

## Synthèse de l'Atelier 1 : Parcours TND/TSLA des enfants

### Identification des problématiques et des besoins sur le territoire

- Les professionnels de santé ont besoin :
  1. D'un accès rapide à un réseau de professionnels de santé (bilan, mise en place d'un parcours...),
  2. De renforcer leur connaissance des intervenants (« qui fait quoi »)
  3. De formation aux TND/TSLA
  4. De travailler la bonne observance des traitements avec les patients,
  5. D'identifier des sites internet de confiance pour s'informer et communiquer auprès des patients
  6. De savoir orienter les patients pour les démarches sociales pour leurs patients/accès à un assistant social,
  7. D'avoir un discours cohérent.
- Les patients ont besoin :
  1. D'être mieux informés sur le parcours de soins, accès aux aides...

### Les freins :

- Manque de lisibilité de l'offre de soins,
- Peu de professionnels de santé formés,
- Nombre de demandes important : comment les prioriser ?
- Manque de cohérence dans les discours – difficulté de communication : orientation des enfants par l'école, professionnels de santé, parents...

### Leviers :

- Mise en place de la plateforme PCO,
- Réseau Occitadys actif,
- Présence de l'établissement ASEI - Paul DOTTIN à proximité (Ramonville).

### Actions proposées :

1. Identifier l'offre de soins,
2. Formation des professionnels de santé/présentation du « qui fait quoi » dans le parcours, sensibilisation des sages-femmes au repérage précoce,
3. Mise en place de Groupes d'Analyses des Pratiques sur des cas cliniques,
4. Développer les partenariats pour flécher un parcours :

Partenariat avec la PMI, le CMP, CMPP, le social et le médico-social, la PCO, occitadys, associations de patients, Paul Dottin/ASEI

5. Mise en place de créneaux dédiés « bilans CPTS » avec les orthophonistes, psychologues, et structures du territoire,
6. Mise en place d'un coordinateur de parcours : fait le lien avec la PCO ?
7. Repérage de la vulnérabilité de l'entourage et mise en place d'un référent social pour les démarches.

### Moyens nécessaires pour la coordination

- Système d'information faisant le lien entre les professionnels de santé, interface avec les structures,
- Agenda partagé/connaissance des disponibilités pour orienter les patients, créneaux réservés « bilans »,
- Annuaire de professionnels formés,
- Support de communication auprès des patients/famille : listes des sites internet « validés »,
- Un coordinateur de parcours,
- Un référent social.

## Synthèse de l'Atelier 2 :

### Parcours santé mentale des étudiants/jeunes adultes

#### Identification des problématiques et des besoins sur le territoire

- Les professionnels de santé ont besoin :
  1. De savoir où trouver les informations,
  2. D'améliorer la gestion des médicaments/renouvellement (lutte contre la revente de médicaments)
  3. Fidéliser les étudiants et développer l'éducation à la santé/prévention (conduites à risques...),
  4. D'un retour des psychiatres lorsque le patient est suivi.
- Les patients :
  1. Les étudiants ont souvent un médecin traitant dans la ville d'origine,
  2. Sont exposés à la vulnérabilité socio-économique, agressions, violence...

#### Les freins :

- Vulnérabilité des jeunes adultes, en particulier à la sortie de l'épidémie,
- Situation de fragilité sociale et ou économique des jeunes,
- Faible éducation à la santé/intérêt pour la prévention, conduites à risques...
- Besoin d'une réponse immédiate sinon ne donnent pas suite, n'ont pas de suivi régulier chez le MG...
- Nombre important d'étudiants sur le territoire : comment prioriser ? effectuer un repérage ?

#### Leviers :

- Présence de la médecine préventive de l'université (SIMPPS),
- Tissu associatif,
- Présence de 2 Maisons des solidarités (Empalot et Rangueil).

#### Actions proposées :

1. Identifier l'offre de soins et les dispositifs spécialisés pour les étudiants/jeunes adultes (SIMPPS, Nigth Line...) dont psychothérapies financièrement accessibles aux étudiants, sensibilisation des professionnels à leur existence/mise en place de partenariats,
2. Favoriser la réponse aux besoins sociaux,
3. Réfléchir à un adressage avec le DSPP pour ce public particulier, qui souvent n'a pas de médecin généraliste sur le territoire : 1 RDV pris par un MG de la CPTS en l'absence de MT sur le territoire ?
4. Adressage par le SIMPPS vers la CPTS et réciproquement : définir les modalités d'un partenariat,
5. Travailler au repérage de la vulnérabilité : Rôle clé des sage-femmes du territoire qui suivent les étudiantes pour le renouvellement de la contraception,
6. Former les professionnels de santé aux premiers secours en santé mentale,
7. Développer des actions de prévention pour ce public (addictions, conduites à risques, sexualité, revente médicaments, aide aux victimes de violence...),
8. Améliorer le retour d'information des psychiatres vers les MG du territoire, faire le lien avec les MG de la Ville d'origine via les CPTS.

#### Moyens nécessaires pour la coordination

- Système d'information faisant le lien entre les professionnels de santé, interface avec les structures et spécialistes, DSPP,
- Agenda partagé/connaissance des disponibilités pour orienter les patients + **RDV prioritaires pour les étudiants vulnérables**,
- Annuaire psychologues « monpsy »/SIMPPS
- Support de communication : listes des sites internet « validés », partenaires des étudiants...
- Un coordinateur de parcours,
- Un référent social.

