



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

Projet territorial  
porté par les acteurs locaux

Octobre 2015

## Les professionnels de santé du Nord 92, toutes structures confondues, se mobilisent pour développer une prise en charge de qualité et coordonnée de la personne âgée et faire de leur territoire un territoire exemplaire

Le projet est l'occasion de travailler à un prototype de soins intégrés à l'échelle d'un territoire permettant l'intégration des actions et projets (MAIA, filières, réseau, structures d'exercice regroupé et coordonné de type maison ou centres de santé, etc.). Pour les financeurs, l'enjeu est de faire converger des aides et supports pour gagner en efficacité.



**Dans le cadre d'une démarche collective, un ensemble de professionnels se rassemble autour d'un objectif et d'un calendrier communs**

Dans le cadre d'un programme d'accompagnement régional, une démarche d'amélioration des relations de l'ensemble des acteurs de l'offre de soins du Nord 92 relative aux parcours de la personne âgée a vu le jour, sur les 6 communes des Hauts-de-Seine, correspondant au territoire la MAIA 92 Nord : Colombes, Bois-Colombes, Asnières-sur-Seine, Clichy, Gennevilliers, Villeneuve-la-Garenne. Le calendrier suivant a été établi :

1. 4<sup>ème</sup> trimestre 2014 + 1<sup>er</sup> trimestre 2015 :  
identification de bonnes pratiques dans le cadre d'un **diagnostic partagé** entre les équipes hospitalières et de ville. A cet effet, les principaux acteurs de l'offre sont consultés.
2. 2<sup>ème</sup> trimestre 2015 :  
constitution d'un **projet territorial de santé**, transversal à l'ensemble de l'offre de soins, rassemblant les actions jugées par les professionnels comme nécessaires pour fluidifier les parcours.
3. 3<sup>ème</sup> trimestre + 4<sup>ème</sup> trimestre 2015 :  
**mise en œuvre** des recommandations dans le cadre d'actions, concrètes, partagées, et pilotées par des acteurs locaux du territoire.

La population cible a volontairement été élargie aux personnes âgées de 60 ans et plus afin de prendre en compte la sur-prévalence de certaines affections de longues durées 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.



**En réponse au diagnostic partagé par l'ensemble des acteurs, un véritable projet territorial autour de la personne âgée voit le jour sur le Nord 92**

Une phase initiale de diagnostic a mobilisé l'ensemble des acteurs intervenant ou susceptibles d'intervenir sur les parcours :


- « La ville », recouvrant les professionnels, structures sanitaires (notamment de 1<sup>er</sup> recours : médecine générale et de spécialités en accès direct, soins infirmiers, kinés, etc.) et professionnels médico-sociaux et sociaux (notamment EHPAD, SSIAD, SAAD, CLIC, coordination gériatrique, etc.).
- « L'hôpital », renvoyant aux établissements MCO et SSR du territoire, en ciblant l'offre spécifiquement gériatrique mais également les différents services impliqués dans la prise en charge de la personne âgée (urgences, médecine générale, pneumologie, chirurgie orthopédique, psychiatrie, etc.).

Les éléments du diagnostic territorial sont présentés dans une publication préalable (avril 2015), sous 2 formats : détaillé et synthétique. En réponse à ce diagnostic, un projet territorial a été établi, présenté dans le présent document :

- 1. Le plan d'actions 3**
- 2. Les fiches actions 4**
- 3. L'avancement des actions et perspectives 11**

Pour toute information :

- [didier.marty@ars.sante.fr](mailto:didier.marty@ars.sante.fr)  
ARS, délégué territorial adjoint 92,
- [pierre-etienne.haas@ars.sante.fr](mailto:pierre-etienne.haas@ars.sante.fr)  
[arnaud.lemerrer@ars.sante.fr](mailto:arnaud.lemerrer@ars.sante.fr)  
ARS, direction générale adjointe

Avec le soutien précieux des équipes d'  acsantis

# 1. Le plan d'actions

## La communauté des professionnels de santé du Nord 92 s'est entendue sur un plan d'actions à mener à l'échelle du territoire

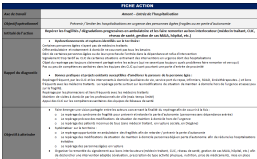
Ce document présente les différentes fiches actions du projet territorial relatif au parcours de la personne âgée sur le Nord 92. Elles sont issues d'un travail collectif avec les acteurs du territoire ayant participé aux groupes de travail du 1<sup>er</sup> semestre 2015 ainsi que les membres du comité de pilotage s'étant réunis les 4 juin et 6 octobre 2015.

