

FICHE-ACTION	
Intitulé de l'action	FA 16 - Mettre en place une coordination des sorties d'hospitalisation pour le retour à domicile des personnes fragiles
Axe stratégique	4 - Développer des habitats favorables à la santé
Objectif opérationnel	3 – Travailler la liaison entre vie en établissement et au domicile
Porteur de l'Action	Centre Hospitalier de Blaye
Public cible	Patients sortants d'hospitalisation en situation de fragilité (situations complexes)
Partenaires associés	Centre Hospitalier de Blaye, SAAD, AMSADHG (SPASAD, PTA, SAMSAH), Secteur libéral (IDE, PSP, MSP), Résidences Autonomies, HAD Les Vignes, ADAPEI, ARS, Département
Constats (Données et enjeux locaux)	
<ul style="list-style-type: none"> - De nombreuses hospitalisations répétées faute de préparation lors des retours au domicile et/ou d'identification des fragilités (rupture de parcours constatées lors d'hospitalisation), à l'initiative du corps hospitalier mais aussi des patients et de leur famille - Un taux élevé à Blaye d'hospitalisation chez les personnes âgées, 2^{ème} motif d'hospitalisation avec parfois un logement inadapté au retour - Une augmentation des situations dites « sociales » en SSR à Blaye - Une méconnaissance par l'hôpital de l'organisation de vie au domicile faute de remontées des partenaires - Des situations dans le logement de plus en plus complexes (insalubrité, diogène...) - Des patients rencontrant des difficultés à appliquer le traitement proposé ou à mettre en place les services nécessaires lors du retour au domicile - Une offre de rééducation (kiné, SSR) limitée, voir absente, lors des retours au domicile et donc une absence de « dispositifs tampon » - Des acteurs du domicile identifiés (SAAD, SPASAD, résidences autonomies, secteur libéral) désireux d'anticiper et d'accompagner ces retours au domicile après hospitalisation - Des dynamiques de coordination engagées notamment via la labellisation parcours santé personne âgée avec le « Patient traceur », effectives avec les EHPAD et à conforter avec le domicile - Volonté d'un déploiement de l'outil PAACO auprès de tous les services intervenant sur le public cible - Des ressources complémentaires (SAMSAH, SPASAD, SAAD, HAD, service social CIAS, IDE libéraux, offre de prestations de services portage de repas/télésécurité...) à mobiliser rapidement lors de sortie d'hospitalisation 	
Objectifs de l'action	
<ul style="list-style-type: none"> - Visualiser les parcours et identifier les points de rupture hospitalisation/retour domicile - Partager la connaissance du fonctionnement de chaque partenaire impliqué et développer des outils communs - Optimiser (réactivité) et structurer la mobilisation des ressources disponibles sur le territoire pour un retour au domicile réussi - Développer l'offre de services disponibles pour répondre à la diversité des situations rencontrées 	

Descriptif de l'action	
Premier temps de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser un logigramme entrée/sortie hospitalisation avec le rôle/responsabilités/missions de chaque partenaire dans le parcours, y compris en interne à l'hôpital - Créer un outil unique d'évaluation de la situation à partager entre les partenaires (s'appuyer sur les outils existants Hôpital / HAD / SPASAD) - Valoriser l'outil PAACO auprès de tous les services (hospitaliers, publics, associatifs et libéraux) comme seule plateforme d'échange de l'outil d'évaluation au cours du parcours d'hospitalisation - Diffuser ces documents/outils partagés auprès de l'ensemble des partenaires, via les URPS et Ordres auprès des professionnels de santé (mémento)
Second temps de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier pour l'hôpital les points d'appui/relais sur l'ensemble du territoire pour accompagner les cas de situations non suivies au domicile - Développer les capacités d'évaluation partagée de la situation à domicile en amont de la sortie d'hospitalisation : quelles compétences mobilisables (technique et social, ergothérapeute...) ? dans quelles conditions ? sous quelle réactivité ? - Sortir de la catégorisation par public et utiliser ce qui existe pour élargir les pratiques (innovation) - Proposer des alternatives à un retour direct au domicile dans les cas complexes (accueil temporaire de minimum 6 mois, « sas d'observation » dans le logement, hébergement « tampon ») - Renforcer la gestion des toilettes en sortie d'hospitalisation au vu du peu d'offre disponible (cf FA 17).
Localisation	Calendrier
Haute Gironde	2019-2023 Finalisation 1er temps de travail fin 2019
Ressources/moyens	Rôle(s) des partenaires
Mobilisation de ressources internes aux structures Mutualisation des prestations/actions de chaque partenaire Veille et positionnement sur les appels à projets (ARS, Département, National) pour étoffer l'offre existante (prestations, alternatives d'hébergement temporaire)	Transmission sécurisée des informations « patients » entre l'ensemble des partenaires Partage de l'offre de services par chaque partenaire et recherche de souplesse dans sa mobilisation Accompagnement des institutionnels (ARS et Département) à l'optimisation de ces services (expérimentation, souplesse d'application)
Résultats attendus	Indicateurs d'évaluation
Diminution des ruptures de parcours hospitalisation/domicile Fluidité des échanges partenariaux et meilleure l'évaluation des situations Meilleure connaissance et mutualisation des ressources disponibles sur tout le territoire	Pourcentage de personnes ré hospitalisées dans un court délai Nombre et typologie des partenaires utilisateurs de l'outil d'évaluation partagée Nombre et typologie des prestations/actions « évaluation situation logement » mobilisées avant retour au domicile Nombre et typologies d'alternatives d'hébergement temporaire