de "Commission séjours complexes" (Bichat et Beaujon + relance à Louis Mourier) mais ne fonctionnant pas de manière optimale : manque de régularité/participation, difficulté à trouver des solutions d'aval sans coopération des structures SSR ou médico-sociales

Nombre insuffisant de lits de court séjour gériatrique :

- Notamment à Beaujon avec UGA de 12 lits (fermés pendant les congés de Noël 2014 faute de personnel)
- Nombre de lits plus important à Louis Mourier avec UGA de 18 lits (et d'autres lits du service de médecine interne accueillant de fait des personnes âgées)

Absence de dispositif efficace de repérage des patients complexes/à risque de réhospitalisation

- Grille existante ne permettant pas le repérage des cas les plus complexes (critères d'inclusion trop larges)

Absence de gériatres/médecins dans les services de chirurgie pouvant impacter la DMS à la hausse :

- Notamment à Beaujon dans le service de chirurgie orthopédique (arrivé récemment de Bichat) mais un gériatre de Bichat devrait finalement rejoindre le service à l'automne.

Personnes âgées ne se sentant pas assez informées en ce qui concerne l'"après" hospitalisation :

- Relayé par les représentants d'usagers et les associations des établissements MCO (Louis Mourier, Beaujon, Bichat) alors que les services disent faire leur maximum
- Familles mécontentes quand transferts vers Charles Richet depuis Bichat ou Beaujon. (concernant en particulier les publics à faible revenu)
- Différence entre le "temps des familles" et "temps de l'hôpital" (surtout pour les établissements MCO)

Sauf en cancéro, peu ou pas d'organisation de la préparation du volet clinique de la sortie pour transmettre à temps les prescriptions aux pharmaciens d'officine, infirmiers, kinésithérapeutes

5. Points de rupture et dysfonctionnements

5.4 Dysfonctionnements et ruptures : sortie / aval

5.4.1 Acteurs du premier recours (ville)

Contenu et format des CRH souvent peu adaptés aux besoins des professionnels de ville (surtout mentionné par les médecins) :

- Informations non compréhensibles ou manquantes

Difficultés en matière de suivi / conciliation des traitements et professionnels paramédicaux de ville souvent mal informés des prescriptions :

- Pas de pochette de sortie ou, si existence, ordonnances / traitements non systématiquement mis dans la pochette
- Pas de prise en compte systématique des traitements décidés par les professionnels de ville (ou pas d'explication sur les raisons de changements de traitements)
- Pas toujours de prescriptions de soins infirmiers ou kinés

Difficulté à identifier et recontacter les praticiens hospitaliers s'étant occupés de la prise en charge des patients, malgré des efforts des services :

- Nom et coordonnées du praticien hospitalier pas toujours clairement renseignés sur le CRH
- Quand le nom et les coordonnées sont renseignés, difficulté à joindre le praticien rapidement par téléphone

Recours à des prestataires à domicile pas toujours adapté, voire perçu comme abusif :

- Remise en cause par les professionnels de ville de la pertinence de certaines prestations qui ne prennent en outre pas en compte les professionnels de proximité du patient
- ... toutefois la ville convient que ces prestataires comblent parfois un manque (certains professionnels de ville étant difficile à joindre ou peu coopérants avec les établissements)

Recours à l'HAD pas toujours adapté :

- Remise en cause par les professionnels de ville de l'adressage de patients non éligibles vers l'HAD. (Ce problème a été traité cependant par l'AP-HP ces deux dernières années)

5.4.2 Etablissements sanitaires MCO et SSR

Dysfonctionnements relatifs aux comptes rendus d'hospitalisation (CRH) :

- Difficultés dans l'élaboration des CRH : développement progressif du logiciel Orbis par l'APHP (seulement le volet médical à Louis Mourier et développement prévu à Bichat en 2015 et à Beaujon en 2016)
- Longs délais d'envoi : MSS rarement utilisée (alors que disponible sur les postes de travail)
- Volet social souvent incomplet (davantage vérifié dans les établissements MCO). Si transfert vers SSR, aucune donnée sociale (et les assistants sociaux des SSR doivent reprendre travail à zéro).

