RAPPORT

Coopération des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville

État des lieux – Avril 2016

Direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Table des matières

Table des matières 3
Glossaire 5
Résumé 6
Contexte 7
Méthode 9
Questionnaires d'enquête 9
Diffusion des questionnaires 9
Analyse 10
Limites de la méthode 11
Résultats -questionnaire service 12
1. Analyse globale 12
2. Accès aux soins hospitaliers 18
3. Continuité des soins après l'épisode hospitalier 23
4. Suivi partagé entre la ville et l'hôpital 27
5. Formation 31
6. Santé publique 35
7. Recherche 36
8. Démarches intégrées 37
9. Synthèse graphique des résultats 40
Résultats -questionnaire GH 41
Impact, difficultés et leviers 43
Impact 43
Difficultés 44
Leviers d'actions 45
Conclusion-Perspectives 46
Principaux résultats 46
Perspectives 46
Bibliographie 48
Annexes 49
Annexe 1 : Questionnaire GH 50
Annexe 2 : Questionnaire Services 51

Auteurs

Ce rapport a été rédigé par le service Parcours Patients et Organisations médicales innovantes de la DOMU :

- Dr Sophie de Chambine, coordination
- Maud Giacopelli, interne de santé publique et médecine sociale
- Dr Chloé Le Cossec.

La coordination du recueil des données a été réalisée dans les Groupes hospitaliers par les directeurs des affaires médicales et leurs équipes.

Glossaire

ALD	Affection longue durée
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
BCIM	Bureau des Inscriptions Centralisées en Maternité
BPCO	Bronchopathie pulmonaire chronique obstructive
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CCAS	Centre communal d'action sociale
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CME	Commission médicale d'établissement
CMEL	Commission médicale d'établissement locale
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CREX	Comité de retour d'expérience
CRH	Compte-rendu d'hospitalisation
CRO	Compte-rendu opératoire
CSAPA	Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
DAM	Direction des affaires médicales
DES	Diplôme d'études spécialisées
DGS	Direction générale de la santé
DOMU	Direction de l'organisation médicale et relation avec les universités
DU	Diplôme universitaire
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPU	Enseignement post-universitaire
ESA	Equipes spécialisées Alzheimer
FMC	Formation médicale continue
GH	Groupe hospitalier
HAD	Hospitalisation à domicile
HDJ	Hospitalisation de jour
HUPNVS	Hôpitaux universitaires Paris Nord Val de Seine
HUPSSD	Hôpitaux universitaires Paris – Seine-Saint-Denis
HUPC	Hôpitaux universitaires Paris Centre
HUPS	Hôpitaux universitaires Paris Sud
HURDB	Hôpital universitaire Robert-Debré
HUEP	Hôpitaux universitaires Est Parisien
HUPO	Hôpitaux universitaires Paris Ouest
HUPSL-CFX	Hôpitaux universitaires Pitié-Salpêtrière – Charles-Foix
HUNEM	Hôpital universitaire Necker-Enfants Malades
HUPIFO	Hôpitaux universitaires Paris Ile-de-France Ouest
HUHM	Hôpitaux universitaires Henri-Mondor
HUSLS-LRB-FWD	Hôpitaux universitaires Saint-Louis – Lariboisière – Fernand-Widal
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires
IDE	Infirmier diplômé d'état
MAIA	Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
ONG	Organisation non gouvernementale
OSTA	Organisation d'un suivi thérapeutique adapté
PAERPA	Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PH	Praticien hospitalier
PMI	Protection maternelle et infantile
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RESUS	Réseau universitaire de santé de l'UPEC
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

Résumé

Au terme de l'enquête, 165 questionnaires décrivant des actions de coopération en projet ou mises en œuvre par 138 services différents ont été recueillis. La très grande majorité des répondants (94%) était des médecins. Ces questionnaires ont permis d'identifier 261 actions mises en place par les équipes (dont 43 en projet), le plus souvent au niveau des services (66%). Les actions sont mises en œuvre dans 39 disciplines différentes : l'essentiel (89%) dans des disciplines non chirurgicales, 4% dans des disciplines chirurgicales et 7% en gynécologie-obstétrique. La pédiatrie (39 actions), la psychiatrie (32 actions), la gériatrie (32 actions), la médecine interne (21 actions) et enfin la gynécologie-obstétrique (19 actions) déclarent le plus d'actions.

Cette enquête recense une diversité importante d'interlocuteurs en ville (champ sanitaire en médico-social, social et associatif), en général plusieurs interlocuteurs sont identifiés pour une même action. Logiquement, la grande majorité des interlocuteurs sont des médecins : les médecins généralistes le plus souvent (74% des actions), puis les médecins spécialistes de ville (65%). On retrouve ensuite les organisations : centres, maisons ou pôles de santé (49%), réseaux de santé (42%).

Les actions recensées concernent majoritairement l'accès aux soins hospitaliers (37%), on retrouve ensuite des actions de formation (25%), de continuité des soins en sortie d'hospitalisation (22%), de suivi partagé des malades entre la ville et l'hôpital (13%), de santé publique visant la population générale (3%) et de recherche (une seule action recensée). Un même service pouvait déclarer plusieurs actions, le plus souvent une action d'accès combinée à une action de formation, de continuité des soins ou aux deux. Dans la majorité des thèmes d'actions, les 3 disciplines les plus représentées sont la psychiatrie, la gériatrie et la pédiatrie. Cependant, pour les actions de suivi partagé il s'agit de la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique et l'oncologie-cancérologie. Le suivi partagé fait aussi exception car les spécialistes sont au moins aussi souvent identifiés comme interlocuteurs que les médecins généralistes.

Une seconde classification a permis d'affiner les types d'actions mises en place. L'accès aux soins hospitaliers peut être réparti en une facilitation à la prise de rendez-vous (n=14), un recours à l'expertise hospitalière (n=64) ou une organisation particulière (équipe mobile se rendant à l'extérieur, consultations avancées… n=18). La continuité peut consister en une transmission d'informations de l'hôpital vers la ville (n=26) ou en une orientation des patients à partir de l'hôpital (n=30). Le suivi partagé entre la ville et l'hôpital peut se faire au niveau d'un patient (suivi individuel, n=21) ou par répartition a priori pour une population de malades définie (suivi populationnel, n=14). Concernant la formation, celle-ci peut être à l'initiative des équipes hospitalières (EPU, staffs, enseignements ; n= 37) ; de la ville (FMC… n=14) ou être le fruit d'une collaboration ville-hôpital (n=13).

L'enquête a permis de recenser 29 démarches intégrées (combinaison d'au moins 3 actions par la même équipe et pour une même population de patients). On retrouve dans la majorité des cas une action d'accès à l'expertise (n=27), ainsi que de la formation à l'initiative de l'hôpital (n=25). Ces démarches s'appuient souvent sur les réseaux de santé permettant d'assurer un suivi et une continuité des soins grâce à la participation de nombreux professionnels de santé et acteurs médico-sociaux.

La collaboration avec la ville s'est initiée au niveau des services, cependant on note qu'une stratégie institutionnelle se met en place dans certains groupes hospitaliers et va se renforcer. Par exemple, 8 GH ont déclaré des coopérations actuelles ou en projet avec un ou plusieurs centres de santé, parmi ceux-ci 2 ont indiqué avoir une réelle stratégie de coopération avec les centres de santé.

Contexte

Transition épidémiologique et évolution des modes de prise en charge

Sous l'effet croisé du vieillissement de la population, du progrès médical et des modifications de l'environnement, le nombre de maladies chroniques a augmenté et concernait environ 1 personne sur 4 soit 15 millions de personnes en France en 2008 [1].

En 2014, le régime général de l'Assurance maladie a recensé près de 10 millions de personnes déclarées en Affection de Longue Durée (ALD), soit près 17% de la population [2]. Ce nombre pourrait atteindre 19,7% de la population en 2025 [3].

En Ile-de-France, l'ARS a estimé à 2,5 millions le nombre de personnes vivant avec une maladie chronique. Près d'un quart des Franciliens de 15 à 85 ans vivant à domicile déclarent avoir au moins une maladie chronique [4].

Cette transition épidémiologique a un impact important sur l'organisation des soins : les patients sont suivis au long cours, par plusieurs professionnels de santé, avec l'alternance entre ville et hôpital. Ils peuvent, de plus, nécessiter l'intervention de professionnels des domaines médico-social et social.

Ainsi les maladies chroniques poussent à une évolution de nos organisations hospitalières et de nos modes de coopération avec les différents professionnels impliqués.

Par ailleurs, les évolutions technologiques et l'avancée des connaissances scientifiques ont fait évoluer les modes de prise en charge à l'hôpital. Le recours à l'hospitalisation à domicile, à la télémédecine, le développement de la chirurgie ambulatoire et des séances, permettent de raccourcir et/ou diminuer les hospitalisations complètes. Leur mise en œuvre nécessite une articulation renforcée avec les professionnels de ville qui assurent la prise en charge du patient au quotidien.

Structuration progressive des soins de premier recours

Historiquement, la France a centré son système de soins autour de l'hôpital. On observe, depuis une dizaine d'années, une structuration progressive des soins de 1er recours.

Le parcours de soins coordonné a été mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [5]. Il consiste à confier à un « médecin traitant » la coordination des différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins.

Le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale a été mis en place par l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des DES de médecine, qui ajoute ainsi la médecine générale à la liste des spécialités médicales.

La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST 2009) [6], définit les soins de 1er recours (la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, l'orientation et le suivi ainsi que l'éducation pour la santé) et introduit le « médecin généraliste de 1er recours » qui est notamment chargé de coordonner les soins de ses patients.

Cette même loi définit les pôles de santé et introduit l'exigence d'un projet de santé pour les Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP).

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 [7], vise dans son titre II à « faciliter au quotidien le parcours de santé des français ». Pour cela, elle définit des équipes de soins primaires organisées autour du médecin généraliste de premier recours (art 64), constitue des communautés professionnelles territoriales de santé avec contrat territorial de santé (art 65) et définit les missions des médecins spécialistes. Les ARS sont chargées d'organiser une mission d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes dans le but de prévenir les hospitalisations évitables et d'éviter des ruptures de prise en charge. Cette mission peut être assurée par une plateforme territoriale d'appui à laquelle les établissements d'HAD peuvent participer (art 74).

Le contexte démographique est inquiétant puisqu'on observe en Ile-de-France une diminution et un vieillissement des praticiens libéraux : le nombre de médecins généralistes et de spécialistes a baissé de 3,7 % et 4,0% respectivement entre 2010 et 2015. En 2015, 54% (+ 18 points par rapport à 2010) des spécialistes de premier recours et 43 % (+ 16 points par rapport à 2010) des médecins généralistes ont plus de 60 ans [8].

Plan stratégique de l'AP-HP

Le premier axe du plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP [9], « Penser le parcours patient de demain », développe plusieurs éléments : le rôle de l'AP-HP comme CHU de son territoire, la coopération avec la médecine de premier recours pour organiser la prise en charge du patient et l'évolution de la prise en charge : réussir le défi de moins hospitaliser pour mieux soigner.

Pour atteindre ces objectifs de coopération, un plan d'actions a été défini. Il comporte plusieurs axes dont le 1er est de « *Connaitre et partager ce qui est déjà fait à l'AP-HP ».*

Il est, en effet, apparu nécessaire de recenser les actions de coopération ville-hôpital en cours ou en projet au sein des services car les informations recueillies lors des étapes de préparation du plan stratégique étaient parcellaires et ne permettaient pas de donner une vision globale de ce qui est réellement réalisé à l'AP-HP. Ce recensement vise à identifier les types de coopérations existantes, à valoriser les actions menées par les équipes hospitalières, en interne et auprès des partenaires de ville ; puis à pouvoir mutualiser des outils ou des organisations développées par certaines équipes.

Ce rapport a pour objet de présenter les résultats du recensement des actions de coopérations des équipes hospitalières avec les professionnels de ville.

Méthode

La méthode retenue a été celle d'une enquête par questionnaire auprès des services et des directions des affaires médicales des groupes hospitaliers (GH).

Questionnaires d'enquête

Ces questionnaires ont été construits à partir de retours d'expériences des groupes de travail de préparation du plan stratégique sur les sujets maladies chroniques et articulation ville-hôpital. Ils ont été relus par des médecins et directeurs d'hôpitaux ayant la connaissance d'actions déjà en cours.

Le questionnaire GH (Annexe 1) a pour objectif de mettre en évidence les démarches structurées au niveau institutionnel à travers 3 axes principaux : la description des actions, les difficultés rencontrées et enfin les leviers d'actions identifiés. Il permet aussi un recensement des projets pour 2016-2017. Ce questionnaire se présente sous format Word, et est uniquement constitué de questions ouvertes. Dans le même temps, il a été demandé aux GH de mettre à jour la base de données, datant de l'été 2015, identifiant les collaborations avec les centres de santé.

Le questionnaire destiné aux services (Annexe 2) permet d'identifier les actions mises en place ou en projet au sein du service avec des questions de deux types : choix multiple ou texte libre. Le questionnaire, en plus d'une description libre de l'action et des patients ciblés, vise à obtenir des informations standardisées sur :

- le thème de l'action *(accès aux soins, continuité des soins, suivi partagé, formation, recherche…)*,
- les professionnels de ville impliqués *(médecins généralistes, spécialistes, IDE, centres de santé, réseaux de santé, SSIAD…)*,
- l'état d'avancement *(en projet ou mise en œuvre)*,
- le périmètre hospitalier *(un service, plusieurs services, un pôle…)*,
- l'identification des pilotes de l'action (hôpital et ville),…

Puis une analyse de l'action en champ libre est demandée : l'impact de l'action menée, les difficultés rencontrées et les leviers d'action identifiés.

Diffusion des questionnaires

- Validation du circuit de diffusion

Les 2 questionnaires ont été présentés au CODIR des Directeurs des affaires médicales (DAM), le 16 octobre 2015, pour valider le principe de l'enquête et définir le mode de diffusion au sein de chaque GH. Il a été décidé que la diffusion se ferait à partir de la DOMU vers les DAM qui se chargeraient de la diffusion dans leur GH.

Le questionnaire a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL enregistrée sous le numéro 1912801.

- Diffusion des questionnaires

Le premier envoi aux DAM a été fait le 4 novembre 2015 par mail, avec présentation de l'objectif et de la démarche de l'enquête pour les deux questionnaires.
Le questionnaire GH était à compléter et à retourner par les DAM directement.

Le questionnaire service était à transmettre par les DAM à l'ensemble des services cliniques et médico-techniques afin d'être rempli par les médecins ou les cadres. Ce questionnaire a initialement été envoyé sous format Word puis converti en questionnaire en ligne accessible depuis le réseau intranet de l'AP-HP.

- Suivi des réponses

Un suivi hebdomadaire a été mis en place par la DOMU : envoi d'un mail personnalisé à chaque DAM comprenant un tableau récapitulatif des répondants de leur GH (service, nom du répondant). Ces rappels ont permis aux DAM d'avoir une vue d'ensemble de l'avancement du recensement et d'effectuer si besoin des rappels auprès des services.

Lorsque les réponses étaient reçues sous format Word, elles étaient saisies en ligne, ce qui a permis de regrouper l'ensemble des réponses dans une base de données unique.

La date limite de retour était fixée au 18/12/2015 et a été prolongée, au vu du taux de réponses, jusqu'au 19/01/2016 afin d'obtenir un plus grand nombre de retours par GH.

Analyse

Tous les questionnaires envoyés par les services ont été lus afin de dégager une classification homogène des actions au-delà du/des thème(s) renseigné(s) par le répondant. Cette classification a été définie à partir de l'ensemble des questions et non à partir d'une question en particulier.

Afin d'assurer une homogénéité d'analyse, certains questionnaires ont été divisés en plusieurs actions unitaires car elles décrivaient plusieurs actions différentes d'un même service.

Six grandes catégories d'actions unitaires se dégageaient :

- accès aux soins hospitaliers : actions facilitant l'accès des professionnels de ville à la compétence hospitalière ;
- continuité des soins : actions facilitant la prise en charge des patients à l'issue d'un épisode hospitalier (consultation, hospitalisation) ;
- suivi partagé : organisation du partage d'une prise en charge entre la ville et l'hôpital ;
- formation : tous types de formations ouvertes aux professionnels de ville ;
- recherche : projet de recherche commun avec des professionnels de ville ;
- santé publique : nouvelle catégorie identifiée lorsque l'action mise en place visait la population générale et non des malades identifiés comme tels (dépistage, promotion de la santé,…).

Lorsqu'une même équipe mettait en œuvre au moins 3 actions unitaires pour la même population, elle entrait dans le cadre des « démarches intégrées », qui bénéficient d'un focus dans la présentation des résultats.

Chaque catégorie d'actions unitaires (sauf « santé publique » et « recherche ») a fait l'objet d'une seconde classification visant à affiner la description quantitative. Cette seconde classification est détaillée dans la présentation des résultats.

Une homogénéisation des réponses à certaines questions en champ libre a été réalisée :

- Discipline du service répondeur ;
- Population de patients ciblés : tous les patients du service, les patients présentant une pathologie spécifique ou les patients appartenant à une population particulière (ex : patients vulnérables) ;
- Moyens de communication et moyens de faire connaitre l'action (ex : mail, téléphone…) ;
- Interlocuteurs : il s'agissait des professionnels de ville concernés par l'action. Le questionnaire proposait une liste (médecin généraliste, spécialiste, IDE…), la catégorie « autres interlocuteurs» a permis d'identifier d'autres interlocuteurs non proposés dans le questionnaire. Elle a été divisée selon la classification suivante.

