

PACTE de
refondation
des **urgences**

« Parce que chacun détient
sa part de la solution »

7 LEVIERS

POUR AMÉLIORER LE
PARCOURS DE SOINS
NON PROGRAMMÉS
EN HAUTS-DE-FRANCE

Point
d'étape
29 juin 2021



Dans les suites immédiates des annonces du Pacte de refondation des urgences, nous avons décidé d'élaborer ensemble une feuille de route régionale de ce Pacte, déclinant nos priorités et nos particularités régionales et territoriales. Cette feuille de route initiale a été élaborée après de nombreux échanges bilatéraux avec les acteurs du sujet hospitaliers (publics et privés) et ambulatoires.

Un premier point d'étape a été réalisé en février 2020, puis un second en novembre 2020, malgré la crise COVID qui nous a et continue de nous impacter. L'importance et la pertinence des actions à mettre en œuvre est plus que jamais évidente, et les travaux se poursuivent malgré le contexte sanitaire.

Ce point d'étape est l'occasion de vous présenter l'avancée sur les axes que nous avons identifiés collectivement, mais aussi de réfléchir à la manière de faire perdurer des organisations remarquables qui ont émergé pendant la crise, grâce à une solidarité entre statuts et professionnels en faveur d'une prise en charge du patient la plus optimale possible.

Je souhaite également profiter de ce point d'étape pour vous témoigner à tous mon soutien et saluer votre investissement. Nous sommes au quotidien en contact les uns avec les autres, et je sais votre présence auprès des professionnels, des patients et de l'ARS en faveur d'un objectif commun : la maîtrise de l'épidémie et la prise en charge des patients.

SEPT LEVIERS ONT AINSI ÉTÉ IDENTIFIÉS

Levier 1

- Communiquer auprès des usagers.

Levier 2

- Optimiser l'orientation et la régulation des demandes de soins non programmés.

Levier 3

- Rapprocher la ville des établissements de santé.

Levier 4

- Améliorer les parcours dédiés aux personnes âgées.

Levier 5

- Améliorer les conditions de travail et de prise en charge dans les structures d'urgence.

Levier 6

- Faciliter la sortie des patients des services d'urgence.

Levier 7

- Accompagner la transition numérique des urgences.



Levier 1 COMMUNIQUER AUPRÈS DES USAGERS

Le constat : Les partenaires rencontrés sont unanimes : la connaissance inégale des patients de l'offre existante en région ne leur permet pas toujours de s'orienter dans l'offre de soins non programmés, au bon endroit et au bon moment.

L'impact COVID

Un constat partagé sur l'évolution de la nature de la fréquentation des urgences, avec un recentrage sur les cas urgents et une baisse de fréquentation par ailleurs. Il est donc apparu que les messages de prévention et les consignes délivrées via les médias sont efficaces pour changer les comportements et le rapport aux pathologies non programmées aiguës bénignes.

LES MESURES PROPOSÉES

MESURE 1

Une campagne de communication grand public sur le bon usage des soins non programmés

Élaborer une campagne de communication régionale à destination du grand public pour apporter aux patients les informations nécessaires à leur bonne orientation dans le système de soins de la région.



RÉALISÉ

Identification des profil-type et des messages clés.
COVID : 2 campagnes de communication sur le recours aux soins pendant le confinement, afin de prévenir l'autorégulation qui engendrerait des retards dans le suivi et le diagnostic des patients.



À VENIR

Lancement de la communication régionale sur le juste recours aux soins urgents et non programmés.

MESURE 2

Des programmes de formation grand public à la gestion de certaines pathologies bénignes

Organiser des formations à la gestion des pathologies bénignes en lien avec les Centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU), pour limiter le recours parfois non utile aux services d'urgences.



EN PAUSE

Travaux en pause du fait de la crise COVID.

