



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGOS/R4/2021/252 du 14 décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences visant à généraliser des organisations d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service hospitalier et à la réalisation d'un premier état des lieux au titre des années 2020 et 2021.

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SSAH2137581J (Numéro interne : 2021/252)
Date de signature	14 décembre 2021
Emetteur	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins
Objet	Mise en œuvre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences visant à généraliser des organisations d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service hospitalier et à la réalisation d'un premier état des lieux au titre des années 2020 et 2021.
Commande	Déployer sur les territoires des organisations d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service hospitalier.
Actions à réaliser	Poursuivre la coordination du déploiement de ces organisations. Bilan des démarches régionales menées en 2020 et 2021 et des crédits délégués.
Echéances	Action poursuivie en 2022 et les années suivantes.
Contact utile	Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau des prises en charges post-aigües pathologies chroniques et santé mentale Personne chargée du dossier : Anne-Noëlle MACHU Tél. : 01 40 56 45 97 Mél. : anne-noelle.machu@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	6 pages + 3 annexes de 17 pages Annexe 1 : Fonctions clés du parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service hospitalier - Annexe 2 : Document cadre pour les communautés professionnelles territoriales de santé - Annexe 3 : Etat des lieux de l'allocation aux agences régionales de santé (ARS) des mesures nouvelles 2020 et 2021 – admissions directes des personnes âgées

Résumé	La présente instruction vise à transmettre aux Agences régionales de santé le cadre et la mise à disposition d'outils pour la poursuite de la mise en œuvre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences visant à généraliser les parcours d'admissions directes non programmées en service hospitalier entre la médecine de ville, le secteur médico-social et les établissements de santé afin de limiter les hospitalisations après passage aux urgences. Elle prévoit la réalisation d'un bilan annuel des démarches régionales et demande le premier bilan au titre des années 2020 et 2021.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle Calédonie, et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Urgences, financement, personnes âgées, parcours de santé, admissions directes non programmées, établissements de santé, médecine de ville et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
Classement thématique	Etablissement de santé - organisation
Textes de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Pacte de refondation des urgences – 23 septembre 2019 – Mesure 5 ; - Ségur de la Santé – Pilier 4 – Mesure 28 ; - Circulaire N° DGOS/R1/2020/60 du 20 avril 2020 relative à la première campagne tarifaire et budgétaire 2020 des établissements de santé ; - Circulaire N° DGOS/R1/2021/87 du 21 avril 2021 relative à la première campagne tarifaire et budgétaire 2021 des établissements de santé.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Validée par le CNP le 17 décembre 2021 - Visa CNP 2021-149	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

La mesure 5 du Pacte de refondation des urgences promeut la structuration de parcours d'admissions directes non programmées dans les services d'hospitalisation pour les personnes âgées afin de réduire le nombre de passages aux urgences évitables.

Elle contribue à fédérer les acteurs sur les territoires autour de prises en charge intégrées. Elle a été inscrite à ce titre dans le pilier 4 du Ségur de la Santé (mesure 28) et s'articule fortement avec d'autres mesures du Pacte, notamment la mesure 12 portant sur la fluidification de l'aval des urgences.

Le retour d'expérience de la crise sanitaire liée à la COVID 19 a conforté la nécessité cruciale d'une coordination territoriale entre les établissements de santé, les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD), la médecine de ville et les SAMU-Centre 15 au bénéfice des personnes âgées ainsi que la pertinence des admissions directes non programmées.

Il s'agit d'un engagement collectif à pérenniser dans le temps. Aussi, cette mesure est accompagnée d'un engagement financier de 175 M€ au total pour la période 2019-2022.

La présente instruction a pour objet, d'une part, de rappeler le cadre de la mesure 5 Pacte de refondation des urgences et d'apporter des outils sur sa mise en œuvre et sa trajectoire dans le temps. D'autre part, elle prévoit la réalisation d'un état des lieux annuel des démarches régionales, avec un premier retour demandé pour les années 2020 et 2021.

1. Le cadre général

Le cadre général de la mesure a été défini avec l'appui d'un groupe de travail associant des sociétés savantes, des représentants des médecins libéraux, du conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH) et des médecins coordonnateurs d'EHPAD, les fédérations hospitalières, les représentants des usagers, des agences régionales de santé, l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) et la Haute autorité de santé (HAS).

1.1. Population cible et définition :

La population cible de ces parcours est celle des personnes âgées de 75 ans et plus.

La définition des admissions directes non programmées en service d'hospitalisation retenue est la suivante :

- Une admission directe en service d'hospitalisation à partir du domicile de la personne âgée (dont domicile de substitution) sans passage par le service des urgences ;
- Une admission qui fait suite à la demande d'un médecin de ville, du SAMU/services d'accès aux soins (SAS) ou d'un EHPAD (intervenue après une consultation avec le patient, numérique ou téléphonique avec le patient ou à la suite de consignes données au patient déjà suivi dans le cadre d'un protocole de soins ex : oncologie) ;
- Une admission inopinée non prévue 48H (deux jours) avant sa réalisation effective ;
- Une admission pour des soins à visée diagnostique et thérapeutique ou palliative requérant un environnement hospitalier.

1.2. Typologie des parcours d'admissions directes des personnes âgées

Trois modes d'organisation d'admissions directes ont été identifiés par les acteurs :

- Une organisation à partir de la demande des médecins de ville et au premier chef des médecins traitants en vue d'une hospitalisation dans les 48H de leurs patients âgés pour des soins non vitaux. En 2013, 46% des personnes âgées avaient consulté un médecin dans les 48H avant d'arriver aux services des urgences¹). Cette organisation est l'objectif prioritaire de la mise en œuvre de la mesure 5 ;
- Une organisation à partir du SAMU-Centre 15 suite à un appel des personnes âgées et/ou du déplacement du médecin de la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) qui décide une hospitalisation en urgence vitale filiarisée dans des services de soins intensifs, principalement pour un accident vasculaire cérébral ou cardiologique ;
- Une organisation d'admission directement dans un service de soins pour un patient âgé déjà connu et suivi dans le cadre d'un protocole de soins, à sa demande, (exemple protocole de soins oncologique), lui faisant éviter un passage aux urgences.

¹ Les personnes âgées aux urgences : une patientèle à profil particulier - DREES-Etudes et résultats Mars 2017 - n°1007.