Axe de travail	Objectif stratégique	n°	Action
Amont / entrée	Prévenir / limiter les hospitalisations en urgence des patients fragiles ou en perte d'autonomie	1	Repérer les fragilités et les risques de décompensations / dégradations progressives en ambulatoire et les faire remonter au bon interlocuteur
		2	Faciliter l'accès à l'offre du territoire (de 1 <sup>er</sup> et de 2 <sup>nd</sup> niveaux)
		3	Améliorer la transmission des informations à l'entrée
			Développer les astreintes en EHPAD (travaux conduits notamment dans le cadre de la filière)
Hospitalisation / sortie	Réduire les ré-hospitalisations des patients complexes ou à risque de ré-hospitalisation	4	Consolider les temps d'échanges ville-hôpital existants pour anticiper certaines sorties complexes
			Réviser les traitements médicamenteux en sortie (travaux en cours du GH)
		5	Améliorer la transmission des documents de sortie d'hospitalisation aux professionnels de ville et aux patients
		6	Evaluer et améliorer les plans de soins et plans d'aide mis en place dans le cadre d'un retour à domicile
Coordination	Faciliter les échanges d'information	7	Poursuivre le déploiement de la messagerie sécurisée de santé en ville et à l'hôpital

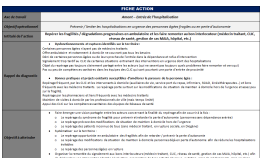
A noter :

- L'ensemble de ces 7 actions fait l'objet de fiches actions, chacune d'elle étant présentée dans les pages suivantes en versions synthétiques ;
- Les actions n°1, 2 et 3/5 ont été jugées prioritaires par la communauté de professionnels : elles ont ainsi été amorcées dans un 1<sup>er</sup> temps, l'état d'avancement des travaux à date étant alors présenté dans la dernière partie du document.

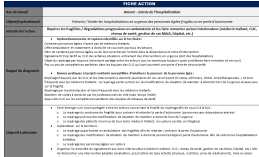
# 2. Les fiches actions

<b>Axe de travail</b>	<b>Amont / entrée</b>
<b>Objectif stratégique</b>	<b>Prévenir / limiter les hospitalisations en urgence des patients fragiles ou en perte d'autonomie</b>
<b>Action</b>	<b>n°1 : Repérer les fragilités et les risques de décompensations / dégradations progressives en ambulatoire et les faire remonter au bon interlocuteur</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire émerger une vision partagée entre les acteurs concernant la finalité du repérage</li> <li>• Systématiser le repérage sur le territoire</li> <li>• Organiser la remontée du signalement aux bons interlocuteurs</li> <li>• Préciser les modalités de suivi des actions engagées</li> </ul>
<b>Indicateurs (processus et/ou résultats)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de personnes pour lesquelles des repérages ont été réalisés</li> <li>• % de personnes signalées pour lesquelles des actions spécifiques ont été engagées : information, orientation vers professionnels adaptés à la situation, mise en place de plan d'aide et de soins adaptés, refus de la personne, etc.</li> </ul>
<b>Descriptif de l'action</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Définir les concepts (fragilité, modifications de situation de patients en rupture) à partir des outils existants</li> <li>2. Choisir et au besoin adapter un ou des outil(s) de repérage utilisable par les professionnels (du domicile, en cabinet, en pharmacie d'officine, etc.)</li> <li>3. Définir les processus pour le signalement des fragilités / dégradations constatées auprès des professionnels adéquats</li> <li>4. Tester les outils et processus (au besoin les adapter) en les expérimentant sur un infra-territoire</li> <li>5. Former / sensibiliser aux outils et au processus de signalement les professionnels de ville (notamment intervenant à domicile, en cabinet ou en pharmacie d'officine), et tout intervenant du territoire</li> </ol>
<b>Calendrier de réalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juin – septembre 2015 : choix des outils et définition du processus de remontée et traitements des questions repérées</li> <li>• 4<sup>ème</sup> trimestre 2015 : période de l'expérimentation sur un infra-territoire</li> <li>• 1<sup>er</sup> semestre 2016 : formation des professionnels et montée en charge</li> </ul>
<b>Précisions</b>	 <p>Détail de l'action (rappel du diagnostic, descriptif détaillé des étapes de mise en œuvre, partenaires &amp; ressources à mobiliser) à disposition sur demande</p>