○ MESURE 3

Afficher les temps d'attente aux urgences

Promouvoir les outils de mesure et d'affichage des temps d'attente dans chaque structure d'urgence et en ligne afin d'informer les patients; engager des travaux permettant la mise en ligne de ces informations dans le cadre de l'ORU.

|| NON AVANCÉ

● MESURE 4

Mobiliser les sciences comportementales pour agir sur le recours évitable aux services d'urgences

Réaliser une expérimentation fondée sur les sciences comportementales pour objectiver les ressorts du recours aux services d'urgence, et identifier des leviers d'action innovants. Progressivement intégrées au champ de la santé publique, les sciences comportementales proposent une méthodologie efficace, éprouvée notamment par le Public Health England (Agence indépendante du Ministère de la Santé en Grande-Bretagne), visant à accompagner les changements de comportement via des micro-incitations « nudge ».

✓ **RÉALISÉ**
Rédaction d'un cahier des charges pour prestataire et publication d'un appel d'offre pour une réponse d'ici septembre 2021.

🕒 **À VENIR**
Sélection en octobre 2021 d'un cabinet spécialisé en sciences comportementales et conduite des travaux sur un an (revue de littérature, focus group, étude de leviers possibles et mise en œuvre expérimentale des solutions identifiées).



Levier 2

OPTIMISER L'ORIENTATION ET LA RÉGULATION DES DEMANDES DE SOINS NON PROGRAMMÉS

Le constat : Une part importante des demandes de soins non programmés ou urgentes des patients, aujourd'hui, ne passe pas par le système de régulation existant. Il n'est donc pas possible de les orienter vers la prise en charge la plus adaptée à leur état de santé.

Pour faire face à l'augmentation globale de la demande de soins et à cette volonté de renforcer leur orientation, il est nécessaire de mettre en œuvre plusieurs mesures qui permettront de renforcer la régulation.

L'impact COVID

La première vague a conduit au déploiement de nouveaux dispositifs par certains établissements afin de fluidifier l'organisation des soins, tels que les télé-consultations, la présence de la régulation libérale en journée en semaine, la visio-régulation via smartphone, ou encore la prescription médicale par téléphone.

LES MESURES PROPOSÉES

MESURE 1

Développer l'équipement et l'usage de dispositifs embarqués dans les SMUR et TIH

Équiper et promouvoir l'usage de tablettes connectées dans les SMUR et lors des transports infirmiers inter-hospitaliers pour fluidifier le traitement des appels et sécuriser la gestion des interventions.

- ✓ Aisne : acquisition des équipements et licences en cours.
- Nord : 60% des SMUR équipés. Déploiement à venir sur les SMUR restants sur l'année 2021 (Tourcoing, Fourmies, Cambrai, Douai).
- Oise : choix de l'éditeur en cours.
- Somme : tous les SMUR du département équipés
- Pas-de-Calais : interconnexion entre le LRM et l'éditeur en cours. Déploiement à venir en première phase sur les SMUR d'Arras et de Calais, en deuxième phase sur Lens et Béthune, et en troisième phase Boulogne, St-Omer, CHAM.

- 🔄 **À VENIR**
définition d'un cadre de remontée directe des données SMUR à l'ORU.

MESURE 2

Permettre le transfert de flux vidéo entre l'appelant et le médecin régulateur du SAMU

Permettre le basculement des appels vers un appel vidéo pour les personnes ayant contacté le SAMU afin d'améliorer la qualification des appels et d'orienter les patients vers l'offre de soins adaptée à leur état de santé.

 **RÉALISÉ**
Visio régulation déployée sur le Nord et la Somme.

 **À VENIR**
Déploiement sur le Pas-de-Calais, l'Aisne et l'Oise.

MESURE 3

Favoriser le déploiement des organisations préfigurant le Service d'Accès aux Soins

 **RÉALISÉ**
Sélection par le Ministère des deux projets pilotes régionaux, la Somme et le Nord. Régulation libérale en journée sur le Pas-de-Calais et l'Oise jusque fin d'année 2021.

 **À VENIR**
Montée en charge des pilotes. Généralisation du SAS en 2022 à l'ensemble de la région.

MESURE 4

Renforcer ou développer les coopérations entre la ville (cabinets, MSP, centres de santé, maisons médicales de garde, centres de soins non programmés) et les structures d'urgence

En horaire de permanence des soins, encourager la réorientation des patients des structures d'urgences vers les maisons médicales de garde (MMG).