  - D'autres professionnels de santé : biologiste, kinésithérapeute, orthophoniste, psychomitricien, pharmacien, sage-femme, psychologue, puéricultrice, ergothérapeute, orthoptiste, auxillaire de puéricultrice, diététicienne, psychologue, médecin du travail, médecins et psychologues scolaires.
  - Des associations : Association Kiosque, Argos 2001, UNAFAM, AURA (Association d'Utilisation du Rein Artificiel en Ile-de-France) et ALTAIR (Association pour l'Hébergement, la Prévention, la Réinsertion Sociale et Professionnelle).
  - Des « services publics » : mairie, éducation nationale (collège, lycée, enseignants), réseau universitaire de santé de l'UPEC (RESUS), Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris (BSPP), centre de vie sociale de la ville, pôle santé de la ville, école de sage-femmes.
  - Les CLIC, MAIA et ESA.
  - Les EHPAD.
  - Les patients directement et les aidants ;
  - Autres : CAMSP, CMP, CMPP, SESSAD, CSAPA, CCAS, PMI, ASE, MDPH, centre de médecine du travail, travailleurs sociaux, centre de téléalarme, espace santé jeune, espace séniors, prestataires en matériel de soin, plateforme d'accompagnement et de répit des aidants.

Ces différentes étapes ont été soumises à relecture par les trois auteurs et à des contrôles de cohérence.
Par ailleurs il est à préciser que dans certains cas, les répondants ont été appelés afin d'obtenir des précisions sur l'action décrite.

Une synthèse des questionnaires GH a été réalisée.

Limites de la méthode

Cette enquête étant basée sur le volontariat, les résultats présentés ne sont donc pas exhaustifs. De plus, il s'agissait d'une enquête déclarative, le présent rapport repose donc sur les éléments apportés par les répondants.

On peut noter également que les questionnaires ayant été diffusés uniquement à l'hôpital, le point de vue des professionnels de ville n'est pas restitué.

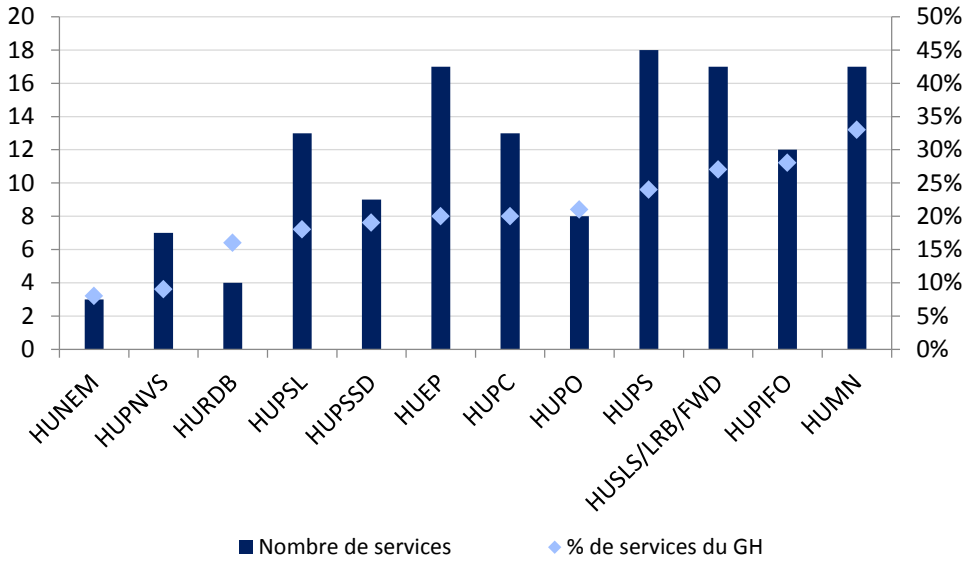
Résultats -questionnaire service

1. Analyse globale

- Nombre de réponses

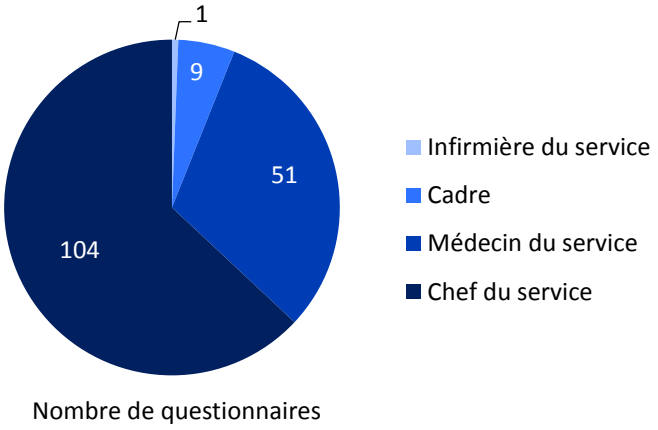
Au terme de l'enquête, 193 questionnaires ont été remplis parmi lesquels 165 questionnaires décrivant des actions ville-hôpital en projet ou mises en œuvre par 138 services différents.

Selon les GH, le nombre de questionnaires varie de 3 (HUNEM) à 31 (HUPS). Le nombre et la proportion de services par GH ayant déclaré au moins une action ville-hôpital[1] mise en œuvre ou en projet sont détaillés dans le graphe ci-dessous.



- Nature des répondants

La très grande majorité des répondants (94%) sont des médecins, cette catégorie regroupe les chefs de service et les autres médecins du service. Cette majorité de médecins parmi les répondants peut s'expliquer par le fait qu'ils étaient les principaux destinataires du questionnaire mais aussi parce qu'ils sont souvent à l'origine de la mise en place de l'action.



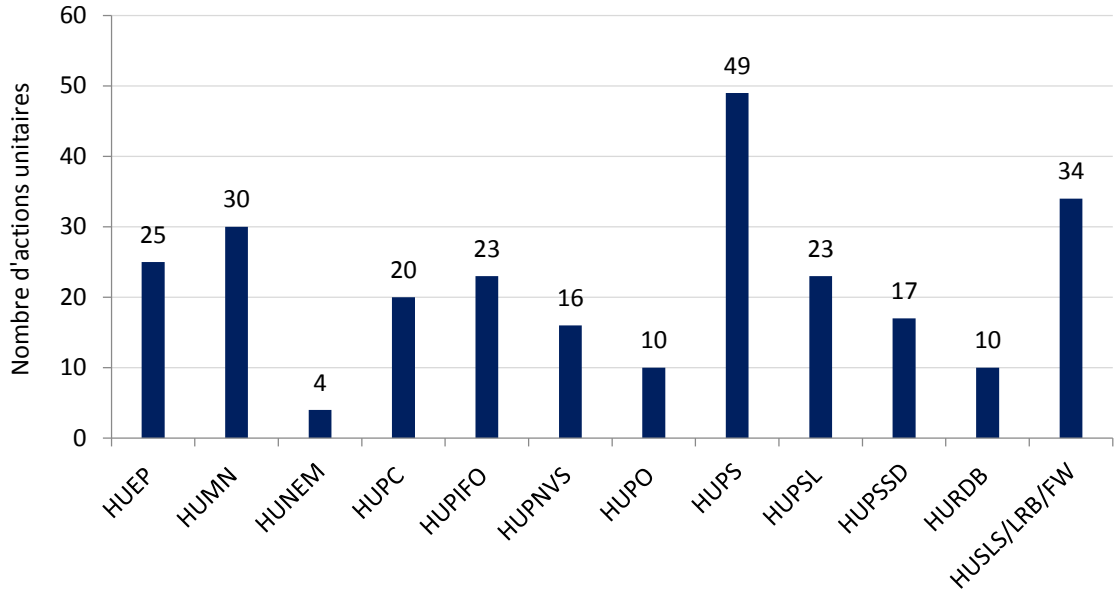
[1] Ce taux a été calculé à partir du fichier Structure 2015

- Nombre d'actions unitaires

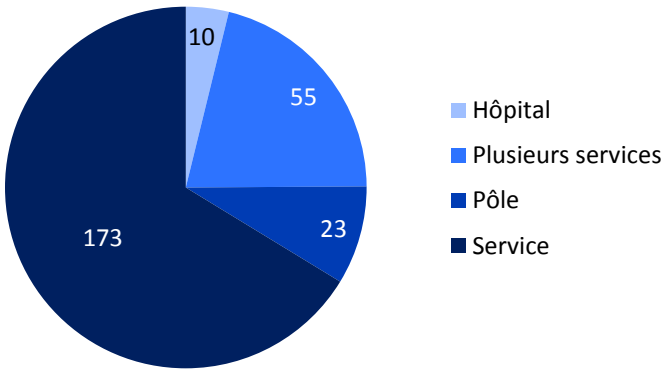
Ces 165 questionnaires permettent d'identifier 261 actions unitaires[2].

Parmi ces actions unitaires, 218 sont déjà mises en place et 43 en projet. C'est le nombre total d'actions unitaires, quel que soit l'état d'avancement, qui est pris en compte pour le reste de l'analyse.

Le nombre d'actions unitaires par GH varie de 4 à 49.



Le périmètre de l'action le plus fréquent est le service (66%). Les actions peuvent ensuite concerner plusieurs services (21%), le pôle (9%) et enfin l'hôpital (4%).



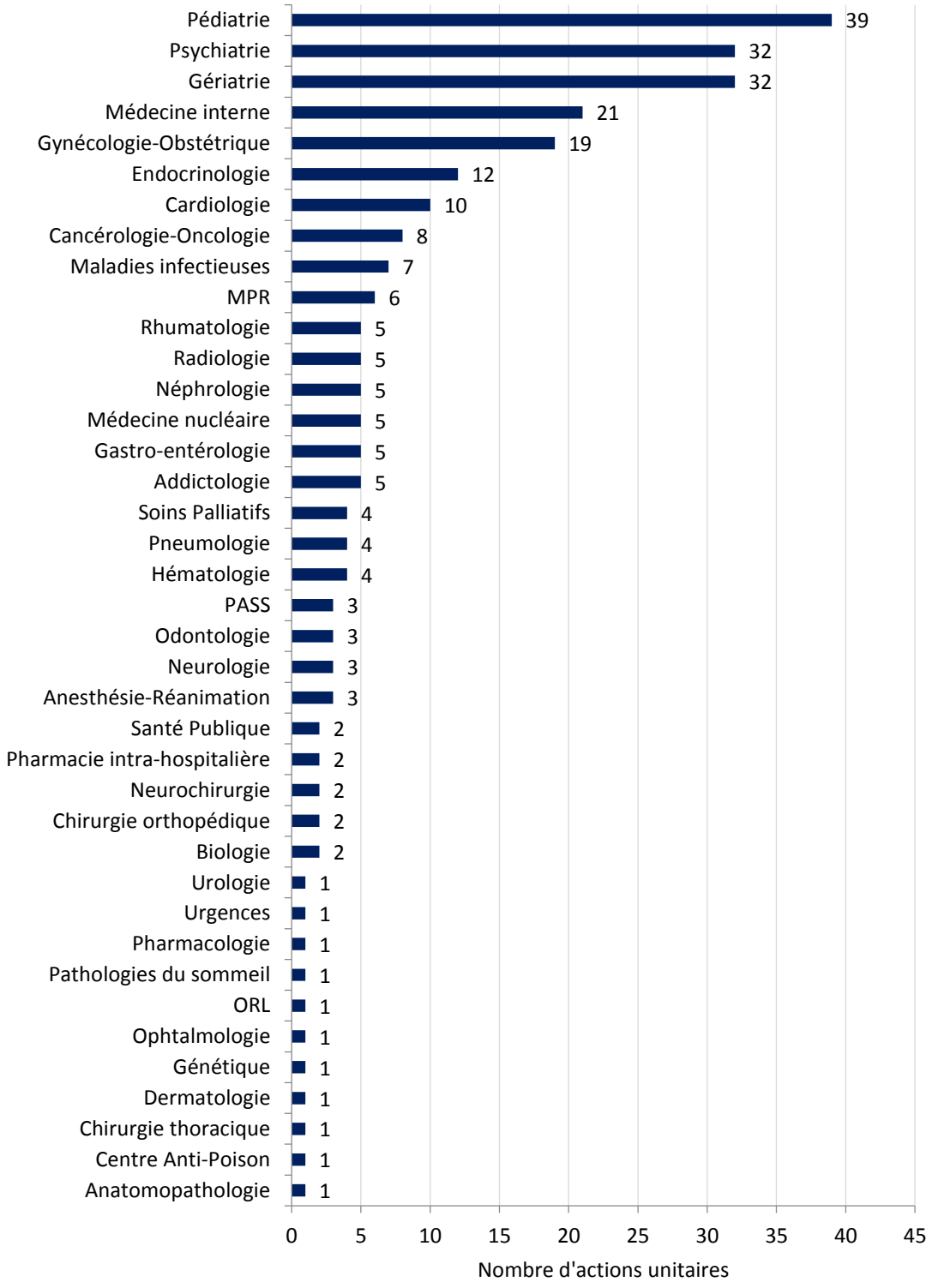
Nombre d'actions unitaires

Dans 61% des cas l'action concerne l'ensemble des patients du service. Le reste des actions peut concerner des patients atteints d'une pathologie particulière (26%), ou une population ou situation particulière (personnes vulnérables, population âgée, IRM…) (13%).

[2] Se référer à la partie Méthode

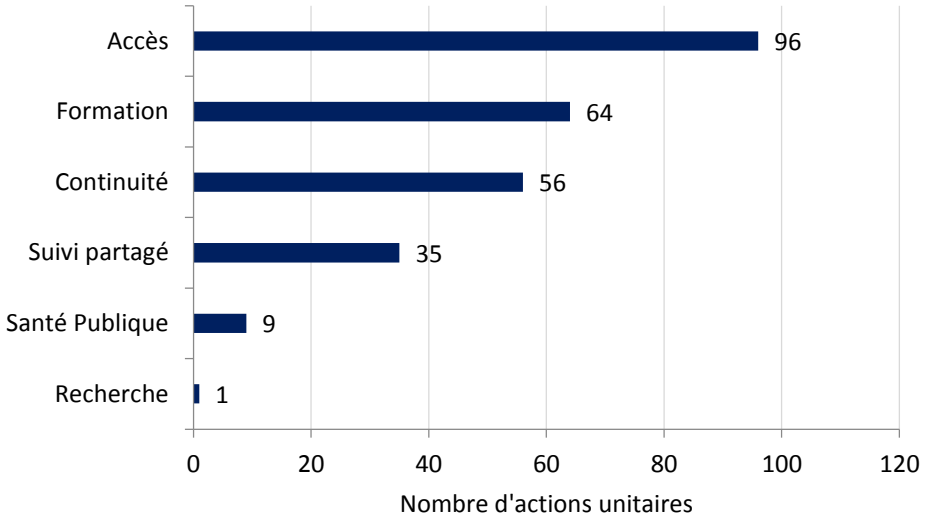
- Analyse par discipline

Les actions concernent 39 disciplines ou activités différentes. Le nombre d'actions unitaires varie de 1 à 39 par discipline. La grande majorité des actions est mise en place par des disciplines non chirurgicales (89%), 4% par des disciplines chirurgicales et 7% en gynécologie-obstétrique. Les disciplines où l'on retrouve un nombre d'actions ville-hôpital important sont la pédiatrie (15% des actions), la psychiatrie (12% des actions), la gériatrie (12% des actions), la médecine interne (8% des actions) et enfin la gynécologie-obstétrique (7% des actions).



- Thèmes des actions

Les actions unitaires recensées relèvent majoritairement de l'accès aux soins hospitaliers (37%), on retrouve ensuite la formation (25%), la continuité des soins (22%), le suivi partagé (13%), la santé publique (3%) et la recherche (une seule action recensée).



L'accès aux soins hospitaliers regroupe les actions facilitant l'accès des patients aux soins hospitaliers et/ou l'accès des professionnels de ville à l'expertise hospitalière.

La continuité des soins correspond aux actions facilitant le relais dans la prise en charge des patients à l'issue d'un épisode hospitalier (consultation, hospitalisation).

Le suivi partagé est l'organisation du partage d'une prise en charge entre la ville et l'hôpital.

La formation regroupe les différents types de formations ouverts aux professionnels de ville.

