Prise en charge ambulatoire en médecine

Groupe de travail du plan de transformation

Bruno FAUTREL, coordonnateur du groupe de travail

Sorbonne Université-APHP, Rhumatologie, Pitié Salpêtrière

Sophie de CHAMBINE

APHP, DOMU

Mélody MARTIN, Virginie GARNIER

APHP, DPT

Introduction :

Définition de la médecine ambulatoire

La médecine ambulatoire hospitalière désigne **toutes les prises en charge réalisées sans que le malade ne dorme à l'hôpital**. Elle recouvre un continuum s'étendant de la **consultation simple** à **l'hospitalisation de jour**. Ces activités sont actuellement classées de façon hétérogène dans le PMSI et bénéficient de modes de tarification différents.

On distingue ainsi les **venues** correspondant à un séjour d'hospitalisation de jour, les **séances** qui regroupent une itération de venues pour un motif thérapeutique défini, et les **consultations externes** qui entrent dans un dispositif de facturation différent.

Par ailleurs, sur le plan médical, les prises en charges ambulatoires en hôpital de jour peuvent concerner trois types d'activité relevant d'organisations différentes et complexes :

1 - L'organisation de **l'activité interventionnelle**, en particulier sous anesthésie (endoscopies, radiologie interventionnelle…) peut être calquée sur la chirurgie ambulatoire.

2 - **Les hospitalisations de jour thérapeutiques** sont stéréotypées (chimiothérapie, dialyse…), reposent en général sur une seule intervention et peuvent bénéficier de structure dédiées.

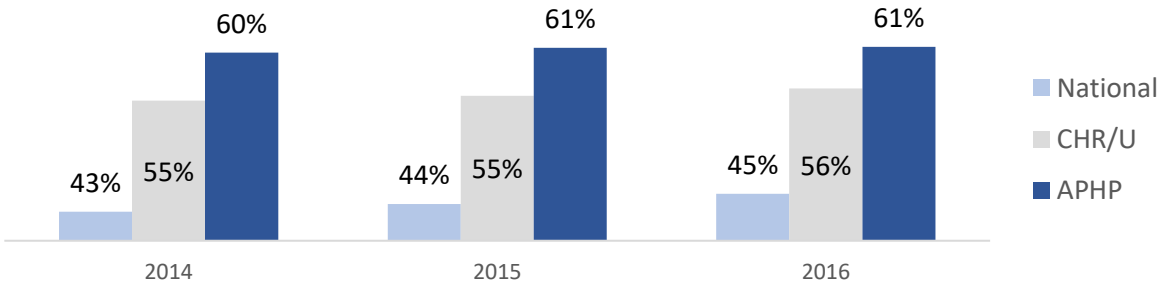
3 - **Les Hôpitaux de jour diagnostiques** nécessitent le recours à plusieurs plateaux techniques ou professionnels de santé relevant souvent de spécialités médicales différentes et présentent des enjeux de programmation majeurs.

Dans ces conditions, la mesure même de l'activité est complexe. La mission IGAS/IGF de 2016 a défini un indicateur concernant l'activité programmée :

$$\frac{\text{Venues en HDJ}}{\text{Venues en HDJ + Séjours en HC}}$$

Sur le périmètre des séjours entrées et sorties au domicile

Selon cette définition, le taux de médecine ambulatoire de l'AP-HP, bien que n'augmentant pas au cours du temps, est très satisfaisant :



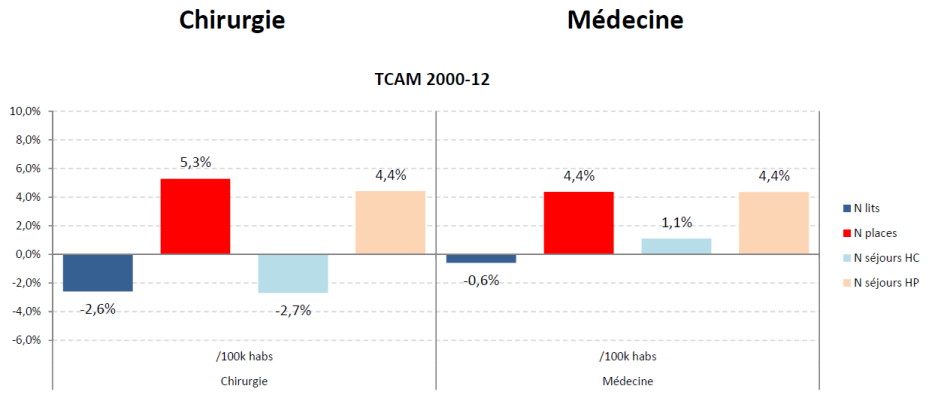
Le virage ambulatoire en médecine

Le rapport IGAS-IGF sur le développement des prises en charges hospitalières de médecine souligne l'imprécision de la notion d'hospitalisation de jour de médecine, qui désigne avant tout un mode de facturation plutôt qu'une activité, la distinction avec l'activité externe apparaissant de façon

insuffisamment précise dans la circulaire frontière de 2010 et conduisant à une incertitude financière pour les établissement de soins. Cette imprécision constitue l'un des freins majeurs au développement de la médecine ambulatoire. Les autres freins identifiés sont la nécessité d'une organisation millimétrée en matière de planification et coordination, l'absence de lieu pivot comme le bloc opératoire en chirurgie, les difficultés d'accès aux plateaux techniques.

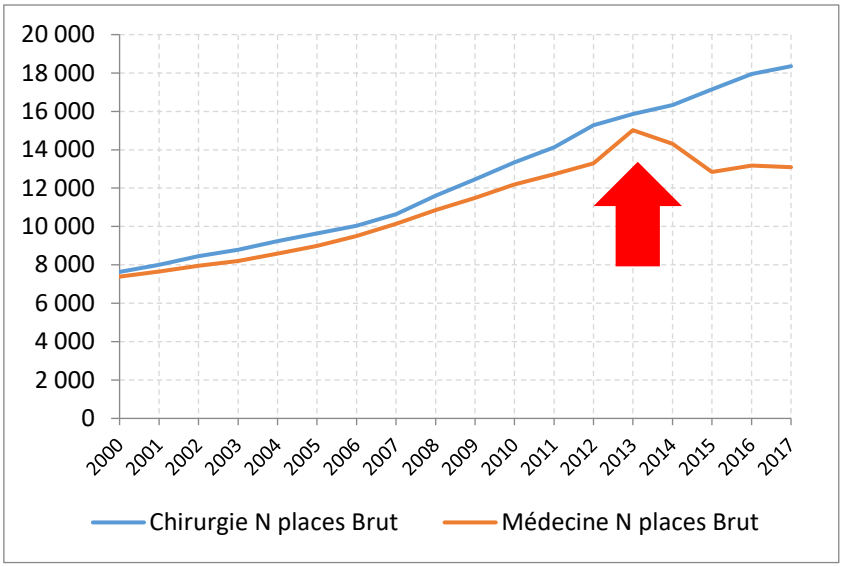
L'augmentation potentielle de l'activité ambulatoire est difficile à prévoir. La mission IGAS-IGF s'est refusé à définir des taux cibles par activité. Les chiffres sur lesquels il est possible d'établir des prévisions sont les chiffres de « l'ambulatoire forain », défini comme l'activité ambulatoire effectuée dans des unités d'hospitalisation conventionnelle, c'est-à-dire des unités non dédiées et non officiellement autorisées. Cette activité « foraine » représentait 13,6 % des séjours et 4,6 % des séances. Dans sa conclusion, la mission a souligné que seuls des référentiels par spécialité permettront d'identifier les prises en charges effectivement transférables en ambulatoire.