En dehors des heures de permanence des soins, encourager la réorientation des patients des structures d'urgences vers la ville, et les centres de soins non programmés (référentiel à établir).

 **RÉALISÉ**
Sélection de 3 établissements de santé dans la région (CH Boulogne sur Mer, CH Roubaix, CH Sambre Avesnois) pour l'expérimentation nationale article 51 du forfait de réorientation aux urgences.

 **À VENIR**
Déploiement de l'expérimentation en période PDSA et hors PDSA.

MESURE 5

Accompagner le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé

Encourager et accompagner l'inscription de la mission soins non programmés dans les projets de santé des CPTS et renforcer leurs liens avec les établissements de santé des territoires.

	Février 2020	Novembre 2020	Juin 2021
CPTS accompagnées	28	37	39
CPTS opérationnelles	7	8	14



RÉALISÉ

Accompagnement de l'élaboration et du déploiement de 39 CPTS, dont 14 sont opérationnelles.



À VENIR

Production d'un livrable co-pensé ARS-CPAM-URPS à destination des professionnels, pour l'appui à la structuration de la prise en charge des soins non programmés.



Levier 3

RAPPROCHER LA VILLE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Le constat : Le constat de liens insuffisants entre la ville et les établissements de santé est unanime pour tous les partenaires rencontrés. Les comités « ville-hôpital » sont inexistantes, ou peu développés, et l'offre de soins non programmés nécessite un travail de mise en cohérence territoriale afin d'améliorer l'orientation et la prise en charge des patients en tout point du territoire régional.

L'impact COVID

Le renforcement des liens entre la ville et les établissements a été remarqué, avec la mise en place de points de consultations dédiés COVID en ambulatoire, le doublement des MMG et PDSA le week-end, la présence de médecins régulateurs libéraux en journée en semaine et un appui gériatrique à destination des EHPAD. Ces liens doivent avoir vocation à perdurer, dans une approche territorialisée renouvelée.

LES MESURES PROPOSÉES

MESURE 1

Déployer la mesure 400 médecins généralistes dans les territoires prioritaires

Développer les formes d'exercice mixte ville/hôpital via la mesure 400 MG de la stratégie Ma Santé 2022.



RÉALISÉ

18 signataires au total, dont 1 en volet 1 (exercice partagé ville-hôpital) et 17 en volet 2 (saliariat en centre de santé).
Objectif à 17 pour le volet 1, et à 7 pour le volet 2.



À VENIR

Campagne de communication sur la mesure auprès des internes de dernière année en médecine générale, pour un exercice partagé ville/SAU.

MESURE 2

Déployer les infirmiers en pratique avancée sur le suivi des maladies chroniques

Permettre le suivi en routine des maladies chroniques (diabète, maladies rénales, psychiatrie) par des infirmiers en pratique avancée (IPA), dont la première promotion formée est sortie.



RÉALISÉ

2 formations ouvertes en région, à Lille (45 places) et à Amiens (25 places) ; accompagnement financier des professionnels s'engageant dans la formation (2 en 2018, 5 en 2019, et 11 en 2020) ; 1^{er} IPA de la région diplômé en 2020 et en exercice à Roubaix.



À VENIR

Poursuite de l'accompagnement financier des professionnels salariés des établissements et des libéraux aux niveaux antérieurs (10 600€ la 1^{ère} année et 15 900€ la seconde pour les libéraux ; 5 300€ par salarié et par année de formation pour les structures sanitaires, médico-sociales et ambulatoires).

○ MESURE 3

Rénover les outils du lien ville-établissements de santé

Accompagner sur l'ensemble du territoire le déploiement de ces espaces d'échange et de coordination entre les professionnels intervenant dans le parcours de soins non programmés, via notamment l'organisation de plateformes d'accès direct aux spécialités hospitalières pour les médecins généralistes.



À VENIR

Groupe de travail régional pour avancer sur le lien ville-hôpital.

○ MESURE 4

Mettre en œuvre la réforme des transports sanitaires urgents

Optimiser l'offre de transports sanitaires urgents pour mobiliser le bon moyen pour le bon patient, au bon moment.



