

Améliorer la coordination du parcours hospitalier inscrit dans un parcours de santé

Université de la coordination en santé

Réso occitanie

Août 2019

Quelques constats de départ:



- De multiples voies d'accès à l'hôpital (programmé, non programmé, urgent)
- Une progression importante des passages par les urgences malgré la présence efficace d'une MMG sur le site du CH
- Une part importante de sujets polypathologiques et/ou âgés et/ou fragiles et vulnérables
- Des DMS qui se raccourcissent et une activité ambulatoire qui se développe fortement: les situations en HC sont de plus en plus complexes (les parcours aussi)
- Des plateaux techniques de plus en plus utilisés (accessibilité)
- Un soin hospitalier inscrit dans une trajectoire globale de santé

Quelques constats (suite)



- Une complexité à priori des parcours internes:
 - Par la nature des soins
 - Par le recours au plateau technique (bloc opératoire, imagerie par ex)
 - Par l'état de santé des patients
 - Par les liens avec l'aval (spécificité du SSR)
 - Par l'insuffisance d'une vision (ou stratégie) interne globale: des initiatives souvent heureuses mais non coordonnées et peu lisibles en externe
 - Des séquences de soins pertinentes, mais des interfaces fragiles (délétères?)
 - L'hôpital: une boîte noire?

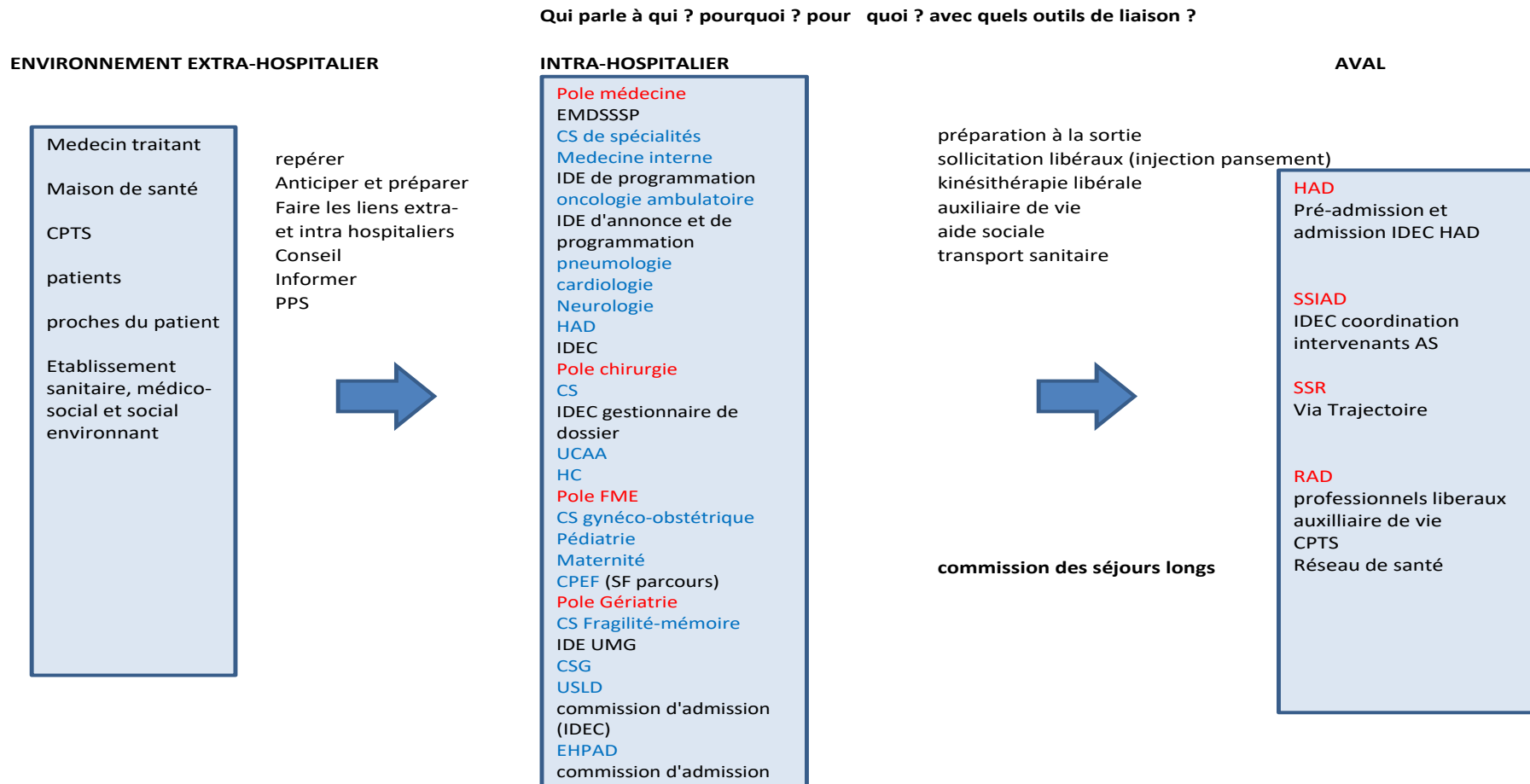


Des enjeux (PE 2019 – 2023):

- Fluidifier les parcours, prévenir les ruptures
- Rendre lisible l'offre et améliorer l'accessibilité pour tous
- Renforcer la pertinence des soins, anticiper les situations à risques
- Limiter le recours évitable aux urgences
- Harmonier les pratiques internes, optimiser le temps médical et soignant
- S'articuler dans une trajectoire de santé: coordination avec les acteurs de ville, les structures d'aval, le secteur médico-social...
- S'inscrire dans une réflexion et un dispositif opérationnels de bassin de santé (CPTS +++)



Organisation actuelle : une organisation par pôle et par service



Notre ambition : créer un dispositif de coordination des parcours de soins



- La cellule n'a pas vocation à se substituer aux organisations existantes, internes et externes, elle interviendrait, sous forme de recours (d'aide à...)
 - lorsqu'un point de rupture émerge ou risque d'émerger,
 - dès lors que l'hôpital est sollicité
- Elle serait à composer autour de deux entités, travaillant de manière articulée :
 - **Cellule de préparation des séjours**
 - Planifier un séjour, programmé ou non programmé (décompensation soudaine), au sein d'un parcours coordonné :
 - IDEC de programmation
 - Bed manager
 - **Cellule virtuelle d'IDE parcours** (au plus près des patients et des médecins de spécialités)
 - Solliciter un séjour, si une anomalie dans le suivi ou si le suivi nécessite un séjour
 - Préparer un suivi de parcours pour un patient hospitalisé sortant :
 - IDE UMG-Fragilité (personne âgée)
 - IDE annonce/programmation
 - IDE diabetologie
 - A terme : IPA de suivi de parcours (pathologies chroniques, oncologie, PA, personne handicapée)

Missions-rôles de la cellule



- A partir d'un recueil de besoins personnalisé
- Planification de séjours (programmés ou non) au sein d'un parcours coordonné
 - Pour mieux anticiper et préparer le séjour
 - Pour renforcer la pertinence et la continuité des soins
- Coordination de suivi du parcours
 - En sortie de séjour, dans le cadre d'une pathologie chronique
 - Dès lors qu'un point de rupture apparaît au décours d'un parcours
 - Pour faire les liens avec les professionnels médicaux-paramédicaux concernés
 - En extra-hospitalier (expression du besoin en amont, préparation à la sortie en aval)
 - En intra-hospitalier (faciliter les interfaces, l'articulation)
 - Pour faciliter les échanges d'informations entre l'extra-intra hospitalier et en interne de l'établissement

Notamment pour qui ?