1.3. Etablissements de santé et activités de soins concernés

L'ensemble des établissements de santé est concerné par la construction de ces parcours qu'ils aient un service d'urgence ou non.

Ces organisations s'adressent principalement aux services de médecine, mais peuvent être déployées également en chirurgie.

2. La construction des parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées

2.1. Identification de trois fonctions clés spécifiques :

La construction de ces parcours repose sur la mise en place et/ou l'identification de trois fonctions clés spécifiques :

- Une fonction d'interface hospitalière (hotline) en journée garantissant au médecin traitant ou spécialiste demandeur l'accès à un avis médical pour décider d'une admission directe dans les 48H. Aujourd'hui principalement téléphonique, cette interface a vocation à reposer sur des outils numériques. Elle doit être en lien avec le SAMU-Centre 15 et demain le service d'accès aux soins (SAS) pour faciliter les admissions directes. Elle doit déclencher la programmation de l'admission en service d'hospitalisation ;
- Une fonction de coordination des entrées directes au sein des services d'admissions impliquant une anticipation des sorties d'hospitalisation et d'intégration de ces admissions/prises en charge dans la gestion des séjours de l'établissement (connaissance de la disponibilité des lits) et dans les processus de soins ;
- Une fonction de co-construction et d'analyse partagée de ce parcours entre les acteurs de la médecine de premier recours, les acteurs médico-sociaux et au premier chef les EHPAD, les urgentistes (services des urgences et SAMU) et les services priorités.

2.2. Facteurs clés de succès identifiés par les acteurs :

Ces parcours ont vocation à s'appuyer sur :

- Un diagnostic partagé portant notamment sur les données sur les hospitalisations après passages aux urgences des personnes âgées ;
- La mise en œuvre des trois fonctions clés par les établissements de santé en co-construction sur les territoires avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les structures d'exercice de soins coordonnés ambulatoires et les EHPAD et le SAMU-Centre 15 (protocoles communs, outils de coordinations partagés, etc) ;
- Des outils de coordination des parcours de soins ville-hôpital-médico-social en lien avec le SAMU notamment les outils numériques e-parcours et le futur service d'accès aux soins (SAS) ;
- Une coopération territoriale au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT) mais également avec les établissements du territoire, notamment ceux de la filière gériatrique ;
- L'intégration de ces organisations dans les projets médicaux et la gouvernance administrative des établissements financés (gestion médicale, des séjours et administrative et système d'information) ainsi que dans la démarche qualité et de gestion des risques.

Pour aider le développement de cette mesure, un document support présentant les fonctions clés du parcours d'admissions directes est joint en annexe 1.

Egalement, un document cadre joint en annexe 2 a été élaboré à l'attention CPTS sur lesquelles repose l'appui et la coordination des médecins libéraux. Il est issu d'un travail des représentants des médecins libéraux avec des CPTS et a vocation à être évolutif.

A compter de 2021, la nouvelle certification des établissements de santé intègre un critère spécifique aux patients âgés (critères 3.1-06) portant sur la prévention des passages évitables des personnes âgées aux urgences générales au travers de protocoles médicaux et soignants et d'organisations pour une admission directe des personnes âgées en provenance du domicile ou des EHPAD éligibles en service hospitalier ou unité de gériatrie aigüe.

2.3. Financement et suivi

Cette mesure a fait l'objet de financements dédiés lors des premières circulaires budgétaires des établissements de santé 2020 et 2021 ci-dessus référencées.

Dès cette première phase de construction des parcours et en prévision de la mise en œuvre de l'incitation « admissions directes non programmées des personnes âgées », les crédits, alloués en crédits d'aides à la contractualisation (AC), **ont vocation à faire l'objet d'un suivi sur le plan budgétaire.**

En effet, contrairement aux missions d'intérêt générales (MIG), il n'existe pas de liste officielle de crédits AC. Aussi, pour mettre en œuvre ce suivi, il vous est demandé de codifier votre acte de délégation dans HAPI « **Pacte urgences – Admissions directes personnes âgées** ». L'engagement de crédits sous cette nomenclature permettra de disposer en lecture directe des sommes allouées et de la liste des établissements ayant bénéficié d'un soutien financier.

Début 2022, **un recueil d'information** des admissions directes non programmées sera effectif au sein du programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI MCO) (notice disponible sur le site de l'ATIH <https://www.atih.sante.fr/admissions-directes-non-programmees-adnp> avec une adresse dédiée). Ce recueil constitue la **base de l'incitation financière** qui sera mise en œuvre à partir de 2023.

Afin d'accompagner cette démarche progressive, **une analyse du potentiel de développement des admissions directes non programmées des personnes âgées** va être mise à disposition, d'une part des ARS, d'autre part des établissements de santé via l'ATIH, pour ces derniers en janvier 2021.

3. La mise en place d'un bilan annuel

Afin de capitaliser sur les démarches entreprises, un bilan annuel est mis en place en complément de l'indicateur du Ségur de la santé portant **sur le nombre d'établissements financés et engagés dans un parcours d'admissions directes des personnes âgées**, dans une triple perspective :

- Appréhender les projets régionaux qui se construisent au fur et à mesure ;
- Suivre l'allocation en région des enveloppes déléguées ;
- Envisager l'accompagnement des projets et anticiper la mise en place du dispositif d'incitation financière.

Le format de ce reporting annuel, sous la forme de tableau Excel, est joint en annexe 3 de la présente instruction. Ce tableau comporte un premier onglet de synthèse régionale et un second onglet portant sur les projets financés.

Ce bilan porte notamment sur la démarche régionale d'engagement ou de soutien en termes :

- De modalités mises en oeuvre (feuille de route/appel à projet/critères d'allocation) ;
- De priorisation (construction à partir des établissements avec un service des urgences ou autour des filières gériatriques par exemple) ;
- D'articulation avec les autres mesures du pacte de refondation des urgences ;
- De montant de crédits délégués ainsi que l'objet de ces délégations ;
- D'indicateurs retenus.

Vous pouvez joindre à ce bilan des documents récapitulant votre démarche régionale ou des projets que vous jugez particulièrement exemplaires ou innovants.

Ce bilan doit permettre également de remonter les difficultés spécifiques liées à la mise en oeuvre de cette mesure (hors contexte sanitaire) auxquelles vous pouvez être confrontés.

Il fera l'objet d'une restitution nationale.