À VENIR

En attentes des orientations nationales

○ MESURE 5

Recenser des structures de médecine générale pouvant recevoir les patients transportés par les SDIS et les transports sanitaires

Déployer et généraliser l'orientation de patients pris en charge en urgence par les sapeurs-pompiers et transports sanitaires privés vers un cabinet médical identifié, lorsque l'état de santé le permet.



NON AVANCÉ

● MESURE 6

Généraliser et sécuriser les transports infirmiers inter hospitaliers (TIIH)

Généraliser l'usage des transports infirmiers inter-hospitaliers pour répondre à l'augmentation des besoins dans un contexte de temps médical disponible contraint. Cette mesure suppose la sécurisation des modalités de transport permise par le déploiement des tablettes embarquées SMUR et TIIH, le déploiement des protocoles de coopération et la création des formations d'IPA urgences. La généralisation de ces moyens permettra d'organiser une réponse graduée aux besoins des patients, sécurisée par la régulation médicale.



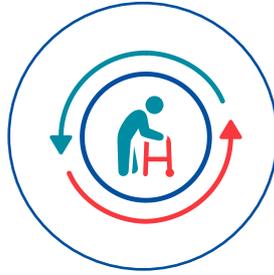
RÉALISÉ

Renforcement de la sécurité des prises en charge des patients et des conditions de travail des professionnels par l'utilisation des tablettes embarquées dans les 5 départements.



À VENIR

Poursuite de la transition numérique des urgences par le déploiement de dispositifs embarqués.



4

AMÉLIORER LES PARCOURS DÉDIÉS AUX PERSONNES ÂGÉES

Le constat : Trop souvent, les services d'urgences sont encore le point d'entrée principal de l'hospitalisation des personnes âgées, alors que le déploiement de solutions de prise en charge alternatives peut répondre à leurs besoins de santé. Ces passages aux urgences complexifient leur parcours de prise en charge et peuvent de ce fait entraîner une dégradation de leur état de santé.

L'impact COVID

La crise a conduit au renforcement et à la mise en place accélérée de coopérations autour des personnes âgées, avec le renfort de nombreux médecins généralistes en EHPAD, un appui gériatrique des établissements pour les professionnels des EHPAD et en ville, ou encore des COTER Gériatrie dans les GHT. Les organisations se sont aussi adaptées, avec des transferts facilités vers les SSR, des prélèvements à domicile pour limiter les déplacements, ou encore le développement des téléconsultations.

LES MESURES PROPOSÉES

MESURE 1

Renforcer la présence soignante en EHPAD



RÉALISÉ

24 dispositifs d'appuis gériatriques de territoire avec un cadre de mission élaboré en septembre 2020.
 28 dispositifs d'astreinte mutualisée d'IDE de nuit sont autorisés par l'ARS avec 138 EHPAD couverts depuis novembre 2020.
 Renfort de médecins généralistes en EHPAD avec l'URPS ML - Mise en place de 8 référents médicaux territorialisés pour l'accueil et l'accompagnement des nouveaux médecins intervenant en EHPAD (traitants et coordinateurs) avec création d'un kit d'accueil en EHPAD, avec l'URPS médecins.
 Interventions accrues de l'HAD et des dispositifs de soins palliatifs (EMSP)
 14 équipes de prévention en EHPAD (ESPREVE) dont 8 financées en 2020 (sur des thèmes comme nutrition, chutes...)
 Financement d'équipes mobiles d'hygiène inter-EHPAD (EMH) en sus des EOH.
 Financement de soutiens psychologiques aux résidents et aux familles :
 13 équipes mobiles de psychogériatrie dont 2 nouvelles en 2020.



À VENIR

Identification de porteurs territoriaux et accompagnement global à la constitution du dispositif (estimation de 75 dispositifs à soutenir pour couvrir toute la région).
 Financement de nouvelles équipes de psychogériatrie, d'ESPREVE, d'EMH prévues en 2021.
 Financement de deux équipes mobiles basées auprès des centres experts Parkinson des CHU de Lille et Amiens pour l'accompagnement à la prise en charge des résidents parkinsoniens en EHPAD, en 2021.