- Pour les patients atteints d'un cancer, ou d'une pathologie chronique nécessitant un suivi régulier (risques de décompensation ou de non observance des traitements, complexité de la PEC), ou polypathologiques/fragiles
- Pour les patients pris en soins palliatifs,
- Dans le cadre de prises en charge et prévention d'une conduite addictive.....,
- En santé mentale (en partenariat avec le BS)
- Pour la personne âgée en perte d'autonomie au domicile (repérage et anticipation d'un séjour voire d'une institutionnalisation), en lien avec la MAIA et les PTA
- Tout type de problématique de soins, dès lors que l'interlocuteur externe est en recherche de solution, dans le cadre du parcours à construire (ex : amélioration de la prise en charge de la douleur)

Les points de rupture ou risque de point de rupture ?

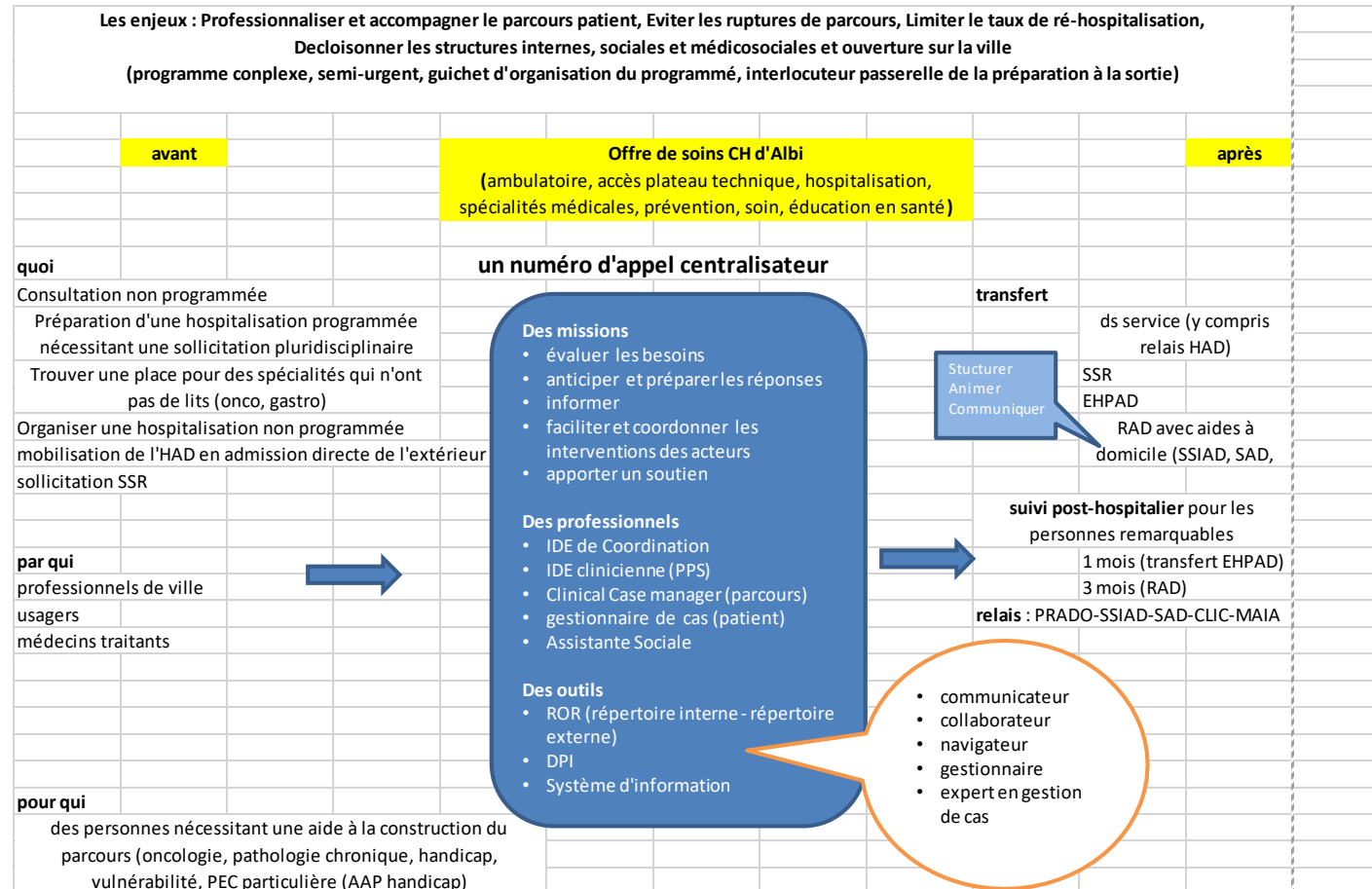
- En amont
 - Méconnaissance de l'offre de soins et/ou des modalités d'accès à une discipline (les interlocuteurs, la localisation, la prise de RDV)
 - Défaut d'information
 - Personne remarquable, non connue par l'établissement (ex: personne en rupture de soins)
 - La dégradation d'une situation à domicile (dont EHPAD), pour laquelle l'enjeu est d'éviter le recours aux urgences
- Per-hospitalier (?)
 - Faciliter la fluidité du parcours, dès lors qu'une méconnaissance des interlocuteurs sollicitables émerge ? (ex : le repli dans le cadre des soins palliatifs)
- En aval
 - La méconnaissance des interlocuteurs ambulatoires
 - La préparation d'une sortie complexe nécessitant le recours coordonné des professionnels de ville Recours de la part des professionnels libéraux, en cas d'incompréhension d'une ordonnance ou prescription issue d'un médecin de l'établissement
 - Le défaut d'articulation avec les établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires d'aval
 - Le défaut de transmission écrite envers les interlocuteurs environnants (lettre de liaison, prescription d'aval, fiche de liaison paramédicale.....)

