

COORDINATION ET CONTINUITE DES SOINS VILLE-HOPITAL POUR LE SUIVI DES PATIENTS ATTEINTS DE COVID-19

PRINCIPES ET LIGNES DIRECTRICES POUR LE DEPLOIEMENT DE PROTOCOLES TERRITORIAUX

COORDINATION ET CONTINUITE DES SOINS VILLE-HOPITAL

POUR LE SUIVI DES PATIENTS ATTEINTS DE COVID-19

PRINCIPES ET LIGNES DIRECTRICES POUR LE DEPLOIEMENT DE PROTOCOLES TERRITORIAUX

Introduction.....	4
Modalités de mise en œuvre de la coordination Ville/Hôpital sur un territoire	5
Le territoire concerné par la coordination ville-hôpital	5
Les acteurs susceptibles de participer aux travaux d'élaboration de la coordination V/H.....	5
Démarche collaborative	6
Temporalité de la maladie Covid-19	7
1. Suivi à domicile des patients atteints de Covid-19.....	8
Etape 1 : Confirmer le diagnostic et identifier la temporalité dans la Covid-19 au moment de la prise en charge	8
Etape 2 : Identifier les patients à risque.....	9
Etape 3 : Suivre les patients en fonction de la temporalité, la forme clinique et la complexité de la situation.....	10
2. Suivi à l'hôpital des patients atteints de Covid-19	12
3. Sortie d'hôpital vers la ville	12
Les sorties concernent les patients en provenance des services suivants : hospitalisations conventionnelles en médecin, SSR et psychiatrie	12
Etape 1 : Identifier le médecin traitant, les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient et les prévenir avant une sortie anticipée, préparer la sécurisation des retours à domicile des patients complexes	13
Etape 2 : Organiser la sortie d'hôpital.....	14
Etape 3 : Suivre le patient à domicile	15
Annexes	17

Avertissement :

Cette doctrine a vocation à être utilisée par les équipes territoriales en charge d'élaborer des protocoles dans le cadre d'une coordination ville-hôpital pour le suivi des patients atteints de Covid-19. Elle ne constitue donc pas un référentiel de prise en charge des patients atteints de Covid-19.

Projet

Introduction

Ce document s'inscrit dans le cadre de la phase de rebond de l'épidémie Covid-19 qui prend en compte les enseignements tirés de la première vague :

1. Les professionnels ont une meilleure connaissance de la maladie, de ses phases, des modalités de prise en charge et des enjeux thérapeutiques ;
2. Les professionnels de ville ont pu partager des retours d'expériences avec leurs confrères hospitaliers pour mieux appréhender la maladie et les enjeux de la prise en charge des patients à domicile ;
3. La crise épidémique a joué un rôle d'accélérateur dans la mise en œuvre concrète d'actions coordonnées, souvent innovantes, entre les acteurs de la ville et de l'hôpital ;
4. La capacité de réaliser des tests de dépistage (RT-PCR - antigénique) et l'optimisation des conditions d'accès aux tests permettent de diagnostiquer la maladie et d'assurer une prise en charge précoce des patients en ville ;
5. Les meilleures conditions de protection individuelle des professionnels de santé et de la population lors de cette phase rebond permettent une prise en charge généralisée et davantage sécurisée dans les cabinets et structures de ville ;
6. Le deuxième confinement, moins strict que le premier, est sensé faciliter les déplacements pour motif médical et donc le recours aux soins de la population auprès de l'ensemble des professionnels de ville ;
7. Le développement massif de la Télémédecine et du Télésoin lors de la première vague, permet de mobiliser plus rapidement de nombreux professionnels sur les consultations à distance dès le début de la phase rebond.

Cette doctrine régionale énonce des principes et des lignes directrices visant à garantir une bonne coordination des intervenants à toutes les étapes de la prise en charge des patients atteints de Covid-19 pour permettre la continuité et la sécurité des soins.

La majorité des patients atteints de Covid-19 relève d'une prise en charge ambulatoire (réponse rapide n°1 dans le cadre du COVID-19-HAS). Les formes d'emblée sévères ou les formes sévères qui deviennent critiques sont hospitalières par définition.

Cette coordination repose en première intention sur le médecin traitant, qui a un rôle pivot dans la prise en charge en s'appuyant sur des équipes pluridisciplinaires en ville et à l'hôpital.

L'absence de médecin traitant doit être repérée précocement pour identifier un référent médical de ville et mettre en œuvre un accompagnement professionnel adapté aux besoins du patient (médico-social, psychiques...).

Les enjeux de la coordination des patients atteints de Covid-19 sont :

- de repérer les situations à risques pouvant éventuellement conduire à une hospitalisation ;
- de renforcer une coordination de proximité avec l'ensemble du cercle de soins en ville ;
- de prévoir et mettre en œuvre à l'aide d'outils une coordination ville-hôpital pour garantir la continuité et la sécurité de soins des patients à risque.