## 2. Les fiches actions

<b>Axe de travail</b>	<b>Amont / entrée</b>
<b>Objectif stratégique</b>	<b>Prévenir / limiter les hospitalisations en urgence des patients fragiles ou en perte d'autonomie</b>
<b>Action</b>	<b>n°2 : Faciliter l'accès à l'offre du territoire (de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>nd</sup> niveaux)</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendre lisible l'offre sur le territoire en matière d'évaluation, de consultations spécialisées et d'hospitalisation programmées, mais également de recours en ville pour apporter des remèdes au syndrome de fragilité (ex: atelier prévention des chutes)</li> <li>• Graduer l'offre afin de permettre un recours pertinent selon les besoins des personnes âgées et les ressources disponibles</li> <li>• Rééquilibrer au besoin les ressources pour couvrir d'éventuels déficits d'offre au niveau infra-territorial</li> <li>• Faciliter l'accès des professionnels du 1<sup>er</sup> recours (en premier lieu le médecin traitant) aux évaluations, avis gériatriques, à l'hospitalisation programmée et l'offre de prévention</li> <li>• Limiter les entrées par les urgences</li> <li>• Développer les hospitalisations de jour</li> </ul>
<b>Indicateurs (processus et/ou résultats)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délais d'obtention d'une consultation gériatrique / spécialisée</li> <li>• Nombre d'évaluations réalisées dans les établissements et les structures</li> <li>• Nombre d'évaluations réalisées en 1<sup>er</sup> niveau, à domicile ou en ville</li> <li>• Nombre d'évaluations réalisées en 2<sup>nd</sup> niveau à l'hôpital (établissements SSR, MCO)</li> <li>• Nombre d'avis gériatriques sollicités auprès de gériatres en ville</li> <li>• Nombre d'avis gériatriques sollicités auprès de gériatres hospitaliers</li> <li>• % d'hospitalisations programmées en HDJ</li> </ul>
<b>Descriptif de l'action</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recenser et graduer les dispositifs du territoire en ville et à l'hôpital afin qu'elles soient mieux lisibles pour les professionnels de ville</li> <li>2. Améliorer l'accès aux avis à distance et sensibiliser les médecins généralistes aux dispositifs existants</li> <li>3. Faciliter le recours des professionnels aux évaluations selon les besoins des personnes âgées</li> <li>4. Harmoniser, quand cela est possible, les dispositifs de recours à l'hospitalisation programmée entre les différents établissements</li> <li>5. Favoriser la mise en place / généralisation de dispositifs un recours en « semi » urgence</li> </ol>
<b>Calendrier de réalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juin – septembre 2015 : recensement des ressources existantes et graduation des ressources</li> <li>• Septembre 2015 : création et diffusion des supports de communication</li> <li>• 2<sup>nd</sup> semestre 2015 : bilan de l'expérimentation de fiche d'hospitalisation programmée développée par le PSU</li> <li>• 1<sup>er</sup> semestre 2016 : harmonisation des différents dispositifs, le cas échéant</li> <li>• 1<sup>er</sup> semestre 2016 : bilan de l'expérimentation de l'UDIT de Louis Mourier</li> </ul>
<b>Précisions</b>	 <p>Détail de l'action (rappel du diagnostic, descriptif détaillé des étapes de mise en œuvre, partenaires &amp; ressources à mobiliser) à disposition sur demande</p>

