



LE LIEN VILLE-HÔPITAL

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Groupes Qualité Pays de la Loire : Mars 2021

Ecriture : Gilles Barnabé

Relecture et partages : Anne Plessis et Elodie Cosset

« Aucun de nous ne sait ce que nous savons tous, ensemble. » Euripide

« Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite. » Henri Ford

Réfléchir le lien ville hôpital c'est aussi réfléchir au parcours de soins et de santé des patients.

Lorsqu'on interroge les professionnels de santé libéraux, ce qui revient souvent c'est la problématique de la communication entre l'hôpital et ville et particulièrement les sorties d'hospitalisation, source de difficulté pour les patients eux-mêmes mais aussi pour les soignants référents en premier lieu les infirmiers et les pharmaciens. On voit d'emblée, qu'au-delà du rôle du médecin traitant, ce parcours de santé concerne bien évidemment l'équipe coordonnée autour du patient et de sa famille.

Cela implique également l'organisation des soins et de la santé d'une population sur un territoire et donc les nouvelles organisations qui se mettent en place progressivement tant du côté de l'hôpital avec les groupements hospitaliers (GHT) que du côté de la ville avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Il reste donc à mettre en lien l'ensemble des acteurs de santé de ce territoire à fin de répondre de façon optimale et efficiente au parcours de santé de la population.

Reprenons quelques points clés.

Pour commencer, une première définition pour faciliter la réflexion qui concerne bien sur le parcours de santé : C'est la prise en charge globale et continue des usagers du système de santé et concerne la prévention, les soins, et son accompagnement.

L'organisation des parcours nécessite de coordonner l'ensemble des acteurs de santé concernés. Cette organisation permet notamment de répondre au développement croissant des maladies chroniques et aux situations de perte d'autonomie qui impacte la vie quotidienne du patient.

Cette organisation sous-entend « Les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment, et au meilleur coût ».

Cela implique l'ensemble du système de santé avec la mise en place de parcours coordonnés.

Nous laissons de côté l'organisation hospitalière, les GHT, pour nous intéresser au secteur libéral.

Pour la ville, les équipes de soins primaires répondent à cette demande. Elles regroupent les maisons de santé Pluri professionnelle et les centres de santé sans oublier l'expérimentation des équipes coordonnées autour du patient (ESP Clap).

Les CPTS font partie du dispositif et regroupent les équipes de soins primaires, les professionnels du territoire notamment les auxiliaires médicaux, les acteurs médico-sociaux et sociaux, les professionnels du second recours et de manière générale l'ensemble des acteurs de santé concernés par les parcours autour d'un projet de santé territorial.

Parcours de soin et au-delà de santé: qq clés

Le lien : le patient, l'usager

Le référent : le médecin traitant dans l'organisation actuelle du système de santé, mais au-delà « l'équipe traitante » (pharmacien, IDEL, KINE, ...)

Des outils de communication : fiche de synthèse du dossier, DMP, messagerie sécurisée, numéro de téléphone d'avis, plan de soin personnel, lettre de sortie d'hospitalisation avec l'importance de l'ordonnance de sortie, lettre d'accompagnement d'hospitalisation...

Des procédures: description de la démarche du parcours de soin ou de santé (exemple de la personne âgée et de sa prise en charge dans telle ou telle situation de vulnérabilité, comment organiser la prise en charge, hospitalisation directe vers structure compétente,)

Des coordinations : au niveau des équipes coordonnées, sociale et médico-sociale, au niveau des CPTS, au niveau des futurs dispositifs d'appui à la coordination (DAC), au niveau des hôpitaux et cliniques, ...et au niveau des coordinations entre elle et avec les autres partenaires du système de santé...