Cette doctrine s'adresse à l'ensemble des acteurs impliqués collectivement dans la prise en charge des patients atteints de Covid-19, pour les aider à identifier les éléments clés de la coordination et leur

prise en compte dans leurs protocoles territoriaux. Elle n'a pas vocation à décrire le rôle de chaque intervenant.

Ce document propose en introduction les phases de la maladie et les points critiques du parcours patient qui seront déterminants dans l'échange entre les acteurs du territoire pour mettre en œuvre la coordination et la continuité ville-hôpital. Il détaille les étapes du parcours patient et précise en pratique pour chaque étape :

- les enjeux de la coordination en ville et à l'hôpital;
- les éléments clés de la coordination ville-hôpital;
- les outils existants pouvant être utilisés par les acteurs.

Modalités de mise en œuvre de la coordination Ville/Hôpital sur un territoire

La coordination Ville/Hôpital doit poursuivre trois objectifs principaux :

- Fluidifier et optimiser le parcours du patient atteint de Covid-19 sur l'ensemble de sa prise en charge ;
- Pour le suivi en ville : éviter les hospitalisations en sécurisant la prise en charge ambulatoire ;
- En cas d'hospitalisation : diminuer chaque fois que possible la durée de séjour et sécuriser la sortie d'hôpital.

Le territoire concerné par la coordination ville-hôpital

En Ile-de-France, le territoire concerné par la coordination ville-hôpital peut recouvrir un périmètre départemental, infra-départemental (territoires de coordination (DAC), GHT, plusieurs CPTS, EPCI, autres infra-territoires, ...) voire interdépartemental (travaux de coordination entre des territoires adjacents).

Les acteurs susceptibles de participer aux travaux d'élaboration de la coordination V/H

La coordination ville-hôpital mobilise de nombreux acteurs d'un territoire pour bâtir les protocoles territoriaux de suivi des patients atteints de covid 19.

Le nombre et le type d'acteurs associés à ces échanges n'est pas limité à priori. Sur la base des objectifs fixés ils doivent associer, outre la délégation départementale de l'ARS et la CPAM :

- Des représentants de la médecine de ville et notamment (mais pas uniquement) les médecins généralistes, quel que soit leur mode d'exercice et leur statut ;
- Des représentants d'autres professions de santé de ville impliqués dans la prise en charge et le suivi des patients Covid19 et en particulier les infirmiers de ville, les pharmaciens, les masseurs-kinésithérapeutes, les biologistes... ;
- Des représentants des praticiens hospitaliers particulièrement concernés et impliqués dans la prise en charge des patients atteints de Covid19 en établissement public et privé ;
- Des représentants des personnels non médicaux hospitaliers intervenant sur la prise en charge des patients Covid19 (cadres de santé, infirmiers, ...) ;
- Des représentants des directions des GHT et d'établissements de santé... ;
- Des représentants des HAD ;
- Des représentants du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) labellisé du territoire, ou à défaut des dispositifs d'appui (réseau de santé, PTA, M2A, MAIA, ...) intervenant sur le territoire et des représentants des APTA;
- Des représentants d'associations de patients ou d'usagers et des collectivités territoriales, ...

Démarche collaborative

Quel que soit le département, le territoire infra-départemental ou inter-départemental concerné, la mobilisation des acteurs pour favoriser la coordination des prises en charge entre la Ville et les établissements de santé doit s'appuyer sur des échanges, conférences téléphoniques, visio-conférences rassemblant les professionnels de ville, notamment les médecins et les praticiens hospitaliers particulièrement concernés par la prise en charge des patients atteints de Covid-19 au sein du territoire.

Ces échanges peuvent être initiés par la Délégation Départementale de l'ARS, systématiquement en lien avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Ils peuvent être également lancés à l'initiative d'acteurs ambulatoires ou hospitaliers du territoire, ayant par exemple déjà travaillé en commun sur d'autres thématiques.

Ces échanges doivent permettre :