## Synthèse de l'Atelier 3 :

### Parcours santé du patient complexe pour favoriser son maintien au domicile

#### Identification des problématiques et des besoins sur le territoire

- Les professionnels de santé ont besoin :
  1. D'améliorer la communication entre professionnels et la coordination des soins autour du patient,
  2. Développer des outils pour communiquer les informations,
  3. D'améliorer la communication avec la famille,
  4. Anticiper/Faciliter de retour d'hospitalisation
  5. Avoir accès à une assistante sociale,
  6. Avoir accès aux coordonnées, ressources...
  7. D'avoir accès aux informations à domicile et facilement.

#### Axes proposés :

- Personne âgée
- Prise en charge palliative,
- Plaies et cicatrisation

#### Actions communes :

1. Mettre en place une évaluation et une identification des patients complexes : définir les critères de la complexité et l'articulation avec le DAC, les réseaux...
2. Développement du temps de coordination,
3. Réfléchir à une organisation territoriale en lien avec les nouveaux métiers (IPA, assistant médical...), coordinateur/référents de parcours, secrétaire...
4. Répertorier les compétences et les intervenants pour constituer un annuaire des ressources,
5. Expérimentation bilan biologique simple en urgences lors des périodes de tension (ex : déshydratation, anémie pour éviter encombrement urgences). Recourir aux coursiers si besoin,
6. Communiquer sur les directives anticipées.

#### Les freins :

- Manque de temps des professionnels de santé pour les visites à domicile, démographie médicale
- Aides à domicile peu formées à la santé (donner l'alerte...), moyens insuffisants,
- Nécessite un aménagement à domicile (demandes d'aides, intervention de plusieurs acteurs dont ergothérapeutes...),

#### Leviers :

- Nouveaux métiers (IPA, assistants médicaux),
- Développement de la démarche ICOPE,
- Equipe mobile psy et sujet âgé,
- Maïa, Reliance, futur DAC, CicatOccitanie,
- Présence de 2 Maisons des solidarités (Empalot et Ranguel), 2 laboratoires de biologie sur le territoire + coursiers.

#### Moyens nécessaires pour la coordination

- Annuaire commun (avec les dispo),
- Agenda commun,
- Coursier, créneaux dédiés chez les spécialistes pour les consultations, bilans, examens,
- Système d'information faisant le lien entre les professionnels de santé : dossier de soins à domicile (fiche liaison commune à la CPTS) / plateforme (Cf. HAD) où les professionnels implémentent les données du patient au fur et à mesure,
- Un local dédié,
- Un coordinateur de parcours/des référents pour les sous-parcours,
- Un référent social.

**Actions sous parcours plaies et cicatrisation :**

1. Mettre en place un accès privilégié (créneaux dédiés/réservés CPTS) pour les examens/échodopplers avec le Dr CIBEER/le service plaies et cicatrisation de la Clinique Saint Exupéry.
2. Faciliter l'accès aux consultations spécialisées à la clinique St Exupéry/Clinique Pasteur,
3. Fluidifier le recours aux IDE spécialisées / équipe de soins spécialisée du territoire / réseau Cicatoccitanie (téléconsultations),
4. Sensibiliser les intervenants au domicile à la prévention et au repérage des escarres (aides à domicile...),
5. Réfléchir à la constitution d'un stock de matériel à disposition dans un local dédié.

**Actions pour le maintien à domicile des personnes âgées :**

1. Déploiement d'ICOPE et du repérage de la fragilité chez le sujet âgé : identification d'un référent :
  - mise en œuvre du repérage précoce, animation territoriale, et formation des professionnels de santé au repérage (ex : repérage des chuteurs par les kinés, réalisation du step1...)
  - sensibilisation des « séniors » (association 3<sup>e</sup> âge, flyers...),
2. Recenser les professionnels intervenant dans le parcours de la personne âgée à domicile ou non, les spécialistes des maladies neuro-dégénératives,
3. Améliorer l'accès aux bilans et examens complémentaires :
  - Développer un partenariat avec le gérontopôle, les spécialistes et mettre en place un accès privilégié aux bilans, consultations mémoires... pour la CPTS,
  - Recenser les orthophonistes, les psychomotriciennes, ergothérapeutes et les psychologues, neurologues qui réalisent des bilans (consultations mémoire, motricité...)
  - Elaborer une organisation afin de réserver des créneaux de bilans des professionnels de santé libéraux pour la CPTS (indemnisation si créneau non pourvu) afin de gagner du temps dans le cadre du parcours,
  - Travailler avec les partenaires pour faciliter le transport du patient/et ou la venue d'un professionnel au domicile pour la réalisation des bilans, recours visio assistée par un paramédical...
4. Développer les admissions directes aux urgences avec les établissements de santé toulousains, et anticiper le retour à domicile du sujet âgé (partenariat avec les établissements de santé),
5. Développer l'aide aux démarches sociales (Maison des solidarités, APA, portage de repas, entrée en EHPAD...) pour les familles.

**Actions pour favoriser la prise en charge palliative à domicile :**

1. Communiquer sur l'importance des directives anticipées,
2. Travailler à la prise en charge de la douleur, accompagner l'arrêt des traitements,
3. Réfléchir à la mise en place d'un réseau reliaison précoce ?
4. Répertoire les ressources, les établissements et intervenants, notamment pour les gardes de nuit à domicile (association les chouettes...),
5. Mise en place d'un dossier partagé, de protocoles communs à l'échelle du territoire,
6. Réfléchir à la mise en place d'une équipe mobile sur le territoire,
7. Formaliser un partenariat avec la plateforme Onco,
8. Réfléchir à un financement de personnel pour palier un manque exceptionnel,
9. Développement de l'EPU,
10. Mise en place d'une RCP « ville-hôpital ».