Le retour d'un premier bilan pour les années 2020 et 2021 est attendu pour le 11 février 2022 à l'adresse DGOS-R4@sant.gouv.fr.

Je vous saurai gré de nous tenir informés de toutes difficultés dans la mise en oeuvre de la présente instruction. Les équipes de la DGOS se tiennent à votre disposition pour tout complément d'information.

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale
adjointe des ministères chargés des affaires sociales,



Nicole DA COSTA

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,



Katia JULIENNE

Annexe 1 : Fonctions clés du parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service d'hospitalisation

Preliminaire :

La mesure 5 du pacte de refondation des urgences poursuit l'objectif de structurer des parcours d'admissions directes en service d'hospitalisation des personnes âgées afin de limiter les passages aux urgences évitables (reprise lors du Ségur de la santé).

Les besoins auxquels il est répondu

La structuration de parcours d'admission directe vise à apporter une réponse à une indication d'hospitalisation non programmée portée par un médecin pour une personne âgée dont la situation clinique ne nécessite pas le recours au service d'accueil des urgences. Le public cible est celui des personnes âgées de 75 ans et plus.

Pour les personnes âgées et leur entourage, l'admission directe constitue une réponse rapide et pertinente à un besoin de soins hospitaliers urgents permettant d'éviter le passage par le service d'accueil des urgences lorsque celui-ci n'est pas nécessaire et reposant sur les professionnels de santé de proximité et une coordination effective et de qualité avec les professionnels des services hospitaliers.

Les médecins de premier recours ou les spécialistes de second recours disposent d'un réseau pour faire admettre leurs patients âgés en service hospitalier construit dans le cadre de leur exercice quotidien. Selon la situation (clinique, personnelle) du patient, les services concernés peuvent relever de l'hôpital de proximité jusqu'à l'établissement de santé de 3^{ème} recours. L'objectif de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences est de faciliter pour les médecins la prise en charge de leurs patients (admissions et continuité du projet de soins) par la construction d'un parcours cadre.

De même, nombre de services hospitaliers disposent d'un accès direct pour les patients fondé sur l'interconnaissance, la construction d'un « réseau » avec leurs confrères de médecine de ville. Certains établissements de santé ont, par ailleurs, pu mettre en place des éléments facilitant sans pour autant structurer de parcours ou le rendre suffisamment lisible pour les médecins traitants.

Dès 2007, les filières gériatriques à destination des personnes âgées polypathologiques à risque de perte d'autonomie, ont intégré la nécessité d'organiser les admissions directes en services de court séjour gériatrique sans que cette structuration soit toujours effective, utilisée ou efficiente. L'objectif de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences est de renforcer la structuration des admissions directes non programmées au sein des filières gériatriques.

En outre, **concernant les résidents des EHPAD**, des collaborations structurelles avec les établissements de santé ont été renforcées (cf. instruction DGCS/DGOS du 27 décembre 2017 sur la démarche de coopération renforcée), incluant les admissions directes en service d'hospitalisation. La crise sanitaire a contribué à renforcer ces liens. L'objectif de la mesure 5 est de faciliter les admissions directes en les outillant dans le cadre de ces collaborations renforcées.

Enfin, les SAMU-Centre-15 reçoivent des appels de personnes âgées ou de leur entourage pour lesquels la porte d'entrée d'une hospitalisation implique, hors envoi de la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), une orientation vers les services des urgences. L'objectif de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences est de développer dans le cadre de l'expérimentation du services d'accès aux soins (SAS) la possibilité du recours à un accès d'hospitalisation directe via la hotline téléphonique hospitalière.

Cependant, cette problématique dépasse l'accueil en service de court séjour gériatrique, les besoins d'hospitalisation des personnes âgées concernant tous les services. Cette mesure a vocation à concerner tous les services des établissements de santé accueillant des personnes âgées.

L'enjeu porte sur la proposition **d'une prise en charge à part entière** et non seulement une option offerte à une demande de soins non programmés, dans le cadre **d'un parcours structuré et organisé reposant sur :**

- La définition d'éléments de processus clés dans la coordination ville-médico-social hôpital et dans l'organisation de l'établissement de santé ;
- La définition de règles d'orientation afin d'éviter des pertes de chance ;
- L'élaboration de chemins cliniques pour les motifs les plus fréquents de recours ;
- Une analyse des pratiques et une démarche qualité et de gestion des risques ;
- Une sensibilisation et une communication forte.

Ce parcours nécessite un lien étroit et un engagement commun entre les établissements de santé, les professionnels de santé de ville et du secteur médico-social.

Eléments d'analyse

Analyse des parcours actuels des personnes âgées passant par les services d'urgences (SAU)

- 56% des séjours hospitaliers des personnes âgées de 75 ans et plus sont effectués après un passage dans un SAU (étude Urgences – DREES).
- 46% des patients sont arrivés au SAU après avoir eu un contact avec un médecin (dans 4 cas sur 5 avec leur médecin traitant) et 10% avaient une lettre d'adressage pour le SAU.
- 75% viennent de leur domicile et 11% d'une institution (structure médico-sociale).
- 80% sont venus aux urgences dans la journée (8-20H).
- 46% sont arrivées aux urgences via un transport sanitaire (taxi ou ambulance).
- 50% des personnes âgées ont cumulé 3 examens (de biologique, d'imagerie) au SAU.
- 68% des hospitalisations ont lieu en service de médecine et 21% en chirurgie.
- Outre les facteurs personnels (état de santé, conditions de vie (isolement, ressources financières)) du patient âgé, l'organisation du système de santé est un facteur associé aux passages aux urgences des personnes âgées et notamment de manière significative l'accessibilité et la disponibilité des médecins traitants et la proximité du SAU du domicile de la personne âgée.

Les fonctions-clés communes

Objectif : décrire les fonctions qui contribuent à la structuration des parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées.

« Les fonctions clés consistent en des leviers particuliers, des éléments de processus, des conditions d'application observées de façon récurrente comme associées à l'efficacité d'un dispositif quel qu'il soit. Les organisations-cibles sont à construire à partir d'une combinaison de ces fonctions-clés qui peuvent se décliner de façon différentes selon les contextes locaux et les besoins individuels. Les organisations doivent pouvoir s'adapter pour s'intégrer aux autres organisations présentes sur le territoire. » – HCAAM – La prévention dans le système de soins - Avis mai 2018.

