

Synthèse des rapports d'activité des lauréats de l'AAP 2023 pour l'amélioration de la pertinence des parcours de soins et de la coordination ville-hôpital

Cet appel à projets avait pour objectif de promouvoir des projets visant l'amélioration de la pertinence des parcours de soins et de la coordination de la prise en charge entre les acteurs de la ville, des établissements de santé et des établissements médico-sociaux.

Le bilan dans le tableau ci-dessous présente les retours d'expériences des établissements de santé sur la mise en œuvre des projets, ainsi que leur évaluation.

Les projets réalisés devaient porter sur une des 2 thématiques prioritaires suivantes :

1-L'amélioration du lien ville - hôpital pour la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques

1. 1. Objectif : Préparer la sortie de l'hôpital de façon optimale et coordonnée entre les acteurs de l'hôpital et de la ville dans l'objectif de limiter les ré-hospitalisations et le recours aux services d'accueil des urgences (SAU), en mobilisant les dispositifs disponibles.

1.2. Objectif : Organiser et anticiper l'hospitalisation directe sans passer par les urgences.

2- Le parcours médicamenteux

Objectif : Améliorer la pertinence du parcours médicamenteux.

1- Coordination ville-hôpital pour la prise en charge des patients atteints de pathologie(s) chronique(s)

Nom de la structure et projet	Réalisation du projet	Evaluation du projet (résultats, points de vigilances, contraintes)
Clinique Marcel Sembat (92) <u>Projet</u> Améliorer le lien ville-hôpital pour la prise en charge de patients pédiatriques et adultes atteints de pathologies chroniques, cancer, ou handicap.	Recrutement d'une IDE coordinatrice pour l'organisation d'un parcours coordonné : - entretien préopératoire et d'organisation du parcours et du plan personnalisé de soin. - coordination interne avec les spécialistes, l'imagerie...staff pluridisciplinaires, RCP. - mise en place d'un numéro d'appel unique pour joindre la coordinatrice. - organisation des dépistages à risque élevé. - mise en place d'une check-list de sortie. - lettre de liaison, CRO + ordonnance transmis par messagerie sécurisée dans le DMP. - organisation de la sortie avec les établissements de réadaptation ou les HAD. - adhésion aux réseaux de santé favorisant la prévention et la coordination (Respad, douleur Paris, ReVHO ...). - mise en place de la conciliation médicamenteuses pour les plus de 75 ans. - valorisation possible de la PEC sous forme d'HDJ (pré-op).	- une amélioration du lien ville-hôpital notamment au travers de la transmission de l'information médicale et paramédicale lors de la sortie. - des sorties fluidifiées permettant ainsi d'éviter les retards de prise en charge dans un contexte local de tensions hospitalières et d'errance des patients. - une amélioration des pratiques professionnelles notamment soignantes, et des évaluations organisées sur les processus « parcours patient ». - le patient est au cœur du parcours coordonné et acteur de celui-ci. Implication des usagers : organisation d'enquête satisfaction, et d'audit patient traceur. - une diminution observée des ré-hospitalisations proportionnellement à l'activité. - une amélioration de la sécurité médicamenteuse lors des séjours (+75 ans), et une amélioration de la communication entre les hospitaliers, le médecin généraliste et le pharmacien limitant ainsi le risque d'erreur médicamenteuse.
HUPSSD, Avicenne (93) <u>Projet</u> Mise en place d'une coordination de soins pour les patients vus en consultation ou en hospitalisation	Recrutement d'une médiatrice en santé assurant la coordination du parcours de soin. - après l'identification des motifs d'orientation (problème d'observance, compréhension des éléments médicaux, difficulté dans les démarches de soin) une première consultation d'évaluation est réalisée et un plan de soins est défini. - animation d'ateliers en partenariat avec France Alzheimer pour échanger avec les aidants.	- des orientations plus adaptées au profil des patients (accueil de jour, SSIAD, plateforme d'accompagnement ...). - une amélioration de l'observance. - des ouvertures de droits facilitées. - une amélioration de la compréhension du système de soins, principale cause de rupture dans le parcours de soin. - des hospitalisations et des passages au SAU évités grâce aux consultations d'urgence.