Difficultés en matière de suivi / conciliation des traitements :

- Ordonnances pas systématiquement dans les pochettes de sortie
- Ordonnances mal comprises par les patients (médicament remplacé par son générique, inconnu du patient)

Organisation de la sortie vers le domicile souvent centrée exclusivement sur le volet social :

- Hôpital Nord (Villeneuve SSR) : professionnels se déplaçant toutefois dans les services MCO

Peu d'outils de liaison en sortie excepté ceux liés à la gestion de dispositifs de type Prado, ARDH, APA

Longs délais pour les procédures administratives (mise sous tutelle, demande d'aides sociales et d'APA) retardant le transfert en institution / retour à domicile :

- Toutefois, des progrès avec l'APA d'urgence notamment
- Famille pas toujours aidante ou absente

Difficultés d'adressage en SSR :

- Manque de places en SSR (surtout pour les moins de 75 ans)
- Difficulté à trouver un SSR près du domicile des patients/des proches (familles refusant les transferts vers Charles Richet)
- Certains SSR n'acceptant pas les patients trop lourds ("ne jouant pas le jeu")

Méconnaissance ou utilisation insuffisante de l'outil Trajectoire :

- Insuffisant pour le transfert en SSR
- Absent pour le transfert en EHPAD

Orientation tardive, alors que la dégradation est trop importante :

- Notamment vers l'UCC de la Fondation Roguet (patients alors trop lourds et difficile à réadapter)

Sorties encore constatées les vendredi soir et les weekends sans anticipation ni accompagnement :

- Sortie souhaitée par certains praticiens sans prise en compte des démarches sociales
- Sortie non préparée, notamment en orthopédie: chirurgiens demandent de libérer les lits le vendredi après midi alors que le retour à domicile n'a pas pu être préparé
- Toutefois, observation à relativiser à l'échelle de l'hôpital car progrès notables et éventuellement des cas certains isolés montés en épingle

Recours à des prestataires privés de soins à domicile plus rapides et flexibles mais mettant à mal les relations de proximité existantes avec les professionnels de ville

- PDSA fournissent prestations à l'insu du patient, dont la pertinence est souvent remise en cause
- Cependant, ne concerne pas la totalité des prestataires qui pour certains coopèrent étroitement avec les pharmacies d'officine

5. Points de rupture et dysfonctionnements

5.4.3 Etablissements et structures médicaux – sociaux

Insuffisante médicalisation de certains EHPAD ce qui donne lieu à des ré hospitalisations ou transferts pour des consultations dans les établissements

Manque de formation de personnels des SAAD sur certains risques d'hospitalisation (manque d'observation des pratiques alimentaires notamment)

En résumé :

De manière générale, les entretiens ont permis de confirmer une volonté de compréhension mutuelle entre les différents acteurs, chacun semblant conscient des éventuelles difficultés que peuvent rencontrer ses interlocuteurs. De plus, des habitudes de dialogue entre les acteurs de la ville et les acteurs hospitaliers sont ancrées sur le territoire, et le rôle joué par les réseaux en la matière a notamment été souligné. Toutefois, les relations restent pour la plupart dépendantes du réseau personnel de chaque professionnel et les coordinations existantes ne sont pas ou rarement systématisées.

De manière synthétique, **les difficultés et dysfonctionnements suivants semblent faire consensus entre tous les acteurs :**