Les parcours d'admissions directes non programmées doivent pouvoir s'adapter aux personnes âgées qu'elles soient au domicile, résidents en EHPAD ou dans d'autres structures médico-sociales. Ils doivent également pouvoir s'adapter aux différents besoins de soins quel que soit le niveau de recours de soins hospitaliers (gradation des soins).

Ces parcours reposent sur les trois fonctions clés suivantes :

Première fonction-clé: Une fonction d'interface entre le milieu de vie de la personne (son environnement immédiat) et l'établissement de santé.

Cette fonction peut être appréhendée du point de vue du répondant et du requérant :

Du point de vue du répondant

Fonction clé d'interface : engagements du répondant		
Etre en capacité de répondre	Etre en capacité d'échanger sur la situation d'un patient, s'accorder sur le besoin d'une hospitalisation directe dans les 48H et sinon être en capacité d'apporter une autre réponse	Etre en capacité d'assurer une organisation de l'admission directe d'un patient avec un service hospitalier

Cette fonction d'interface repose sur 3 capacités du répondant :

1^{ère} capacité : Etre en capacité de « répondre » à une demande d'hospitalisation

Moyens : un numéro unique d'appel téléphonique visible dédié aux demandes des médecins (éventuellement formulées par le biais d'une messagerie sécurisée ou par télémedecine), ce numéro mutualisé « plateforme » peut être géré au niveau d'un établissement, ou être géré au niveau d'un ensemble d'établissements sur un territoire donné qu'il soit du GHT, du secteur privé ou d'une filière de soins (ex au niveau d'une filière gériatrique).

Intervenant(s) : une plateforme de réception des appels impliquant obligatoirement un praticien « référent » répondant au médecin appelant et un IDE.

Modalités : une réponse accessible aux heures et jours ouvrables des cabinets de ville de 9H à 18H, jusqu'à 20H en fonction des établissements.

Outils : intégration de la fonctionnalité dans les outils numériques en conception entre les acteurs du parcours (e-parcours) et le SAS.

2^{ème} capacité : Etre en capacité d'échanger sur la situation d'un patient, s'accorder sur le besoin d'une hospitalisation directe dans les 24H et sinon être en capacité d'apporter une réponse qui peut être plus adaptée (conseils, consultation, HDJ, envoi d'une équipe mobile, orientation vers une réponse sociale ou médico-sociale ou un admission directe). Cette réponse contribue de manière globale, sauf situation clinique le requérant, à éviter le passage par le SAU (démarche clinique).

Moyens : échange téléphonique et/ou numérique.

Intervenants : le praticien répondant au médecin appelant.

Modalités : idem précédent.

Outils : feuille de liaison d'urgence (DLU EHPAD et DLU domicile).

DMP.

3^{ème} capacité : Etre en capacité d'assurer une organisation de l'admission dans un service hospitalier.

Démarche organisationnelle : connaissance des lits disponibles et du délai d'admission afin de communiquer au médecin requérant la date, l'heure et le lieu de l'hospitalisation, ainsi que les éléments essentiels des modalités d'admission (Cf. fonction-clé n°2). L'infirmier appelle le patient et/ou la structure pour préciser les horaires et communiquer les modalités d'admission.

Moyens : accès à la disponibilité des lits et échange ; plateforme téléphonique.

Intervenants : un infirmier /cadre reposant sur un infirmier de coordination formé afin de préparer l'admission directe non programmée à la suite de l'échange entre médecins ou possiblement le praticien répondant au médecin appelant.

Outils : outils de connaissance de la disponibilité des lits/ROR/outils e-parcours.

Du point de vue de l'appelant

Cette fonction d'interface repose en miroir sur 3 capacités de l'appelant :

Fonction clé d'interface : engagements du requérant		
Etre en capacité d'appeler et décrocher lors d'un rappel de l'interface	Etre en capacité d'échanger sur la situation du patient	Etre en capacité d'organiser l'arrivée sur le lieu d'hospitalisation et de garantir la transmission d'informations sur le patient

1^{ère} capacité : Etre en capacité d'appeler et de répondre à l'interface (pour apporter la réponse à une proposition de date et horaire de l'admission ou l'entente sur une autre solution).

Moyens : échange téléphonique et/ou numérique.

Intervenants : médecin de premier recours/spécialiste de second recours/SOS médecins/médecins coordonnateurs d'un EHPAD– médecin du SAMU (*correspondant du SAS*).

Modalités : heures et jours ouvrables des cabinets de ville de 9H à 19H.

Outils numériques : en conception entre les acteurs du parcours (e-parcours).

2^{ème} capacité : Etre en capacité d'échanger sur la situation du patient.

Moyens : échange téléphonique et/ou numérique.

Intervenants : médecin de premier recours/spécialiste de second recours/SOS médecins – correspondant du SAS.

Modalités : heures et jours ouvrables des cabinets de ville de 9H à 18H

Outils numériques : en conception entre les acteurs du parcours (e-parcours).

3^{ème} capacité : Etre en capacité d'organiser l'arrivée sur le lieu d'hospitalisation et de garantir la transmission d'informations sur le patient.

Rappel du patient et transmission des informations sur les modalités de son admission.

Transmission au service hospitalier :

- DLU-FLU.
- DMP : lettre d'adressage.
- Bon de transport si nécessaire.

Deuxième fonction-clé : une fonction d'intégration des admissions directes non programmées dans le processus de soins de l'établissement de santé avec la personne âgée et son milieu de vie

Cette fonction-clé d'intégration se situe à un double niveau :

Au niveau de la gestion des établissements

1^{ère} capacité : Etre en capacité d'intégrer des admissions directes non programmées dans le processus de gestion des flux et des soins non programmés et de la qualité des pratiques des établissements de santé.

Cette intégration comprend notamment :

- L'estimation du volume de séjours concernés des patients âgés hospitalisés directement de manière non programmée à partir d'un médecin demandeur et du potentiel d'évolution ;
- L'estimation du besoin journalier de lits (Besoins journalier moyen en lits - BJML) pour ces admissions parmi les besoins de soins non programmés des établissements : estimation du volume afin d'éviter les conflits de priorité ;
- La gestion des lits disponibles permettant ces hospitalisations : besoin intégré dans les cellules de gestion de lits afin d'éviter les conflits de priorité ;
- L'estimation de la durée prévisionnelle des séjours concernés ;
- L'organisation administrative des admissions des patients. ;
- Les outils SI de l'établissement de santé en lien avec la médecine de ville et le secteur médico-social ;
- L'analyse des pratiques de soins.