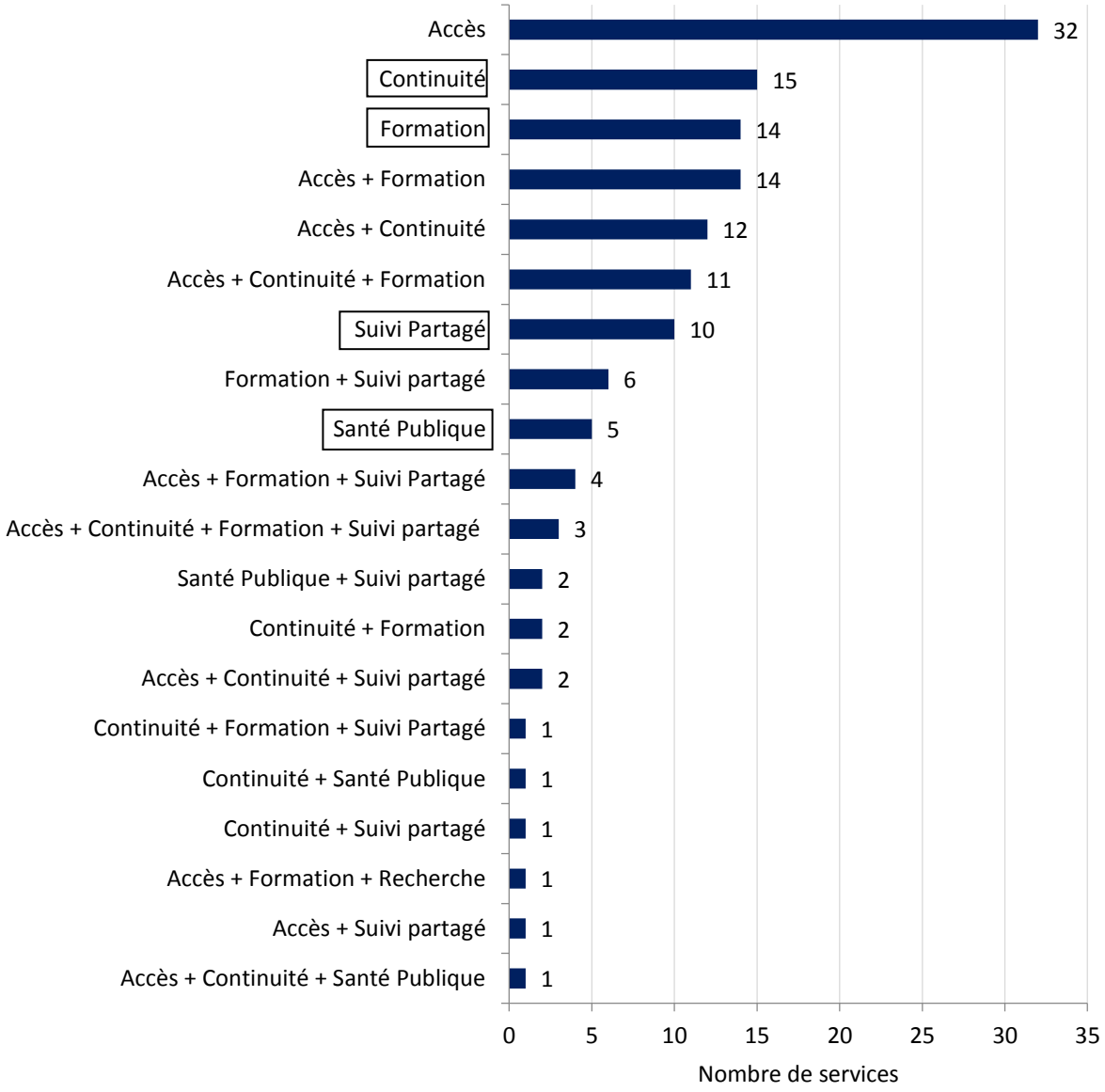
La santé publique correspond aux actions visant la population générale et non des malades identifiés (dépistage, promotion de la santé, éducation à la santé …).

La recherche correspond aux projets de recherche communs avec des professionnels de ville.

- Combinaisons de thèmes

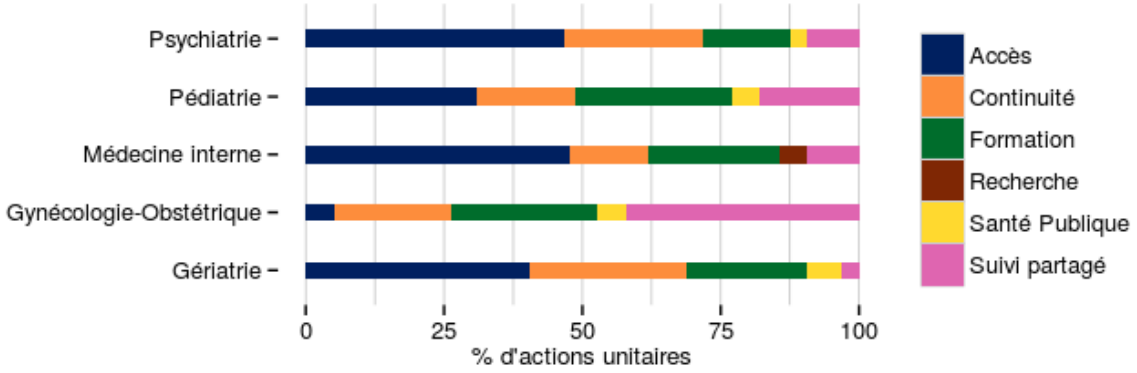
Parmi les 138 services répondants : 71 ont mis en place une seule action unitaire, 32 en ont mis en place deux et 35 trois ou plus.

Le thème le plus fréquemment retrouvé dans les combinaisons est l'accès (49 services parmi 66 ayant mis en place plusieurs actions) et il est le plus souvent combiné à de la formation, à de la continuité des soins ou aux deux (37 services).



- Thèmes des actions dans les disciplines ayant déclaré le plus d'actions

On ne retrouve pas la même répartition des différents thèmes dans les 5 disciplines déclarant le plus d'actions. L'accès reste le thème dominant sauf en gynécologie-obstétrique dont le thème d'action dominant est le suivi partagé. Le faible taux relatif d'actions d'accès en gynécologie-obstétrique peut s'expliquer par la mise en place en 2012 du Bureau des Inscriptions Centralisées en Maternité (BICM), qui gère les difficultés d'inscription en maternité. Lorsqu'une femme ne peut s'inscrire dans une maternité, celle-ci transmet le dossier au BICM qui est chargé de trouver une place dans une autre maternité et de recontacter la femme pour l'en informer.



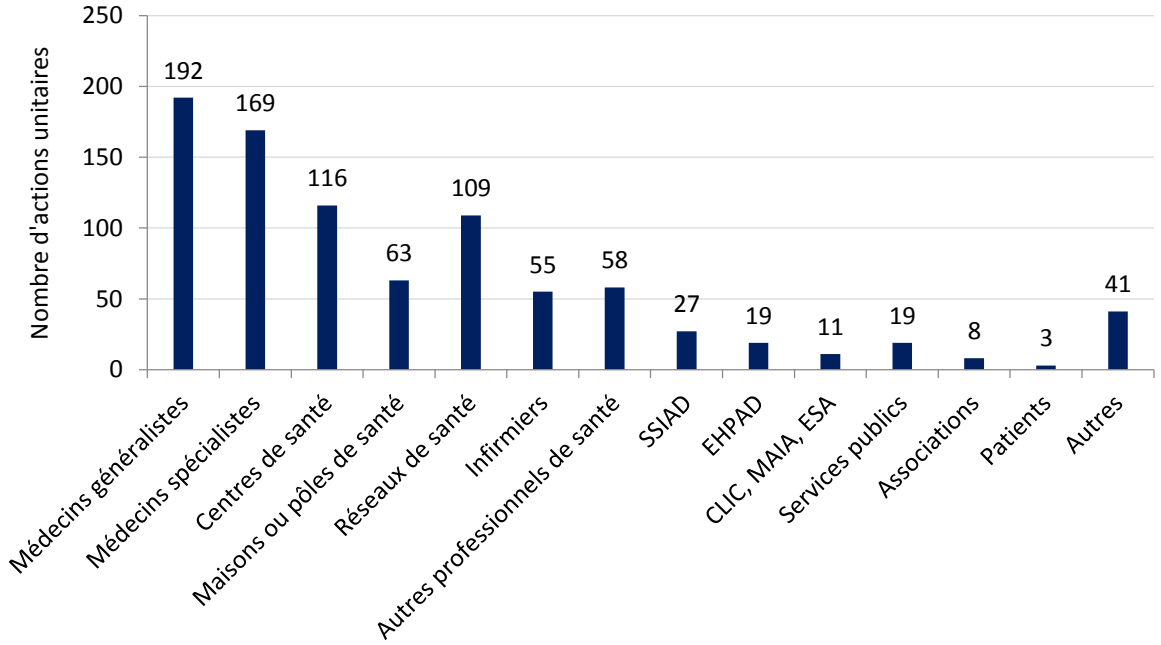
- Interlocuteurs de ville identifiés

Les équipes hospitalières identifient une diversité importante d'interlocuteurs en ville, en sachant que plusieurs interlocuteurs peuvent être identifiés pour une même action.

Logiquement, la grande majorité des interlocuteurs sont des médecins : les médecins généralistes sont les interlocuteurs les plus fréquents (74% des actions), puis les médecins spécialistes de ville (65%).

La coopération avec des « organisations de ville » est importante : centres, maisons ou pôles de santé (49%), réseaux de santé (42%). Elle permet souvent une meilleure communication et une structuration des relations avec la ville.

Enfin, d'autres secteurs que le sanitaire sont aussi représentés : le millieu associatif, les secteurs médico-social et social (centre communal action sociale, travailleurs sociaux,…) ainsi que les services publics (écoles, mairies,...).



- Formalisation

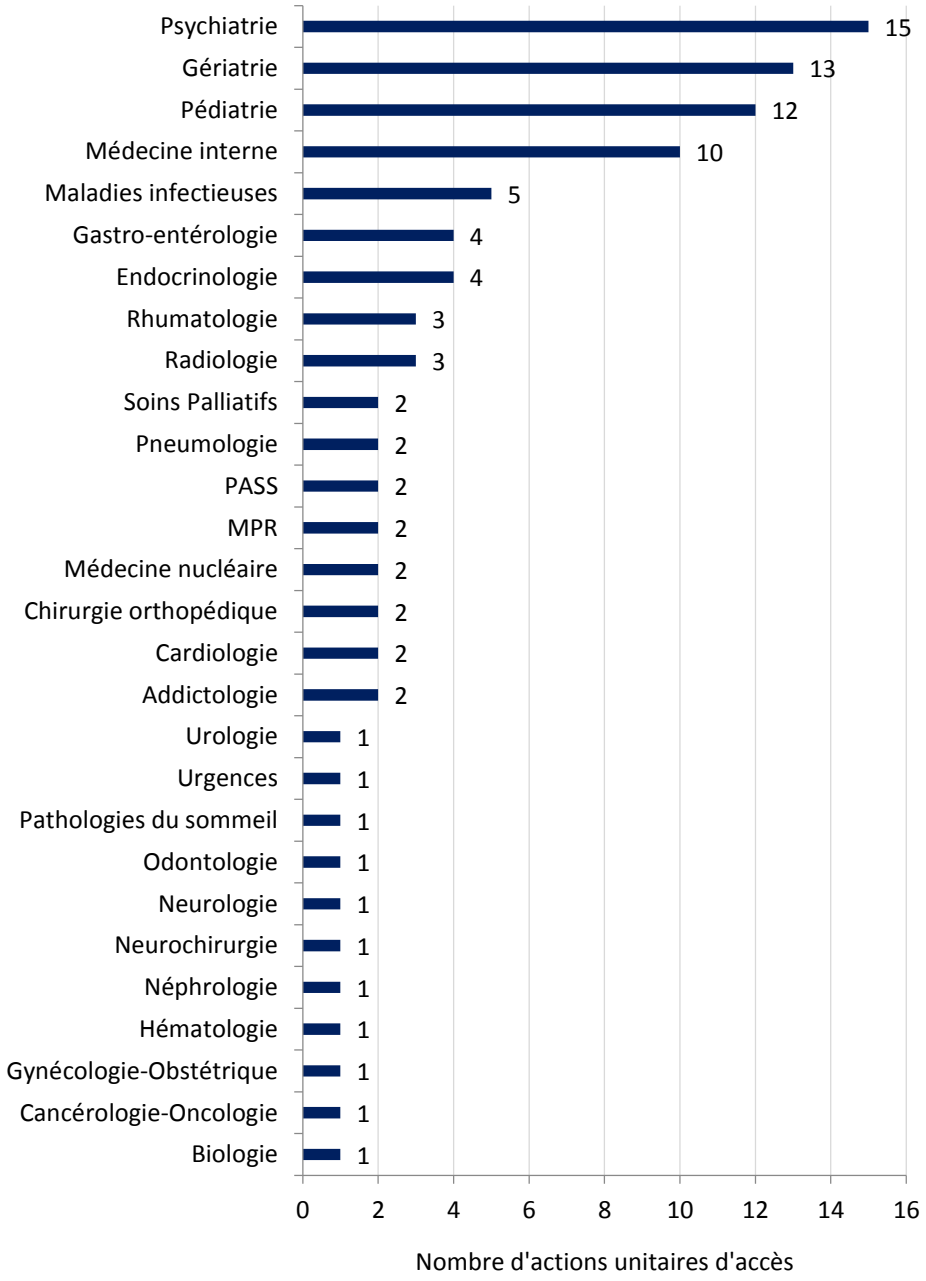
Les actions unitaires sont déclarées comme étant formalisées dans 46% des cas. Parmi ces actions formalisées, 62% le sont par une convention.

2. Accès aux soins hospitaliers

L'enquête a permis de recenser 96 actions unitaires concernant l'accès aux soins hospitaliers, ce qui représente 37% du total.

- Répartition selon les disciplines

Les actions d'accès aux soins hospitaliers sont retrouvées dans 28 disciplines parmi les 39. Les disciplines regroupant le plus d'actions d'accès aux soins hospitaliers sont la psychiatrie (15 actions, 47% des actions de la discipline), la gériatrie (13 actions, 41% des actions de la discipline), la pédiatrie (12 actions, 31% des actions de la discipline) et la médecine interne (10 actions, 48% des actions de la discipline).

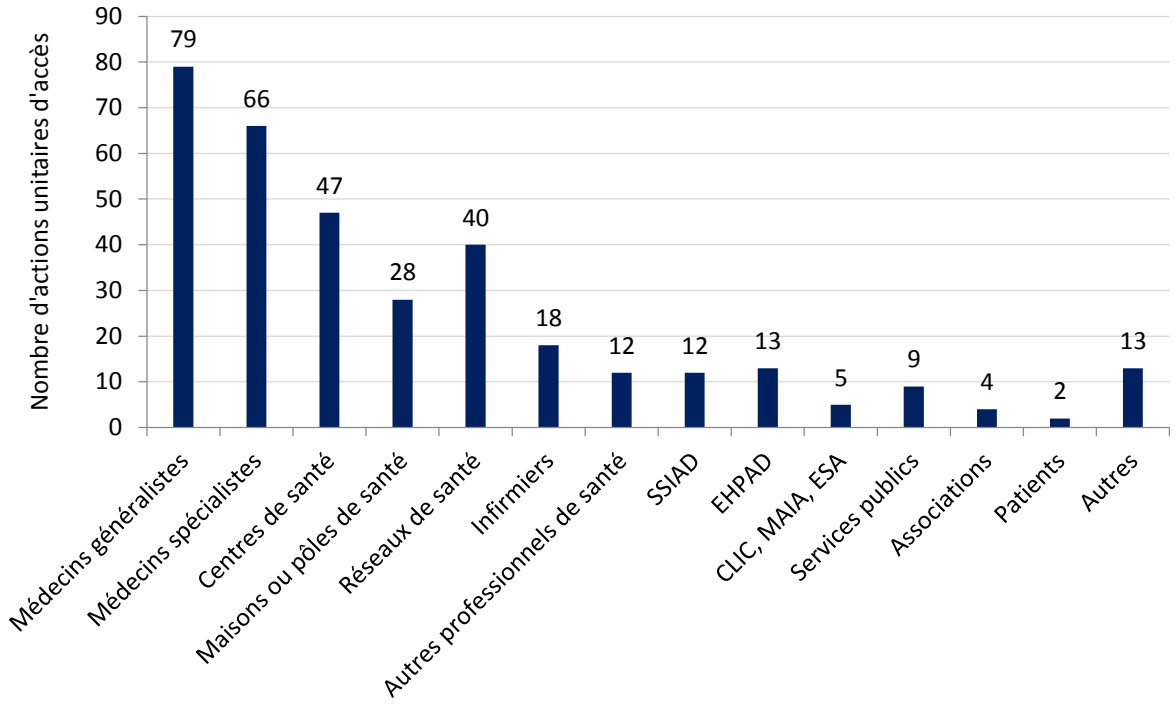


- Patients concernés par l'action

L'action concerne l'ensemble des patients dans deux tiers des cas. Dans le tiers restant l'action est dirigée vers une population (sujets âgés présentant un trouble psychiatrique, enfants présentant des troubles sévères du langage et des apprentissages) ou une pathologie particulière (cancer de la thyroïde, alcoolo-dépendance) nécessitant une prise en charge spécialisée.

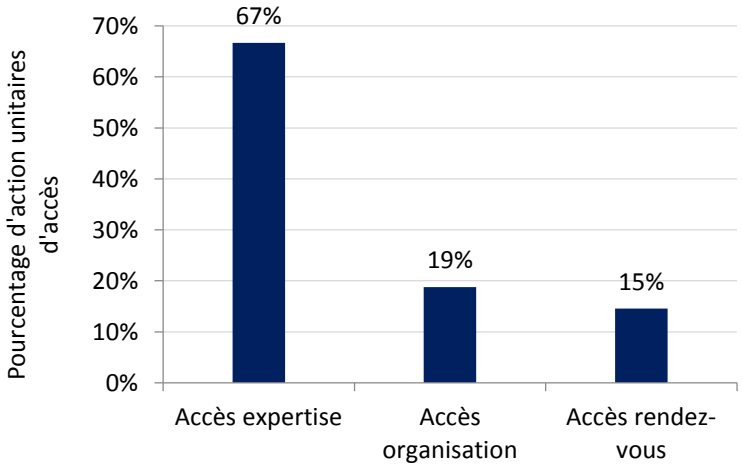
- Interlocuteurs de ville identifiés

Pour la majorité des actions, plusieurs interlocuteurs sont identifiés. Dans 82% des actions, les médecins généralistes sont identifiés parmi les interlocuteurs, dans 69% les spécialistes. Les centres de santé et/ou les maisons ou pôle de santé sont identifiés comme interlocuteurs dans 56% des actions.



- Les différents types d'accès

Une seconde classification permet d'identifier trois types d'accès aux soins hospitaliers :



Les actions permettant un accès facilité à la prise de rendez-vous en consultation
(« Accès rendez-vous », n=14)

Cet accès peut être à destination des patients ou des médecins via un numéro de téléphone (n=7) et/ou un formulaire web (n=5). Cette organisation concerne le plus souvent tous les patients du service (n=9). Il est à noter que, dès lors qu'un contact avec un médecin hospitalier a lieu, l'action est classée dans la catégorie « accès expertise ».