MESURE 2

Former dans tous les EHPAD de la région des professionnels à la gestion des urgences - ASSURE

Sensibiliser les professionnels des EPHAD à la gestion des urgences relatives grâce au déploiement du projet ASSURE.



RÉALISÉ

88% des EHPAD de la région ont bénéficié d'une formation par un gériatre et un urgentiste sur la gestion des urgences (515/585).
Les formations des IFSI/IFAS intègrent cette formation dans leurs modules en 2^e ou 3^e année selon les formations.



À VENIR

Formation qui sera désormais suivie sur le long terme par les coordonnateurs de filières gériatriques et les ESPREVE (équipes de prévention en EHPAD).
Dématérialisation des outils du kit ASSURE dans Prédice (workflow terminé en cours de paramétrage avec Maincare).
Projet d'extension d'ASSURE avec un kit de formation pour les acteurs du domicile (SSIAD, HAD - puis potentiellement IDEL, MT, kiné libéraux).

MESURE 3

Poursuivre le déploiement de la téléconsultation en EHPAD

Développer les téléconsultations dans les EHPAD afin de limiter les transferts vers les structures d'urgences.



RÉALISÉ

40 EHPAD équipés en chariots de télé médecine.
Développement des usages de la téléconsultation « simple » pendant la crise COVID.



À VENIR

Réflexion sur l'évolution des outils, lancement sur 10 territoires de la démarche « télé médecine » autour du projet médical partagé établissement de santé-EHPAD avec un objectif de déploiement sur tous les EHPAD de la région en 2023.

MESURE 4

Améliorer la fluidité des parcours patients des personnes âgées, de l'amont à l'aval

Structurer les filières gériatriques avec le renforcement des admissions directes en permettant aux médecins généralistes et aux médecins coordonnateurs d'EHPAD d'avoir accès à un gériatre via une ligne téléphonique dédiée.



RÉALISÉ

Participation des gériatres aux 7 coordinations territoriales de gestion des hospitalisations COVID avec transfert du listing hebdomadaire des clusters des EHPAD connu avec SPF (santé publique France) et de tout élément permettant de faire des liens.
Lancement d'un AAP « soutien à la labellisation de filières gériatriques de territoire », au sein desquelles les soins d'urgence constituent une trajectoire de soins obligatoire à élaborer avec financement de 23 coordonnateurs de filières.



À VENIR

Labellisation des filières gériatriques dans les 2 ans après la validation du dossier, avec un suivi régional de l'activité des 23 coordonnateurs de filière.
Lancement d'un AAP en 2021 pour 8 projets innovants des filières gériatriques sur l'organisation des admissions directes.

MESURE 5

Expérimenter en EHPAD le flux vidéo avec la régulation médicale - SAS

Permettre le basculement des appels vers un appel vidéo afin d'améliorer la qualification des appels et éviter une prise en charge aux urgences.



RÉALISÉ

Visio régulation opérationnelle dans le Nord et la Somme.
Délégation de crédits à tous les SAMU de la région pour la mise en place de la visio régulation.



5

AMÉLIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET DE PRISE EN CHARGE DANS LES STRUCTURES D'URGENCE

Le constat : L'organisation actuelle des soins urgents est confrontée à une diversité d'enjeux à la fois structurels et organisationnels : manque de temps médical, capacité inégale d'absorption des flux de patients, augmentation de l'intérim médical pouvant fragiliser les équipes en place, phénomènes de violences et d'incivilités envers les soignants, besoins de renforcement des coopérations inter-hospitalières et avec la ville...

L'impact COVID

Moins de violences ont été remarquées pendant la crise à l'encontre des soignants dans leur cadre professionnel. Des cellules de soutien psychologique ont pu être mises en place par certains établissements.

LES MESURES PROPOSÉES

MESURE 1

Soutenir la formation d'agents d'accueil et de bienveillance

Ces agents, chargés notamment de renseigner les familles et d'informer les patients et leurs accompagnants sur le déroulement de la prise en charge, contribueront à la qualité du climat et des conditions de travail des professionnels des urgences. L'ARS propose de financer leur formation aux établissements s'engageant dans cette démarche.