Outils mis en place dans les établissements et les territoires dans le cadre de la gestion des séjours et des soins non programmés.

Outils d'analyse du potentiel d'évolution de ces prises en charges directes non programmées.

Implique : les cellules et gestionnaires de lits, le service des admissions et les responsables des services (y compris des plateaux techniques) et la commission des relations avec les usagers.

Au niveau des activités de soins

2^{ème} capacité : Etre en capacité d'organiser des admissions directes non programmées adaptées au public des personnes âgées dans les services d'hospitalisation.

Cette organisation comprend :

- L'adaptation de l'organisation des services d'hospitalisation pour recevoir les patients venant directement de leur domicile (ou de son substitut) et nécessitant des soins urgents et organiser le recours aux bilans nécessaires.

- L'organisation des plateaux techniques de biologie et d'imagerie pour permettre la réalisation rapide des bilans non programmés hors passage par le SAU et en tenant compte des spécificités de la prise en charge des personnes âgées.

- L'organisation de l'accès et de l'accompagnement au plateau technique pour les bilans (besoin de coordination spécifique).

- L'anticipation de la sortie et sa préparation avec les acteurs de proximité (besoins de coordination impératif – aval à anticiper).

- L'adaptation de la prise en soins à une population âgée à risque de perte d'autonomie et notamment très âgée, prévoyant, selon l'activité de soins, l'organisation d'un recours possible à l'expertise gériatrique (recours à une équipe mobile de gériatrie (EMG), recours à un gériatre, etc.).

Personnel : un personnel du service de soins assurant la coordination de cette admission est identifié pour assurer les fonctions liées à cette organisation.

Troisième fonction clé : fonction de construction et d'analyse partagée de ce parcours spécifique.

Capacité : Etre en capacité de construire, de suivre le développement et d'analyser la bonne mise en œuvre de ce parcours entre les médecins de ville, les professionnels des EHPAD et les établissements de santé.

Cela implique de pouvoir :

- Analyser conjointement à priori les orientations souhaitables, les indications possibles, les potentiels ;

- Analyser a posteriori le recours à cette prise en charge, les pratiques de prise en charge ainsi que les incidents éventuels ;

- Sensibiliser et communiquer sur ce parcours (professionnels, personnes âgées et entourage) ;

- Evaluer la satisfaction de la personne âgée et de son entourage.

Moyens :

Conventions de coopération renforcée entre ES et EHPAD et CPTS.
RETEX communs.

Les facteurs de réussite identifiés liés à la mise en œuvre de ces fonctions clés sont les suivants

1. La définition de feuilles de route au niveau des territoires pour privilégier des projets territoriaux avec un coordonnateur impliquant les établissements de santé avec des services des urgences mais aussi en aval de ces derniers ou recevant des personnes âgées en non programmé. Le recours aux groupements hospitalier de territoire (GHT) (filrière et population spécifiques), tout en en y associant les établissements privés.
2. Une gouvernance au niveau des établissements de santé s'appuyant sur les instances de gouvernance existantes tout en désignant un référent médical et un référent administratif afin de constituer une chefferie de projet.
3. Une implication sur ces territoires des CPTS ou autres structures d'exercice coordonnées.
4. Une co-construction impliquant :
 - a. Un diagnostic partagé à partir d'une analyse des hospitalisations des personnes âgées après passages aux services des urgences entre les établissements de santé avec services des urgences, avec les CPTS, les EHPAD et le SAMU-Centre 15.
 - b. L'identification des situations et des motifs susceptibles de passer en admission directe non programmée en substitution de passage aux urgences et les établissements et services receveurs.
 - c. Des protocoles de soins partagés médecine de ville-EHPAD-hôpital pour ces admissions spécifiques, également partagés avec les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.
5. Une priorisation des filières de soins pour la mise en œuvre de ces parcours entre établissements de santé d'un territoire avec les adresseurs ainsi qu'avec le service des urgences (la priorisation de la filière gériatrique a été identifiée comme prioritaire par les ARS) et une extension progressive à d'autres filières de soins. Cette priorisation des services concernés permet d'identifier les organisations spécifiques, les protocoles de soins nécessaires, les formations si besoins, à mettre en place.
6. L'accès en non programmé aux plateaux techniques d'imagerie et de biologie particulièrement sollicités lors d'une hospitalisation non programmée des personnes âgées, à partir des demandes des services d'admissions concernés (élaboration de protocoles).
7. L'existence d'une gestion des séjours et d'une vision de la disponibilité des lits au niveau de chaque établissement de santé, et de préférence au niveau territorial entre plusieurs établissements de la filière de soins prise en compte dans le besoin journalier en lit (BJML).
8. La capacité de mobiliser en non programmé d'autres solutions que l'hospitalisations à temps complet : hospitalisation de séjour en non programmé (bilan par exemple) ou consultations dans les 48H.
9. L'explicitation aux personnes âgées et à leur aidant, le cas échéant, d'une admission différée dans les 48H, de leur organisation (jour et heure d'arrivée à l'hôpital), de ce qui est mis en œuvre dans l'attente et l'appui à l'organisation du transport vers l'établissement de santé.
10. La prise en compte de ces admissions spécifiques dans les outils numérique e-parcours (lien adresseur receveur) et le système d'information hospitalier (mention dans le dossier médical informatisé de l'établissement, logiciel d'admissions et de gestion des séjours).
11. La prise en compte de ces prises en charge au sein des projets médicaux et de la gouvernance administrative des établissements ainsi que dans la démarche qualité et de gestion des risques.

Contexte général : Le pacte de refondation des urgences

MESURE 5 | GENERALISER DES PARCOURS DEDIES AUX PERSONNES AGEES POUR EVITER LES URGENCES

L'organisation des admissions directes en service hospitalier depuis le domicile ou un EHPAD constitue un levier puissant. Pour fonctionner, **cette organisation doit permettre à des médecins de ville de bénéficier facilement et rapidement d'un avis médical hospitalier en vue de décider et d'organiser l'accueil des patients âgés directement dans les services de soins.**

Des moyens nouveaux seront donc versés aux hôpitaux qui organiseront ce parcours structuré de qualité, avec une équipe hospitalière en charge d'assurer cet accueil direct dans de bonnes conditions.