Exemple : Le service de chirurgie orthopédique et traumatologique d'Henri Mondor a mis en place un formulaire web destiné au patient pour la prise de rendez-vous en ligne. Le patient renseigne ses informations personnelles (nom, prénom, adresse…) ainsi que le motif de consultation (identification des zones anatomiques concernées…).

Les actions permettant un recours à l'expertise hospitalière pour les professionnels de ville
(« Accès expertise », n=64)

L'accès à l'expertise permet aux professionnels de ville d'avoir un avis spécialisé sur une pathologie ou une prise en charge particulière.

L'expertise peut se faire :
- par un échange direct entre les médecins : téléphone ou staff lors duquel le médecin de ville présente son dossier, qui peut être en visioconférence. (n=61)
- ou de manière indirecte par analyse de dossier : envoyé par mail ou courrier et analysé par le service (n=3)

L'accès à l'expertise peut être :
- immédiat par l'intermédiaire d'un numéro de téléphone disponible parfois 24h/24 et 7jours/7 (n=49),
- ou différé par mail (n=9), ou lors de staffs (n=5).

Souvent, les équipes associent les 2 en combinant les moyens de communication : le plus souvent mail et téléphone (n=6), puis téléphone et formulaire d'adressage (n=5).

Exemple : Le service de pédiatrie d'Ambroise Paré a mis en place pour la prévention et la prise en charge précoce des enfants et des adolescents victimes d'un accident d'évanouissement suite à la pratique d'un jeu asphyxique :
- *un numéro de téléphone direct avec le médecin responsable,*
- *une fiche d'adressage école-hôpital pour une consultation médicale dans les 48 heures,*
- *la programmation systématique d'une consultation avec une psychothérapeute du service et une assistante sociale.*

Exemple : Le service d'endocrinologie de Necker a mis en place un numéro de téléphone joignable en permanence (nuit et weekend) pour les détresses métaboliques aiguës de l'enfant et de l'adulte. Ce numéro à destination des professionnels de santé est en accès libre sur le site internet du centre de référence des maladies métaboliques.

Exemple : Le service de médecine interne d'Ambroise Paré a mis en place un numéro permettant aux médecins généralistes de contacter directement un des seniors du service. Cet appel peut déboucher sur 3 possibilités :
- un simple conseil,
- l'organisation d'une consultation, immédiate ou différée, dans le service ou dans un autre service approprié après concertation avec le médecin généraliste,
-une hospitalisation immédiate sans passer par les urgences ou une hospitalisation différée.
Exemple : Le service de gastro-entérologie d'Henri Mondor organise une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) destinée aux patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de

l'intestin. Les gastroentérologues libéraux ou des CHG de la périphérie viennent présenter leurs patients en vue d'un choix thérapeutique. Le cas est discuté en présence des gastroentérologues, des radiologues et des chirurgiens du CHU et un avis est rendu concernant la prise en charge.

Exemple : Le service de psycho-gériatrie de Bretonneau a mis en place une RCP par téléconférence pour des cas complexes avec une équipe de soins Alzheimer et des EHPAD du territoire.

Exemple : Le service de gynécologie endocrinienne de Cochin permet aux médecins de ville de soumettre par mail le dossier de patientes à risque vasculaire pour des indications de traitements hormonaux, ils n'assistent pas aux réunions de concertation pluridisciplinaire mais reçoivent par la suite une fiche de RCP.

Les organisations mises en place par les services sont plus ou moins structurées mais peuvent aller jusqu'à une réelle gradation de l'accès à l'expertise.

Exemple : *le service de pédiatrie d'Antoine Béclère a mis en place 3 organisations complémentaires :*

- *une adresse mail générique avec une réponse dans les 48 heures qui suivent la demande ;*
- *lorsque la demande ne peut attendre 48 heures, une ligne téléphonique est accessible aux heures ouvrables ;*
- *de plus une réunion hebdomadaire est organisée, elle est dédiée aux cliniciens de ville pour discuter les dossiers pour lesquels ils souhaitent un avis.*

Les actions relevant d'une organisation particulière renforçant l'accès aux soins
(« Accès organisation », n=18)

Ces actions peuvent concerner :

- des organisations hospitalières : mise en place de consultation sans rendez-vous, de téléconsultations ou d'équipes mobiles hospitalières se déplaçant en ville (n=8),

Exemple : Le service de médecine physique et réadaptation (MPR) de la Pitié Salpêtrière a mis en place, dans le cadre de la plateforme ARS Handicap Neurologie, une équipe mobile SSR se déplaçant au domicile pour la prise en charge de patients cérébrolésés. Cette équipe travaille en collaboration avec les professionnels de ville (orthophonistes, kinésithérapeutes…).

Exemple : Le service de psycho-gériatrie de Bretonneau a mis en place des téléconsultations avec les EHPAD et les équipes de soins Alzheimer pour les patients ou résidents difficilement transportables.

- des organisations conjointes avec les structures de ville : consultations avancées dans des centres de santé ou postes partagés avec un centre de santé (n=6),

Exemple : Le service d'Hépato-gastroentérologie de Louis Mourier assure deux demi-journées de consultations avancées au centre municipal de santé de Gennevilliers permettant une prise en charge rapide sur le CMS des pathologies non graves, un accès rapide à l'endoscopie digestive réalisées à Louis Mourier, une hospitalisation et un suivi à Louis Mourier pour les pathologies graves (cancer, maladies inflammatoires, hépatopathies), un suivi combiné au CMS après prise en charge hospitalière.

- ou une structuration territoriale des soins de proximité. (n=4)

Exemple : Le centre référent des troubles du langage et des apprentissages de l'Hôpital Raymond Poincaré a permis la création d'un Centre du Langage (CDL28) à Chartres. En créant un réseau et en formant des professionnels, ce partage de connaissance permet aux patients d'Eure et Loire d'accéder à des consultations spécialisées dans les troubles du langage proches de leur domicile. On retrouve ainsi une gradation de l'offre de soins : une offre a été créée en proximité et l'équipe de Garches reste positionnée pour l'expertise de recours.

Exemple : Le service de psychiatrie de Paul Brousse qui participe au réseau Santé Mentale coordonné par la ville d'Ivry Sur Seine et le Centre Municipal de Santé, est impliqué avec les autres acteurs du territoire dans la mise en œuvre du Contrat Local de Santé (CLS).

- Partenariat entre l'hôpital et la ville

Nous avons cherché à identifier les actions relevant d'un partenariat entre la ville et l'hôpital c'est-à-dire les actions dans l'organisation desquelles les professionnels de ville sont impliqués.
Les critères retenus sont :

- il s'agit d'une action d'accès relevant d'une organisation particulière (à l'exception des consultations sans RV),
- et/ou un pilote de ville est identifié.

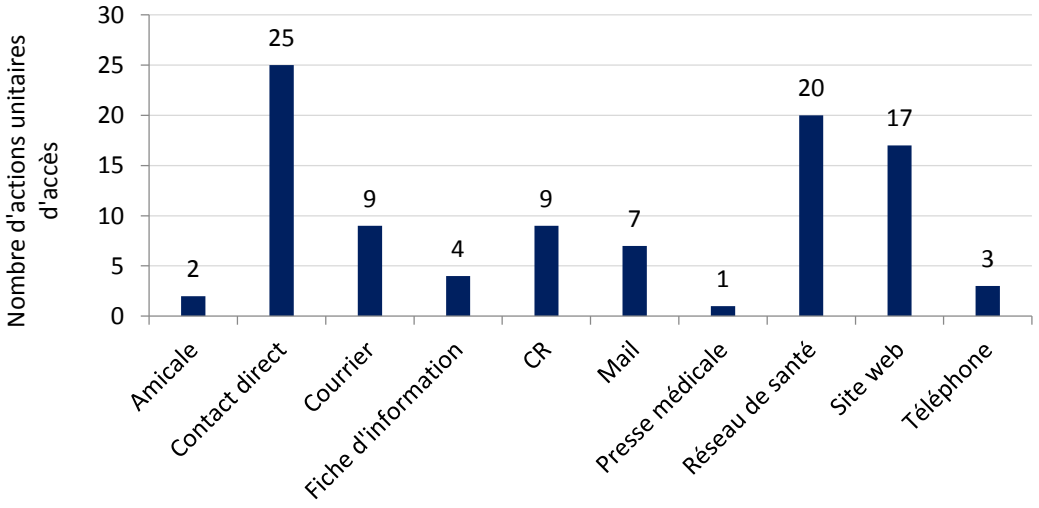
Ainsi 59**%** des actions d'accès aux soins s'apparentent à un partenariat ville-hôpital.

- Moyens utilisés pour faire connaître l'action

La question concernant les moyens utilisés pour faire connaitre l'action a été renseignée de manières diverses, identifiant soit des moyens de communication soit des moyens de diffusion soit les deux.

Les services utilisent souvent une combinaison de moyens pour faire connaitre leur action. Le moyen le plus fréquemment utilisé est le contact interpersonnel avec les professionnels ou les patients (26%). On retrouve ensuite l'information à des structures professionnelles : réseaux de santé (21%) et amicales de médecins (2%). Les documents habituels de la prise en charge comme les comptes rendus hospitalier ou opératoire (9%) peuvent aussi être un moyen de faire connaître l'action : par exemple, numéro d'accès à l'expertise indiqué dans l'en-tête.

La diffusion peut se faire via des moyens d'information spécifiques : les courriers (9%), les mails (7%,), les plaquettes d'information (4%), le téléphone (3%). Ces moyens nécessitent de disposer des coordonnées de professionnels de ville. On retrouve également des moyens d'information non personnalisés, accessibles à tous comme un site web (18%) ou la presse médicale (1%).

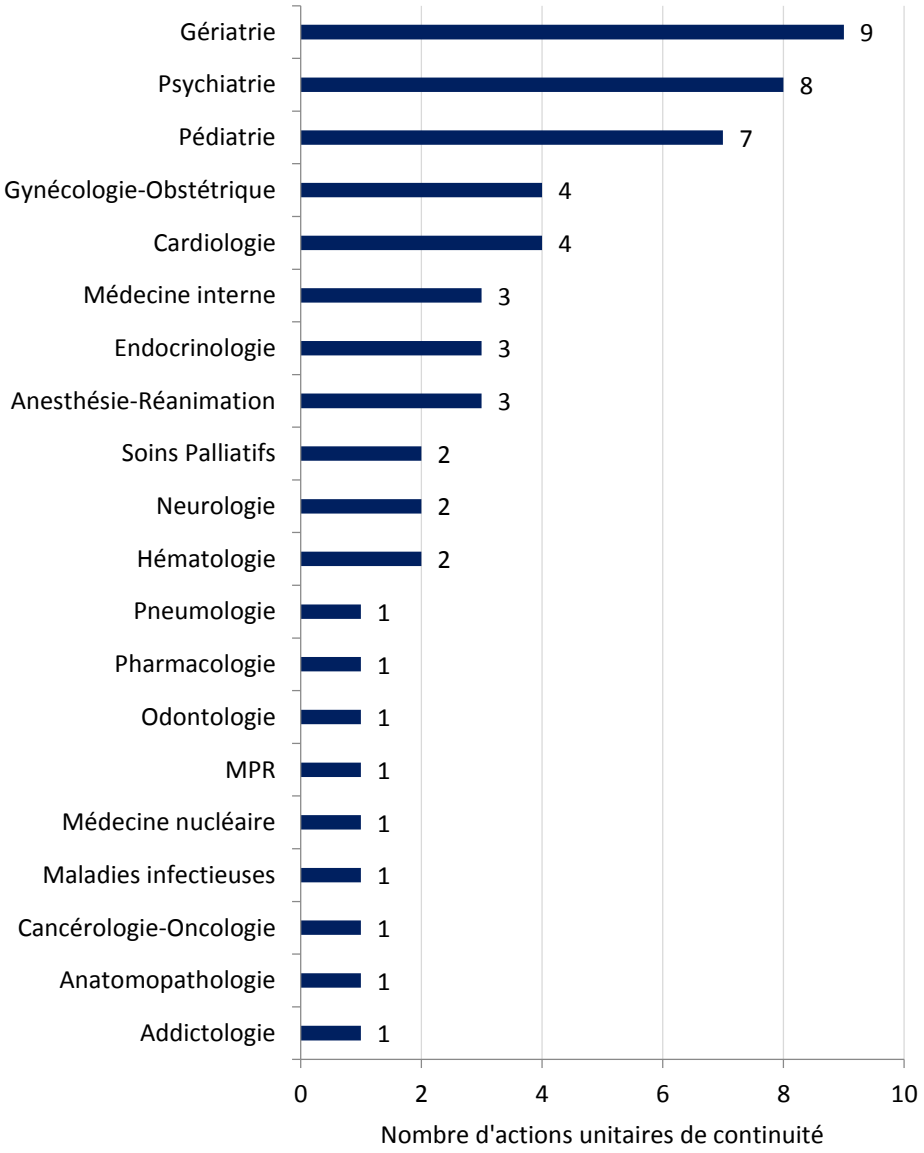


3. Continuité des soins après l'épisode hospitalier

L'enquête permet de recenser 56 actions unitaires concernant la continuité des soins, ce qui représente 21% du total.

- Répartition selon les disciplines

Des actions concernant la continuité des soins sont mises en œuvres par 20 disciplines sur 39. Les disciplines déclarant le plus d'actions de continuité des soins étaient la gériatre (9 actions, 28% des actions de la discipline), la psychiatrie (8 actions, 25% des actions de la discipline) et la pédiatrie (7 actions, 18% des actions de la discipline).

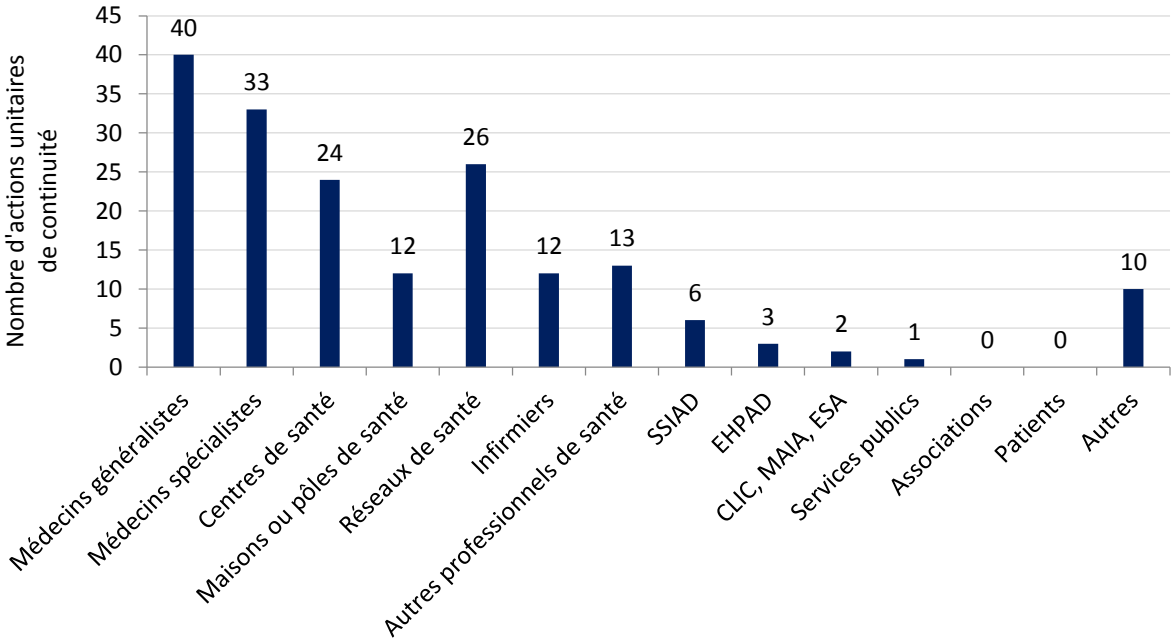


- Patients concernés par l'action

Dans 59% des cas, l'ensemble des patients est concerné et dans 43% l'action est dirigée vers une population (couple mère-enfant, personnes âgées) ou une pathologie particulière (patients obèses, insuffisants cardiaques).

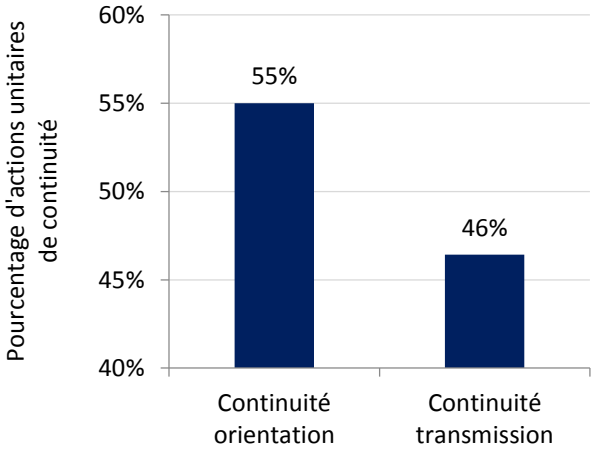
- Interlocuteurs de ville identifiés

Pour la majorité des actions, plusieurs interlocuteurs sont identifiés. Dans 71% des actions, les médecins généralistes sont identifiés parmi les interlocuteurs, dans 59% les spécialistes. Les centres de santé et/ou les maisons ou pôle de santé sont identifiés comme interlocuteurs dans 45% des actions.



- Les différents types de continuité

Une seconde classification permet d'identifier deux types de continuité post-hôpital :



Action de continuité via la transmission d'informations de l'hôpital vers la ville
(« Continuité transmission », n=26)

Cette transmission d'information peut se faire à l'issue d'une hospitalisation ou d'une consultation. L'information transmise peut être :
- un compte-rendu d'hospitalisation (n=9), de consultation (n=7), d'acte opératoire (n=4),
- des transmissions destinées aux infirmières ou aux rééducateurs de ville (n=3),
- des informations cliniques de liaison destinées au médecin de ville (n=5),
- un document explicatif destiné au patient (n=1).