# 2. Les fiches actions

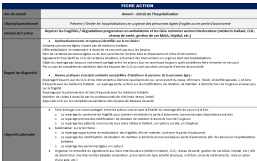
<b>Axe de travail</b>	<b>Amont / entrée</b>
<b>Objectif stratégique</b>	<b>Prévenir / limiter les hospitalisations en urgence des patients fragiles ou en perte d'autonomie</b>
<b>Action</b>	<b>n°3 : Améliorer la transmission des informations à l'entrée</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer de la transmission des informations nécessaires à une bonne prise en charge en cas d'hospitalisation (programmée ou non)</li> <li>• Mettre en cohérence cette action avec la fiche action visant à favoriser l'adressage vers les dispositifs d'hospitalisation programmée (fiche action 2)</li> <li>• Faciliter l'obtention d'informations en cas de sollicitation de la part des hospitaliers auprès des acteurs de ville</li> </ul>
<b>Indicateurs (processus et/ou résultats)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % d'hospitalisations de personnes âgées en gériatrie pour lesquelles le dossier patient est complet</li> </ul>
<b>Descriptif de l'action</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capitaliser sur l'expérimentation de la carte de coordination des soins élaborée par les URPS en ville et dans les hôpitaux</li> <li>2. Généraliser la transmission des dossiers patients par les acteurs de la ville (CLIC, réseaux de santé, centre, pôle de santé, etc.) lors d'une hospitalisation en urgence</li> </ol>
<b>Calendrier de réalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2<sup>nd</sup> semestre 2015 : adaptation et déploiement sur un infra-territoire de la carte de coordination</li> <li>• A partir du 1<sup>er</sup> semestre 2016 : déploiement généralisé de la carte sur le territoire Nord 92</li> <li>• 2<sup>nd</sup> semestre 2015 : sensibilisation des ambulanciers et du SAMU au partage d'informations</li> <li>• A partir du 2<sup>nd</sup> semestre 2015 : systématisation de l'utilisation des outils existants (fiche du PSU et des CLIC)</li> </ul>
<b>Précisions</b>	 <p>Détail de l'action (rappel du diagnostic, descriptif détaillé des étapes de mise en œuvre, partenaires &amp; ressources à mobiliser) à disposition sur demande</p>

# 2. Les fiches actions

<b>Axe de travail</b>	<b>Hospitalisation / sortie</b>
<b>Objectif stratégique</b>	<b>Réduire les ré-hospitalisations des patients complexes ou à risque de ré-hospitalisation</b>
<b>Action</b>	<b>n°4 : Consolider les temps d'échanges ville-hôpital existants pour anticiper certaines sorties complexes</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capitaliser sur les temps de réunions déjà existants afin de ne pas sur-solliciter les professionnels</li> <li>• Définir conjointement le profil des patients complexes à traiter lors de ces temps d'échange</li> <li>• Identifier en amont des réunions les patients à aborder lors des réunions</li> <li>• Trouver conjointement des solutions de prise en charge en sortie pour des cas des patients particulièrement complexes ou dans des situations bloquantes</li> </ul>
<b>Indicateurs (processus et/ou résultats)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de professionnels hospitaliers participant aux temps de rencontre en ville (déjà en place)</li> <li>• Nombre de professionnels de ville participant aux staffs hospitaliers (déjà en place)</li> <li>• Fréquence / périodicité des staffs hospitaliers avec participation des professionnels de ville</li> <li>• Fréquence / périodicité des rencontres en ville avec participation des professionnels hospitaliers</li> <li>• Nombre de situations complexes traitées lors des réunions en ville</li> <li>• Nombre de situations complexes traitées lors des réunions à l'hôpital</li> </ul>
<b>Descriptif de l'action</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Préciser le profil des cas complexes devant être traités en priorité lors des temps d'échange existants en ville ou à l'hôpital</li> <li>2. Favoriser l'ouverture des staffs hospitaliers aux professionnels de ville au sens large pour accompagner la sortie de certains patients très complexes</li> <li>3. Baliser des temps dédiés pour les professionnels hospitaliers afin de leur permettre de participer à quelques rencontres ciblées déjà organisées en ville (réunions MAIA, CLIC, réseau, etc.)</li> </ol>
<b>Calendrier de réalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déjà en cours pour certains staffs : ouverture des rencontres hospitalières (staffs ou commissions)</li> <li>• Déjà effective pour certains professionnels : participation des professionnels hospitaliers aux réunions organisées en ville</li> <li>• 2<sup>nd</sup> semestre 2015 : définition des situations où les réunions de professionnels ville hôpital sont les plus efficaces</li> <li>• 2<sup>nd</sup> semestre 2015 : organisation d'un planning de réunions en ville / à l'hôpital ouvertes à l'hôpital/à la ville</li> </ul>
<b>Précisions</b>	<div data-bbox="469 1861 727 2022" data-label="Image"> </div> <p>Détail de l'action (rappel du diagnostic, descriptif détaillé des étapes de mise en œuvre, partenaires &amp; ressources à mobiliser) à disposition sur demande</p>