Outre l'adhésion des médecins libéraux et l'engagement des établissements de santé – incluant l'hospitalisation à domicile (HAD) – cette organisation doit également prévoir un accès rapide aux plateaux techniques lors de l'admission. La régulation du SAMU doit aussi y être impliquée.

Pour les personnes âgées et leur entourage, l'admission directe constitue une réponse rapide et pertinente à un besoin de soins hospitaliers urgents permettant d'éviter le passage par le service d'accueil des urgences lorsque celui-ci n'est pas nécessaire. L'objectif **de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences est de garantir aux personnes âgées et leur entourage un accès rapide à une prise en charge en service hospitalier sans passer par les urgences lorsqu'elles sont évitables**¹. Elle nécessite d'associer étroitement les professionnels de santé de proximité et une coordination effective et de qualité avec les professionnels des services hospitaliers.

Les médecins généralistes ont des référents au sein des établissements de santé de proximité. Cependant cette possibilité de contact direct est souvent moindre dans les centres hospitaliers de taille plus importante et plus éloignés. Le maillage entre la médecine de ville et les établissements de santé s'est érodé au fil du temps et l'enjeu est, au travers de cette mesure 5 du pacte de refondation des urgences, de contribuer à le recréer.

La communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) doit être un vecteur : il faut rendre visible et utilisable les interfaces et les protocoles ville/hôpital. Il faut habituer les établissements de santé à dialoguer et conclure des partenariats avec une organisation des professionnels de santé de l'ambulatoire et pas seulement de pair à pair.

Les besoins des CPTS

Quels besoins des CPTS pour la demande d'appui ?

- 1. Un numéro d'appel unique et clairement identifié*
- 2. Un référent directement joignable*
- 3. Une organisation intra hospitalière et en ville commune pour une prise en charge rapide et optimale, intégrant l'accès à des bilans rapides en non programmé, organisés et hiérarchisés, et pour anticiper la sortie de l'établissement de santé et le retour à domicile ou en structure d'hébergement.*

¹Fonctions clés du parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées
Un travail initié par la CPTS du Boischaud Nord

1. Un numéro d'appel unique et clairement identifié

Les médecins généralistes ont peu de temps dans leur journée de travail pour les démarches administratives. Le temps passé au téléphone est très important pour les médecins avec une perte de temps pour trouver le bon interlocuteur. Souvent, les numéros communiqués aux médecins de ville sont les numéros des secrétariats, et sont aussi les numéros communiqués aux patients.

Besoin : avoir un numéro d'appel unique (par centre hospitalier quand c'est un hôpital de proximité, par services quand Centre Hospitalier ou CHU/CHR), uniquement accessible aux médecins.

- Numéro d'appel unique
- Ou numéro d'appel par service (annuaire séniorisé)
- Sur une plage horaire de 10h-17h/18h sans rupture entre 12h et 14h

Remarque : sur la question des plages horaires, en général, les visites à domicile se font le matin ou en début d'après-midi : la demande d'hospitalisation arrive par la suite, rarement en soirée. Si la demande intervient après 18h, c'est plutôt de l'urgence vitale.

2. Un référent directement joignable

En corrélation avec le numéro d'appel unique, les médecins généralistes ont besoin d'un interlocuteur/un référent identifié sous ce numéro.

Qui décroche ? (à définir par chaque établissement)

- Médecin
- Cadre de service
- IPA (Infirmière en pratiques avancées)
- Coordinateur de parcours

De plus, pour faciliter le lien entre médecins, des outils peuvent se mettre en place afin de fluidifier la mise en relation des médecins de ville avec les médecins hospitaliers. C'est ce qu'a mis en place le CHU de Tours avec la création d'un annuaire séniorisé.



SIMPLIFIER LA COMMUNICATION ENTRE LES MEDECINS DE LA REGION ET LEURS CONFRERES HOSPITALIERS : UN ENJEU MAJEUR POUR LES PATIENTS LE CHU DE TOURS LANCE UN ANNUAIRE SENIORISE ET UN NUMERO CANCER

Le CHU de Tours lance son application gratuite « Annuaire seniorisé » à destination des professionnels de santé de ville. L'objectif est que ces derniers disposent, via cette application mobile verrouillée, des numéros de leurs confrères « seniors » au CHU, afin de les joindre plus facilement.

Le CHU lance aussi son « Numéro Cancer » afin de faciliter l'orientation du patient.

UN ANNUAIRE SENIORISE

Au cours de leurs échanges au fil de l'année 2018, l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des médecins libéraux et l'Ordre des médecins et les médecins hospitaliers de la région et du Groupement Hospitalier de Territoire Touraine-Val de Loire ont manifesté leur souhait et leur besoin de renforcer les liens avec les praticiens du CHU de Tours.

GARANTIR DES CONTACTS EFFICACES ENTRE MÉDECINS, DANS L'INTÉRÊT DU PATIENT

Pour faciliter les échanges avec les médecins et les patients, le CHU est déjà engagé avec volontarisme dans l'usage du Dossier Médical Partagé et de la Messagerie Sécurisée de Santé.

Conscient de la nécessité de garantir des contacts efficaces entre médecins, dans l'intérêt du parcours de soin et de la qualité de la prise en charge des patients, le CHU a souhaité mettre en place un annuaire téléphonique seniorisé.

La nécessité de joindre facilement un praticien « senior » du CHU, afin de demander un avis spécialisé sur un cas précis, était en effet citée de façon récurrente comme une action prioritaire à mener.

Cet annuaire permettra aux médecins de ville (médecins libéraux et d'autres établissements de la Région Centre-Val de Loire) :

1. de disposer d'un numéro de téléphone par service de soins du CHU : à ce numéro, un senior sera facilement joignable, selon les modalités horaires pertinentes au regard de l'activité du service ;
2. de disposer d'informations institutionnelles spécifiquement dédiées.

LE LANCEMENT D'UNE APPLICATION MOBILE

Aussi, le CHU de Tours lance un annuaire seniorisé, gratuit, accessible à partir d'une application mobile verrouillée par des identifiants.

La construction et l'architecture de cette application ont mobilisé des praticiens du CHU de Tours, du GHT Touraine-Val de Loire et de l'URPS, afin que son ergonomie permette à tout utilisateur d'avoir un accès facilité et rapide à l'information recherchée.

.../...



