

# Réunion de la commission Hôpital Ville Territoire

Rencontre des acteurs du premier recours

Démarche d'élaboration du projet médical de l'AP-HP 2021 - 2025

11 septembre 2020

# Plan

- **Le bilan des démarches menées sur les relations ambulatoire-hôpital** p3
- **Le rôle des CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé)** p12
- **La coordination ville-hôpital en pédiatrie – hôpital Jean Verdier** p21
- **Expérience du partenariat entre UNV et CPTS – Hôpital de la Pitié Salpêtrière** p25
- **Expérience de la garde de médecine générale - hôpital Tenon** p30
- **Expérience de collaboration CDS Richerand – hôpital Lariboisière** p35

**Coopérations Ville-Hôpital**

# **Bilan du plan stratégique 2015-2019 et Perspectives**

Sophie de Chambine - DST

**Commission de la CME Hôpital-Ville-Territoires 11 septembre 2020**

## ■ Axe 1 (Extraits): Penser le parcours patient de demain

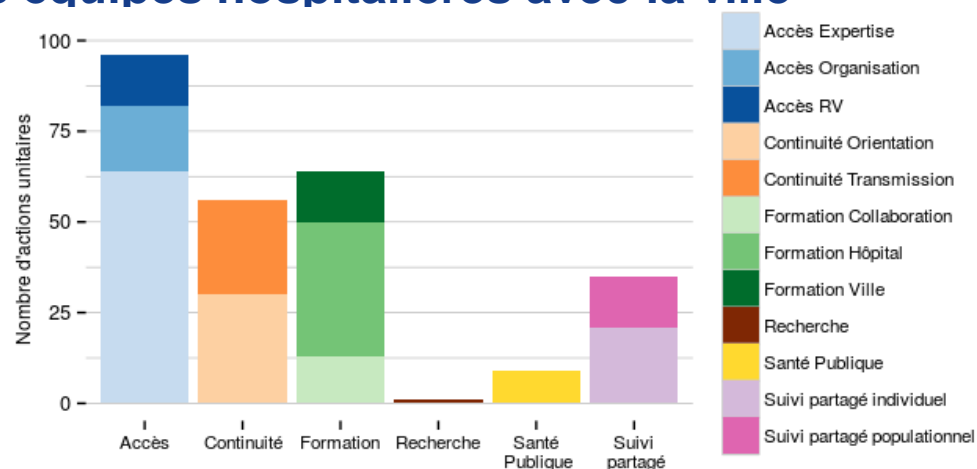
- ▶ Positionnement territorial
  - *AP-HP, CHU de son territoire*
- ▶ **Coopérer**
  - *avec les autres établissements, sanitaires, médico-sociaux et sociaux*
  - *avec la médecine de premier recours pour organiser la prise en charge du patient*
- ▶ Faire évoluer les prises en charge :
  - *réussir le défi de moins hospitaliser pour mieux soigner*
  - *Participer à la conception de l'hôpital de demain sous l'angle de son insertion avec la médecine de ville*

## ■ Plan d'action:

- ▶ État des lieux par 3 enquêtes complémentaires
- ▶ Mise en place d'une organisation et d'une gouvernance des relations ville hôpital à l'échelle des GH/GHU
- ▶ Coopération avec des structures de ville et partenariats médicaux
- ▶ Programme institutionnel « Médecins Partenaires »

## ■ Etat des lieux des coopérations des équipes hospitalières avec la ville

- ▶ 261 actions -138 services
- ▶ Périmètre : service à 66%
- ▶ 39 disciplines différentes
  - *Pédiatrie, gériatrie, psychiatrie, méd interne, gynéco-obst*
- ▶ Interlocuteurs :
  - *Grande diversité*
  - *74% MG – 69% Spé*
  - *Médecins spécialistes : 69% des actions*



## ■ Attentes respectives

- ▶ Des médecins de ville (850 réponses) vis-à-vis de l' AP-HP
  - *Echange direct avec un médecin senior (80%)*
  - *Amélioration de la présentation de notre offre de soin, fiable (69%)*
  - *Envoi CRH synthétique dès la sortie (intérêt messagerie sécurisée) (77%)*
- ▶ Des médecins hospitaliers (878 réponses) vis à vis des médecins de ville
  - *A l'arrivée du patient à l'hôpital : accès direct au correspondant de ville et mise à disposition des données médicales et sociales (80%)*
  - *A la sortie : prise en charge en ville ou suivi partagé, y compris pour patients sans médecin traitant (65%)*
  - *Intérêt des partenariats renforcés et des outils SI de partage (70%)*