RÉALISÉ
214 000 € de crédits non reconductibles ont été délégués aux établissements publics et privés pour la formation d'agents d'accueil et de bienveillance.

À VENIR
Enquête auprès des établissements sur la plus-value du dispositif, notamment dans le contexte sensible de la crise sanitaire.

MESURE 2

Systematiser la présence d'infirmiers d'accueil et d'orientation 24h/24h dans toutes les structures d'urgences

Ces infirmiers assurent un accueil et une orientation adaptés en fonction de l'état de santé du patient, réalisent les premiers soins. Cette présence permet d'orienter le patient dans le bon circuit des urgences dès son arrivée.

RÉALISÉ
Pas de besoin identifié à l'issue de l'enquête .

MESURE 3

Autoriser et diffuser les protocoles de coopération dans les structures d'urgence

Permettre la mise en œuvre dès 2020 de protocoles de coopération contribuant à faire évoluer la fonction d'infirmier aux urgences.



RÉALISÉ

Publication de 3 protocoles de coopération sur les urgences, qui ouvrent droit à une prime de coopération de 100€ par mois pour les professionnels paramédicaux des établissements de santé publics.



À VENIR

Création d'une formation régionale ad hoc pour le protocole de coopération portant sur la prescription d'imagerie par l'IAO en cas de traumatisme des membres par le COMU 59-62. Communication régionale sur les protocoles de coopération. Soutien pour l'accès à la formation sur les protocoles de coopération.

MESURE 4

Accompagner la création de formations d'Infirmiers de pratique avancée (IPA) urgences

En lien avec les universités de la région, prévoir la création de formations d'IPA dans le domaine des urgences et soutenir financièrement les professionnels engagés dans ces formations.



À VENIR

Création du domaine d'intervention « urgences » pour les IPA, dès la rentrée universitaire 2021. Les référentiels sont en cours d'écriture ; les IPA urgences devraient intervenir dans les 3 secteurs SAMU, SMUR et SAU, avec des missions telles que la prescription et la lecture de résultats d'examens.

MESURE 5

Ouvrir une concertation régionale sur la régulation de l'intérim et le développement de l'appui inter-hospitalier

Construire un dispositif global d'appui inter-hospitalier attractif pour les professionnels, visant à assurer une meilleure couverture des lignes de garde sécurisant la prise en charge des patients et améliorant les conditions de travail des professionnels de l'urgence.



RÉALISÉ

Réunions régionales avec les 5 SAMU, la FHF et les directions d'établissements sur le développement de l'appui inter-hospitalier, qui a permis l'identification de 4 axes de travail : capitaliser sur l'arrivée des docteurs juniors, mobiliser les jeunes retraités, les jeunes doctorants en médecine générale et/ou d'autres spécialités sur certains volets du SAU ; formaliser un « contrat d'engagement » signé par les tous les établissements de la région ; et construire un outil opérationnel de transparence régionale sur les listes de garde aux urgences et dans les SMUR.



À VENIR

Axe 1 : production d'un cadrage régional de l'appui des docteurs juniors, prévoyant une valorisation financière ad hoc pour les gardes prises dans les établissements en difficulté.
Axe 2 : production d'une fiche de poste type, communiquée aux établissements et promue auprès des CDOM pour mobiliser les jeunes retraités. Communication sur la mesure 400 MG auprès des internes en fin de DES de médecine générale.
Axe 3 : promotion du contrat d'engagement régional précisant les principes encadrant l'appui inter-hospitalier ainsi que le régime indemnitaire valorisant prévu régionalement.
Axe 4 : mise à disposition de tous les établissements disposant de SAU/SMUR de licences pour un outil régional de partage des vacances de garde et d'accès à un vivier élargi de PH.
Axe complémentaire : déploiement d'un dispositif d'appui aux établissements en difficulté, avec l'appui de la Collégiale.

MESURE 6

Soutenir la création des maisons médicales de garde

Encourager et soutenir la création de maisons médicales de garde pour renforcer l'offre de permanence des soins, prioritairement à proximité des services d'urgences.