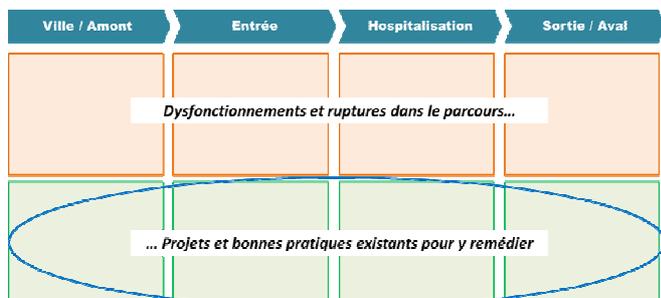
- Forte préoccupation relative à la démographie professionnelle du 1er recours. L'avenir serait dans les structures d'exercice regroupé/coordonné : centres, pôles et maisons de santé pluri-professionnels ;
- Unanimité sur la valeur ajoutée des CLIC et des réseaux mais aussi sur les limites de leur intervention : maillage territorial et ressources humaines / besoins ;
- Manque de lisibilité des dispositifs et ressources PA du territoire, ainsi que de leur rôle ;
- Congestion des urgences ;
- Insuffisante organisation intra hospitalière de la sortie : centrage sur le volet social et manque de relais auprès des professionnels de ville ;
- Hormis en cancérologie, pas de parcours ville - hôpital encore structuré sur le territoire mais plutôt des éléments de parcours ;
- Sous-utilisation des systèmes d'information de santé (notamment la Messagerie de Santé) au regard de ce qui pourrait déjà être fait.

6. Bonnes pratiques et projets en cours

Note : une synthèse des bonnes pratiques et projets est présentée dans le document de synthèse du diagnostic.

Les **entretiens individuels** ainsi que les **groupes de travail** ont permis d'inventorier les bonnes pratiques et projets déjà initiés dans le Nord 92 qui contribuent déjà à renforcer le lien hôpital ville et à améliorer le parcours des personnes âgées sur le territoire.

Pour recensement des différents projets, les étapes du parcours dans sa dimension ville – hôpital – ville, ont été également pris en compte :



- **Ville / Amont** : quelles initiatives et bonnes pratiques sont déjà conduites en ville pour repérer les fragilités, prévenir les envois aux urgences ou les hospitalisations évitables ou encore le recours à des hospitalisations conventionnelles ?
- **Entrée** : comment les acteurs du territoire tentent-ils de limiter les ruptures liées à un passage aux urgences ou à une admission ?
- **Hospitalisation** : quelles démarches ou nouvelles organisations durant le séjour hospitalier en établissements MCO ou SSR pour maintenir le lien avec la ville, préparer la sortie dès l'entrée, anticiper les difficultés liées au retour à domicile ?
- **Sortie / aval** : comment les acteurs hospitaliers et de la ville coopèrent-ils déjà pour mieux accompagner la sortie et gérer les problématiques d'aval dans le cadre d'un retour à domicile ou de transferts dans d'autres établissements sanitaires ou médico-sociaux ?

D'un point de vue méthodologique, les étapes ont été les suivantes :

- Les acteurs rencontrés en entretiens individuels ont été invités à se prononcer sur les projets et bonnes pratiques existants sur le territoire et qui leur semblaient améliorer le parcours des personnes âgées ;
- Une première présentation des contributions a été réalisée et diffusée par envoi de document en amont de la tenue des groupes de travail ;
- Les groupes de travail ont permis de compléter ces éléments ;
- Une nouvelle présentation intégrant les contributions de groupes de travail a ensuite été réalisée et présentée aux membres du Comité de Pilotage du projet.

C'est cette dernière version qui est présentée ci-dessous :

- Le paragraphe 6.1 présente les projets et bonnes pratiques constatés en ville / amont de l'hospitalisation ;
- Le paragraphe 6.2 présente les projets et bonnes pratiques constatés à l'entrée ;
- Le paragraphe 6.3 présente les projets et bonnes pratiques constatés au cours de l'hospitalisation ;
- Le paragraphe 6.4 présente les projets et bonnes pratiques constatés à la sortie / aval de l'hospitalisation.

6. Bonnes pratiques et projets en cours

6.1 Bonnes pratiques et projets : ville / amont

6.1.1 Acteurs du premier recours (ville)

Implication localement de professionnels de ville en appui sur les réseaux pour maintenir les personnes à domicile, suivre les cas complexes et prévenir les hospitalisations :

- Participation de nombreux libéraux au réseau Agékanonix pour évaluation et maintien des personnes à domicile (surtout dans les communes d'implantation d'origine, notamment Villeneuve et Gennevilliers)
- Visites conjointes de professionnels du réseau Agékanonix et des CLIC pour l'évaluation les domiciles
- Lien entre le CMS de Gennevilliers et la coordination gériatrique de Gennevilliers pour prévoir des consultations de gériatrie en ambulatoire
- Actions plus ou moins protocolisées des professionnels du PSU GVLG qui se constituent en Coordination Clinique de Proximité (dans le cadre du DPC)