Les vecteurs pour transmettre ces informations, qui peuvent être multiples pour une même action, sont : les courriers (n=10), le mail crypté (n=4), le mail (n=2), le téléphone (n=4), les fiches de liaison (n=4), les enveloppes de sortie destinées aux patient (n=2) et enfin les SMS (n=1)

Exemple : Le service de gériatrie de Sainte-Périne a mis en place une pochette de liaison comprenant le compte rendu d'hospitalisation définitif et les transmissions infirmières et des rééducateurs.

Exemple : Le service de cardiologie d'Henri Mondor a mis en place un système où le cardiologue de ville reçoit un SMS à l'entrée et à la sortie de son patient.

Exemple : Le service d'anesthésie-réanimation de Saint Antoine envoie systématiquement les comptes rendus opératoire le jour même de l'intervention par mail crypté au médecin généraliste.

Exemple : Le service de Gériatrie de la Pitié-Salpêtrière fourni un tableau de type conciliation médicamenteuse en fin de CRH précisant les modifications et justifications aux changements de traitements.

Action de continuité via l'orientation des patients à partir de l'hôpital
(« Continuité orientation », n=30)

La continuité peut se traduire également par une orientation du patient pour une prise en charge en ville. Les actions d'orientation des malades sont retrouvées le plus fréquemment dans trois disciplines : en pédiatrie (n=5), en gynécologie-obstétrique (n=4) et en psychiatrie (n=4).

Les patients peuvent être orientés vers :
- des réseaux de santé (n=16),
- des correspondants médicaux de ville (MG, autres spécialistes, centres de santé ou maisons de santé) (n=10),
- des professionnels paramédicaux (n=6),
- des structures médico-sociales (hébergement pour personnes âgées, CSAPA,…) (n=4),
- des prestataires (n=2).

Exemple : Les puéricultrices de secteur de PMI passent une fois par semaine dans le service de gynécologie-obstétrique de Bicêtre, afin de sécuriser les sorties des mères et le suivi des nouveau-nés.

Exemple : Le service de soins palliatifs de Bicêtre inclut les patients à la sortie de l'hôpital dans un réseau de soins palliatifs (Onco 94 pour les patients résidant dans le 94, Osmose pour les patients résidant dans le sud du 92, …). Cette inclusion se fait aussi pour les malades des autres services par les soignants de l'équipe mobile de soins palliatifs.

Exemple : Le service de maladies infectieuses d'Avicenne dispose d'un annuaire de correspondants auxquels il adresse des patients sans médecin traitant, et ainsi les réinsère dans un parcours de soins.

Exemple : Le service de cardiologie de Saint-Antoine oriente certains patients à leur sortie de l'hôpital vers une plate-forme téléphonique de coordination des soins et d'éducation thérapeutique. L'infirmière télé-opératrice, formée à l'éducation thérapeutique, permet ainsi la coordination des

professionnels de ville (médecins généralistes, cardiologues, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes,…) et informe les médecins sur le suivi et l'éducation thérapeutique de leurs patients.

- Partenariat entre l'hôpital et la ville

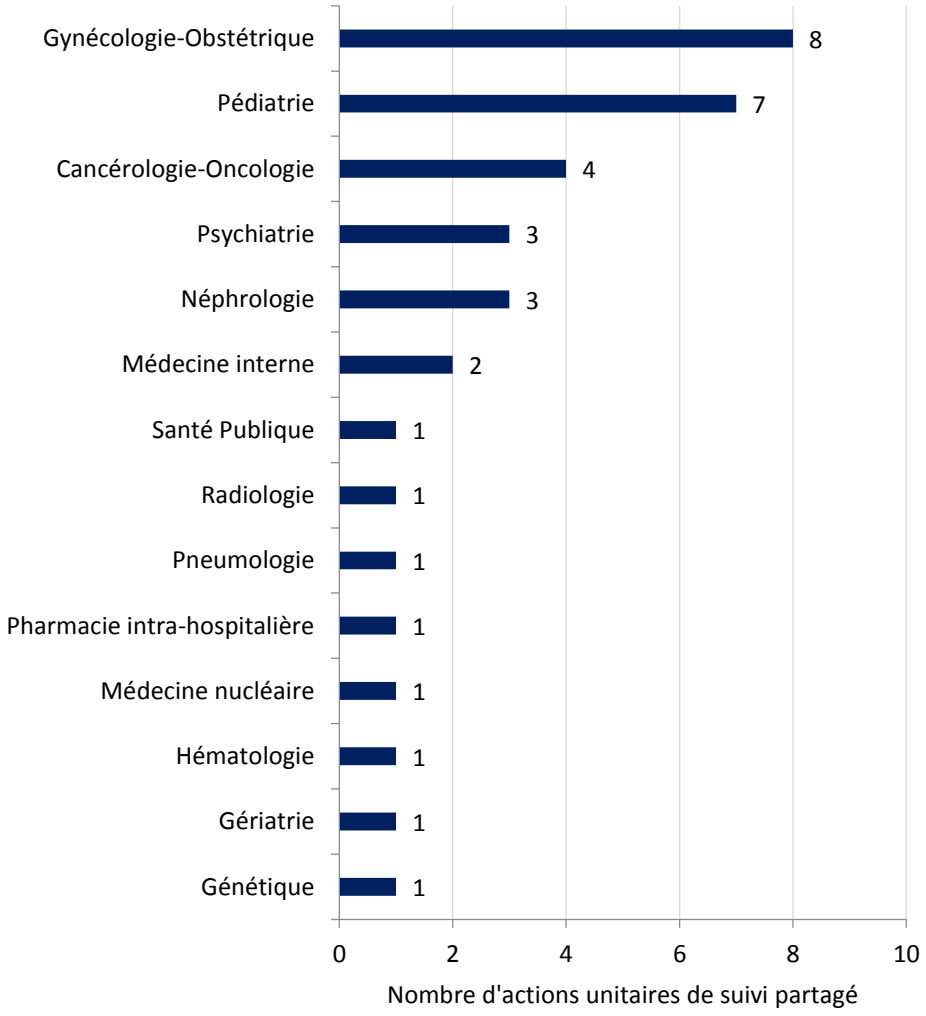
L'action est définie comme un partenariat entre la ville et l'hôpital lorsqu'un pilote de ville est identifié. Ainsi 52% des actions de continuité sont des partenariats. Le partenariat est logiquement plus fréquent parmi les actions de « continuité orientation » (67%) que dans les actions de « continuité transmission » (35% de partenariats).

4. Suivi partagé entre la ville et l'hôpital

L'enquête permet de recenser 35 actions unitaires concernant la mise en place d'un suivi partagé entre la ville et l'hôpital, ce qui représente 13% du total.

- Répartition selon les disciplines

Les actions de suivi partagé sont retrouvées dans 14 disciplines parmi 39. Les disciplines regroupant le plus d'actions de suivi partagé sont la gynécologie-obstétrique (8 actions, 42% des actions de la discipline), la pédiatrie (7 actions, 18% des actions de la discipline) et la cancérologie-oncologie (4 actions, 50% des actions de la discipline).

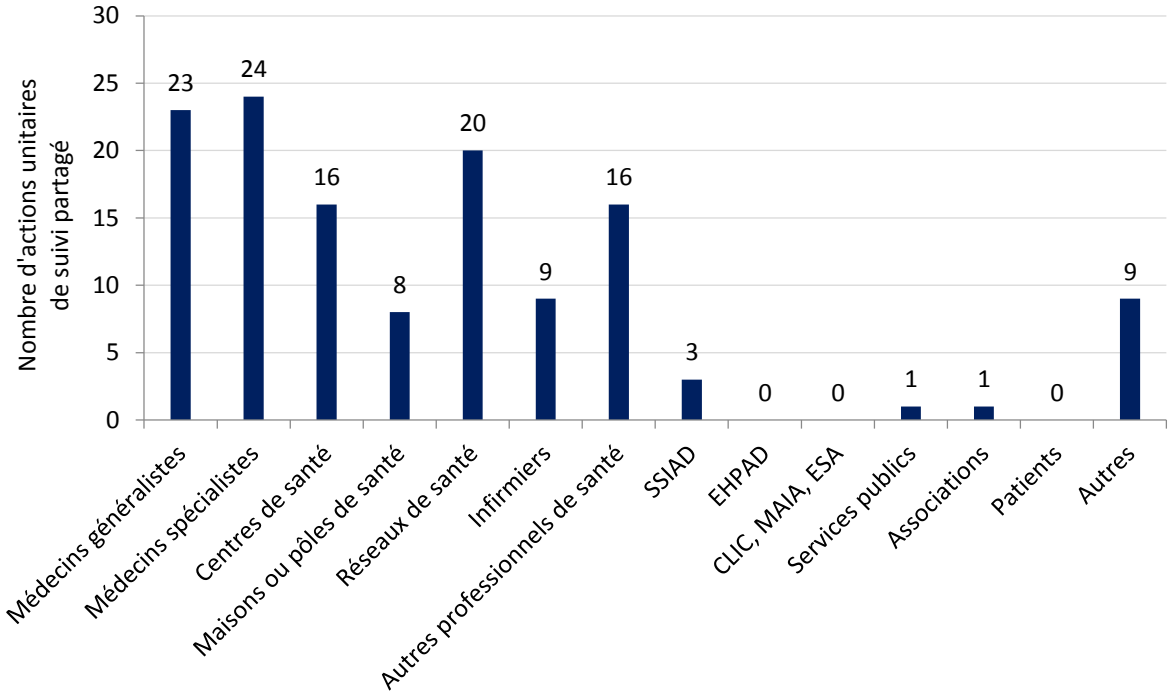


- Patients concernés par l'action

Dans 40% des cas, l'ensemble des patients est concerné et dans 60% l'action est dirigée vers une population ou une pathologie particulière (transplantés rénaux, troubles dépressifs et conduites suicidaires).

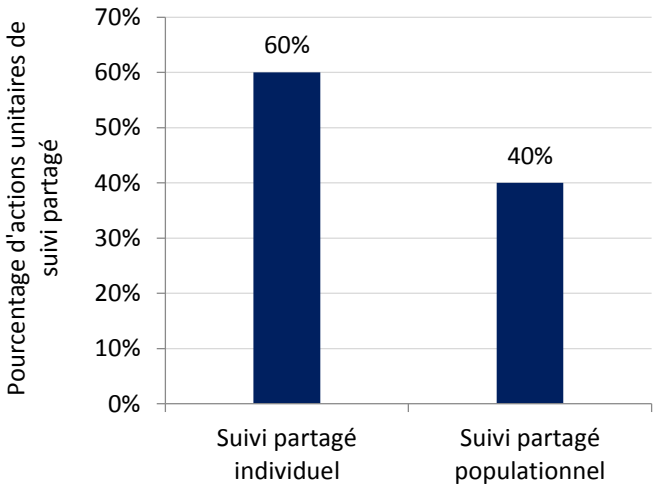
- Interlocuteurs de ville identifiés

Pour la majorité des actions, plusieurs interlocuteurs sont identifiés. Ces actions de suivi partagé ont une spécificité car, au contraire des autres thèmes, les spécialistes de ville sont au moins aussi souvent identifiés comme interlocuteurs que les médecins généralistes. Les centres de santé et/ou les maisons ou pôle de santé sont identifiés comme interlocuteurs dans 49% des actions.



- Les différents types de suivi partagé

Une seconde classification permet d'identifier deux types de suivi partagé:



Actions de suivi partagé individuel
(« Suivi partagé individuel», n=21)

Le suivi partagé individuel correspond au partage de la prise en charge d'un patient donné entre professionnels de l'hôpital et de ville. Dans cette catégorie sont aussi intégrées des actions de suivi rapproché du patient à son domicile par l'hôpital, avec contact si besoin des professionnels de ville. Il s'agit d'organisations souvent avancées de coopération entre la ville et l'hôpital pour des situations cliniques nécessitant un recours régulier à l'expertise hospitalière.

Ce type d'actions est particulièrement mis en place pour certaines maladies/populations : les cancers (n=6), les pathologies psychiatriques (n=3), les populations vulnérables (n=2), les maladies pédiatriques (n=3) et les patients dialysés ou transplantés (n=2).

Ce suivi partagé est facilité par différents outils et organisations permettant :

- de partager les informations concernant les patients : les fiches de liaison (n=4), le dossier partagé (n=4) ou le contact téléphonique (n=4),
- d'harmoniser les pratiques : les protocoles (n=4), les staffs (n=2) et le réseau (n=1).

Exemple : Le service d'oncologie médicale de l'HEGP, a mis en place le programme PROCHE (Programme d'Optimisation des Chimiothérapies) qui permet le suivi de patients sous chimiothérapie. Une infirmière appelle le patient 48h avant la séance de chimiothérapie pour recueillir les informations cliniques sur la dernière chimiothérapie (effets secondaires,..) et préparer la séance suivante. L'équipe prépare une action complémentaire qui permettra un suivi post-hospitalisation par une IDEC avec partage d'informations sur un espace sécurisé entre l'hôpital (données d'hospitalisation), les patients (auto-questionnaire) et les professionnels de ville (données de ville).

Exemple : Le service de pédiatrie d'Armand Trousseau a mis en place une prise en charge kinésithérapique externe au long cours, d'abord dans le service (kinésithérapeutes référents) puis relayée progressivement en ville. Le service dispose d'un annuaire des kinésithérapeutes de ville. Le suivi se fait grâce à une fiche de liaison contenant les informations de l'enfant (informations cliniques, médecin référent). Cette organisation permet une guidance et une formation des kinésithérapeutes libéraux, une prise en charge des enfants près de leur domicile et un allègement des prises en charge à Trousseau.

Exemple : Le service d'hématologie de Saint-Louis a mis en place un classeur de liaison Ville-Hôpital complété à chaque prise en charge intra hospitalière et remis au patient lors du retour au domicile. Ce classeur de liaison permet de tracer aussi les actions et soins dispensés au domicile. Il contient les fiches suivantes :

- *Fiche d'identification du patient et aidants, choix de la personne de confiance.*
- *Fiche de liaison sociale complétée par les assistantes sociales en intra et extrahospitalier*
- *Fiches contacts en intra hospitalier (numéros de téléphones utiles) et en extrahospitalier (numéros de l'IDE de ville, prestataire de matériel de soin, médecin traitant, pharmacie de proximité, réseau d'oncologie, laboratoire d'analyses médicales, transporteur ou taxi conventionné etc.)*
- *Fiche de suivi des dispositifs IntraVeineux de Longue Durée (DIVLD).*
- *Fiche de transmissions des soins/ carte de groupe sanguin et carte vitale.*
- *Fiche de recommandations, instructions, éducation à la santé, procédures de soin.*

Exemple : A l'hôpital Saint-Louis, le centre des maladies du sein et le service de médecine nucléaire ont chacun organisé le suivi partagé avec les médecins de ville des patients ayant eu un cancer du sein ou de la thyroïde. Ce suivi, qui peut être totalement délégué à la ville selon les cas, est fondé sur l'utilisation de référentiels de suivi élaborés en collaboration avec les médecins de ville et de fiches de

suivi individuelles. Des formations sont organisées. Cette organisation se fait dans le cadre de réseaux joignables facilement si besoin : Saint-Louis réseau Sein et Saint-Louis Réseau Thyroïde.

Exemple : Le service de psychiatrie générale de Bicêtre a mis en place plusieurs actions de suivi partagé : une consultation d'avis spécialisé et de suivi conjoint (CASC) avec les médecins généralistes pour les patients dépressifs ; le dispositif OSTA (« Organisation d'un suivi thérapeutique adapté ») qui rappelle les patients suicidants lors de leur retour à domicile, en lien avec le professionnel de ville référent.

Exemple : Dans le service de gériatrie polyvalente de Bretonneau, une IDE de coordination en oncogériatrie assure un suivi ville/hôpital lors des retours à domicile des patients. Ce suivi se fait en lien avec les professionnels de ville et différents réseaux. L'IDEC identifie les personnes ressources pour chaque patient.

Actions de suivi partagé populationnel
(« Suivi partagé populationnel », n=14)

Le suivi partagé populationnel s'intègre dans une démarche organisationnelle. Il s'agit d'une répartition *a priori* de l'activité entre la ville et l'hôpital pour une population donnée de patients. Il est à noter que ce suivi partagé populationnel est en particulier retrouvé en gynécologie-obstétrique (n=7). Ce partage d'activité se fait sur des critères de gravité ou de choix des patients et peut s'accompagner d'un partage de système d'information (exemple : PACS).

Exemple : Le service des urgences pédiatriques d'Armand Trousseau, a signé une convention avec le Réseau bronchiolite pour qu'un médecin du réseau vienne aux urgences effectuer une consultation libérale pour des enfants ayant été triés par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) comme des consultations simples. Cette collaboration a lieu du lundi au samedi de 18h à 23h durant 5 semaines entre novembre et décembre chaque année au pic de l'épidémie hivernale. Cela permet à l'équipe de garde aux urgences de se concentrer sur les situations les plus urgentes au moment d'une très grande affluence.

Exemple : REVHO est un réseau de santé qui permet à des médecins de ville, membres du réseau, de prendre en charge les patientes désirant pratiquer une IVG médicamenteuse à domicile, en coordination avec une équipe hospitalière. Plusieurs services participent à ce réseau. Les médecins de ville communiquent une fiche de liaison par patiente prise en charge et les hôpitaux sont le recours pour les éventuelles complications.