 **RÉALISÉ**
Identification des zones concernées,
information aux professionnels.

 **À VENIR**
Accompagnement des projets déposés.

MESURE 7

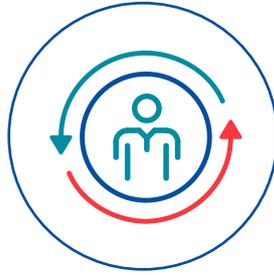
Renforcer la sécurité des professionnels prenant en charge les soins non programmés

Faire le bilan des mesures financées et mises en œuvre dans le cadre du plan de sécurisation des établissements de santé afin d'en évaluer les résultats et définir des actions complémentaires à mettre en œuvre.

 **NON AVANCÉ**



La Collégiale des responsables de médecine d'urgence est en train de réaliser une cartographie des innovations organisationnelles dans les services d'urgences de la région. Ce document reprendra le lieu de mise en œuvre de l'innovation, ses grands principes, ainsi qu'un annuaire des référents que les équipes volontaires pourront contacter pour développer ces innovations sur leur propre établissement.



6

FACILITER LA SORTIE DES PATIENTS DES SERVICES D'URGENCE

Le constat : Trop souvent, l'encombrement des services d'urgence est aussi dû en partie à la difficulté pour les équipes de trouver des lits d'hospitalisation pour les patients qui le nécessitent. Au-delà des parcours classiques d'hospitalisation, des solutions alternatives supplémentaires doivent également être recherchées.

L'impact COVID

Des avancées ont été notées sur la gestion des lits et des parcours, avec une coopération des 5 SAMU de la zone de défense, mais aussi une cellule interdépartementale (80-02-60) de gestion des lits et à une échelle plus réduite des cellules de coordination thématique (réanimation, gériatrie, maladie infectieuse...).

LES MESURES PROPOSÉES

● MESURE 1

Accompagner l'amorçage des cellules de gestion des parcours

Accompagner le déploiement des moyens pour la gestion des parcours sur chaque territoire en 2020, afin d'organiser la recherche de solutions aux besoins de lits pour les hospitalisations non programmées et d'optimiser les parcours. La crise COVID a renforcé la nécessité de ces dispositifs et d'une coordination territoriale, et a conduit à la mise en œuvre d'organisation qu'il convient de pérenniser au-delà de la situation actuelle.

✓ **RÉALISÉ**
Mise en place des équipes de coordination territoriale COVID public / privé / inter-GHT.

🔄 **À VENIR**
Poursuivre le développement des dispositifs de bed manager et les cellules territoriales de gestion des parcours.
Appui en 2021 à la mise en place du réseau TréHaut pour la prise en charge des traumatisés - 160 500€.
Financement dans les groupes privés de la région d'un forfait pour le lancement de démarches relatives à la gestion des lits et des parcours - 270 000€.
Financement dans les HAD de la région d'un forfait pour le lancement de démarches relatives à la gestion des lits et des parcours - 690 000€.
Financement de projets d'établissements remontés dans l'enquête régionale sur les cellules de gestion des lits et des parcours (outillage, modalités organisationnelles...) - 1 015 000€.

○ MESURE 2

Diffuser les bonnes pratiques de gestion de flux de soins non programmés en établissement de santé

Renforcer les efforts de diffusion de bonnes pratiques de gestion de flux de soins non programmés.

|| NON AVANCÉ

● MESURE 3

Étendre l'expérimentation de la coordination en soins de suite et réadaptation (SSR)

Ces équipes de coordination ont pour objet de fluidifier les admissions post MCO en SSR. Elles aident à l'orientation individuelle des patients et interviennent en médiation en cas de difficultés ou de refus, après 15 jours de recherche de places infructueuses.

✓ **RÉALISÉ**
Délégation de 430 000 € pour couvrir l'ensemble de la région sur un découpage de 13 territoires, au-delà des 2 territoires prévus initialement pour l'expérimentation.

🔄 **À VENIR**
Déploiement du dispositif.

