



Compte rendu réunion groupe de travail ville-hôpital entrée/sortie d'hospitalisation

12 avril 2022

Tour de table de présentation :

- CPTS La Rochelle :
 - Sylvie CORSIN – IDEL ;
 - Thomas GUEREMY – pharmacien ;
- CPTS Aunis sud :
 - Christine SALAVERT-GRIZET – pharmacienne ;
 - Suzanne MAY-DANDRIEUX – MG.
- CPTS Aunis nord :
 - Eric DOLLFUS – MG ;
 - Clara BOUTELEUX – IPA ;
 - Philippe GRILLEAU – pharmacien.
- CH La Rochelle :
 - Thierry GODEAU – président CME ;
 - Romain TABARY – vice-président CME et urgentiste;
 - Valérie DOUVILLE – coordinatrice des soins.
- Clinique de l'Atlantique :
 - Anne-Claire LIBERGE – directrice Clinique de l'Atlantique.
- Alohataxis :
 - Cédric Terasseau – directrice Clinique de l'Atlantique.

Mr Godeau, Mme Douville du centre hospitalier La Rochelle sont excusés pour cette 2^{ème} rencontre ainsi que Mme Hervieu de la CPTS La Rochelle.

ODJ :

- Validation compte rendu de la réunion du 7 mars 2022
- Reprise des diagnostics
- Brainstorming sur les solutions et les freins
- Questions diverses

Pour rappel, les trois CPTS sont indépendantes les unes des autres mais travaillent ensemble sur certaines thématiques dont le lien ville-hôpital. Le but est d'utiliser les mêmes outils et de développer une réflexion commune. Les CPTS à venir pourront se greffer à l'existant.



Le GHT est découpé en plusieurs pôles. Il y a des échelons opérationnels à respecter. Le travail commun entre La Rochelle et Rochefort est incontournable. En revanche, il y a séparation avec Saintes et les autres sites.

La clinique de l'atlantique a une autorisation de chirurgie mais pas de médecine. Les lits de médecine ne se concentrent que sur les hôpitaux de La Rochelle et de Rochefort pour les patients du nord du département. En revanche, la clinique de l'atlantique propose les petits blessés qui peut pallier à certaines urgences médicales et petites chirurgies.

- **Télémédecine/téléexpertise :**

Solution de télémedicine et téléexpertise. Medaviz est une bonne solution.

Est-ce que l'hôpital est prêt à dégager du temps pour de la télémedicine ?

Dermatologue et ehpad ça fonctionne en téléexpertise

Nomadeek → présentation par le chu de poitiers

Boitier de rentrée dans un réseau plug-in pour faire ecg/stéthoscope/...

Appel à projet de l'ars pour le dév de la télémed avec les ehpad

Clinique → forfait supplémentaire sur doctolib pour faire de la télémed

Médecin qui ne veulent pas faire de la télémedicine pour une question de responsabilité médicale (pas d'auscultation) et de rémunération

Doctolib reste incontournable sur le territoire et s'est imposé, il sera difficile de faire sans.

5€ par patient + requérant et requis (pas la même tarification)

- **SAS :**

Gros travail à effectuer quant à la pédagogie envers les patients ET les professionnels afin que tous libèrent des créneaux de SNP chaque semaine.

- **Entrée d'hospitalisation :**

Que fournir à l'entrée?

- dernière ordonnance?
- traitement actuel (au risque que le patient sorte sans)?

Pistes de solution :

- Etablir une check list minimale pour l'entrée → type de document souhaité (attention l'accès à cette documentation) → réfléchir au numérique ou non

- Reprendre la fiche de liaison et la macrocible du CH. Former les professionnels à leur utilisation systématique

Communication

- difficulté du PS libéral à joindre directement le service dans lequel il souhaite hospitaliser son patient
- difficulté du praticien hospitalier à joindre le PS de ville qui demande l'hospitalisation
- difficulté à récupérer ou envoyer un courrier d'adressage + derniers examens + historique médical + traitement (pas d'existence d'une fiche de liaison du libéral vers l'hôpital)
- ordonnance pré-op non reçue à la pharmacie

Disponibilité/capacité d'accueil

- pas de disponibilité de lit ce qui engendre un passage par les urgences
- pas de visibilité sur les sorties du jour donc pas de visibilité sur les lits disponibles

Complément de diagnostic :

- Secrétariat déportés des PS de ville → difficultés d'organisation et de qualité d'organisation d'entrée et de sortie.
- Problème du temps accordé à la coordination des entrées et des sorties d'hospitalisation. Retour de communication (horaire, continuité et permanence des soins libéraux qui n'exerce pas certains jours ou inverse le cardio pas là le jour nécessaire)

Pistes de solution :

