

Présentation

Rapport du groupe de travail du Conseil de surveillance sur l'impact de l'accélération des prises en charge ambulatoire au sein de l'AP-HP sur les relations Ville-Hôpital

***Docteur Laurent EL GHOZI
Membre du Conseil de surveillance de l'AP-HP***

Bureau de la CME mardi 29 août 2017

Principaux constats arrêtés par le groupe de réflexion du CS :

Les hospitalisations d'une durée inférieure à 12 heures représentent aujourd'hui à l'AP-HP 36% des séjours de chirurgie et 45% des séjours en médecine, hors obstétrique.

- **Les principes organisationnels de la politique ambulatoire participent à une meilleure qualité des soins**, concourent à faire émerger des prises en charge plus complètes du patient et des organisations plus coordonnées avec l'ensemble des professionnels.

Les bénéfices pour les patients « éligibles » sont indéniables.

▶▶ Ce modèle organisationnel serait à développer pour toutes les autres activités hospitalières sous réserve d'un bénéfice économique global, restant à trouver.

- **L'inscription du développement de la politique ambulatoire par les pouvoirs publics dans un référentiel de recherche d'efficience a pu contribuer à brouiller les messages sur l'ensemble des objectifs poursuivis jusqu'à faire oublier les bénéfices attendus pour les patients.**

-Les interrogations relatives aux forts impacts sur les fermetures de lits en hospitalisation conventionnelle et report de soins sur les acteurs santé de Ville **ont pu être relativisées.**

-Les interrogations relatives à l'adaptation de cette politique aux personnes vulnérables et aux conditions de rassemblement de tous les acteurs du monde de la santé et du secteur social pour opérer une prise en charge complète du patient, **demeurent.**

Etat des lieux et perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire à l'AP-HP :

- **Une accélération indéniable (50% des séjours à horizon 2020), en deçà cependant des objectifs nationaux (66,2% en 2020).**
- **Un travail d'envergure de l'AP-HP pour optimiser le modèle organisationnel de base, articulé autour des phases pré opératoire, autorisation de sortie et post opératoire.**
- **Un faible impact sur les professionnels de Ville (moins de 10% des patients auraient besoin de soins en post opératoire), qui doit cependant être réévalué au regard de l'essor des techniques de RAAC.**
- **Des limites pour un développement d'envergure :**

▶▶ La difficile éligibilité des patients dits vulnérables au plan des critères psycho-sociaux

Nécessité de mettre en place un repérage systématique des fragilités sociales et des solutions alliant continuité des soins et aides à domicile.

L'hôtel patient peut être une réponse à la question de la sécurisation du domicile mais il ne règle pas tout. L'extension du programme PRADO à la chirurgie ambulatoire serait aussi une bonne piste.

▶▶ Un besoin encore mal appréhendé : l'association de tous les professionnels de ville

En amont et en aval d'un séjour, le premier contact du patient est souvent opéré avec les pharmaciens et/ou les IDE plus que les médecins traitants.

-Ils demeurent peu associés alors que tous les professionnels de santé de ville désignés par le patient peuvent être destinataires dorénavant des lettres de liaison et des comptes rendus, et ce dans des délais rapides.

-Ils portent en IDF des initiatives nombreuses pour asseoir cette coordination.

Evolution et perspective de développement des prises en charge hospitalières ambulatoires en Médecine :

- **Un fort dynamisme** : en 2015, l'hospitalisation de jour représente presque 45% des séjours en médecine (hors obstétrique), soit l'équivalent de 12% des journées et connaît des rythmes d'évolution de plus de 3% par an.
- **Cette dynamique s'accompagne de réalisations probantes d'hôpitaux de jour à l'AP-HP**, et notamment de la création de plateformes multidisciplinaires inscrits de plus en plus dans des logiques de parcours de soins.
 - ▶▶ L'accès à ces ressources spécialisées est fortement soutenu par les professionnels de Ville mais l'offre est peu lisible.
- **La poursuite de la dynamique hôpitaux de jour est incertaine en raison de deux facteurs** :
 - la mise en place des forfaits dits de prestation intermédiaire ;
 - l'impact des innovations techniques (télémédecine) et thérapeutiques (développement par exemple des chimiothérapies orales).
- **Surtout, le contexte de l'essor des maladies chroniques et du vieillissement de la population incite à inscrire la politique de développement des hôpitaux de jours dans une politique plus globale de l'ambulatoire à l'hôpital incluant les secteurs des urgences et des soins externes.**

Principales recommandations du groupe de travail

1. Initier une gouvernance ville-hôpital au niveau de chaque groupe hospitalier, préfigurant la mise en place d'une entité de gouvernance intégrant la ville-hôpital

Pour construire les parcours de demain, en s'appuyant sur les ressources du territoire :

Il est proposé de mettre en place une instance de dialogue avec la Ville **sur le modèle du conseil local de santé mental**, associant sous l'égide de l'ARS et des élus du territoire, les professionnels du GH dont le représentant du GHT ancrage et ceux de ville.

2. Optimiser le cadre de gestion des entrées et sorties à l'hôpital avec la Ville

Il faut, demain, garantir que l'accueil et le suivi du patient est bien en place, et pouvoir proposer un recours aux patients et professionnels en cas de défaillance.

- L'organisation de la gestion des entrées-sorties au sein de l'hôpital implique aujourd'hui une pluralité d'acteurs au niveau des services et plusieurs directions fonctionnelles.

Elle pourrait être réorganisée dans les services dans une optique plus centralisée et garantie à un niveau supra par l'institution, en créant par exemple, de directions des parcours englobant les moyens dévolus à cette fonction.

-Proposer un contrat du type « médecins partenaires » aux autres professionnels de santé regroupés en exercice collectif.

-Remettre en place un numéro d'aide pour la conciliation médicamenteuse.

3. Re définir les objectifs et les modalités impartis au développement de la chirurgie ambulatoire

- Clarifier la garantie au patient d'un réel choix alternatif entre chirurgie ambulatoire et hospitalisation conventionnelle.
- Mettre en place les dispositifs permettant l'inclure des patients isolés et vulnérables à la chirurgie ambulatoire.
- S'appuyer sur l'offre de service des pharmaciens de ville pour les patients ne disposant pas de médecin traitant.
- Tendre vers une approche de la tarification basée sur les coûts réels.
- Revoir le paradigme actuel dissociant chirurgie ambulatoire et conventionnelle pour s'intéresser à la gestion de séjours de courte durée ?

4. Inscrire la politique menée en médecine ambulatoire dans un référentiel relatif à « l'ambulatorisation » globale de l'offre hospitalière.

- Poursuivre la mise en place de la stratégie de la politique de développement en médecine ambulatoire avec l'intégration des sujets connexes que sont les soins externes et les urgences.
- ▶▶ Communiquer sur l'offre existante.
- ▶▶ Proposer un contrat du type « médecins partenaires » aux autres professionnels de santé regroupés en exercice collectif.
- Engager des expérimentations sur le partage du forfait parcours ambulatoire à partir des coopérations existantes (BPCO).
- Réfléchir avec la Ville et la CPAM à l'optimisation des ressources en travailleurs sociaux sur un territoire donné.