### ■ Enjeu : passer d'une logique de services, de pionniers à une démarche d'institution

### ■ Identification de référents ville-hôpital dans chaque groupe hospitalier

- ▶ À la demande du Directeur général
- ▶ Un médecin et un directeur adjoint

### ■ Animation du réseau des référents

- ▶ Rencontres régulières
- ▶ Points bi-annuels avec chaque binôme

### ■ 1<sup>er</sup> séminaire sur les coopérations ville-hôpital en octobre 2017

- ▶ 250 participants dont 50 médecins de ville

6

## ■ Adhésion des médecins de ville par simple mail

- ▶ Plus de 2700 médecins partenaires à ce jour
- ▶ 2/3 de généralistes

## ■ 3 engagements socles à l'AP-HP

- ▶ Possibilité de prise de rdv en ligne par les médecins de ville, y compris sur la base de créneaux réservés aux médecins :
- ▶ Remise des documents de sortie le jour de la sortie du patient
  - *Envoi aux correspondants de ville par messagerie sécurisée si elle existe*
- ▶ Mise en place de lignes téléphoniques pour avis médicalisé :

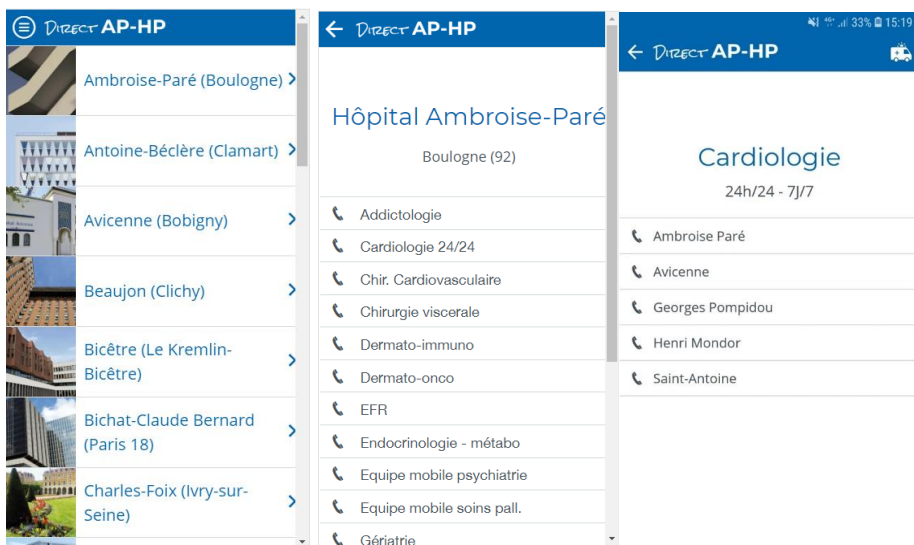
## ■ Une newsletter pour communiquer

## Direct AP-HP



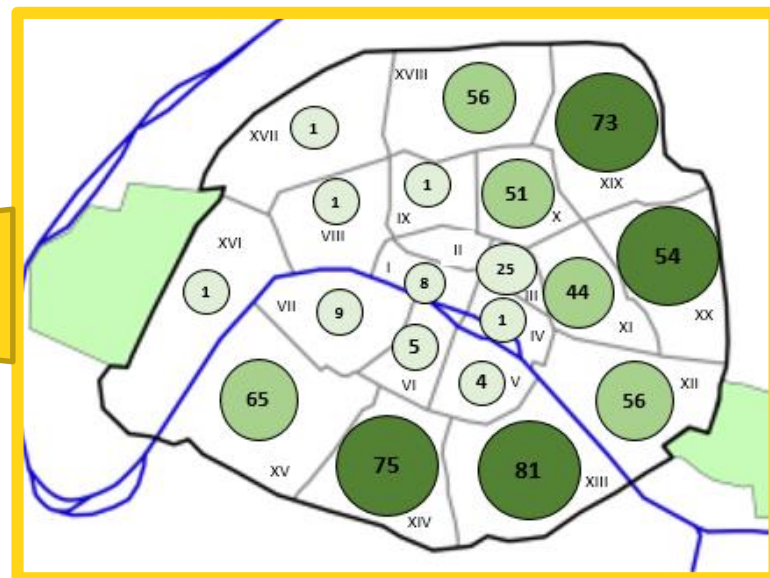
- Destinée aux médecins d'Ile de France
- Plus de 230 numéros de lignes directes dédiées
  - dont 50 lignes « d'urgences » accessibles 24/24h
- 27 hôpitaux et 217 services couverts
- 7 spécialités prioritaires : médecine interne, maladies infectieuses, gériatrie, cardiologie, chirurgie digestive, neurologie, orthopédie

### Aperçu :





■ Plus de 1375 utilisateurs dont près de 75% de médecins généralistes.