Maintien de visite à domicile par les professionnels de ville :

- CMS de Gennevilliers : Permanences quotidiennes de visites à domicile
- Centre de santé de Villeneuve : 1/2 journée / semaine de visites à domicile
- PSU GVLG : Visites à domicile des médecins

Consultations avancées par des spécialistes hospitaliers en centres de santé (permettant de faciliter l'accès pour certaines populations et améliorer le lien entre les professionnels de ville et hospitaliers) :

- Notamment CMS de Gennevilliers (conventions de partenariat multiples)

Remarque ; Bonne pratique valable également pour les acteurs hospitaliers

Relations privilégiées entre professionnels de ville et professionnels hospitaliers, notamment grâce aux réseaux de santé :

- Notamment pour le Pôle Adulte Proximité de Louis Mourier (Dr Charru membre du réseau Agékanonix et Dr Simonpoli, présidente du réseau ARÈS)

Remarque ; Bonne pratique valable également pour les acteurs hospitaliers

Capitalisation par les réseaux sur les espaces de concertation existants autour des cas complexes (CLIC, coordination...) pour ne pas multiplier les instances et réunions

Repérage des cas à risque d'hospitalisation par certains pharmaciens, qui en réfèrent aux médecins traitants

Astreintes téléphoniques des réseaux pour les demandes urgentes :

- Notamment pour Scop (mais ne couvrant que sa file active)

6.1.2 Etablissements sanitaires MCO et SSR

Participation occasionnelle des professionnels hospitaliers à des temps de coordination en ville :

- Participation des AS de Louis Mourier et Beaujon à certaines réunions des CLICS (regrettent cependant de ne pouvoir participer à ces réunions, faute de temps)
- Rencontre des AS de Louis Mourier avec les EHPAD de proximité
- Participation des PH (notamment de Louis Mourier) à des réunions des réseaux de santé (notamment Agékanonix et ARÈS)

Projet de Centre de Santé adossé à l'Hôpital Nord de Villeneuve

- Particulièrement prononcé à Beaujon, relativement moins pour Louis Mourier

6.1.3 Etablissements et structures médicaux - sociaux

Repérage de personnes à risque d'hospitalisation par les SSIAD et recours au médecin traitant

6.1.4 Acteurs de la coordination et de l'intégration

Actions coordonnées avec les professionnels du 1er recours :

- Visites conjointes de professionnels du réseau Agékanonix et des CLIC pour l'évaluation les domiciles
- Lien entre le CMS de Gennevilliers et la coordination gériatrique pour prévoir des consultations de gériatrie en ambulatoire

Mise en place en cours d'un répertoire opérationnel des ressources de santé à l'attention des professionnels pour la prise en charge des personnes âgées du territoire :

- Projet d'annuaire de la MAIA (dans le cadre du ROR)
- Projet du PSU GVLG Share Collègue (répertoire partagé)
- Annuaire des infirmiers spécifique des EHPAD recensant leurs possibilités de prise en charge pour des pathologies spécifiques en sortie hospitalisation ou d'HAD

Formalisation d'un guichet intégré pour le territoire :

- Projet de la MAIA (en attente de l'arrivée d'un nouveau pilote)

6.1.5 Tutelles et partenaires

Distribution par certains professionnels de ville d'une "carte de coordination des soins" visant à permettre aux acteurs hospitaliers d'identifier les professionnels de ville :

- URPS pharmaciens : 150 000 exemplaires distribués auprès de médecin traitants, infirmiers et pharmaciens en IDF

Formations à l'outil Trajectoire proposée par la DT de l'ARS

6. Bonnes pratiques et projets en cours

6.2 Bonnes pratiques et projets : entrée

6.2.1 Acteurs du premier recours (ville)

Dispositifs facilitant les hospitalisations programmées :

- CMS de Gennevilliers : programmation des hospitalisations via les consultations avancées
- PSU GVLG : projet de fiche d'hospitalisation programmée unique
- Formalisation d'un document unique de liaison pour les hospitalisations programmées (Cf. Disparités procédures d'un établissement à un autre ou d'un service à un autre)