Pour se faire:

- organisation territoriale unique et singulière qui s'appuie sur l'existant,
- annuaire en commun
- Patient, usagers acteurs de leur santé, au centre du dispositif,
- patient expert, implication et conventionnement avec des associations de patient (France asso),

- Inter-connaissance de 2 mondes , libéral et hospitalier, qui se côtoient sans se rencontrer: formation initiale, formation commune , RCP, recherche...
- État des lieux des actions existantes sur le terrain à partager, à mutualiser
- Définir et reconnaître les rôles de chaque acteurs de santé en complémentarité
- Co-construire les parcours entre les différents acteurs impliqués
- Choisir ensemble les outils de communication et ses contenus, responsabilités e-santé
- Définir ensemble les objectifs à partir de données scientifiques fiables et utilisables en pratique: groupe qualité pluripro, ville hôpital
- Coordonner le système de santé aux différents étages de prise en charge du patient : soins ET santé (promotion de la santé, ETP par exemple)

Et nous le voyons bien les pistes d'amélioration du lien ville hôpital sont nombreuses et nécessitent de nombreuses évolutions de l'ensemble des organisations déjà en place et des acteurs du territoire. Des pistes de réflexion simples peuvent déjà être travaillées au sein des équipes coordonnées, En premier lieu l'amélioration des moyens de communication dans les équipes par l'élaboration d'une fiche de synthèse dans le dossier du patient consensuel simple utilisable par l'ensemble de l'équipe prenant en charge le patient. Cela implique un système d'information partagée permettant l'abondement de chaque professionnel de santé à son niveau dans l'histoire du patient. Cette synthèse doit être régulièrement révisée et servira de lien avec le second recours.

L'autre sujet régulièrement évoqué est la sortie d'hospitalisation. Bien sûr, elle implique l'hôpital mais nécessite aussi une réflexion commune des soignants référents pour l'organisation du retour à domicile et ceci en amont même de l'hospitalisation.

Ce ne sont que de simples exemples de réflexion collective à mener à notre niveau libéral sur les parcours et le lien ville hôpital et chaque groupe , en fonction de ses particularités et ses expériences, trouvera à développer telle ou telle action.

Comme nous le voyons, le premier niveau de ce lien ville hôpital est la coordination et l'organisation pluri-professionnelle des équipes de soins primaires prenant en charge les patients, notamment âgés et à domicile. L'anticipation des parcours et le travail ensemble permettent déjà de nous préparer à l'essentiel, une prise en charge rassurante et bienveillante de nos patients.

(Rapport 2018 de la FHF)

Ma santé 2022

Plusieurs thèses

Solidarités-santé.gouv sur les outils de com

La lettre de liaison ville Hopital ARS 2017

Et les travaux qui se construisent autour des projets de santé des CPTS ...

(ex du parcours de la personne âgée: fiche de liaison, entrée direct, équipe mobile d'évaluation, lettre et ordonnance de sortie anticipée ...)

Bibliographie :

Rapport 2018 FHF :

<https://www.fhf.fr/content/download/131571/1064687/version/1/file/44531+-+LIEN+VILLE-HOPITAL+%28brochure+-+MODIF+13-03-18%29%5B1%5D.pdf>

<https://www.ars.sante.fr/lorganisation-des-parcours-de-soins-de-sante-de-vie-0>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>

lexique des parcours :

https://www.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/2016-01-11_lexique_VF_0.pdf

https://cpts-sudvendee.fr/wp-content/uploads/2020/12/GCS-ESANTE_Presentation_globule.pdf

Fiche déclarative

«Rupture ou incident dans le parcours de santé »

Objectifs général : Assurer la continuité et la qualité des parcours de santé des habitants du territoire.

Le PARCOURS se définit comme :

- La trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix ;
- Les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment en adéquation avec les choix de la personne

Les ruptures et/ou incidents de parcours peuvent être :

- Liés directement au contexte dans lequel se trouve le patient et sa famille (économique, social...)
- Liés aux organisations et à la coordination entre les acteurs

A titre d'exemple, peuvent faire l'objet d'une déclaration les situations suivantes : les refus de prise en charge par le patient et/ou sa famille, les difficultés économiques, le défaut de transmission d'informations clés, les transmissions d'informations erronées...