quelques prérequis:

- Connaissances de l'offre de soins du CH et des modalités d'accès
 - Déclinaison des parcours patient, dans un format logigramme modélisable
 - Description des filières de prise en charge,
- Connaissances des acteurs intra-hospitaliers (qui fait quoi)
- Connaissances des acteurs extrahospitaliers
 - Les CPTS, les acteurs, les projets
 - Les maisons de santé, les MMG
 - Les médecins traitants de ville et plus largement les acteurs de santé de ville
 - Les services départementaux (services sociaux....)
 - Les aides à domicile.....
- Savoir définir un projet de soins personnalisé à partir du recueil de besoins (avec les acteurs médicaux et paramédicaux concernés) – (les protocoles ALD , validés par la HAS, peuvent être une base utile)
- Connaissance des outils modernes de communication (mails, agendas partagés, un outil informatique de régulation type CRRA, DMP)
- Construction et utilisation des outils informatiques de liaison et de traçabilité
- Professionnalisation des acteurs de cette cellule (ex : cf : fiche de poste coordonnateur de parcours en santé)



Cellule de recours à la coordination parcours de soins : l'idée d'un schéma cible



Et des questionnements:



- Comment passer de l'intention à la réalisation?:
 - Quels liens opérationnels avec les acteurs de ville et du médico-social (se connaître, communiquer, partager des informations, préparer les parcours)?
 - Quels outils communs (DMP, outils spécifiques parcours)?
 - Le CH peut-il être un lieu d'adossement de l'activité de ville (MMG, maison de santé...)?
- Comment organiser, de manière homogène et lisible, la coordination:
 - Identifier des populations cibles?
 - Identifier des pathologies cibles?
 - Partir des attentes des acteurs de ville, des patients?
 - créer un guichet unique pour les professionnels (un numéro appel)?
- Comment préparer la sortie au plus près de l'admission?
- Quels liens entre préparation et coordination des séjours?