6.2.2 Etablissements sanitaires MCO et SSR

Organisation des services d'urgences pour limiter le temps d'attente et faciliter la bonne orientation :

- Organisation selon le degré d'urgence à Bichat et Beaujon : présence d'assistants sociaux et IDE pour faire le lien avec la ville dès l'arrivée et réorientation vers les CMS et pharmacien quand les personnes n'ont pas de médecin traitant (aucun patient dans les couloirs des urgences à Bichat)
- Louis Mourier, Bichat et Beaujon : fiche de liaison envoyée au médecin traitant pour tout passage aux urgences (cause et PH intervenus)
- Louis Mourier et Beaujon : très bonne coordination entre les assistants sociaux et les CLIC

Existence de procédures formalisées de repérage de patients dès l'entrée et dont le retour à domicile est anticipé comme complexe et/ou à risques :

- Services de gériatrie de Louis Mourier et de Beaujon (ainsi que quelques autres services hors gériatrie, notamment en cancéro)
- Repérage lors de consultations mémoire à la Fondation Roguet

Dispositifs mis en place par les établissements pour limiter et/ou accompagner l'arrivée par les urgences et faciliter la prise en charge coordonnée avec les acteurs de ville :

- Louis Mourier : Projet UDIT (unité diagnostic et thérapeutique) avec une ligne unique permettant à la ville de solliciter des avis spécialisés ; Accès à l'hôpital de jour pour les médecins de ville (projet lauréat trophées APHP ville-hôpital) ; Lignes directes et emails pour accès évaluation gériatrique/mémoire et hospitalisation programmée (flyer pour faire connaître ces lignes directes et emails, mais peut-être pas assez largement diffusé ?)
- Beaujon : Projet d'ajustement des prescriptions avec les médecins de ville ; Mise en place récente d'une adresse email 1picrypt non nominative pour le service d'urgences
- Fondation Roguet : Consultations gériatriques sur demande de la ville (mémoire ou bilans gériatriques)
- Clinique Saint-Lambert : hospitalisations programmées sur demande de la ville
- PSU GVLG : projet de fiche d'hospitalisation programmée unique
- CMS de Gennevilliers : programmation des hospitalisations via les consultations avancées

Réservation de lits non programmés dans certains services pour répondre aux demandes urgentes de la ville :

- Surtout dans les services de court séjour gériatrique Louis Mourier, Beaujon

Utilisation de la carte de coordination de soins (URPS) par certains services :

- Hors territoire : Lariboisière (PAERPA)
- Intérêt des services d'urgences des établissements du territoire

Dossier partagé entre les services (notamment entre les services d'urgences et de gériatrie) :

- Beaujon et Louis Mourier

Organisation de l'HAD dès l'arrivée aux urgences :

- Bichat

Expérimentation du dossier pharmaceutique (DP) :

- Beaujon, Bichat sites expérimentaux.

DLU simplifié, répondant aux attentes des urgentistes :

- Bichat et Beaujon

6.2.3 Etablissements et structures médicaux – sociaux

Participation des EHPAD, SSIAD et SSAD aux travaux de la filière gériatrique de Beaujon, notamment pour améliorer la prise en charge des urgences gériatriques (DLU simplifié, utilisation MSS...) :

- Ensemble des acteurs médico-sociaux de l'aire d'influence de Beaujon

6.2.4 Acteurs de la coordination et de l'intégration

En cas d'envoi aux urgences ou d'hospitalisation programmée connu(e) du CLIC/coordination gérontologique, transfert systématique des informations disponibles aux assistants sociaux des établissements

6.3 Bonnes pratiques et projets : hospitalisations

6.3.1 Acteurs du premier recours (ville)

Lien avec les professionnels hospitaliers facilités quand les patients sont suivis par les professionnels des centres de santé ou du pôle de santé universitaire :

- Centres de santé souvent perçus comme des postes avancés de l'hôpital

Participation de certains professionnels de ville aux staffs des établissements :

- Notamment Louis Mourier, staff une fois par mois du service de médecine interne (participation d'une dizaine de médecins de ville)