Sur les 20 dernières années, l'Assurance Maladie fait le constat d'une dynamique de développement extrêmement différente de la médecine et de la chirurgie ambulatoire. Alors que le virage ambulatoire en chirurgie s'est traduit par une diminution du nombre de lits et de séjours d'hospitalisation complète, en médecine, le nombre de lit d'hospitalisation complète est resté globalement stable (-0.6%), et le nombre de séjours d'hospitalisation complète a augmenté parallèlement au développement de l'activité d'hospitalisation ambulatoire (Figure ci-dessous, source CNAM). Le nombre de journées produites par lit d'hospitalisation complète de médecine a ainsi augmenté sur la période, alors même que les DMS décroissent. L'explication avancée est l'augmentation du taux de recours à l'hospitalisation complète de médecine du fait du vieillissement de la population.



Il n'y a donc pas eu de « virage ambulatoire en médecine » mais un développement de l'ambulatoire en parallèle du développement de l'activité en hospitalisation complète.

Les dynamiques différentes en médecine et en chirurgie ainsi que les freins, notamment financiers, identifiés par la mission IFGAS-IGF au développement de l'ambulatoire médical sont ainsi considérés par l'assurance maladie comme les facteurs explicatifs d'une stagnation du virage ambulatoire en médecine, avec une diminution du nombre de places depuis 2013, c'est-à-dire juste après l'intensification des contrôles de l'Assurance Maladie sur les hospitalisations de jour (Figure ci-dessous, source CNAM).



L'assurance maladie propose donc de calculer des potentiels d'ambulatoire non pas sur des actes mais sur des univers médicaux, et de tester un nouveau modèle d'organisation et de financement de l'ambulatoire à l'hôpital.

L'ambulatoire médical à l'APHP

La majorité des disciplines médicales a largement investi l'hospitalisation de jour, ce mode de prise en charge étant présent dans la majorité des services pour toutes les disciplines sauf la gériatrie.

L'état des lieux réalisé à l'AP-HP en 2017 montre que parmi les 279 services de médecine, 237 disposent de structure d'HDJ.

- Il s'agit le plus souvent (n=185) d'une structure propre au service et de petite taille avec une médiane à 5 places (min =1 ; max = 34).

La taille des structures d'HDJ, quand celles-ci sont propres à un service, varie en fonction des disciplines et ce, principalement en raison de la réalisation de séances toujours importantes en volume. Ainsi, les structures d'hématologie, de cancérologie, de dermatologie et de néphrologie qui réalisent principalement des séances de chimiothérapie anticancéreuse ou de dialyse atteignent souvent 10 places. C'est ensuite l'endocrinologie qui dispose des structures les plus grosses.

Au sein de l'APHP, 20 structures d'HDJ mutualisées ont été identifiées, concernant 67 services[1]. Elles sont de 3 types :

- 3 structures dédiées aux chimiothérapies anticancéreuses, de grande taille (> 25 places).
- 7 structures mutualisées entre 2 services parfois de la même discipline.
- 10 structures mutualisées entre plus de 2 services :
    - 5 en pédiatrie,
    - 2 à l'échelle de pôles
    - 3 regroupant une part importante des activités d'HDJ de médecine dans des hôpitaux de taille moyenne.

[1] Parmi ces derniers, 14 ont aussi des structures d'HDJ propres en plus de la structure mutualisée.

Modalités de travail

Dans la logique des conclusions de la mission IGAS-IGF, un groupe de travail de l'AP-HP a été constitué avec des représentants :

- des collégiales de disciplines médicales adultes pour tenir compte de la diversité des prises en charges,
- et des collégiales réalisant des examens/explorations (radiologie, physiologie), les plateaux médicotechniques étant des éléments clés de la prise en charge ambulatoire (qualité et efficience).

Les membres du groupe sont présentés dans le tableau 1.

TABLEAU 1

COLLEGIALE	PRESIDENT	REPRESENTANT
CARDIOLOGIE	Pr Antoine LEENHARDT (BCH) Pr Damien LOGEART (LRB)	Michel SLAMA (BCH) Nicolas MANSENCAL (APR)
DERMATOLOGIE	Pr Selim ARACTINGI (CCH)	Nicolas DUPIN (CCH)
ENDOCRINOLOGIE	Pr M-Laure RAFFIN SANSON (APR)	Marie-Laure RAFFIN SANSON (APR)
GERIATRIE	Pr Laurent TEILLET (SPR)	Matthieu PICCOLI (BRC)
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	Pr Aurélien AMIOT (HMN)	Philippe SEKSIK - Gastro-entérologie (SAT) (Dr Bourrier, remplace Ph. Seksik en cas de besoin) Nelson LOURENCO - Oncologie digestive (SLS) Rodolphe SOBESKY - Hépatologie (PBR)
INFECTIOLOGIE	Pr Jean-Michel MOLINA (SLS)	Karine LACOMBE (SAT) Sophie MATHERON (BCH)
IMMUNOLOGIE CLINIQUE	Pr François BOUE (ABC)	Renato FIOR (ABC)
MEDECINE DE LA BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT DE LA REPRODUCTION ET GYNECOLOGIE MEDICALE	Pr Geneviève PLU-BUREAU (CCH)	Justine HUGON-RODIN (CCH)
MEDECINE INTERNE	Pr Olivier BENVENISTE (PSL)	Brigitte RANQUE (HEGP)
NEPHROLOGIE	Pr Marie-Noëlle PERALDI (SLS)	Pas de réponse
NEUROLOGIE	Pr Marie VIDAILHET (PSL)	Florence CORMIER-DEQUAIRE (PSL)
NUTRITION	Pr Sébastien CZERNICHOW (EGP)	Sebastien CZERNICHOW (HEGP) Francisca JOLY (BJN)
PHYSIOLOGIE	Pr Nathalie KUBIS (LRB)	Nathalie KUBIS (LRB)
PNEUMOLOGIE	Pr Dominique ISRAEL-BIET (EGP)	Dominique ISRAEL-BIET (EGP) Armelle LAVOLE(TNN)
RADIOLOGIE	Hubert DUCOU LE POINTE (TRS)	Hubert DUCOU LE POINTE (TRS)
RHUMATOLOGIE	Pr Xavier MARIETTE	Maxime DOUGADOS (CCH)
URGENCES	Pr Dominique PATERON (SAT)	Sonja CURAC (BJN)

Des documents de référence élaborés à l'AP-HP ont été rassemblés et mis à dispoisition sur un SharePoint
https://dispose.aphp.fr/u/h9BgR2_QYEuV0GBO/Docs%20de%20r%C3%A9f%C3%A9rence?l

- Rapport du groupe de travail de préparation du plan stratégique 2015-2019 relatif aux maladies chroniques (APHP 2013).
- « Points- clés d'organisation des structures d'HDJ mutualisées » (DOMU 2017) guide réalisé à partir d'entretiens avec des responsables d'HDJ mutualisés à l'AP-HP et ailleurs, et de la participation aux travaux de l'ANAP.
- Référentiels de prises en charge médicalement réalisables en ambulatoire par discipline, élaborés par la DOMU en lien avec les collégiales de cardiologie, hépato-gastro entérologie, médecine interne et pneumologie. Chaque guide comporte :
    - Description des services de la discipline et de leur activité,
    - Eléments généraux à prendre en compte pour le développement de l'ambulatoire dans la discipline,
    - Evaluations diagnostiques et/ou thérapeutiques médicalement réalisables (au moins pour une part) en ambulatoire : contenu médical des prises en charges, volumes de séjours concernés (approximation selon les cas en fonction des possibilités du PMSI), disparité du taux en HDJ entre les services (approximation selon les cas en fonction des possibilités du PMSI), points d'attention spécifiques.