- De favoriser la connaissance mutuelle entre les acteurs ;
- D'identifier sur chaque territoire les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux mobilisables ;
- De favoriser l'échange réciproque d'informations sur la situation du moment en médecine de ville et hospitalière sur la Covid-19 : typologie des patients, niveau de gravité, différences avec la 1^{ère} vague, modalités de prise en charge, contexte territorial spécifique, difficultés ressenties ;
- D'exprimer les besoins et les attentes des uns et des autres dans la prise en charge des patients Covid-19 ;
- D'intégrer les outils numériques au plus tôt dans les échanges et en fonction des besoins des acteurs ;
- De définir en commun le champ de la coordination ville-hôpital à mettre en œuvre sur le territoire :
 - o la prise en charge en ville en amont de l'hospitalisation éventuelle ;
 - o la préparation de la sortie d'hospitalisation, la sortie d'hospitalisation et le suivi au domicile des patients hospitalisés intégrant les dispositifs, rééducations et réadaptations ainsi que les accompagnements nécessaires ;
 - o les deux champs (amont et aval des hospitalisations).
- De définir en commun les documents et outils nécessaires à la coordination :
 - o Protocoles de prise en charge à mettre en place sur les champs d'intervention sélectionnés pour rendre opérationnelle cette coordination ;
 - o Modalités d'échange et de communication entre les professionnels de ville et hospitaliers. Par exemple : ligne téléphonique dédiée aux médecins de ville pour contacter les praticiens hospitaliers, Messagerie de Santé Sécurisée (MSS¹), Tchat sécurisé (Terr-eSanté), DMP (outil complémentaire à Terr-eSanté) ;
 - o Modalités d'identification des acteurs de la ville et de l'hôpital via les annuaires mis à disposition (ROR, annuaire-covid-idf.force.com, Annuaire santé ANS, santé.fr, etc...) ;
 - A noter que les **cartes CPS** facilitent la connexion à plusieurs de ces outils.
 - o Les outils numériques d'appui à la coordination :
 - L'ARS IDF et SESAN mettent en place gratuitement des outils destinés aux professionnels et aux patients :

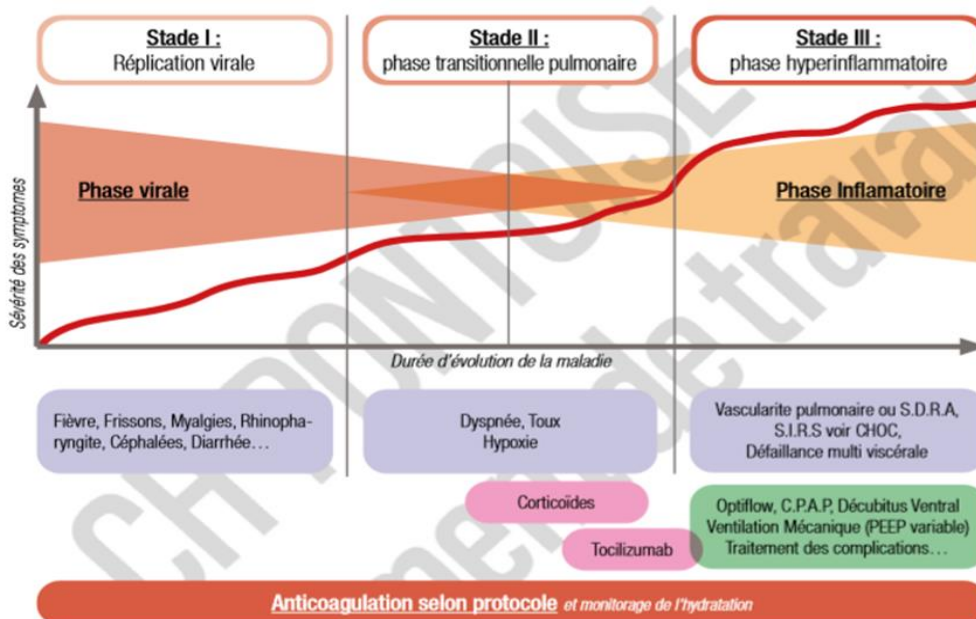
¹ MSS : Espace sécurisé permettant d'échanger des mails et des documents entre professionnels d'Ile-de-France. <http://www.sesan.fr/services/mss>

- **eCOVID²** pour le **Télésuivi** (Disponible sur le Web et mobile) ;
- **Terr-eSanté³** pour la **coordination** entre les acteurs (Disponible sur le Web et mobile).
- D'autres outils numériques d'appui à la coordination peuvent être utilisés (exemple : Covidom, CovidO2 développés par l'APHP).
- De faire connaître à un maximum d'acteurs du territoire le contenu et les modalités de la coordination mise en œuvre.

Temporalité de la maladie Covid-19

Ce document n'a pas vocation à détailler les aspects médicaux de la prise en charge. Toutefois, il est nécessaire d'identifier les différentes phases de la maladie pour comprendre les étapes du parcours patient, repérer les points critiques et les éléments clés de la coordination.

Figure 1 : Les trois phases de la maladie Covid-19⁴



Le périmètre d'application de cette doctrine concerne les patients atteints de Covid-19 et dont le diagnostic est confirmé par un test, selon les recommandations en vigueur.