Système d'information partagé entre le réseau Scop et des professionnels hospitalier (accès au dossier patient du réseau depuis les postes de travail des hospitaliers)

Remarque : bonne pratique valable également pour les acteurs hospitaliers

6.3.2 Etablissements sanitaires MCO et SSR

Renforcement en cours des équipes mobiles :

- Beaujon (alors qu'interrompu pendant un temps) : EMG se déplaçant dans les services, notamment de chirurgie et projet d'externalisation pour intervention dans les EHPAD
- Louis Mourier, en cours de relance (interrompue suite aux congés maladie du praticien)

Echanges formalisés via des outils de liaison entre les assistants sociaux des établissements et les CLICs en anticipation de la sortie :

- Certes limités aux patients repérés et centrés sur volet social, mais coopération fluide

Relance des réunions de la filière gériatrique : Beaujon, HAD, Hôpital Nord, Fondation Roguet, EHPAD, SSIAD, SAD, Réseau Agékanonix :

- Protocolisation en cours, notamment avec les nombreux EHPAD autour de Beaujon. Travail sur prise en charge des urgences gériatrique.
- Coopération HAD AP-HP - EHPAD pour amélioration liaison HAD - EHPAD. Formation de HAD vers professionnels EHPAD pour prise relais sur certaines pathologies

6.3.3 Acteurs de la coordination et de l'intégration

Echanges formalisés via des outils de liaison entre les assistants sociaux des établissements et les CLICs en anticipation de la sortie. Ponctuellement, existence d'échange d'information par Messagerie Sécurisée

6. Bonnes pratiques et projets en cours

6.4 Bonnes pratiques et projets : sortie / aval

6.2.1 Acteurs du premier recours (ville)

Rôle des réseaux de santé dans le maintien à domicile des personnes âgées :

- Agékanonix : Visite d'un ergothérapeute pour l'adaptation du domicile
- Agékanonix, Arès, Scop : Visites à domiciles des professionnels des réseaux

Actions d'éducation thérapeutique du patient (ETP) poursuivie en ambulatoire après une initiation dans les établissements hospitaliers :

- CMS d'Asnières

6.4.2 Etablissements sanitaires MCO et SSR

Commissions séjours complexes en cours d'amélioration dans les établissements du GH Nord Val de Seine (déjà existantes) :

- Existante à Bichat et Beaujon mais en cours de réflexion
- En cours de relance à Louis Mourier

Coordination effective entre professionnels hospitaliers et professionnels de ville :

- ... entre les assistants sociaux et les autres acteurs (SSR, CLIC, EHPAD, SSIAD) : Notamment à la Fondation Roguet, où la direction a dégagé du temps pour permettre aux assistants sociaux de participer à des réunions avec les professionnels de ville et d'aller au domicile des patients pour préparer les sorties
- ... entre les professionnels hospitaliers et les réseaux de santé : notamment Agekanonix et ARÈS (certains professionnels hospitaliers étant membres)
- CMS Gennevilliers: consultant avancée permet relais vers MT quand hospitalisation programmée

Actions en cours visant la transmission plus rapide du CRH vers le médecin traitant :

- GH Nord Val de Seine : réflexion en cours sur des moyens incitatifs pour convaincre les services de revoir leur organisation pour un envoi plus rapide + développement du logiciel Orbis + projet d'utilisation de la messagerie sécurisée avec les médecins traitants et les EHPAD (cf. loi de santé et nouveau modèle et délais envoi CRH)
- Fondation Roguet : Dictée vocale en cours de déploiement

Projet de conciliation médicamenteuse à l'échelle du GH Nord Val de Seine en lien avec les pharmaciens d'officine et les médecins traitants

Visite des IDEC de l'HAD dans les services pour préparer la prise en charge à domicile

Fonctionnement en SSIAD lourd ou HAD de réinsertion :

- Notamment HAD Santé-Service

6.4.3 Etablissements et structures médicaux – sociaux

Actions d'accompagnement des sorties complexes (mais non généralisées) :

- Passage de l'IDEC des SSIAD dans les services hospitaliers en amont de la sortie

Coopération EHPAD - HAD pour faciliter les transitions HAD EHPAD et former les équipes des EHPAD à certains soins en sortie.