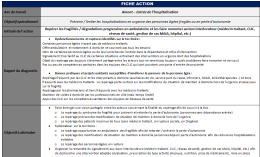


# 2. Les fiches actions

<b>Axe de travail</b>	<b>Hospitalisation / sortie</b>
<b>Objectif stratégique</b>	<b>Réduire les ré-hospitalisations des patients complexes ou à risque de ré-hospitalisation</b>
<b>Action</b>	<b>n°5 : Améliorer la transmission des documents de sortie d'hospitalisation aux professionnels de ville et aux patients</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer de la transmission au patient des informations sociales et sanitaires en sortie d'hospitalisation, afin de faciliter le relai de prise en charge</li> <li>• Garantir la transmission par anticipation aux professionnels de ville (notamment les IDE et pharmaciens) des informations qui permettent d'éviter des ruptures de prise en charge lors du retour à domicile</li> </ul>
<b>Indicateurs (processus et/ou résultats)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de sorties d'hospitalisation pour lesquelles le patient reçoit une pochette de sortie</li> </ul>
<b>Descriptif de l'action</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mettre en place des procédures de sortie et une pochette de sortie rassemblant les informations indispensables, données au patient</li> <li>2. Transmettre en anticipation certaines prescriptions et ordonnances aux professionnels de ville, par exemple par messagerie sécurisée</li> <li>3. Poursuivre le travail en cours de réduction du délai d'envoi du Compte-rendu d'hospitalisation (CRH) au médecin traitant via l'utilisation de la messagerie sécurisée</li> <li>4. Faire la promotion au sein des services de la carte de coordination des soins élaborée par les URPS en sortie d'hospitalisation (voir action n°3 sur la transmission des informations à l'entrée)</li> </ol>
<b>Calendrier de réalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3<sup>ème</sup> trimestre 2015 : élaboration de la pochette de sortie</li> <li>• 4<sup>ème</sup> trimestre 2015 : expérimentation de la pochette de sortie</li> <li>• A compter du 1<sup>er</sup> semestre 2016 : généralisation de la pochette de sortie</li> </ul>
<b>Précisions</b>	 <p>Détail de l'action (rappel du diagnostic, descriptif détaillé des étapes de mise en œuvre, partenaires &amp; ressources à mobiliser) à disposition sur demande.</p>



# 2. Les fiches actions

<b>Axe de travail</b>	<b>Hospitalisation / sortie</b>
<b>Objectif stratégique</b>	<b>Réduire les ré-hospitalisations des patients complexes ou à risque de ré-hospitalisation</b>
<b>Action</b>	<b>n°6 : Evaluer et améliorer les plans de soins et plans d'aide mis en place dans le cadre d'un retour à domicile</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyser les plans de soins et plans d'aide effectivement mis en œuvre en sortie au regard des préconisations faites à l'hôpital</li> <li>• Identifier les volets dont la mise en œuvre peut poser des problèmes et les leviers d'amélioration</li> </ul>
<b>Indicateurs (processus et/ou résultats)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de visites dans les services en amont de la sortie</li> <li>• Nombre d'évaluations de domicile réalisées</li> <li>• % de prises en charge réévaluée à n jours après la sortie.</li> </ul>
<b>Descriptif de l'action</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analyser conjointement (ville - hôpital) l'éventuel delta entre le plan préconisé en sortie et sa mise en œuvre effective à n jours après la sortie</li> <li>2. Recueillir des données et étudier les domaines récurrents pour lesquels la mise en œuvre peut poser des difficultés</li> <li>3. Formuler des préconisations pour une meilleure implémentation des plans de soins et plan d'aide prescrits en sortie d'hospitalisation</li> </ol>
<b>Calendrier de réalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4<sup>ème</sup> trimestre 2015 : définition de la méthodologie de recueil et d'analyse des informations sur le plan de soins et d'aide</li> <li>• 1<sup>er</sup> trimestre 2016 : conduite des visites à « J + n » jours après la sortie pour contraster les plans élaborés et les plans réalisés</li> <li>• 2<sup>nd</sup> trimestre 2016 : analyse et formulation des préconisations pour élaboration des plans</li> </ul>
<b>Précisions</b>	 <p>Détail de l'action (rappel du diagnostic, descriptif détaillé des étapes de mise en œuvre, partenaires &amp; ressources à mobiliser) à disposition sur demande</p>