Le groupe de travail s'est réuni 4 fois en 2019, avec 4 objectifs spécifiques :

- 18/3/2019 : Cadrage des travaux
- 4/6/2019 : Coordination du parcours ambulatoire pour des personnes suivies pour malade chronique
- 9/9/2019 : Programmation des activités ambulatoires et organisation du travail
- 4 /11/2019 : Valorisation financière des activités ambulatoires

1 – Parcours maladie

Dans un travail précédent (rapport maladies chroniques, 2014), les maladies – principalement chroniques – prises en charge au sein des services hospitaliers avaient été classées en 5 catégories, à partir de critères de fréquence, gravité et pronostic fonctionnel. A partir de ce travail nous avons simplifié la classification en 3 groupes selon la typologie de leur prise en charge permettant une certaine homogénéisation des parcours (Tableau 2) :

- Pathologies dont la prise en charge est centrée / coordonnée depuis les acteurs de médecine de ville (généralistes ou spécialistes) : « **pathologies communo-centrées** »
Il s'agit de maladies fréquentes, sans risque vital, sans complications majeures. Si un handicap est possible, il ne survient qu'à long terme.

- Pathologies dont la prise en charge se partage entre la ville et l'hôpital selon le stade et le niveau de gravité des patients : « **pathologies hospitalo-communautaires (mixtes)** »
Il s'agit de maladies de fréquence variable, avec un risque faible de complications majeures (incluant risque vital). Un handicap est possible à court ou moyen terme.

- Pathologies dont la prise en charge est centrée / coordonnée par les acteurs hospitaliers : « **pathologies hospitalo-centrées** »
Il s'agit de maladies de fréquence variable, exposant à un risque important de complications majeures (incluant risque vital) et un handicap potentiellement précoce en cas de prise en charge inadéquate. Les maladies rares entrent dans cette catégorie (centres de références).

Beaucoup de sociétés savantes scientifiques et d'autorités de santé ont insisté sur des éléments-clés de la prise en charge de patients souffrant de pathologies chroniques :

- Au début de la maladie, même si le diagnostic peut être fait en consultation traditionnelle avec un seul médecin, la mise en place d'une prise en charge optimale nécessite une approche pluridisciplinaire pour :
  . Confirmer et annoncer le diagnostic,
  . Effectuer le bilan initial établissant la sévérité de la maladie, son pronostic et les éléments (dont les comorbidités) pouvant interférer avec la prise en charge,
  . Elaborer et mettre en place le plan de soins et le suivi systématique/standardisé nécessaire à une prise en charge dynamique au cours du temps et de l'évolution de la maladie,

- Tout au long de la maladie, cette approche pluridisciplinaire reste nécessaire pour la prise en charge optimale des patients pour :
  . Réévaluer de façon systématique et standardisée – avec une fréquence variable selon la maladie – la maladie (activité et surtout sévérité) et le patient (comorbidités),
  . Gérer les évènements évolutifs aléatoires de la maladie : poussée, iatrogénie, etc..

En partant de ces constats, plusieurs similitudes sont apparues quant à la prise en charge de ces patients, quelle que soit la spécialité qui la pilote. Cela a permis de construire un tableau des 4 principaux motifs de prise en charge ambulatoire longue en médecine (c'est-à-dire dépassant la consultation classique) (Tableau 3) :

Motif 1 : Diagnostique, intégrant l'annonce de la maladie et son bilan initial, dont l'objectif est de :

- disposer d'un temps long pour expliquer la maladie au patient (et à son entourage),
- déterminer son extension et ses conséquences potentielles,
- d'identifier et évaluer les comorbidités pouvant être associées à la maladie ou à sa prise en charge, et devant de ce fait être intégrées dans la prise en charge,
- définir le plan de soins et suivi.

Motif 2 : <u>Réévaluation / calage de la PeC lors d'une poussée de la maladie</u>, correspondant à l'amorçage d'une nouvelle stratégie de PeC, avec pour objectif de :
- faire une nouvelle évaluation de la maladie et de ses conséquences présentes ou à venir,
- expliquer les objectifs, les bénéfices et les risques potentiels d'une nouvelle séquence thérapeutique, dans le cadre d'une prise en charge globale centrée sur le patient,
- délivrer des séances d'ETP de renforcement.

Motif 3 : <u>Thérapeutique</u> : son objectif est alors de :
- Soit de réaliser un acte thérapeutique nécessitant une plateau technique spécifique (endoscopie, geste percutané par exemple) et/ou la délivrance d'un traitement en réserve hospitalière, et d'en assurer la surveillance et le suivi avec une équipe de coordination formée ;
- Soit de réaliser une prise en charge pluri-professionnelle incluant rééducation et activité physique, prévention (prévention des chutes ou autres), prise en charge psychologique ou cognitive, etc…

Motif 4 : <u>Evaluation systématique et standardisée de comorbidités</u>, dont les objectifs sont de :
- réaliser en un temps concentré les actions de santé préventive permettant de limiter les conséquences de la maladie et des traitements sur la santé à venir des patients,
- gérer de façon personnalisée et pluridisciplinaires les comorbidités identifiées.

TABLEAU 2

TYPOLOGIE DES PATHOLOGIES	EXEMPLES DE PATHOLOGIES / DISCIPLINES	MEDECINE DE VILLE	AMBULATOIRE HOSPITALIER	HOSPITALISATION COMPLETE
Communo-centrées	- Cardiologie : HTA - Endocrinologie : Diabète type 2 équilibré, thyroïde - HGE : TFI, gastrite, infection à Hp, RGO - Infectiologie : Infections communautaires, - Neurologie : migraine - Nutrition : surpoids, obésité grade 1 - Oncologie / SP : carcinomes cutanés - Pneumologie : asthme - Rhumatologie / Douleur : arthrose, lombalgie commune, pathologie abarticulaire, ostéoporose post ménopausique	- Diagnostic et suivi	Rarement, - bilan initial quand complexe - recours quand complexe - gestes sur plateau technique	Rarement : - Complications - Chirurgie dans les formes évoluées
Hospitalo-communautaires (mixtes)	- Cardiologie : cardiopathie ischémique, patients à haut risque cardiovasculaire - Endocrinologie : diabète insulino-dépendant - Gériatrie : patients chuteurs, troubles cognitifs, oncogériatrie - HGE : MICI, maladie ulcéreuse, syndrome du grêle court - Infectiologie : VIH, tuberculose - Médecine interne - Néphrologie : maladie rénale chronique, insuffisance rénale chronique terminale - Neurologie : troubles de la mémoire, épilepsie, maladie de Parkinson, maladie cérébro-vasculaire et accidents vasculaires cérébraux, troubles de la mémoire, épilepsie - Nutrition : Anorexie mentale, obésité de grade II et III - Oncologie-Hématologie / SP : pathologies tumorales évolutives, terrain à haut risque (état précancéreux) - Pneumologie : BPCO - Rhumatologie / Douleur : arthropathies microcristallines, lombalgie chronique, ostéoporose sénile, ostéoporose fracturaire, rhumatismes inflammatoires chroniques (PR, SpA, ACJ, PPR), sd douloureux chroniques	- Diagnostic - Initiation des prises en charges (PeC) - Suivi	- Bilan diagnostique - Recadrage thérapeutique - Traitements ou gestes sur plateau technique - Bilan standardisé récurrent (évaluation des comorbidités)	- Recadrage thérapeutique - Gestion des complications et des formes évoluées - Traitements ou gestes sur plateau technique
Hospitalo-centrées	- Toutes maladies rares - Cardiologie : Cardiomyopathies - Endocrinologie : endocrinopathies rares ou multiples - HGE : MICI complexes ou sévères, maladies génétiques » avec risque élevé de néoplasie digestive, angiodysplasies, entérite radique, infections récidivantes / graves (*clostridium difficile*, déficit immunitaires), hémorragie digestive - Infectiologie : autres déficits immunitaires - Médecine interne - Néphrologie : greffe - Neurologie : sclérose en Plaques, sd extra-pyramidaux atypiques, neuropathies dysmimmunes ou métaboliques rares (amylose), onconeurologie, vascularites SNC/SNP - Nutrition : obésité génétique syndromique, dénutrition sévère, anorexie mentale grave - Oncologie / Hématologie / SP : tumeurs rares, pathologies tumorales avec thérapeutiques innovantes (essais thérapeutiques) - Pneumologie : HTAP, pneumopathies interstitielles, cancers du thorax - Rhumatologie / Douleur : arthropathies microcristallines génétiques, rachialgies complexes (cyphoscoliose grave et évolutive, rachis multiopéré), ostéopathies génétiques, rhumatismes inflammatoires sévères ou avec multimorbidités (PR, SpA, ACJ, PPR), maladies autoimmunes ou autoinflammatoires systémiques graves ou avec multimorbidités, infections ostéoarticulaires (IOA)	- Orientation en vue du diagnostic - Prise en charge globale des patients - Gestion et suivi des évènements intercurrents non liés à la pathologie principale	- Bilan diagnostique - Suivi - Recadrage thérapeutique - Traitements ou gestes sur plateau technique - Bilan standardisé récurrent (évaluation des comorbidités)	- Bilan diagnostic - Recadrage thérapeutique - Gestion des complications - Traitements ou gestes sur plateau technique