6. Bonnes pratiques et projets en cours

En résumé :

De manière générale, **l'ensemble des acteurs partage les objectifs sous-tendant ces différents projets** : réduire les hospitalisations en urgence ou évitables, réduire les ré hospitalisations, promouvoir les soins ambulatoires, impliquer davantage les patients et leurs aidants, notamment. De plus, certaines bonnes pratiques font l'unanimité en ville et au sein des établissements hospitaliers, notamment les hospitalisations programmées, les consultations avancées, les efforts en matière de conciliation médicamenteuse. En revanche, aucun projet ne semble aujourd'hui évalué.

De plus, si certains projets sont développés sur le territoire, ils restent limités à une échelle infra-territoriale, entre quelques acteurs, et ne sont pas généralisés. En ville, les projets semblent plus facilement développés quand ils sont portés par des structures comme les centres ou le pôle de santé ou encore les réseaux de santé.

Enfin, les acteurs interrogés ont fait part de leurs attentes, qu'il conviendra de discuter dans le cadre du plan d'actions pour certains. Ces attentes sont listées ci-dessous :

- Renforcer l'offre de ville :
 - Renforcement du personnel des centres de santé pour permettre les visites à domicile ;
 - Organisations des transports vers les professionnels de ville (non remboursés) pour les personnes non mobiles.
- Faciliter le partage d'information entre la ville et l'hôpital :
 - Outils de liaison systématisés et uniques (ex. programmation des hospitalisations) ;
 - Outils de partage d'informations (MSS, DMP et dossier pharmaceutique) ;
 - Meilleure transmission des CRH ;
 - Temps réservé pour permettre les « sorties » en ville des hospitaliers ;
 - Poste de coordonnateur/référent dans chaque établissement ;
 - Postes partagés ville/hôpital.
- Réduire les (ré)-hospitalisations en urgence :
 - Hospitalisations programmées facilitées dans tous les services ;
 - Lien direct avec les praticiens hospitaliers (avis par mail/tél) ;
 - Evaluation unique des patients (éviter les redondances) ;
 - Grille de repérage des cas complexes/à risque de ré hospitalisation plus simple ;
 - Astreintes médicales généralisées dans les EHPAD.
- Faciliter les sorties d'hospitalisation :
 - Antenne dédiée pour les questions administratives complexes (tutelle, aides sociales, APA) ;
 - Cellule de coordination de la sortie (non centrée sur le seul volet social) ;
 - Augmentations du nombre de places d'aval et places d'urgences en SSIAD, SAD, EHPAD ;
 - Place en SSIAD renforcé/lourd.
- Autres attentes spécifiques :
 - Formation à l'utilisation de la MSS et de l'outil Trajectoire ;
 - Formation au fonctionnement du système (qui fait quoi ? comment solliciter? ...) ;
 - Améliorer l'information et le soutien aux aidants.

7. Conclusion

L'objectif final de la mission hôpital ville du Nord 92 est la co-élaboration et la montée en charge initiale d'un plan d'actions prioritaires reposant sur le renforcement des liens ville - hôpital en vue d'améliorer le parcours des personnes âgées.

La démarche engagée repose sur la réalisation d'une cartographie des projets qui visent déjà à répondre aux dysfonctionnements de prise en charge identifiés par les acteurs, au regard des besoins des âgés. Le souci d'impliquer un grand nombre d'acteurs, diversifiés, du territoire dans l'élaboration du diagnostic, visait ce faisant à promouvoir une responsabilité populationnelle entre les acteurs de santé.

Il conviendra dans la suite des travaux de s'appuyer sur ces projets et dynamiques existants pour décider d'un programme d'actions prioritaires ville - hôpital qui soit facilement réalisable et qui ait des impacts significatifs sur l'organisation des parcours. La prochaine étape du projet consistera ainsi à élaborer une feuille de route ramassée qui retiendra quelques actions qui s'intègrent entre elles pour plus d'efficacité.