Il est essentiel de dater le **J1 = premier jour des symptômes de la maladie** (Figure 1), car le patient ne consulte pas forcément à la date d'apparition des symptômes. Cette datation est déterminante pour repérer à quelle phase de la maladie se situe le patient. Trois phases de la maladie sont décrites :

1. Phase virale : s'étend de J -2 à J7 ~ J10 du début des symptômes
2. Phase transitionnelle courte : entre J7 et J10 (pouvant aller de J6 à J12)
3. Phase inflammatoire : à partir de J10 par rapport au début des symptômes

² **eCOVID** : Outil de télésuivi intégré à l'outil Terr-eSanté, gratuitement mis à disposition par l'ARS IDF et le SESAN. Pour la prise en charge des patients confinés en IDF. Infos et plaquettes disponibles sur <http://www.sesan.fr/services/terr-esante>

³ **Terr-eSanté** : outil de coordination gratuitement mis à disposition par l'ARS IDF et le SESAN. Pour accéder aux infos du patient, informer et partager avec d'autres professionnels franciliens. Infos et plaquettes disponibles sur <http://www.sesan.fr/services/terr-esante>

⁴ Prise en charges des patients atteints de Covid-19 – Protocole de continuité des soins ville-hôpital du Val d'Oise – Novembre 2020.

Les enjeux de coordination dépendent du stade de la maladie, de la temporalité et de la forme clinique.

Le parcours décrit comprend trois volets :

1. Suivi à domicile des patients atteints de Covid-19.
2. Suivi à l'hôpital des patients atteints de Covid-19.
3. Sortie d'hôpital vers la ville.

1. Suivi à domicile des patients atteints de Covid-19

Objectif : Eviter les hospitalisations en sécurisant la prise en charge ambulatoire

Les étapes clés

1) Confirmer le diagnostic et identifier la temporalité dans la Covid-19 au moment de la prise en charge

2) Identifier les patients à risque

3) Suivre les patients en fonction de la temporalité, la forme clinique et la complexité de la situation

Etape 1 : Confirmer le diagnostic et identifier la temporalité dans la Covid-19 au moment de la prise en charge

Pilote : Médecin traitant

Enjeux de la coordination :	- Dater le J1 pour déterminer précisément la période critique allant de J6 à J12 et pouvant conduire à une hospitalisation. - Pour les patients sans médecin traitant, s'assurer de la présence d'un médecin référent en charge du suivi du patient et de la coordination.
Éléments clés de coordination :	- S'assurer d'un accès à un centre de diagnostic de proximité. Pour identifier un lieu de dépistage dans la région Île-de-France, une carte interactive est consultable sur le site de l'ARS Ile-de-France. - En cas d'absence de médecin traitant, tous les acteurs de proximité (pharmaciens, biologistes ayant déclaré la positivité, infirmiers ou autres professionnels de santé) du territoire sont en responsabilité pour contribuer à la recherche d'un médecin traitant en mobilisant des ressources disponibles (CPTS, MSP, DAC, APTA, ...).
Outils de coordination :	Cartographie des lieux de dépistage en Île-de-France : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/covid-19-lieux-de-depistage-en-ile-de-france

Etape 2 : Identifier les patients à risque

Pilote : Médecin traitant

Enjeux de la coordination :	• Evaluer la situation globale du patient en : 1. Repérant les Facteurs de risques de formes inflammatoires sévères⁵ ; 2. Evaluant l'état clinique du patient et en repérant les signes de gravité (Formes légères, modérées et sévères) ; 3. Evaluant l'environnement du patient : repérer les situations à risque de contamination de l'entourage (par exemple proches vulnérables) et les situations complexes⁶ (sociales, habitat, psychique,...). • Anticiper les besoins visant à renforcer la prise en charge à domicile pour éviter l'hospitalisation.
Eléments clés de coordination :	• Etre réactif pour mobiliser la coordination clinique et de proximité lorsque la situation du patient est à risque ou complexe. • En fonction du ou des risques identifiés, prendre attache auprès des professionnels/services compétents : ✚ Risque clinique : renforcer le cercle de soins de proximité (professionnels de ville organisés en CPTS ou non, HAD, SSIAD, ...). • Possibilité de contacter le DAC labellisé du territoire (ou à défaut un dispositif d'appui du territoire type réseau de santé, PTA, M2A, MAIA) pour mobiliser les ressources complémentaires) ; • Possibilité de contacter l'APTA quand elle existe. Deux points de vigilance : ✚ Risque de contamination de proche vulnérable : renforcer les mesures d'isolement (exemple : mesures barrières à domicile renforcées, mise en place d'un service d'aide à domicile, hébergement temporaire...) et mettre en relation avec une CTAI territorialement compétente ; ✚ Situation complexe (sociale, habitat, psychique...) : solliciter le DAC pour évaluer les besoins, mettre en place les mesures de soutien et aides à domicile. • Mettre en place un moyen de communication direct avec un référent hospitalier en privilégiant une ligne téléphonique Covid 24/24h dédiée aux médecins de ville. • Inscrire les patients présentant une situation clinique sévère ou complexe dans un outil partagé de suivi (exemple Terr-eSanté/eCOVID, Covidom, plateforme collaborative de télé suivi à domicile...), avec l'appui de l'APTA quand elle existe.