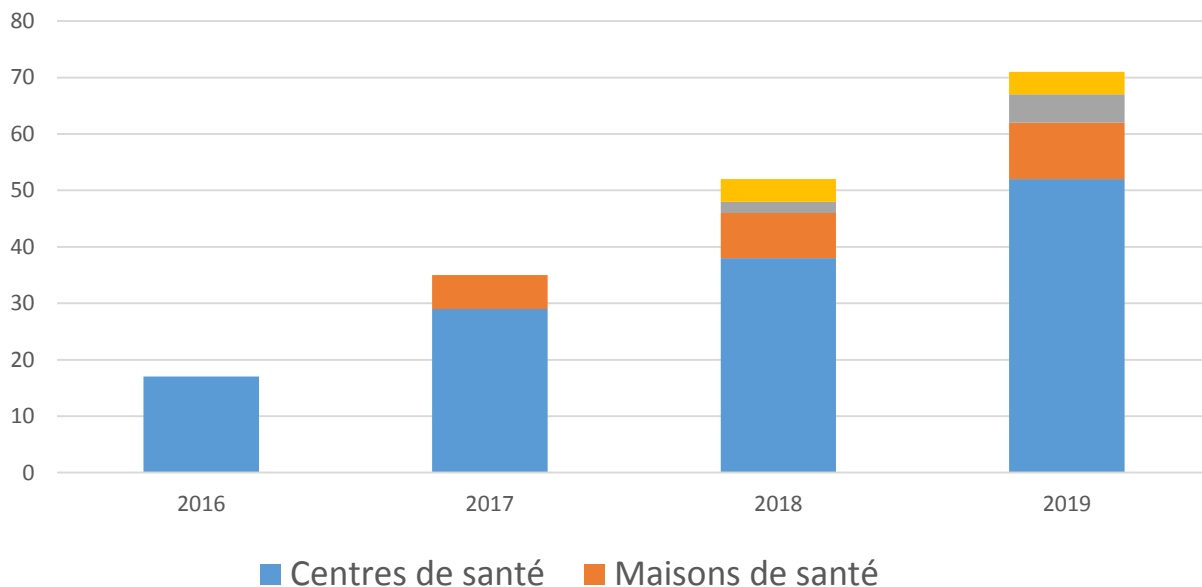


2 DOM/TOM (Martinique)  
24 Hors IdF

## Types de coopération

- Consultations avancées
- Organisation de parcours entre CdS et GH
- Prestations hospitalières

Evolution du nombre de coopérations en cours ou en projet



## Modélisation de la coopération à partir de la convention d'affiliation

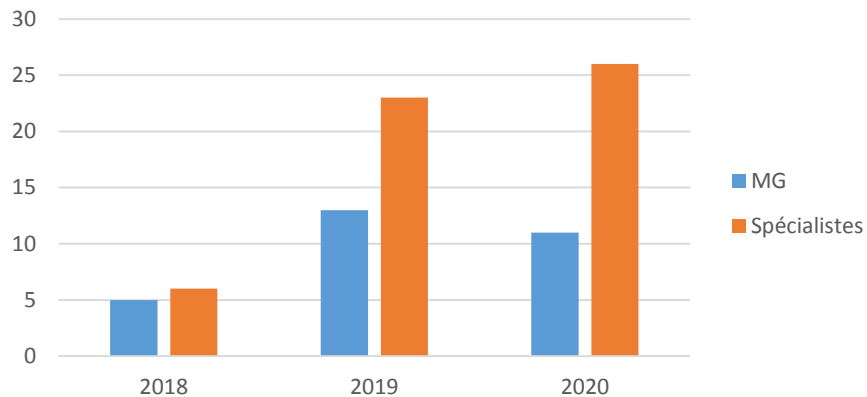
### ■ Engagements socles réciproques

- ▶ Echanges d'informations médicales
- ▶ Facilitation de la coopération opérationnelle
- ▶ Renforcement de la prise en charge de proximité
- ▶ Formation

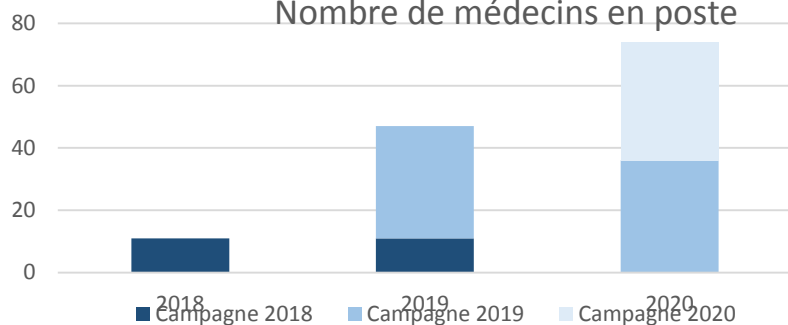
### ■ Parcours cliniques partagés

- ▶ Avis/expertise hospitalière
- ▶ Revues de pratiques
- ▶ Prestations de service
- ▶ Organisation de filière avec protocoles de prise en charge communs

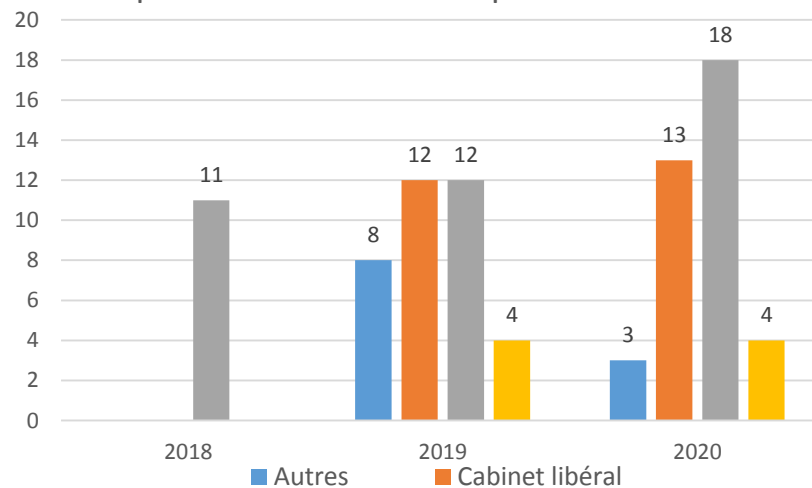
## Répartitions des postes MG/spécialistes