TABLEAU 3

MOTIF DE PRISE EN CHARGE	CONTENU POTENTIEL (SELON LES CAS)	OBJECTIFS / ATTENDUS
Diagnostique : Annonce et bilan initial	- Consultation médicale longue avec annonce diagnostique et présentation des options thérapeutiques - Autres avis médicaux selon comorbidités ou complications de la maladie - Bilan biologique complet (incluant potentiellement des analyses HN et des prélèvements à des fins de stockage d'échantillons (bio-banque, CRB) - Examens d'imagerie : radios, échographie, TDM, IRM, imagerie nucléaire - Explorations fonctionnelles de 1ère ligne - Examens invasifs : ponctions, biopsies, endoscopies - Evaluation paramédicale : ETP, kinésithérapie / ergothérapie / psychomotricité / orthophonie / appareillage	- Annonce diagnostique sur un temps long - Bilan initial de la maladie pour déterminer ses conséquences à court ou moyen termes, incluant les aspects pluridisciplinaires - Définition du plan de soins
Réévaluation / calage Initiation / Amorce d'une nouvelle PeC nécessitant bilan pré thérapeutique spécifique et de l'éducation	- Consultation médicale longue - Autres avis médicaux selon comorbidités - Bilan biologique spécifique (incluant potentiellement des analyses à des fins de recherche) - Examens d'imagerie de référence pré traitement : radios, échographie, TDM, IRM, imagerie nucléaire - Explorations fonctionnelles spécialisées (PEM et triple stimulation...) - Examens invasifs : ponctions, biopsies, endoscopies - Interventions paramédicales (IDE, kinésithérapeutes / ergothérapeutes / APA / psychomotriciens / orthophonie) : ETP, APA, rééducation, appareillage) - Discussion RCP éventuelle	- Réévaluation de la maladie incluant les aspects pluridisciplinaires - Amorçage du nouveau plan de soins
Thérapeutique - Actes thérapeutiques - Gestes invasifs - Perfusions	- Check-list avant geste ou traitement (bilan anticipé au mieux en ville) - Administration de la procédure thérapeutique (médicament à délivrance hospitalière, gestes sur plateau technique hospitalier) et surveillance - Prise en charge pluriprofessionnelle (activité physique, rééducation, prévention chutes, PeC psychologique ou cognitive)	- Réalisation d'une séance thérapeutique
Evaluation systématisée récurrente - Co/multi-morbidités - Prise en charge personnalisée	- Protocole de soins standardisé et validé - Dépistage des comorbidités /complications et mesures de médecine préventive par un médecin et un PNM . Mise à jour des vaccins et prévention des infections . Prévention cardio-vasculaire . Dépistage ostéoporose . Dépistage lésions néoplasiques ou pré-néoplasiques . Dépistage des effets indésirables médicamenteux	- Dépistage et prise en charge de comorbidités

2 - Modalités d'organisation possibles à partir des constats issus des réunions PECAM

Cette réflexion a été menée par l'ensemble du groupe à partir des travaux antérieurs (check-list pour l'organisation des HDJ mutualisés), complétée de trois retours d'expérience auditionnés en réunion du GT:

- Plateforme ambulatoire de médecine de l'hôpital Louis Mourier (Pr Aslangul et Mme Thomas)
- HDJ multidisciplinaire de la Pitié Salpêtrière (Dr Foltz)
- HDJ de chimiothérapies de l'HEGP (M. Billot, Dr Auclin)

Périmètre possible des HDJ

Il apparait, des travaux antérieurs et des entretiens de terrain, 2 éléments essentiels :

- la taille de la structure,
- la possibilité de regroupement des disciplines.

S'il n'y a pas de normes validées pour la taille d'un HDJ, on constate néanmoins que le fonctionnement est optimisé pour des structures allant de 12 à 30 places environ.
En dessous, elles manquent de souplesse dans la continuité des activités et limitent les amplitudes horaires. Au-dessus, on perd en humanité et en qualité de relation PM/PNM, sauf pour les HDJ de traitement type chimiothérapies qui peuvent monter à 40 places environ.
Une taille intermédiaire permet une souplesse dans la programmation avec des plages d'ouverture plus larges, une variété des modalités de prise en charge (lits/fauteuils…).
Les organisations d'HDJ regroupées entre plusieurs services permettent aussi de gérer plus facilement des flux de patients urgents, d'absorber des demandes ponctuelles plus importantes dans une spécialité, et de lisser les variations d'activité entre disciplines.
Les avantages identifiés d'une telle mutualisation sont :
- de décharger les services de l'activité de programmation ;
- de professionnaliser la programmation avec l'utilisation de solutions organisationnelles (institutionnelles ou non) ;
- d'augmenter l'efficience de cette activité de programmation avec des partenariats plus établis avec les plateaux techniques, permettant de réduire la consommation de temps médical pour la négociation des examens ;
- d'avoir une structure en interface directe avec les médecins de ville pouvant permettre de fluidifier les parcours patients.

Néanmoins, il apparait clairement pour tous les participants qu'il ne peut y avoir un modèle unique de regroupement à préconiser. Les échanges ont permis de dégager 3 grands types d'organisation dont le choix dépendra de facteurs locaux et notamment de la taille de l'hôpital (Tableau 4) :

- Organisation mutualisée et coordonnée (transdisciplinaire) qui peut rassembler la majorité voire l'intégralité de l'activité d'HDJ médicale de l'hôpital : ce type d'organisation apparait adéquat pour les hôpitaux de taille moyenne (500 lits). Ex : les plateformes de Louis Mourier, Avicenne ou Antoine Béclère.
- Organisation pauci-disciplinaire, regroupée sur la base de la logique médicale, par discipline si plusieurs services présents dans le même hôpital (ex. chimio à HEGP) ou regroupement de disciplines (par exemple, immunologie clinique, cardiovasculaire-métabolique, ostéo-articulaire, endocrinologie-diabétologie-nutrition) possiblement en lien avec les organisations internes des GHU (départements médico-universitaires).
- Organisation mono-service lorsque le volume d'activité est important (ex. rhumatologie ou dermatologie à Cochin, neurologie à La Pitié, dermatologie à St-Louis), ou dans la logique d'un

parcours patient limité au service, comme les services d'explorations fonctionnelles ultra spécialisées (par exemple, unité de sommeil), les volumes restant alors petits.

TABLEAU 4

Organisation Besoins	Mono-service	Pauci-disciplinaire	Trans-disciplinaire
<10 patients/jour		X	X
10- 20 patients/jour	X	X	
20-30 patients/jour	X		
> 30 patients/jour	X		

Organisation d'une réflexion dans un service

Au-delà du besoin et nombre de patients, l'organisation d'une activité ambulatoire nécessite une organisation structurée des prises en charge en prenant en compte les ressources et besoins en amont et en aval de l'activité ambulatoire réalisée à l'hôpital (Figure ci-dessous).