# 2. Les fiches actions

<b>Axe de travail</b>	<b>Coordination</b>
<b>Objectif stratégique</b>	<b>Faciliter les échanges d'information</b>
<b>Action</b>	<p><b>n°7 :</b>  <b>Poursuivre le déploiement de la messagerie sécurisée de santé en ville et à l'hôpital</b></p>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire connaître auprès des acteurs du territoire les cas d'usage (repérage, hospitalisations programmées, sortie d'hospitalisation, etc.) et documents associés qui peuvent être utilement transmis par messagerie sécurisée</li> <li>• Recenser et faire connaître pour chaque document les acteurs de santé amenés à envoyer / remplir / modifier/ recevoir les documents</li> <li>• Permettre techniquement le partage sécurisé et rapide de données entre les professionnels de la ville et de l'hôpital</li> <li>• Vérifier avec les acteurs que les usages de la messagerie sécurisée s'intègre dans leurs processus professionnels routiniers</li> </ul>
<b>Indicateurs (processus et/ou résultats)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de services directement impliqués dans la prise en charge des personnes âgées dotés d'une adresse générique</li> <li>• % de professionnels hospitaliers utilisant en routine la messagerie sécurisée pour échanger des informations avec la ville</li> <li>• % de professionnels de ville utilisant en routine la messagerie sécurisée pour échanger des informations avec l'hôpital</li> </ul>
<b>Descriptif de l'action</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recenser et faire connaître les cas d'usage et documents associés pouvant être échangés par les acteurs du territoire</li> <li>2. Aider au déploiement technique de la messagerie sécurisée, comme levier du lien ville / hôpital</li> <li>3. Vérifier que les documents de liaison élaborés dans le cadre du projet sont facilement échangeables sur postes de travail en ville et à l'hôpital.</li> </ol>
<b>Calendrier de réalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juin – juillet 2015 : réalisation des 2 documents de procédure pour installation / acquisition adresse sécurisée à l'hôpital et en ville</li> <li>• Septembre 2015 : validation des outils de liaison, réalisation et communication du document de synthèse présentant les cas d'usage et les documents type associés</li> <li>• A partir de septembre 2015 : déploiement des messageries</li> <li>• 1<sup>er</sup> trimestre 2016 : premiers retours d'expérience des acteurs</li> </ul>
<b>Précisions</b>	<div data-bbox="469 1733 727 1895" data-label="Image"> </div> <p>Détail de l'action (rappel du diagnostic, descriptif détaillé des étapes de mise en œuvre, partenaires &amp; ressources à mobiliser) à disposition sur demande</p>

# 3. L'avancement des actions et perspectives

## Le degré d'urgence et les dynamiques déjà en cours ont incité les professionnels à prioriser dans un 1<sup>er</sup> temps certaines actions. Ainsi, le projet territorial de santé amorce d'ores-et-déjà sa phase opérationnelle

Les actions n°1, 2 et 3/5 ont été jugées prioritaires par la communauté de professionnels : elles ont ainsi été entamées dans un 1<sup>er</sup> temps, l'état d'avancement des travaux à date étant alors présenté ci-dessous.

### Action n°1 : Repérer les fragilités et les risques de décompensations / dégradations progressives en ambulatoire et les faire remonter au bon interlocuteur

#### Travaux réalisés

Adoption et définition de 2 objets de repérage :

- « Syndrome de fragilité » chez les personnes âgées non dépendantes mais à risque de perte d'autonomie (hors GIR ou GIR 5/6), pour la plupart non suivies au domicile
- Risque de décompensation / dégradation les personnes âgées dépendantes, pour la plupart suivies au domicile

Identification des acteurs et lieux du repérage :

- Acteurs « sentinelle » du repérage, toute personne au contact de la personnes âgées, notamment acteurs du domicile et pharmaciens, qui feront remonter les difficultés suspectées
- Médecin traitant confirmé dans son rôle « pivot », amené à confirmer / infirmer le repérage et à lancer les actions adéquates (voir fiche action n°2 : accès aux ressources)

Outils du repérage :

- Après étude des outils, adoption d'une grille unique de repérage (pour la fragilité et les risques de décompensation / dégradation), en s'inspirant sur le modèle HAS (gérontopôle de Toulouse) adapté aux spécificités du territoire. La grille sert à la fois :
  - . Aux SSIAD, SSAD, CLIC, libéraux intervenant au domicile pour repérer des risques de décompensation ou des fragilités suspectées
  - . Au médecin traitant pour confirmer / infirmer les problèmes suspectés qui lui remontent (fragilité ou décompensation)