## Nombre de médecins en poste



## Répartition des différents partenaires de ville



# **Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)**

- Marie-Laure Alby Kore Mognon
- Réunion groupe de travail ville  
hôpital
- de la CME de l'assistance publique de  
hôpitaux de paris
- 11 septembre 2020

# Les 6 missions des CPTS en 2018



Proposer un médecin traitant pour chaque citoyen.



Répondre aux demandes de soins non programmés.



Développer des actions de prévention et de dépistage.



Favoriser le maintien au domicile des personnes âgées et éviter les hospitalisations inutiles.



Assurer la coordination ville /hôpital et le suivi des patients à la sortie de l'hôpital.



Développer des liens structurés avec les spécialistes du second recours.

**MACRO**

POLITIQUE DE SANTÉ

Tutelles, Assurance Maladie, Syndicats,  
Fédérations des professionnels...

La population  
de la région,  
du pays

**MESO**

ORGANISATION TERRITORIALE

Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

La population  
du territoire  
(20 00 à  
200 000 pers)

**MICRO**

ORGANISATION DES ÉQUIPES

MSP, Centres de Santé,  
Equipes de Soins Primaires

Une patientèle  
(10 000 pers)

**NANO**

INTERACTION D'UN PROFESSIONNEL  
AVEC UN PATIENT

Une personne,  
une famille

La  
construction  
d' une CPTS  
1

## Des valeurs partagées:

Accès aux soins

Décloisonnement entre sanitaire et social  
ville et hôpital, soins primaires et  
secondaires