		QUI	QUOI	COMMENT (OUTILS)
AMONT		Praticien libéral (MG ou spécialiste) Praticien hospitalier	Question posée médicale (ou médico-sociale)	Fiche d'adressage Direct APHP
Plateau Ambulatoire Hospitalier (PAH)	Validation médicale	PM du PAH	Validation du format ambulatoire Définition des ressources et moyens à mobiliser (PM ou PNM, actes de biologie, actes médicaux en salle ou sur plateaux techniques	Feuille de programmation
	Coordination & Programmation	IDE / AS / AMA	Planning de soins et investigations Installation et repas patient Transports internes	Liste des pré-requis administratifs, logistiques ou médicaux
	Soins ambulatoires	PM et PNM du PAH	Réponse à la question posée	Intervention des différents acteurs mobilisés Réalisation des investigations programmées
			CRH remis au patient et adressé aux correspondants (Envoi automatisé au DMP ou PTA)	
	Coordination & Suivi	IDE / AS / AMA	Organisation de la suite de la PeC: consultations, investigations complémentaires Nouvelles séances	Dossier de sortie
AVAL		Praticien libéral (MG ou spécialiste) Praticien hospitalier	Mise en œuvre de la stratégie proposée /plan de soins	RCP ou Télé expertise à distance Collecte d'information (portail patient)

PAH: Plateau Ambulatoire Hospitalier

Le poste clé de la programmation

La Programmation est dans ce type d'organisation un poste clé, reposant sur des agents qui deviennent vite centraux (avec un risque de désorganisation rapide en cas de vacance). Ceci est clairement relevé par les différentes équipes. La programmation consiste à organiser concrètement une prise en charge en HDJ avec la prise des rendez-vous pour l'ensemble des examens et avis demandés.

Il est intéressant pour certaines prises en charge d'aller jusqu'à déterminer les créneaux horaires de chaque intervenant médical ou paramédical, afin d'inscrire le parcours de soins du patient dans le format de temps de l'HdJ. Dans le cadre d'hôpitaux universitaires, il est nécessaire d'inclure dans ces créneaux les étudiants hospitaliers (notamment les externes) en plus des soignants.

Il est donc nécessaire d'anticiper au maximum quels seront les schémas de prise en charge récurrents et de fixer des créneaux dédiés de rendez-vous avec les différents plateaux techniques. Deux services ont montré l'intérêt de prendre directement les RV dans l'agenda des plateaux médico-techniques (PMT). Cela nécessite un travail en amont avec les équipes des PMT pour protocoliser les actions : définir les durées prévisionnelles d'examens (le contact entre médecins reste indispensable en cas d'urgences ou de situations particulières), respect des horaires d'examens afin de ne pas désorganiser les PMTs, intégrer les problèmes de transport interne dans l'organisation des RDV, diffuser l'information en cas d'annulation afin de récupérer les créneaux disponibles. A ce titre, l'expérience de l'HEGP, hôpital dans lequel une équipe unique de programmation (avec numéro unique) pour tous les services d'oncologie avec une prise de RDV par les agents de programmation directement sur les logiciels des PMTs est apparue à tous comme un gain de temps majeur pour les cliniciens. Clairement, cette organisation n'est pas applicable partout à ce jour (du fait des unités cliniques comme des PMT) et ne peut être pérenne que dans un respect strict des organisations et règles mises en place.

La fonction d'agent de programmation est assurée le plus souvent par des IDE, mais aussi dans certains cas par des secrétaires hospitalières (AS) ou médicales (AMA). Il s'agit d'être avant tout organisé et formé. S'il s'agit d'une fonction tournante, les rotations doivent être d'au moins une semaine pour éviter les problèmes de transmission sur les dossiers en cours. La pression sur les agents peut être importante et nécessiter un soutien spécifique.

Pour aider à la programmation, les services ont montré l'importance d'un **calibrage à faire en amont** du nombre de patients, des différents types de contenu qui peuvent être pris en charge chaque jour. Ces informations sont utilement synthétisées sur un semainier. En d'autres termes, la construction de prises en charge ou parcours standardisés est nécessaire, ce qui sera également utile si l'utilisation du logiciel AGHATE est envisagée.

Les informations complémentaires potentiellement utiles sont :

- Tableau récapitulatif des disponibilités sur jours de la semaine des examens sur les différents PMT et des consultations, le cas échéant réservés à l'HDJ.
- Planning médecins précis et disponible à l'avance pour chaque spécialité : qui est le senior pour chaque jour, en précisant le nombre maximum (et/ou minimum) de patients.
- Visualisation des places disponibles en temps réel et en prévisionnel (idéalement avec la notion qualitative lit /fauteuil/…). L'outil AGHATE peut être utile pour ce point.
- Heures d'arrivées possibles en fonction des prises en charges (et donc des jours).
- Référentiel / Protocole des prises en charges : il comporte le panel des activités (diagnostiques / thérapeutiques / suivi chronique) réalisées dans l'unité avec le contenu des actes et avis.

Organisation du lien avec les médecins de ville et les patients

Le lien avec les patients et les acteurs de ville est primordial. Ce travail de coordination ou de régulation, parfois complexe, peut être porté par différentes personnes au sein de la structure ambulatoire.

- Un service a montré l'intérêt d'une fonction de « **régulateur médical** » accessible aux médecins de ville pour décider de la prise en charge adaptée : programmation directe d'une HDJ ou nécessité d'une consultation pour affiner les besoins. Cette organisation très appréciée des médecins de ville nécessite de faire preuve d'une grande réactivité et de qualités

de communication et d'adaptation à différentes situations et interlocuteurs avec de fréquentes interruptions de tâches.

- Dans un service, **la personne de coordination** (en l'occurrence, une IDEC dans cet exemple) assure le lien avec patients et médecins de ville. Ceci est cohérent avec une étude menée sur les activités de 48 IDEC intervenant dans la prise en charge de malades chroniques à l'AP-HP (Rapport DOMU 2018). Le tableau ci-dessous montre la répartition des activités en fonction de l'importance et du nombre d'IDEC la réalisant (Tableau 5) :
    - **Activité principale pour plus de la moitié des IDEC** ;
    - Activité concernant plus de la moitié des IDEC, mais pas en mission principale ;
    - *Activité concernant moins de la moitié des IDEC*.

Tableau 5

	Intra-service	Intra-hospitalier	Extra-hospitalier
EXPERTISE	**Eduquer à la pathologie et aux traitements** S'assurer de la réalisation d'actions de prévention/dépistage Participer à des actions de formation Participer aux activités de recherche	Donner un avis dans les autres services (type équipe mobile) *Participer à la transition pédiatrie/adulte*	**Guider/Rassurer les patients en demande (appels, mails)** Orienter les professionnels extérieurs en demande (appels, mails) *Appeler le patient pour un contrôle*
COORDO	Récupérer les résultats d'examens complémentaires *Organiser une hospitalisation*	**Organiser et vérifier la programmation des RDV de suivi/contrôle, etc.**	*Faire le lien avec les professionnels de ville*

Points importants :

- La fonction de coordination concernant exclusivement des IDE dans l'enquête, mais peut tout à fait être assurée par d'autres professionnels de santé
- Tous les services assurent ensuite l'**information du patient** pour ne pas donner aux patients le sentiment d'une prise en charge fractionnée et déconnectée entre les acteurs. La transmission de ces informations peut se faire de façon orale ou sous la forme d'un programme remis au patient présentant ce qui sera fait le jour de l'HDJ. Cette information peut être rappelée par une AS ou une IDE lors de l'arrivée en HdJ ou de son prélèvement.