- Tour de contrôle sur les entrées prévisibles, non prévisibles et les sorties du jour → établir un délai pour programmer des entrées
- Affiner la demande avant de déclencher l'entrée → le PS de ville estime un délai de prise en charge : 24h, 48h, une semaine pour la demande d'hospitalisation
- Avoir un responsable par service, joignable et en charge de la coordination ville/hôpital ou un coordinateur pour la chirurgie, un autre pour la médecine
- Etablir le listing des numéros directs des services → réfléchir à la diffusion de ces numéros
- Favoriser les contacts directs entre professionnels

- **Organisation des sorties :**

Manque d'anticipation des sorties

- sortie pas communiquée ou communiquée trop tardivement aux PS de ville
- médicament ou matériel non disponible en pharmacie car ordonnance non communiqué en amont de la sortie (typiquement les sorties du vendredi et samedi)
- nécessité d'intercaler les patients sortis d'hospitalisation dans des tournées de soins à domicile déjà chargées (IDEL)
- difficulté d'anticipation de l'hôpital des sorties car pression de libérer des lits
- faciliter à estimer une date de sortie pour la chirurgie, moins pour la médecine

Manque de connaissance de l'environnement du patient par l'hôpital

- sortie précipitée pour des patients fragiles, isolés ou âgés ou "un peu juste" d'un point de vue médical
- entrée du patient pour une raison spécifique ==> patient qui reçoit des soins spécialisés MAIS manque de prise en compte de la globalité du patient, de son environnement et de son contexte social lors de sa sortie

Compléments de diagnostic :

- IDEL débordées qui n'acceptent plus de nouveau patient.
- Pas de disponibilité immédiate du kiné en post-op orthopédique (manque d'anticipation de l'hôpital dans l'organisation de la sortie et/ou kinés libéraux qui ne gardent pas de plages pour des prises en charge urgentes ?)
- Moins de déplacement à domicile de la part des kinés.
- Pas de structuration de communication entre l'hôpital et la ville
- Peu de temps accordé à la coordination et organisation des sorties
- 60 lits bloqués faute de place en SSR, ehpad ou retour à dom (tutelle, adaptation du domicile, situation sociale complexe, engagement des familles,...) → se solve par un retour aux urgences dans les 24 à 48h
- Déficit de mentalisation de la réalité de terrain à la sortie
- Problème de l'intérim dans les services d'aide à la personne
- En pharmaco, certains services (Cancéro et hémato) ont besoin de plus d'anticipation
- Ségur au niveau pharma → code barre de l'ordo de l'hôpital qui arrive à la pharma avec un qr code → scan du qr code par la pharmacie, ordo qui s'affiche dans le DP (la patient garde le choix de sa pharma donc ne règle pas le problème de l'anticipation de sortie)
- Patient qui a le choix de sa pharmacie →
- Problème du temps accordé à la coordination des entrées et des sorties d'hospitalisation. Retour de communication (horaire, continuité et permanence des soins libéraux qui n'exerce pas certains jours ou inverse le cardio pas là le jour nécessaire)

Pistes de solution :

- co-exister un système de communication instantanée et un sur lequel on peut laisser un message
- Engagement d'un salarié CPTS pour gérer la coordination des sorties complexes afin de trouver les PS libéraux pour assurer la continuité des soins → quel est le nombre de patient concerné ?
- Etablir une liste de critères de complexité patient
- Ouverture et accessibilité au Dossier Pharmaceutique du patient

- Comme pour le MT, avoir une pharmacie de référence, titulaire du patient ?

- **Speedcall**

En gris, constats à l'entrée. En orange, constats à la sortie. (extrait compte rendu réunion précédente).

Transport

- autonomie du service ambulancier (choix des courses)
- difficulté à trouver un transporteur par le PS de ville vers l'hôpital
- sollicitation des transporteurs à des moments de pointe (consultation/entrée/sortie)

Transport

- manque de coordination entre l'heure de sortie et l'heure de retour à domicile
- sollicitation des transporteurs à des moments de pointe (consultation/entrée/sortie)
- autonomie des sociétés de transport (choix des courses)
- utilisation de l'appli Speedcall

Complément aux problématiques relevées :

- Speedcall n'est pas ouvert aux PS de ville.
- Recours qui n'est pas forcément le bon VHL ou ambulance
- Aller récupérer le patient dans le service (récupérer les documents, passer au bureau infirmier récupérer les documents, récupérer le patient, disponibilité de fauteuil roulant, installer le patient = 20 min ou plus)
- Patient pas prêt à l'arrivée du taxi → décalage de toutes les prises en charge suivantes
- Problème de rentabilité : plus intéressant de faire un LR-LR (18€) que de faire un LR-Aytré (moins de 10 euros pour 30 min de course).
- La majorité de taxis conventionnés par la CPAM ne font pas uniquement du médical (ramassage scolaire/taxis → plus rémunérateur que le forfait CPAM)
- Difficulté majorée avec le service de neuro.