Exercice pluriprofessionnel

Responsabilité collective vis à vis de la  
population

# La construction d'une CPTS 2



Une équipe de préfiguration



Des réunions pluriprofessionnelles



Un diagnostic territorial



Le temps de constituer la communauté



Elaborer un projet de santé



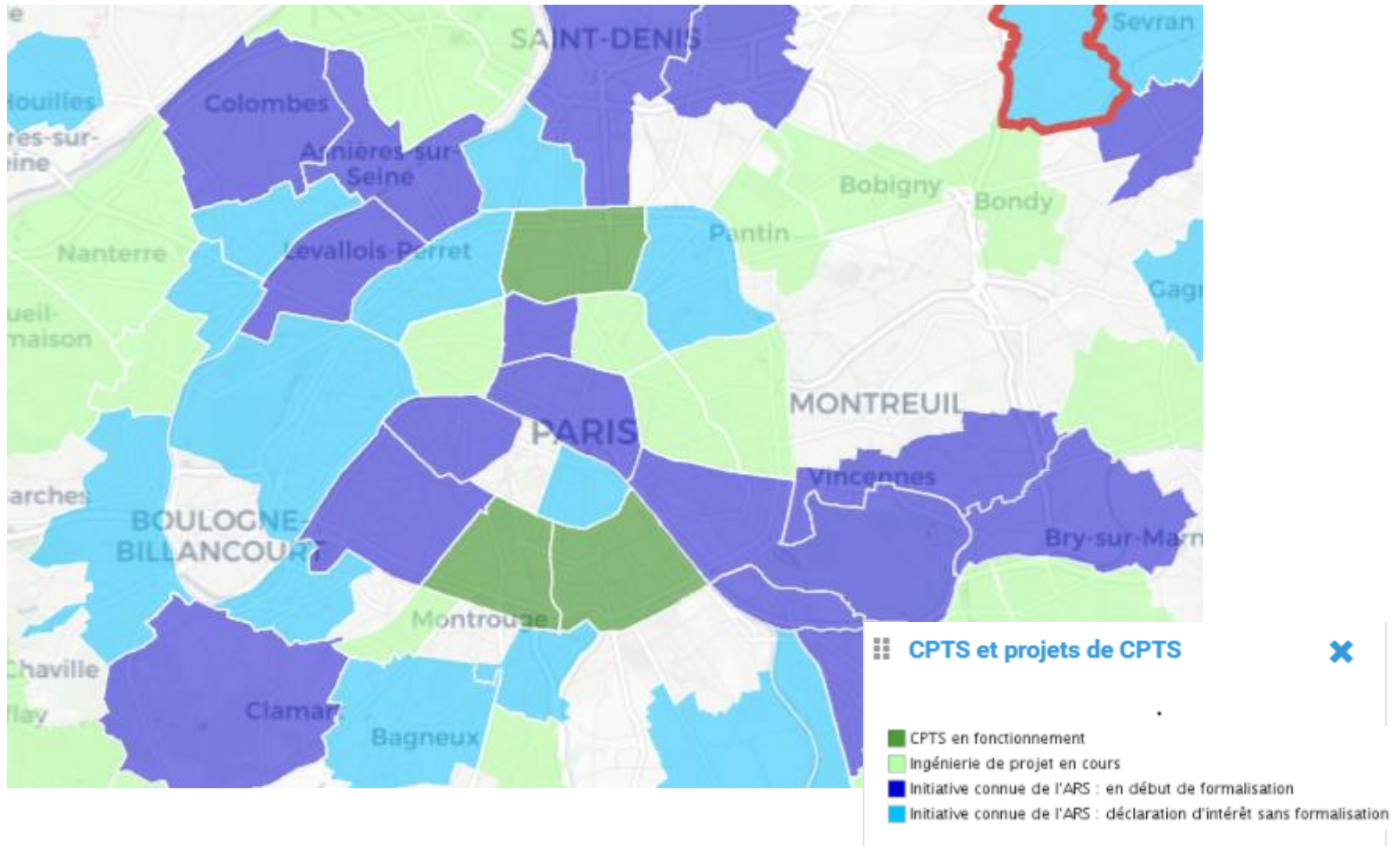
un statut associatif



Un financement conventionnel sur objectifs



# Cartographie des CPTS Parisiennes



# Un interlocuteur, un acteur

- Pour les projets stratégiques des territoires
- Pour les sites hospitaliers
- Pour co construire le parcours patient avant après l'épisode hospitalier
- Le suivi des patients chroniques etc..

# Des projets partagés...

- Participation au déploiement de Terr-eSanté.
- Plateforme territoriale d'appui pour les cas complexes (guichet unique, convergence des dispositifs d'appui).
- Article 51 - Incitation à une Prise en charge Partagée (IPEP) : **parcours de santé/soins intégré pour les personnes âgées .**
- **Covisan**

# Les moyens d'une coopération

- Coconstruire les projets dès le début
- Recenser et développer les projets ville hôpital qui marchent

## Une incarnation de la coopération ville-hôpital :

- Des personnes dédiées à la coopération ville-hôpital
  - > dans chaque service : médecin et infirmier
  - > dans les directions hospitalières

Des échanges réguliers avec les CMEL

Des outils partagés de suivi du patient:

Terr esanté

# Coopération ville-hôpital en Pédiatrie

Loïc de PONTUAL, Hôpital Jean  
Verdier

Hôpitaux Universitaires Paris-Seine-St-Denis  
10 juillet 2020

Un principe général de co-construction et de partenariat

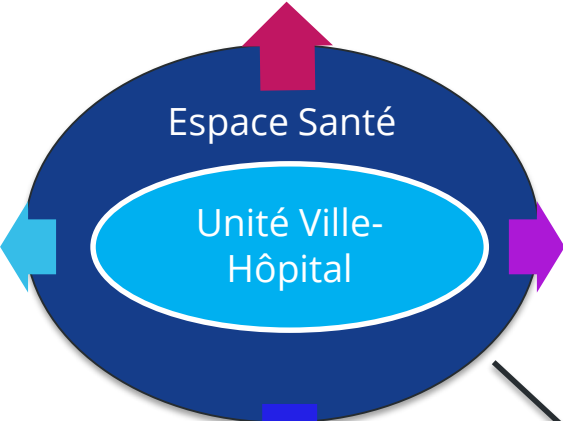


Lien avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Art. 51 IPEP



Formalisation parcours patient ville-hôpital : BCG, TED, PMI



Déploiement Système d'information partagé « e-parcours » en lien ++ avec médecins de ville (APTA/URPS ML)

Accompagnement situations complexes : articulation avec DAC et acteurs du territoire

DAC

Espace santé du nouveau Jean Verdier = UTEEP, service social, prévention promotion de la santé, information en santé...

## Quelques exemples des travaux ville-hôpital en cours sur le territoire

- 2 PH partagés ville-hôpital (1 MSP et 1 CMS) / 1 Assistant partagé (CMS)
- Internes de Pédiatrie ambulatoire / internes partagés/ IDE?
- Soirées thématiques/ Protocoles partagés/ Recherche
- MMG/MSP
- Une contribution au fonctionnement de la **CPTS Bobigny-Bondy (membre fondateur)** et un lien fort à construire avec les projets de CPTS en Seine Saint-Denis (19 villes sur 40 engagées)
- Perspective de déploiement de **Terr-eSanté** sur le GH et de différents systèmes d'informations partagés (collaboration URPS ML/APTA et GH)
  - *Ouverture le 1<sup>er</sup> Avril d'un Centre Ambulatoire Covid à Bondy*
  - *Poursuite de la construction du parcours du patient vaccination BCG,*
- La participation du GH (**membre fondateur**) dans la construction du futur **Dispositif d'Appui à la Coordination 93 Sud** (ouverture début 2021)  
→ structuration des parcours de santé complexe associant tous les acteurs (libéraux, hospitaliers, municipaux...) et les institutions (ARS, CPAM, CD, MDPH, ordres...)