- Partenariat entre l'hôpital et la ville

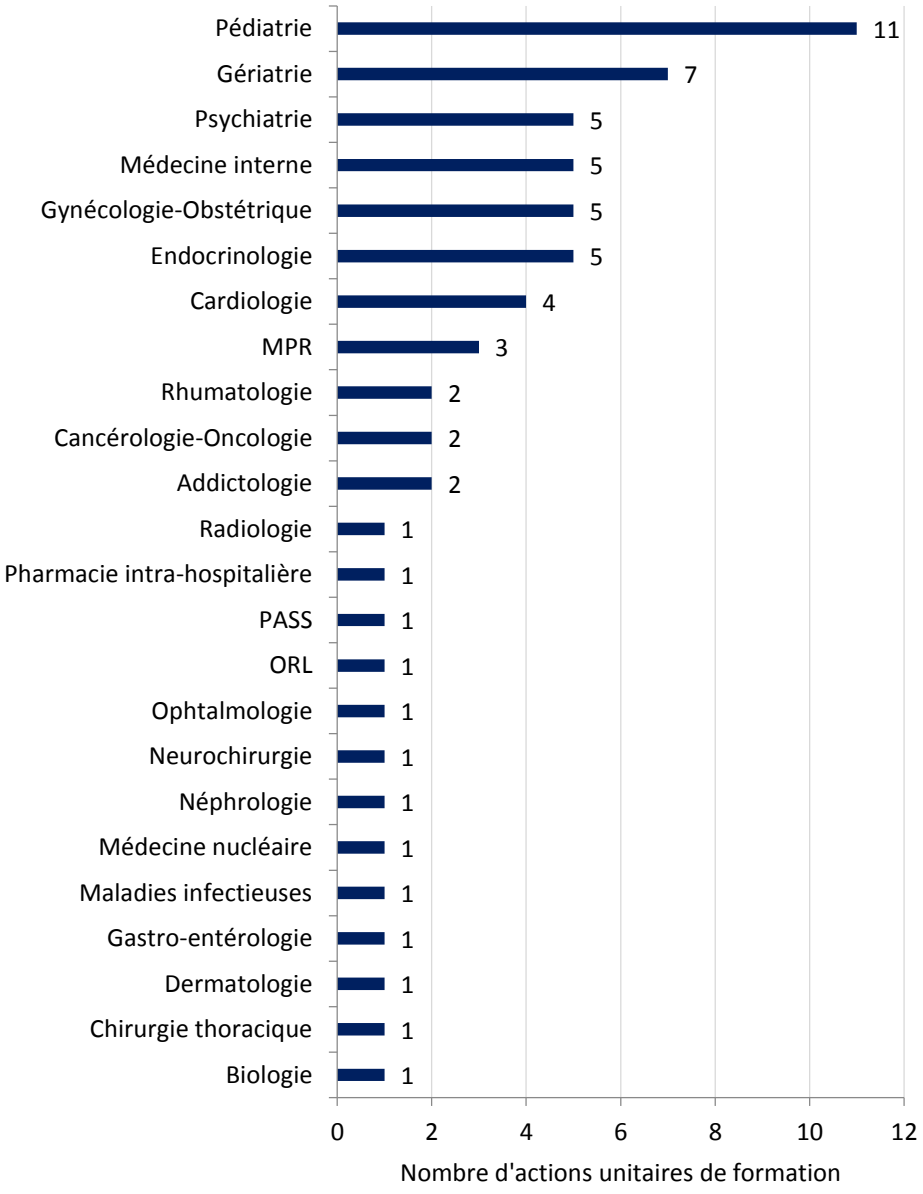
D'une manière logique, l'organisation d'un suivi partagé qu'il soit individuel ou populationnel fait l'objet d'un partenariat entre la ville et l'hôpital à l'exception des quelques cas (n=2) où l'hôpital assure le suivi rapproché du patient en ville et ne fait appel au médecin de ville qu'en cas de difficulté.

5. Formation

L'enquête permet de recenser 64 actions unitaires de formation entre la ville et l'hôpital, ce qui représente 25% du total.

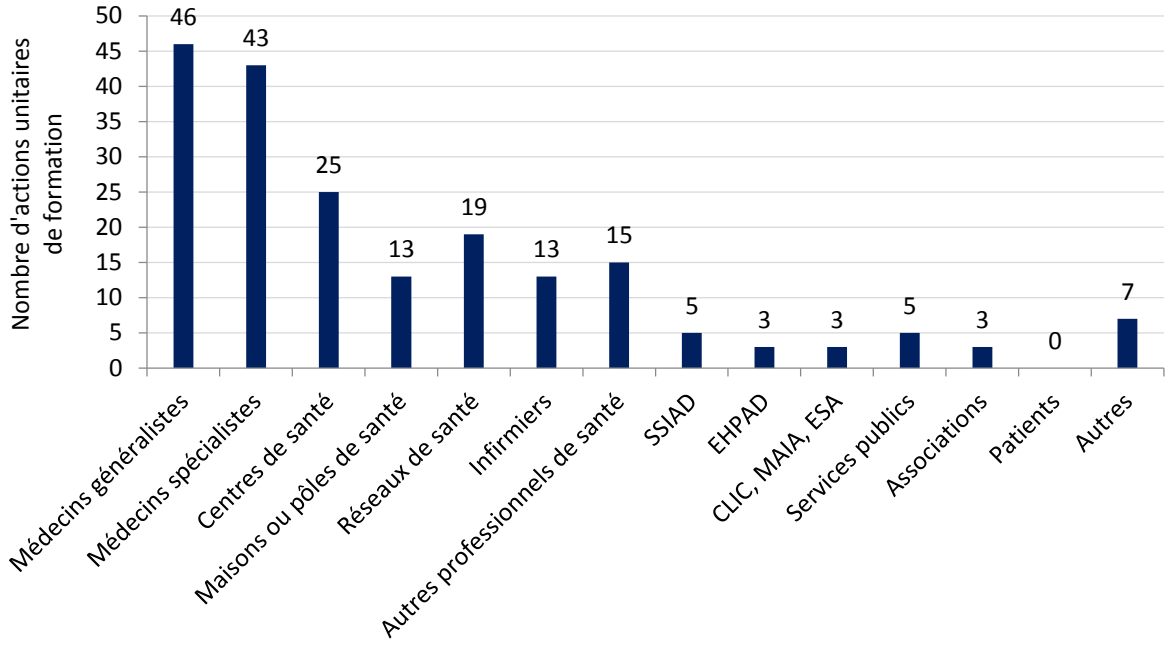
- Répartition selon les disciplines

Des actions de formation sont mises en œuvre dans 24 disciplines sur 39. Les disciplines regroupant le plus d'actions de formation sont la pédiatrie (11 actions, 28% des actions de la discipline) et la gériatrie (7 actions, 22% des actions de la discipline).



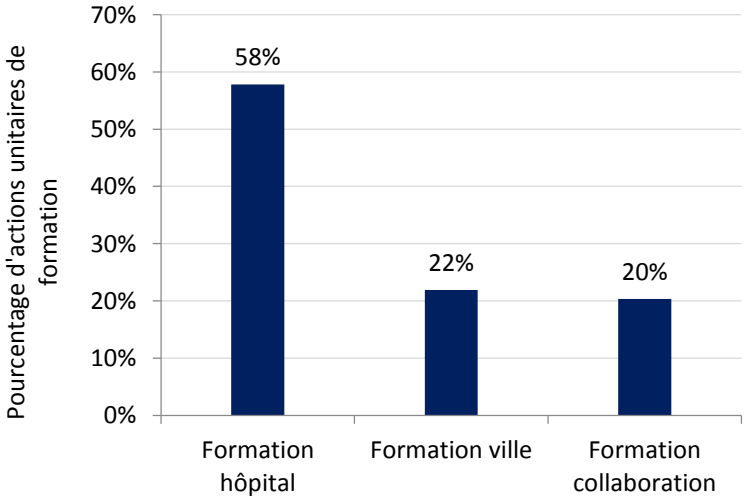
- Interlocuteurs de ville identifiés

Pour la majorité des actions, plusieurs interlocuteurs sont identifiés. Dans 72% des actions, les médecins généralistes sont identifiés parmi les interlocuteurs, dans 67% les spécialistes. Les centres de santé et/ou les maisons ou pôle de santé sont identifiés comme interlocuteurs dans 45% des actions.



- Les différents types de formation

Une seconde classification permet d'identifier trois types de formation:



Actions de formation organisées par l'hôpital
(« Formation hôpital », n= 37)

Ces actions de formation organisées par l'hôpital sont variées et correspondent à des degrés différents d'engagement des équipes : staffs, enseignements post-universitaires (EPU) réguliers, rencontres ponctuelles ou encore formations universitaires avec un programme structuré.

Exemple : Les services de pédiatrie de Bicêtre et Antoine Béclère (connectés en visio-conférence) organisent tous les jeudis matin entre 10 et 12h une formation pédiatrique continue ouverte à tous les médecins libéraux (particulièrement pédiatres des environs), suivie localement d'une discussion informelle de cas ou de dossiers avec les pédiatres des services. Le programme est disponible sur un site internet.

Exemple : Le service de médecine interne d'Ambroise Paré organise des séances d'enseignement post-universitaire (EPU) mensuelles, les "Matinales d'Ambroise Paré," ouvertes à tous les médecins généralistes du bassin de vie qui sont accueillis dans le service pour un petit déjeuner durant lequel un médecin du service ou d'un autre service de l'hôpital intervient.

Exemple : La pharmacie de la Pitié Salpêtrière organise des rencontres avec les pharmaciens de ville des 5ème et 13ème arrondissements avec présentations thématiques autour des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV).

Actions de formation en ville
(« Formation ville », n= 14)

Il s'agit d'actions de formation se déroulant en ville ou organisées par la ville avec interventions de professionnels hospitaliers. Cela concerne notamment la formation médicale continue (FMC).

Exemple : Des médecins du service de médecine interne d'Ambroise Paré, interviennent régulièrement aux sessions hebdomadaires de FMC de l'amicale des médecins généralistes de Boulogne Billancourt.

Exemple : Les infirmières du service de pneumo-pédiatrie de Necker se déplacent au domicile pour former les enfants et leurs parents aux soins des pathologies respiratoires chroniques (mucoviscidose,...). Cette formation concerne également les professionnels de ville.

Exemple : Dans le cadre de la formation Fondamentale (formation à la psychoéducation du trouble bipolaire) le service de psychiatrie de Fernand Widal a mis en place un enseignement et une formation sur les troubles bipolaires et la dépression résistante dans les secteurs de psychiatrie du territoire.

Actions de formation en collaboration Ville-hôpital
(« Formation collaboration », n= 13)

Il s'agit d'actions organisées en collaboration par des professionnels hospitaliers et de ville et dans lesquelles ces derniers peuvent intervenir. Les modalités sont variées : staffs, EPU, rédaction de protocoles ou d'outil, projet de recherche...

Exemple : Le service de médecine interne de Louis Mourier et les médecins de ville organisent en alternance tous les deux mois une session de FMC. Cette réunion a lieu dans les locaux du réseau ARèS 92.

Exemple : Le service de médecine interne de Cochin mène plusieurs actions en collaboration avec la ville : coordination depuis plus de 10 ans, avec des médecins généralistes, du DU « formation permanente des médecins généralistes » ; collaboration avec le département universitaire de médecine générale ; actions de FMC régulières avec les amicales notamment.

Exemple : Le service de gériatrie de la Pitié-Salpêtrière, en lien avec le SAU, prévoit la mise en place de comités de retours d'expériences (CREX), en collaboration avec des médecins généralistes du 13ème arrondissement, sur les événements indésirables associés aux soins chez des patients gériatriques admis via les urgences.

- Partenariat entre l'hôpital et la ville

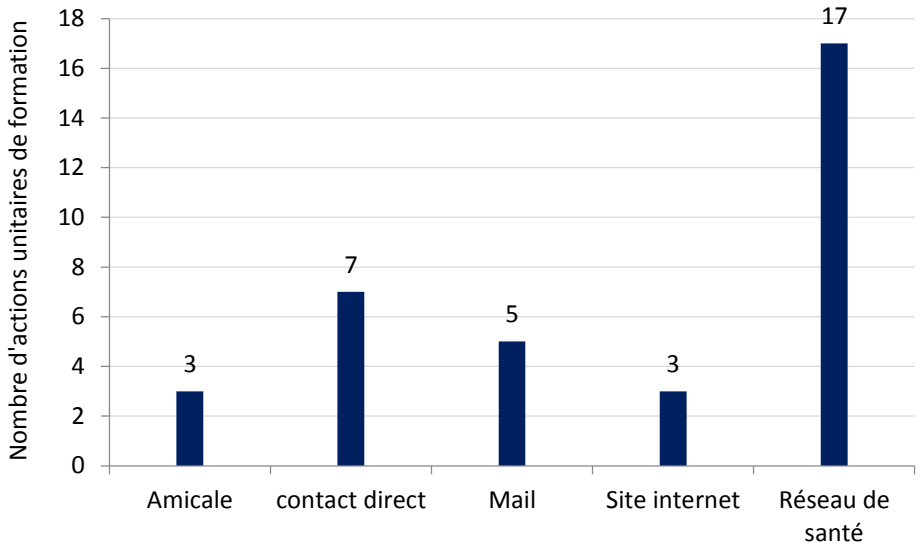
L'action est définie comme un partenariat entre la ville et l'hôpital lorsque l'action est une « formation collaboration » ou lorsqu'un pilote de ville est identifié. Ainsi dans 66% des cas, les actions de formation sont des partenariats.

- Moyens utilisés pour faire connaître l'action

La question concernant les moyens utilisés pour faire connaitre l'action a été renseignée de manières diverses, identifiant soit des moyens de communication soit des moyens de diffusion soit les deux.

Le moyen le plus fréquemment utilisé pour faire connaitre la formation est l'information via des structures professionnelles : en utilisant les réseaux de santé 27% ou les amicales de médecins de ville (5%). On retrouve ensuite le contact direct avec les professionnels (11%).

Les moyens de diffusion pouvaient être des moyens d'information ciblés : mails (8%) ou non ciblés : site web (5%).



6. Santé publique

L'enquête permet de recenser 9 actions unitaires de santé publique, ce qui représente 3% du total. Les actions de santé publique s'inscrivent dans une approche populationnelle de prévention, de promotion et/ou d'éducation à la santé.

- Répartition selon les disciplines

On retrouve deux actions de santé publique en pédiatrie et deux en gériatrie.

- Interlocuteurs identifiés

Ces actions sont réalisées soit en collaboration avec des organisations : services de santé au travail, associations de prévention, réseaux de santé…soit avec des structures hors du champ sanitaire strict : municipalités, établissements scolaires, brigade des sapeurs-pompiers de Paris.

- Description

Ces actions permettent de toucher une population large sur des thématiques spécifiques (accidents domestiques, dépistage des infections transmises sexuellement) en partenariat avec des structures de santé ou de service public.

Exemple : Le lactarium de Necker organise une permanence pour les femmes ayant des difficultés avec leur allaitement (avis sur place et antenne téléphonique de 8h30 à 16h30 la semaine, relayée par l'écoute « SOS allaitement 75 » le soir, le week-end et les jours fériés). Il répond aussi aux questions des professionnels de santé.
Le lactarium tient un stand sur le don de lait pour différents événements, collabore au groupe allaitement du réseau de santé de périnatalogie parisien (RSPP) et souhaite accentuer son action de promotion du don de lait dans le quartier en participant aux forums des associations et au kiosque citoyen du quartier.

Exemple : Le SMUR pédiatrique de Robert Debré a créé un partenariat avec la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) : formations du personnel de la BSPP sur la prise en charge des atteintes des voies respiratoires de l'enfant, interventions communes pour la prévention des accidents domestiques auprès de la population.

Exemple : Le centre d'éducation et de planification familiale d'Antoine Béclère travaille en partenariat avec les infirmières scolaires des établissements proches de l'hôpital Béclère afin de définir un planning annuel d'interventions dans les classes.

Exemple : Le service de médecine gériatrique de René Muret est en train d'élaborer un programme d'éducation physique et nutritionnelle pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Cette action est organisée conjointement avec la mairie qui organise le transport des personnes depuis leur domicile pour ces ateliers.

7. Recherche

L'enquête permet de recenser une seule action unitaire dédiée à la recherche.

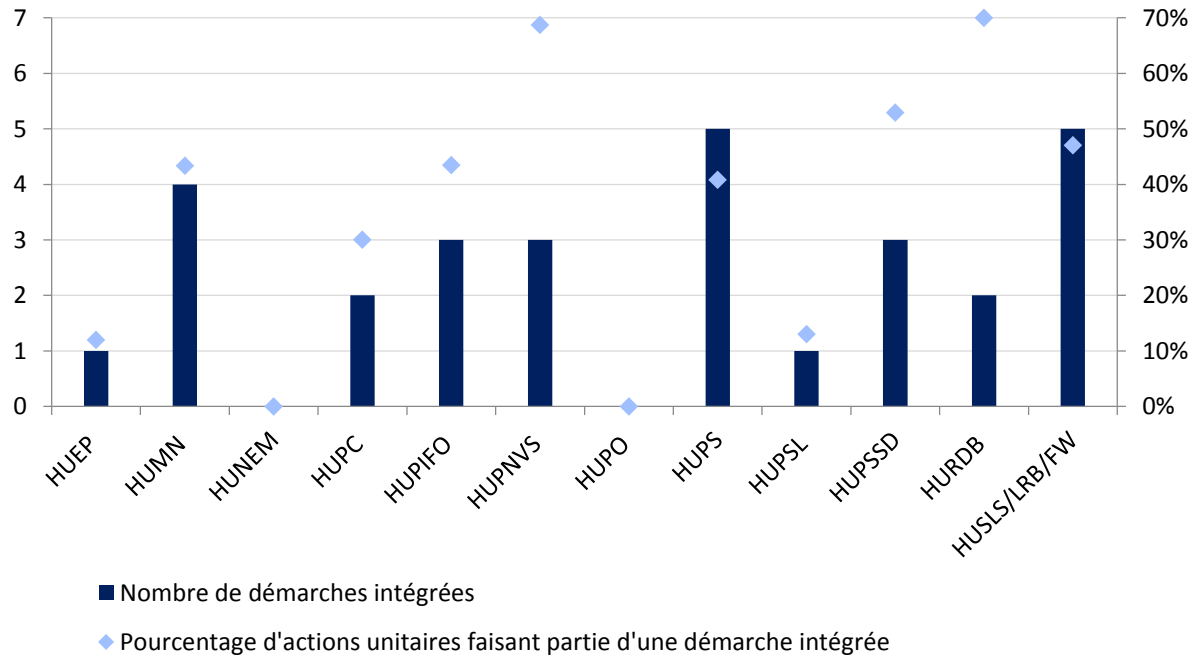
Exemple : Le service de médecine interne d'Ambroise Paré travaille en collaboration avec les médecins de ville et le réseau Sentinelles de l'Inserm dont les objectifs sont : la constitution de grandes bases de données en médecine générale à des fins de veille sanitaire et de recherche, le développement d'outils de détection et de prévision épidémiques et la mise en place d'études cliniques et épidémiologiques en médecine générale (www.sentiweb.fr).