Pistes de solutions :

- Ouverture de speedcall à la ville et formation des PS à l'outil via les CPTS
- Fonctionnement au forfait par la CPAM et non pas à la course
- Améliorer l'homogénéité des besoins sur la journée en fonction des horaires de pointe en établissant des plannings variables des transporteurs selon les jours et les horaires.
- Mise en place d'un SAS de sortie où le patient est prêt à être récupéré par le taxi (gain de temps de 20 min).
- Avoir des taxis dédiés uniquement au médical.
- Formation à l'outil speedcall pour les hospitaliers
- Par la suite, speedcall aura une licence à Chatelaillon, une à St Cyr du Doret, une à La Rochelle.

- **Présentation de Plexus Santé :**



Plexus Santé est un outil en ligne permettant la gestion de projets et le suivi budgétaire de la CPTS. Chaque professionnel aura un profil créé sur Plexus et sera invité dans les groupes de travail auxquels il participe. Cela permet d'accéder aux comptes rendus des réunions, aux documents discutés pendant les rencontres et/ou qui peuvent alimenter les débats. Au sein de plexus, il y a possibilité de créer des doodle pour déterminer les dates des prochaines rencontres et d'attribuer des tâches aux uns et aux autres pour que le travail avance entre chaque rencontre.

https://www.youtube.com/channel/UCvc-XtBqY_8P77pVgQpiDNw

- **Liste des outils numériques explorés jusqu'à présent :**

- Insitu développé par la région PACA et l'URPS médecins libéraux PACA)
- 48h chrono (MedIn+)
- Flexivac (développé par la région Nouvelle Aquitaine)

SNP → trouver un outil numérique sécurisé et interopérable avec la plateforme SAS pour répertorier les PS dispo pour donner des avis à des temps x (présentiel ou visio), effectuer des visites ou consultations afin de décharger les urgences et de renvoyer vers la ville. Outil couplé à un outils de téléexpertise, télémedecine et télésoins ?

- **To do list :**

Côté cpts :

- avancer sur l'outil informatique pour rentrer dans l'opérationnel en :
 - définissant un cahier des charges identifiant clairement nos besoins (répertoire des professionnels, téléconsultation/télémedecine/téléexpertise, disponibilité communication téléphonique entre PS, messagerie instantanée ou non, possibilité ou non de laisser un message)

Côté CH :

- établir un répertoire des services et des contacts au sein des services.
- Inviter aux prochaines réunions la cheffe de service de médecine interne

- **!! Point de vigilance :**

- Interfaçage des plateformes, outils numériques et de communication
- Cybersécurité → proposition d'inviter l'informaticien du CH, Mr Bouchu, lors d'une prochaine rencontre

- **Liens utiles :**

Speedcall : <https://www.sanilea.fr/>

Speedcall : cf. document joint au compte rendu



Lifen : <https://www.lifen.fr/>

Paaco Globule : <https://www.esea-na.fr/gip/paaco-globule>

Prado : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>

MSSanté : <https://mssante.fr/home>

Plexus Santé : [Plexus Santé - Plateforme de coordination MSP & CPTS \(plexus-sante.fr\)](https://plexus-sante.fr)

LIFEN → courrier à destination uniquement des médecins (fonctionnement avec mssanté)

Prado (christelle leroy): système admin mis en place par la sécu (demande trajectoire) pour organiser la sortie. Dév uniquement pour BPCO, mater, chir

Identifier l'existant

Faute de personnel paramédic / règle d'isolement / réduction du nb de lit chir car transformer en lit de médecine

Problème du aller vers pop âgée/capacité limitée → financement ? et temps ? relavorisation de la visite chez les plus de 80 ans mais ça prend de toute façon plus de temps qu'une consultation en cabinet

Accès aux imageries lourdes → engrenage

La CPAM fait la tournée des MG pour présenter le nouveau ROSP (adhésion à une structure coordonnée qui va conditionner la rémunération ROSP) → les MG s'affolent pour rejoindre les ctps

Est-ce que l'outil permettrait de coordonner les sorties ?

Réduction des internes en médecine générale aux urgences et autres services → ils sont réinjectés en ville

La clinique a déjà un outil de régul de lit

Doctolib (boîte américaine) → Comment filtrer le niveau de demande ? Sécurité des données ? Interopérabilité ?

Clinique utilise LIFEN → envoi par le dmp et les correspondants identifiés. Quand pas identifié, imprimé et envoyé en papier

Séгур numérique et hôpital numérique → obligation en terme de qualité

L'hôpital fonctionne avec mssanté

Se joindre entre nous via les portables ? !! interruption de tâche

Grand service de géria et grand service de med polyvalente



Dans le secteur privé, aucun service de médecine en charente maritime.

Retour à dom puis hospit de jour pour un bilan qq temps après pour recadrer → cellule de coord entre

Demande de SSR → possibilité de renvoi vers la ville si conditions réunies pour sortie optimisée et 10% en HT

Décret hotel hospitalier (domitis envoie leur places dispo chaque début de semaine)