DAC

### ESPACE SANTE

#### Plateforme de coordination ville-hôpital

Unité ville-hôpital  
UTEPP  
Service social & PASS  
HAD  
*Unité coordination oncérologie 93;*  
*Unité coordination TND/TSA 93*

#### Plateforme de Prévention et de promotion de la santé

Espace accueil, information et orientation  
HDJ Prévention  
Bus santé  
Espace Prévention Collective

## HÔPITAL

## VILLE

### Soins non programmés

SAU  
CS non programmées pédiatrie  
CS du voyage

MMG (20h-24h semaine + we-JF)

### Soins programmés

CONSULTATIONS avancées de recours dont pédiatrie (médecin partenaire/doctolib)  
HÔPITAUX DE JOUR

MSP  
Réseaux médecins généralistes  
Pédiatres  
PMI +++  
Médecine scolaire

### Maison Périnatalité

CS gynécologie  
CS Puericultrices  
Planning familial

CS nouveau né  
CS suivi de grossesse  
Prévention-promotion de la santé

### Pédo-psychiatrie

Liaison  
Troubles du comportement alimentaires  
UNIDEP

CMP  
CATT  
Médecins généralistes

### Plateau technique

Imagerie  
EF  
Biologie





# Collaboration Ville – Hôpital Expérience de l'UNV - GHPS

Anne Léger

Le 11/09/20



# Dialogue Ville- UCV: Ce qui « fonctionne » déjà:

- **Identification rapide via « Direct APHP »**

N° DECT d'urgence 24h/24 7j/7:

01 84 82 70 13



- **Poste médical partagé: Ville (CPTS 13-14) Hopital (GHPS)**

- Hospitalisations non programmées
- Patients  $\geq 75$  ans de Paris 13 ou 14



- prévenir le Med Traitant de cette hospitalisation
- évaluer les aides déjà en place / participer aux propositions en vue du RAD
- prévenir le Med Traitant du RAD

- **PRADO AVC:** des agents de la CPAM proposent au patients de lui trouver et de prendre ses rendez vous avec les intervenants de ville (kiné, orthophoniste....)



# Dialogue Ville-UCV: Travail en cours

## Dossier de RAD en sortie d'UNV

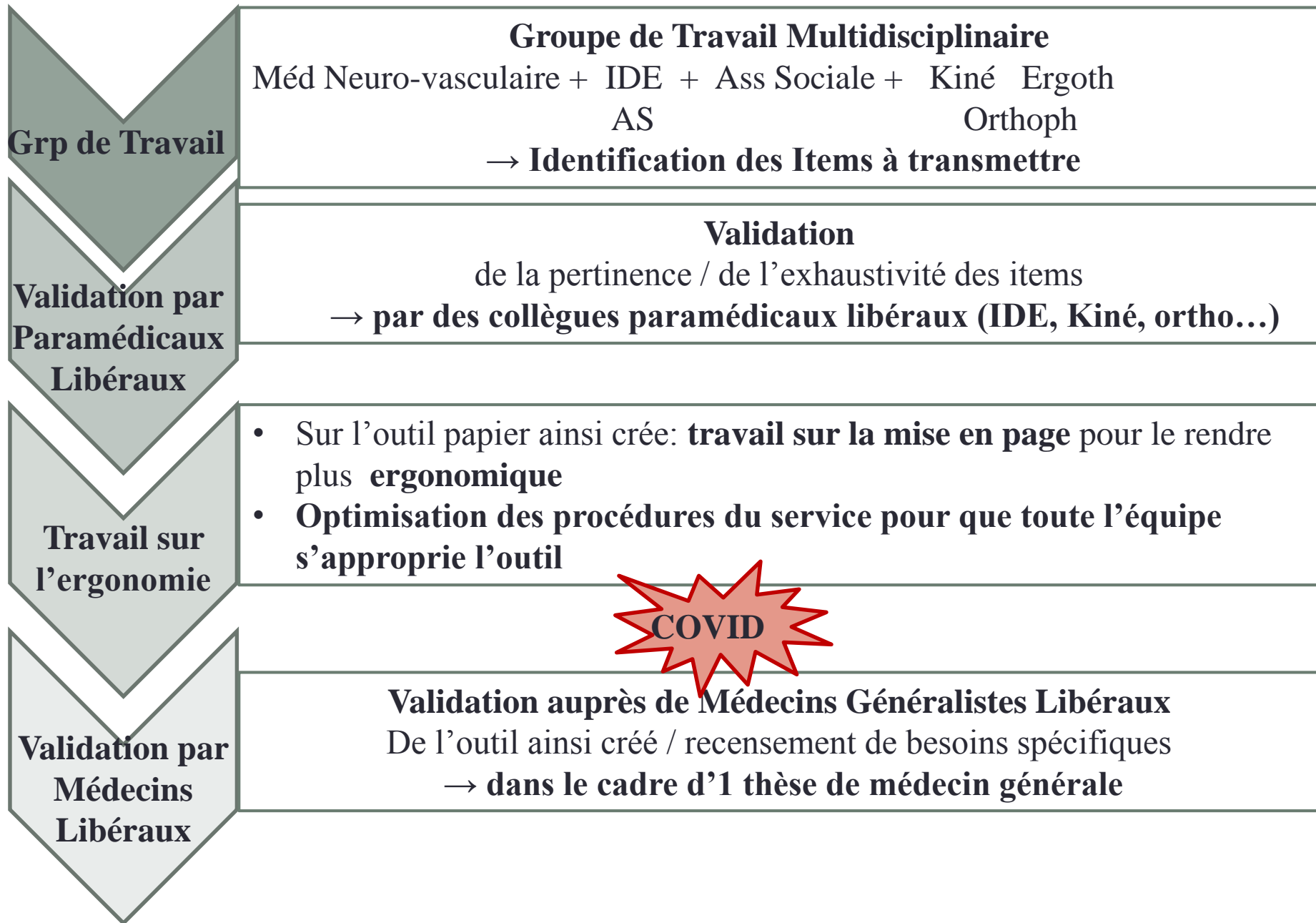
- Contexte:

- En moy en France **61% des survivants d'AVC => RAD**  
(de Peretti et al. 2017)
- Données du service: 2019: 62,1% patients UNV RAD  
(50,9% si pts  $\geq$  75 ans)

- Constat:

- Lorsque le patient est transféré en SSR:  
transmissions multidisciplinaires en plus du CRH (en part IDE, AS...)
- Lors du RAD: aucune transmission entre paramédicaux  
→ perte d'informations /du travail effectué au cours de l'hospitalisation
- CRH : Verrou de sécurité: CRH obligatoire pour sortir de l'UNV  
→ MAIS: ORBIS ne transmet le CRH qu'aux médecins.....

# Construction d'1 nouvel outil: « Porte Folio de Sortie d'UNV »



# Résultats:

- Apports:

- Travail avec des acteurs de la ville du territoire Paris 13 et 14:  
CPTS: **projet IPEP PARI3S grp « Coordination Ville Hôpital »**
- Renforcement du Travail en **Multidisciplinarité** au sein du service
- **Modification des procédures internes:**
  - Ajout à la « Consultation Infirmière de sortie » une participation de l'AS
  - Protocole d'ordonnances de sortie (épaississant pour eau gélifiée....)
  - Mise en place de groupe de travail avec l'ergothérapeute pour réaliser des flyers: Vie quotidienne post AVC

- Avenir:

- Format papier: validation par le Sr Comm° + recherche d'1 support
- Recherche d'1 **format informatique facilement diffusable à tous** les intervenants de ville????? **Dossier Médical Partagé?**



**GARDE  
MÉDECINE GÉNÉRALE**  
PARIS 20 SOIR ET WEEK-END



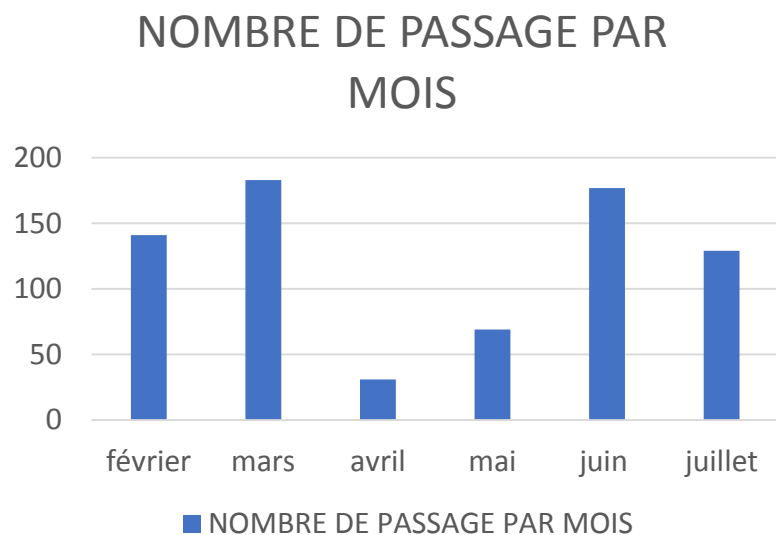
## Mise en place d'un partenariat Ville/Hôpital

Commission Hôpital Ville Territoire  
11/09/2020

# Naissance du projet: problématiques d'accès aux soins pour les patients et surcharge des urgences

- Pour la ville:
  - densité de population élevée du 20<sup>ème</sup> arrondissement
  - Pas de point de garde de consultation de médecine générale le soir et le weekend
- Pour l'hôpital:
  - Augmentation permanente du flux de patients pris en charge (46000 patients/an)
  - 25% d'entre eux correspondant à des tri 4 et 5 (consultations simples)
- Appel d'offre remporté par la GMG (Garde de Médecine Générale) PARIS 20 en décembre 2019, pour son travail en lien avec la CPTS 20 et les médecins généralistes de l'arrondissement

# Bilan à 6 mois



- Ouverture en février 2020
- Horaires :
  - Semaine 20-00h
  - samedi 19h-00h
  - dimanche 12-00h
- Equipe de 14 médecins installés ou remplaçants
- 730 patients en 6 mois
- 4 patients /soir (3-12)
- Issus du circuit court du SAU