Ce nouveau dispositif inclut des outils d'évaluation. Chaque praticien de ville pourra ainsi indiquer de manière très rapide si l'application lui a permis de joindre l'interlocuteur recherché. Le CHU pourra le faire évoluer au fur et à mesure de son utilisation pour répondre toujours mieux aux besoins des praticiens du territoire et du CHU. Cette application intégrera également des informations institutionnelles spécifiquement dédiés aux praticiens de ville.



Etapes à suivre pour installer l'Annuaire seniorisé

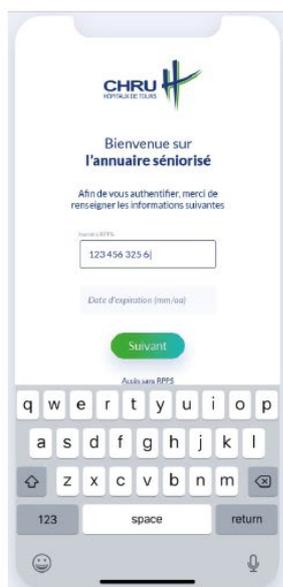
1

Téléchargez l'application « **CHRU Tours Pro** » sur votre smartphone



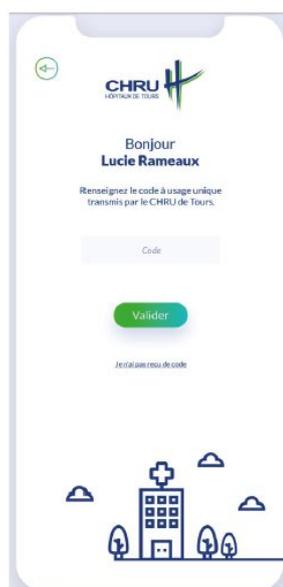
2

Renseignez votre **numéro RPPS** sans le chiffre mentionné en préfixe (soit 11 chiffres) ainsi que la **date d'expiration** (format : mm/aa) qui figurent sur votre carte CPS (si la date n'y figure pas, sachez que votre carte est valable 3 ans)



3

Renseignez le **code à usage unique** du CHRU de Tours, qui est : **CHRU37!**



4

Il ne vous reste plus qu'à créer un mot de passe personnel et répondre aux questions de sécurité

L'équipe du CHRU de Tours vous remercie !

Un travail initié par la CPTS du Boischaud Nord

3. Une organisation intra hospitalière et en ville commune pour une prise en charge rapide et optimale

Afin que cette organisation de parcours d'admissions directes se mette en place, une organisation des CPTS et une organisation intra hospitalière est nécessaire.

Tout d'abord, il faut prendre en compte la notion d'échelle territoriale pertinente. En effet, sans une échelle territoriale pertinente, l'organisation sera mise en échec.

De plus, cette réflexion sur les entrées doit être concomitante avec celle sur les sorties (en termes de protocoles, outils numériques utilisés etc.).

La réflexion sur l'entrée doit prévoir des alternatives : l'accès à des bilans ou des consultations en non programmé (en intégrant des échanges sur la priorisation de ces bilans).

Un lien avec le DAC et les filières gériatriques en cours doit être fait afin d'avoir des protocoles coconstruits afin de travailler en amont sur les prises en charge et l'accompagnement à domicile et ainsi éviter les hospitalisations pour des motifs « sociaux ».

Conditions :

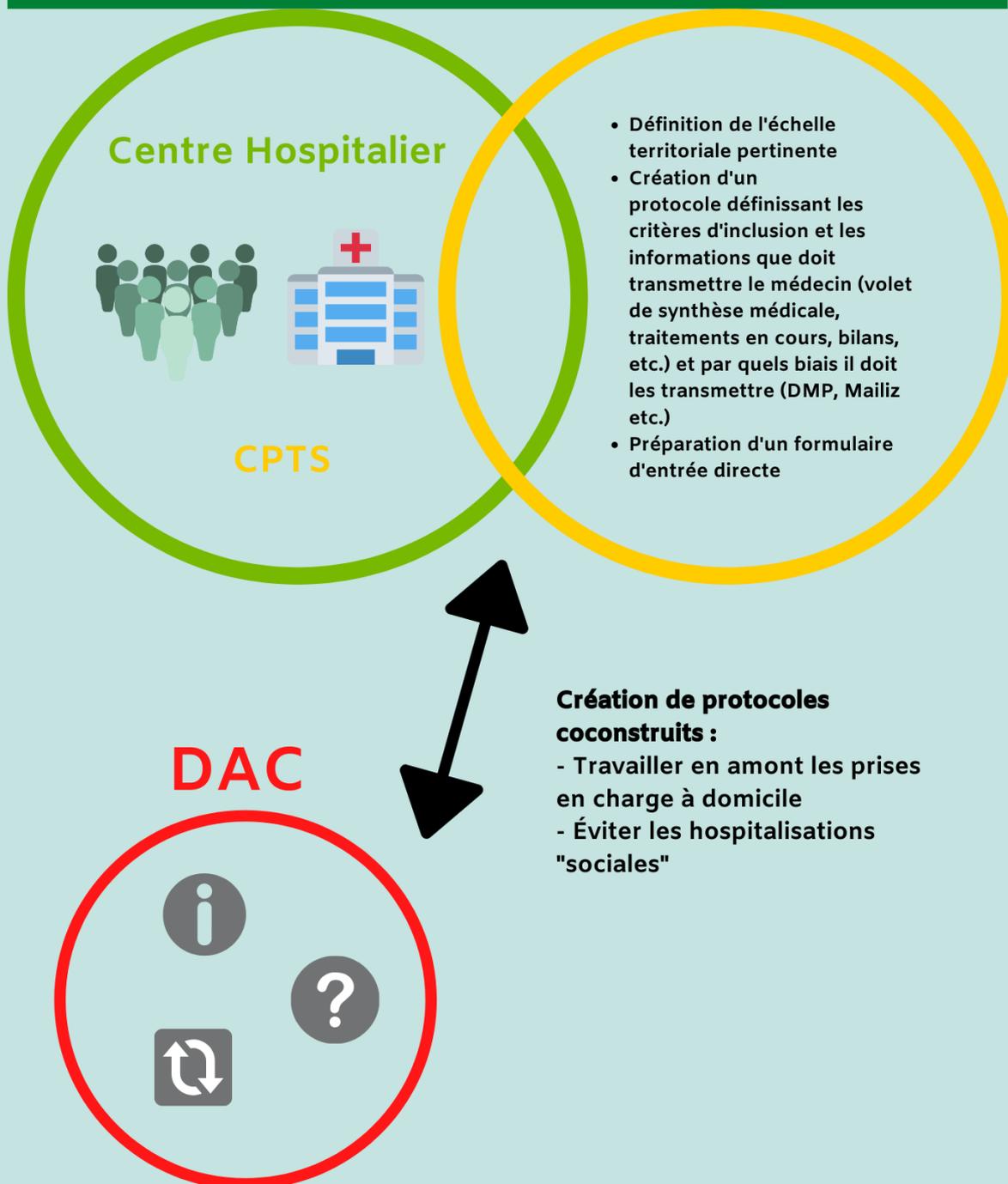
- Obligatoirement un médecin qui demande l'hospitalisation directe.
- Comment est évaluée la demande ?
 - Critères d'inclusion
 - Un protocole : les informations que doit transmettre le médecin (volet de synthèse médicale, traitements en cours, bilans, etc.) et par quels biais il doit les transmettre (DMP, Mailiz etc.)
 - Avec **l'identification de l'équipe de soins traitante** afin d'anticiper la sortie et la prise en charge à domicile.