○ MESURE 4

Améliorer les usages de l'outil de coordination Via Trajectoire

Soutenir le développement des fonctionnalités et usages de cet outil d'orientation personnalisée en SSR, HAD et SLD.

🔄 **À VENIR**
Définition des spécifications des fonctionnalités de l'observatoire.

● MESURE 5

Déployer le dispositif de lits à la demande

Fluidifier l'aval des urgences et permettre l'installation des patients dans des chambres, notamment en cas de variation saisonnière ou de suractivité épidémique, via le forfait « lits à la demande ».

✓ **RÉALISÉ**
28 établissements retenus dans le cadre de l'AMI pour le déploiement du dispositif, pour un total régional de crédits délégués de 4,2M€ et la création de 325 lits saisonniers sur la région.



7

ACCOMPAGNER LA TRANSITION NUMÉRIQUE DES URGENCES

Le constat : Travailler sur un parcours de soins non programmés sans rupture et sécurisé peut être facilité aujourd'hui grâce à l'environnement numérique déployé en région Hauts de France. Les mesures proposées au fil de ce projet de feuille de route et reprises ici permettront ainsi d'accompagner la transition numérique de cette prise en charge.

LES MESURES PROPOSÉES

MESURE 1

Accompagner la transition numérique des urgences avec le bouquet de services numériques Prédice

Déployer des services numériques de mise en relation, de coordination et de télé-médecine en ville et dans les établissements.



RÉALISÉ

Service de e-RDV disponible, utilisé par certains établissements comme le CHU d'Amiens et le CH de Calais.
Portail patient et professionnel du Dossier de Coordination Régional (DCR) en production.
Alimentation progressive du DCR par les territoires.
Lancement d'un marché complémentaire Prédice fin mai 2021 par le GIP S&N et le GCS Ameitic, intégrant notamment les services numériques d'appui à la coordination attendus dans le cadre de l'instruction E-parcours pour les DAC et CPTS.



À VENIR

diffusion du DCR en région et mise en œuvre des services numériques d'appui à la coordination.

MESURE 2

Développer l'équipement et l'usage de tablettes embarquées dans les SMUR et TIHH

Équiper et promouvoir l'usage de tablettes connectées dans les SMUR et lors des transports infirmiers inter-hospitaliers pour fluidifier le traitement des appels et sécuriser la gestion des interventions.



- Aisne : Acquisition des équipements et licences en cours.
- Nord : 60% des SMUR équipés.
Déploiement à venir sur les SMUR restants sur l'année 2021 (Tourcoing, Fourmies, Cambrai, Douai).
- Oise : Choix de l'éditeur en cours.
- Somme : Tous les SMUR du département équipés.
- Pas-de-Calais : Interconnexion entre le LRM et l'éditeur en cours. Déploiement à venir en première phase sur les SMUR d'Arras et de Calais, en deuxième phase sur Lens et Béthune, et en troisième phase Boulogne, St Omer, CHAM.



À VENIR

Définition d'un cadre de remontée directe des données SMUR à l'ORU.

MESURE 3

Déployer les usages des outils d'observation et de gestion en temps réel de l'activité de soins non programmés basés sur des outils performants utilisant l'intelligence artificielle

Ces outils sont : l'Observatoire régional des urgences (suivi d'activité des services d'urgence), le Répertoire opérationnel des ressources (description des ressources de l'offre de santé en région), l'outil Héliumur (collecte de données de vol à visée organisationnelle et scientifique).



RÉALISÉ

nouvelle feuille de route de l'ORU pour l'année 2021.



À VENIR

réunion de présentation du programme de travail de l'ORU en septembre.

MESURE 4

Améliorer les usages de l'outil de coordination Via Trajectoire

Soutenir le développement des fonctionnalités et usages de cet outil d'orientation personnalisée en SSR, HAD et SLD.



À VENIR

Définition des spécifications des fonctionnalités de l'observatoire.



ARS HAUTS-DE-FRANCE
556 AVENUE WILLY BRANDT
59777 EURAILLE



0 809 402 032 Service gratuit
+ prix appel



www.ars.hauts-de-france.sante.fr