Pour ce faire, on privilégiera une démarche visant à définir un ou quelques « parcours cible » où l'on priorisera les actions à partir des différents points de rupture du parcours à chacune des étapes : amont ► entrée ► hospitalisation ► sortie ► aval.

On cherchera à cette occasion à améliorer les processus organisationnels et les outils en s'appuyant sur les pratiques et les projets déjà développés par les acteurs du territoire (reproduction et transferts inter sites de bonnes pratiques de type outil de liaison unique pour hospitalisation programmée, etc.) tout en ne s'interdisant pas de proposer de nouvelles organisations (ex : poste de coordination, temps partagé ville – hôpital, etc.).

Il conviendra aussi de s'appuyer sur différents leviers liés à la politique nationale de santé visant par exemple à améliorer la coordination en soins de 1er recours, à généraliser la Messagerie de Santé dans les établissements ou à réduire les délais de transmission de documents de sortie d'hospitalisation.

8. Annexes

8.1 Sources

En complément des entretiens individuels réalisés avec les acteurs, les sources documentaires et bases de données suivantes ont été utilisées :

- Monographies ARS des 5 communes ;
- Rapport d'étape n°3 MAIA 92 Nord (mars 2015) ;
- Données locales INSEE ;
- CartoS@nté, Agence Régionale de Santé ;
- Documentation de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France et Délégation territoriale des Hauts-de-Seine ;
- Contrats Locaux de Santé des 5 communes ;
- Données PMSI des établissements MCO du territoire.

8.2 Données populationnelles complémentaires

Caractéristiques socio-économiques de la population de la boucle Nord des Hauts de Seine

- Des taux de chômage supérieurs à la moyenne régionale pour quatre communes :

Tableau 4 : Part des chômeurs parmi la population âgée de 15 à 64 ans

	Part des chômeurs parmi la population âgée de 15 à 64 ans	
	INSEE 2011	
Asnières-sur-Seine	11,0%	
Clichy	13,7%	
Colombes	13,7%	
Bois-Colombes	10,6%	
Gennevilliers	18,5%	
Villeneuve-la-Garenne	17,4%	
Territoire de l'étude	14,9%	
Hauts-de-Seine	10,3%	
Ile-de-France	11,7%	

- Une population moins diplômée qu'ailleurs :

Tableau 5 : Part de la population non scolarisée de 15 ans ou plus titulaire d'aucun diplôme

	Part de la population non scolarisée de 15 ans ou plus titulaire d'aucun diplôme	
	INSEE 2011	
Asnières-sur-Seine	15,7%	
Clichy	21,8%	
Colombes	21,7%	
Bois-Colombes	13,3%	
Gennevilliers	32,0%	
Villeneuve-la-Garenne	30,4%	
Territoire de l'étude	24,3%	
Hauts-de-Seine	13,7%	
Ile-de-France	17,2%	

- Une part de foyers fiscaux imposables inférieure à la moyenne régionale :

Tableau 6 : Part des foyers fiscaux imposables

	Part des foyers fiscaux imposables	
	INSEE 2011	
Asnières-sur-Seine	66,2%	
Clichy	58,5%	
Colombes	61,0%	
Bois-Colombes	72,0%	
Gennevilliers	46,6%	
Villeneuve-la-Garenne	50,6%	
Territoire de l'étude	59,2%	
Hauts-de-Seine	70,5%	
Ile-de-France	64,9%	

- Un revenu net déclaré moyen par foyer fiscal inférieur aux moyennes :

Tableau 7 : Revenu net déclaré moyen par foyer fiscal

	Revenu net déclaré moyen par foyer fiscal	
	INSEE 2011	
Asnières-sur-Seine	33 644 €	
Clichy	22 841 €	
Colombes	28 309 €	
Bois-Colombes	37 655 €	
Gennevilliers	18 011 €	
Villeneuve-la-Garenne	19 804 €	
Territoire de l'étude	26 711 €	
Hauts-de-Seine	39 448 €	
Ile-de-France	32 541 €	

35 rue de la Gare – 75935 Paris Cedex 19
Tél. : 01 44 02 00 00 – Fax : 01 44 02 01 04
ars.iledefrance.sante.fr