Dans d'autres cas, si l'action ville-hôpital ne porte pas directement sur la recherche, elle peut être associée à un protocole de recherche, notamment pour évaluer son efficacité.

8. Démarches intégrées

Les démarches intégrées correspondent à la mise en place (ou le projet) par un même service d'au moins 3 actions unitaires pour une même population de patients.

L'enquête permet de recenser 29 démarches intégrées. La médiane est de 3 actions, avec un maximum de 5 actions par démarche intégrée (n=2). Le nombre de démarches intégrées ainsi que la proportion d'actions unitaires faisant partie d'une démarche intégrée sont détaillés par GH dans le graphe ci-dessous.



Les disciplines qui mettent en œuvre le plus de démarches intégrées sont la pédiatrie (7 démarches intégrées), la gériatrie (5 démarches intégrées), la psychiatrie (4 démarches intégrées), la cancérologie[3] (3 démarches intégrées), enfin la médecine interne et l'endocrinologie (2 démarches intégrées). On retrouve souvent dans ces disciplines un maillage territorial fort et/ou une vision globale du parcours patient qui peuvent contribuer à expliquer ces résultats.

Parmi ces démarches, 22 (76%) concernaient tous les patients du service.

Dans la majorité des démarches intégrées, on retrouve un appui sur les réseaux de santé permettant d'assurer un suivi et une continuité des soins grâce à la participation de nombreux professionnels de santé et acteurs médico-sociaux. Il faut noter, que de nombreux services hospitaliers ont été à l'origine des premiers réseaux (« réseaux ville-hôpital »).

Exemple : La démarche intégrée du service des urgences pédiatrique de Robert Debré comporte :

- *Une action d'« accès expertise » : numéro de téléphone unique, joignable de l'extérieur pour avis pédiatrique ;*
- *Une action de « continuité orientation » : conventions avec les maisons de santé pour le suivi post-urgence avec envoi des comptes rendus de passage aux urgences dans les 24h;*
- *Une action de « formation hôpital » : journées de formations pour les généralistes et les pédiatres des centres de santé.*

[3] Services d'oncologie médicale, hématologie, médecine nucléaire

Exemple : La démarche intégrée du service de psychiatrie de Bicêtre comporte :

- *Une action d'« accès expertise » : consultation d'avis spécialisé et de suivi conjoint (CASC) pour les médecins de ville (en lien avec le réseau de santé « Dépression Paris-Sud » DEPSUD) ;*
- *Une action de « suivi partagé individuel » : le dispositif OSTA (Organisation d'un suivi thérapeutique adapté) permet de rappeler les patients suicidants lors de leur retour à domicile, en lien avec le professionnel de ville référent (en lien avec DEPSUD) ;*
- *Une action de « formation collaboration » : groupe d'analyse des pratiques (agréé DPC) destiné aux psychiatres de ville ;*
- *Une action de « formation ville » : soirées de FMC thématiques en ville.*

Exemple : La démarche intégrée du service de médecine interne de Louis Mourier comporte :

- *Une action d' « accès expertise » : organisation sur la demande du médecin de ville d'un HDJ via un formulaire type envoyé par mail. En complément, le service a le projet de développer, en partenariat avec les médecins de ville et le département de médecine générale de l'UFR, une « Unité de recours diagnostique et thérapeutique ». Celle-ci permettra la prise en charge rapide et directe des situations semi-urgentes nécessitant une évaluation spécialisée ;*
- *Une action d' « accès organisation » : dépistage hors les murs du VIH et des autres IST en collaboration avec un réseau de santé ;*
- *Une action de « suivi partagé individuel » : réunion mensuelle de coordination des soins avec les médecins de ville et la cellule de coordination du réseau de santé ;*
- *Une action de « formation collaboration » : session de FMC organisée tous les 2 mois en alternance par la ville ou le service de médecine interne.*

Exemple : La démarche intégrée du service de médecine nucléaire de Saint-Louis comporte :

- *Une action d' « accès expertise » : un médecin coordonnateur (PH du service) donne des avis spécialisés aux médecins de ville pouvant déboucher sur une consultation ou sur la discussion du dossier en RCP ;*
- *Une action de « suivi partagé individuel » : fondée sur l'utilisation de 4 outils différents (protocole médical partagé élaboré avec les médecins de ville, numéro de téléphone et mail du réseau Saint-Louis Réseau Thyroïde et fiches de suivi individuel alterné ville/hôpital ou délégué à la ville) ;*
- *Une action de « continuité transmission » : envoi des comptes rendus de consultation et d'hospitalisation par messagerie sécurisée ;*
- *Une action de « formation hôpital » : 3 sessions de formation par an sont proposées aux médecins de ville (326 médecins de ville adhérant au réseau sont invités à chaque séance).*

Exemple : La démarche intégrée du service de gériatrie d'Henri Mondor comporte :

- *Une action d' « accès expertise » : numéro pour les médecins traitants (exerçant en libéral ou en EHPAD) permettant de donner des conseils de prise en charge, d'organiser une consultation, un HDJ ou une hospitalisation directe sans passage par les urgences. Notamment, les médecins coordonnateurs d'EHPAD peuvent demander une évaluation gériatrique des nouveaux résidents via un questionnaire type ;*
- *Une action de « formation ville » : réunions d'échanges en ville au moins tous les trimestres avec le CLIC, la MAIA et le réseau de santé ;*
- *Une action de « formation hôpital » : FMC organisée une fois par an avec les médecins généralistes du secteur (10 séances de 1h30 portants sur différents thèmes gérontologiques).*

Exemple : La démarche intégrée du service de pneumologie de Cochin comporte :

- *Une action d' « accès expertise » : projet de numéro dédié pour la ville avec l'infirmier de l'équipe mobile en première ligne transférant au pneumologue référent si besoin ;*
- *Une action de « continuité orientation » : coopération formalisée avec des réseaux de ville (soins palliatifs, réhabilitation respiratoire), un centre de prise en charge ambulatoire des maladies respiratoires (CTAR) et un prestataire d'assistance respiratoire à domicile (CARDIF) ;*
- *Une action de « suivi partagé individuel » : rédaction en cours avec des médecins de ville d'un protocole partagé de prise en charge.*

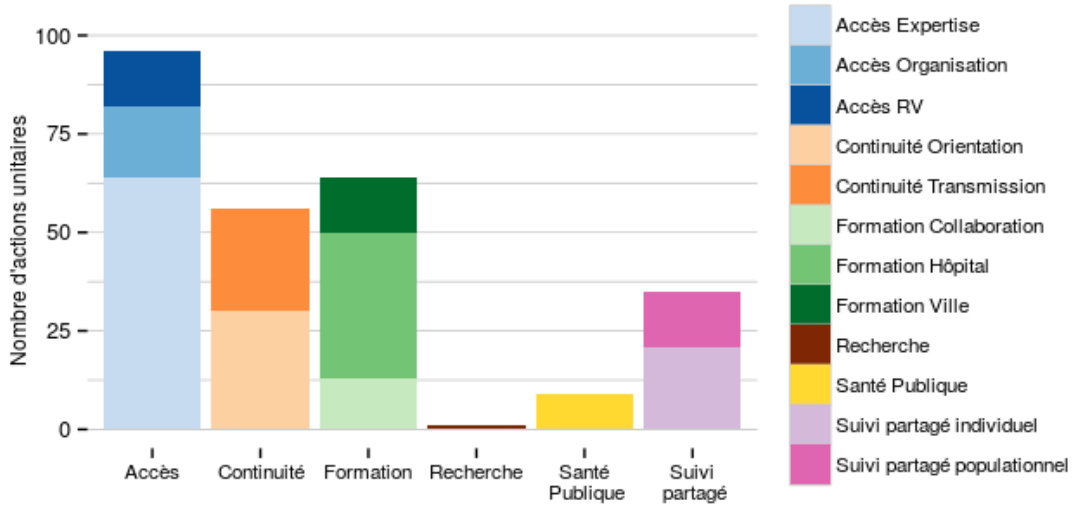
Exemple : La démarche intégrée du service de cardiologie d'Henri Mondor comporte :

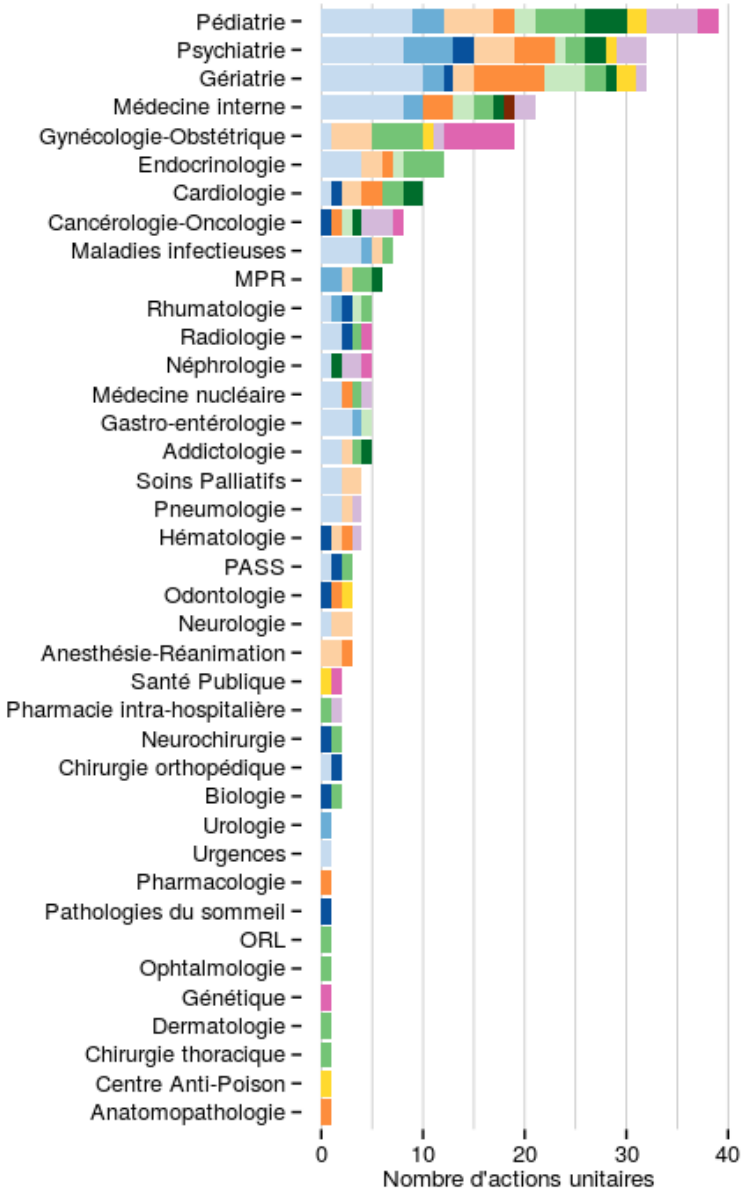
- *Une action d' « accès expertise » : numéro pour joindre un cardiologue 24/24h ;*
- *Une action de « continuité transmission » : envoi d'un sms au cardiologue de ville lors de l'entrée et de la sortie de son patient, envoi par mail du CRH dès la sortie du patient ;*
- *Une action de « continuité orientation » : tous les patients sont référés à un cardiologue de ville pour le suivi post-hospitalisation ;*
- *Une action de « formation hôpital » : des ateliers universitaires sont proposés aux cardiologues de ville (30 participants).*

On retrouve dans la majorité des démarches intégrées une action d'« accès expertise » (n=27 ; 93%), ainsi que de « formation hôpital » (n=25 ; 86%). Ces 2 types d'actions permettent aux acteurs de se connaitre et d'envisager ensuite ensemble des collaborations comme le suivi partagé avec outils ou la continuité des soins.

9. Synthèse graphique des résultats

L'identification des différentes catégories d'actions au sein de chaque thème et pour chaque discipline est synthétisée dans les graphes ci-dessous.





Résultats -questionnaire GH

Sept GH ont rempli le questionnaire transversal : HMN, HUPO, HUPNVS, HUPS, HUPSSD, HURDB, HUSLS-LRB.
Il est à noter que de 2 GH (HUPSL et HUEP) ont uniquement rempli le tableau relatif à la coopération avec les centres de santé ; leurs réponses sur ce volet ont été intégrées.

Actions mises en œuvre

Les actions présentées par les GH sont regroupées par thème.

▪ Actions concernant l'accès aux soins hospitaliers

Trois GH déclarent avoir mis en place des numéros de téléphone direct pour avis ou admission en urgence dans différents services.
Certains GH ont mis en place des organisations particulières pour faciliter l'accès aux soins :

- Contribution des gériatres à la régulation du SAMU avec recours possible par télémédecine (n=1) ;
- Organisation d'équipes mobiles externes de gériatrie (n=2) se déplaçant en EHPAD à la demande des médecins coordonnateurs pour des missions d'expertise et des formations mais aussi se déplaçant en ville pour des évaluations pluriprofessionnelles à domicile dans l'objectif d'y maintenir les personnes âgées le plus longtemps possible.
- Organisation pour faciliter l'accès aux soins psychiatriques des patients du département en lien avec les médecins généralistes et les spécialistes (n=1)
- Organisation de PASS (n=2)

▪ Actions concernant la continuité des soins post-hôpital

Plusieurs GH mentionnent des actions et projets visant à améliorer la continuité des soins après une prise en charge à l'hôpital : il peut s'agir de l'envoi systématique des CRH y compris en consultations (n=2), du développement et de l'utilisation de la messagerie sécurisée de sortie (n=2) ou de partenariats avec l'HAD (n=2). Enfin, un GH indique mener un projet global sur l'amélioration de la sortie d'hospitalisation.

▪ Actions de communication et de formations avec les professionnels de santé

Il peut s'agir d'organisation de formations thématiques (soirée) pour les professionnels de ville (n=2), d'informations par mailings réguliers (n=1) ou encore d'interventions lors de journées organisées par les partenaires comme l'ordre des médecins ou la municipalité (n=1).

▪ Organisations médicales particulières permettant une coopération ville-hôpital

Ces organisations rassemblent plusieurs types d'actions (accès, continuité, formation,…) pour des groupes de patients/pathologies particuliers. Il peut s'agir de réseaux de télémédecine (n=3), d'éducation thérapeutique du patient (n=2) avec parfois une équipe transversale, de structuration des liens avec des réseaux de santé (n=1), d'animation de filière (n=2) ou de l'organisation en maillage autour de centres maladies rares (n=1).

▪ Actions montrant l'inscription des coopérations ville –hôpital dans la stratégie du GH

Certains GH ont intégré le partenariat avec la médecine de ville dans leur stratégie : politique de coopération avec les centres de santé (n=2), inscription dans le projet d'établissement du

renforcement du maillage territorial (n=1), création en 2015 d'un service « prévention et relation ville-hôpital » en gériatrie (n=1), participation au Conseil Local de Santé mentale (n=1) ou encore participation à des projets institutionnels nationaux comme PAERPA et Terris@nté (n=2).

Focus sur les coopérations avec les centres de santé

Si 2 GH (HURDB et HUPSSD) indiquent avoir une stratégie de coopération avec les centres de santé, ils sont plus nombreux (n=7) à avoir déclaré des coopérations actuelles, plus ou moins formalisées, avec un ou plusieurs centres de santé.

Schématiquement, il pouvait s'agir :

- De consultations avancées dans différentes disciplines de médecine ou chirurgie;
- D'organisation de parcours avec soit orientation vers les centres de santé en aval de prise en charge hospitalière (hospitalisation, SAU), soit organisation du recours par l'hôpital en cas de prise en charge en ville (IVG médicamenteuse) ;
- D'accès à des prestations hospitalières : analyses de biologie, réalisation d'examens d'imagerie.

Projets

Plusieurs GH ont pour projet de renforcer les liens avec les structures de santé de ville. Ceci se traduit par la relance des partenariats avec les réseaux (n=2) notamment après enquête auprès des pôles ; la coopération avec les centres de santé du territoire (n=8) qu'il s'agisse d'initiation ou d'extension d'une stratégie déjà enclenchée ; la poursuite de projets institutionnels sur le parcours de patients (n=1) ou encore le projet de développement – initialement avec un centre de santé- d'une cellule de coordination Ville-Hôpital (n=1).

D'autres GH vont coopérer avec des collectivités territoriales par le biais de la participation aux Contrat locaux de santé (n=1) ou de santé mentale (n=1), ou encore d'un partenariat avec les municipalités (n=1).

