



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

7 mars 2022

Tour de table de présentation :

- CPTS La Rochelle :
 - Sylvie CORSIN – IDEL ;
 - Thomas GUEREMY – pharmacien ;
 - Cécile HERVIEU – IDEL.
- 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.

Cette première réunion a pour objectif de se connaître et d'établir un diagnostic le plus large possible au regard de chaque catégorie évoquée ci-dessous. Nous procéderons sous forme de brainstorming (post-it) afin de favoriser l'expression de chacun et d'être le plus exhaustif possible. Eric Dollfus se charge d'animer et d'organiser les débats. Hélène Langlet, coordinatrice de la CPTS Aunis nord, se charge de prendre note des débats et de reporter les échanges du jour.

Brainstorming en 5 catégorie :

- Problématiques entrées
- Problématiques sorties
- Solutions entrées
- Solutions sorties
- Ce qui fonctionne déjà

1. Problématiques entrée :

Identification de 5 sphères principales

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

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)

Que fournir à l'entrée?

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

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

Moment des demandes et arrivées

- arrivée en fin de journée ==> pas de possibilité de faire des examens ==> 1 nuit d'office
- arrivée en fin de journée ==> difficile d'envoyer directement le patient dans le bon service (place indisponible)

2. Problématiques sortie :

Identification de 5 sphères principales

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

Communication

- CR ou fiche de liaison non reçu à la sortie d'hospitalisation
- libéraux non informés de la sortie d'hospitalisation
- difficulté pour les PS de ville à contacter les prescripteurs hospitaliers
- plusieurs ordonnances à la sortie (ex: ordonnance de sortie + celles avant l'hospitalisation + celle du spécialiste)
- absence de RPPS sur certaines ordo ==> pas de tiers payant applicable
- ordonnances non conformes, incomplètes ou inadéquates (taille de pansement, type de pansement, pas de RPPS,...)
- à qui est remise la fiche de liaison (MT? Patient? Les 2?)
- manque de concordance entre les planning de travail des PS libéraux et hospitaliers ce qui complique la communication directe + filtre du secrétariat des MG de ville

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

Identification des PS de ville par l'hôpital

- pas de répertoire des PS de ville
- pour chaque patient, pas d'identification des PS le prenant en charge

3. Ce qui fonctionne déjà :

- Trajectoire
- Messagerie sécurisée : MSsanté ou Lifem
- Anticipation OK pour had du point de vue du libéral mais pas de l'hôpital
- Fiche de liaison (?)
- Ordonnance pré-op fournies au patient (! n'arrive pas à la pharmacie ?)
- Allo docteur (anesthésie, chirurgie orthopédique, chirurgie urologie, chirurgie vasculaire, pneumologie, stomatologie, hépato-gastro-entéro)
- Allo gériatrie
- Certains services plus faciles d'accès
- Infirmier coordinateur (oncologie) qui est identifié comme porte d'entrée pour le service onco.

Le contexte hospitalier :

- Crise covid à gérer
- 20 lits de médecine qui devaient ouvrir en 2020 n'ont pas ouvert dû au COVID
- Difficulté de recrutement
- Absentéisme du personnel hospitalier
- Cluster dans certain service entraînant leur fermeture partielle temporaire
- De plus en plus de médecins généralistes dans les services hospitaliers (avantage : vision globale des patients/ inconvénient : avis spécialisé qui n'en est pas un)
- Décision de sortie en fin de matinée ou début d'après-midi donc visibilité du nombre de lit libre relativement tard dans la journée
- De moins en moins de diplômés
- Durée de vie d'une infirmière = 5 ans avant un changement de carrière ou une reprise des études

Process en cours à l'hôpital :

- Evaluation du score social du patient dès l'entrée en hospitalisation afin d'évaluer le risque social à la sortie (support existant mais peu utilisé)
- Analyse de situation à l'entrée afin d'estimer le temps d'hospitalisation et d'évoquer rapidement une date de sortie (support existant mais peu utilisé). Dans la pratique, le personnel hospitalier ne visualise pas l'utilité de cette analyse.
- Travail (CU ?) d'ordonnancement pour avoir une visibilité 24/48h sur la disponibilité des lits

4. Pistes de solution entrées :

- Allo docteur. Actuellement, ça sonne dans le vide car pas de répondeur ou de mise en attente)
- Allo gériatre 0516494178
- Développer une messagerie d'avis pour planifier une hospitalisation
- Utiliser les CPTS comme vecteur de communication vers les PS de ville pour harmoniser les pratiques, donner les numéros directs
- Traitement avec le patient
- Avoir un numéro par service dédié aux PS de ville
- Mettre en place une plateforme de coordination d'entrée
- + de lit
- + de temps pour la coordination externe

- Au sein de l'hôpital, développer une gestion centralisée des mouvements entrée/sortie pour avoir une meilleure visibilité des disponibilités
- Encourager la conciliation pharmaceutique (greffe/cancéro/...)
- Utiliser les solutions numériques existantes DMP/e-santé/paaco globule
- Accéder au Dossier Pharmaceutique
- Réfléchir à un délai à donner entre le moment où le MT demande une hospitalisation et le moment où un lit est libre (ex : dans les 48h ?)

5. Pistes de solution sorties :

- Anticipation de l'identification des PS de ville à prévenir lors de la sortie d'hospitalisation du patient
- Anticipation de la date prévisionnelle de sortie (utilisation systématique de l'outil du CH cf. pièce jointe ; outil qui a fait ses preuves par le gain d'une journée d'hospitalisation)
- Cartographie des PS de ville sur les territoires → les CPTS y travaillent, cela fait partie de leur mission
- Améliorer le travail et la collaboration avec le Prado, service de retour à domicile de la CPAM (!! manque de communication sur l'outil à l'heure actuelle)
- Développer la télétransmission
- Développer un outil de synthèse de sortie afin de faire remonter quelles ont été les difficultés du PS de ville lors de la PEC d'un patient sortant d'hospitalisation
- Organiser des staff ville/hôpital/plateforme de coordination pour les patients complexes (attention au besoin d'un niveau de maîtrise du dossier de patient)
- Dossier unique du patient (Mon Espace Santé ?)
- Favoriser l'implication et intégrer l'entourage dans l'organisation de la sortie d'hospitalisation (anticiper l'identification des ressources du patient : aidant, thérapeutes habituels)
- Transmettre systématiquement la fiche de liaison au patient à sa sortie et envoyée au MT par messagerie sécurisée
- Implémenter la notion de pharmacien référent
- Utiliser l'outil paaco globule afin de favoriser une communication instantanée et sécurisée

Prochaine rencontre : d'ici un mois/un mois et demi → un doodle sera envoyé pour proposer des dates.

ODJ prochaine rencontre :

- Approfondir les pistes de solutions
- Réflexion sur le profil type/critères ou types de soins qui nécessitent une coordination poussée à la sortie d'hospitalisation
- Réflexion sur la fiche de liaison

Ce compte-rendu sera validé lors de notre prochaine réunion avec vos éventuelles remarques et ajouts.

Proposition : inclusion des transporteurs, service ambulancier lors d'une prochaine rencontre.