! Cette fiche n'a pas vocation à déclencher une prise en charge face à une situation d'urgence.

Elle a pour objectif d'identifier des situations et non des personnes : elle doit donc garantir l'anonymat du patient et des professionnels (s'ils sont concernés).

Elle fera l'objet d'une analyse collective par les représentants des structures du territoire afin de dégager des axes d'amélioration en cohérence avec la réalité des difficultés rencontrées.

Date de l'évènement :

Date de déclaration :

Identité du déclarant

Nom, Prénom : Fonction : Structure :

<p><u>Description succincte des faits</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p><u>Impact sur le parcours de santé et le ressenti de la personne et/ou de la famille</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

A transmettre à la Coordinatrice du GCS :

par e-mail : coordinatrice.pole@gmail.com

ou par courrier : Pôle de santé 5 route de Nantes - 53400 Craon Tel: 02 53 94 50 10

ou à déposer à l'accueil du Pôle Santé

Coordonnées de l'IPA :



EPSM de Vendée
Centre Hospitalier Georges Mazurelle
Rue Georges Mazurelle
85026 La Roche-sur-Yon Cedex
Standard : 02 51 09 72 72
www.ch-mazurelle.fr



Infirmier en Pratique Avancée

en psychiatrie
et santé mentale



Vous êtes professionnel de santé et vous accueillez une personne suivie par un IPA (Infirmier(e) en Pratique Avancée).

Voici quelques précisions sur ce nouveau métier et sur ce que cela implique pour le parcours de soin du patient.

Qu'est-ce que la pratique avancée infirmière ?

C'est l'acquisition par un infirmier de nouvelles compétences dans son champ professionnel, ainsi que l'acquisition de certaines compétences médicales afin d'apporter une réponse aux évolutions du système de santé français.

Les enjeux de santé publique

- Vieillesse de la population,
- Augmentation des pathologies chroniques,
- Disparité de l'offre de soins,
- Attentes et besoins des usagers.

Cadre légal

L'article 119 de la loi de modernisation du système de santé n°2016-41 du 26 janvier 2016 ainsi que ses décrets et arrêtés d'application.

Droit du patient :

- Recueil du consentement du patient,
- Possibilité à tout moment de mettre fin à la prise en charge par l'IPA.

Champs d'intervention

- En établissement de santé (CH-CHS) et établissement médico-social, au sein d'une équipe coordonnée par un médecin.
- En maison de santé, au sein d'équipes de soins primaires, coordonnées par un médecin traitant.
- En collaboration avec un médecin spécialiste.

La formation :

Formation universitaire de grade master.
Obtention d'un **diplôme d'État** délivré par l'université.

Que fait l'IPA ?

Dans le cadre d'un protocole d'organisation entre le médecin référent du patient et l'IPA, ce dernier se voit confier une partie du suivi et il participe à la prise en soins globale.

En fonction de son évaluation clinique, il prend part au choix et à la continuité des stratégies thérapeutiques.

L'IPA intervient également dans le cadre de missions de prévention, d'éducation à la santé, de formation et de recherche.

Activités spécifiques au domaine de compétences de psychiatrie et santé mentale :

- Entretien, anamnèse, examen clinique,
- Activités d'orientation, d'éducation, de prévention et de dépistage,
- Actes d'évaluation et de conclusion cliniques, actes de surveillance cliniques/paracliniques pour adapter le suivi du patient,
- Prescriptions d'examen de biologie, examens complémentaires,
- Renouvellement et adaptation des traitements psychotropes.

Les bénéfices attendus

Pour les usagers :

- Prise en soins holistique,
- Meilleure accessibilité et qualité de soins,
- Fluidification des parcours entre ville et hôpital.

Pour le système de santé : un renforcement des structures d'exercice coordonné en soins primaires et une coopération renforcée entre professionnels au niveau des territoires de santé.