# Fonctionnement/ Difficultés rencontrées

- Mise en place d'une charte de fonctionnement
  - Bien respectée
  - Quelques erreurs d'adressage rares ayant nécessitées un retour vers le SAU
    - Situation anticipée avant la mise en place avec procédure de ré adressage du patient
- Difficultés rencontrées
  - Isolement des locaux :
    - DECT PTI, bouton d'alarme dans le bureau médical, mise en place de rondes systématiques toutes les heures par agent de sécurité
  - Réticence des infirmières d'accueil et d'orientation (IAO) à réorienter les patients
    - Appel systématique du médecin généraliste avec feed back lors de la fin de la consultation
  - Difficultés liées à la nécessité d'avancer la part non prise en charge par le tiers payant
    - nécessité d'un temps d'explication pour le patient
    - (à noter que les patients sans couverture sociale sont pris en charge par les urgences)

# Pourquoi ça marche?

- **Pour les urgences**
  - Réduction du flux de patients relevant de la médecine générale à des horaires de surcharge pour le SAU
  - Diminution des tensions liées à l'attente pour ces patients non urgents
- **Consultation mise en place par des médecins du territoire de santé**
  - qui ont un intérêt aussi fort que le notre dans son bon fonctionnement pour assurer sa pérennité
  - permettant une meilleure répartition de l'offre de soin et la ré-intégration des patients dans un parcours de soin cohérent.
- **Retombées plus globales par une meilleure connaissance de nos collègues de villes**
  - Création de postes partagés ville/hôpital
  - impact également sur les autres spécialités de l'hôpital avec la création de nouvelles collaborations
  - Mise en place de COVISAN 20 avec la CPTS du 20<sup>ème</sup>

# La Collaboration Richerand-Lariboisière : Un modèle à reproduire, à pérenniser?

Dr Alain Beaupin  
Président, SCIC Richerand  
Institut Jean-François REY (IJFR)



Dr Karine Champion  
Unité Fonctionnelle Médecine-Interne-Ville-  
Ambulatoire, Département de Médecine Interne,  
Lariboisière



# La Collaboration Richerand-Lariboisière

- Un constat au sein d'un service de Médecine Interne aval des Urgences
- Une rencontre
- Un projet commun avec le patient au centre des préoccupations
  - Accès pour tous aux soins primaires
  - Continuité des soins pour le patient entre la ville et l'hôpital
  - Fluidité, rapidité et homogénéisation des pratiques et des échanges

# La Collaboration Richerand-Lariboisière

- Les assistants partagés
  - Le lien indispensable
  - Leur rôle
  - Leurs résultats
    - 500 patients pris en charge la première année
    - Environ 70 % d'entre eux se sont ancrés dans le système de soins primaires
    - Lien fondamental pendant la crise COVID

# La Collaboration Richerand-Lariboisière

- Pourquoi faut-il pérenniser les postes partagés?
  - L'avis de l'hospitalier
    - Bénéfices pour le patient, le médecin et la société
    - Les médecins en formation sont intéressés par ce type de poste
    - Pour cela il faut une reconnaissance Institutionnelle Ex MIVA et des postes pérennes

# Vers une généralisation des MG ville-hôpital ?

- Bilan économique du modèle actuel

	Hôpital	Ville
Dépenses salariales	Gratuit (ARS)	A la charge du CDS
Recettes de l'activité	Budget hôpital	Tarification à l'acte (consultations...)
Résultat budgétaire	Neutre	Déficit structurel

- Bilan global du modèle actuel

Equilibre économique	Non
Cadre réglementaire	Obstacles bloquants : CDI maximum 18 mois (CDS de droit privé)
Pérennisation des compétences ville/hôpital acquises	Non (turn-over imposé)

# Prendre appui sur les expérimentations nationales

## Art. 51 PEPS et IPEP

- Objet des expérimentations : paiement en équipe à la qualité (en totalité pour IPEP, en partie pour PEPS)
- Equipes participantes : CDS Richerand, Malakoff, Champigny, Nanterre, Aubervilliers-La-Courneuve et ESP des groupements locaux (CPTS, MSP)
- Périmètre de la patientèle : patients inscrits médecin-traitant auprès de l'équipe (CDS, groupement)
- Des indicateurs intégrant la phase hospitalière des parcours patients,
- EXEMPLES D'INDICATEURS:

Part des admissions directes en hospitalisation en médecine	Hausse
Qualité de la lettre d'entrée	Amélioration
Taux de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation	Baisse
Taux de réhospitalisations à 30 jours	Baisse

**Destinataires des financements versés par l'expérimentation**

**100 % Ville**

RESULTATS



# PROJET : MG de soins primaires ville-hôpital

- **CIBLE**

- MG de soins primaires, points de contact de médecine de ville auprès des équipes hospitalières

Positionnement des MG Ville-hôpital
MG de soins primaires
Rôle centré patient dans sa globalité
Approche médico-psycho-sociale

- **OBJECTIF OPERATIONNEL**

- Création de PROTOTYPES, robustes économiquement, corrigeant les défauts de l'actuel dispositif

- **METHODE de mise en œuvre**

- Expérimentation régionale article 51
- EVALUATION dans le cadre de programmes de recherche en soins primaires (AAP Girici, IRESP, Preps,...)