Organisations médicales et paramédicales

Les éléments de l'organisation médicale d'une structure d'HDJ (mutualisée quel que soit le niveau de regroupement ou non mutualisée) :

- L'organisation médicale d'un HDJ a comme pivot un **médecin coordonnateur** : il dispose d'une légitimité forte au sein de la communauté médicale ou des structures concernées (selon l'existence d'une mutualisation et de son périmètre) et est à l'écoute des problèmes rencontrés :
    - Il/elle est le référent de l'HDJ pour les médecins des différentes unités ou services,
    - Il/elle participe à la mise à jour du référentiel des prises en charges réalisées dans l'HDJ (en lien avec les différents services) ;
    - Il/elle gère les problèmes de programmation.

    - Dans le cas d'une programmation possible par des médecins de ville, il peut assurer le rôle de « médecin régulateur » vu ci-dessus. Selon le périmètre de mutualisation, il pourrait être intéressant que le médecin coordonnateur puisse participer aux instances du DMU ou du site.
- Dans les organisations mutualisées entre plusieurs services : il est central de disposer d'un **planning prévisionnel des médecins rigoureux** avec identification pour chaque période (demi-journée ou journée ou semaine, selon le choix) d'1 médecin en charge de l'activité d'HDJ pour chaque spécialité.
- Lorsque le nombre de services est important, il est utile que chaque service identifie un médecin référent pour l'ambulatoire. Il/elle servira d'interlocuteur et de relais entre le médecin coordonnateur de l'HDJ et les médecins du service, pour tout ce qui a trait à l'organisation.

Différentes fonctions peuvent être assurées par des IDE en HDJ : tâches classiques de soins, programmation des prises en charge en HDJ (qui peut aussi être réalisée par d'autres PNM), activités de coordination des parcours patients et lien ville-hôpital (réalisées par des IDEC).

- Il peut être intéressant que l'affectation en HDJ soit limitée dans le temps pour que ce type d'exercice reste attractif pour les IDE.
- **Effectifs** en IDE et AS : les ratios sont aux alentours de **1 soignant présent pour 5 patients**, que ce soit en thérapeutique ou en diagnostic (plutôt **1 pour 4 en pédiatrie ou gériatrie** (proportion élevée de patients avec des troubles neurocognitifs majeurs avec anosognosie) dans les différents sites avec lesquels nous avons échangé. Si la programmation est faite par un IDE, cette personne pour son temps de programmation ne peut pas compter dans le personnel soignant prenant en charge les patients.
- **Formation des agents :** Les IDE sont formées spécifiquement à chaque prise en charge ≪ disponible ≫ dans l'HDJ par les médecins de spécialité. Un compagnonnage entre IDE de différentes spécialités peut ensuite être organisé. Il peut exister des freins à la mise en place d'HDJ multidisciplinaires liées au fait que les PNM des services ont une expertise que n'auront pas les autres ; par ailleurs pour les PNM il peut y avoir la crainte de perdre leur expertise. Pour lever ces craintes, en plus de la formation théorique et du compagnonnage, il peut être pertinent de limiter le nombre de spécialités vues par chaque IDE et de garder des fonctions d'expertise en fonction de la spécialité d'origine (par exemple en éducation thérapeutique), comme cela a été le cas aux HCL. De manière concrète, certains sites ont envisagé la fermeture de l'HDJ un jour par an pour formation sur une thématique choisie par les IDE.

Selon les organisations, d'autres professionnels peuvent être mobilisés : pharmaciens, rééducateurs, psychologues, diététiciens.

3 Valorisation des activités ambulatoires et Opportunités pour l'avenir

Constat de l'inadéquation du financement des prises en charge en médecine ambulatoire et enjeu de la sécurisation des prises en charge pour les hôpitaux

Comme dit en introduction, l'accélération de la bascule en médecine ambulatoire ne peut passer que par une tarification plus adaptée. Les difficultés de description de l'activité médicale ont pour conséquences une inadéquation de la tarification des journées d'hospitalisation de jour. Les activités médicales sont, en effet, caractérisées par des prestations de nature diverse. C'est pour cela que le modèle de financement purement substitutif a fonctionné en chirurgie mais pas en médecine.

Le raccourcissement des durées de séjours implique un alourdissement de l'intensité des soins pour les équipes et n'a pas été pris en compte dans le financement actuel.

Les frontières floues entre les situations d'hospitalisation complète, partielle et l'activité externe entraînent des « jeux » tarifaires. La « circulaire frontière » en 2006 a défini ce qui entrait dans la catégorie de l'HDJ comme ce qui ne peut pas se faire « habituellement » en soins externes, et suppose une multidisciplinarité (plusieurs examens ainsi qu'une synthèse) ou un terrain fragile ou la nécessité d'une surveillance particulière. Elle ne répond pas à la logique de continuum dans laquelle s'inscrit l'activité ambulatoire avec d'un côté l'hospitalisation complète et de l'autre l'activité externe.

Cette dernière n'a pas permis une sécurisation du financement des séjours d'HDJ. D'autant qu'à partir de 2015, l'assurance maladie a adopté une vision plus restrictive en refusant systématiquement toutes les HDJ non motivées par une surveillance particulière. Certaines activités ont donc été déclassées : diabète, obésité, etc. L'absence de mise à jour de la circulaire depuis 2010 a entraîné la mise en œuvre de moratoires sur les contrôles des HDJ. L'introduction du forfait prestation intermédiaire a initié une approche graduée en 2017. Son application reste toutefois limitée à certaines pathologies.

Projet de nouvelle circulaire frontière

La réécriture de l'instruction frontière est en cours et son application est prévue pour mars 2020. L'objectif du travail conduit par la DGOS est de « clarifier la gradation des prises en charge ambulatoires en établissement de santé et des tarifications associées via une instruction cadre, afin d'anticiper la fin du moratoire sur les HDJ de médecine prévue au 1° mars 2020 ». L'abandon du terme « frontière » au profit de celui de « gradation des prises en charge ambulatoire » marque un changement notable dans l'approche, ce qui est salutaire.

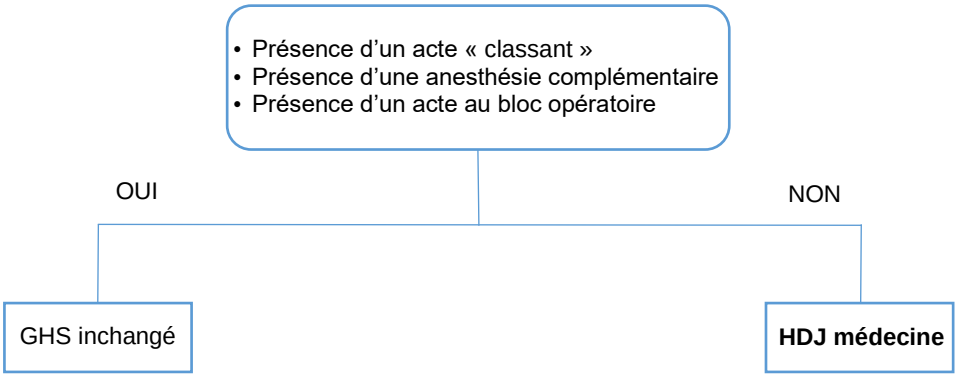
Le projet d'instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires a donc pour but de sécuriser la facturation des prises en charge ambulatoire et d'inclure les prestations intermédiaires dans le dispositif. Le champ d'application sera élargi à toutes les pathologies et non plus uniquement au diabète, à la polyarthrite rhumatoïde évolutive, à la spondylarthrite grave et à l'insuffisance cardiaque.

Les prises en charge de type chirurgical ou interventionnel sont considérées comme relevant de l'HDJ si elles sont constituées :

- d'un acte CCAM acceptant un code activité 4 (qu'il y ait eu ou non une anesthésie générale ou locorégionale)

- d'un acte CCAM réalisés exceptionnellement sous anesthésies générale ou locorégionale (code d'anesthésies complémentaire)
- d'un acte CCAM mobilisant les moyens du bloc opératoire ou du secteur interventionnel dans des conditions de stricte asepsie (hors forfait SE) : pose de PAC ou Piccline, certains actes de radiologie interventionnelle.

