



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

Diagnostic infra-territorial posé par les  
acteurs locaux

## **Synthèse**

Avril 2015

*Ce document propose une synthèse du diagnostic territorial du Nord 92 (réalisé dans le cadre de la Phase 2 de la mission confiée à Acsantis).*

*Ce document de synthèse ne vise pas l'exhaustivité. Les éléments quantitatifs caractérisant le territoire (profil démographique et socio-économique de la population, état sanitaire et offre de santé sur le territoire) issus de la documentation en accès public et des informations communiquées par les partenaires de la démarche, sont ici résumés. Les éléments qualitatifs, ayant émergé des entretiens qualitatifs avec les acteurs ainsi que des groupes de travail (cf. éléments méthodologiques présentés ci-dessous) sont également synthétisés. Ainsi, pour tout complément, nous vous invitons à vous reporter au diagnostic complet.*

*Ce diagnostic n'étant qu'une photographie à un instant donné des enjeux du territoire et ayant été réalisé avec le concours d'une partie des acteurs, il peut être partiel et pourra être enrichi ultérieurement.*

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

Pour toute information : [didier.marty@ars.sante.fr](mailto:didier.marty@ars.sante.fr), délégué territorial adjoint 92

<b>1. Introduction</b>	<b>3</b>
1.1 Le contexte national	3
1.2 Les enjeux spécifiques de la coopération ville-hôpital	3
1.3 Le Nord 92 : contexte sanitaire du territoire	3
<b>2. Présentation de la démarche</b>	<b>4</b>
2.1 L'objectif du projet	4
2.2 Le périmètre du projet	4
2.3 L'organisation des travaux	4
2.4 Le suivi des travaux	4
2.5 La méthodologie déployée	4
<b>3. Synthèse des principaux éléments de diagnostic</b>	<b>6</b>
3.1 Les points de ruptures et les dysfonctionnements du parcours	6
3.2 Les bonnes pratiques et projets déjà développés sur le territoire	7
<b>4. Conclusion</b>	<b>9</b>

# 1. Introduction

## 1.1 Le contexte du projet

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.

## 1.2 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 au domicile.

## 1.3 Le Nord 92 : contexte sanitaire du 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).

# 2. Présentation de la démarche

Au regard de ces éléments, l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France (siège et délégation territoriale des Hauts-de-Seine) s'est mobilisée pour modéliser l'amélioration des liens ville-hôpital, en prenant le Nord 92 et les personnes âgées comme objet d'expérimentation.

## 2.1 L'objectif du projet

L'objectif de cette mission 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.

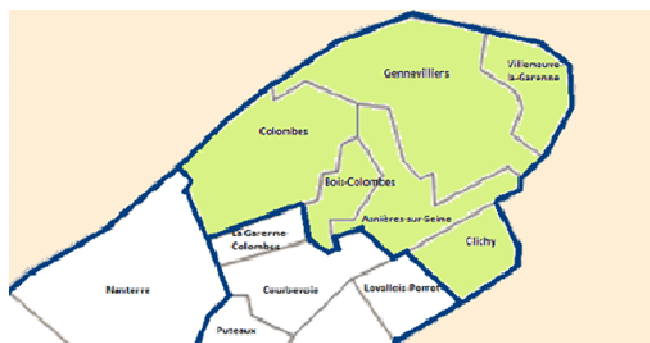
## 2.2 Le périmètre du projet

**Un infra-territoire de 6 communes du Nord 92 :** Colombes, Bois-Colombes, Asnières-sur-Seine, Clichy, Gennevilliers, Villeneuve-la-Garenne (mais des flux de population hors/intra territoire pris en compte).

**Une population cible « personne âgées » :** Volontairement élargie aux 60 ans et plus pour prendre en compte la sur-prévalence de certaines ALD sur ce territoire dans cette classe d'âge. (Le Nord 92 compte environ 52 000 personnes de plus de 60 ans et 19 000 de plus de 75 ans).