⁵ Avis du HSCP relatif à l'opportunité de recommandations spécifiques pour certaines personnes pouvant être considérées comme particulièrement vulnérables parmi les personnes à risque de forme grave de Covid-19

⁶ Cf. Recommandation n°46 ARS Ile-de-France Covid19 - Dispositifs d'appui à la coordination – v1 du 03/04/2020 : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-10/Reprise-epidemie-Doctrine-DAC-046_0.pdf

Cf. Recommandation n°15 ARS Ile-de-France Covid19 - Activités de psychiatrie : adaptation à la phase rebond – v2 du 19/10/2020 : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-10/Reprise-epidemie-Doctrine-Psychiatrie-15.pdf>

Outils de coordination :	- Services à la personne : - Site MAILLAGE de chaque département ; Lien vers les sites MAILLAGE de chaque département : https://maillage(numero du département concerné).sante-idf.fr/accueil.html : https://maillageXX.sante-idf.fr/accueil.html - GIP NUR (numéro unique régional pour appui en ressources administratives et organisationnelles), - Interpellation du DAC via appel téléphonique, mail ou formulaire de demande Terr-eSanté (ou protocole local adapté) – pour trouver son DAC : https://santegraphie.fr/mviewer3/?config=app/covid_dac.xml# - Outils numériques (Terr-eSanté/eCOVID, Covidom ...).
---------------------------------	---

Etape 3 : Suivre les patients en fonction de la temporalité, la forme clinique et la complexité de la situation

Pilote : Médecin traitant

Enjeux de la coordination :	- Quelle que soit la situation du patient, la phase transitionnelle (entre J7 et J10 : pouvant aller de J6 à J12) constitue la période critique et déterminante dans le suivi d'un patient à domicile. Elle nécessite une coordination optimale afin de prendre la décision partagée ville-hôpital d'un maintien à domicile avec surveillance renforcée quotidienne ou d'une hospitalisation si la situation du patient le justifie. - En situation complexe, l'indication d'hospitalisation peut être posée pour un patient n'ayant pas forcément une forme clinique sévère mais des conditions de sécurité à domicile qui ne sont pas réunies. - Toute période critique peut conduire à la décision médicale de poser l'indication de l'oxygénothérapie à domicile, dont les modalités de prise en charge sont décrites dans le référentiel HAS⁷. L'enjeu de coordination est de vérifier la stabilité de besoins en oxygène.
Éléments clés de coordination :	- Mettre en place un suivi adapté à la temporalité, la forme clinique et la complexité de la situation pour éviter l'hospitalisation : - Adapter le traitement en fonction de la forme clinique et la temporalité ; - Dimensionner une équipe de soins ambulatoire appropriée aux besoins du patient et évaluer régulièrement le bon dimensionnement de l'équipe ; - Organiser les consultations et/ou visites programmées, l'auto-surveillance par le patient et/ou la télésurveillance en s'appuyant sur l'équipe de ville en lien avec le patient ; - Favoriser le recours à d'autres modes de prise en charge à distance par télésanté (télémédecine pour les professionnels de santé médicaux et télésoin pour les auxiliaires médicaux et les pharmaciens) ; - Proposer une offre de téléexpertise dans tous les territoires que ce soit en amont de la prise en charge Covid (éviter une hospitalisation

⁷ Prise en charge à domicile des patients atteints de la Covid-19 et requérant une oxygénothérapie, HAS, 9 novembre 2020 : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215547/en/prise-en-charge-a-domicile-des-patients-atteints-de-la-covid-19-et-requerant-une-oxygenotheapie