Cela nécessite la préparation d'un **formulaire d'entrée directe** et la définition du protocole qui en découle (propres à chaque territoire en fonction de ses spécificités).

Les modes de diffusion de l'information (par fax, messagerie sécurisée, DMP, outil e-Parcours etc.) seront également à définir.

En amont de la demande, la constitution d'un dossier médical apparaît nécessaire avec les informations suivantes : VMS, dernières biologies/radios, prescriptions en cours.

Parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service d'hospitalisation
Parcours Ville/Hôpital
Schéma organisationnel (en amont de la phase opérationnelle)



Parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service d'hospitalisation

Parcours Ville/Hôpital Schéma opérationnel

1

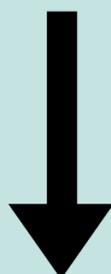


Médecin généraliste



**Appel pour
hospitalisation
directe :**

N° unique sur plage
horaire de 10h à
17/18h sans
interruption



Centre Hospitalier

2

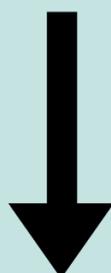


**Organisation du décroché
(qui décroche ?) :** Médecin,
cadre, IPA, Coordinateur de
parcours ...

Réponse dans l'heure



Formulaire d'entrée d'hospitalisation
avec identification de l'équipe de
soins traitante **et constitution du**
dossier médical (VMS, dernières
biologies/radios, prescriptions)



3



**Hospitalisation du patient
dans les 48 heures**

Annexe 3 : Etat des lieux de l'allocation aux Agences régionales de santé (ARS) des mesures nouvelles 2020 et 2021 – admissions directes des personnes âgées

Onglet Synthèse régionale 2020-2021	
Colonne A :	Région Indiquer la région concernée
Colonne B :	Mode d'allocation de l'enveloppe au niveau de la région (feuille de route, AAP-application de critères) Visé à renseigner le mode de sélection des ES financés : par AAP, par application de critères comme le taux de passage aux urgences des PA de +75 ans, autre : mixage des deux ou autre méthode
Colonne C :	Modalités régionales de déploiement de la mesure en 2020 Visé à renseigner si le projet régional a entendu cibler un type de filière de soins (ex: filières gériatriques), un type d'ES (ES avec SU sans autre ciblage), les ES d'un territoire
Colonne D :	Modalités régionales de déploiement de la mesure en 2020-2021 Visé à renseigner si le projet régional a entendu cibler un type de filière de soins (ex: filières gériatriques), un type d'ES (ES avec SU sans autre ciblage), les ES d'un territoire
Colonne E :	Territoires couverts Visé à renseigner si l'ARS a choisi des projets sur toute la région ou des territoires ciblés (GHT, autre)
Colonne E :	Montants délégués au 31.12.2021 Si absence de délégation 2021 : date prévisionnelle de délégation des montants
Colonne F :	Lister les indicateurs fixés dans le cadre de la démarche régionale
Colonne G :	Nombre d'ES financés (ES entité géographique) Si un ES financé au titre d'un projet impliquant plusieurs ES, renseigner le nb total d'ES
Colonne H :	Difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre de la mesure (hors contexte Covid)
Colonne I :	Nom des projets exemplaires ou innovants - Merci de joindre au fichier excel les projets exemplaires

Onglet projets financés 2020-2021	
Colonne A :	Projet Indiquer le nom du projet décrit (peut concerner un ES seul ou un groupe d'ES avec ou sans pilote)
Colonne B :	Territoires couverts Décrire le territoire concerné (région, départements, territoire de santé,)
Colonne C :	Montant délégué au 31.12.2020 (si projet comportant une délégation à un ES "porteur/pilote" qui peut être ensuite partagée, n'indiquer que le montant délégué à l'ES pilote)
Colonne D :	Critère d'allocation des crédits délégués
Colonne E :	Montant délégué au 31.12.2020 (si projet comportant une délégation à un ES "porteur/pilote" qui peut être ensuite partagée, n'indiquer que le montant délégué à l'ES pilote)
Colonne F :	Critère d'allocation des crédits délégués
Colonnes : G,H,I,J,K :	Objets du financement des projets: Visé à indiquer la part des financements par destination (cf circulaire C1) Gestion de projet et construction des parcours Renfort RH : pour la hotline à destination des médecins de ville ou des EHPAD ; pour l'organisation des services hospitaliers ou des plateaux techniques en soins non programmés des personnes âgées, EMG et expertise gériatrique en ES ou SAMU Outils numériques : e-parcours ou outils hospitaliers, dossier médical patient informatisé
Colonne L :	Quelles articulations avec les autres mesures du pacte de refondation des urgences comme la mesure 3 (SAS) / mesure 12 (gestion des lits), autres ?
Colonne M:	Les projets décrits prévoient il de recueillir les admissions directes non programmées des PA ? Oui/non, et si oui selon quelles modalités ?
Colonne N:	Indiquer la liste des FINESS géographiques des ES financés (si projet comportant une délégation à un ES "porteur/pilote" qui peut être ensuite partagée, n'indiquer que le FINESSde l'ES pilote)