souffrant de troubles cognitifs (neuro)	- mise en place de consultation d'urgence en coordination avec les neurologues. - implication des acteurs du territoire : les DAC, les équipes spécialisées Alzheimer 93, les assistants sociaux du département 93, CCAS ...	- des actions favorisant le maintien à domicile (prestations à domicile) organisées par les équipes spécialisées et le CCAS. - un soutien pour les aidants qui se retrouvent généralement isolés et épuisés. - une communication plus fluide et organisée avec les partenaires.
CPTS 78 Porte de Normandie <u>Projet</u> Mise en place d'une coordination ville hôpital pour deux parcours : - parcours de prise en charge des personnes âgées, - parcours de prise en charge des femmes vulnérables en gynécologie	Recrutement d'une infirmière coordinatrice intégrée à l'équipe de la CPTS. - préparation et suivi des sorties hospitalières en lien étroit avec les hospitaliers et les professionnels de ville. - sécurisation du retour et du maintien à domicile afin de limiter le recours aux urgences ; renforcer la qualité du suivi ambulatoire. - mise en place d'une ligne téléphonique dédiée. - création d'affiches, de flyers et de webinaire sur l'organisation des parcours. - repérage des signes précoces afin d'anticiper les décompensations, d'adapter la prise en charge et d'éviter/retarder l'hospitalisation. - organisation d'un relais par le DAC pour les patients complexes et définition d'une graduation des niveaux d'accompagnement entre l'hôpital, la CPTS et le DAC.	- une meilleure connaissance mutuelle des professionnels, des modalités de fonctionnement de chacun, et des ressources disponibles sur le territoire. - la dynamique collective a contribué à améliorer la fluidité des parcours, à éviter les ruptures de prise en charge lors de la sortie et prévenir les passages au SAU en particulier pour les personnes âgées. - le parcours coordonné contribue à améliorer l'expérience patient et à limiter les situations de renoncement aux soins ou de rupture. <u>Point de vigilance :</u> - la prise en charge des patients médicalement fragiles ne relève d'aucun parcours identifié, ni assez complexe pour mobiliser le DAC, ni suffisamment en situation sociale précaire pour activer les aides classiques. Le temps et l'intensité de la coordination et de l'accompagnement ont été sous-estimés. - les hospitalisations directes à la demande des médecins traitants se heurtent à des difficultés organisationnelles (en gériatrie).
CH Fondation Vallée (94) <u>Projet</u> Amélioration du parcours de soins psychiatriques des jeunes de 0 à 18 ans	Recrutement d'une IDEC afin de renforcer les liens VH en y apportant une expertise clinique. - réalisation d'un diagnostic territorial afin d'identifier les besoins spécifiques du secteur. - renforcement des rencontres entre hospitaliers et libéraux qui a permis une meilleure connaissance des ressources locales. - développement de parcours alternatifs par des co-suivis de la MSP et les CMP pour les patients en attente de soins spécialisés. - l'accès à un MG référent facilité.	- une meilleure organisation des soins grâce au travail en réseau renforcé qui a permis d'anticiper les sorties d'hospitalisations. - des progrès notables observés dans l'accessibilité aux soins psychiques et somatiques, et également en situation de crise limitant le passage aux urgences. - une meilleure évaluation des situations cliniques grâce au développement des compétences professionnelles (repérage des troubles). - le choix de Santélien comme outil régional de coordination.

	- la formation des libéraux au repérage et prise en charge des troubles neuro développementaux. - développement du réseau professionnel aux communes environnantes notamment avec les partenaires somatiques.	<u>Contraintes identifiées :</u> - nécessité de réaliser un diagnostic territorial. - des craintes et incompréhensions des professionnels de ville face à l'ouverture de l'hôpital vers la ville. <u>Axes d'amélioration :</u> - développement de l'implication des usagers (retour d'expériences, groupes de paroles etc ...). - création d'ateliers de guidance parentale en cours afin de renforcer les compétences parentales et soutenir le développement des enfants. - création en cours d'une lettre de liaison standardisée.
--	--	--

2- Parcours médicament

GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences (75) <u>Projet</u> Optimisation du parcours médicamenteux des patients pris en charge en unité de soins intensifs neurovasculaires : mise en place d'une conciliation médicamenteuse entrée/sortie, en lien avec la ville	- conciliation d'entrée et de sortie pour les patients de plus de 75 ans, hospitalisés pour un AVC aigu, sortant directement à domicile, polymédicamentés et/ou recevant un traitement à risque. - utilisation des crédits pour le recrutement d'un préparateur en pharmacie affecté à la conciliation d'entrée principalement. - communication auprès des CPTS.	- satisfaction des professionnels et adhésion à la démarche. - satisfaction des patients : 94% sont « très satisfaits » de la démarche. - 310 conciliations d'entrée (CME) et 40 conciliations de sorties (CMS) réalisées. - 56% des CMS comprenaient au moins 1 divergence non intentionnelle (DNI). Niveaux de gravité : 22 mineurs, 4 significatifs et 4 majeurs. - 100% des DNI ont été modifiées par le prescripteur. - la CMS nécessite un temps pharmaceutique et médical important : entre 45-70 minutes : 30 minutes de préparation de documents, 5-10 minutes de mise au point avec le médecin et 10-30 minutes d'entretien patient. <u>Points forts du projet :</u> - amélioration de la communication entre pharmacie et service de neurologie ; - amélioration de l'organisation de la sortie des patients de l'UNV (anticipation) ;
---	--	--

		- vigilance renforcée des neurologues vis-à-vis des prescriptions médicamenteuses. <u>Difficultés rencontrées :</u> - difficultés de transmission des informations en temps réel lors de la sortie ; - nécessité d'anticipation. Le projet sera pérennisé dans l'unité neuro-vasculaire mais ne pourra pas être déployé dans d'autres services du fait de difficultés RH et du changement de DPI.
Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan Les Mureaux (78) <u>Projet</u> Amélioration de la pertinence des parcours médicamenteux dans les Yvelines Nord	- renforcement de la conciliation médicamenteuse au CHI et inclusion des professionnels de santé de ville de la CPTS Val de Seine. - acquisition du logiciel Hospiville® spécialisé dans la conciliation médicamenteuse et le partage entre les acteurs de ville et les acteurs hospitaliers. - conciliation dans les services de chirurgie et aux urgences sur demande des médecins ou de l'équipe mobile de gériatrie. - inclusion des patients dans le parcours PAAM (patient en auto-administration médicamenteuse). - formation des équipes à la conciliation médicamenteuse.	- bonne acceptabilité du projet par les professionnels hospitaliers et de ville. - appui de la direction. - mise en place de la conciliation médicamenteuse via le logiciel Hospiville® et formation des équipes. - achat de coffres forts pour sécuriser les médicaments des patients en PAAM. - retour dans l'évaluation des projets de conciliation et de PAAM. <u>Difficultés rencontrées :</u> - difficultés RH pharmaceutiques. - retard dans l'installation du logiciel de conciliation et des coffres forts.
CH de Rambouillet (78) <u>Projet</u> Dépistage précoce des douleurs neuropathiques par le médecin de ville pour une prise en charge rapide en centre d'étude et de traitement de la douleur (CETD) / structure douleur chronique (SDC)	- dépistage précoce des douleurs neuropathiques par les médecins libéraux de la CPTS Sud Yvelines. - formation et appui des médecins libéraux par les équipes du CETD et SDC pour améliorer le dépistage des douleurs et transmettre les patients rapidement au CH de Rambouillet. - acquisition d'une solution spécifique innovante de traitement de ces douleurs (rTMS – Stimulation Magnétique Transcrânienne répétitive). - réalisation d'une étude observationnelle sur l'évaluation de la qualité de la prise en charge des patients par cette nouvelle solution.	- bonne coopération entre les professionnels de ville et hospitaliers. - d'autres structures ont été rajoutées en cours de route dans le projet : psychiatrie du Centre hospitalier de Versailles, filière endométriose Voyelle, CPTS de Saint-Quentin en Yvelines, l'équipe du DACTYS. - création de supports de communication. - l'évaluation de l'amélioration du ressenti douleur des patients par l'utilisation du questionnaire concis douleurs (QCD) évaluation de l'Intensité douleur /impact sur la qualité de vie : premiers résultats montrent une amélioration du score grâce à la solution rTMS. - thèse sur le sujet soutenue en janvier 2025. - résultats depuis 2024 à fin mars 2025 :

		○ 169 patients ont bénéficié d'un adressage ville hôpital (Circuit court /coupe fil ; consultation inclusion rTMS) pouvant déboucher sur une prise en charge en protocole rTMS ○ 82 patients ont bénéficié d'une prise en charge en CETD en « Circuit Court et coupe fil » par le biais d'un adressage ville hôpital ○ 97 patients ont intégré le programme rTMS (soit 854 séances incluant les HDJ/rTMS et consultations). <u>Points forts :</u> - le projet a permis de créer une synergie entre le dépistage précoce des douleurs neuropathiques et la prise en charge des douleurs neuropathiques de 3ème ligne via la solution rTMS. - renforcer les liens entre l'hôpital et les professionnels libéraux au bénéfice de la population ciblée. - les résultats obtenus montrent la pertinence de cette démarche, avec une augmentation constante de la file active et un engouement des partenaires territoriaux. <u>Difficultés rencontrées :</u> - la mise en œuvre du projet a nécessité de nombreuses réunions ville-hôpital, dont le nombre avait été sous-estimé, pour faire connaître et adhérer au projet d'adressage. - le projet a nécessité de revoir certaines habitudes médicales de prise en charge pour permettre une prise en charge précoce (au lieu d'un adressage de recours au Structure douleur).
--	--	--

Conclusion

Les retours d'expérience de ces projets de coordination de la prise en charge, d'accompagnement des patients et d'utilisation d'outils structurants démontrent la pertinence de ces démarches. La coordination entre la ville et l'hôpital s'est améliorée par un accompagnement renforcé des patients et une meilleure orientation post-hospitalisation. Le rôle central du coordonnateur facilite la gestion des cas complexes, réduisant les passages aux urgences et assurant la continuité des soins.

Grâce aux dispositifs de coordination, les patients ne perçoivent plus deux systèmes cloisonnés mais un parcours unifié. Les parcours coordonnés, lisibles et humains contribuent à améliorer l'expérience patient mais aussi à limiter les situations de renoncement ou de rupture. Les patients polypathologiques souvent âgés et en perte d'autonomie ne relèvent d'aucun dispositif clairement identifié et se trouvent ainsi en marge des parcours coordonnés existants. Dans un contexte de tension croissante sur la démographie médicale et paramédicale qui rend difficile l'accès aux soins, ces patients sont particulièrement exposés au risque de rupture, de renoncement aux soins ou de recours non programmé à l'hôpital.

Ces organisations innovantes constituent un modèle reproductible sur d'autres territoires confrontés à des problématiques similaires de rupture de parcours. Cette démarche s'inscrit pleinement dans les orientations du PRS et répond aux exigences actuelles de coordination des soins à l'échelle locale.

À la suite de ces expérimentations, la CPTS Porte de Normandie a décidé de pérenniser le poste de coordonnateur en autofinancement.

A propos des projets parcours médicament, les établissements peuvent pérenniser les démarches sans difficulté.