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

**« L'hôpital » :** Etablissements MCO et SSR du territoire, offre spécifiquement gériatrique mais également différents services impliqués (urgences, médecine générale, pneumologie, chirurgie orthopédique, psychiatrie...)



## 2.3 L'organisation des travaux

La démarche est organisée en 3 phases principales (précédées d'une phase de cadrage) :

- **Phase 1 - Cadrage de la mission :** Définition du calendrier, des instances de travail et de validation ainsi que des outils déployés ;
- **Phase 2 - Diagnostic** (finalisée fin mars 2015) : Etude documentaire et entretiens avec un maximum d'acteurs de la ville et de l'hôpital ainsi qu'avec des représentants d'usagers (plus de 60 acteurs interviewés).
- **Phase 3 - Plan d'actions** (de fin mars à début juin 2015) : Elaboration collective avec les acteurs intéressés du plan d'actions prioritaires.
- **Phase 4 - Accompagnement à la mise en œuvre** (jusqu'à la rentrée 2015) : Accompagnement des actions prioritaires dans leur mise en œuvre au démarrage.

## 2.4 Le suivi des travaux

L'ensemble des travaux est soumis à la validation du Comité de Pilotage de l'étude, rassemblant les représentants des acteurs du territoire suivants :

- Représentants de l'Agence Régionale de Santé (siège et délégation territoriale) ;
- Représentants des professionnels de 1er recours : Centre de santé de Gennevilliers (représentant les autres centres de santé municipaux du territoire) et centre de santé Croix-Rouge de Villeneuve-la-Garenne, Pôle de santé universitaire de Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne, réseaux de santé (Agekanonix, Scop et Arès) ;
- Représentants des établissements MCO et SSR du territoire : direction et référente parcours de soins du GH Nord Val de Seine, direction de la Fondation Roguet,
- Représentants des URPS infirmiers et kinésithérapeutes ;
- Représentants des usagers ;
- Conseil général.

## 2.5 La méthodologie déployée

L'enjeu de la Phase 2 était l'enrichissement des données quantitatives de diagnostic d'éléments davantage qualitatifs, afin de faire émerger les principales ruptures et les dysfonctionnements identifiés sur le territoire au cours du parcours de la personne âgée, mais également les bonnes pratiques et les projets existants ou en développement, susceptibles d'améliorer le lien entre la ville et l'hôpital et par conséquent le parcours des personnes âgées.

Ce diagnostic qualitatif s'est ainsi articulé autour d'entretiens qualitatifs et de groupes de travail collectif avec les acteurs du territoire.

# 2. Présentation de la démarche

## Les entretiens qualitatifs :

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 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, au sein de la Délégation territoriale de l'ARS. Ils ont été caractérisés par une participation importante des acteurs du territoire (environ 25 acteurs présents pour chaque groupe) :

- 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.

## Les objectifs des groupes de travail :

- Amender et valider collectivement les principaux résultats du diagnostic ;
- Identifier et hiérarchiser collectivement les principales ruptures et dysfonctionnements dans le parcours des personnes de plus de 60 ans ainsi que les projets et bonnes pratiques existante ;
- Compléter la cartographie des projets et des bonnes pratiques reposant sur le lien ville-hôpital et qui contribuent à fluidifier le parcours des personnes âgées sur le territoire.

## La méthode mise en œuvre :

- En amont des deux groupes, envoi aux participants d'un document de synthèse des principaux enseignements des entretiens qualitatifs ;
- Présentation en séances de ces éléments hiérarchisés dans des tableaux permettant de passer en revue l'ensemble du parcours (amont ► entrée ► hospitalisation ► sortie et aval) ;
- Discussion collectives des participants : hiérarchisation des principaux dysfonctionnements et ruptures et identification des projets et bonnes pratiques existants sur le territoire ;
- Compléments des éléments qualitatifs par Acsantis, intégrant ces données discutées en groupe.

# 3. Synthèse des éléments de diagnostic

Les tableaux suivants font la synthèse des points de ruptures et les dysfonctionnements constatés par les acteurs dans le parcours des personnes âgées sur le territoire ainsi que des bonnes pratiques et des projets existants. Pour plus détails, nous vous invitons à vous reporter sur le diagnostic complet du territoire.

## 3.1 Les points de ruptures et les dysfonctionnements du parcours

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. Une synthèse de ces éléments est présentée ci-dessous et un tableau plus détaillé est proposé dans le diagnostic complet du territoire, précisant les caractéristiques infra territoriales ou propres à certains acteurs du territoire.

Ville / Amont	Entrée	Hospitalisation	Sortie / Aval
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Offre de 1<sup>er</sup> recours insuffisante, notamment visites à domicile (Point noir : kinés)</li> <li>▪ Personnes âgées n'ayant pas de médecin traitant (ou n'identifiant pas son rôle)</li> <li>▪ Faiblesse de la coordination gérontologique sur certaines communes par rapport aux besoins</li> <li>▪ Dénis de certains patients/familles</li> <li>▪ Difficulté à programmer une hospitalisation</li> <li>▪ Difficulté à joindre un interlocuteur hospitalier</li> <li>▪ Manque de temps des hospitaliers pour « sortir » vers la ville</li> <li>▪ Manque de places en hébergement temporaire</li> <li>▪ Faible déploiement/utilisation des outils de partage d'information (MSS, dossier pharmaceutique...)</li> <li>▪ Manque de lisibilité sur l'articulation des différents acteurs</li> </ul>	<p><b><u>Selon / du côté de la ville...</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Méconnaissance des dispositifs permettant d'éviter le passage par les urgences...</li> <li>▪ ... et hétérogénéité /lisibilité des dispositifs alternatifs aux hospitalisations classiques</li> <li>▪ Offre d'accueil de jour insuffisante</li> <li>▪ Difficulté/insuffisance d'adressage HAD</li> <li>▪ Professionnels de ville non systématiquement tenus au courant d'une hospitalisation</li> </ul> <p><b><u>Selon / du côté de l'hôpital...</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Difficultés d'identification des professionnels de ville</li> <li>▪ Insuffisante transmission d'information (traitement, prise en charge, situation sociale) car dossier absent / info transmise non exploitable / professionnels difficilement joignables...</li> <li>▪ Pics d'engorgement des urgences</li> <li>▪ Envoi vers les urgences depuis les EHPAD</li> </ul>	<p><b><u>Selon / du côté de la ville...</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patients perdus de vue par les professionnels de ville (transferts...)</li> <li>▪ Difficulté à joindre un interlocuteur hospitalier</li> <li>▪ Organisation du séjour centré sur réduction DMS et pas assez sur réduction DMS + relais ville / prévention ré hospitalisation</li> </ul> <p><b><u>Selon / du côté de l'hôpital...</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Difficulté administrative/sociale pour anticiper les sorties</li> <li>▪ Nombre insuffisant de lits de court séjour gériatrique</li> <li>▪ Absence de médecins ou gériatres dans les services de chirurgie</li> <li>▪ Personnes âgées ne se sentant pas assez informées sur l' « après » hospitalisation</li> </ul>	<p><b><u>Selon / du côté de la ville...</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Long délai d'envoi des CRH</li> <li>▪ CRH parfois incomplets/peu compréhensibles</li> <li>▪ Difficulté de suivi/conciliation des traitements (manque d'information)</li> <li>▪ Difficulté à joindre un interlocuteur hospitalier</li> <li>▪ Recours à des prestataires à domicile pas toujours adapté/abusif</li> <li>▪ Recours HAD pas toujours adapté</li> </ul> <p><b><u>Selon / du côté de l'hôpital...</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organisation de la sortie centrée sur le social</li> <li>▪ Longs délais des procédures administratives</li> <li>▪ Manque de places d'aval (not. patients lourds)</li> <li>▪ Peu d'outils de liaison en sortie (excepté dispositifs Prado, ARDH, APA...)</li> <li>▪ Insuffisante médicalisation des EHPAD</li> <li>▪ Manque de formation des personnels des SAD</li> </ul>

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 1<sup>er</sup> 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.



# 3. Synthèse des éléments de diagnostic

## 3.2 Les bonnes pratiques et projets déjà développés sur le territoire

De même, sont synthétisés ci-dessous les bonnes pratiques ou projets déjà développés sur le territoire et permettant, d'après les acteurs eux-mêmes, d'améliorer le parcours des personnes âgées en contournant ou palliant les dysfonctionnements existant.

Ville / Amont	Entrée	Hospitalisation	Sortie / Aval
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maintien des personnes à domicile : visites à domicile du 1er recours, CLIC, réseaux</li> <li>▪ Repérage de patients à risque par les pharmaciens, infirmiers, SAD</li> <li>▪ Evaluations gérontologiques</li> <li>▪ Consultations gériatriques sur demande de la ville</li> <li>▪ Consultations avancées en CMS en pré-hop (toutefois limitées à un CMS)</li> <li>▪ Liens privilégiés professionnels de villes / hôpital grâce aux réseaux</li> <li>▪ Espaces de concertation existants (réseaux, CLIC, MAIA...) et participation occasionnelle des hospitaliers</li> <li>▪ Mise en place d'outils pour améliorer lisibilité offre (ROR MAIA, annuaire médecins, etc.)</li> <li>▪ Formalisation d'un guichet intégré (MAIA)</li> <li>▪ Utilisation de la carte de coordination des soins (toutefois peu répandue)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programmation possible des hospitalisations par tel/mail (essentiellement à Louis Mourier)</li> <li>▪ Réservation de lits non programmés (toutefois nombre limité)</li> <li>▪ Existence de procédures de repérage des cas complexes (anticipation de la sortie)</li> <li>▪ Organisation pour limiter le temps d'attente aux urgences (Bichat, Beaujon)</li> <li>▪ Envoi systématique par les CLIC des informations de leurs patients en cas d'hospitalisation</li> <li>▪ Utilisation de la carte de coordination des soins (toutefois peu répandue)</li> <li>▪ Protocolisation urgences gériatriques avec acteurs médico-sociaux (essentiellement Beaujon)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lien facilité quand patients appartenant à la file active des réseaux, centres et pôle de santé, CLIC, MAIA...</li> <li>▪ Participation de professionnels de ville aux staffs hospitaliers</li> <li>▪ Renforcement en cours des EMG en interne</li> <li>▪ Projet de conciliation médicamenteuse</li> <li>▪ Echanges formalisés et systématisés au moins entre les CLIC et les antennes sociales des établissements</li> <li>▪ Travail en cours autour de la filière gériatrique Beaujon</li> <li>▪ Système d'information partagé du réseau Scop</li> <li>▪ Organisation du volet clinique de la sortie en cancérologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Commissions des séjours complexes (réflexions en cours)</li> <li>▪ Consultations avancées en CMS en post-hop (toutefois limitées à un CMS)</li> <li>▪ Maintien des personnes à domicile : visites à domicile du 1er recours, CLIC, réseaux</li> <li>▪ « Sortie » de certains acteurs hospitaliers en ville (AS, équipes mobiles, toutefois marginale)</li> <li>▪ Rôle de lien joué par les CLIC / coordination gérontologique</li> <li>▪ Visite dans les services des infirmiers coordinateurs (HAD notamment)</li> <li>▪ SSIAD lourd (toutefois très marginal)</li> <li>▪ Coopération EHPAD et HAD</li> <li>▪ Actions d'ETP en ambulatoire (toutefois marginales)</li> </ul>

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 certaines 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.

# 3. Synthèse des éléments de diagnostic

- 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.



# 4. 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.

---

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](http://ars.iledefrance.sante.fr)

**ars**  
Agence Régionale de Santé  
Île-de-France