Un GH veut faire connaitre par une communication institutionnelle certaines organisations d'ouverture sur la ville mises en place.

Impact, difficultés et leviers

Impact

L'impact des actions menées a été différencié en fonction du thème.

- Actions d'accès

Les actions de régulation de l'accès à l'hôpital permettent :

- une meilleure orientation des patients dans le parcours de soins ;
- une évolution possible de l'activité : augmentation de la file active des patients pris en charge dans le service et/ou réduction du délai pour les consultations (centrage sur les activités complexes) et/ou diminution des passages aux urgences ;
- une meilleure lisibilité de l'offre de soins hospitalière pour la ville et une amélioration de la visibilité de l'hôpital pour les patients mais aussi pour les professionnels de ville ;

Par ailleurs, les équipes hospitalières constatent que ces organisations ont un effet d'apprentissage pour les médecins de ville grâce aux échanges avec les hospitaliers.

- Actions de continuité et suivi partagé

Les actions portant sur la continuité des soins et l'organisation d'un suivi partagé peuvent permettre à l'hôpital de diminuer les durées d'hospitalisation et d'optimiser les taux d'occupation mais aussi à moyen terme d'éviter des passages aux urgences et des ré-hospitalisations.

Certaines équipes ont noté que ces actions permettent de sécuriser le patient en diminuant les ruptures de prise en charge et en organisant un suivi plus personnalisé et parfois plus proche de son domicile.

Ces actions sont utiles pour assurer une guidance progressive de la ville avec une meilleure répartition des prises en charge entre la ville et l'hôpital (centrage hospitalier sur les activités complexes).

- Actions de formation

Les actions de formation ont notamment pour impact :

- d'améliorer les pratiques professionnelles pour une prise en charge ou une pathologie ;
- de renforcer la visibilité du service et de l'hôpital ;
- de se rencontrer et de créer du lien, entre équipes de ville et de l'hôpital et ainsi de faire connaitre les actions mises en place par le service, de faciliter les collaborations et de favoriser les adressages respectifs.

Difficultés

La mise en place de ces actions s'est accompagnée d'un certain nombre de difficultés qui ont été classées en différents thèmes.

- Moyens humains

De nombreuses équipes font part de manque de temps médical pour mettre en œuvre, pérenniser ou développer ces actions (ex : rédaction de carnets de suivi partagé); et mettent en exergue le fait que les effectifs sont calculés sans tenir compte des besoins en temps pour ces activités de coopération.

Le manque de moyens en personnel paramédical ou administratif est de même très souvent avancé par les services. Ces moyens humains concernent la mise en œuvre, le fonctionnement mais aussi la coordination des actions ville-hôpital.

- Ressources

Les difficultés liées aux ressources peuvent être :

- le manque de locaux : capacité d'accueil estimée insuffisante en consultation, aux urgences ou en hospitalisation, manque de salles de réunions ;
- le manque d'outils adaptés pour mettre en œuvre et suivre ce type d'activité : manque d'outils partagés avec la ville (ex : fiche de suivi électronique), manque de moyens (financement ou moyen humain DSI) pour développer les outils ou les maintenir quand les équipes ont réussi à les mettre en place (ex : site internet) ;
- l'incompatibilité des outils informatiques entre la ville et l'hôpital, et la difficulté d'intégration au système d'information institutionnel.

- Organisation hospitalière

Les difficultés rencontrées, notamment pour les actions d'accès à l'expertise hospitalière, sont liées à l'articulation de ces nouvelles activités (exemple : numéro direct pour les médecins de ville) avec les activités quotidiennes des médecins (consultations, visites, blocs…) et l'organisation du secrétariat (horaires, ..). De plus, ces actions peuvent nécessiter que le patient soit orienté vers un autre service ou établissement, ce qui peut poser des difficultés au médecin répondeur.

Lorsque les mises à disposition de personnel médical s'accompagnent de compensation financière, certains services déclarent ne pas bénéficier de cette compensation (par exemple pour récupérer du temps médical).

Dans la gestion de projet, des difficultés sont identifiées relatives à une résistance au changement, à un manque de soutien de la direction, à un besoin d'accompagnement pour passer d'une organisation artisanale à une organisation pérenne.

- Ville

Des difficultés concernant les professionnels de ville ont été déclarées par les équipes hospitalières et peuvent se rapporter aux situations suivantes :

- la multitude d'interlocuteurs de ville répartis sur de larges territoires entraine des difficultés pour identifier les professionnels de ville potentiellement concernés par l'action ;
- des annuaires de correspondants à jour ne sont pas souvent disponibles, les équipes hospitalières devant les constituer elles-mêmes ;
- une mobilisation parfois difficile des acteurs de ville, dans un contexte de démographie médicale en baisse, pour mettre en place et pérenniser les actions. On retrouve notamment des difficultés à maintenir une participation dans le temps aux réunions/rencontres (ex : faible participation aux actions de FMC) ;
- une difficulté à contacter en pratique les médecins de ville : les équipes hospitalières ont parfois du mal à joindre au téléphone les médecins traitants pour les informer de la sortie du patient (filtre du secrétariat et faible taux de rappel). De plus, les libéraux ont un faible taux d'équipement en messagerie sécurisée.
- une absence d'organisation structurée permettant aux médecins libéraux et hospitaliers d'un même territoire de se rencontrer.

- Patients

Certains patients n'adhèrent pas à ces organisations nouvelles se différenciant d'une prise en charge classique (ex : suivi hors CHU, suivi téléphonique au domicile).

Leviers d'actions

L'analyse des leviers d'actions s'est faite en lien direct avec les difficultés rapportées.

Ainsi pour le manque de moyens humains, en dehors des recrutements, un travail sur l'optimisation des organisations (régulation de l'accès, ciblage des hospitalisations…) peut permettre de dégager du temps médical ou paramédical nécessaire au fonctionnement ou à la coordination de l'action. L'augmentation du temps de secrétariat est mentionnée comme un levier d'action important pour ce qui concerne l'accès et la continuité. L'implication, la motivation et le dynamisme des équipes hospitalières apparaissent également comme un levier.

Les leviers identifiés par les équipes pour pallier le défaut de ressources (matériel et système d'information) sont un soutien du GH et de l'institution pour mettre à disposition des locaux et accompagner la mise en œuvre et la maintenance des outils informatiques (dossier patient informatisé, site internet).

Concernant les difficultés liées à la ville, la communication auprès des acteurs de ville est un levier très souvent retrouvé. Les équipes attendent une aide institutionnelle pour développer des outils (plaquette, site web..). Les actions de formation permettent de créer des liens avec des médecins de ville pour ensuite initier d'autres actions. L'accueil d'internes de médecine générale dans certains services est aussi envisagé pour faciliter la mobilisation des médecins de ville.

Concernant les difficultés organisationnelles, les leviers peuvent être le recours à de nouvelles fonctions (IDE de coordination) ou à de nouvelles organisations (protocoles de coopérations entre professionnels). On retrouve également la valorisation et la reconnaissance des actions ville-hôpital au niveau institutionnel.

Conclusion-Perspectives

Principaux résultats

Cette enquête a permis de mettre en évidence 261 actions unitaires de coopération ville-hôpital déclarées par 138 services de tous les GH de l'AP-HP. Vingt-neuf services ont mis en œuvre des démarches intégrées de collaboration avec la ville. Sans être exhaustive cette enquête montre bien l'implication déjà réelle des équipes de l'AP-HP dans les échanges avec les médecins et autres professionnels de santé de ville.

Les interlocuteurs de ville restent majoritairement des médecins, en premier lieu les médecins généralistes. On note une place non négligeable des structures organisées de ville, qu'il s'agisse des centres de santé, des maisons ou pôle de santé ou encore des réseaux de santé. Ce sont souvent sur ces derniers que s'appuient les démarches intégrées de coopération.

Les disciplines où l'on retrouve le plus d'actions sont la pédiatrie, la psychiatrie, la gériatrie, la médecine interne et enfin la gynécologie-obstétrique.

Cette enquête conforte l'hypothèse que la majorité des actions sont mises en œuvre au niveau des services (66% des actions). Néanmoins, l'analyse des questionnaires GH montre que certains GH ont déjà intégré la coopération avec la ville comme un axe stratégique et ont mis en place des initiatives transversales pour renforcer les coopérations ville-hôpital. Ils ont notamment mis en œuvre (n=2) ou ont en projet (n=8) une coopération structurée avec un ou plusieurs centres de santé.

Notre enquête montre une prépondérance des actions d'accès à l'expertise, notamment par la mise en place de numéros dédiés aux professionnels de ville, qui apparait en cohérence avec les attentes des professionnels de ville mises en évidence dans d'autres études. Par exemple, le CHU de Montpellier [10] a interrogé des médecins de ville qui pour les trois quarts déclaraient avoir déjà rencontré des difficultés pour communiquer avec le CHU essentiellement par impossibilité de contacter le bon interlocuteur. De la même manière, l'enquête réalisée au CHU de Grenoble montre que le médecin hospitalier en charge de son patient est joignable par le médecin de ville dans seulement 17% des cas [11].

Perspectives

A la suite de cette enquête, la démarche de l'AP-HP sera de :

1. Soutenir et développer les actions déjà menées

La priorité est d'accompagner le maintien et le développement des actions en cours et de favoriser leur déploiement. La première étape sera de communiquer sur les actions mises en œuvre par les services de l'AP-HP afin de les faire connaitre. Ensuite, des échanges entre les professionnels sur des thématiques d'actions, par discipline ou sur des prises en charges ciblées seront organisés afin de créer une dynamique, de mutualiser des outils ou des organisations développées par certaines équipes.

2. Développer des partenariats médicaux

La construction progressive d'un partenariat avec les professionnels de santé de ville est l'enjeu essentiel pour la prise en charge des malades et l'organisation des parcours de soins. L'organisation de ce maillage débutera par une coopération avec des structures de villes (centres de santé, maisons ou pôles de santé, cabinets de groupe,…) à partir de la définition commune de parcours de prise en

charge de malades (ex : parcours BPCO, PAERPA,…). Cette démarche est cohérente avec la convention que l'AP-HP a signée avec la Ville de Paris et qui prévoit le renforcement de la coopération avec les centres de santé (objectif au moins une coopération structurée avec un centre de santé).

3. Structurer la coopération avec la ville

Au-delà des actions menées par les services, la coopération avec les professionnels de ville doit devenir un axe stratégique des GH avec une organisation adaptée. Cette structuration passera par l'identification de référents des partenariats avec la ville, idéalement un représentant de la direction et un représentant de la CMEL.

Au niveau institutionnel, un groupe de travail transversal associant des représentants de la médecine de ville sera organisé afin de valider des outils communs et de définir les attentes en matière de communication, qu'il s'agisse de la conception d'une newsletter ou de la création d'une page web accessible aux médecins de ville avec diverses informations les concernant (actualités médicales, staffs auxquels ils peuvent assister et/ou envoyer des dossiers de RCP, numéros de téléphone pour avis,…). La mise en œuvre se fera au niveau des GH.

Bibliographie

1. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes des maladies chroniques. (consultation avril 2016)
   http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf

2. Données de l'Assurance maladie. Prévalence des ALD en 2014. (consultation avril 2016)
   http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2014.php

3. Trésor-Eco n°145, avril 2015, Quel avenir pour le dispositif de prise en charge des affections de longue durée (ALD)? (consultation avril 2016)
   http://www.tresor.economie.gouv.fr/File/411847

4. ORS Ile-de-France, 2013. Maladies chroniques et handicap chez les Franciliens Résultats du Baromètre santé 2010 de l'INPES. (consultation avril 2016)
   http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2013/FicheBarometreHandicap.pdf

5. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
   https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158

6. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
   https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id

7. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
   https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do?idDocument=JORFDOLE000029589477&type=contenu&id=2&typeLoi=proj&legislature=14

8. ARS Ile-de-France, 2016. Commission spécialisée de l'organisation des soins (CCOS), aide à l'installation et démographie des médecins en Ile-de-France.

9. AP-HP. Plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP. (consultation avril 2016)
   http://www.AP-HP.fr/projet-detablissement-2015-2019

10. CHRU Montpellier, 2015. Enquête : communication médecine de ville – hôpital. (consultation avril 2016)
    http://www.chu-montpellier.fr/fr/contenu/liste-des-actualites/actualite/Enquete-communication-medecine-de-ville-hopital/

11. François Patrice, Boussat Bastien, Fourny Magali, Seigneurin Arnaud, « Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. », Santé Publique 2/2014 (Vol. 26) , p. 189-197
    www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-2-page-189.htm.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire GH

GH :

Etat des lieux Ville Hôpital - Questionnaire GH

A noter : les coopérations (en cours ou en projet) avec les centres de santé ont fait l'objet d'un recensement par téléphone auprès des DAM avant l'été. Merci de compléter si besoin le tableau Excel joint à l'envoi qui servira de base, pour les GH intramuros, au protocole de travail qui décline la convention cadre entre l'AP-HP et la Ville de Paris.

Actions transversales au GH en cours favorisant les coopérations avec la Ville

- Description des actions :
  ……
  ……

- Difficultés rencontrés :
  ……
  ……

- Leviers d'actions identifiés :
  ……
  ……

Projets de coopération pour 2016-2017 (y compris centres de santé) :
……
……

Annexe 2 : Questionnaire Services

Etat des lieux des actions ville-hopital: Fiche Projet

Le développement et la structuration des coopérations avec la ville ainsi que l'optimisation des parcours des patients sont des axes du plan stratégique de l'AP-HP 2015-2019.
A ce jour, les actions mises en place par les équipes médicales et soignantes des hôpitaux sont insuffisamment connues.
Ce recensement a pour objectifs de valoriser les actions que vous menez et de renforcer la communication sur celles-ci. Il permettra aussi de créer des échanges entre équipes afin de mutualiser des outils ou des organisations.

Si vous avez mis en place ou avez en projet plusieurs actions de coopération, merci de remplir le questionnaire pour chacune des actions menées et/ou envisagées.

En cas de difficultés, vous pouvez joindre Sophie de Chambine
01 40 27 36 86 /sophie.dechambine@sap.aphp.fr

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à
Chloé Le Cossec 01 40 27 19 52 /chloe.lecossec@sap.aphp.fr

Il y a 25 questions dans ce questionnaire.

Remarque sur la protection de la vie privée
Ce questionnaire est anonyme.
L'enregistrement de vos réponses ne contient aucune information d'identification sur vous, à moins qu'une question ne vous ait été posée dans ce sens. Si vous avez répondu à un questionnaire utilisant des invitations, vous pouvez être assuré(e) que le code de l'invitation n'est pas enregistré avec votre réponse. Les invitations sont gérées dans une base de données séparée qui n'est mise à jour que pour indiquer si vous avez ou non utilisé votre invitation pour remplir le questionnaire. Il n'y a aucun moyen de faire le lien entre les invitations et les réponses enregistrées pour ce questionnaire.

Charger un questionnaire non terminé | Suivant >> | [Sortir et effacer le questionnaire]

Identification

Nom :

*** Fonction :**
Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- chef du service
- médecin du service
- cadre du service
- Infirmière du service
- Autre :

*** Service :**

*** Hôpital :**
Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez choisir...

action

*** Avez vous mis en place des actions de coopération avec la ville, ou avez vous une action de coopération avec la ville en projet?**

Oui Non

Description de l'action

Quelles sont les pathologies et/ou catégories de patients (*ex: femmes enceintes, enfants...*) concernées par l'action mise en place avec la ville?

Quel est le thème de l'action?
Cochez la ou les réponses

- ☐ Accès à l'hôpital
- ☐ Continuité des soins post-hospitalisation
- ☐ Suivi partagé
- ☐ Formation
- ☐ Recherche
- ☐ Autre :

Description de l'organisation mise en place pour faciliter la coopération avec mes médecins (et autres professionnels) de ville:

Ex: accès direct pour consultation ou hospitalisation directe non urgente, avis spécialisé pour orientation, organisation de la coordination des soins, organisation des sorties et du suivi des malades, protocole médical partagé...

Qui sont les interlocuteurs de ville?
Cochez la ou les réponses

- ☐ médecins généralistes
- ☐ spécialistes libéraux
- ☐ centres de santé
- ☐ maisons ou pôles de santé
- ☐ infirmiers libéraux
- ☐ réseaux de santé
- ☐ SSIAD
- ☐ Autre :

Quels sont les outils de communication mis en place pour la coopération ville-hôpital?

Ex: numéro dédié pour les médecins de ville, adresse mail, messagerie sécurisée, formulaire d'adressage, annuaire actualisé, site web hôpital, newsletter...

Quels sont les outils de formation mis en place pour la coopération ville-hôpital?

Ex: staff, enseignement en ligne, rencontres en ville...

Quels sont les moyens humains impliqués dans la coopération ville-hôpital?

Ex: infirmière de coordination, médecin régulateur...

Dans le cas où des modalités organisationnelles particulières ont été mises en place pour la coopération ville-hôpital, quelles sont-elles?

• **Quel est l'état d'avancement de la coopération?**
Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ○ En projet
- ○ Déjà mis en oeuvre

• **Quel est le périmètre hospitalier concerné par la coopération?**
Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ○ service
- ○ plusieurs services
- ○ pôle
- ○ hôpital

Quels sont les services/pôles impliqués dans la coopération?

• **Ces actions sont-elles formalisées (convention...)?**

○ Oui ○ Non

Comment avez-vous fait connaitre ces actions/organisations aux médecins de ville?

ard << Précédent Suivant >> [Sortir et

Coordonnées des pilotes

Responsable de la mise en place de la coopération côté hôpital:

Responsable de la mise en place de la coopération côté ville :

Analyse

Quels sont les impacts de l'actions menée?

Quelles sont les difficultés rencontrées?

Quels sont les leviers/moteurs de l'action?