Définition du circuit de remontée de l'information au médecin traitant :

- Paramédical / pharmacien / professionnel du domicile connaissant le médecin traitant : remontée directe et peu chronophage via la grille
- Paramédical / pharmacien / professionnel du domicile ne connaissant pas le médecin traitant : remontée du repérage au CLIC commune qui ensuite contacte le médecin traitant
- 2 enjeux à terme :
  - . a) acteurs « sentinelle » adoptent la grille (tracer les repérages)
  - . b) médecin traitant repère et confirme la fragilité lors d'une consultation classique

#### Travaux à venir

Plan de communication et formation pour sensibiliser / former les acteurs à l'utilisation des grilles et à la remontée des alertes :

- Elaboration d'un mode d'emploi sur les outils déployés
- Elaboration d'un plan de communication et formation à l'utilisation des outils. 2 leviers : réunions existantes (MAIA, CLIC, réseaux, filière gériatrique, etc.) et DPC
- Tester les outils et circuits de remontée sur le territoire avec acteurs volontaires et au besoin les adapter

#### Portage

Animation du dispositif / adaptation / évaluation :

- Réseau(x) de santé en appui sur la filière et CLIC

Diffusion de la grille de repérage :

- Réseau(x) de santé
- CLIC et coordination gérontologique
- URPS

Communication et formation à l'utilisation de la grille :

- Réseaux de santé + filière gériatrique

### Action n°2 : Faciliter l'accès à l'offre du territoire (de 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> niveaux)

Choix collectif de capitaliser sur deux dynamiques locales existantes : Share Collègues (solution existante de répertoire en ligne portée par des professionnels du 1<sup>er</sup> recours) et annuaire MAIA

- Solution pragmatique promue en table tactique MAIA, à valider par les autres instances
- Possibilité de s'appuyer sur cette dynamique locale pour répondre au futur cahier des charges national relatif au répertoire MAIA

#### Travaux réalisés

- Réunions de travail PSU / MAIA / réseaux pour centraliser les contenus (coordonnées et descriptifs) : formalisation des fiches des acteurs et réflexion sur le partage des données
- Identification des actions à mener et des moyens nécessaires pour faire évoluer l'outil actuel Share Collègue : temps de remplissage des fiches, formation à l'utilisation de l'outil, temps de mise à jour des données
- Première remontée d'information auprès des acteurs (test)

# 3. L'avancement des actions et perspectives

## Travaux à venir

- Validation de cette approche transitoire dans les instances concernées : table stratégie MAIA et en COPIL lien ville-hôpital Nord 92
- Formalisation des différentes fiches modèles ou « fiches partenaires » selon les acteurs : plusieurs réunions à prévoir
- Sollicitation des différents acteurs pour communication de leurs données : prise de contact avec l'ensemble des acteurs du territoire ou par l'intermédiaire de référents dans certaines structures
- Remplissage des différentes fiches (par un référent par structure ou par chacun des professionnels) : formation / mode d'emploi pour le remplissage
- Présentation de l'outil et sensibilisation à son utilisation auprès de l'ensemble des acteurs de ville du Nord 92 : réunions de présentation, par exemple dans le cadre de la filière
- A l'occasion de staffs hospitaliers ouverts à la ville, proposition aux professionnels de ville du territoire de développer en complément un « vademécum » : cas d'usage du recours au ressources, par exemple suite à un repérage (fiche action n°1)

## Portage

Pilotage global de l'action :

- MAIA avec le PSU GVLG pour Share Collègues

Finalisation format des fiches de coordonnées :

- Réflexion en cours portée par le PSU GVLG et la pilote MAIA

Sollicitation des acteurs du territoire pour le remplissage des fiches/ relance et actualisation :

- MAIA en appui avec PSPU GVLG

Formation au remplissage des fiches :

- MAIA - PSU GVLG + acteurs relais sur le territoire (responsables identifiés dans chaque structure / service)

## Actions n° 3/5 : Améliorer la transmission des informations à l'entrée et des documents de sortie d'hospitalisation aux professionnels de ville et aux patients

### Travaux réalisés / documents à l'entrée

Carte de coordination des soins (objectif : permettre aux professionnels hospitaliers d'identifier les professionnels de ville du patient dès son arrivée à l'hôpital)

- Adoption en l'état de la carte élaborée par l'URPS Île-de-France
- Réalisation de 3 documents d'accompagnement pour impliquer les patients, les professionnels de ville et les hospitaliers
- Plan de communication en ville et à l'hôpital
- A terme, possibilité de reprendre une application testée sur un autre territoire ?