HDJ chirurgicales et interventionnelles (0 jour, GHM en C ou K)



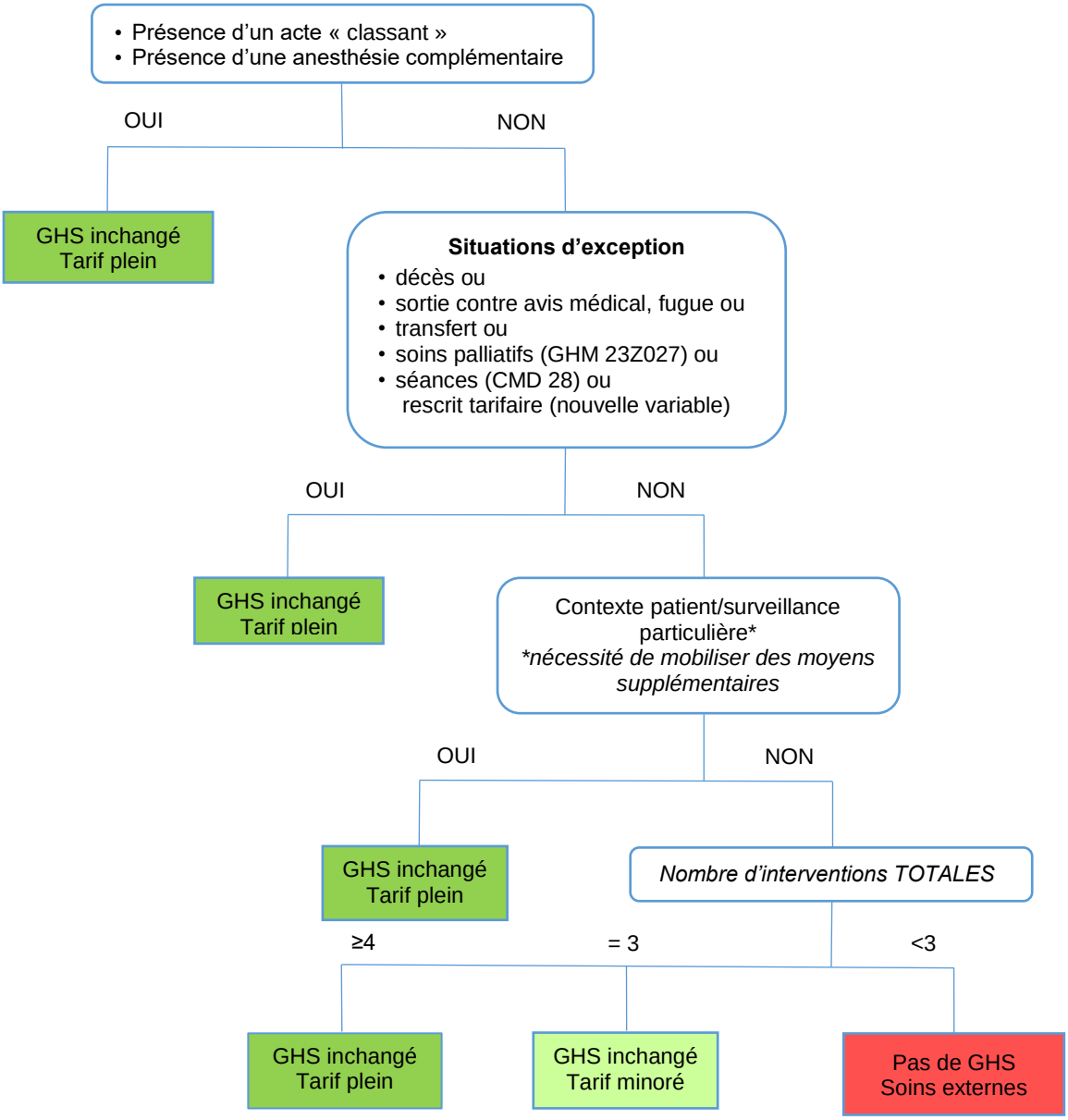
Les prises en charge de type médical vont s'appuyer sur le principe général de gradation de la facturation :

- HDJ à taux plein,
- HDJ à tarif minoré (anciennement prestation intermédiaire)
- Facturation en soins externes.

Les conditions de facturation reposent sur la notion « d'intervention ». Une intervention est définie comme étant un acte CCAM ou un intervenant. Pour la facturation :

- D'un HDJ à taux plein, il faut qu'il y ait eu 4 interventions ou un terrain à risque ou surveillance particulière (non liée à un acte). Si un acte est nécessaire, il est réalisé dans des conditions standards (sans recours à un bloc opératoire).
- D'un HDJ à tarif minoré, il faut qu'il ait eu 3 interventions.
- D'un soin externe, il faut une ou deux interventions.

HDJ médicales (0 jour, GHM en M ou Z)



L'ensemble des actes CCAM (hors ECG) constitue une intervention. Peuvent être dénombrés dans les interventions, 2 actes techniques dès lors qu'ils relèvent de 2 techniques différentes, c'est-à-dire renvoyant à 2 paragraphes différents de la CCAM ou d'au moins 2 actes techniques du même paragraphe de la CCAM mais relevant, au sein de ce paragraphe, de 2 sous-paragraphes différents (lorsque ce niveau supplémentaire de subdivision existe).

- **Toutes les prestations intellectuelles sont comptées** dès lors qu'elles sont réalisées directement auprès du patient par des professionnels, que leurs actes soient à la nomenclature des actes professionnels (NGAP) ou non : médecins, IDE, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, pharmaciens, diététiciens, psychologues, orthophonistes, travailleurs sociaux, neuropsychologues, psychomotriciens, assistants socio-éducatifs...
  Lors des discussions du groupe de travail, les experts ont insisté sur le fait d'intégrer non seulement les avis en présentiel avec les patients, mais également les avis à distance sur

dossier (exemple de la ré-interprétation d'examens d'imagerie faits en ville ou d'avis de RCPs). Ce point n'est pas actuellement assuré.
De même, certains professionnels méritent d'être ajoutés à la liste (exemple des enseignants en activité physique adaptée ou EAPA). La dernière version de la liste fournie par la DGOS semble ne pas être limitative et serait donc compatible avec des ajouts.

- Un même intervenant (médecin, IDE…) peut faire plusieurs interventions distinctes
- **Dans le cas où plusieurs médecins interviennent directement auprès du patient**, ces médecins doivent relever de spécialités ou surspécialités distinctes pour pouvoir être décomptés.
- **L'intervention de l'IDE est comptabilisée** pour l'activité courante qu'elle réalise auprès du patient (soins de nursing, pansements/détersions, perfusion, etc.). Par ailleurs une intervention peut également être décomptée pour l'IDE qui réalise une action d'éducation thérapeutique ou une pratique avancée dans le cas des IPA. Dans ce cas, il peut s'agir de la même personne ou de deux personnes différentes, peu important, deux interventions sont comptabilisées.
- **L'intervention du pharmacien est comptée** lorsqu'il/elle réalise des entretiens pharmaceutiques dans le cadre de la pharmacie clinique est comptabilisée.
- Enfin, les interventions collectives ne constituent pas en tant que telles un critère d'HDJ mais font partie des interventions qui peuvent être décomptées.
- Il est proposé de maintenir **exclus les actes de biologie** dans le décompte des interventions et traiter de la problématique de la biologie nécessitant des procédures de prélèvement complexes via la prise en compte de la notion de « surveillance particulière ».

La facturation sera dite pleine si 4 interventions sont réalisées, minorée si seulement 3 interventions sont réalisées, et la facturation en soins externes se fera pour les autres cas.