	non nécessaire) ou que ce soit en aval de la prise en charge (fluidification des filières d'aval) ; • Organiser la coordination avec l'hôpital en s'appuyant sur un référent hospitalier (infectiologue, pneumologue ...), les modalités pratiques de cette coordination et d'échanges confraternels (Exemple RCP ville-hôpital...) ; • Définir le plan de soins si besoin en concertation avec le référent hospitalier en intégrant les outils de suivi ou de télé-suivi ; • S'assurer du processus de suivi quotidien du patient ayant une situation clinique sévère ou complexe dans l'outil partagé de suivi (exemple Terre-Santé/eCOVID, Covidom) ; • Avertir le patient sur les risques d'accentuation des symptômes à la phase transitionnelle et la nécessité de consulter à nouveau en urgence, en cas d'apparition d'une dyspnée. ✚ Si la situation s'aggrave, notamment dans la période critique (entre J7 et J10 : pouvant aller de J6 à J12): • Alerter le référent hospitalier au moindre doute pour renforcer le suivi ambulatoire et/ou anticiper conjointement une hospitalisation éventuelle voire contacter le 15 en cas d'urgence vitale. • En cas de dégradation clinique majeure, il convient : • d'évaluer la pertinence d'une oxygénothérapie, le cas échéant à domicile • de mobiliser une équipe pluriprofessionnelle (médecin traitant, prestataire de service, pharmacien, IDE, HAD, ...) en lien avec une équipe hospitalière de référence (pneumologie, maladies infectieuses, soins critiques, ...) ; • et de prévoir toutes les étapes du processus de prise en charge (délivrance, dispensation à domicile équipement, surveillance du matériel et du patient...). • En cas d'hospitalisation, l'objectif recherché est de faciliter l'accès direct du patient vers un service spécialisé en évitant autant que faire se peut le passage par les urgences. ✚ Pour les situations complexes, quelles que soient la temporalité et la forme clinique, il faut évaluer au cas par cas les nouveaux besoins du patient et/ou de son entourage en lien avec le cercle de soins (par exemple CPTS, DAC, APTA, Equipes mobiles territoriales Covid...).
Outils de coordination :	• Services à la personne ○ Site MAILLAGE de chaque département ; Lien vers les sites MAILLAGE de chaque département : https://maillage(numero du département concerné).sante-idf.fr/accueil.html : https://maillageXX.sante-idf.fr/accueil.html ○ GIP NUR (numéro unique régional pour appui en ressources administratives et organisationnelles) ; • Interpellation du DAC via appel téléphonique, mail ou formulaire de demande Terr-eSanté (ou protocole local adapté) – pour trouver son DAC : https://santegraphie.fr/mviewer3/?config=app/covid_dac.xml# • Outils numériques (Terr-eSanté/eCOVID, Covidom ...).

2. Suivi à l'hôpital des patients atteints de Covid-19

Pilote : service hospitalier

L'indication d'hospitalisation se fait idéalement en concertation entre le médecin de ville et le référent hospitalier. Les prises en charge hospitalières ne nécessitent pas dans ce cadre de détailler les démarches thérapeutiques ou les organisations mises en œuvre.

Toutefois, la qualité de la prise en charge du patient atteint de Covid-19 repose sur une bonne coordination ville-hôpital nécessitant :

- d'anticiper la sortie d'hôpital via un lien direct avec le médecin traitant et l'équipe de soins de ville pour préparer les conditions d'accueil et de suivi à domicile en lien avec le patient et de son entourage;
- d'envisager le cas échéant en fonction des situations et de l'âge du patient des solutions transitoires avant le retour au domicile (accueil temporaire en EHPAD avec ou sans HAD, à évaluer en lien avec les filières gériatriques...);
- de positionner un DAC en renfort si la situation présente un risque clinique (pour mobiliser des ressources locales complémentaires et coordonner) et/ou une complexité médico-sociale (sociale, habitat, psychique, ...) pour évaluer les besoins, mettre en place et coordonner en amont de la sortie ou en réévaluation post-hospitalisation les mesures de soutien et aides à domicile);
- d'utiliser les outils de communication partagée qui informent les professionnels de ville et leur permettent une prise en charge optimale, coordonnée et sécurisée au retour du patient à domicile (par exemple inscrire les patients dans un dispositif de suivi type Terr-eSanté/eCOVID ou Covidom dès l'entrée à l'hôpital).

3. Sortie d'hôpital vers la ville

Objectif : Diminuer la durée de séjour et sécuriser la sortie d'hôpital

Les étapes clés

1) Identifier le médecin traitant, les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient et les prévenir avant une sortie anticipée, préparer la sécurisation des retours à domicile des patients complexes

2) Organiser la sortie d'hôpital.

3) Suivre le patient à domicile

Les sorties concernent les patients en provenance des services suivants : hospitalisations conventionnelles en médecin, SSR et psychiatrie.

Etape 1 : Identifier le médecin traitant, les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient et les prévenir avant une sortie anticipée, préparer la sécurisation des retours à domicile des patients complexes

Pilote : service hospitalier

Enjeux de la coordination :	- La décision de sortie doit être prise au regard de l'état clinique et de l'environnement social du patient (entourage, habitat, conditions de vie...). - Pour anticiper la sortie le médecin hospitalier en lien avec le service social doit : - Identifier le médecin traitant et les professionnels déjà impliqués en ville en amont de l'hospitalisation ; - S'assurer d'un relai de prise en charge effectif avec intervention à domicile ou à distance du médecin traitant, de la coordination locale identifiés et joignables ou d'autres intervenants (équipes mobiles extrahospitalières, SSIAD, HAD...) ; - S'assurer de la capacité du patient ou de son entourage à se faire délivrer en officine les médicaments et produits prescrits en établissement de santé ; - En cas de poursuite d'une oxygénothérapie à faible débit, prescrire la mise en place des moyens nécessaires au domicile du patient au moment de sa sortie en ce qui concerne l'administration ; - Evaluer la situation du patient par rapport à sa contagiosité ; - Identifier les facteurs de fragilité/complexité potentiels (sociale, habitat, psychique, ...) pour orientation vers le DAC. L'absence ou l'indisponibilité de médecin traitant nécessite une vigilance renforcée devant questionner le projet de sortie et implique la mobilisation et l'intervention d'autres ressources territoriales afin d'identifier un professionnel de ville référent.
Éléments clés de coordination :	- Transmettre les informations nécessaires concernant l'état de santé et le suivi du patient au domicile par : - Un appel téléphonique systématique entre le médecin référent hospitalier (exemple l'infectiologue) et le médecin référent du patient en ville. Pour les situations complexes, prévenir tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge (via le service social hospitalier et/ou Terr-eSanté) et/ou le DAC du territoire pour sécurisation, coordination des ressources existantes et mobilisation de ressources complémentaires si nécessaire. En cas d'absence ou non désignation d'un médecin traitant, l'équipe hospitalière peut s'appuyer sur d'autres ressources du territoire : - Organisation locale : professionnels de santé libéraux, CPTS, MSP, Centres de Santé, les DAC notamment si le patient présente des complexités médico-sociales et/ou pour remobiliser une ressource médicale volontaire pour intervenir auprès de patients COVID+ - Une organisation départementale d'orientation comme, par exemple, dans le cadre des départements 78 et 93, la plate-forme d'orientation coordonnée par l'APTA. Cette plate-forme d'orientation est en charge de trouver le médecin se substituant au médecin traitant et de façon générale tout professionnel de santé devant prendre en charge le patient.

Outils de coordination :	• Base de données de professionnels de santé disponibles pour un suivi des malades établie sur une base départementale. • Lien vers la cartographie : contacter le DAC sur son territoire : https://santegraphie.fr/mviewer3/?config=app/covid_dac.xml# • La plate-forme numérique régionale Terr-eSanté permettant d'assurer la coordination médicale, médico-sociale et sociale du patient (pour plus de renseignements : https://formation.sesan.fr/terr-esante/); • GIP NUR numéro unique régional (information et orientation ainsi qu'appui dans l'inclusion des outils numériques (exemple : Terr-esanté).
---------------------------------	---

Etape 2 : Organiser la sortie d'hôpital

Pilote : service hospitalier

Enjeux de la coordination :	• Les sorties vers la ville doivent signifier une stabilisation clinique. Tant que le patient est en instabilité clinique, sa sortie d'hôpital ne peut être programmée. • En cas de sortie, les éléments qui vont garantir la continuité et la sécurité de soins reposent sur une bonne transmission des informations et une bonne coordination des intervenants de ville.
Éléments clés de coordination :	• Adresser au médecin référent de ville : • Un compte rendu d'hospitalisation. • Une modalité de communication avec l'hôpital pour joindre un référent hospitalier et offrir la possibilité d'appui et de conseil téléphonique si nécessaire (Par exemple : Numéro unique d'un médecin référent joignable 24h/24). • Remettre au patient : • son ou ses ordonnances de sortie • le cas échéant, une dotation amorce des médicaments et produits prescrits pour pallier une rupture de traitement lors du retour à domicile • une lettre de liaison pour le médecin référent, l'IDE et le pharmacien sur laquelle figurent notamment les coordonnées du médecin référent hospitalier à contacter si besoin et le cas échéant les coordonnées du prestataire chargé de la dispensation de l'oxygénothérapie à domicile, et les informations relatives aux outils numériques utilisés pour tracer le suivi réalisé au domicile ; • En cas d'une contagiosité persistante, le cas échéant, une dotation amorce lui permettant le respect pendant 8 jours à domicile des recommandations d'hygiène pour lui-même et pour ses proches (quantités à évaluer de masques chirurgicaux et de solutions hydro-alcooliques). • Son prochain rendez-vous hospitalier pour une consultation post-Covid (présentiel ou en téléconsultation). • un document d'information dans lequel sont précisés les principes généraux du suivi à domicile, quelles qu'en soient les modalités. • Inscrire le patient sur un outil de suivi (Exemple Terr-eSanté/eCOVID ou Covidom /Covid O2). • Le dispositif PRADO peut être utilement activé pour faciliter la sortie d'hospitalisation grâce à une prise de contact avec les professionnels de ville qui prendront en charge le patient. L'Assurance Maladie propose un PRADO

	spécifique sur la sortie d'hospitalisation des patients Covid, qui peut être ajusté en fonction des besoins des acteurs et des organisations existantes. L'offre de service et les modalités d'intervention des Conseillers sont à définir avec la CPAM. • Pour les patients complexes, l'hôpital peut se mettre en relation avec le DAC du territoire pour évaluer les besoins, mettre en place et coordonner en amont de la sortie ou en réévaluation post-hospitalisation les mesures de soutien et aides à domicile.
Outils de coordination :	• La plate-forme numérique régionale Terr-eSanté/eCOVID/ Covidom permettant d'assurer la coordination médicale, médico-sociale et sociale du patient (pour plus de renseignements : https://formation.sesan.fr/terr-esante/). • Les outils de télé surveillance des patients à domicile que ce soit la solution E-Covid intégrée à la plate-forme numérique Terr-eSanté/ eCOVID/ Covidom /Covid O2. • Lien vers la cartographie : contacter le DAC sur son territoire : https://santegraphie.fr/mviewer3/?config=app/covid_dac.xml# • Le dispositif PRADO : https://www.ameli.fr/hauts-de-seine/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado

Etape 3 : Suivre le patient à domicile

Pilote : Médecin traitant

Enjeux de la coordination :	• L'enjeu de la prise en charge à la sortie d'hôpital est d'éviter une dégradation du patient à son domicile ou une réhospitalisation.
Éléments clés de coordination :	• Mettre en place un accompagnement adapté et un suivi en fonction de la temporalité et la complexité de la situation pour éviter une réhospitalisation : • Mobiliser le cercle de soins impliqué dans la prise en charge du patient (professionnels de ville, dont médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, HAD, SSIAD, Equipe mobile de soins palliatifs, DAC, Equipe mobile territoriale Covid...) et évaluer régulièrement ; • Organiser les consultations et/ou visites programmées, l'auto-surveillance par le patient et/ou la télésurveillance en s'appuyant sur l'équipe de ville en lien avec le patient ; • Favoriser le recours à d'autres modes de prise en charge à distance par télésanté (télémédecine pour les professionnels de santé médicaux et télésoin pour les auxiliaires médicaux et les pharmaciens) ; • Définir le plan de soins en concertation avec le référent hospitalier en intégrant les outils de suivi ou de télésuivi (par exemple eCOVID, Covidom) et en programmant au besoin, une consultation de contrôle à l'hôpital (examen radiologique, bilan...) ; • Alerter le référent hospitalier au moindre doute, par exemple au moyen d'une ligne dédiée 24h/24.

Outils de coordination :	• Lien vers la cartographie : contacter le DAC sur son territoire : https://santegraphie.fr/mviewer3/?config=app/covid_dac.xml# • Les actes de télésanté et des activités de télésoin sont autorisés et encouragés selon des conditions de droit et dérogatoires en période d'épidémie. Privilégier les outils mis à disposition par l'ARS IDF et SESAN. ○ Comme notamment ORTIF⁸, outil régional de télémedecine d'Île-de-France permettant de réaliser des actes de télémedecine : téléexpertise, téléconsultation et téléassistance ainsi que activités de téléstaffs, télé-RCP et téléradiologie. • L'outil ViaTrajectoire⁹. • L'ensemble des possibilités et dérogations est recensé dans le tableau récapitulatif régulièrement mis à jour disponible sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé : Pour les professionnels de ville : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/tableau-activites-autorisees-telesante.pdf Pour les établissements de santé : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/19_telesante_hopitaux_etablissements_sante.pdf • Des outils numériques de télésanté sont référencés par le ministère sur son site et affichent leurs réponses aux recommandations de sécurité : https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnelsde-sante/article/teleconsultation-et-covid-19-qui-peut-pratiquer-a-distance-et-comment • Les lieux de soins doivent pouvoir fournir des informations sur l'intérêt de la télésanté. A cette fin, les outils de la campagne d'information grand public, intitulée « Pour ma santé, je dis oui au numérique » sont accessibles : • Le téléchargement du kit de communication⁴ • 4 pastilles vidéos ⁵ ○ En outre, la Haute Autorité de santé a édité une fiche à destination des patients (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/fiche_dinformation_du_patient_teleconsultation.pdf). • MINSANTE privilégier le recours à la télésanté pour la prise en charge des patients Covid-19 et la continuité des soins de la population ○ https://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2020-10/minsante_173_telesante_2020-10-29_12-44-53_599.pdf ○ Fiche annexe n°7: encourager le développement de la télé expertise pour les patients Covid-19 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_annexe_7_teleexpertise.pdf
--	--

⁸ ORTIF : <http://www.sesan.fr/services/ortif>

⁹ **ViaTrajectoire** : site Internet sécurisé inter régional d'aide à l'orientation et à l'admission des patients vers les structures sanitaires (SSR et HAD) et médico-sociales (ex : EHPAD, USLD) ainsi que sur le handicap. <http://www.sesan.fr/services/viatrajectoire>

Annexes

Projet