Fiche d'adressage du médecin traitant vers l'hôpital à l'entrée :

- Enjeu : un modèle peu chronophage pour le médecin traitant (données extraites du logiciel) et fournissant un nombre limité de données utiles pour l'hôpital
- Accord pour un document d'envoi unique utilisé à la fois pour consultation / hospitalisation programmée / hospitalisation en urgence
- Modèle adapté de fiche utilisée par PSPU GVLG et LM et du « Dossier de liaison d'urgence »
- Difficultés techniques pour la transmission des données par messagerie sécurisée en ville et à l'hôpital à résoudre dans un premier temps avec un nombre limité de services et de structures en ville (cf. fiche action n°7)

Travaux réalisés / documents en sortie :

Reprise du « Document de sortie d'hospitalisation > 24h » établi par la HAS qui doit être adopté par hôpitaux à compter de 2016 (cf. accréditation) /

- Format et contenu adaptés aux attentes de la ville (tableau sur les médicaments entrée / sortie)
- Formation des équipes au sein de services au remplissage du document

L'enveloppe de sortie. Objectif : remettre au patient une enveloppe contenant l'ensemble des traitements à l'attention des professionnels de ville :

- Accord pour une adaptation d'un modèle de pochette utilisée en Bretagne permettant au premier professionnel en contact avec le patient en sortie de récupérer les prescriptions qui le concernent et de réorienter au besoin vers le médecin traitant
- Coopération des services gériatriques avec certains services pour faire converger l'enveloppe sur la forme avec un cahier de sortie du patient (ETP)
- Services cibles: gériatrie (MCO et SSR), médecine interne

## Portage

Animation du dispositif :

- Filière gériatrique, en coopération avec structures relais en ville, dont URPS

Carte de coordination:

- URPS avec filière et CLIC en relais

Fiche d'adressage :

- Consolidation cas d'usage entre quelques structures de ville et quelques services

Documents de sortie (CRH + pochette) :

- Services concernés dans le cadre de la filière (impliquer la médecine interne)

# 3. L'avancement des actions et perspectives

## Les perspectives pour la poursuite du projet territorial

### Finalisation des outils de liaison, test des outils et diffusion sur le territoire

- Poursuite de groupes de travail par fiche action en vue de finaliser les différents outils et documents de liaison et préparer au besoin leur « mode d'emploi »
- Test des outils avec les acteurs du territoire et éventuelles adaptations
- Elaboration d'un plan de communication et de formation aux outils en vue de leur adoption en routine par les acteurs du territoire

### Consolidation du portage des actions par les référents identifiés en COPIL

- Travail entre les porteurs et partenaires des actions et la délégation territoriale 92 de l'ARS afin de préciser les modalités de portage pérenne des actions
- Appui méthodologique aux porteurs des actions pour outiller le plan de travail et l'animation de l'action dont ils ont la charge
- Mise en place d'un comité de suivi opérationnel associant les porteurs et élargi aux partenaires principaux : mise en cohérence des fiches, résolution de difficultés, etc.
- Articulation du suivi de la feuille de route avec les travaux de filières, MAIA, réseau de santé, etc.

### Déploiement de la messagerie sécurisée de santé en ville et à l'hôpital (cf. action 7)

- En lien avec la Direction de la Stratégie de l'ARS, démarrage de l'appui, mise en place de l'action n°7
- Spécification des besoins des acteurs utilisant déjà la messagerie sécurisée en ville et à l'hôpital
- Appui à la résolution de certaines difficultés techniques en ville et à l'hôpital
- Promotion du développement des usages pour l'échange des documents de liaison ville / hôpital
- Sensibilisation des acteurs et services en ville et à l'hôpital qui ne sont pas encore dotés de messagerie ou n'ont pas l'usage

### Incitation des professionnels de ville issus des communes les moins impliqués à se mobiliser dans la démarche

- Identification des professionnels de ville libéraux de ces communes potentiellement intéressés par l'exercice pluri professionnel coordonné pour leur présenter la démarche. Si pertinent, présentation du projet aux élus de ces communes
- Exposé de l'avancée des travaux aux équipes des centres de santé implantés dans ces communes