La **notion de surveillance particulière** est proposée : elle repose notamment sur le terrain à risque, la fragilité liée à des pathologies fréquentes avec l'âge ou à une situation de handicap qui impacte la prise en charge, les antécédents du patient (présence d'une autre pathologie ou d'un traitement qui influe sur la prise en charge programmée…). Peuvent être ainsi listées les situations suivantes :

- Surveillance particulière :
    - Temps de surveillance ou réalisation plus important que pour un patient classique,
    - Conditions d'asepsie spécifiques (environnement de type bloc ou interventionnel).
- Nécessité de surveillance prolongée du fait de risque de complication, telles que des situations d'allergie avec risque de choc anaphylactique ou de 1ère administration à risque de complication lors de la mise en place d'une immunothérapie.
    - Prélèvements complexes : prélèvements multiples pour des épreuves dynamiques hormonales,
- Nécessité d'un isolement prophylactique,
- Recours à un environnement de type bloc ou interventionnel (asepsie), tels qu'une pose de PAC ou une analgésie intrathécale avec pompe (remplissage et programmation).

Evolutions futures : Expérimentations de la CNAM dans le cadre de l'article 51

Prenant en compte la nécessité pour le système de santé de faire évoluer ses pratiques, son organisation et sa régulation (que ce soit pour promouvoir l'ambulatoire médical médecine à l'hôpital ou pour d'autres domaines), **la CNAM propose de faciliter le changement en s'appuyant sur des expérimentations organisationnelles**.

L'objectif est d'accompagner les établissements et les professionnels dans l'analyse de leurs pratiques et de leur organisation et d'envisager des solutions innovantes pour mieux répondre aux besoins des patients.

En ce qui concerne l'ambulatoire, elle propose de tester à la fois un nouveau mode d'organisation et de financement de l'ambulatoire à l'hôpital en créant la notion de « pôles ambulatoires ». Cette dernière recouvre l'ensemble des activités de médecine de très courts séjours (hospitalisation complète d'1 ou 2 jours, hospitalisation partielle), les prestations intermédiaires, les consultations et actes externes puisque l'activité de médecine se prête mal à la définition d'une frontière clairement évidente et partagée.

Les éléments importants d'un projet d'expérimentation sur l'activité ambulatoire sont les suivants :

- L'expérimentation doit s'appuyer sur une réflexion autour des parcours de soins permettant de basculer des activités réalisées en hospitalisation conventionnelle en ambulatoire (virage ambulatoire), avec la mise en place d'organisations originales et innovantes.
- La mise en place d'interactions et de partenariats avec la médecine de ville est centrale, pour éviter une concurrence inappropriée avec cette dernière.

La CNAM propose donc que soit expérimentée dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018, la mise en place de ces « pôles » hospitaliers ambulatoires ayant vocation à faciliter des modes de prise en charge intégrées et accélérer le virage ambulatoire en médecine. L'expérimentation serait associée à un financement global spécifique. L'objectif est de proposer aux patients une prise en charge en adéquation avec ses besoins dans un cadre financier adapté substitutif au mode actuel. La construction du financement serait modulaire :

- Une base forfaitaire « populationnelle » calculée à partir de la file active prise en charge par l'établissement
- Une part liée à l'activité : chaque passage dans les pôles entraînerait la facturation d'un tarif à deux niveaux selon que le patient ait passé au moins une nuit à l'hôpital ou non.
- Un intéressement construit sur la valorisation des économies que l'établissement a générées ou contribué à générer par la réduction des durées de séjours, de l'activité d'hospitalisation complète et de l'adaptation du capacitaire.

Conclusion

Le groupe de travail « Prise en charge ambulatoire en médecine » a donc permis de clarifier la typologie des prises en charge ambulatoires réalisées dans les services de médecine au sein de l'APHP et d'identifier quelques éléments clés pour le futur de ces prises en charge modernes :

- Le développement des activités ambulatoires en médecine s'est fait en sus des activités existantes en hospitalisation complète ou en consultation. A ce titre, la notion de « virage ambulatoire » est caduque.
- Quatre grands motifs de prise en charge hospitalière ambulatoire ont été identifiés :
    - Diagnostic : confirmation et annonce diagnostique, et bilan initial de la maladie ;
    - Réévaluation / calage de la stratégie de suivi et de traitement lors d'une poussée ;
    - Thérapeutique : réalisation d'actes ou de séances thérapeutiques ;
    - Evaluation systématique et standardisée de comorbidités.
- Différents modèles organisationnels existent avec plusieurs facteurs clés de réussite :
    - L'identification d'un régulateur médical ;
    - L'identification d'une (ou plusieurs) personne(s) de coordination (IDE ou autre), en charge d'assurer l'organisation de la prise en charge en amont et en aval de la venue hospitalière ;
    - Une planification des créneaux des différents intervenants médicaux et paramédicaux (incluant les étudiants et personnels en formation dans les hôpitaux universitaires) ;
    - Une protocolisation des interactions avec les plateaux médico-techniques.
- Une sécurisation de la valorisation des activités ambulatoires afin de garantir la pérennité des organisations (et éviter de reproduire la cassure observée en 2013-2014).

Au décours des travaux du groupe, la survenue de l'épidémie COVID-19 a eu un impact sur les organisations de services, notamment en ce qui concerne les prises en charge ambulatoires. Plusieurs verrous ont pu être levés dans le contexte de la crise et des innovations organisationnelles se sont développées, certaines étant tout à fait pertinentes et applicables pour les prises en charge ambulatoires, notamment la téléconsultation sur ORTIF ou DOCTOLIB, l'échange de documents par le portail patient de l'APHP, et la téléexpertise avec des discussions de dossiers à distance.

Liste des abréviations

- ACJ : Arthrite Chronique Juvénile
- AMA : Assistant(e) Médico-Administrative
- ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
- ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament
- APA : Activité Physique Adaptée
- AS : Aide-Soignant(s)
- BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
- CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
- CMD : Catégorie Majeure de Diagnostic
- CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- CRB : Centre de Ressources Biologiques
- CRH : Compte-Rendu d'Hospitalisation
- DGOS : Direction Générale de l'Organisation des Soins
- DMP : Dossier Médical Partagé
- DMU : Département Médico-Universitaire
- DOMU : Direction de l'Organisation Médicale et des relations avec les Universités
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- ECG : Electro-Cardio-Gramme
- ETP : Education Thérapeutique du Patient
- GHM : Groupe Homogène de Malades
- GHS : Groupe Homogène de Séjours
- GHU : Groupe Hospitalo-Universitaire
- GT : Groupe de Travail
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HCL : Hospices Civils de Lyon
- HDJ : Hospitalisation de Jour
- HGE : Hépato-Gastro-Entérologie
- HN : Hors Nomenclature
- Hp : Helicobacter pylori
- hors forfait SE
- HTA : HyperTension Artérielle
- HTAP : HyperTension Artérielle Pulmonaire
- IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
- IDEC : Infirmière Diplômée d'Etat de Coordination
- IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- IGF : Inspection Générale des Finances
- IPA : Infirmière de Pratiques Avancées
- IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique
- MG : Médecin Généraliste
- MICI : Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin
- PAC : Port-A-Cath
- PeC : Prise En Charge
- PECAM : Prise En Charge Ambulatoire en Médecine
- PM : Personnel Médical
- PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
- PMT : Plateau Médico-Technique

- PNM : Personnel ParaMédical
- PPR : Pseudo-Polyarthrite Rhizomélique
- PR : Polyarthrite Rhumatoïde
- PTA : Plateforme Territoriale d'Appui
- RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
- RDV : RenDez-Vous
- RGO : Reflux Gastro-Oesophagien
- SP : Soins Palliatifs
- SPA : Spondyloarthrites
- TDM : TomoDensitoMétrie
- TFI : Trouble Fonctionnel Intestinal
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine