

3 avenue Victoria
75184 PARIS Cedex 04
Standard : 01 40 27 30 00
Ligne directe : 01 40 27 31 92
Télécopie : 01 40 27 38 95

**PRESIDENCE DU CONSEIL
DE SURVEILLANCE**

L'IMPACT DE L'ACCELERATION DES PRISES EN CHARGE AMBULATOIRE AU SEIN DE L'AP-HP SUR LES RELATIONS VILLE-HOPITAL

***RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL DU CONSEIL DE SURVEILLANCE
DE L'AP-HP***

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS

1. Sur l'initiative de la présidence du conseil de surveillance de l'AP-HP, a été mis en place un groupe de travail sur « l'impact du virage ambulatoire des hôpitaux de l'AP-HP sur la coordination Ville-Hôpital ».	6
2. Postulats	7
3. Le groupe de travail	8
4. Périmètre de réflexion retenue par le groupe	8
-commande initiale	8
-périmètre des activités retenues	8
5. Définitions préalables relatives aux prises en charges hospitalières ambulatoires.	9
5.1 La chirurgie ambulatoire : définition, pour quels actes, pour qui, pour quel mode de prise en charge ?	10
5.2 La médecine ambulatoire hospitalière : définition, pour quels actes, pour qui, pour quel mode de prise en charge ?	12
5.3 Définitions préalables aux prises en charge de Ville	14
6. Coordination- coopération-gouvernance : l'interface ville –hôpital un véritable défi	15
7. Problématique	16

Partie 1 : contexte général de développement des prises en charges ambulatoires hospitalières **17**

1. Préambule : les paradigmes sous-jacents au développement de l'ambulatoire	17
2. Le cadrage national	19
2.1. Une impulsion forte pour le développement de prises en charge hospitalières ambulatoires	19
2.2. Une inscription dans un référentiel de recherche d'économies, qui a pu brouiller les messages sur les bénéfices apportés aux patients par la chirurgie ambulatoire	20
2.2.2. Le fort potentiel de développement mis en exergue par les rapports de la cour des comptes et rapport de l'IGAS	20
2.2.3. Les recommandations exprimées par les représentants des hôpitaux	21
2.2.4. Les recommandations exprimées par les représentants des usagers	22
2.3. Une politique en construction dans le domaine de la médecine ambulatoire	23
2.4. La demande d'un renforcement des liens Ville–hôpital sans clarification à ce stade des modalités globales de coordination, de coopération et de gouvernance	24
2.4.1. Focus sur l'évaluation de la coordination d'appui aux soins	24
2.4.2. Le médecin généraliste appelé à être au centre de la coordination des soins, secondé par les plateformes territoriales d'appui	25
2.4.3. La nouvelle convention CNAM : le choix de la rémunération des parcours complexes en ville	26
2.5. Conclusion	27

Partie 2 : déclinaison par l'ARS IDF et par l'AP-HP de la politique de développement des prises en charges hospitalières ambulatoires et renforcement des liens ville-hôpital **28**

1. Une impulsion forte à l'AP-HP	28
1.1. Une stratégie claire d'accélération et contractualisée entre l'AP-HP et l'ARS	28
1.1.1. Pour la chirurgie ambulatoire	28

1.1.2. Pour la médecine ambulatoire	28
1.2. Une stratégie appuyée par l'ARS IDF	29
1.2.1. Pour le développement de la chirurgie ambulatoire	29
1.2.2. Pour le renforcement des liens entre l'hôpital et la ville	29
1.2.3. Pour l'émergence d'une supra coordination en ville	30
1.3. Une stratégie qui s'inscrit dans le contexte particulier de l'exercice territorial de l'AP-HP	31
1.3.1. l'AP-HP : le CHU de la Région	31
1.3.2. Un contexte actuel de la démographie médicale d'omnipraticiens défavorable mais avec des perspectives d'amélioration à moyen terme	32
2. Etat des lieux de la bascule ambulatoire en chirurgie à l'AP-HP, perspectives d'évolution et besoins de coordination avec la ville.	35
2.1. La chirurgie ambulatoire à l'AP-HP : des capacités en évolution, différentes selon les sites et pour des actes émergents de plus en plus complexes	35
2.1.1. Evolution et perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire à l'AP-HP	35
2.1.1.1. Etat des lieux	35
-Le modèle tarifaire de la chirurgie ambulatoire.	35
-D'actes simples à des opérations chirurgicales plus complexes.	36
-Une accélération indéniable en deçà des objectifs impartis par les pouvoirs publics.	38
-Intérêts et limites de la méthode IGAS-IGF.	38
2.1.1.2. Maturité des hôpitaux et courbes de décollage	39
2.1.1.3. Leviers et perspectives de développement : l'impact de la réhabilitation améliorée après chirurgie sur l'essor futur de la chirurgie ambulatoire	40
2.2 Impacts en volume du développement de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital et en ville	43
2.2.1. Réflexions sur le modèle capacitaire de l'AP-HP	43
2.2.2. Impacts sur le volume des soins de ville	44
2.2.3. Etude de cas : les EHPAD de la Ville de Paris	45
2.3. Quels besoins de coordination Ville-APHP dans le domaine de la chirurgie ambulatoire ?	46
2.3.1. Les besoins de coordination en amont de l'hospitalisation	46
-La question de l'orientation vers la chirurgie ambulatoire.	46
-La question de la décision relative à l'éligibilité des patients.	46
-Discussion autour de la compréhension du patient, de l'accompagnant et du domicile.	47
-La question de l'éligibilité des personnes vulnérables sur le plan social précaires en chirurgie ambulatoire	49
2.3.2. Les besoins de coordination pour le suivi post opératoire	50
-Un travail d'envergure à l'AP-HP sur l'amélioration du modèle organisationnel de base, optimisé au plus grand bénéfice des patients et de leurs accompagnants	51
-Des outils spécifiques pour la formation et l'information des usagers et professionnels de ville.	52
-Un besoin encore mal appréhendé à l'AP-HP : l'association de tous professionnels de santé de ville au suivi des patients.	53
-Demain : quelles solutions alternatives pour assurer la continuité des soins et la mise en place des aides à domicile ?	55
3. Evolution et perspectives de développement des prises en charge hospitalières ambulatoires en médecine	57
3.1. Etat des lieux et perspectives : une forte dynamique dont les perspectives sont incertaines du fait des innovations techniques, des pratiques médicales et du nouveau forfait pour le développement de prestation intermédiaire	58
3.1.1 Evolution et cartographie des hôpitaux de jour à l'AP-HP	58

3.2.2 Un impact des innovations et des thérapies susceptibles de bouleverser les usages actuels	60
3.2. Incertitudes sur le potentiel des séjours en hospitalisation conventionnelle qui seraient à basculer en hôpital de jour	61
3.3. Incertitudes sur l'impact du développement des prestations intermédiaires sur les hôpitaux de jour	61
3.4. Perspectives sur le forfait parcours Ville-Hôpital	62
3.5. Besoins de coordination Ville-AP-HP dans le domaine de la médecine ambulatoire hospitalière	64
4. Dispositifs complémentaires de coordination Ville-AP-HP dans le domaine de l'ambulatoire	65
4.1. Les réponses apportées par l'AP-HP et les professionnels de Ville du territoire	65
4.1.1. Eventail des supports et outils permettant une information éclairée, partagée, sécurisée et privilégiée entre l'APHP, la ville et les usagers	65
-La messagerie sécurisée MS santé en lien avec Orbis.	66
-Une solution de gestion des parcours ambulatoires.	66
-Le portail patient ou la capacité à interagir avec le patient hors de l'hôpital.	67
-Le portail patient de l'AP-HP sera notamment articulé avec les services nationaux.	67
-Le contrat médecins partenaires.	68
4.1.2. Des actions de coopération par disciplines portées par les acteurs hospitaliers et de ville qui préfigurent l'émergence de parcours coordonnés	68
4.1.3. L'expérimentation à venir des hôtels patients : une réponse attendue aux freins socio-économiques du développement de l'ambulatoire	69
4.2. Les réponses apportées par l'ARS IDF : une volonté forte de supra coordination des professionnels de ville et incitation à l'exercice regroupé, partagée et portée par les professionnels de ville du territoire	72
4.2.1. L'expérimentation PAERPA : base des principes pour la supra coordination de la ville et de l'hôpital, centrée sur une approche personnalisée des patients	72
4.2.2. La maison des aînés et des aidants de Paris (M2A) : un exemple probant des bénéfices de la coordination ville-hôpital	72
4.2.3. Interrogations autour de l'articulation des plateformes territoriales d'appui avec l'AP-HP	73
4.2.4. Mouvement de structuration des acteurs santé en ville : l'exemple des pôles de santé	73
5. Pour la construction d'une gouvernance partagée hôpital-ville sur le territoire d'exercice de l'AP-HP	74

Partie 3 : propositions, orientations et mesures pour accompagner l'accélération ambulatoire **76**

Le mot du président du groupe de travail

1. Re définir les objectifs et les modalités impartis au développement de l'ambulatoire autour du patient	77
Préconisation 1 : Garantir au patient un réel choix alternatif entre chirurgie ambulatoire et hospitalisation conventionnelle	77
Préconisation 2 : Mettre en place les dispositifs permettant d'inclure des patients isolés et vulnérables sur le plan social dans des programmes de chirurgie ambulatoire	77
Préconisation 3 : Revoir la tarification applicable aujourd'hui à la chirurgie ambulatoire et le modèle au global de développement de la chirurgie	78

<u>Préconisation 4</u> : Définir les objectifs impartis au développement de la médecine ambulatoire au regard des besoins des patients dans un contexte d'essor des maladies chroniques et vieillissement de la population et saturation des urgences hospitalières.	78
<u>2. Optimiser le cadre de gestion des entrées et sorties à l'hôpital</u>	79
<u>Préconisation 1</u> : l'interface ville-hôpital est avant tout un défi culturel	79
<u>Préconisation 2</u> : Garantir à un niveau supra à l'hôpital que l'accueil et le suivi du patient est bien en place, et pouvoir proposer un recours aux patients en cas de défaillance	79
<u>3. Recommandations spécifiques relatives à l'AP-HP et à son territoire d'exercice</u>	79
<u>Préconisation 1</u> : Initier une gouvernance partagée Ville- Hôpital au niveau de chaque groupe hospitalier sur le territoire du Grand Paris	79
<u>Préconisation 2</u> : Poursuivre et amplifier la politique d'ouverture de l'AP-HP	80
<u>Préconisation 3</u> : Inscrire la politique menée en médecine ambulatoire dans un référentiel relatif à « l'ambulatorisation » globale de l'offre hospitalière	80
SYNTHESE	82
ANNEXES	

AVANT-PROPOS

1. Sur l'initiative de la présidence du conseil de surveillance de l'AP-HP, a été mis en place un groupe de réflexion sur « L'impact de l'accélération ambulatoire au sein de l'AP-HP sur les relations Ville-Hôpital ». Le travail présenté résulte de huit réunions de travail associant une trentaine d'acteurs du monde médical, médico-social et social francilien et d'auditions de diverses personnalités du territoire.

Lors de la présentation du projet de loi de modernisation du système de santé, il a été mis l'accent «sur les mesures recentrant le système de santé sur les soins de proximité et engageant le virage ambulatoire » à l'hôpital. Au sens large, le virage ambulatoire renvoie à l'accélération du développement de prises en charge hospitalières ambulatoires, sans nuit passée à l'hôpital, en médecine et chirurgie autant qu'aux conséquences des réductions de la durée moyenne de séjour en hospitalisation conventionnelle et au souhait de développement de l'hospitalisation à domicile. S'il y a bien une volonté des pouvoirs publics de faire basculer les hôpitaux dans un nouveau référentiel, le concept de virage renvoie à différentes évolutions qui dépassent le sujet de la politique visant à développer la chirurgie et la médecine ambulatoire à l'hôpital, objet du présent rapport.

Ce type de prises en charge en chirurgie comme en médecine, considéré un temps comme supplétif, s'impose de plus en plus à l'AP-HP représentant aujourd'hui 36% des séjours de chirurgie et 45% des séjours en médecine, hors obstétrique. Si cette modalité d'hospitalisation réalisée sur une seule journée a pu être considérée autrefois comme une « hospitalisation en modèle réduit », elle sert aujourd'hui de nouveau modèle de référence, facteur d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

La HAS¹ et l'ANAP² estimaient dès 2012 que cette organisation ambulatoire, notamment en chirurgie, imposait une révolution culturelle et organisationnelle dans les hôpitaux. De lieu de séjour, l'hôpital devrait devenir de plus en plus un lieu de passage, une étape de plus en plus technique et spécialisée dans le parcours global de soin, qui appelle une réflexion accrue sur l'amont et l'aval de la prise en charge des patients. Dans le domaine de la médecine ambulatoire, l'essor des maladies chroniques et du vieillissement de la population nécessitent des actions accrues en prévention et soins spécialisés qui doivent pouvoir s'appuyer sur les structures hospitalières, en relation étroite avec la Ville, pour favoriser un maintien à domicile des patients.

L'inscription de ce développement dans un référentiel de recherche d'efficience a pu cependant brouiller les messages sur l'ensemble des objectifs poursuivis jusqu'à faire oublier les bénéfices attendus pour les patients dans le domaine de la chirurgie ambulatoire. De même, il a pu susciter des craintes sur le report de soins sur les acteurs santé de Ville dans un contexte marqué par des tensions fortes sur la démographie de certains professionnels de santé et d'interrogations sur leurs rôles et fonctions. L'accélération souhaitée de leur développement a fait rejaillir la question du partage des informations médicales entre les différents professionnels de santé, de la dichotomie entre le sanitaire et le social et de leur gouvernance demain, sans structure adaptée à ce jour pour leur coordination.

Le développement de l'ambulatoire bouleverse en effet les représentations relatives à l'hôpital tant pour ses acteurs, que pour ses partenaires et ses usagers. Il y a, par ailleurs, une préoccupation forte, dans ce cadre, à la question de l'adaptation de cette politique aux patients vulnérables sur le plan social.

¹ Haute Autorité de Santé.

² Agence Nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

2. Postulats

Le groupe indique d'emblée que :

- Le sujet est circonscrit aux cas de prise en charge médicale d'un patient pour une hospitalisation d'une durée inférieure à 12h réalisée principalement au sein d'unités de chirurgie ambulatoire et au sein d'hôpitaux de jour de médecine et de gériatrie sur le territoire francilien.
- La dimension temps (court, moyen et long terme) est importante quant aux constats opérés et préconisations faites eu égard à la diffusion de cette innovation organisationnelle et aux évolutions démographiques des professions médicales et paramédicales de ville.
- La question des outils du partage d'informations, base de la coordination, ne doit pas masquer l'absence de définition sur ce qui doit être partagé et comment ce partage doit être effectué en fonction des contraintes de chaque interlocuteur, en évitant toute tentation d'hégémonie des uns sur les autres.
- De multiples collaborations attachées à une pathologie existent déjà entre l'AP-HP et la Ville et un travail est amorcé sur des gestions de parcours plus globaux et centrés sur les patients.
- Un mouvement de structuration et de dynamisation des acteurs de ville (équipe de soins primaires, communauté professionnelle territoriale de santé, centres de santé, aides à l'installation des professionnels libéraux) est d'ores et déjà engagé à l'échelle de Paris et de la région.
- Le cadre spécifique de la coordination Ville-Hôpital n'existe pas à ce stade. La mise en place des plateformes territoriales d'appui sous l'égide de l'ARS qui auraient vocation à faire le lien avec les diverses entités ne répond pas entièrement à cet objectif car il s'agit avant tout de proposer en IDF un appui aux médecins généralistes pour la gestion des cas complexes.

Le développement de l'ambulatoire nécessite en particulier la mise en place d'outils performants de communication et de coopération avec les partenaires de ville. Hier, la coordination était principalement opérée en amont d'un séjour chirurgical à l'Hôpital sous l'angle médical et s'arrêtait en quelque sorte à ses portes. Aujourd'hui, dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, elle est opérée en aval du séjour et plus centrée sur le patient que sur les professionnels de santé de ville. Dans le cadre de la médecine ambulatoire hospitalière, elle nécessite la réévaluation en continu et partagée de la prise en charge du patient en raison de parcours plus itératifs. Elle nécessite, dans tous les cas, la dispensation d'informations/formations pour leur prise en charge.

Côté ville, le cadre actuel défini repose principalement sur le médecin traitant à qui est confié la coordination du parcours des soins, avec de nouveaux modes de rémunération pour la gestion des cas complexes et l'appui des plateformes territoriales d'appui mais sans véritable clarification des rôles et missions confiées en fonction des interventions.

Le modèle économique soutenant le virage ambulatoire est bien entendu un des points majeurs du sujet tant du point de vue de l'équilibre financier des hôpitaux, que du financement des soins réalisés « en ville », de la rémunération de la coordination ou de l'augmentation éventuelle des « restes à charge » pour le patient.

Se pose *in fine*, la question du pilotage de cette coordination et actions de coopération entre les cadres proposés par la tutelle (conférences territoriales de santé, contrats locaux de santé), l'émergence de la notion de gouvernance médico-sociale en Ville (coordination des acteurs sur le modèle de l'expérimentation PAERPA et mise en place de plateformes territoriales d'appui) et les initiatives diverses prises par les hôpitaux et la Ville pour mieux structurer les parcours autour du patient et renforcer les possibilités d'intervention à domicile.

La question du « l'accélération ambulatoire » est donc bien celle des réponses jusqu'ici difficilement apportées à l'articulation Ville-Hôpital et des 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, sans rupture dans les soins prodigués.

3. Le groupe de travail

Le travail présenté est le fruit de huit réunions de travail associant une trentaine d'acteurs du monde médical, médico-social et social francilien et d'auditions menées parallèlement. La composition du groupe est décrite en annexe. Il apporte un constat, non exhaustif certes, mais dense, fouillé, précis de ce qui se fait dans les Hôpitaux de l'AP-HP dans le champ des prises en charge ambulatoire.

Huit réunions se sont tenues de juin 2016 à mars 2017. Les sessions de travail ont été organisées en trois grandes parties :

- 1) Etablir l'état des lieux de l'accélération ambulatoire des hôpitaux de l'AP-HP et problématiques afférentes au regard de son territoire d'exercice.
- 2) Dresser les conditions d'un développement harmonieux de cette bascule tout en identifiant les actions à conduire à l'échelle du territoire face aux interrogations subsistantes.
- 3) Conforter un certain nombre de préconisations au niveau national et régional pour réussir ce virage et mieux préparer l'usager et les professionnels à cette révolution ambulatoire.

4. Périmètre de réflexion retenue par le groupe :

-Commande initiale : l'impact du virage ambulatoire sur la coordination ville-hôpital.

Le groupe propose de requalifier comme suit le titre du rapport : « **L'impact de l'accélération des prises en charge ambulatoire au sein de l'AP-HP sur les relations Ville-Hôpital.** S'il y a bien une volonté des pouvoirs publics de faire basculer les hôpitaux dans un nouveau référentiel, le concept de virage renvoie à différentes évolutions qui dépassent le sujet de la politique mise en place en chirurgie et médecine ambulatoire (hôpitaux de jour) et on verra que l'on ne peut parler de virage dans ce domaine mais plutôt d'accélération. Le sujet est aussi celui des dispositifs de coopération et de gouvernance à mettre en place pour assurer une prise en charge globale du patient sans rupture entre l'hôpital et la ville et non uniquement de simple coordination.

-Périmètre des activités retenues :

Le périmètre du groupe de travail concerne les **activités ambulatoires à l'AP-HP en médecine (hors obstétrique), chirurgie et en soins de suite et réadaptation (SSR)**. Les problématiques relatives aux urgences et aux soins externes ont été écartées conformément aux politiques définies pour la chirurgie et médecine ambulatoire hospitalière, comme la question de l'Hospitalisation à Domicile (HAD).

Le territoire retenu correspond au territoire de référence de l'AP-HP comme centre hospitalo-universitaire de la région Ile-de-France.

L'AP-HP est un centre hospitalier universitaire à dimension européenne mondialement reconnu. Ses 39 hôpitaux accueillent chaque année 8 millions de personnes malades : en consultation, en urgence, lors d'hospitalisations programmées ou en hospitalisation à domicile. Elle assure un service public de santé pour tous, 24h/24. L'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris est le centre hospitalo-universitaire de la région Île-de-France. Les 39 hôpitaux dont l'hospitalisation à domicile, sont regroupés en 12 groupes hospitaliers.

Source : Rapport d'activités 2015

Le 1er employeur d'IDF avec près de 100 000 professionnels au service des patients et + 210 métiers exercés

- 12 500 médecins* et 4 920 internes
- 56 820 personnels soignants* (hospitaliers, médico-techniques et sociaux éducatifs)
- 9 789 personnels administratifs* et 6 094 personnels techniques et ouvriers*

*ETP

Un CHU d'envergure

- 118 pôles et 571 services
- 20 704 lits toutes disciplines confondues
- 2 695 places d'hôpital de jour

Activité 2015**Près de 8 M de patients pris en charge**

- 1,3 M de séjours en MCO
- 5,2 M consultations externes
- 1,14 M de passages aux urgences dans 25 services d'urgences générales (17 adultes et 8 enfants) et près de 2 M d'appels reçus aux 4 centres 15 de l'AP-HP
- 334 000 actes opératoires dans les 50 blocs chirurgicaux à l'AP-HP (+ de 300 salles d'opération)
- 27 987 patients pour les 25 PASS de l'AP-HP dont 15 205 pour une 1ère consultation

5. Définitions préalables relatives aux prises en charges hospitalières ambulatoires

L'ambulatoire vise les cas de prise en charge médicale d'un patient, sans hospitalisation, ou pour une hospitalisation d'une durée inférieure à 12h en chirurgie, médecine obstétrique et SSR, tel que défini et organisé comme suit :

Article D6124-301-1**► Absence d'Hébergement**

Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires dispensent les prises en charge prévues à l'article [R. 6121-4](#), d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge.

Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet.

► Une organisation spécifique et distincte

Ces structures doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent de moyens dédiés en locaux et en matériel. Elles disposent également d'une équipe médicale et paramédicale dont les fonctions et les tâches sont définies par la charte de fonctionnement prévue à l'article D. 6124-305 et dont tous les membres sont formés à la prise en charge à temps partiel ou à celle d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires.

Cette équipe peut comprendre, dans le respect de l'organisation spécifique de la prise en charge à temps partiel et des dispositions prévues à l'article D. 6124-303, des personnels exerçant également en hospitalisation complète sur le même site.

Article D6124-303

▶ Avec la présence minimale d'une équipe de soins pluri professionnelle

Le nombre et la qualification des personnels médicaux et auxiliaires médicaux ainsi que le nombre d'aides-soignants exerçant dans les structures et unités de soins mentionnées à l'article D.6124-301-1 sont adaptés aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activité effectués, et aux caractéristiques techniques des soins dispensés. Pendant les heures d'ouverture, est requise, dans la structure pendant la durée des prises en charge, la présence minimale permanente :

1° D'un médecin qualifié ;

2° D'un infirmier diplômé d'Etat ou, pour l'activité de soins de suite et de réadaptation, d'un infirmier diplômé d'Etat ou d'un masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat ;

3° En sus des personnels mentionnés aux 1° et 2°, d'un médecin anesthésiste réanimateur si la structure pratique l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire ainsi que d'un nombre d'infirmiers diplômés d'Etat adapté à l'activité pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.

5.1 La chirurgie ambulatoire : définition, pour quels actes, pour qui, pour quel mode de prise en charge ?

Sur l'ensemble de ces éléments, il est renvoyé au rapport d'évaluation technologique sur la chirurgie ambulatoire de mai 2014 de la Haute Autorité de Santé³ dont ne sont repris ici que quelques extraits pour la bonne compréhension du sujet.

-Définition ?

La France a labellisé le vocabulaire dans le cadre de la conférence de consensus de mars 1993 : « La chirurgie ambulatoire est définie comme des actes chirurgicaux [...] programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention ».

Le décret n° 92-1101 et n° 92-1102 du 2 octobre 1992 a fondé les bases réglementaires des structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire en les qualifiant de structures de soins alternatives à l'hospitalisation.

Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet. Cette définition indique que :

-la chirurgie ambulatoire impose une hospitalisation, car le patient est admis, séjourne dans l'établissement hospitalier et passe par le bloc opératoire, à la différence du soin externe effectué en consultation ;

-la durée de séjour du patient est limitée à 12 heures maximum.

-Pour quels actes ?

La chirurgie ambulatoire n'est pas une nouvelle technique, l'acte opératoire est le même que celui effectué en chirurgie classique, mais est réalisé dans des conditions d'organisation particulières. Il s'agit donc d'un acte chirurgical qui, en aucun cas, ne peut être assimilé à de la « petite » chirurgie ou de la chirurgie « légère ».

Plusieurs textes ont changé le paradigme initial qui considérait cette chirurgie comme supplétive. Elle est aujourd'hui étendue à l'ensemble des patients et à l'ensemble de l'activité de chirurgie, la chirurgie ambulatoire devenant la référence.

³ HAS « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire, éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient » Texte court, mai 2014.

-Pour quel mode de prise en charge ?

La prise en charge d'une intervention en ambulatoire passe par quatre étapes obligatoires :

.**L'évaluation préopératoire** qui est l'étape au cours de laquelle la décision de réaliser la chirurgie en ambulatoire est prise sur la base du triptyque patient-acte-structure. Il s'agit d'évaluer le rapport bénéfice/risque pour le patient, d'anticiper les effets secondaires prévisibles et de préparer sa sortie.

.La phase peropératoire en elle-même qui est techniquement adaptée sur le plan anesthésique et chirurgical pour garantir le succès de la procédure selon un mode ambulatoire.

.**La phase d'autorisation de sortie** qui repose sur une évaluation médicale à l'issue de laquelle un bulletin de sortie est remis par un des médecins de la structure.

Celui-ci mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, précise les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance post-opératoire et anesthésique concernant en particulier la prise en charge de la douleur, et les coordonnées des personnels de l'établissement de santé assurant la continuité des soins.

.Le suivi du patient en postopératoire :

Il peut être assuré notamment par un appel téléphonique le lendemain de l'intervention et permet de réitérer les consignes postopératoires, de s'assurer de leur suivi et de vérifier le bon déroulement de la phase postopératoire.

-Pour quels bénéfices et risques ?

Sous réserve d'être maîtrisée et bien organisée, les bénéfices de la chirurgie ambulatoire pour les patients sont classiquement admis et particulièrement pour la population pédiatrique et les personnes âgées. Les bénéfices attendus sont :

-Moindre exposition aux infections nosocomiales (cinq à six fois moins d'infections sur site opératoire pour les patients ambulatoires par rapport à l'hospitalisation traditionnelle puisque l'exposition à ce risque augmente avec la durée de l'hospitalisation).

-De plus, l'utilisation de techniques mini-invasives, favorisée par la prise en charge en ambulatoire, diminue le risque d'infections du site opératoire.

-Par ailleurs, le risque thromboembolique apparaît extrêmement faible en chirurgie ambulatoire et serait inférieur à celui de la chirurgie conventionnelle.

-Des bénéfices plus subjectifs : plus grande satisfaction des patients. L'enquête PNIR (Programme national inter-régimes) de l'Assurance maladie d'octobre 2003 a montré que 90 % des patients se sont déclarés satisfaits, à l'issue d'une prise en charge ambulatoire. 81 % des Français seraient prêts à recourir personnellement à la chirurgie ambulatoire. D'après une étude française réalisée auprès de professionnels de santé hospitaliers, le taux de satisfaction était de 92,3 %. La très grande majorité des professionnels jugeait positif le service rendu au patient par l'unité de chirurgie ambulatoire.

-Pour qui ?

.Critères d'éligibilité ?

La sélection des patients repose sur des critères médicaux et sur des critères d'ordre psychologique et social. L'adaptation des critères sociaux et environnementaux au contexte régional (éloignement, offres de soins, profil des patients) est essentielle.

De plus, la chirurgie ambulatoire étant particulièrement adaptée aux patients qu'un éloignement du cadre de vie habituel pourrait perturber (notamment les enfants et les personnes âgées), une interrogation sur les conditions de vie de ces personnes aux extrêmes des âges et sur la responsabilité de leur accompagnant doit être portée.

La description des besoins en hébergement postopératoire (la nuit suivant l'intervention et/ou le lendemain) tient compte d'éléments d'ordre social et environnemental. Elle nécessite en outre de s'interroger sur : « la place et le rôle de l'accompagnant, la place des soins de ville ».

.Participation du patient à l'appréciation de son éligibilité ?

La « décision médicale » pour une opération réalisée en ambulatoire doit être « partagée » entre le professionnel de santé et le patient. Concernant sa santé individuelle, le patient doit avoir réellement le choix, ce qui pose à terme la question de la possibilité d'être opéré dans un service conventionnel et du temps dévolu à ce dialogue. Il doit également être tenu compte du proche aidant et de sa capacité à seconder le patient.

Conclusion intermédiaire : l'unité hospitalière de chirurgie ambulatoire a la responsabilité d'organiser la continuité de soins, au besoin avec un autre établissement de santé accueillant des disciplines similaires pratiquées par la structure. Le partage d'informations et/ou la coordination avec la médecine de ville, en amont comme en aval de l'intervention, doit également contribuer à la continuité des soins, à condition qu'elle soit organisée en conséquence.

Du fait de l'impulsion des pouvoirs publics, la chirurgie ambulatoire est devenue une des activités les plus prévoyantes, les plus sécurisées et les mieux articulées avec la ville et les patients, avec des actes moins invasifs. Elle est mieux organisée que beaucoup d'activités à l'hôpital. Le niveau de satisfaction des patients y ayant recouru est élevé (90%). Il faut cependant souligner qu'elle concerne, à ce jour, essentiellement des actes opératoires relativement légers.

La chirurgie ambulatoire est le modèle organisationnel de référence en chirurgie, aujourd'hui étendue à l'ensemble des patients et à l'ensemble de l'activité de chirurgie.

5.2 La médecine ambulatoire hospitalière : définition, pour quels actes, pour qui, pour quel mode de prise en charge ?

- Une définition par défaut.

.Aux termes de l'article R. 6221-4 du code de la santé publique, l'hospitalisation de jour de médecine est une alternative à l'hospitalisation complète. Les prises en charge éligibles au sein de ces structures se définissent par opposition aux autres prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé (actes et consultations externes). L'instruction « frontière » précise les conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) d'hôpital de jour dans les termes suivants : « ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS toute prise en charge qui peut habituellement être réalisée soit en médecine de ville s'agissant du secteur libéral, soit dans le cadre des consultations ou actes externes s'agissant des établissements de santé antérieurement sous dotation globale. » Il n'existe donc pas de définition positive de l'hospitalisation de jour de médecine. Néanmoins, plusieurs actes de plusieurs professionnels et leur coordination sont requis.

- Un hôpital de jour requiert une unité de lieu (l'hôpital de jour) et de temps (une journée).

Les modalités d'organisation des structures d'hospitalisation de jour de médecine sont définies par les articles D. 6124-301 et suivants du code de la santé publique. Les prises en charge qu'elles dispensent doivent être réalisées en moins de douze heures, ne comprennent pas d'hébergement (nuitée) et s'appliquent aux patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge.

Ces structures doivent :

- ▶ Être identifiables.
- ▶ Faire l'objet d'une organisation spécifique.
- ▶ Être organisées en plusieurs unités de soins individualisées.
- ▶ Disposer de moyens dédiés en locaux et en matériel.

- ▶ Disposer d'une équipe médicale et paramédicale, dont les fonctions et les tâches sont définies par la charte de fonctionnement et dont tous les membres sont formés à la prise en charge à temps partiel.
- ▶ Être organisées de manière à limiter le plus possible les déplacements des patients au sein de la structure hospitalière d'ensemble. L'équipe peut être composée de personnels exerçant également en hospitalisation complète sur le même site, et l'existence d'un plateau technique dédié à ces structures n'est pas impérative.

Par-delà le cadre juridique mentionné précédemment, il n'existe pas d'organisation type des prises en charge de l'hôpital de jour de médecine. Les textes précités du code de la santé publique laissent des marges de manœuvres aux établissements pour organiser leurs structures, notamment sur la composition du personnel et l'utilisation du plateau technique. L'organisation de ces structures est ainsi variable selon les établissements. L'unité de médecine ambulatoire peut être plus ou moins polyvalente, ou a contrario spécialisée.

- **L'importance de la coordination pour les modalités d'entrées et de sortie**

De même qu'en matière de chirurgie ambulatoire, le rôle des personnels paramédicaux et tout particulièrement de l'encadrement soignant est essentiel dans l'organisation de la planification, de la programmation et du suivi du bon déroulement des prises en charge. Ces organisations millimétrées sont d'autant plus importantes à mettre en œuvre qu'il n'y a pas, en médecine, de prestation ou de lieu pivot clairement identifiés permettant de structurer la prise en charge, comme l'intervention de l'anesthésiste et le bloc opératoire en chirurgie. Elles reposent sur des modalités d'entrée et de sortie qui doivent être efficaces et rapides (circuit identifié, rappel du patient, admission, programmation de tous les rendez-vous, sortie rapide avec tous les documents) et supposent une coordination forte de l'ensemble des acteurs, en particulier du point de vue de l'accessibilité des plateaux techniques. Il convient de distinguer la programmation (organisation des venues des malades avec prise de rendez-vous des différents examens, actes et consultations...) et la coordination du parcours avec les différents acteurs et l'extérieur de l'Hôpital. Le lien, en temps réel, avec les professionnels de ville est capital.

- **Une organisation variable**

L'organisation constatée de ces prises en charge prend de fait des formes diverses :

- ▶ Le mode d'adressage des patients en hôpital de jour dépend du mode d'organisation de l'établissement et de ses relations avec les professionnels de ville.
- ▶ La planification de l'activité peut être exercée par des médecins coordonnateurs, des IDE, ou, dans certains cas, des secrétaires même si les acteurs conviennent qu'une qualification médicale permet d'exercer cette tâche dans les meilleures conditions.
- ▶ La programmation peut donner lieu ou non à un rappel 24 ou 72 heures avant la date de la venue, pour vérification de la venue du patient et de la complétude de son dossier.

- **L'hôpital de jour s'inscrit dans un continuum de modes de prise en charge**, avec des relations de proximité plus ou moins étroites. Au-delà de son interface avec l'hospitalisation conventionnelle, l'hôpital de jour est une modalité parmi un ensemble de solutions de prises en charge :

- ▶ Soit, constituant des alternatives à l'hospitalisation complète : notamment l'hospitalisation à domicile (HAD), les soins de suite et de réadaptation (SSR) ou les prises en charge ambulatoires en psychiatrie.
- ▶ Soit, visant à assurer un suivi spécialisé, coordonné ou pluridisciplinaire des patients, notamment ceux qui sont touchés par des pathologies lourdes, complexes ou multiples. Il s'agit notamment des consultations et d'actes qui nécessitent la mobilisation de plateaux techniques, d'avis spécialisés et un temps d'exécution, de réflexion et de coordination.

En dehors de ses missions traditionnelles, l'hôpital de jour peut également entretenir des relations de proximité avec d'autres structures ou organisations chargées de favoriser une prise en charge coordonnée et pluri-professionnelle des parcours de soins.

Conclusion intermédiaire :

L'hospitalisation de jour de médecine est définie par défaut comme une alternative à l'hospitalisation complète. Les prises en charge éligibles au sein de ces structures se définissent par opposition aux autres prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé (actes et consultations externes).

Les différents modes de prise en charge en hôpital de jour sont à « géométrie variable ». Il s'agit principalement de venues à des fins de prévention ou de rééducation en gériatrie, de bilans comme en diabétologie ou de thérapies comme en oncologie. Cette diversité s'inscrit dans un contexte réglementaire actuel « mouvant » (difficultés d'interprétation de l'instruction frontalière) qui rend difficilement lisible pour les usagers et professionnels de ville l'offre hospitalière de jour. Le développement de l'hospitalisation de jour est une réponse au développement des maladies chroniques et au vieillissement de la population qui se caractérise par un nombre croissant d'allers-retours entre la ville et l'hôpital, dans un contexte de multi morbidité croissante requérant l'intervention conjointe de plusieurs médecins ou professionnels paramédicaux autour d'un patient. Comme en chirurgie, le modèle organisationnel repose à l'hôpital sur des organisations millimétrées accordant un rôle primordial à la coordination péri et intra-hospitalière et nécessitant des investissements conséquents pour isoler ces secteurs, les placer à proximité des plateaux techniques de radiologie ou d'explorations fonctionnelles et offrir des conditions d'accueil confortables aux patients.

5.3 Définitions préalables aux prises en charge de Ville

Il est fait référence aux professionnels et institutions traitant principalement des soins de premier recours participant à la coordination des soins de proximité : les professionnels de santé de Ville quels que soient leurs statuts (public, libéral) ou les formes d'exercice (individuel, regroupé). Cela comprend aussi les établissements médico-sociaux et toutes les structures accompagnant les patients sur le plan social.

-Ces professionnels de santé de ville de premier recours exercent **pour certains de façon regroupés** sous forme de : **Maison de santé pluri professionnelles (MSP)⁴** de **centres de santé⁵** ; **Pôles de santé⁶**, ces derniers appelés à devenir, sauf opposition de leur part, des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

-Ces structures d'exercice collectif sont **complétées par des organisations plus transversales et/ou spécialisées** telles que les : **réseaux de santé⁷** appelées dans le cadre du PRS 2013-2017 à se

⁴L 6323 CSP : activités de soins sans hébergement de 1er recours et le cas échéant de 2nd recours + actions de santé publique de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales dans le cadre du PRS (projet régional de santé).

⁵ L6323-1 CSP : structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement, au centre ou au domicile du patient.

⁶ L6323-4 CSP : activités de soins de 1er recours et le cas échéant de 2nd recours par regroupements de professionnels de santé

⁷ L6321-1 CSP : inscrits dans la loi depuis 2002, les réseaux constituent l'un des principaux dispositifs de coordination des acteurs (sanitaire, médico-social et social) intervenant sur le parcours de soins des patients en situation complexe. Regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé (médecins, infirmières, etc..) et de professionnels non médicaux (travailleurs sociaux, personnels administratifs, etc..). Dans leur grande

réorienter vers plus de coordination et d'appui aux professionnels de santé ; **MAIA** (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer)⁸ et les **CLIC** (centre locaux d'information et de coordination gérontologique)⁹.

Plusieurs autres acteurs intègrent dans leur activité une fonction de coordination des soins de proximité, notamment des **structures médico-sociales** telles que les EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ou les SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile / publique ou privée)¹⁰.

***Conclusion intermédiaire** : L'exercice dans des structures regroupées de Ville est fortement encouragé aujourd'hui par les pouvoirs publics. La multiplicité des organisations actuelles témoigne de la réalité d'un besoin d'organisation plus collaboratif, de leur inscription territorialisée en proximité et de leur lisibilité pour les professionnels mais d'abord pour les patients. La pluralité des modes d'organisation et de structuration de l'ambulatoire en ville et le caractère plus ou moins transversal de la coordination avec les acteurs sociaux et médico-sociaux ne contribuent pas à faciliter les repères du patient. Actuellement, la coordination n'est prévue qu'entre professionnels et en sont exclus dans un grand nombre de cas le patient et ses proches aidants.*

6. Coordination-coopération-gouvernance : l'interface Ville-Hôpital est un véritable défi

La coordination est entendue ici comme « *le rassemblement de tous les acteurs du monde de la santé et du secteur social dont la coordination permet une véritable prise en charge complète (globale) du patient et de son aidant, sans rupture dans les soins prodigués* ».

La coopération vise le ou les dispositifs qui permettent à l'ensemble de ces professionnels d'opérer entre eux des transferts d'activités et d'actes ou de réorganiser leurs modes d'interventions auprès du patient.

Parce qu'elle doit se faire entre deux acteurs asynchrones de la prise en charge sanitaire, l'un développant une approche globale du patient, l'autre centrée sur une pathologie, l'interface ville-hôpital est un véritable défi. La structuration duale de l'offre de soins elle-même ne contribue pas à faciliter la coordination de la pratique médicale et en rend l'exercice plus difficile que ce soit du fait du cloisonnement et de la concurrence entre l'hôpital et la Ville et/ou de la faiblesse de l'exercice collectif en ville.

A ces difficultés s'ajoute l'enchevêtrement des territoires de santé définis par l'ARS. Chaque politique publique mise en œuvre se déploie sur un territoire spécifique qui perturbe la lisibilité de la prise en charge. Les services sociaux qui, eux, relèvent des conseils départementaux se déploient dans une autre dimension territoriale complexifiant au passage la lisibilité et la cohérence de la coordination.

majorité, constitués sous forme d'association loi 1901, ils ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge

⁸ MAIA : structure de coordination regroupant les activités institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social et sanitaire sur un même territoire auprès des Personnes âgées atteintes Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie

⁹ CLIC: guichet à destination des retraités, des personnes âgées et de leur entourage ou des professionnels de la santé et du maintien à domicile avec 3 niveaux de mission : 1-informer, orienter ; 2-évaluer, plan d'intervention ; 3-accompagner, assurer un plan d'aide, coordonner.

¹⁰ Leur vocation est d'éviter l'hospitalisation des Personnes Agées, faciliter le retour au domicile, à la suite d'une hospitalisation, prévenir ou retarder un placement en institution.

7. Questions à résoudre :

- 1.** Mesure de l'impact quantitatif et qualitatif de l'impact du virage ambulatoire des hôpitaux de l'AP-HP sur la Ville.
- 2.** Actions prioritaires à conduire pour mettre en place un cadre pour la coordination et la coopération entre la ville et l'hôpital.
- 3.** Modalités de renforcement des possibilités d'intervention à domicile, en lien avec la ville.
- 4.** Modalités d'information et de communication avec les citoyens et leurs représentants élus sur les transformations du référentiel de mode de prise en charge à l'Hôpital consécutives de ce virage.

1. Partie 1 : contexte général de développement des prises en charges hospitalières ambulatoires

1. **Préambule** : les paradigmes sous-jacents au développement de l'ambulatoire

Un important retard Français malgré des gains avérés en matière de qualité et de confort des soins pour les patients

- Avantages à la chirurgie ambulatoire :
.Amélioration de la sécurité et du confort de la prise en charge
.Facteur de développement des innovations dans le domaine des techniques chirurgicales et des organisations.
- Avantages à la médecine ambulatoire :
.La prévention
.Le confort : une alternative à l'hospitalisation
.Un suivi spécialisé, coordonné et pluridisciplinaire.

Une prise en charge résolument centrée sur le patient

- Emergence de la notion de médecine prédictive, personnalisée dans une dimension holistique et non plus spécialisée.
- Emergence de la notion de parcours ou la fin du modèle structurel de l'offre de soins opposant prise en charges hospitalières et de ville. (*Intervention de Yann Bourgueil sur l'évolution du modèle : d'un système de soins ambulatoire peu hiérarchisé et professionnel à la territorialisation de la santé et des populations.*)

Réduire le recours aux services de l'institution et favoriser le maintien dans leur milieu de vie des personnes.

Mme Martine Bungener, Directrice de recherche émérite CRS, Cermes-3 a retracé dans une présentation complète aux membres du groupe, qui figure en annexe du rapport, la généalogie du « prendre soins hors les murs » et débats que cela a pu susciter.

« Phase 1 : dès l'Ancien Régime, la situation des personnes sans famille dont les soins étaient pris en charge par le caritatif institutionnel était connue.

Phase 2 : soigner à l'hôpital à coût croissant est signe de progrès et d'efficacité.

Dans les années 70, quand l'aide des familles est sollicitée dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, certaines refusent de s'y prêter, considérant que ce n'est pas de leur ressort et qu'il est bénéfique pour le malade et pour la société au sens large de recourir à un soin hospitalier pensé comme plus technique et de meilleure qualité. Les soins hospitaliers étaient en effet gages de progrès et d'efficacité dans le cadre d'un accroissement des savoirs et des techniques médicales. Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, le financement collectif assurantiel de la santé a de plus rendu possible le développement des « *machines à guérir* », selon les termes de Michel Foucault. Les résultats obtenus par les hôpitaux faisaient d'ailleurs l'objet d'une valorisation particulière. Le soin hors les murs étant ressenti comme une perte de chances pour les malades et de coût faible (donc sans valeur sociale), il ne pouvait que disparaître.

Phase 3 : **excès et limites du soin confiné dans les murs hospitaliers.** La fin des années 80 est marquée par l'émergence d'un discours mettant en garde contre l'hospitalo-centrisme que ce soit sur les effets néfastes de l'enfermement en psychiatrie ou du fait du renforcement des hiérarchies

dans le monde médical avec une dévalorisation implicite de la médecine générale. Dans un contexte d'accroissement irrésistible des coûts, le soin confiné dans les murs hospitaliers a fini par rencontrer ses limites avec les infections nosocomiales ou l'aspiration des patients au retour à domicile, même si celle-ci recouvre une réalité différente pour une personne âgée, un malade en psychiatrie ou un patient faisant une dialyse à domicile. On redécouvre alors l'intérêt des soins hors les murs qui étaient moins coûteux, tout en les maintenant dans l'ombre, tout particulièrement les soins familiaux. En quelques décennies, les usages ont pourtant fortement évolué à partir d'arguments forts, particulièrement sur le rôle polyvalent des familles, sur fond de révolution complète des représentations sociales.

Phase 4 : à la fin des années 90 apparaît la nécessité d'organiser le « prendre soin hors les murs de l'hôpital » dont ce groupe de travail n'est qu'un nouvel avatar, dans un contexte bien connu, à savoir un tableau épidémiologique inédit avec les maladies chroniques et le vieillissement faisant alterner phases aiguës de soins et de surveillance. La politique affichée de maintien à domicile, notamment pour les personnes âgées dépendantes, trouve sa justification par la qualité de vie et l'économie des coûts d'hébergement. Les durées hospitalières tendent à se réduire au profit de l'hospitalisation à domicile, bien que les transferts de coûts restent de nouveau mésestimés. Les soins de ville témoignent d'une organisation nouvelle, effet de l'affirmation de la médecine générale qui a cherché à s'adapter aux changements épidémiologiques. Que ce soit pour la maladie psychiatrique, la dépendance ou la maladie d'Alzheimer, plusieurs plans ont redécouvert le prendre soin familial qui est à la fois gratuit, polyvalent et assurant l'hébergement, tout en réfléchissant pour certains au dédommagement des familles. Celles-ci ont donc commencé par prendre en charge la maladie, avant de devenir invisibles au profit des soins professionnels, pour qu'aujourd'hui, le soin familial soit de nouveau valorisé ».

Un objectif pour le système de santé d'équité et de soutenabilité, dans un contexte de croissance durablement molle et de contrainte économique forte.

M. Yann BOURGUEIL, Directeur de recherches, IRDES (Institut de Recherches et de Documentation en Economie de la Santé) a dans une présentation sur les « **pistes pour une généralisation de la coordination** » **donné les clés du rapport coordination-contexte économique.**

« L'idée générale qui est derrière la question de la coordination/organisation du système de soins c'est de garder un système soutenable, c'est-à-dire équilibré entre les dépenses et les recettes tout en étant fondé sur la solidarité (les cotisations sociales dont le principe fondateur est - on contribue en fonction de ses moyens et l'on bénéficie en fonction de ses besoins) et en visant l'équité c'est-à-dire les mêmes chances de guérison/bonne santé pour chacun (à état morbide équivalent) quelle que soit sa position sociale, ce qui suppose de faire plus pour certains groupes défavorisés.

Je rappelle que nous avons en France, un système de soins très performant mais également une perspective de croissance économique molle durable. L'idée générale est que pour garder un système soutenable, il faut s'atteler à travailler des réorganisations des soins (des parcours de soins, des pratiques, des interactions patients soignants etc..) plus efficaces. C'est donc se confronter à un ensemble de contraintes contradictoires. Le discours à l'international, identique, est que l'on peut faire des gains d'efficacité par la modification des organisations de soins. Les progrès des techniques sont considérables, certains peuvent permettre des gains d'efficacité d'autres comme les nouveaux traitements ciblés vont coûter très chers et il va falloir les financer. Quels gains d'efficacité sont alors possibles ? Comment financer les progrès sans grever l'équilibre du système ? ».

Conclusion intermédiaire : malgré des gains avérés en matière de qualité et de confort des soins pour les patients tant en médecine qu'en chirurgie ambulatoire, la France connaît un retard relatif dans le développement des prises en charge ambulatoire. La bascule vers des modes de prise en charge résolument centrée sur le patient avec un moindre recours à l'institution ravivent les questions politiques relatives au principe de soigner « hors les murs de l'hôpital » (faciliter le maintien à domicile, retour de la famille,...) et coût du système français de soins. Cette volonté de changement

de référentiel doit bien s'analyser à l'aune d'un objectif d'équité et de soutenabilité du système de santé dans un contexte de croissance durablement molle et de contrainte économique forte.

2. Le cadrage national

2.1 Une impulsion forte pour le développement de prises en charge hospitalières ambulatoires

En novembre 2011, les pouvoirs publics ont pour la première fois fixé **un objectif chiffré de développement**, soit une chirurgie ambulatoire dépassant 50 % du total de l'activité chirurgicale à horizon 2016 (56% selon les nouvelles modalités de calcul), jugé en deçà du potentiel acté par l'assurance maladie pour qui 80% des interventions chirurgicales pourraient être réalisés en chirurgie ambulatoire. L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a estimé globalement les gains économiques associés au développement de la chirurgie ambulatoire autour de 5 Md€ par an si 80% des actes étaient réalisés en chirurgie.

Cet objectif est repris en partie par l'instruction DGOS de septembre 2015 : le développement de la chirurgie ambulatoire (CA) s'inscrit dans le cadre plus global du « virage ambulatoire », axe fort de la stratégie nationale de santé et du projet de loi de modernisation de notre système de santé. Sur la base des préconisations du rapport élaboré par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Inspection Générale des Finances (IGF) relatif aux « perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France », rendu public en janvier 2015, le ministère a défini les orientations stratégiques du programme national de chirurgie ambulatoire pour les années 2015-2020 : **la cible nationale de CA est fixée à 66,2 % à l'horizon 2020¹¹**.

Dans ce cadre, le ministère a ainsi retenu un montant d'économies de fonctionnement à répercuter sur la masse tarifaire nationale des séjours de chirurgie qui s'établit à 400M€ à horizon 2017, décliné de la façon suivante : 80M€ en 2015, 160M€ en 2016 et 160M€ en 2017. Il s'appuie en particulier sur l'arrêt des incitations tarifaires pour les racines en tarif unique dès que le taux de chirurgie ambulatoire de la racine atteint au niveau national 80%, objectif de maturité proposé par les inspections générales.

Quelques chiffres

-Croissance de la part ambulatoire

D'après le rapport de la cour des comptes 2013 : en 2013, 2 304 617 séjours étaient pratiqués en ambulatoire sur un total de 5,284 millions de séjours chirurgicaux (39,5 %).

L'activité, selon l'IGAS, était alors concentrée sur un nombre limité d'actes. La moitié des interventions effectuées en chirurgie ambulatoire concernaient cinq domaines : la cataracte, la chirurgie de la main, les circoncisions, les varices et les ménisectomies. La cataracte représentait à elle seule 577 122 séjours en 2011 (soit 25% du total).

La croissance de la part ambulatoire de la plupart des séjours, amorcée de longue date, s'est poursuivie depuis avec une forte progression pour certains gestes. Les interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie représentent à elles seules 1/3 des interventions.

¹¹ La cible nationale de CA de 66.2%, fixée à horizon 2020, est modulée dans le temps pour permettre l'adaptation des organisations. Les années 2015 et 2016 correspondent à une phase de transition et d'adaptation des organisations, soit environ + 2.2 points de progression par an au niveau national. L'objectif national concerté avec les acteurs en 2011 d'un taux de CA de 50% à horizon 2016, sur l'ancien périmètre (soit 54.7% sur le nouveau périmètre) est conservé et constitue un point d'étape ; les années 2017 à 2020 correspondent à une phase de progression plus soutenue, soit environ +2.9 points de progression par an au niveau national.

-Faible développement dans les CHU du fait de l'importance des activités de recours

.Les CHU avaient alors le taux le plus faible de toutes les catégories d'établissements en raison de l'importance des activités de recours favorisant plutôt la chirurgie dite lourde.

Ainsi en 2015 :

-Si les CHU ont des séjours en moyenne plus « lourds » que les cliniques pour au moins de 20% de leur activité, ils ont un potentiel de développement ambulatoire important sur les 80% restants.

-Si les CHU ont en moyenne 5% de leur activité MCO qui relève d'activité de recours, **ce taux est de 16% à l'AP-HP.**

Ils occupent cependant le 1^{er} rang pour le volume moyen d'actes ambulatoires innovants par établissement.

Catégorie d'établissement	Taux de chirurgie ambulatoire
CH	44%
CHU	33% moyenne médiane
CLCC	44%
Cliniques	59%
ESPIC	48%

Conclusion intermédiaire : fin 2011, les pouvoirs publics ont fixé un objectif chiffré de développement : le taux de chirurgie ambulatoire doit dépasser 56 % du total de l'activité chirurgicale à horizon 2016. En 2014, le développement de la chirurgie ambulatoire est inscrit par la ministre dans le cadre plus global du « virage ambulatoire », axe fort de la stratégie nationale de santé et du projet de loi de modernisation du système de santé. La croissance de la part ambulatoire des séjours en chirurgie, amorcée de longue date, s'est poursuivie depuis avec une forte progression pour certains gestes. Du fait de l'importance des activités de recours (16% à l'AP-HP), les CHU ont connu en moyenne alors qu'il existe un potentiel de croissance important sur les séjours les moins « lourds ».

2.2 Une inscription dans un référentiel de recherche d'économie, qui a pu brouiller les messages sur les bénéfices apportés aux patients par la chirurgie ambulatoire

2.2.2. Le fort potentiel de développement mis en exergue par les rapports de la cour des comptes et rapport de l'IGAS

Plusieurs rapports récents, l'un de la Cour des comptes de 2013¹² et l'autre de 2014 de l'IGAS¹³ résument bien le référentiel dans lequel s'inscrit cet appel au développement de l'ambulatoire à l'hôpital : une attente médicale de meilleure qualité, une attente économique focalisée sur un fort potentiel d'économies. L'attente économique ayant parfois supplanté dans les esprits les bénéfices apportés par la chirurgie ambulatoire aux patients.

-Rapport de la cour des comptes sur la sécurité sociale de septembre 2013, partie chirurgie ambulatoire : un fort potentiel

« L'introduction de la chirurgie ambulatoire en France a été plus tardive que dans d'autres pays anglo-saxons ou européens. Vingt ans après sa reconnaissance légale en 1991, quatre interventions chirurgicales sur dix sont désormais pratiquées sous cette forme (...). Le ministère de la santé a pour

¹² Rapport Cour des comptes, Chapitre VIII La chirurgie ambulatoire, sécurité sociale, septembre 2013

¹³ Rapport IGAS-IGF, Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire, juillet 2014

objectif de rendre sa part majoritaire à l'horizon 2016, ce qui reste en deçà du potentiel de huit interventions sur dix réalisées en ambulatoire dans plusieurs pays occidentaux qui sont comparables. Au regard de cette perspective, la politique volontariste de développement de la chirurgie ambulatoire menée par les pouvoirs publics paraît limitée dans ses ambitions, tandis que le potentiel d'économies très significatif qu'il recèle n'est encore que trop peu exploité ».

-Rapport de l'IGAS : perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire, juillet 2014

Dans une logique similaire à la Cour des Comptes, les membres ont étudié à la demande de la mission d'appui à la modernisation de l'Etat, les freins et leviers à son développement et l'évaluation du potentiel d'actes éligibles à la chirurgie ambulatoire et économiques que l'on pouvait en attendre. L'IGAS note alors bien l'importance de la situation médicale et psycho-sociale des patients qui conditionne l'intégration de nouveaux séjours en ambulatoire. Elle établit un simple constat, sans chiffre qui permettrait d'étayer le nombre de patients non éligibles.

Conclusion intermédiaire : le développement de l'ambulatoire à l'hôpital et de la chirurgie ambulatoire est trop souvent présenté comme un objectif de régulation économique particulièrement dans le domaine de la chirurgie ambulatoire (Cf. rapports de la Cour des Comptes et de l'IGAS). Cette focalisation sur les économies potentielles a fait passer au second plan les bénéfices certains apportés aux patients par la chirurgie ambulatoire, contribuant de ce fait à brouiller le message pour les patients comme pour les professionnels sur l'intérêt médical de cette prise en charge.

2.2.3. Les recommandations exprimées par les représentants des hôpitaux

Dans une note du 15 février 2014, « Perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire », la FHF a exprimé les recommandations suivantes :

- **Continuer à travailler sur la conviction des professionnels, des adresseurs et des usagers.**

Il demeure encore certaines barrières psychologiques ou un défaut de formation. Ce qui est vrai chez les professionnels de l'hôpital l'est également chez les adresseurs (médecins de ville) et parfois la population.

- **Continuer à travailler sur les meilleures pratiques d'organisation et le modèle économique**

Les meilleures pratiques d'organisation doivent continuer à être diffusées. L'ambulatoire est souvent décrite comme une innovation avant tout organisationnelle. Ce sont des modalités de gestion de l'activité qui engagent le patient, qui engagent les professionnels et qui contraignent les locaux. Ces pratiques sont bien documentées mais pas totalement diffusées.

Les signaux économiques doivent être clairs et justes. Un des freins au développement de l'ambulatoire a été l'interrogation sur sa rentabilité économique pour les établissements. Si à moyen et long termes la question de savoir s'il faut développer l'ambulatoire ne se pose pas, il est important d'encourager les producteurs avec des signaux clairs : la complexité des incitatifs financiers les a rendus illisibles jusqu'à peu.

- **La prise en compte des urgences : 40% des urgences sont chirurgicales.**

La bascule ambulatoire est un défi plus grand pour les établissements qui ont des cases mix étendus et qui ont une forte activité venant des urgences. De manière caricaturale, le modèle économique de la chirurgie ambulatoire est présenté comme la consolidation de quelques flux programmés. Ce n'est pas aujourd'hui le modèle de la chirurgie publique qui a un taux élevé d'urgences (40%) et qui développe une large gamme d'interventions pour chaque spécialité

Les progrès de la médecine et de la chirurgie sont au cœur du développement de l'ambulatoire, il faut les encourager. L'innovation en matière de dispositif médical, de pratiques (voies d'abord, réhabilitation, techniques d'analgésie..) et d'organisation tire le développement de la chirurgie ambulatoire. Il faut l'encourager au travers du financement de projets de recherche et surtout reconnaître les innovateurs et faciliter le travail de diffusion.

- **Besoin en infrastructures**

Pour développer l'ambulatoire, le besoin en infrastructures est différent et l'outil de travail doit être mis à niveau. La chirurgie passant d'un modèle hôtelier à un modèle ambulatoire, le besoin en lits diminue. Cependant, si aux premiers temps de l'ambulatoire on pouvait fonctionner loin du bloc et dans un cadre presque hôtelier (des chambres), la recherche d'optimisation des flux de patients nécessite des aménagements. On ne peut donc voir l'ambulatoire comme une source d'économies quasi mécanique par fermeture de lits (dont certains ont vocation à rester et dans lesquels les patients seront de plus en plus lourds), mais il faut également le voir comme un secteur dans lequel les besoins en investissements sont réels.

- **Mobiliser les professionnels de Ville**

Les professionnels de ville doivent être plus facilement mobilisables si l'on veut aller plus loin. L'étude faite par la FHF montre qu'une part importante de la chirurgie réalisée, notamment dans les établissements publics, est « lourde » ou est réalisée pour des patients « complexes ». Si les chirurgiens et les anesthésistes n'y voient pas de contre-indication absolue du strict point de vue de l'intervention, la prise en charge péri opératoire demeure lourde. Dans le système tel qu'on le connaît, l'organisation de prises en charge péri opératoires lourdes en ville est excessivement complexe et couteuse en temps. Elle ne répond par ailleurs à aucun modèle économique existant.

- **Assouplissement de la réglementation dans le domaine de la chirurgie**

Il est possible de voir des prises en charges chirurgicales diminuer (par exemple par renforcement de la pertinence) ou être substituées par des prises en charges « hybrides » ou médicales, la réglementation sur la chirurgie peut évoluer avec des contraintes moindres sur les blocs et les salles de réveil.

2.2.4. Les recommandations exprimées par les représentants des usagers

- **L'intérêt pour les usagers et les professionnels**

L'accélération ambulatoire est liée à l'innovation des prises en charge et des traitements dont les avantages sont certains pour le CISS. Ces nouvelles prise en charges sont, a priori, bien acceptées par les usagers même s'ils restent des progrès à accomplir pour réduire les freins au développement de la chirurgie ambulatoire. La bascule ambulatoire suppose une coordination indispensable avec la ville. Elle peut permettre collectivement de fortes économies des dépenses de santé sous réserve que ce soit bien préparé et que la logique de parcours de soin soit parfaitement intégrée. La loi 26 janvier 2016 créant les Groupements Hospitalier de Territoire et les Commissions des usagers territoriales offre une opportunité d'une collaboration réelle avec les représentants des usagers: le projet médical partagé peut-être un outil de structuration de l'ambulatoire sur un territoire.

- **Les difficultés à surmonter :**

.Décision médicale partagée : la chirurgie ambulatoire ne doit pas être imposée. Elle doit résulter d'un réel choix proposé dans le cadre d'une consultation spécifique avec une réelle écoute de la personne et des aidants. Une permanence téléphonique 24/24 dédiée doit être mise en place en cas de nécessité (exemple : hémorragie post-opératoire) pour assurer la continuité des soins.

.Précarité, vulnérabilité et ambulatoire : l'ambulatoire ne doit pas être mis en place ou être mieux préparé si l'habitat est trop précaire (même si la personne est en foyer, ou alors des foyers médicalisés) ou si les aidants expriment des réticences.

.Réseau de ville structuré : comment développer cet ambulatoire, si le réseau de soin en ville n'est pas suffisant et fortement articulé avec l'hôpital? Comment on évalue-t-on cette insuffisance ? Comment cela peut être mis en place ? La HAD est-elle une solution de substitution ? Les réseaux de santé ville ou les structures d'exercice collectif sont-elles en capacité de coordonner ces cas complexes ? Est-ce assez développé en Ile-de-France où les centres de santé sont pourtant particulièrement nombreux dans certains départements ?

.Hôtel patient : les propositions d'hébergement hospitalier constituent-elles des solutions adaptées : Qui assure le suivi médical ? Quel équilibre financier et quel reste à charge pour le patient ?

.Tarification : il faut une révision puissante de la tarification. Il est attendu un signal fort sur la rémunération du lien hôpital-ville et une réflexion sur le « partage » entre les partenaires d'une éventuelle rémunération de la coordination.

.Observatoire : l'évaluation des parcours de soins doit se faire sur le plan santé mais aussi social. Le CISS préconise la mise en place d'un observatoire du parcours du patient.

2.3 Une politique en construction dans le domaine de la médecine ambulatoire

Le plan triennal 2015-2017 vise à améliorer l'indice de performance de la durée moyenne de séjour en médecine. À l'instar de la chirurgie, il induit une baisse des capacités de médecine en hospitalisation complète. Les Agences régionales de santé (ARS) et les hôpitaux se sont ainsi vus confier des objectifs en termes de réduction d'hospitalisation complète. Là aussi, il est permis de s'interroger sur l'objectif poursuivi: développement en réponse aux besoins des patients ou développement car il permet avant tout des économies ?

Il n'existe pas à ce jour de définition stabilisée de ce qu'est la médecine ambulatoire hospitalière, ni de politique relative aux objectifs de développement. L'IGAS, qui s'est essayée en 2016 à dessiner les perspectives des prises en charges hospitalières, l'a circonscrite aux hôpitaux de jour. D'autres pourraient y inclure la part des urgences non vitales, celles des soins dits non programmés et à terme celles liées au développement attendu des consultations dites pluri disciplinaires. On verra plus loin que l'APHP y inclut les séances de radiothérapies, de dialyse...

Rapport de l'IGAS « développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine » février 2016

A la différence des précédents rapports, l'IGAS propose là une méthode fondée sur une approche territoriale et l'élaboration avant tout d'outils pour impulser la dynamique avec en première intention la clarification de l'instruction « frontière ». A la différence de la chirurgie ambulatoire, l'IGAS a privilégié une approche prudente en définissant premièrement une méthode pour l'analyse des séjours de seulement une nuit en hospitalisation conventionnelle programmée qui pourrait basculer en hôpital de jour et en renvoyant aux ARS le soin de définir avec chaque établissement les objectifs en la matière.

Le développement des maladies chroniques et du vieillissement de la population relance l'opportunité du recours à la médecine ambulatoire.

Par exemple, si le secteur du SSR n'est pas explicitement visé en premier lieu par les pouvoirs publics par le "virage ambulatoire", certains établissements dont l'AP-HP mettent en place des prises en charge sous forme de séances itératives sur plusieurs semaines plutôt qu'une hospitalisation en SSR ou à domicile. Ainsi, des patients en perte d'autonomie qui peuvent être pris en charge, de manière préventive, dans une approche multidisciplinaire, par des séances de kinésithérapie, des ateliers mémoire, des repas thérapeutiques, des "parcours antichute" dans le cadre d'un hôpital de jour. Bien entendu, ce type de développement participe aussi à la recherche d'une diminution des durées de séjour en SSR.

Conclusion intermédiaire : à la différence des précédents rapports sur la chirurgie ambulatoire, et instructions en découlant, l'IGAS dans un rapport relatif au « Développement des prise en charges ambulatoires de médecine » (février 2016) propose non pas des objectifs chiffrés mais une méthode fondée sur une approche régionale et l'élaboration de référentiels cliniques pour impulser la dynamique. L'IGAS préconise en premier lieu de clarifier et d'actualiser l'instruction « frontière » afin de sécuriser le développement des hôpitaux de jour et de mettre en place une tarification adaptée aux

soins longs, complexes et nécessitant une expertise pluri-professionnelle. Elle limite le sujet de la médecine ambulatoire aux hôpitaux de jour en excluant les soins externes et les urgences.

2.4 La demande d'un renforcement des liens Ville-hôpital sans clarification à ce stade des modalités globales de coordination, de coopération et de gouvernance

2.4.1. Focus sur l'évaluation de la coordination d'appui aux soins

-Rapport de l'IGAS : Perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire, juillet 2014

Ce rapport pose clairement la question des conditions du retour à domicile à appréhender dès la première consultation, voire de la mise en place d'un accompagnement renforcé et de coopération avec la médecine de ville dès lors que la chirurgie ambulatoire se généraliserait. Etait surtout soulignée la nécessité d'un cadrage national sur ce que l'on attendait des professionnels de ville, tout en renvoyant à certain nombre d'expérimentations sur la mise en place d'hôtels hospitaliers ou encore d'accompagnement au retour à domicile. A l'HAS de définir ces situations et objectifs associés, aux ARS de construire cette articulation entre la ville et l'hôpital.

-Rapport de l'IGAS « évaluation de la coordination d'appui aux soins » décembre 2014

A la demande de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, a été diligentée une mission chargée de « procéder à un inventaire et à une analyse de l'ensemble des coordinations d'appui aujourd'hui déployées » dans un objectif clair de restructuration de la médecine de ville mais sans analyse des liens ville-hôpital.

L'IGAS a procédé à un bilan de l'ensemble des structures existantes (tels que les réseaux de soins, SSIAD, CLIC et MAIA) pour souligner leur caractère non transversal : soit simplement clinique (cancéropôle), soit médico-social (SSIAD, CLIC et MAIA), soit social. Cela nuit à l'efficacité et à la lisibilité et conduit à rechercher la coordination de la coordination.

Les coordinations se heurtent par ailleurs aux cloisonnements entre l'hôpital et les soins de ville ou au maillage des organisations territoriales. Elles sont coûteuses (300 M€) et concentrées sur la mobilisation des ressources mais peu sur l'élaboration de plan personnalisé de santé. En revanche, plusieurs dispositifs généralistes récents tels que le parcours de soins coordonnés, les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires, font le lien entre les besoins sanitaires et médico-sociaux.

Fort de ce constat, l'IGAS a établi les principes pour guider l'élaboration d'une plateforme d'appui :

- confier le déclenchement de la coordination au médecin de premier recours afin d'assurer la cohérence de la coordination, avec deux instruments : la plateforme territoriale d'appui et l'équipe de soins primaires ;
- assigner deux fonctions à la coordination « supra » : l'évaluation des besoins du patient, son accompagnement et le suivi des interventions et la définition des fonctions transversales d'organisation (dont la protocolisation des entrées et sorties avec l'hôpital) ;
- asseoir le dispositif, non plus sur des subventions, mais sur une prestation nationale de coordination suivant le niveau de complexité des prises en charges ;
- mettre en place une formation et des outils informatiques simples de communication.

L'ensemble des préconisations a été inscrite dans divers articles de la dernière loi de santé et loi de finances annuelles : rôle central du médecin de premier recours, équipes de soins primaires (ESP), Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), plateforme territoriale d'appui (PTA), déploiement du dossier médical partagé (DMP).

2.4.2. Le médecin généraliste appelé à être au centre de la coordination des soins, secondé par les plates-formes territoriales d'appui

-**La loi place depuis 2009 le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins**, en lui confiant la responsabilité « d'orienter ses patients, selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients » (article L.4130-1 du code de la santé publique).

.Afin de faciliter au quotidien le parcours de santé, **la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé** définit :

-**Des équipes de soins primaires** organisées autour du médecin généraliste de premier recours (ESP). Elles fédèrent plusieurs professionnels de santé assurant des soins de premier recours, dont au moins un médecin généraliste, qui souhaitent améliorer les parcours de santé de leurs patients. Les ESP se mobilisent autour d'un projet de santé commun à l'équipe. Les équipes de soins primaires (ESP) organisent leur projet autour de leur patientèle, ce qui les distingue des CPTS dont le projet s'articule autour de la population présente sur leur territoire d'action.

-**Des communautés professionnelles territoriales de santé** avec contrat territorial de santé (CPTS). Les CPTS s'inscrivent dans une approche populationnelle qui vise à organiser la réponse à un besoin en santé sur un territoire. Selon les associations, le seuil souhaitable de responsabilité populationnelle en santé se situe entre 50 000 et 150 000 habitants. Il y a un enjeu majeur de rapprocher le monde hospitalier et les libéraux, sans hégémonie ni fracture, même si leurs territoires ne sont pas les mêmes.

- Enfin, les ARS sont chargées d'organiser une mission d'appui aux professionnels pour la **coordination des parcours de santé complexes** dans le but de prévenir les hospitalisations évitables et d'éviter des ruptures de prise en charge. Cette mission peut être assurée par une **plateforme territoriale d'appui** à laquelle les établissements à hospitalisation à domicile (HAD) peuvent participer. Priorité est donnée aux initiatives des professionnels de santé de ville et, lorsqu'elles existent et aux initiatives des ESP et des CPTS pour les créer. A défaut, l'ARS les constituera.

.Ces éléments ont été précisés par l'instruction du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

L'ARS est chargée de **veiller à la cohérence des démarches de projets territorialisés** : équipe de Soins Primaires (ESP), Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), Pacte Territoire-Santé, Projet Régional de Santé (PRS), Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), Groupement Hospitalier de Territoire (GHT).

► ► Focus sur le Dossier Médical Partagé (DMP) en phase pilote, de déploiement en 2017 pour une généralisation possible en 2019

.Un retard important dans la mise en place des outils de base : le DMP doit être dorénavant considéré comme une priorité nationale. L'article 96 de la loi du 26 janvier 2016 a confié à la CNAM la responsabilité de déployer le DMP instituée par la loi du 13 août 2004, mais jamais généralisé. Le décret du 4 juillet relatif au DMP fixe les modalités de création, de clôture, d'alimentation, le contenu et des personnes autorisées à le consulter.

- Le DMP peut être créé par l'assuré, par un professionnel de santé, par un agent de l'assurance-maladie, par le personnel des établissements de santé, des laboratoires de biologie médicale ou des services sociaux et médico-sociaux, après consentement du patient.

- Le contenu du DMP fait figurer les synthèses médicales, les lettres de liaison, le compte-rendu de biologie, d'examen d'imagerie médicale, les actes diagnostiques et thérapeutiques réalisés et les traitements prescrits. Les informations utiles que le titulaire souhaite y ajouter y figurent également ainsi que celles issues du dossier pharmaceutique, le nom du médecin traitant, la liste des professionnels autorisés à accéder au DMP et ceux à qui cet accès est refusé.
- Les membres de l'équipe de soins d'un patient sont réputés avoir un droit d'accès à son DMP. L'accord du titulaire est requis s'ils ne font pas partie de l'équipe de soins. Le médecin traitant a accès à l'ensemble du DMP. Il est ouvert à tous les professionnels de santé.

Conclusion intermédiaire : la loi place depuis 2009 le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins. Elle a institué en 2016 pour cela deux modalités de regroupement des professionnels centrées autour du patient en équipe de soins de premiers recours (EPS) et en Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à vocation populationnelle plus large. En outre, les ARS sont chargées de constituer des plateformes territoriales d'appui (PTA) pour la coordination des parcours de santé complexes. Les PTA constituent une réponse aux limites des structures de coordination d'appui aux soins caractérisées par leur manque de transversalité (clinique, médico-social et social), qui se heurte par ailleurs aux cloisonnements entre l'hôpital et les soins de ville ou au maillage des organisations territoriales.

2.4.3. La nouvelle convention CNAM : le choix de la rémunération des parcours complexes en ville

La Convention **renforce le rôle du médecin traitant** et soutient l'organisation des soins qui favorise une **médecine de parcours et de proximité** autour du patient.

Le médecin traitant répond à une triple mission :

- premier recours dans le suivi des patients (y compris des enfants) et dans l'organisation des interventions de second recours ;
- suivi au long cours des patients et rôle de coordination et de synthèse pour éviter le recours aux hospitalisations inutiles et faciliter le retour à domicile des patients en sortie d'hospitalisation ;
- actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé pour favoriser de meilleurs comportements dès le plus jeune âge.

Dans le but de mieux valoriser la pratique libérale, les partenaires de la Convention ont convenu de mettre en place des consultations différenciées en fonction de leur niveau de complexité ou de leur enjeu en termes de santé publique. Concrètement, les consultations sont regroupées en quatre grands ensembles correspondant à des situations cliniques ou des modalités de prise en charge de complexité croissante :

- Consultation de référence : ces consultations correspondent aux situations les plus courantes du quotidien du praticien libéral.
- Consultation coordonnée : les tarifs de ces consultations, qui s'inscrivent dans le cadre du parcours de soins établi entre le médecin traitant et le médecin correspondant, hors situation complexe, ont été revalorisés.
- Consultation complexe : ces consultations correspondent à la prise en charge, dans le cadre de parcours de soins, de patients présentant une pathologie complexe ou instable ainsi que les situations cliniques à fort enjeu de santé publique (dépistage, prévention...).
- Consultation très complexe : certains cas et situations cliniques nécessitent des prises en charge très complexes. Des consultations spécifiques ont été créées.

La Convention déploie des outils destinés à faciliter l'échange d'informations entre professionnels de santé pour un meilleur suivi du patient et à simplifier la coordination des soins tels :

- Dossier Médical Partagé (DMP).

-Messagerie sécurisée de santé (MSS).

-Télé services, simplifiant les échanges entre professionnels de santé et Assurance Maladie.

Enfin, elle accompagne les médecins qui souhaitent investir dans la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles qui facilitent leur pratique ou développent des démarches d'appui au patient dans le parcours de soins via deux « forfaits structures ».

L'absence de forfait, cependant, pour la coordination du parcours ville-hôpital qui était un des points de cette convention est pénalisante pour conforter le virage ambulatoire.

Dans sa plateforme présidentielle, la FHF a ouvert plusieurs pistes complémentaires :

-L'une est d'ouvrir les groupements hospitaliers de territoire (GHT) à la médecine libérale : « La médecine de ville et les GHT doivent, sans attendre, développer des liens forts, permettant une fluidification des parcours des patients mais également une confiance accrue entre les équipes. Les GHT doivent clairement devenir des partenaires de confiance pour les médecins de ville et les communautés professionnelles de territoire. Pour cela, des initiatives en matière de système d'information, d'équipes partagées mais également de financement au parcours devront être étudiées, dans le respect des spécificités de chacun.

-La deuxième consisterait à « associer les GHT et les libéraux *via* les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les plateformes territoriales d'appui (PTA). Et ainsi faire des GHT des groupements d'acteurs de santé ».

2.5 Conclusion

L'ambition nationale de développement de la chirurgie ambulatoire, dans le secteur public notamment, ne sera pas atteinte uniquement en s'en remettant au professionnalisme des équipes et à une clarification des incitatifs financiers. Il faut replacer les enjeux de l'ambulatoire dans une perspective plus large, celle :

- ***de l'organisation territoriale de l'offre de soins, incluant les liens ville/hôpital et les coopérations entre établissements de santé ;***
- ***de l'« ambulatorisation » globale de l'offre hospitalière et d'interactions facilitées entre l'hôpital et la ville ;***
- ***du soutien des investissements à la création d'unités de chirurgie ambulatoire et plateformes multidisciplinaires en médecine ambulatoire.***

Partie 2 : déclinaison par l'ARS IDF et par l'AP-HP de la politique de développement des prises en charges hospitalières ambulatoires et renforcement des liens ville-hôpital

1. Une impulsion forte à l'AP-HP

1.1. Une stratégie d'accélération claire et contractualisée entre l'AP-HP et l'ARS

Ces travaux de réflexion sont inscrits dans le cadre du plan stratégique de l'AP-HP et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Qui comprend trois axes :

- La dynamisation de la chirurgie ambulatoire.
- Le développement de l'hospitalisation de jour en médecine et la création de formules intermédiaires entre la consultation et l'hôpital de jour permettant un continuum amélioré la de prise en charge des patients.
- Le développement de la médecine de parcours qui comprend principalement la collaboration avec d'autres établissements hospitaliers franciliens mais aussi avec la médecine de ville pour offrir aux patients de la région un accès à une médecine de pointe. Avec des objectifs connexes focalisés sur le délai de prise charge aux urgences et la maîtrise des délais de rdv pour bénéficier d'une consultation de spécialiste.

1.1.1. Pour la chirurgie ambulatoire

L'AP-HP s'est fixée dans le cadre de son plan stratégique 2015-2020 l'objectif ambitieux d'atteindre 49% de chirurgie réalisée en ambulatoire, pour un taux estimé à 32% en 2014.

Organiser cette transformation des prises en charge implique des évolutions coordonnées pour :

- rendre le patient acteur de sa prise en charge ;
- transformer les pratiques médicales et soignantes ;
- ouvrir l'hôpital sur la ville.

1.1.2. Pour la médecine ambulatoire

Le contrat distingue des objectifs propres aux activités MCO et SSR.

Pour le MCO, les engagements de l'AP-HP sont, d'ici 2018, d'augmenter le nombre de venues en hospitalisation de jour de +10 % par rapport à 2013. La cible en 2018 est fixée à **250 952 venues** versus 228 138 en 2013 (**soit une augmentation de 2% par an**). En 2015, l'APHP a réalisé + 3.7% par rapport à 2014 et se situe donc déjà **au-delà de la cible annuelle** fixé à 237 264 venues.

En SSR l'activité en HDJ était en 2015 de **118 825 séjours** (soit environ 10 % des séjours en hospitalisation SSR). Le CPOM vise la substitution d'une part de l'hospitalisation conventionnelle par l'hospitalisation de jour et cible le taux de journées en HDJ. Ce taux, de 10.7% en 2013 doit passer à 16.8% en 2018.

Il est par ailleurs variable selon les spécialités :

- SSR neuro pédiatrique : 92% (= maintien)
- SSR neuro adulte : 30% (valeur 2013 : 16%)
- SSR locomoteur : 40% (valeur 2013 : 18%)
- SSR cardio-vasculaire : 50% (valeur 2013 : 33%)
- SSR polyvalent : 6% (=maintien)
- SSR gériatrie : 6% (valeur 2013 : 3%)

Ne sont pas concernés : les SSR pneumologie et métabolique et les SSR en addictologie.

1.2. Une stratégie appuyée par l'ARS IDF

1.2.1. Pour le développement de la chirurgie ambulatoire

Afin d'accompagner l'accélération de la bascule ambulatoire, l'Agence a souhaité amplifier et diversifier son plan d'actions en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire, en mobilisant l'ensemble de ses directions et plus globalement les acteurs concernés de la région.

Le programme régional 2014-2017 comporte ainsi 3 axes et 10 chantiers déclinés en plusieurs actions. Et notamment :

Chantier 1 - Inciter les établissements à développer leur activité ambulatoire grâce aux leviers réglementaires et contractuels.

Chantier 2 - Accompagner les établissements de santé dans le cadre de leur bascule ambulatoire (Source : programme d'actions régional 2014-2017).

En 2015, 54,2 % des actes chirurgicaux en Île-de-France ont été réalisés en ambulatoire. Un taux qui place la région au deuxième rang national dans ce domaine (source séminaire ARS sur la chirurgie ambulatoire du 30 juin 2016).

Pour atteindre ce résultat, l'ARS Île-de-France s'est fortement investie pour accompagner les établissements hospitaliers dans le développement de la chirurgie.

-**Pilotage de 4 sites pour l'optimisation du fonctionnement des UCA** (Pitié, Cochin urologie et gynécologie, Henri Mondor) pour une chirurgie de qualité et efficiente, et délégation de crédits à 4 sites de GH (Saint-Louis, Bichat, Ambroise Paré, Avicenne).

-**Appels à projets lancés pour le développement des gestes innovants et modernisation des infrastructures.** Deux établissements (Tenon sur le pneumothorax, A. Paré sur l'arthroplastie totale de l'épaule) ont été retenus dans le cadre de la première consultation portant sur les gestes innovants. « *Chacun d'entre eux maîtrise une technique chirurgicale ambulatoire encore peu pratiquée en Île-de-France. Ils proposent des chemins cliniques qui permettront à d'autres équipes de reproduire le geste tout en garantissant aux patients des soins de qualité dans des conditions de sécurité optimales* ».

-L'Agence a lancé un deuxième appel à projets pour « les modernisations et restructurations nécessaires au développement de la chirurgie ambulatoire » dont les hôpitaux suivants pour l'AP-HP :

-Ainsi, et afin d'impliquer le plus grand nombre de professionnels de santé, l'ARS a proposé d'élargir la composition de l'Observatoire régional de la chirurgie ambulatoire (Orca)¹⁴ aux médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, etc. exerçant en ville et à mener les projets suivants : cahier des charges formations, discours de l'excellence sur la chirurgie ambulatoire ...etc.

1.2.2. Pour le renforcement des liens entre l'hôpital et la ville

Quatre autres établissements ont été sélectionnés lors du second appel à projets centré sur **le parcours des patients et le renforcement du lien entre la ville et l'hôpital** : Bicêtre sur les urgences gynécologiques, Cochin sur la télésurveillance, Robert Debré sur les urgences pédiatriques et les parcours connectés, Tenon sur la télésurveillance pour le suivi après chirurgie ambulatoire.

L'ambition de l'ARS est simple : favoriser d'ici à 2017 la coopération entre les acteurs impliqués dans la prise en charge des patients opérés en ambulatoire par la promotion de bonnes pratiques organisationnelles simples, peu chronophages et de bon sens permettant aux établissements franciliens de progresser dans leurs relations avec la ville autour des axes suivants :

- renforcement des instances œuvrant autour du lien ville-hôpital ;
- formalisation de parcours cibles et modalités de prises en charge idéale ;

¹⁴ Créé en 2015, l'**Orca** est un espace d'échange entre l'ARS et les professionnels de santé dédié à la chirurgie ambulatoire

-cartographie et fluidification des flux d'information.

L'ARS a également travaillé au renforcement des liens ville-hôpital concernant le parcours de la personne âgée sur le Nord 92 avec comme objectif de co-construire et initier avec les acteurs de santé du Nord 92 un plan d'actions prioritaires. Le souci d'impliquer un grand nombre d'acteurs, diversifiés, du territoire dans l'élaboration du diagnostic visait à promouvoir une responsabilité populationnelle entre les acteurs de santé. La démarche a défini un ou quelques « parcours cible » avec les actions à prioriser à partir des différents points de rupture du parcours à chacune des étapes : amont ► entrée ► hospitalisation ► sortie ► aval.

1.2.3. Pour l'émergence d'une supra coordination en ville

- **L'incitation à la densification d'exercices regroupés de la médecine ambulatoire de ville :**

développement des Maisons de santé pluri-professionnelle dans les zones fragiles.

Depuis 5 ans, l'Agence Régionale de Santé Île-de-France est fortement mobilisée, afin de soutenir le développement des MSP et garantir leur pérennité, tant sur un plan organisationnel, fonctionnel que financier. Dans le but de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, l'Agence a été particulièrement attentive aux besoins et initiatives entreprises sur les territoires les plus fragilisés en termes d'offres de soins notamment. En 2015, 35 structures ont ouvert leurs portes et près d'une quarantaine de projets sont actuellement accompagnées par l'ARS.

-**Plateforme territorial d'appui (PTA) : un dispositif en cours d'expérimentation en Ile-de-France.**

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) a présenté en mai 2016 les **objectifs des nouvelles plateformes territoriales d'appui** posés par la loi de modernisation du système de santé (LMSS) :

- Apporter un appui aux professionnels, en particulier les médecins traitants, pour les situations complexes.
- Aboutir à un dispositif d'appui plus lisible.
- Passer d'une approche par structures à une approche en termes de missions partagées.
- En appui des parcours complexes, sans distinction d'âge, ni de pathologies.

Les missions des fonctions d'appui :

- Mission I / Information et orientation vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire.
- Mission II / Organisation du parcours et des admissions et sorties d'établissements : évaluation multidimensionnelle de la situation ; coordination des interventions autour de la personne en lien avec le médecin traitant ; appui pour les admissions et sorties des établissements de santé de santé et médico-sociaux.

Pour mettre en œuvre les fonctions d'appui, l'ARS peut constituer des PTA en s'appuyant sur les initiatives des acteurs du système de santé relevant des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Les acteurs du système de santé proposent un projet de plateforme à l'ARS et désignent un opérateur qui mettra en œuvre les missions de la plateforme.

La PTA vient en appui des professionnels à leur demande. La PTA ne fait pas à la place des acteurs déjà en place ; elle est un guichet unique qui va chercher les ressources existantes dans les territoires.

En ce qui concerne la constitution des plateformes, les acteurs du système de santé proposent un projet de plateforme à l'ARS et désignent un opérateur qui met en œuvre les missions de la plateforme. A défaut d'initiatives, l'ARS peut réunir les acteurs et désigner le cas échéant l'opérateur.

En IDF, deux PTA ont été lancées en septembre 2016 : la plateforme « Odyssée »¹⁵ dans les Yvelines (portée par le CLIC) et dans l'ouest 94 autour du réseau oncologie¹⁶. Sur Paris la question de la constitution d'une future PTA se pose autour du dispositif PAERPA centré sur les 9-10-19eme arrondissements avec une extension prévue aux arrondissements du centre (de 1 à 6).

Conclusion intermédiaire : l'ARS IDF s'est fortement mobilisée pour accompagner l'accélération de la bascule ambulatoire grâce aux leviers réglementaires et contractuels ainsi que par un accompagnement financier des établissements de santé (appel à projets pour le fonctionnement des unités de chirurgie ambulatoire, gestes innovants et modernisation des infrastructures,..). L'incitation à la densification d'exercice regroupé et le lancement de plusieurs plateformes territoriales d'appui dans le 94, le 78 et à Paris participent à la recherche d'une supra coordination des acteurs de ville.

1.3 Une stratégie qui s'inscrit dans contexte particulier de l'exercice territorial de l'AP-HP

L'AP-HP est à un tournant majeur de son évolution : ouverture sur les territoires et intégration dans les GHT, modernisation indispensable de ses infrastructures.

L'APHP est confrontée à des enjeux territoriaux et sociétaux majeurs pour certains inédits. Elle doit réussir l'insertion de ces groupes hospitaliers sur leurs territoires respectifs dans une logique de gradation et de fluidification des parcours de soins. Elle doit aussi adapter ses hôpitaux aux révolutions ambulatoires, scientifiques, numériques et sociétales lesquelles modifient profondément ses modes de prise en charge.

1.3.1. L'AP-HP : le CHU de la région

Les sièges des 12 groupes hospitaliers sont répartis sur quatre départements franciliens :

-Paris (75) : département dense et riche mais inégalitaire et complexe.

Implantation des sièges des groupes hospitaliers suivants : Pitié-Salpêtrière-Charles Foix, Paris-Centre, Paris-Nord-Val-de-Seine, Saint-Louis – Lariboisière – Fernand Widal, Paris Est-Parisien, HEGP, Necker Enfants Malades, Robert Debré.

-Hauts de seine (92) : département dense, dynamique, riche mais marqué par une grande hétérogénéité sociale au nord et au sud.

Implantation des hôpitaux suivants : Raymond Poincaré, Ambroise Paré, Louis Mourier, Antoine Bécclère, Beaujon.

-Val de Marne (94) : territoire contrasté marqué par de fortes disparités de conditions de vie.

Enjeux : périnatalité, personnes âgées, publics précaires, addiction des jeunes notamment.

Implantation des sièges des groupes hospitaliers suivants : Henri Mondor, Bicêtre.

-Seine Saint Denis (93) : département jeune et dense mais fortement défavorisé au plan social et sanitaire.

Implantation des sièges des groupes hospitaliers suivants : Paris-Seine Saint-Denis (Avicenne – Jean Verdier).

► Focus sur le bassin de recrutement des groupes hospitaliers de l'AP-HP et les territoires de santé en IDF

Le bassin de recrutement d'un GH se situe entre 500 000 et 1 million de patients.

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France a défini huit territoires de santé correspondant aux huit départements de la région : Paris, Seine-et-Marne, Yvelines, Essonne,

¹⁵ Missions : information-orientation, organisation du parcours pour toute situation complexe.

¹⁶ Avec la participation de l'AP-HP : HUPS et HAD

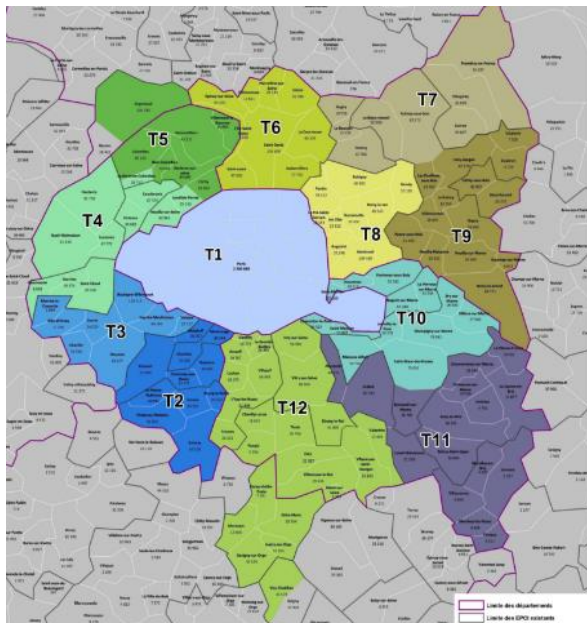
Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, et Val d’Oise. Cette organisation doit permettre de mettre en œuvre au plus près des territoires les grandes priorités que l’ARS s’est fixées:

- l’amélioration de la qualité du système de santé francilien (de l’offre de soins sanitaire et médico-sociale aux activités de prévention),
- la réduction des inégalités de santé à l’intérieur de la région,
- et l’efficacité des moyens consacrés à la santé

A l’exception de Paris, la population de chaque département se situe entre 1 200 000 habitants et 1 600 000 (petite couronne 4 500 000 et grande couronne 5 200 000).

► Focus sur les territoires de la Métropole du Grand Paris (MGP)

En dehors de Paris, les 11 territoires intercommunaux du Grand Paris se situent dans une fourchette entre 350 000 et 650 000 habitants.



	Nb de communes	Pop. totale INSEE 2012	Sup. (km ²)	Nb cons. Métropolitains	Nb cons. Territoriaux	Date installation	Président
Paris	1	2 265 886	105,4	62	163		A. Hidalgo
Vallée Sud Grand Paris	11	394 997	47	11	80	18-janv	J.D. Berger
Grand Paris Seine Ouest	8	314 621	36,7	10	73	05-janv	P.C. Baguet
Paris Ouest La Défense	11	568 139	59,4	14	90	11-janv	J. Kossowski
Boucle Nord de Seine	7	434 977	49,7	10	80	12-janv	N. Goueta
Plaine Commune	9	414 806	47,4	12	80	19-janv	P. Brouezec
Paris Terres d’Envol	8	349 133	78,07	9	72	11-janv	B. Beschizza
Est Ensemble	9	402 477	39,18	10	80	07-janv	G. Cosme
Grand Paris Grand Est	14	385 323	71,58	14	80	09-janv	M. Teulet
T10 -	13	505 372	56,33	15	90	15-janv	J.J.P. Martin
T11 -	16	306010	99,8	17	82	27-janv	
T12 -	24	677874	123,59	25	92	12-janv	M. Leprêtre

Les Territoires de la métropole du Grand Paris



1.3.2. Un contexte actuel de la démographie médicale d’omnipraticiens défavorable mais avec des perspectives d’amélioration à moyen terme

Malgré une densité médicale globale de la région forte caractérisée par une proportion de médecins spécialistes plus importante qu’au plan national, c’est sur la **médecine générale**, spécialité centrale pour l’offre de soins de premier recours, que se concentrent dans la région **les plus grandes difficultés**. L’Ile-de-France est en effet la région française où les difficultés démographiques des médecins libéraux omnipraticiens s’accroissent le plus fortement. Entre 2010 et 2015, l’Ile-de-France a ainsi perdu 3,7% de ses effectifs d’omnipraticiens. Pour le CNOM, c’est la région qui concentre la plus forte diminution avec des baisses fortes notamment dans le Val de Marne (-7,4%) et à Paris (-4,9%). Le vieillissement de la profession est fortement marqué depuis 2010 ; la moyenne d’âge est passée de 53,9 ans en 2010 à 56,3 ans en 2015. Les installations sont par ailleurs fortement polarisées sur des territoires dotés. Hausse. Entre 2011 et 2014, 30 communes ont polarisé 36% des installations (dont 60% pour Paris). Depuis 2009, le nombre d’installations est néanmoins en légère. A Paris en 2014, les 1805 omnipraticiens libéraux (hors MEP) ont totalisé 5 613 231 consultations.

— Les omnipraticiens : des effectifs en baisse régulière

Département	2010		2012		2013		2014		2015	
	Effectif 2010	Part des 60 ans et +	Effectif 2012	Part des 60 ans et +	Effectif 2013	Part des 60 ans et +	Effectif 2014	Part des 60 ans et +	Effectif 2015	Part des 60 ans et +
75	2607	33%	2570	41%	2552	45%	2497	48%	2477	50%
77	1006	23%	990	29%	999	32%	980	34%	973	37%
78	1177	26%	1150	33%	1166	36%	1159	39%	1126	43%
91	965	26%	964	34%	975	35%	955	38%	943	39%
92	1230	25%	1211	31%	1224	36%	1210	39%	1212	41%
93	1032	25%	1009	32%	1024	35%	1024	40%	1029	43%
94	1039	25%	993	30%	989	33%	977	36%	962	37%
95	916	27%	901	32%	909	34%	894	36%	882	39%
Ile-de-France	9972	27%	9788	34%	9838	37%	9696	40%	9604	43%

.Taux d'adhésions médecins traitants en IDF inférieure à la moyenne nationale notamment dans le 75, 93, 94

Taux d'adhésion au dispositif du Médecin Traitant par CPAM				
--	--	--	--	--

Bénéficiaires de 16 ans ou plus qui ont perçu au moins un remboursement entre juillet 2015 et juin 2016 pour un acte effectué au cours de la même période

	CPAM	Adhérents au dispositif	Population totale	Taux d'adhésion au dispositif
75	Paris	1 262 868	1 474 439	85,65%
77	Melun	786 638	870 280	90,39%
78	Versailles	845 224	929 897	90,89%
91	Evry	732 287	812 805	90,09%
92	Nanterre	930 839	1 033 248	90,09%
93	Bobigny	919 826	1 065 688	86,31%
94	Creteil	771 376	867 655	88,90%
95	Pontoise	727 094	806 782	90,12%
	Ile-de-France	6 976 152	7 860 794	88,75%
	France entière	38 158 753	40 992 181	93,09%

Source : DCIR, Régime général.

-Pour faire face à ces enjeux, **la Mairie de Paris a souhaité lancer « Paris Med' »** un dispositif d'aide à l'installation des professionnels élaboré conjointement avec l'Agence Régionale de Santé, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris, le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins et la Région Ile-de-France. Ce dispositif porte sur l'exercice libéral regroupé en secteur 1. Il est fléché vers les zones déficitaires et fragiles définies par le Schéma régional d'organisation des soins ; les quartiers définis comme prioritaires par l'Agence Régionale de Santé.

L'évolution à la hausse et la modulation régionale du *numerus clausus* devraient offrir des perspectives d'amélioration à moyen terme de la densité de médecins généralistes. A partir de 2016, le *numerus clausus* fixé par le gouvernement au niveau national devra se situer dans une fourchette proposée au niveau régional qui prendra en compte les besoins locaux en termes de professionnels de santé, pour lutter contre les déserts médicaux, et les capacités de formation des universités.

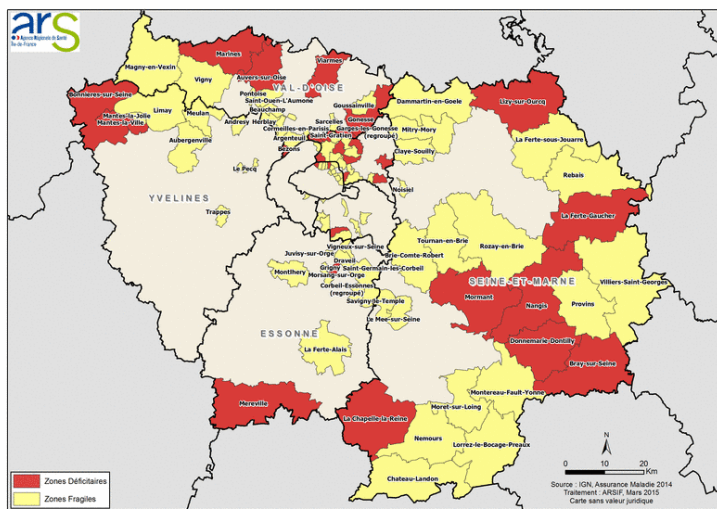
-Les autres professions de santé de ville connaissent relativement **moins de difficultés** démographiques malgré **une répartition hétérogène** entre les départements franciliens :

.Pharmaciens d'officine : disparités notables entre, d'une part, Paris, qui connaît une forte concentration d'officines et, d'autre part, les marges rurales de la région telles que l'Essonne Sud et la Seine-et-Marne ainsi que les zones urbaines sensibles.

.IDE : une répartition hétérogène avec une densité inférieure à la moyenne nationale sans pénurie du fait de nombreuses structures participant au maintien à domicile des patients (HAD, SSIAD, SSAD,...).

.Masseurs-kinésithérapeutes : une densité supérieure à la moyenne nationale avec une augmentation du nombre de MK en IDF ; leur disponibilité pour le virage ambulatoire est néanmoins variable selon les départements en fonction de leur activité.

-A l'échelle de la région, le nombre de zones « déficitaires » et « fragiles » a été **augmenté pour couvrir 30% de la population francilienne, contre 13% en 2012**. La région compte désormais 29 zones déficitaires et 73 zones fragiles.



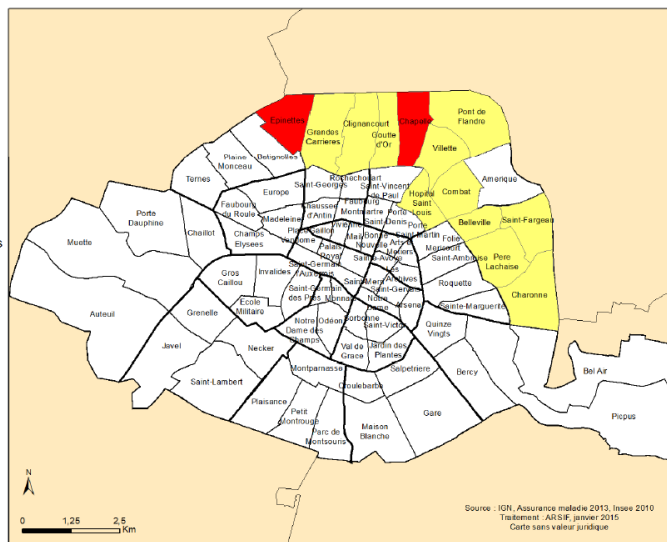
Zonage SROS AMBU 2015 pour Paris

Légende

SCENARIO

■ Déficitaire : Aide AM et ARS

■ Fragile : Aide ARS



.Les Centres de santé (ARSIF chiffre clés de la santé 2011) se **concentrent à Paris et en petite couronne**. L'IDF comptait 300 centres actifs au 1er janvier 2010 (91 centres médicaux exclusifs, 51 centres dentaires exclusifs, 133 centres polyvalents (dentaire + médical) et 22 centres de soins infirmiers. Avec 93 centres de santé, **Paris** apparaît comme le département francilien le mieux pourvu de la région. Près de 60% de ces structures sont gérées par le secteur associatif. L'offre,

répartie sur l'ensemble du département, constitue une véritable alternative à l'offre de soins libérale et hospitalière. Les centres de santé, nombreux à Paris, attirent des patients provenant des départements voisins. La contribution en 2008 à l'offre de soins parisiennes aux tarifs opposables est non négligeable. Les centres de santé représentaient 13% des consultations de médecine générale (27% pour les actes techniques) et 15% de l'ensemble des consultations et actes techniques pour les spécialistes. De plus, ces proportions prenaient en compte l'ensemble de la population parisienne, or, les centres de santé délivrent majoritairement des soins aux populations les plus modestes ou précaires.

Conclusion intermédiaire générale : le territoire de référence du CHU, la région Ile-de France, malgré des indicateurs de santé globalement bons, se caractérise par de fortes inégalités de santé. Les sièges des groupes hospitaliers de l'AP-HP se positionnent ainsi sur quatre départements marqués par d'importantes disparités sanitaires et socio-économiques.

En termes d'offres de soins de Ville, l'Ile-de-France connaît un déficit croissant de médecins généralistes libéraux en secteur 1. L'augmentation du numerus clausus et sa modulation régionale comme les politiques de soutien de l'ARS et d'aides à l'installation des collectivités locales permettent d'espérer une amélioration de la démographie médicale à horizon 2025. La démographie des autres professions de santé de ville (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens) est conforme à ce qui est observé au plan national sauf en grande couronne. Cela induit une disponibilité variable selon les départements d'exercice et pose la question de l'aggravation des inégalités territoriales sur certains territoires fragilisés comme en Seine Saint -Denis par exemple.

2. Etat des lieux de la bascule ambulatoire à l'APHP, perspectives d'évolution et besoins de coordination avec la ville

2.1. La chirurgie ambulatoire à l'AP-HP : des capacités en évolution, différentes selon les sites et pour des actes émergents de plus en plus complexes

2.1.1. Evolution et perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire à l'AP-HP

2.1.1.1. Etat des lieux

D'ici 2019, l'AP-HP s'est donné comme objectif de réaliser 49.5% de ses interventions en chirurgie ambulatoire. Elle dispose de 12 unités distinctes de chirurgie ambulatoire pour 16 hôpitaux pratiquant la chirurgie ambulatoire. Le spectre d'intervention concerne plus de 14 spécialités chirurgicales. Selon le rapport d'activités 2015, le taux de chirurgie ambulatoire de l'AP-HP a progressé de 32% en 2014 à 36% en 2015 (4 300 séjours de plus qu'en 2014). 16 hôpitaux réalisent 86% des séjours ambulatoires de l'AP-HP. Ils ont contribué à cette augmentation dans des proportions variables. Au global la progression de l'AP-HP est nette mais insuffisante : l'AP-HP ne réalisait en 2015 que la moitié de l'objectif annuel imparti (+4points).

- Le modèle tarifaire en chirurgie ambulatoire

À partir de 2009, le modèle tarifaire a fortement évolué. Des groupes homogènes de malades spécifiques ont été créés (codés en J) et les séjours comparables, réalisés en hospitalisation classique ont été classés avec un niveau de sévérité faible. Cela a conduit à rapprocher progressivement les tarifs des deux types de séjours pour 18 racines de GHM en 2009, puis 39 et, à ce jour, 55. L'adoption d'un tarif unique pour ces 55 actes dits traceurs, qui renvoient à environ 240 actes opératoires différents, a contribué un à adresser un signal prix fort en faveur de la chirurgie ambulatoire.

Parallèlement, il est obligatoire, pour ces actes qui resteraient réalisés encore en chirurgie conventionnelle, de demander une mise sous accord préalable.¹⁷
L'incitation tarifaire est cependant de moins en moins forte, à mesure que le taux de chirurgie ambulatoire augmente et finit par disparaître.

- **D'actes simples à des chirurgies de plus en plus complexes**

-En 2015, 55 gestes marqueurs ont été définis dont la faisabilité en chirurgie ambulatoire n'est pas discutable. Les actes éligibles à la mise sous accord préalable sont généralement classés dans des GHS bénéficiant d'un tarif unique : le tarif, c'est-à-dire la recette perçue par l'hôpital, est identique que le patient soit en ambulatoire ou reste 3 jours.

Les 55 gestes marqueurs englobent 239 actes CCAM. En 2015, 11 194 séjours de 1 ou 2 nuits (dont 4709 d'1 nuit et 6485 de 2 nuits) avec 291 GHM associés pouvant faire potentiellement l'objet d'une bascule en ambulatoire ont été identifiés à l'AP-HP. Cela aboutirait globalement, à la bascule de 18 000 journées d'hospitalisation conventionnelle, soit 67 lits vers l'ambulatoire.

80% environ de ces actes sont aujourd'hui réalisées à l'AP-HP en chirurgie ambulatoire (cf. tableau).

Annexe – Les 55 gestes marqueurs (1/2)

Les 55 gestes marqueurs

GM01 - Adénolectomies	GM14 - Exérèse de lésions cutanées
GM02 - Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	GM16 - Exérèse de lésions sous-cutanées
GM03 - Chirurgie anale	GM18 - Exérèse de kystes synoviaux
GM04 - Chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses (ME)	GM17 - Avulsion dentaire
GM05 - Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)	GM18 - Chirurgie du poignet
GM08 - Chirurgie de la main pour maladie de Dupuytren	GM18 - Chirurgie du pied
GM07 - Chirurgie des bourses	GM20 - Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique
GM08 - Chirurgie des hernies inguinales	GM21 - Chirurgie des maxillaires
GM09 - Chirurgie des varices	GM22 - Accès vasculaire
GM10 - Chirurgie du cristallin	GM23 - LEC
GM11 - Chirurgie du sein/tumorectomie	GM24 - Chirurgie des hernies de l'enfant
GM12 - Chirurgie de la main pour réparation des ligaments et tendons	GM26 - Geste sur la vessie
GM13 - Chirurgie pour strabisme	GM28 - Geste sur l'uretère

¹⁷ C'est-à-dire de justifier leur maintien en hospitalisation conventionnelle. Afin de développer la chirurgie ambulatoire, certains actes chirurgicaux avec hospitalisation d'au moins une nuit sont, dans certains établissements hospitaliers, soumis à l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie. Cette procédure concerne 55 gestes chirurgicaux

Annexe – Les 55 gestes marqueurs (2/2)

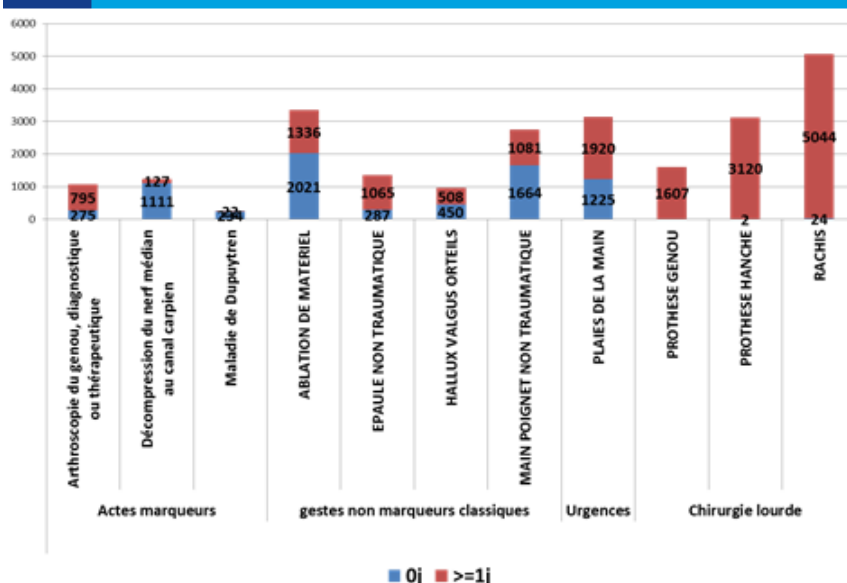
GM27 - Fistules artérioveineuses	GM42 - Chirurgie de l'utérus
GM28 - Chirurgie du poignet	GM43 - Chirurgie des bourses de l'enfant
GM29 - Cholécystectomie	GM44 - Chirurgie des sinus
GM30 - Chirurgie du nez	GM45 - Chirurgie du glaucome
GM31 - Chirurgie des hernies abdominales	GM46 - Chirurgie du trou maculaire
GM32 - Chirurgie de la main	GM47 - Chirurgie du tympan
GM33 - Chirurgie de l'avant pied	GM48 - Exérèse de lésions de la bouche
GM34 - Arthroscopie de la cheville	GM49 - Fermeture de fistule buccale
GM35 - Prélèvement d'ovocyte	GM50 - Geste secondaire sur lambeau
GM38 - Interruption tubaire	GM51 - Geste sur les glandes salivaires
GM37 - Angioplasties périphériques	GM52 - Plastie de lèvres
GM38 - Angioplasties du membre supérieur	GM53 - Réparation de perte de substance en dehors de l'extrémité céphalique
GM39 - Geste sur l'urètre	GM54 - Vitrectomie avec pelage de membrane
GM40 - Chirurgie de l'épaule	GM55 - Vitrectomie postérieure isolée
GM41 - Chirurgie du col utérin, vulve, vagin	

20

On fera aussi remarquer que sous un même vocable, la prise en charge varie considérablement d'un acte à l'autre. Ainsi de la cataracte qui n'impose pas d'anesthésie générale et donc pas de passage en SSPI, pour laquelle la sortie peut être très rapide en raison de l'absence de risque sévère et d'accident immédiat. Le syndrome du canal carpien impliquera lui un passage rapide en salle de surveillance-post interventionnelle (SSPI) car l'anesthésie générale est courte ou anesthésie loco-régionale. En revanche, une coelioscopie peut nécessiter un passage en SSPI de plusieurs heures avec une surveillance prolongée, ce qui implique une vigilance quant à la programmation de l'heure de l'opération.

Il faut ensuite tenir compte des gestes marqueurs classiques traités suivant les cas en chirurgie conventionnelle ou ambulatoire. Est pris un exemple ici dans le secteur de l'orthopédie.

Interventions chirurgicales en orthopédie, AP-HP, pmsi 2015



- **Taux d'évolution et part des séjours restant à basculer : une accélération indéniable, en deçà des objectifs ambitieux de développement au plan national.**

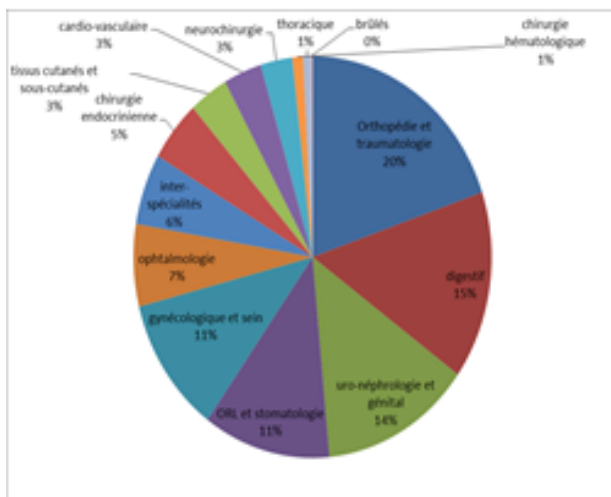
Pour y parvenir, des axes prioritaires ont été définis. Il s'agit principalement d'améliorer la prise en charge des patients dans les unités de chirurgie ambulatoire, et d'y accélérer le transfert d'activités aujourd'hui réalisées en hospitalisation complète sur plusieurs jours. Il est également nécessaire de mieux informer les patients et les médecins de ville de l'offre proposée par les hôpitaux, de réintégrer des activités ambulatoires aujourd'hui adressées à d'autres établissements, souvent privés, et enfin de développer les collaborations avec les partenaires de ville pour organiser les suites de l'hospitalisation. Certains groupes hospitaliers ont vu leur taux progresser de manière significative grâce à une réorganisation des blocs opératoires avec une extension des plages horaires à l'hôpital Robert-Debré (+5,5 %) ; une extension de l'unité de chirurgie ambulatoire et l'ouverture d'une deuxième salle de bloc à l'hôpital Henri-Mondor (+5 %) ou grâce à l'ouverture d'une unité de chirurgie ambulatoire avec une salle de bloc opératoire dédiée à l'hôpital Bichat (+4 %). L'évolution est engagée mais les marges de progressions sont encore importantes pour arriver à l'objectif fixé.

- **Quelques mots sur les intérêts et limites de la méthode IGAS-IGF utilisée pour déterminer l'objectif de bascule imparti aux hôpitaux de Paris.**

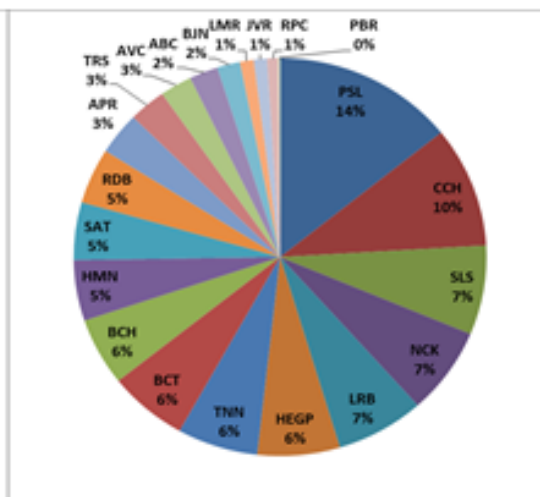
La méthode IGAS-IGF repose sur un calcul totalement matriciel (comptage des séjours de 0 jours dans le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) qui aboutit à une bascule potentielle de 400 séjours à l'APHP. Les gisements les plus importants se situent en orthopédie et traumatologie, digestif et urologie.

Nous ne pouvons atteindre notre cible que si tous les GH accélèrent

Part des séjours à basculer (méthode IGAS-IGF) par spécialité



Part des séjours à basculer (méthode IGAS-IGF) par GH



La méthode est intéressante parce qu'elle montre le potentiel de bascule et aide de conviction à mener auprès des professionnels de l'institution.

La méthode est faite pour tous les hôpitaux et comporte à cet égard quelques limites au regard du profil particulier de l'AP-HP.

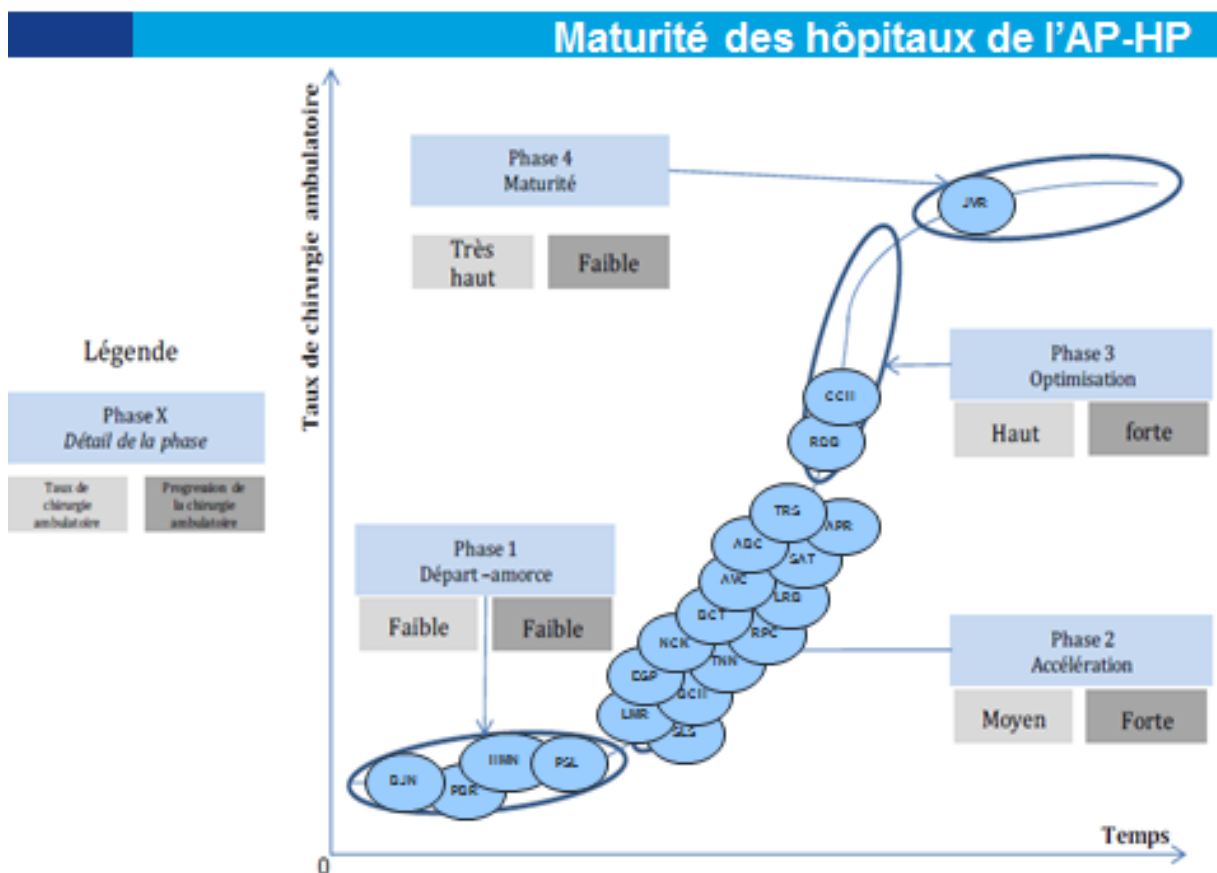
-Elle ne prend pas en compte en premier lieu le potentiel qui pourrait être issu des urgences et le poids potentiel des urgences dans le développement de l'ambulatoire.

La part de l'activité chirurgicale issue des urgences (40%) est beaucoup plus importante que dans les autres hôpitaux. A l'exception de l'orthopédie, de la chirurgie pédiatrique et du digestif peu de patients sont re convoqués pour une intervention chirurgicale ultérieure. Dire qu'une part pourrait être traitée en chirurgie ambulatoire implique une analyse approfondie et un changement de culture et des pratiques autour du fonctionnement actuel des services d'urgences.

-Elle n'intègre pas d'éléments correcteurs relatifs au risque post opératoire spécifique à certaines activités ou encore à l'âge des patients, notamment en pédiatrie. Il y a, à titre d'exemple, un débat bénéfice/risque important sur la prise en charge ambulatoire de la thyroïde dont le potentiel est important au regard de l'importance de la phase de surveillance.

-Enfin, la question de l'âge notamment en pédiatrie est importante car les prises en charge ne peuvent pas se faire en ambulatoire pour des enfants de moins de 6 mois. L'analyse relative aux personnes âgées est en revanche à l'APHP à nuancer car la part des personnes âgées de plus de 75 ans dans les services de longs séjours est de 12,7 % versus 15,2 % pour les autres CHU et de 20% hors CHU. S'il y a ici un potentiel théorique, on fera remarquer que les facteurs liés à l'isolement ou à la précarité peuvent en revanche constituer un réel frein pour l'éligibilité de cette patientèle à la chirurgie ambulatoire. Il faut avoir en tête un écart de 10 points de moyenne sur le taux de personnes isolées dans la population entre l'IDF et le reste des autres régions de France : c'est plus d'un tiers des franciliens qui est isolé alors que c'est 25 % de la population hors IDF.

2.1.1.2. Maturité des hôpitaux de Paris et courbes de décollage



-Aujourd'hui, cette image relative aux 20 sites montre que la majorité des hôpitaux se situe dans une phase d'accélération. Aux extrémités, on trouve en phase de forte optimisation les sites de Jean Verdier, Cochin et Robert Debré ; en phase de faible développement ceux de la Pitié, Henri Mondor, Paul Brousse et Beaujon.

-La courbe de décollage de la chirurgie ambulatoire d'un hôpital à un autre ne sont pas les mêmes. Il y a des hôpitaux qui n'ont pas vocation à faire de l'ambulatoire et même à structurer une unité de chirurgie ambulatoire. C'est le cas de Beaujon qui a une chirurgie tellement lourde que ce n'est pas un objectif stratégique d'avoir une unité de chirurgie ambulatoire. Il faudrait plutôt adresser les patients relevant d'une chirurgie ambulatoire sur Bichat.

-Inversement, il y a des hôpitaux qui sont encore dans cette phase de décollage, qui ont vocation à en faire mais qui n'ont pas les moyens de la développer. C'est le cas de la Pitié-Salpêtrière pour lequel il vient d'être décidé de créer pour fin 2017 d'une unité de chirurgie ambulatoire.

-Pour les autres qui disposent majoritairement d'une unité de chirurgie ambulatoire, on peut distinguer deux grands cas de figure :

▶ Ceux où les procédures qui permettent d'orienter vers la chirurgie ambulatoire sont bien organisées et où il y a des vacations dédiées de chirurgiens et d'anesthésistes. Pour ceux-là, le travail prioritaire à conduire est celui de la communication de l'offre existante auprès des adresseurs, et en premier lieu des médecins de ville. Par exemple, tous les services d'accueil des urgences de Paris réorientent vers le SOS mains de l'hôpital Saint-Antoine alors qu'il existe aussi à HEGP un service « SOS mains ».

▶ Ceux pour lesquels le travail de conviction a été engagé à partir de la méthode IGAS-IGF. Le développement de l'ambulatoire est un pari d'activités qui implique de dégager un nombre de vacations suffisantes tout en continuant de faire face aux activités chirurgicales conventionnelles avec des files d'attentes importantes. La pédagogie consiste à convaincre d'une part que la prise en charge est meilleure pour les patients en ambulatoire et que sur le plan budgétaire du service concerné, c'est équivalent. L'accompagnement pour structurer l'activité - certains ne disposant pas d'unités dédiées - au sein d'un bloc général comme à Bicêtre par exemple est important. De même, le manque de ressources anesthésiques disponibles sur certains sites peut amener à freiner le développement dans ce domaine. C'est le cas par exemple de Necker où est questionnée la pertinence de dédier un anesthésiste par salle au bloc opératoire (dans un contexte de forte pénurie de cette catégorie professionnelle) tout en comprenant dans ce cadre l'attention à la préservation des activités de chirurgie conventionnelle.

Conclusion intermédiaire : si l'accélération est réelle, elle devrait représenter 50% des séjours à horizon 2020, la maturité varie fortement d'un site à l'autre et peut rencontrer un certain nombre de freins en terme de ressources (personnel d'anesthésie) ou d'infrastructures (absence de bloc ou d'unité dédiée). L'accélération est pour ces raisons et celles spécifiques aux CHU en deçà des objectifs nationaux (66,2% en 2020). La part ambulatoire de l'AP-HP augmente cependant plus que dans les autres CHU. Par ailleurs, il est observé à court et moyen terme un impact marginal sur le potentiel de fermeture de lits en chirurgie conventionnelle après correction des données issues des outils de projection de l'ANAP (méthode dite IGAS-IGF) et observation des opérations de transfert.

2.1.1.3. Leviers et perspectives de développement : l'impact de la RAAC sur l'essor futur de la chirurgie ambulatoire

- **Les techniques de la RAAC ont contribué et pourraient contribuer de plus en plus au développement de la chirurgie ambulatoire**

-La RAAC (Enhanced Recovery After Surgery ERAS) est une approche de prise en charge globale du patient visant au rétablissement accéléré de ses capacités physiques et psychiques après la chirurgie. Elle est applicable à tous les patients et à toutes les spécialités. Elle a émergé dans les années 90.

Les procédures chirurgicales sont traumatisantes et peuvent engendrer des modifications hormonales, métaboliques et physiologiques importantes. L'objectif de la RAAC est de limiter ces modifications en préparant les patients à l'intervention chirurgicale et en anticipant leur traitement. Un programme RAAC s'inscrit dans un projet d'établissement et s'appuie sur un chemin clinique pour l'ensemble des 3 phases pré, per et post opératoire. Cette approche, centrée sur le patient, nécessite une réorganisation des soins et des efforts combinés impliquant de manière multidisciplinaire tous les acteurs autour du patient : équipes hospitalières et de ville (anesthésistes, chirurgiens, infirmiers, kiné, autres personnels paramédicaux, médecins traitants).

-Les impacts attendus de la mise en place de programme de réhabilitation sont :

.l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (diminution de la douleur et du stress dûs à l'intervention, meilleure récupération, convalescence plus courte) et la diminution des complications postopératoires ;

.la diminution des durées de séjours avec une réduction des coûts hospitaliers sans taux de réhospitalisation supérieur à une chirurgie conventionnelle ;

.la promotion de pratiques coopératives entre professionnels (anesthésistes, chirurgiens, paramédicaux), meilleure coordination des soins en équipe (chemins cliniques, culture d'équipe) et promotion de la coopération ville-hôpital.

-Une expérience pilote au CHU de Lausanne (2011) en chirurgie colorectale a montré une réduction de la DMS de 3 jours pour les patient inclus dans le programme RAAC. Une autre étude suisse (2015) sur un programme RAAC pour pancréatectomie a montré une réduction du taux global de complications (-14%), de la DMS (-4 jours). Une étude de faisabilité (publiée en janvier 2014), menée aux HCL, après chirurgie digestive (colorectale, pancréas, hépatique) et chirurgie orthopédique (hanche, genou, coiffe de l'épaule) et chirurgie urologique (prostatectomie et soutènement vésical, cystectomie) a montré que la majeure partie des gains sont liés au raccourcissement de 2 journées de séjours sur les 7 groupes de séjours.

Ainsi, certaines opérations comme la prothèse de hanche ou de genou qui nécessitaient 3 jours d'hospitalisation sont aujourd'hui réalisées dans 90% en moins d'un jour en mettant en place les protocoles RAAC. Dans le domaine de la cancérologie gynécologique, 40% des patients sortent le jour même. Les Professeurs Anract à Cochin et Hardy à Ambroise Paré ont publié en 2015 des études complètes sur ce sujet auxquelles on peut utilement se référer.

- **L'AP-HP est engagée dans un vaste programme de développement des techniques de RAAC dans des disciplines pratiquant des interventions complexes (chirurgie thoracique, digestive, orthopédique et gynécologique).**

Plusieurs services ont déjà lancé la démarche :

- chirurgie thoracique : Cochin, Tenon
- chirurgie orthopédique : Cochin, Raymond Poincaré
- chirurgie colorectale : Saint-Antoine
- gynécologie-obstétrique : Cochin, Louis Mourier
- chirurgie pédiatrique : Robert Debré

- **Focus sur les apports des modalités d'organisation de la continuité des soins en RAAC à l'AP-HP :**

Le passeport RAAC, qui peut donner lieu le cas échéant à un label, inclut obligatoirement :

- une information du patient sur le programme ;
- une check list résumant les différentes étapes ;
- des objectifs patients : utilisation de techniques chirurgicales moins invasives/optimisation de l'anesthésie et de l'analgesie, contrôle actif de la douleur, arrêt des drains et sondes systématiques, une réalimentation précoce, une suppression du jeûne strict avant l'intervention, une mobilisation rapide ;

-une organisation de la sortie.

Il est recommandé d'établir un livret patient pour une autoévaluation de la prise en charge (P. ALFONSI, les recommandations de l'HAS, 12/04/2016).

Les éléments d'un programme RAAC communs à toutes les interventions sont vis-à-vis des patients :

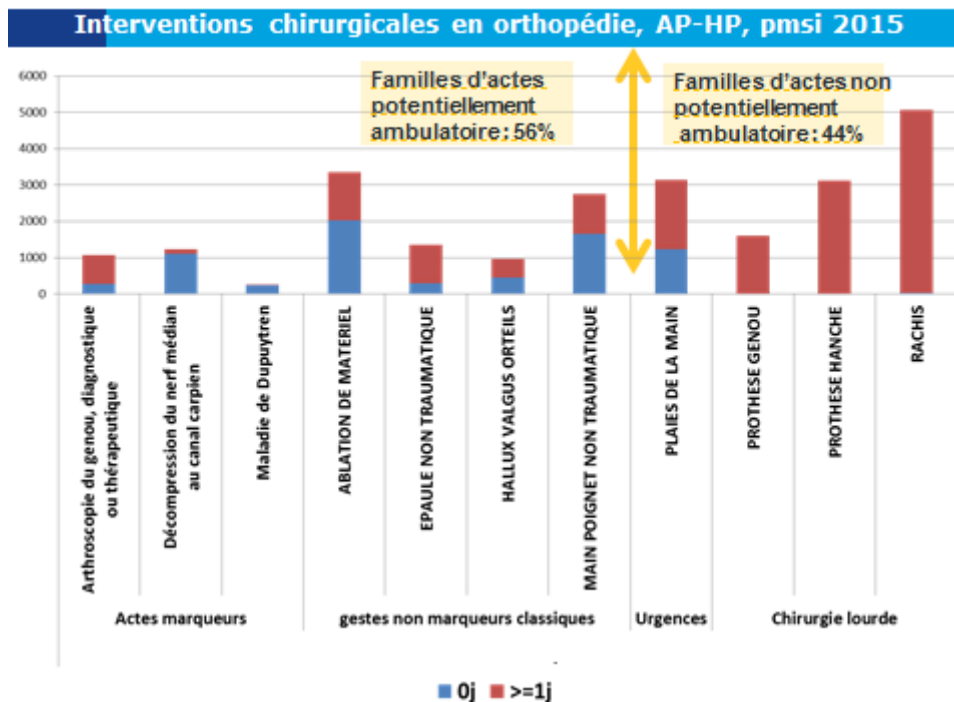
- une information renforcée du patient, qui doit connaître son parcours, apprendre à gérer sa douleur et savoir reconnaître les signes avant-coureurs d'une complication entendu que les critères de sortie sont inscrits dans le programme RAAC et qu'il n'y a pas de sorties s'ils ne sont pas validés ;
- la coordination autour de la continuité des soins assurée par l'équipe chirurgicale et soignante et les acteurs de ville (pharmacien, kinésithérapeutes, IDE).

Dans ce cadre, le médecin généraliste doit être informé en continu dès la 1ère consultation de chirurgie et aux étapes clés du programme. S'il doit être formé préalablement à ces nouveaux modes de prise en charge, il n'est pas impliqué dans les soins liés à la procédure chirurgicale et, comme en chirurgie ambulatoire, il n'y a pas déport de la prise en charge, la responsabilité demeurant celle de l'équipe chirurgicale de l'hôpital.

Conclusion intermédiaire : la diffusion des innovations chirurgicales et des techniques de réhabilitation améliorée après chirurgie (R.A.A.C.) pourraient contribuer de plus en plus au développement de la chirurgie ambulatoire. S'il y a un consensus pour dire que l'essor de la RAAC appuie la prise en charge d'actes de plus en plus complexes en chirurgie ambulatoire, qui pourrait se traduire par des soins plus conséquents en post opératoire, le recul n'est à ce jour pas suffisant pour décrire discipline par discipline le type et le volume de soins de continuité que cela peut requérir.

Ce travail a cependant été engagé par la collégiale de la chirurgie de l'AP-HP. De même, le groupe n'a pu estimer l'impact en volume de cet essor sur le développement de la chirurgie ambulatoire faute de données adéquates. GRACE¹⁸ indique qu'en 2016 elle recense 73 centres de références, pour 8 établissements recensés par l'HAS en 2014. Un tiers des sites chirurgicaux publics et privés en IDF déclaraient en 2015 utiliser des programmes R.A.A.C. (Dr Brigitte Homsy-Hubert, ARS/IDF, séminaire R.A.A.C. AP-HP). L'accélération de diffusion de ces techniques serait donc importante. Celles débouchant sur une prise en charge ambulatoire restant en dehors des cas cités peu documentées à ce jour.

¹⁸ Groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie.



Comme en chirurgie ambulatoire, elle pose néanmoins la question de la coordination ante et post opératoire avec les patients et les professionnels de ville et de l'importance de l'anticipation et des modalités de contractualisation des modes de prise en charge avec ces derniers en post opératoire.

Conclusion intermédiaire : l'impact de la RAAC, des progrès techniques et organisationnels en chirurgie conventionnelle couplés à la réduction générale des séjours incitent à réévaluer les gains directs et indirects – sanitaires et économiques - entre une hospitalisation limitée à 12 h en chirurgie ambulatoire et un possible allongement comme le font certains autres pays pour se concentrer sur la gestion de séjours de courte durée.

2.2. Impacts en volume du développement de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital et en ville

2.2.1. Réflexions sur le modèle capacitaire de l'AP-HP

-Le rapport IGAS-IGF (2014) évaluait le potentiel de séjours transférables en ambulatoire d'ici 2019 par l'application d'une matrice de taux de transférabilité (appliqués sur les séjours recensés en 2014) selon la durée des séjours et niveau de sévérité des GHM. Les résultats prospectifs pour l'AP-HP en appliquant cette méthode aboutissaient au transfert potentiel de plus de 30 000 séjours d'ici 2019.

-A la suite de ce rapport, une réflexion a été conduite sur le modèle capacitaire de l'AP-HP à titre prospectif. Il faisait apparaître :

- Un besoin croissant de lits de longs séjours chez les patients âgés, patients socialement complexes, patients poly-pathologiques, ou en fin de vie.

- . Un besoin réduit en raison de la prise en charge des patients chroniques en ville ou en ambulatoire, des évolutions technologiques et des pratiques médicales.

- . A partir d'une méthodologie, portant sur tous les lits d'hospitalisation conventionnelle, d'une augmentation des taux d'occupation respectivement de 78% à 80 % en chirurgie et de 83% à 85% en médecine, il semblait possible sur le plan théorique de libérer quelques lits en hospitalisation conventionnelle et de les substituer par des lits en ambulatoire : 280 en chirurgie, 20 en médecine.

Loin donc des calculs issus de l'application de la matrice de l'IGAS.

-Dans une deuxième phase, il a été utilisé la méthode IGAS-IGf décrite précédemment : 11 000 séjours à transférer soit 18 000 journées, c'est-à-dire l'équivalent de 57 lits à transférer. Il y a cependant une interrogation sur le transfert des moyens à la chirurgie ambulatoire quand le potentiel de transfert de lits représente un à deux 2 lits par service. De plus :

.L'incitation tarifaire, de moins en moins forte à mesure que le taux de chirurgie ambulatoire augmente, finit par disparaître.

.Du fait de l'existence de cette échelle tarifaire mobile et décroissante, il y a une hésitation à l'investissement dans les infrastructures.

.Une fois que l'incitation disparaît, la seule façon de dégager des économies, c'est de fermer des lits.

-Enfin, le tarif national n'est pas le reflet exactement des coûts supportés par l'établissement. Il n'est pas vraiment possible de répartir les coûts de personnels, qui est le plus gros poste de dépenses, pour chaque malade, mais seulement et grossièrement à la journée. Ensuite :

- La bascule ambulatoire ne génère plus de recettes supplémentaires (moins de recettes de T2A).
- Mais nécessite souvent des moyens supplémentaires.
- Elle ne libère pas suffisamment de journées d'hospitalisation pour libérer des moyens en personnel.

Comment équilibrer le modèle ?

.Volet recettes : en tablant sur une croissance d'activité sur certains segments ?

.Volet dépenses : en associant une réduction des durées moyennes de séjour en hospitalisation complète à la bascule ambulatoire pour libérer les moyens permettant d'améliorer les parcours en chirurgie ?

Conclusion intermédiaire : l'incitation tarifaire mise en place pour la chirurgie ambulatoire a été efficace, mais les tarifs sont de plus en plus éloignés des coûts réels. Il y a aussi une interrogation sur l'axiome posé par les pouvoirs publics sur la faisabilité du transfert des moyens de l'hospitalisation conventionnelle pour financer le secteur de chirurgie ambulatoire au regard du faible impact service par service d'hospitalisation conventionnelle.

2.2.2. Impact sur le volume des soins de ville

-Le groupe relève en premier lieu l'absence totale d'études récentes sur ce sujet. Dans une étude de 2010 qui portait sur 5 actes traceurs, la CNAM concluait à l'absence d'augmentation du volume des soins car le montant des dépenses de ville pour une opération en chirurgie conventionnelle ou ambulatoire était la même.

Les rares données existantes sur le sujet émanent d'enquête des services de chirurgie ambulatoire auprès de leurs patients. L'étude pilote menée à Saint Louis mettait en lumière un besoin supplémentaire de soins en ville pour moins de 20% des patients. Celle menée à Cochin en 2016 à un quasi absence de besoin.

Il y a plusieurs raisons à cela :

Par essence, ne sont à ce jour éligibles à la chirurgie ambulatoire que des patients ne nécessitant après intervention que peu de surveillance et de soins. On observe par ailleurs :

-l'absence de nécessité de soins à assurer requérant l'intervention de tiers.

-Suivant les cas, les consultations hospitalières prévues à J+ 1 et J+ 8 suffisent par assurer le suivi et les soins.

Pour les actes requérant certains soins infirmiers (pansements, injections, médicaments) ou actes de rééducation, ils sont légers.

-Certains services développent une prise en charge globale ante et post opératoire : remise en forme avant l'opération et multiplication de consultations de suivi sans recours aux acteurs de ville. Un

protocole de recherche relatif à des organisations où la continuité des soins est assurée par l'hôpital est en cours à la Pitié.

Un point important de l'étude a été en revanche consacré à l'essor de la RAAC qui permet de prendre en charge en ambulatoire des opérations plus lourdes qui nécessitaient il y a encore peu de temps des hospitalisations de trois à quatre jours, ainsi des cas très emblématiques des prothèses de la hanche ou du genou. Le volume de ces réalisations est encore confidentiel mais augmente. A la différence des actes jusqu'ici concernés, ils se traduisent par des soins post-opératoires plus conséquents et parfois dans une dimension pluri professionnelle.

Conclusion intermédiaire : Il n'a pas été possible dans le cadre de notre travail, de chiffrer l'impact sur les soins de ville post chirurgie ambulatoire, versus post chirurgie conventionnelle, en l'absence d'indicateurs CNAM et CPAM globalisés sur le parcours patient en ambulatoire. Pour autant, au regard des autres items analysés, il semble devoir être écarté un transfert de ces soins sur la ville au sens où ils ne traduisent pas par une augmentation de leur volume. La nécessité de soins de continuité est nulle pour certains actes opératoires. Certains soins sont gérés directement par les équipes hospitalières pour d'autres en post consultation. Surtout la surveillance post opératoire relève de l'hôpital. Le groupe encourage à la production urgente de ces données, ce qui nécessite des études techniques longues. La responsabilité relative à l'organisation de la continuité des soins demeurant celle du service hospitalier, elle doit pouvoir être documentée avec précision.

2.2.3. Etude de cas : les EHPAD de la Ville de Paris

Le groupe s'est intéressé à l'impact du développement de la chirurgie ambulatoire sur les EHPAD gérés par la ville de Paris¹⁹.

Deux remarques préalables :

-Les EHPAD de la ville de Paris disposent de médecins traitants salariés, ce qui est atypique par rapport à l'organisation dominante dans ce domaine.

-Il a été opté pour un forfait global relativement à la section soins.

Les constats opérés par les équipes œuvrant dans ce secteur sont les suivants :

-le virage ambulatoire impacte plus l'activité du médecin en EHPAD que pour une opération réalisée en chirurgie conventionnelle car il est mobilisé pour l'identification des fragilités avant l'hospitalisation, la coordination du dossier médical, la prescription et recueil des examens réalisés en ville avant et post acte. De même, l'activité de l'infirmier et aide-soignant serait accrue tant du point de vue des mesures à mettre en place pour éviter le risque d'infection que la réalisation des soins de suivi et de la coordination à assurer auprès des praticiens du service (rendez-vous, déplacements des patients, transferts de dossiers, communication des résultats des examens ...).

¹⁹ Focus sur les services en direction des personnes âgées

- 101 résidences-appartements (3789 logements pour personnes seules et 381 logements pour couples).
- 23 résidences-services représentant 1 517 places.
- 15 EHPAD pour une capacité globale de 2134 places.
- Soutien à domicile : file active de 2600 usagers servis par le SAAD du CASVP, dont 60 % au titre de l'APA.

Profil des personnes accueillies dans les EHPAD

- Moyenne d'âge à l'admission : 83 ans.
- Durée moyenne de séjour : 3 ans.
- 69 % des résidents sont accueillis au titre de l'aide sociale.
- Le GMP moyen : 739 avec des écarts de 650 à 810 : le GMP est l'évaluation de la dépendance des résidents pour les actes de la vie quotidienne : aide à la toilette, à l'alimentation, etc...
Pathos moyen pondéré (PMP moyen) : 234. Le PMP est l'évaluation des soins requis ou « soins utiles », recommandés par les bonnes pratiques.

-Ainsi, sur le plan économique, la tarification ternaire en EHPAD couplée aux mécanismes de forfaitisation des ressources et convergence tarifaire sur la section soins n'encourage pas au développement de l'ambulatoire. Dans ses relations avec l'assurance-maladie, le CASVP a opté pour le tarif global qui freinerait le développement de l'ambulatoire car il ne prend pas en compte (à titre d'exemple) les dépenses supplémentaires liées aux bilans préopératoires, rééducation post fracture, etc.

Conclusion intermédiaire : concernant les personnes âgées, fragiles et souvent poly pathologiques, les données produites par les EHPAD de la Ville de Paris, font état d'une charge de travail augmentée pour les médecins et IDE de ces structures, en amont et en aval d'un passage en CA. Comme avec les acteurs de ville, le modèle de la chirurgie ambulatoire fait émerger des pratiques plus exigeantes en terme d'anticipation et de suivi qui ont manifestement un impact sur le temps de travail des professionnels de ces structures.

Il semblerait aussi, pour les structures EHPAD ayant fait le choix du forfait global, que l'augmentation des coûts résultant d'un nombre à priori plus important de bilans à réaliser en amont et aval participe à une réticence au développement de la chirurgie ambulatoire.

Il est légitime de penser que les équipes hospitalières accordent une moindre attention à des patients réputés entourés par des équipes médicales et soignantes mais que l'élargissement de la chirurgie ambulatoire vers des actes plus lourds et pour des publics plus fragiles, produira les mêmes effets en terme de charge de travail et de coût.

2.3. Quels besoins de coordination-coopération Ville-AP-HP dans le domaine de la chirurgie ambulatoire ?

A ce jour, la chirurgie ambulatoire a réellement induit une révolution organisationnelle et culturelle positive dans les services qui s'y sont engagés, plus que pour ses partenaires.

2.3.1. Les besoins de coordination en amont de l'hospitalisation

-La question de l'orientation vers la chirurgie ambulatoire

Premier constat : l'acceptabilité sociale est élevée mais des interrogations subsistent sur le choix réellement alternatif entre chirurgie conventionnelle et ambulatoire proposé au patient et sur la sécurisation au domicile du patient en post opératoire.

Deuxième constat : l'orientation du patient vers une chirurgie ambulatoire est quasi toujours réalisée par l'hôpital à l'occasion d'une première consultation par un spécialiste, son éligibilité décidée à l'issue des entretiens avec le chirurgien et l'anesthésiste avec *remise d'un passeport chirurgie ambulatoire comportant tout le parcours du patient, les consignes pré-et post-opératoires, les téléphones de contact pour le post-UCA et d'un document de consentement sur la réalisation de l'acte en ambulatoire*. Les professionnels de ville n'y sont quasi jamais associés.

La multiplication de supports d'informations à l'intention du public, des professionnels notamment sur le site de l'ORCA couplée à l'amélioration de la visibilité de l'offre de l'AP-HP sur son portail patient (rubrique spécifique dédiée à la chirurgie ambulatoire) devrait progressivement aider le médecin traitant à mieux orienter le patient sur l'unité de chirurgie ambulatoire. **C'est lui qui est en capacité de sensibiliser les professionnels hospitaliers à la prise en compte des critères sociaux et environnementaux car il connaît en règle générale bien les patients et leurs modes de vie.**

-La question de la décision relative à l'éligibilité des patients

Il est dorénavant admis qu'il faut considérer conjointement les facteurs liés au patient, à la réalisation de l'acte et à la structure, ensemble communément appelé triptyque patient- acte-structure.

► Sur le plan médical, on rappelle qu'il s'agit pour le moment:

- D'actes programmables, de courte durée (1h30) ou d'urgences différées.
- D'actes sans risques majorés, notamment hémorragiques et respiratoires.
- Avec des suites simples, peu douloureuses et n'impliquant pas de handicap temporaire important. Elle est prohibée pour des enfants de moins de 6 mois. Elle est ouverte surtout à des patients de type ASA* 1, ou 2, rarement 3.

*ASA ou Physical Status Classification System qui classe ainsi les patients 1 : Patient normal
2 : Patient avec anomalie systémique modérée 3 : Patient avec anomalie systémique sévère.

► Sur le plan des critères sociaux, on insiste sur:

- une compréhension suffisante et aptitude à observer les prescriptions médicales ;
- des conditions d'hygiène et de logement au moins équivalentes à celles qu'offre une hospitalisation ;
- la disponibilité d'une personne accompagnante, responsable et valide ;
- un domicile situé à moins d'une heure d'une structure de soins adaptée en post opératoire ;
- un accès permanent au téléphone.

Ces aspects nécessitent un interrogatoire approfondi des patients en amont de l'hospitalisation, évidemment enrichi par le lien avec le médecin traitant. En cas de difficultés de compréhension, il peut être nécessaire de recourir à une personne de confiance.

A l'échelle de l'IDF, le groupe a peu investigué la question de l'éloignement car de façon majoritaire, les structures de chirurgie ambulatoire de l'AP-HP sont à moins d'une heure, voire 30 minutes pour la plupart des habitants parisiens et de la petite couronne dans des conditions habituelles de circulation. Il y a évidemment les cas atypiques d'établissements de l'AP-HP à recrutement national, ou supra régional comme par exemple Necker.²⁰

D'après l'HAS, la durée du trajet et la distance d'éloignement ne sont pas les critères les plus importants à considérer pour apprécier l'éligibilité du patient.

Sur la question du téléphone, les études en 2013 du CREDOC montrent que plus de 90% de la population disposent de téléphones mobiles, 39% de Smartphones.

-Discussion autour de la compréhension du patient, de l'accompagnant et du domicile.

Sur ces trois points, le groupe a été amené, au regard des modèles d'organisation en place à l'AP-HP et aux retours d'expériences, à formuler les remarques suivantes :

a) La compréhension par le patient et son entourage des informations et instructions données lors de l'évaluation préopératoire et à toutes les étapes de la prise en charge est un des facteurs clés de réussite en chirurgie ambulatoire. L'information donnée aux patients lors de la consultation préopératoire et réitérée à chaque étape de la prise en charge est primordiale pour réussir une prise en charge en chirurgie ambulatoire. L'information doit être appropriée, orale et écrite (courte, lisible), élaborée et concertée entre tous les professionnels de santé de la structure, adaptée à la spécificité de la chirurgie ambulatoire notamment sur les soins post-anesthésiques et postopératoires, les conditions de sortie, les consignes et les modes de recours en cas d'événements non prévus à domicile». La loi oblige par ailleurs les professionnels de santé à recueillir le consentement des patients, quelle que soit sa forme (expressément écrite ou verbale).

► Les services de l'AP-HP recourent majoritairement à des infirmières de coordination pour compléter et reprendre les informations dispensées par le chirurgien et l'anesthésiste. De même les supports d'information grand public et spécifiques aux spécialités des UCA ont été multipliés (passeports, vidéos) pour préparer le séjour.

²⁰ Necker reçoit 19% de patients trop lointains pour la CA contre 10,7% pour l'AP-HP : au moins 1H30mn de transport ou plus de 100 km. En pratique, à Necker, les départements de provenance des patients acceptés en CA sont ceux de l'Ile-de-France (75, 77, 78, 92, 93, 94, 95) ainsi que 60 et 28. Les autres sont considérés comme trop éloignés.

► Reste que l'information n'est pas toujours comprise par certaines personnes que ce soit pour des questions de compréhension (la langue), d'âge ou de vulnérabilité sociale.

Au travers de quatre situations concrètes de précarité issues de l'expérience de l'équipe de l'unité de chirurgie ambulatoire du GH Avicenne dont le tiers des patients vit en dessous du seuil de pauvreté, est mis en lumière le risque d'une mauvaise orientation si les critères sociaux ne sont pas bien investigués.

- mère isolée qui a prévu d'aller chercher ces enfants à l'école après son intervention.
- patient étranger qui est venu avec une personne de confiance qui n'a rien retraduit.
- personne qui vit dans une caravane avec 6 personnes et qui ne dispose pas de l'environnement propice à une préparation colique pour une coloscopie.
- patient sans aucune attache sociale autre que son hôtelier.

► Les fragilités sociales sont à repérer avant la décision de l'ambulatoire, par un questionnement à intégrer obligatoirement dans le recueil de données médical et soignant : le patient a-t-il une assurance maladie ? Une complémentaire ? Le patient voit-il seul ? Peut-il compter sur l'aide de son entourage ? A-t-il des aides à domicile ? A-t-il un logement stable ? Quelle est sa situation professionnelle ?

Conclusion intermédiaire : c'est pourquoi le groupe propose de renforcer cette phase d'investigation par la diffusion du questionnaire mis au point par le service social de l'AP-HP auprès des services concernés et adresseurs tels les PASS, les centres de santé et les médecins de ville. Il recommande aussi l'intégration de ces informations dans le SIH de l'AP-HP ainsi que la prise en compte de cette dimension au sein du volet AMBUDEM.

Précision : la question n'est pas celle de la grande précarité c'est-à-dire des personnes sans domicile fixe mais celle des personnes dont « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités ne permet pas aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux » soit pour des raisons de difficultés de communication (barrière de la langue ou de culture, analphabétisme), de défaut de couverture sociale, d'insécurités diverses (ressources, emploi, logement, éducation, isolement, maladie, relationnel, affectif, handicap, etc.) ; plus ou moins étendues avec des conséquences plus ou moins graves de délitement du lien social, de vulnérabilité psychique.

b) Le domicile

Il a été souligné que la notion de confort et de lieu adapté aux soins postopératoires (appartement facilement accessible, hygiène correcte, etc.) pour permettre un rétablissement adéquat est très difficile à apprécier. Il faut donc que lors de l'évaluation initiale les aspects relatifs à la qualité du domicile du patient soient discutées (exemple : la notion d'étage élevé, l'accessibilité des toilettes, etc.). L'éligibilité doit tenir compte de cet environnement, ou, à défaut, anticiper des solutions alternatives.

L'hôtel patient peut être proposé comme une solution alternative. On fera remarquer qu'il constitue une bonne réponse à la question de la sécurisation du domicile mais pas du « reste à charge » que pourrait constituer la question du repas pris à l'extérieur par exemple, qui pour ces patients dits précaires est important.

c) L'accompagnant

La chirurgie ambulatoire s'adresse aussi, depuis peu à l'AP-HP, aux personnes isolées c'est-à-dire à celles vivant seules au sens de l'INSEE. En période préopératoire, il est dorénavant recommandé d'identifier dans l'entourage du patient les personnes susceptibles d'intervenir dans la prise en charge ambulatoire.

L'HAS a conduit un travail exhaustif sur cette question :

.Les données de la littérature sur la présence d'un accompagnant à la sortie du patient sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir : qu'il est recommandé de s'assurer que lors du trajet du retour à son lieu de résidence postopératoire, le patient ne conduise pas un véhicule et qu'il soit accompagné par un tiers. L'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur la présence d'un accompagnant la nuit suivant l'intervention : la présence d'un accompagnant au lieu de résidence postopératoire doit être évaluée en fonction du couple acte-patient, et doit être définie au préalable par les acteurs de la structure en fonction de l'organisation mise en place. La présence d'une personne de façon permanente dans les 24 heures après la sortie peut ne pas être utile pour certains patients, notamment quand l'intervention est relativement mineure et l'anesthésie très brève.

- Sur la question de l'éligibilité des personnes vulnérables sur le plan social précaires en chirurgie ambulatoire, les constats suivants sont opérés.

.D'après l'étude menée un jour donné par le service social de l'AP-HP, sur les services de médecine, chirurgie, psychiatrie et les services SSR concernant les patients qui pouvaient médicalement sortir, 20% étaient toujours hospitalisés en raison de problématiques médico-sociales. En l'absence d'outil permettant aujourd'hui ce repérage dans le système d'information de l'AP-HP, on fait l'hypothèse que cette proportion est au minimum la même.

.Aujourd'hui quel que soit le patient, il n'est pas proposé à la suite d'une opération en chirurgie ambulatoire d'aide à domicile relative par exemple au portage de médicament, repas, entretien ménager, garde d'enfants puisque la personne est réputée bien portante et supposée accompagnée. Bien entendu ceux qui pourraient y prétendre en raison de leurs ressources peuvent le demander mais cet accompagnement n'est pas aujourd'hui proposé. D'autres objecteront que 60% des patients environ disposent de complémentaire offrant ces services.

.Deuxièmement, il n'existe aucun moyen dédié d'assistante sociale dans les unités de chirurgie ambulatoire de l'AP-HP. Cela ne signifie pas qu'un recours ne peut pas être sollicité mais que le besoin n'est pas à ce jour avéré. La priorité est donnée à la diminution des durées moyennes de séjour dans les services d'hospitalisation conventionnelle où le service social hospitalier prépare en liaison directe d'une part avec les services administratifs et les pôles d'activités et d'autre part avec les institutions, services, associations, travailleurs sociaux compétents le maintien ou le retour à domicile ou si besoin l'admission dans une structure sanitaire ou sociale adaptée.

.Les services sociaux de l'AP comme ceux de la ville confirment ne pas être sollicités sur ces sujets dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire.

A moyen terme, dans la mesure où le développement de la chirurgie ambulatoire va être poursuivi et pour des actes de plus en plus lourds et qu'elle apporte une réelle amélioration au plan médical, la question éthique de l'intérêt du malade et de l'adaptation du système au patient se posera : en effet, « l'industrialisation de l'ambulatoire » pour reprendre les termes du Dr C. MIST n'est pas compatible avec le temps à accorder à ces échanges et à leur organisation (présence le cas échéant de traducteurs).

-Face à cela, quelles pistes pourraient envisagées sans pour autant vouloir absolument « sur inclure » ?

► Il semble probable à moyen terme qu'il faille prévoir un temps d'assistantes sociales pour ces secteurs. L'AP-HP dispose à ce jour de 600 assistantes sociales prioritairement dédiées aux services d'hospitalisation conventionnelle de spécialités médicales et gériatriques. Une réflexion est conduite aujourd'hui sur le territoire parisien pour mieux organiser la réponse apportée par les assistantes sociales hospitalières, celles de la ville (qui disposent de moyens équivalents pour un suivi de 54 000 familles) et en particulier celles de la CPAM. A ce stade, il ne s'agit cependant que de l'idée une assistante sociale « de référence » choisie par l'usager pour l'informer des différentes

possibilités de prise en charge et s'assurer de son consentement à ces prises en charge. Ce temps d'AS dédiée permettrait, puisque le séjour est anticipé, de mettre en place les dispositifs d'aide nécessaires.

► **Il faut encourager la production d'études** car il n'en existe aujourd'hui aucune au niveau international comme national sur ce lien entre précarité et chirurgie ambulatoire.

► **Enfin, la vigilance doit surtout porter sur le risque de passage de certaines spécialités à 100% en chirurgie ambulatoire ; ce qui pourrait être le cas demain par exemple** pour la chirurgie du cristallin (cataracte), Hallux Valgus, chirurgie de la main, proctologie... interdisant alors tout choix réel pour le patient ou aggravant les dangers pour les plus fragiles.

Conclusion intermédiaire :

Les services de l'AP-HP recourent majoritairement à des infirmières de coordination et à toute une panoplie de supports informatifs pour compléter et reprendre les informations dispensées par le chirurgien et l'anesthésiste et organiser la sortie. Reste que l'information n'est pas toujours comprise que ce soit pour des questions de compréhension (la langue et le vocabulaire des professionnels), d'âge ou de vulnérabilité sociale. Il y a par ailleurs un temps d'apprentissage et de formation important à prendre en compte tant pour les professionnels de l'hôpital que de ville.

Si, en théorie il doit être proposé à tout patient un mode de prise en charge en ambulatoire, dans la pratique à l'AP-HP comme ailleurs, les patients isolés en sont presque systématiquement écartés. L'AP-HP vient d'adopter une définition plus souple et incite à la recherche de la « personne de confiance », situation qui doit être appréhendée sous l'angle lourdeur de l'acte-état du patient. De même, la chirurgie ambulatoire a tendance à ne pas être préconisée à des patients dits vulnérables, que ce soit pour des questions d'âge, de compréhension ou de situation sociale dégradée. Elle est exclue pour des personnes considérées en grande précarité. C'est là un des points les plus critiques, sur le plan éthique et un frein à un développement d'envergure au regard de la patientèle de l'AP-HP : importance du poids de la précarité (30% des patients), importance du nombre de personnes isolées en IDF. Le repérage par le médecin traitant et le médecin hospitalier des fragilités sociales est essentiel en raison des risques liés à une mauvaise orientation. Cela concourra aussi à une plus grande inclusion de ces personnes quand cela est possible. Pour cela, des assistantes sociales dédiées au repérage et traitement de ces situations devraient être mises en place, au risque d'une médecine à deux vitesses. Il importerait aussi de laisser une possibilité alternative de choix entre ambulatoire et conventionnel pour toutes les spécialités alors que tout indique que cette alternative n'existera plus prochainement pour certains actes.

2.3.2. Les besoins de coordination pour le suivi post opératoire

Les données de la littérature suivantes sur la continuité de soins sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse de l'HAS permet de retenir que :

-« le partage d'informations entre l'hôpital et la médecine de ville est important aussi bien en pré-, qu'en postopératoire ; il est donc recommandé de transmettre au médecin traitant tous les éléments utiles à la prise en charge post-interventionnelle (compte-rendu opératoire et d'hospitalisation, suites prévisibles, consignes, ordonnances et modalités de la continuité des soins) » ;

-«la continuité des soins est une obligation en chirurgie ambulatoire, elle doit être organisée par la structure » ;

-« la communication doit notamment être assurée en amont dès l'évaluation préopératoire et en aval avec le médecin traitant (médecin généraliste ou pédiatre), les personnels paramédicaux exerçant en ville (IDE libéraux, kinésithérapeutes) et le pharmacien le cas échéant ;

-« la mise en œuvre, pour certains actes et patients, de collaboration ville-hôpital constitue une vraie démarche qualité améliorant l'éligibilité et la sécurité du patient ».

► **L'AP-HP a particulièrement travaillé à l'amélioration de chacun de ces axes et a optimisé au plus grand bénéfice des patients le modèle organisationnel de base.**

.L'optimisation des leviers organisationnels en amont et aval de l'hospitalisation afin de mieux tracer le parcours du patient et garantir la qualité et la sécurité de sa prise en charge.

L'organisation de la sortie est anticipée le plus en amont possible avant même qu'il y ait eu le geste opératoire : tous les documents utiles sont remis avant l'hospitalisation.

-L'AP-HP est dotée d'un module informatique spécifique à l'ambulatoire (AMBUDEM) qui comprend toute la documentation et protocoles spécifiques à la chirurgie ambulatoire, le dossier électronique médical spécifique et gestion du parcours du patients.

Le dossier patient informatisé, ORBIS, automatise la production des documents de sortie et sera déployé progressivement sur tous les sites de l'AP et pour être achevé en 2020. Il facilitera encore plus la production de lettre de liaison et du compte rendu. 9 sites étaient déployés en novembre 2016 soit 12 000 patients.

.Le développement de nouveaux outils numériques de suivi, centrés sur le patient.

Partant du constat que beaucoup d'appels faits le lendemain de l'opération ne recevaient pas de réponse, les équipes par exemple de Saint-Antoine ont cherché à centrer leur action sur l'identification des patients présentant une anomalie de suivi et allouer leur attention aux seuls patients qui en ont besoin. Sont rappelés ainsi par SMS, les consignes préopératoires la veille puis la nuit et le lendemain avec de courts messages relatifs à la douleur, la température, la prise de médicaments auxquels le patient peut répondre. « Si tout va bien, répondez TVB ». Inversement, un non réaction entrainera un appel immédiat. Plusieurs solutions similaires organisées autour du scoring douleur-anxiété-satisfaction-connaissance sont en place aujourd'hui dans les équipes de l'AP-HP.

.L'organisation de la continuité des soins auprès des professionnels de santé de ville

Outre l'information du médecin traitant, il peut être nécessaire de recourir à des soins infirmiers (cas le plus courant pour des pansements ou soins particuliers post opératoire) ou nécessitant la coordination de plusieurs intervenants : soins infirmiers, médicaments, rééducation et de mise en place de dispositif médical à domicile.

Il semble que ce besoin de recours à la ville, comme expliqué précédemment, est faible, et réalisé majoritairement par des **prestataires de soins à domicile**²¹.

-Il pose effectivement en premier lieu la question du respect du patient, pour lequel il a été rappelé l'obligation du recueil du consentement comme dans le cadre du Prado.

-En deuxième lieu celui de ce choix par rapport aux recours alternatifs auprès de professionnels de ville ou encore de SSIAD. Les chirurgiens mettent en avant l'importance de l'investissement préalable en termes de d'information et formation des personnes assurant cette continuité des soins, leurs connaissances des dispositifs médicaux, la nécessité de la réalisation fréquente des soins requis et le retour d'informations relatives à la prise en charge effectuée.

Sans trancher le débat, on peut faire remarquer qu'on est à ce stade dans une phase d'apprentissage qui peut justifier le recours à des opérateurs aguerris et connus. Dès lors que la promotion de ces techniques et les formations auront irriguées le monde de la santé (des facultés de médecine aux IFSI), ces précautions seront peut-être moins nécessaires.

Il faut aussi noter que depuis 2016 est introduit un forfait de coordination dans le prix du dispositif ; mesure réclamée depuis longtemps par les professionnels de ce secteur et remboursée par la sécurité sociale.

²¹ Le recours à des prestataires de soins à domicile fait l'objet d'un débat au sein du groupe de travail.

Au-delà, se dessine à terme une problématique relative à la coordination ville–hôpital : comment concilier le respect du choix du patient de « son professionnel de ville » nécessitant alors une contractualisation au cas par cas entre l’hôpital et ces professionnels avec la décision, sans consultation du patient, d’imposer un opérateur. Le choix de ces derniers n’est pas soumis à des procédures de mises en concurrence. Il semblerait probable à terme, comme dans le domaine des transports sanitaires où le choix sur liste tournante a fini par être abandonnée, que ces prestations fassent un jour l’objet de procédures de consultation pour s’assurer des droits et devoirs de chacune des parties.

.La garantie de la satisfaction et qualité de vie des patients :

L’AP-HP ne dispose pas à ce jour d’un questionnaire institutionnel incluant un item sur la satisfaction après la chirurgie ambulatoire. Il est attendu l’inclusion de cet item dans le questionnaire i satis (HAS). Certains services ont développé des enquêtes de satisfaction. A titre d’exemple, à Saint-Louis, une étude menée en 2015 auprès de 100 patients un mois après l’intervention concluait à une satisfaction de 90% des patients.

L’HAS a travaillé aussi à la mise en place d’une liste d’indicateurs qualité en chirurgie ambulatoire dont les résultats devaient être produits en 2016.

► Des outils spécifiques pour la formation et l’information des usagers et des professionnels de ville

L’AP-HP a lancé un programme de formation relatif à la chirurgie ambulatoire 2016/2017 :

- **formation** au projet de développement de la chirurgie ambulatoire APHP

L’AP-HP propose une formation dispensée par les experts chirurgie ambulatoire, ouverte aux personnels en charge du développement de la chirurgie ambulatoire.

-session **MOOC**²² consacrée en 2016 au thème « Patient, médecin généraliste et chirurgie ambulatoire ». Réalisé en partenariat avec les universités Paris-Descartes, Pierre et Marie Curie, Paris-Diderot, sous l’égide de l’Université numérique francophone des sciences, de la santé et du sport (UNF3S) et l’Unité de pédagogie numérique en santé (UPNS), ce cours en ligne contribue à la formation des professionnels de santé.

« Le patient, en premier lieu doit être parfaitement informé de son parcours en ambulatoire, dès les premières consultations et au-delà de sa sortie. Le médecin traitant est le principal interlocuteur du patient à chaque fois qu’un acte chirurgical est envisagé aussi bien en chirurgie conventionnelle qu’en ambulatoire. Il oriente le patient vers le chirurgien le plus adapté à la situation, réexplique éventuellement les messages et les informations du chirurgien, puis sera le premier recours naturel en post-opératoire. Cependant, les suites opératoires doivent rester sous la responsabilité du chirurgien et de l’équipe chirurgicale. Une relation nouvelle et sûre se crée entre l’hôpital et le médecin traitant ».

-**Diplôme Inter Universitaires** (D.I.U.) « procédure en anesthésie et chirurgie ambulatoire ». Sous l’impulsion conjointe de l’AP-HP et de l’université, un diplôme interuniversitaire « procédures en anesthésie et chirurgie ambulatoire » est proposé dès la rentrée 2016 par les universités Pierre et Marie Curie (Paris VI) et Descartes (Paris V). Ce programme de formation est placé sous la responsabilité des Professeurs Marc BEAUSSIER, chef du service d’anesthésie-réanimation de Saint-Antoine et Henri-Jean PHILIPPE, chef de service de chirurgie générale et plastique de Cochin.

-**Attestation de formation universitaire** (AFU) sur « l’organisation et la gestion d’une unité de chirurgie ambulatoire ». Attestation de formation universitaire, à destination des personnels médicaux et non médicaux, cette formation théorique n’est pas diplômante mais peut faire l’objet d’une reconnaissance en développement professionnel continu.

²² MOOC (massive online open course) : cours en ligne gratuit avec 5 sessions de cours abordant les grandes questions médicales et organisationnelles autour de la chirurgie ambulatoire

-Colloques, séminaires

.Congrès vidéo-transmission en chirurgie et anesthésie ambulatoire - 14 octobre 2016 à Paris (échanges sur pratiques médicales et de développement de la chirurgie ambulatoire au sein des établissements de santé via la vidéo).

.Journée nationale de chirurgie ambulatoire (AFCA) – 12 janvier 2017.

.Séminaires de la DPT : mars 2014, septembre 2014, juin 2015, juin 2016.

Conclusion intermédiaire : l'AP-HP a beaucoup travaillé à la question de l'information et au développement d'outils performants pour la continuité des soins, centrés sur le patient plus que sur les professionnels de ville et notamment sur l'utilisation de SMS et applications spécifiques via les Smartphones permettant de prioriser le suivi dans une relation directe avec le patient à sa sortie et dans les jours qui suivent. Elle organise par ailleurs la continuité des soins, ce qui explicite le très faible impact à ce stade sur la Ville.

Sur le plan de la continuité des soins, l'AP-HP a majoritairement recours pour les suites opératoires demandant l'intervention de plusieurs professionnels à des prestataires privés de santé à domicile, solutions clés en main appréciées des chirurgiens. Cela devrait faire l'objet de relations conventionnelles afin de bien délimiter les droits et devoirs de chacune des parties.

L'AP-HP a mis en place un système puissant d'information et de formation du grand public et des professionnels sur la chirurgie ambulatoire ainsi qu'un système permettant le partage sécurisé d'informations. La dimension temps pour son appréhension effective doit être prise en compte.

► Un besoin encore mal appréhendé à l'AP-HP : l'association de tous professionnels de santé de ville au suivi des patients

***Le point de vue des pharmaciens**

-Le couple médecin-pharmacien voit 100% des patients.

Dans le domaine de la chirurgie ambulatoire, il est souvent le 1^{er} interlocuteur, avant le médecin, pour la délivrance des médicaments et dispositifs médicaux avant et après chirurgie. Il doit donc être informé en temps réel de la sortie d'un patient post chirurgie ambulatoire, dès lors qu'il y a une prescription.

-En post-hop, il y a très souvent des difficultés liées à la prescription de produits spécifiques, notamment en orthopédie et en vasculaire, qui ne sont pas toujours en stock ou sans réflexion sur leur caractère substituable ou non (les médecins ayant leurs habitudes de prescriptions). Les ordonnances hospitalières de sortie seraient particulièrement ingérables le week-end. L'absence d'accès au CRH du patient, une difficulté.

► ► Focus sur le dossier pharmaceutique et accès au DMP

Le dossier pharmaceutique du patient existe depuis 2007. Il est renseigné par les officines. Depuis 2012 les pharmacies à usage intérieur (P.U.I.) peuvent y accéder. Depuis 2013, certains médecins hospitaliers (anesthésistes-réanimateurs, médecins exerçant dans les structures d'urgence et dans les structures de médecine gériatrique) peuvent le consulter sous réserve de l'accord du patient. L'AP-HP fait partie des établissements de santé expérimentateurs de cette consultation.

Pour améliorer la connaissance des informations sur le traitement médicamenteux que prend le patient, l'AP-HP a passé une convention avec le conseil de l'ordre des pharmaciens (CNOP) pour pouvoir utiliser « le dossier pharmaceutique(DP)». Toutefois, tous les patients n'ont pas un DP ouvert et le patient peut limiter l'accès à certaines parties. A l'AP-HP, seul un quart des PUI est connecté au DP et un nombre réduit l'utilise en routine.

Il n'existait pas jusqu'ici de cadre réglementaire (mais aussi pas d'outils sécurisés à l'AP-HP) permettant aux pharmaciens d'officine de recevoir des données sur l'état de santé des patients et notamment le compte rendu d'hospitalisation. Le décret paru le 4 juillet 2016 précise les modalités d'accès au DMP : le médecin traitant et les professionnels de santé ont accès à l'ensemble du DMP.

Il ne devrait plus y avoir d'obstacle à cet accès soit via le DMP, soit via la constitution d'équipes de soins primaires.

-Les URPS ont mis en place **une carte de coordination ville-Hôpital** en version numérique (lien santé-application mobile) pour répertorier les coordonnées des différents professionnels de santé, l'historique des ordonnances et ses différentes pathologies. Ils ont édité aussi une version papier remise dans les officines de façon à ce que le patient puisse indiquer facilement le nom de son pharmacien, médecin traitant et infirmière aux équipes hospitalières.

-l'URPS des pharmaciens fait aussi **une proposition d'offre de services** suite chirurgie ambulatoire, pour prendre en charge des actes simples telles la surveillance des constantes ; le médecin traitant n'étant pas toujours disponible.

***Le point de vue des IDE ET SSIAD**

A la sortie de l'hôpital, la première prise en charge s'effectue souvent par l'infirmier avant le médecin traitant. L'absence d'informations sur le dossier médical des patients est une vraie difficulté. Il y a nécessité de pouvoir le consulter de façon simple. La chirurgie ambulatoire implique une organisation sans faille, centrée sur le patient. Il faut pouvoir anticiper, synchroniser et gérer de façon optimale le parcours de la personne opérée de manière à permettre sa sortie, sans risque supplémentaire, dans la journée. L'URPS Infirmiers libéraux de Picardie a proposé la mise en place d'une expérimentation qui inclut les IDEL et les médecins traitants dans le parcours de soins du patient avec des protocoles de prise en charge post opératoire pour sécuriser le retour à domicile grâce à une visite infirmière à J0 et à J1 de l'intervention sur prescription.

***Le point de vue des Masseurs-Kinésithérapeutes**

La chirurgie ambulatoire concerne pour une grande part l'orthopédie qui est prépondérante pour les masseurs-kinésithérapeutes. L'enjeu pour les 9500 MK en IDF est que le virage ambulatoire se fasse dans de bonnes conditions. Les masseurs kinésithérapeutes souhaitent être destinataires des CRH, intervenant le plus souvent à deux ou trois jours de l'intervention. Pour bien préparer la sortie, il convient de travailler en amont.

***Le point de vue des Médecins et professionnels exerçant dans des pôles de santé, maison pluri professionnelles de santé**

De façon générale, les acteurs pointent la difficulté de communication avec ceux du monde hospitalier et de la mise en place de parcours de soins structurés.

La chirurgie ambulatoire a pu être perçue comme une séquence organisée seulement par l'hôpital, avec peu de communication avec les médecins traitants ou les professionnels de santé intervenant à domicile, le patient étant dûment informé. Ces professionnels pourraient jouer un rôle plus actif pour l'évaluation des conditions de vie à domicile et d'accompagnement afin de proposer à plus de patients cette chirurgie novatrice.

La prise en charge des maladies chroniques est un autre champ du virage ambulatoire, cela suppose une réorganisation du parcours de soins entre l'hôpital et l'équipe de soins de ville. La prise en charge à domicile doit être repensée pour des malades polypathologiques et des équipes de ville mieux dotées, avec une reconnaissance et un financement adapté.

*** Le point de vue des Médecins et professionnels exerçant dans les centres de santé**

L'accord national du 1^{er} octobre 2015 donne une mission claire de coordination des prises en charge aux centres de santé en mettant à profit le travail d'équipe et la priorité aux échanges d'information. La communication des documents avec l'APHP se fait bien. Elle est importante mais pas suffisante. De nouveaux moyens d'échange doivent être créés. Il est par exemple très difficile de recontacter l'hôpital en cas d'interrogations sur un compte rendu d'hospitalisation, ce qui peut aboutir à ré adresser le patient à l'hôpital faute d'informations suffisantes.

L'orientation donnée aujourd'hui aux centres de santé de Ville de Paris vise à prendre en charge des pathologies plus complexes, des personnes éloignées du soin (ex : personnes présentant une maladie mentale, personnes âgées..) et à étoffer les plateaux techniques des centres de santé afin de développer de la « petite chirurgie » ou encore des IVG avec anesthésie locale.

Il y a aussi une vraie difficulté de gestion des patients précaires très complexes : sans accompagnement social, la prise de rendez-vous ne suffit pas. Si on veut faire profiter de l'avancée de la CA à plus de patients, des médiateurs « santé » seraient utiles au-delà de la question des soins.

Conclusion intermédiaire : tous les professionnels de santé de ville désignés par le patient doivent être destinataires des lettres de liaison et des comptes rendus d'hospitalisation (CRH). La carte papier de coordination ville-hôpital mise au point par les URPS est un outil simple qui facilite l'identification par les équipes hospitalières du médecin traitant et des autres professionnels attachés aux patients. La constitution des équipes de premiers soins devrait faciliter aussi cette communication interprofessionnelle.

Dans le domaine de la chirurgie ambulatoire, leur intervention éventuelle doit être anticipée et préparée dès la décision d'intervention en chirurgie ambulatoire.

Dans le domaine de la médecine ambulatoire, il s'agit de s'assurer à chaque étape du parcours que ces informations sont transmises.

La remise obligatoire de la lettre de liaison au patient, l'amélioration à court terme des délais de production des CRH à l'APHP et l'accès au dossier médical informatisé de l'APHP devraient améliorer rapidement cette nécessaire communication.

En complément, le groupe préconise :

-de proposer, sur le modèle du Contrat « médecins partenaires de l'AP-HP », un contrat partenaire spécifique à ces différents professionnels

-d'étudier l'offre de service de l'URPS pharmaciens, bien implantés, pour suivre les constantes de base suite acte opératoire

-ainsi que celle des centres de santé qui disposent de ressources en médecins traitants pour les patients non affiliés à un médecin traitant.

► Demain quelles solutions alternatives pour assurer la continuité des soins et des aides à domicile ?

.Etude du programme d'accompagnement pour le retour à domicile (Prado) dans une perspective d'application à la chirurgie ambulatoire.

Le PRADO est un programme d'accompagnement pour le retour à domicile initié par l'Assurance maladie dès 2010. L'objectif de l'assurance maladie à travers ce programme est de permettre le retour au domicile du patient dès que l'hospitalisation n'est plus nécessaire.

L'idée est de faciliter la relation entre l'équipe médicale de l'établissement, - seule habilitée à décider qu'une patiente est éligible au PRADO - et les professionnels de santé libéraux pour accompagner les patients dans le passage hôpital/ville.

Le rôle du conseiller de l'Assurance Maladie (CAM), saisi par l'équipe médicale hospitalière, consiste à assurer la mise en relation avec les professionnels libéraux correspondant au PRADO dont il est question, sages-femmes, masseurs kiné, infirmiers et d'assurer l'information du médecin traitant.

A noter que son coût par patient pour l'AM n'a pu être précisé.

Plusieurs volets ont été déployés progressivement sur l'ensemble du territoire :

-maternité : accompagnement des mères volontaires et des enfants avec une visite de sage-femme à domicile ;

-chirurgie orthopédique : proposer le retour à domicile avec mise en contact avec un masseur kiné libéral pour une rééducation en ville (périmètre = 26 gestes chirurgicaux dont l'HAS considère que la rééducation doit être réalisée en ville et ne nécessite pas d'hospitalisation en SSR) ;

-PRADO « pathologies chroniques », beaucoup plus récents et pour certains en phase de démarrage comme l'insuffisance cardiaque, la BPCO, et les plaies chroniques en phase expérimentale ;
-PRADO « personnes âgées », spécificité parisienne, articulé avec le programme PAERPA sur le territoire des 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements.

Une problématique très particulière mais importante à l'AP-HP lorsqu'on vise les PRADO pathologies chroniques, ou « personnes âgées » ou orthopédie est que la population concernée nécessite la mise en œuvre des mécanismes « d'aide à la vie » proposés par l'assurance maladie : portage de repas, financement d'aménagements ou autres dispositifs.

Cela requiert une articulation entre les services sociaux compliquée à mettre en œuvre.

En ce qui concerne les freins : la problématique de la fragilité sociale des patients concernés, de leur isolement, des états de santé de poly-pathologies dégradés s'accordent mal avec ce programme. Il faut s'assurer qu'il y a bien eu le suivi prévu. Le problème restant à traiter, à améliorer est la coordination entre tous ces professionnels de santé, du social et avec les structures d'aides à la vie. Enfin, il y a des conditions limitatives à l'aide à la vie (20h heures par mois, délais important pour la réponse et aide prévue seulement pour les patients ne disposant pas de complémentaire santé). D'où, encore une fois l'exigence de l'anticipation.

.Etude du programme HAD dans la perspective d'une gestion à long terme de cas plus complexes en chirurgie ambulatoire.

Remarque 1 : rapport de la cour des comptes de septembre 2016

« Les rares études disponibles montrent certes que le coût de l'HAD pour l'Assurance Maladie est inférieur à celui de l'hospitalisation conventionnelle. Rien de tel n'est établi en revanche par rapport à des prises en charge coordonnées par des professionnels libéraux de santé ».

Remarque 2 : le forfait HAD inclut les soins et les médicaments, pas de prestation d'aide à la vie

Quelques réflexions complémentaires :

.aujourd'hui, l'HAD réputée pour des cas ne pouvant être traités que par des équipes hospitalières ;

.aujourd'hui, interdiction du recours à l'HAD suite chirurgie ambulatoire avec une modulation récente introduite par le ministère pour les patients handicapés ;

.absence de recul sur nature des besoins suite chirurgie ambulatoire ;

.critère d'analyse de la Cour des comptes à nouveau basé sur les aspects économiques et non pas sur les besoins des patients.

Une inflexion : instruction DGOS du 6 juin 2016 sur l'HAD en sortie précoce de chirurgie

Recours autorisé pour des soins post opératoires dont la fréquence et la complexité imposent une prolongation de l'hospitalisation.

Ex : fractures proximales du fémur, prothèse totale du genou, chirurgie de la scoliose, hystérectomie.

Conclusion intermédiaire : le groupe a expertisé plusieurs solutions pour une prise en charge complète. Seule l'expérimentation PRADO en hospitalisation conventionnelle propose aujourd'hui une approche avec un volet « soins » et « aides à domicile » qui pourrait être étendue à la chirurgie ambulatoire. Pour les personnes âgées, il pourrait être fait appel à des structures comme la Maison des Aînés et des Aidants issue de l'expérimentation PAERPA pour autant qu'elles se développent à l'échelle du territoire.

Les conditions et les délais d'obtention des aides à domicile de la CRAMIF ne sont pas compatibles a priori, avec ceux de la chirurgie ambulatoire et nécessitent donc un soutien de l'Assurance maladie pour une obtention immédiate et un soutien financier des collectivités à la mise en place de ces services. Ce financement devrait pouvoir être assuré par une partie des économies dégagées par l'Assurance Maladie en raison de la bascule ambulatoire à l'hôpital.

La lenteur de ces délais exclut un certain nombre de patients vulnérables et crée une discrimination à la santé et demande à ce que l'ensemble de l'accompagnement soit anticipé dès la décision opératoire.

3. Evolution et perspective de développement des prises en charge hospitalières ambulatoires en médecine

Le développement des maladies chroniques et le vieillissement de la population ont fait évoluer la prise en charge des patients qui se caractérise par un nombre croissant d'aller-retour entre la ville et l'hôpital, dans un contexte de multi morbidité croissante qui requiert l'intervention conjointe de plusieurs professionnels, médecins ou professionnels paramédicaux et sociaux pour la prise en charge spécifique d'un patient. Ces problématiques nécessitent des actions en prévention, éducation pour la santé et soins spécialisés qui doivent s'appuyer sur les structures hospitalières, et notamment ses plateaux techniques, tout en favorisant un maintien à domicile.

Le plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP préconise de développer les hospitalisations de jour et notamment des plateformes multidisciplinaires en structurant des hôpitaux de jour autour de plusieurs spécialités ainsi que la médecine de parcours.

Les hôpitaux de jour sont des unités de médecine ambulatoire qui reposent sur une unité de lieu, de personnels et de temps pour assurer des bilans ou des traitements requérant la coordination de plusieurs professionnels. Pour l'hôpital comme pour la Ville, il est nécessaire de prendre en compte l'ensemble du parcours du patient et de s'insérer dans un *continuum* de prise en charge, en lien avec d'autres professionnels de santé. **Il est clair, à ce titre, que l'hôpital de jour est un des éléments clés de la construction des parcours centrés sur le patient.**

Les perspectives d'évolution de la médecine ambulatoire sont moins assurées que celles concernant la chirurgie en raison d'un certain nombre d'innovations thérapeutiques et de questions liées à la réglementation. La « circulaire frontières », est susceptible de faire évoluer certaines prises en charge sur deux volets: la prise en charge des médicaments et l'institution d'un forfait permettant la rémunération de consultations pluri professionnelles (forfait dit de prestation intermédiaire).

L'AP-HP a donc défini un plan d'actions pour promouvoir l'évolution des modes de prises en charge en médecine et identifier les bascules possibles en hospitalisation de jour. Le plan d'action AP-HP pour la médecine comprend trois volets :

Volet 1 : Approche discipline spécifique avec les cliniciens

- ▶ Travaux préliminaires d'identification des disciplines
 - % de 0-1 nuit en hospitalisation conventionnelle ;
 - puis volume d'activité, part d'hospitalisation conventionnelle, variabilité du taux d'HDJ et % de 0-1 nuit en hospitalisation de semaine.
- ▶ Analyse ciblée sur quelques disciplines pour définir notamment la place de l'hospitalisation de jour et des objectifs.

Volet 2 : Organisation des structures d'hospitalisation de jour

- ▶ Identification des modalités organisationnelles pertinentes
 - Organisation des hôpitaux de jour et articulation avec les autres secteurs de l'hôpital et les professionnels de ville
 - A partir d'expériences AP-HP et hors AP-HP, et du groupe de travail ANAP

Volet 3 : Lever les points de blocages identifiés dans les volets 1 et 2

- ▶ Actions transversales: ressources humaines, plateau technique...

3.1 Etat des lieux et perspectives : une forte dynamique dont les perspectives sont incertaines du fait des innovations techniques, des pratiques médicales et du nouveau forfait pour le développement de prestation intermédiaire

3.1.1 Evolution et cartographie des hôpitaux de jour à l'AP-HP

.Il est de coutume à l'AP-HP d'inclure sous le concept hospitalisation de jour des venues en hôpital de jour pour des bilans (en prévention, de diagnostic ou de suivi de certaines maladies chroniques) et des séances (radiothérapies ou chimiothérapies).

Ainsi, en 2015 l'AP-HP a réalisé en MCO 664 327 séjours en hospitalisation partielle pour un total de 1 243 217 séjours MCO. L'hospitalisation partielle représente 68% des séjours en médecine adulte (hors obstétrique) et se décompose en séances (chimio, dialyse...) et en venues en HDJ. **Ces venues, une fois les séances exclues, représentent 44% des séjours en médecine adulte et hors obstétrique.** Le groupe, comme suite à la définition par l'IGAS a exclu du périmètre les séances qui ne relèvent pas d'une tarification en hôpital de jour, fait remarquer, à titre de compréhension, que les 45% de séjours d'hôpitaux de jour s'apparentent à environ 12% de journées d'hospitalisation. Cela n'enlève rien au fort dynamisme observé dans ce secteur mais ces précisions sont importantes au risque sinon d'induire une présentation laissant penser que la moitié de l'activité aujourd'hui à l'hôpital relève d'hôpitaux de jour.

.Fort dynamisme de l'activité d'hôpital de jour à l'AP-HP

En 2015, en médecine, l'hospitalisation complète représente 250 000 séjours dans les disciplines médicales adultes, tandis que les séjours en hospitalisation de jour adultes sont au nombre de 190 000 (+13 % entre 2011 et 2015), soit presque 45% des séjours.

Les secteurs les plus dynamiques sont la médecine interne gériatrique, l'hématologie clinique ou encore l'hépatogastro-entérologie.

Dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé avec sa tutelle, les engagements de l'AP-HP d'ici 2018 sont d'augmenter le nombre de venues en hospitalisation de jour de +10 %.

-En 2016, l'activité en soins de suite et de réadaptation en hospitalisation de jour est de 116 315 journées soit 8% des journées. Elle a fortement augmenté ces cinq dernières années et devraient atteindre un taux cible de 16,8 % de journées d'ici la fin du plan stratégique. Il est demandé que l'hôpital de jour se substitue partiellement à l'hospitalisation conventionnelle ce qui nécessite une approche spécifique qui doit tenir compte des disciplines, des types de patients.

.Evolution des places d'hôpital de jour 2010-2015

.L'APHP dispose de 2695 places d'hospitalisation de jour pour 16 965 lits ouverts MCO/SSR. Les structures sont souvent de petite taille, d'environ d'une dizaine de places bien que certaines plateformes multidisciplinaires existent déjà, par exemple en pédiatrie ou en médecine générale à Louis Mourier.

L'accès aux plateaux techniques pour la réalisation des examens est un enjeu majeur pour l'organisation de l'hospitalisation de jour est variable d'un hôpital à l'autre suivant sa configuration et l'historique de l'implantation des services.

.Pour illustrer l'importance de la proximité des hôpitaux de jour des plateaux techniques, est ici donné l'exemple d'une journée type en endocrinologie à la Pitié : *au cours de cette journée, le patient bénéficie d'un accueil personnalisé, et plusieurs prélèvements sanguins, d'un ou de plusieurs tests sanguins. Une prise des mensurations, d'un examen clinique d'une enquête alimentaire, d'une*

exploration échographique, radiographique d'un enregistrement tensionnel, d'un électrocardiogramme de repos ou d'effort, d'une information sur la prévention des maladies cardio-vasculaires et d'une synthèse des résultats par un médecin.

.En 2015, la méthode de définition du nombre de places en hôpital de jour a changé afin de s'aligner sur les critères nationaux. Le périmètre 2015 est ainsi différent de celui des années antérieures. En 2015, a été recensé le nombre de places pouvant être simultanément occupées sachant que celles-ci peuvent être physiquement des lits, des fauteuils ou encore des espaces collectifs. Compte tenu du changement de méthode, ces données devront être fiabilisées dans le cadre de la prochaine campagne de recensement des lits 2016.

APHP	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Places d'hôpital de jour	1 921	1 993	2 122	1 947	2 001	2016 (2 695 selon nouvelle méthode)

.Après le recensement des places réalisé en 2016, un travail complémentaire est actuellement mené au siège pour identifier les types d'hôpitaux de jour existants, ces aspects n'ayant pas été documentés de façon récente. On dispose néanmoins de leur répartition arithmétique par GH.
Cf. annexe Tableau répartition GH des places HDJ recensées en 2015 (source DOMU à partir déclarations GH)

.Les projets relatifs à la création de plateforme multidisciplinaires n'ont pas été communiqués, la réflexion étant en cours. Par exemple, le GH Necker porterait un projet de transformation du bâtiment Robert Debré en « clinique de médecine ambulatoire pédiatrique ». Ce regroupement des HDJ, des consultations et des explorations fonctionnelles répond à une demande croissante en cohérence avec les activités de recours et de recherche de Necker. De même, le futur hôpital du Grand Paris Nord comprendra un nombre conséquent de places d'hôpitaux de jour organisés autour des plateaux techniques.

.Pour la situation actuelle, on citera donc juste quelques exemples emblématiques pour illustrer la diversité, usages et intérêts aujourd'hui de l'hôpital de jour :

-Lariboisière-CUDC (Paris 10^{ème})

Le Centre Universitaire de Diabétologie et de ses Complications (CUDC) a ouvert en septembre 2013 pour répondre aux besoins d'une prise en charge ambulatoire des patients diabétiques. Adossé à une structure d'hospitalisation traditionnelle, le CUDC réunit dans un lieu unique toutes les spécialités médicales (diabétologie, ophtalmologie, cardiologie, néphrologie, urologie, orthopédie, podologie, diététique...) impliquées dans la prise en charge du diabète et de ses complications.

-Emile Roux (Limeil-Brévannes 94, Henri Mondor)

L'hôpital de jour gériatrique est une unité diagnostique (évaluation gérontologique, consultation « Vieillir avec succès », consultation « d'aide aux aidants ».) et thérapeutique pour une prise en charge en ambulatoire. Elle comprend 4 places d'hôpital de jour médecine gériatrique et 20 places d'hôpital de jour SSR.

-Louis Mourier (Colombes 92, HUPNVS)

Cette unité d'une capacité d'accueil de 13 places, ouverte mi 2015 est dédiée à la prise en charge médicale ambulatoire des patients requérant des soins de médecine interne et infectieuse, d'oncologie, de pneumologie, de gériatrie et d'hépto-gastro-entérologie.

-Hôpital européen Georges-Pompidou (Paris 15^{ème}, HUPO)

Il s'agit d'un nouvel espace pour les chimiothérapies et les soins de support pour toutes les spécialités d'oncologie ouvert en novembre 2016. Cette plateforme de chimiothérapie a pour

objectif d'optimiser la prise en charge ambulatoire ainsi que de favoriser les liens ville-hôpital. Elle dispose de 38 places dont 10 lits et 28 fauteuils. Une cellule de régulation, composée d'infirmières spécialisées en oncologie, offre une prise en charge personnalisée : accueil téléphonique, préparation de la venue des patients et programmation des séances de traitement. Elle contribue également à l'orientation des patients vers une prise en charge adaptée à leurs besoins (consultation, hôpital de jour, hospitalisation complète).

3.2.2 Un impact des innovations et des thérapies susceptibles de bouleverser les usages actuels

► ► Focus nouvelles chimio-radiothérapies :

A l'AP-HP, 20 % des patients sont cancéreux.

Selon l'Institut national du cancer²³, la « chimiothérapie orale s'installe de façon dynamique dans la prise en charge des cancers » et « représente un enjeu majeur pour notre système de santé qui doit adapter ses organisations pour mieux coordonner et sécuriser la prise en charge qui devient ambulatoire, impliquer le patient notamment en développant l'éducation thérapeutique et enfin créer les conditions pour que tous les patients qui en ont besoin puissent y avoir accès. ».

Avec les prises en charge itératives en chimiothérapie, la coordination de la prise en charge est majoritairement assurée par l'hôpital qui définit le programme de traitement et donne l'accord pour la chimiothérapie. Le développement de la chimiothérapie orale pose cependant encore des difficultés particulières relatives aux effets indésirables qui amènent les personnels de l'hôpital de jour à assurer le suivi médical de patients qui ne sont pas « hospitalisés ».

Les hôpitaux de jour devraient donc à moyen terme dans ce domaine ne servir qu'à réaliser majoritairement des bilans et être moins centrés sur les séances de chimiothérapie.

Une approche impliquant plus largement les malades eux-mêmes et les professionnels de santé de premier recours se dessine autour du parcours de santé du patient et des impératifs de sécurité et de qualité des soins.

Il s'agit notamment de:

-renforcer la coordination entre professionnels de santé en ville et à l'hôpital, par le déploiement d'outils de communication entre professionnels de santé, en particulier le dossier communicant en cancérologie (DCC) et des expérimentations de plateformes d'échanges (telles que des permanences téléphoniques hospitalières destinées aux médecins traitants ou aux pharmaciens);

-développer de nouvelles compétences et de nouveaux métiers, à travers notamment de l'expérimentation d'un dispositif d'infirmiers coordonnateurs en cancérologie et la définition du rôle des infirmiers cliniciens dans la prise en charge des patients sous chimiothérapie orale ainsi que la mise en œuvre de protocoles de coopération entre professionnels de santé.

► ► Focus télé-médecine :

Les maladies chroniques poussent à une évolution des organisations hospitalières et des modes de coopération avec les différents professionnels impliqués. Leur mise en œuvre nécessite une articulation renforcée avec les professionnels de ville qui assurent la prise en charge du patient au quotidien.

L'AP-HP assure en 2015 diverses activités de Télé-médecine, recouvrant téléconsultation, télé-expertise et télésurveillance médicale²⁴, telles que définies par le décret n° 2010-1229 du 19 octobre

²³ La chimiothérapie orale du cancer en 2014 (note décembre 2015).

²⁴-Pour la téléconsultation, de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient,

-Pour la téléexpertise, de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales (données cliniques, biologiques, d'imagerie,...) liées à la prise en charge d'un patient.

2010. En revanche, en 2015, l'APHP n'assurait pas d'activité de téléassistance médicale (assistance à distance d'un professionnel de santé par un médecin pour la réalisation d'un acte).

-Après 2014 qui a vu l'AP-HP s'insérer dans le dispositif régional télémédecine, 2015 est la première année de montée en charge des activités de l'AP-HP sur la plateforme régionale ORTIF (Outil Régional de Télémédecine en Ile de France)²⁵.

-En 2015, ce sont de l'ordre de 41 000 patients qui ont à l'APHP été pris en charge en Télémédecine. La tendance à retenir est une augmentation progressive de l'activité. C'est ce que l'on observe par exemple sur les réseaux les plus structurés comme Ophdiat, dont la croissance a été de 14% de 2014 à 2015. Dans le domaine de la gériatrie, l'objectif est d'améliorer la prise en charge des personnes âgées vivant en EHPAD. Ainsi du projet GERIATRIX à Henri Mondor organisé en partenariat avec les filières gériatriques et les EHPAD du Val de Marne (94), nord de l'Essonne (91), Seine et Marne (77). Là aussi, il est légitime de penser que ces nouvelles pratiques peuvent, dans le domaine de la prévention en gériatrie, induire un nouveau mode de relation avec certains hôpitaux de jour.

3.2 Incertitudes sur le potentiel des séjours en hospitalisation conventionnelle qui seraient à basculer en hôpital de jour

-En ce qui concerne le potentiel de développement : comme en chirurgie ambulatoire, l'appel au développement a pu être compris à ce jour comme obéissant avant tout à une recherche de baisse de la durée moyenne des séjours, notamment dans les services de SSR.

-Le rapport IGAS 2016 a par ailleurs identifié au plan national un taux dit de séjours forains de 13 % (pourcentage d'hospitalisation sans nuitée dans une structure d'hospitalisation complète) mais qui n'est que de 2% à l'AP-HP. L'écart entre le taux de séjours sans nuitée à l'AP-HP (57%) et celui constaté au plan national (43%) pourrait en effet laisser penser que ce mode de prise en charge y est plus développé.

Il est à noter qu'en hématologie clinique, en immunologie, en hépato-gastro-entérologie et en cardiologie, 20 % des séjours en hospitalisation complète ne dépassent pas une nuit : c'est peut-être une source potentielle pour un passage en hospitalisation de jour qu'il conviendrait d'investiguer.

-A la différence de la chirurgie ambulatoire, le rapport de l'IGAS ne définit pas de cibles, ni de méthode de calcul du potentiel mais fixe des priorités, à savoir l'analyse des séjours en hospitalisation complète entre zéro et une nuit et l'analyse du potentiel de développement dans certaines disciplines comme l'hépatogastro-entérologie, la pneumologie et le cardio-vasculaire. Il plaide aussi pour l'élaboration de référentiels scientifiques de prise en charge en hôpital de jour et l'élaboration de guides pour l'organisation et pour l'analyse médico-économique.

3.3 Incertitudes sur l'impact du développement des prestations intermédiaires sur les hôpitaux de jour

Il est difficile à ce jour de se faire une idée précise de la dynamique actuelle et des objectifs de développement pour différentes raisons :

- Pour la télésurveillance médicale, de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à l'adaptation de la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.

²⁵ En Île-de-France, plus d'une centaine de structures, établissements de santé publics et privés, établissements médicosociaux, cabinet de radiologie, établissements pénitentiaires, réseau de santé échangent via le réseau ORTIF.

-En l'absence de référentiels réglementaires précis, la difficile distinction entre des consultations pluri professionnelles et hôpital de jour qui a parfois abouti à la requalification des séjours en hôpital de jour par les CPAM a pu freiner le développement des hôpitaux de jour. La création dans la dernière loi d'un tarif spécifique pour ces consultations pluriprofessionnelles (« prestations intermédiaires ») et la réécriture en cours de la circulaire frontières de 2010 devrait mettre fin à ce débat. Cette tarification nouvelle, qui était attendue, pourrait cependant relancer un débat qui n'a plus été investigué depuis les années 90 sur l'organisation des soins externes et le financement des consultations opérées par les psychologues, diététiciennes...etc.

-Pour mieux identifier les objectifs en termes de développement de l'hospitalisation de jour et pour penser l'évolution des modes de prise en charge, un travail est en cours à l'AP-HP avec les cliniciens en cardiologie et en hépato-gastro-entérologie. Par ailleurs, l'organisation des structures en hôpital de jour fait l'objet d'une réflexion, en lien avec l'Agence nationale d'appui à la performance, pour accompagner le mouvement de regroupement des structures. Il est à noter qu'un référentiel précis de prise en charge existe déjà pour l'endocrinologie.

Conclusion intermédiaire : en 2015, l'hospitalisation de jour représente presque 45% des séjours en médecine (hors obstétrique), soit environ 12 % des journées et connaît des rythmes d'évolution de plus de 3% par an. Elle représente 8% des journées en SSR. Cette dynamique s'accompagne de réalisations probantes d'hôpitaux de jour à l'AP-HP mais pourrait être influencée par deux facteurs : l'augmentation des consultations pluri professionnelles suite mise en place des forfaits dits de prestations intermédiaire dans la dernière loi de finances et l'impact des innovations techniques (télémédecine) et thérapeutiques (développement par exemple des chimiothérapies orales). En revanche, le potentiel de bascule de séjours de médecine programmée avec une seule nuit et d'après la méthode de l'IGAS, rapportée à l'AP-HP, est très faible (2%).

3.4. Perspectives sur le forfait parcours ville-hôpital

Ces nouveaux parcours de soins, multi-acteurs et au long cours, exigent une coordination de tous les acteurs qui nécessite des moyens fléchés.

Deux questions :

- Qui coordonne ? L'hôpital, le Médecin généraliste, une structure ad hoc, territorialisée ?
- Quel modèle ? Les rémunérations à l'acte sont inflationnistes et n'incitent pas à la collaboration. La logique forfait Hôpital/ville est séduisante mais qui le touche et comment faire la répartition entre les professionnels ? Comment intégrer les « aides à la vie », les services à domicile ?

On dispose à l'étranger de deux modèles de référence :

En Angleterre, le best practice Price ou tarif au coût moyen. La tarification est établie sur la base d'un consensus sur les meilleures pratiques incluant le volume d'activité. Elle a abouti à l'élaboration de référentiel de bonnes pratiques, a supprimé un certain nombre d'actes inutiles mais s'est révélée peu efficace sur le plan des dépenses.

Aux Etats-Unis,

Dans le cadre de l'*Affordable Care Act*, ont été mis en place des *Accountable Care Organizations*, structures conçues pour intégrer dans un même ensemble des hôpitaux, des centres de soins primaires, des spécialistes et des établissements de soins de suite- qui doivent restituer aux membres de l'organisation l'économie générée par une meilleure intégration des soins. 360 ACO ont été formées aujourd'hui couvrant 5,3 M de bénéficiaires (13% des assurés Medicare). Il existe plusieurs niveaux d'intégration, correspondant à différents modes de rémunération:

-un niveau de base est la mise en place d'un système où les médecins restent payés à l'acte (*fee for service*) avec obligation de répartir les économies dégagées avec les membres de l'organisation.

- une possibilité de mettre en place un paiement par capitation (lump sum par patient affilié, modulée selon des indicateurs de qualité des soins).
- une expérimentation relative à la tarification par épisodes de soins. Les expériences de bundle payments (4 modèles différents, tous centrés sur les soins de réhabilitation) ont été conduites depuis 2013 dans ce cadre et concernent 1300 établissements. **Le CMS a publié une évaluation en novembre 2015 qui montre peu de progrès sur le plan sanitaire et aucun effet sur la dépense. Surtout, en pratique, le projet se heurte à la difficulté de l'exercice de partage des recettes en termes de coordination, de temps d'information, de tâches administratives.**

En France, les expérimentations et réflexions sont les suivantes :

-Il peut être imaginé qu'un forfait global par type de parcours soit partiellement reversé par l'hôpital aux professionnels de ville. Sa mise en œuvre est compliquée dans le système français en raison de la dualité du système (libéral et public) avec des modes de rémunération différents et du principe de la liberté de choix du patient à la différence des systèmes reposant sur la capitation. Cependant, la part croissante – et bien acceptée – des forfaits dans la rémunération des libéraux permet d'espérer une convergence si chaque partie est « gagnante » et que la qualité de la prise en charge globale s'améliore.

Dans le cadre du plan obésité, sera conduite une expérimentation en 2017 pour rémunérer une prise en charge médicale coordonnée, ville et hôpital, de l'obésité sévère de l'enfant afin d'accroître le recours auprès des centres spécialisés et de mieux encadrer le recours à la chirurgie bariatrique chez l'enfant. Le projet ressemble un peu aux expérimentations PAERPA : mise en œuvre de « projet de soins et d'accompagnement personnalisé » pendant 2 ans, incluant des coopérations multidisciplinaires qui impliquent aussi bien l'hôpital que la ville.

Le parcours prévoit :

- une coordination par l'équipe pluridisciplinaire pédiatrique du CSO dont la mission est d'organiser le parcours en lien avec le jeune, sa famille et une équipe de proximité.
- une coordination de proximité organisée autour du médecin traitant et de 2 ou 3 professionnels de proximité impliqués dans la prise en charge de l'obésité sévère (diététiciens, psychologues, professionnels de l'activité physique adaptée...).

-Une autre solution est de raisonner par « financement à la pathologie » dans les enveloppes données.

.Par exemple dans le traitement de la mucoviscidose, il a été évoqué la mise en place d'un forfait coordonnateur pour le suivi opéré par l'hôpital et la rémunération du réseau intervenant à domicile pour les perfusions d'antibiotiques, plutôt que le maintien des patients à l'Hôpital. Le projet n'a pas été poursuivi mais mettrait en lumière deux idées sur le partage du forfait :

- quand il s'agit de pathologies resserrées, c'est l'hôpital qui coordonne et qui touche le forfait ;
- quand il s'agit de pathologies courantes (ex diabète), le médecin traitant toucherait le forfait avec le risque qu'il n'envoie pas son patient à l'Hôpital pour ne pas avoir à le partager.

-Enfin, il y a aussi l'idée « d'accrocher » le forfait au patient mais avec un risque de non consommation ou de renoncement aux soins. Ce modèle conviendrait bien aux maladies chroniques telles sida, diabète...

Quel que soit le ou les modèles choisis, cela requiert une ingénierie importante en terme de traitement des données relatives aux indicateurs de parcours de soins. La base SNIRAM qui permet d'établir les consommations pour chaque patient offrirait cependant cette possibilité.

***Conclusion intermédiaire :** En ce qui concerne la modélisation économique, le principe d'un forfait ambulatoire ville-hôpital au sens où il inciterait à la coopération, à l'amélioration de la qualité des soins et à moindre dépense fait consensus. Il appelle une expérimentation et une réflexion sur les*

modalités difficiles du partage de ce forfait ambulatoire, compliquée par la dualité du système de soins français. Les exemples étrangers n'ont pas permis d'atteindre ces trois objectifs. Le travail collaboratif mené sur les parcours BPCO entre l'AP-HP et la Ville, pourrait servir de test des pistes envisagées pour la rémunération des parcours en lien avec la CPAM pour le recueil des données nécessaires à l'étude et sous l'égide de l'ARS.

3.5. Besoins de coordination Ville-AP-HP dans le domaine de la médecine ambulatoire hospitalière

Ces évolutions sont accueillies avec satisfaction par les acteurs de ville.

-Ils reconnaissent l'intérêt des hôpitaux de jour qui évitent à leurs patients un adressage à différents interlocuteurs de ville, sans accès par ailleurs parfois à des ressources spécialisées.

-Ils regrettent cependant aujourd'hui l'absence d'une lisibilité claire de l'offre de l'AP-HP, d'une *a priori* inégale répartition de l'offre territoriale dans le domaine notamment de la gériatrie, de l'absence de connaissance des critères d'adressage et souvent les délais de prise en charge longs.

Aujourd'hui, l'adressage est le plus souvent réalisé après une première consultation à l'hôpital. Il semblerait que l'information du médecin traitant sur le déroulement de la prise en charge ne soit pas systématiquement opérée, ni sur sa réévaluation. Il y a là des marges de progression certaines. Autrement dit, il y a à partir de l'admission, une captation du patient par l'hôpital sans réévaluation périodique de ses besoins avec son médecin traitant.

-On trouve cependant des réalisations probantes dans les services qui ont pu financer la mise en place des infirmières de coordination.

► ► **Focus sur le projet IDEC**, seconde phase d'expérimentation du dispositif des infirmiers de coordination en cancérologie.

« Ces évolutions conduisent les organisations en place à s'adapter pour garantir aux patients une prise en charge de qualité dans le cadre d'un parcours de soins coordonné. L'enjeu de coordination des acteurs libéraux et hospitaliers se révèle, à cet égard, capital. Une attention particulière doit être portée aux fonctions d'appui que développent les équipes hospitalières au profit des professionnels de 1er recours dans la gestion des traitements des patients à domicile, dans le cadre notamment des chimiothérapies orales en fort développement.

Ce projet d'expérimentation des IDEC en cancérologie digestive s'inscrit dans la continuité de l'expérimentation menée en 2010 et 2011 sur le GH Pitié-Salpêtrière. Leur rôle est aujourd'hui indispensable dans l'accompagnement des patients atteints de cancer dès l'annonce, pendant leur parcours de soins et pendant la phase dite d'après-cancer. L'infirmière de coordination s'est imposée comme un interlocuteur privilégié dans cette prise en charge et pour l'optimisation de la relation ville hôpital. Elle veille au respect des différentes étapes thérapeutiques. Elle identifie et assure une traçabilité optimale tout au long du parcours. Les équipes de ce secteur plaident pour la prise en compte des difficultés sociales de leurs patients par la mise en place de « médiateurs » pour régler ces sujets.

Conclusion intermédiaire : la nécessité de pouvoir s'appuyer sur les ressources hospitalières spécialisées via les hôpitaux de jour est bien confirmée par les acteurs de Ville mais temporairement freinée par l'absence de lisibilité claire de l'offre de l'AP-HP, la méconnaissance des critères d'adressage aux différents hôpitaux de jours et une *a priori* inégale répartition de l'offre territoriale. C'est pourquoi il paraît urgent :

-d'établir une cartographie par type des hôpitaux de jour de l'AP-HP ;

-de documenter des critères cliniques simples pour un adressage direct par les professionnels de ville ;

- de généraliser la présence d'infirmières de coordination et/ou de médiateurs au sein des hôpitaux de jour ;
- de poursuivre le plan d'actions de développement en médecine ambulatoire en tenant compte des évolutions relatives aux soins externes et aux urgences.

Conclusion générale sur la politique en médecine ambulatoire à l'hôpital et en ville (Y. Bourgueil)

« La coordination c'est principalement une autre façon de s'organiser ce qui veut dire qu'il ne faut pas forcément créer des dispositifs spécifiques de coordination ou alors des dispositifs de transition mais que le but poursuivi à terme c'est une nouvelle organisation du travail et du système de soins qui doit permettre une meilleure coordination.

Il n'est pas possible de changer le système d'organisation de santé sans changer la culture professionnelle et sans leur implication. C'est pendant les études que les soignants apprennent à se coordonner presque sans le savoir. L'enjeu principal pour travailler la généralisation de la coordination c'est de chercher à sortir du cadre implicite pour élargir le débat et formuler le problème à résoudre dans des termes qui permette d'agir sur les leviers qui déterminent la coordination en santé (la formation, les modalités de rémunération, les cadres d'exercices et pas uniquement les solutions techniques ou informationnelles) »

4. Dispositifs complémentaires de coordination ville- hôpital dans le domaine de l'ambulatoire

4.1. Les réponses apportées par l'AP-HP et les professionnels de Ville

4.1.1. Eventail des supports et outils permettant une information éclairée, partagée, sécurisée et privilégiée entre l'APHP, la Ville et les usagers.

-Une approche pragmatique : des outils de suivi plus centrés sur les patients que sur les professionnels de ville.

L'optimisation de la sortie à l'hôpital n'est pas spécifique à l'ambulatoire. Les enjeux sont de : mieux informer et sécuriser le patient, décloisonner l'hôpital en améliorant ses relations avec ses partenaires externes (médecins de ville, professions paramédicales, services sociaux et administratifs), rendre plus fluide le parcours patient. L'APHP a édicté des règles de bonnes pratiques en collaboration avec de nombreux services, concrétisées par une check-list de sortie sous forme de support « pochette de sortie » que certains groupes hospitaliers utilisent à 100 %. Dans cette check-list, les personnels des services de soins vérifient qu'il y a tous les documents et les RDV pour la sortie du patient.

Le projet prioritaire « amélioration de la qualité de la sortie des patients du court séjour MCO » est l'un des seize projets prioritaires de l'AP-HP lancés en janvier 2011 (devenus ultérieurement 13), dans le cadre du plan stratégique 2010-2014 de l'institution. Ses enjeux sont notamment :

- « De décloisonner l'hôpital en améliorant ses relations avec les partenaires externes (médecins de ville, professions paramédicales, services sociaux et administratifs).
- D'améliorer la prise en charge des patients sur l'ensemble du parcours de soins (...) ».

En 2011, il porte sur trois thèmes regroupés en deux thématiques :

- **Le Compte-Rendu d'Hospitalisation (CRH)** : transmission exhaustive des CRH sous 8 jours au médecin traitant, bascule systématique dans MediWeb.

Le Dispositif de sortie :

- Elaboration d'une **pochette de sortie** remise et expliquée au patient comportant les documents liés à son hospitalisation et son retour au domicile (notamment ceux permettant la continuité des soins).

- Anticipation : **mise en place d'une check-list** permettant de préparer le retour au domicile pour augmenter le nombre de départs avant 12h.

Tableau 4 : scores globaux pour l'AP-HP des indicateurs du projet « sortie »

Indicateurs (AP-HP)	2011	2012	2013	2014	2015
Taux de remise des CRH conformes à J+8 (indicateur IPAQSS biennal)	41%		38%		
Taux d'exhaustivité CRH via Mediweb			39.7%	44.5%	42.4%
Score satisfaction / organisation de la sortie		57%	60%		
Taux de sorties avant 12h00	29.9%	31.4%	29.8%	29.6%	29.2%
Taux d'entrées avant 15h00			48.8%	51%	55.2%

Les résultats des indicateurs suivis se sont globalement améliorés de 2013 à 2014 mais ont chuté en 2015 ; de fortes disparités subsistent.

-Des initiatives récentes pour suppléer au retard de la mise en place des outils de partage des informations avec les professionnels de santé de ville

L'informatique constitue un levier de premier ordre pour soutenir l'augmentation de l'activité ambulatoire fixé par le plan stratégique de l'AP-HP.

Le déploiement en cours du **progiciel Orbis**, système d'information clinique commun à tous les établissements de l'AP-HP, porte plusieurs volets importants (identification unique du patient, dossier médical, dossiers de spécialités, prescription de médicaments, gestion des blocs opératoires...) qui vont permettre à l'APHP de mieux répondre aux attentes exprimées par les patients et ses partenaires.

Quatre volets méritent l'attention :

- **La messagerie sécurisée « MS santé » en lien avec Orbis :**

Permet le partage des informations médicales avec les professionnels de santé. Cette solution devrait être entièrement déployée d'ici fin 2017, période où plus de trois quarts des services de l'AP-HP disposeront aussi du dossier médical informatisé. L'utilisation de MS Santé, interconnectée au dossier médical ORBIS, permet un gain de temps conséquent pour l'élaboration semi automatisée de la lettre de liaison, des comptes rendus opératoire, radiologique et d'hospitalisation. Les délais d'envoi devraient donc être considérablement raccourcis.

A titre d'exemple, au sein du GH Saint Louis-Lariboisière, site pilote pour le déploiement, 100% des lettres de liaison sont éditées le jour même.

- **Une solution de gestion des parcours ambulatoires**

Permet au personnel soignant de disposer d'une information complète et disponible en temps utile. Elle est interopérable avec les systèmes des professionnels de santé externes à l'institution. Ce dernier aspect est indispensable pour que les médecins impliqués auprès du patient puissent intégrer leurs actions dans une prise en charge globale et adaptée en termes de parcours de santé, voire parcours de vie pour certaines pathologies complexes.

- **Le portail patient ou la capacité à interagir avec le patient, en dehors de l'hôpital**

Permet par la capacité à interagir avec le patient, en dehors de l'hôpital :

.La préadmission en hospitalisation programmée en ligne, évitant de l'attente à l'hôpital qui est lancée début 2017.

.**La prise de rendez-vous en ligne** pour les patients et les médecins de ville avec Doctolib (déploiement depuis décembre 2016 jusqu'en 2018). La cible est de 1 500 000 rendez-vous par an.

.**L'obtention de son compte-rendu de biologie** : projet de diffusion des résultats des analyses biologiques aux patients et aux professionnels via Cyberlab, en test aujourd'hui à Cochin.

.Le dialogue avec un médecin au travers d'une plateforme informatique sur **les traitements médicamenteux** (pilotes Robert Debré et Pitié).

Le portail patient de l'AP-HP sera notamment articulé avec les services nationaux (Ameli, Dossier - Médical Partagé) et infrarégionaux comme **Terr-eSanté**, plus centré sur dialogue avec les professionnels de santé. Les différences les deux plateformes sont néanmoins minimes et se résument à qui est autorisé comme professionnels de santé à accéder et/ou à partager ces données.

Focus Terr-eSanté : la gestion de son parcours de soins via une plateforme ville/hôpital (Val-de-Marne)

-L'enjeu est de faciliter la prise en charge coordonnée des patients en fluidifiant le partage d'informations entre les professionnels de santé en y incluant le volet médico-social. Le projet est porté par l'ARS, l'AP-HP et les URPS médecins. La phase d'expérimentation du projet se déroule sur 2 ans et se termine fin 2017. Un bilan sera fait avant sa généralisation.

-Terr-eSanté en IDF se déploie sur un territoire pilote (8 communes du Val-de-Marne) avec une plateforme technique et des services à destination des professionnels de santé et des patients. Il couvre plus de 1000 professionnels de santé libéraux installés, 3800 lits, des structures médico-sociales. D'autres systèmes peuvent communiquer dans la plateforme Terr-eSanté dont les logiciels des professionnels de santé en cabinet de ville, les SIH et les SI des centres médico-sociaux. Les professionnels de santé pourront aussi se connecter directement sur le portail professionnel de Terr-eSanté pour accéder à l'ensemble des 6 services : les résultats d'examen, la préadmission, la coordination de la prise en charge du patient, la gestion des RDV, la prescription sur demande et le paiement en ligne. Enfin, Terr-eSanté met en place la gestion centralisée de 5 parcours de soins : diabète, cancérologie, insuffisance cardiaque, périnatalité et PDSA.

- Le contrat médecins partenaires.

Le projet « médecins partenaires » lancé en juin 2016 vise à renforcer les relations de l'AP-HP avec les correspondants de ville avec l'appui de l'Assurance Maladie et de l'ASIP Santé. Il vise à construire de la confiance pour une relation personnalisée, ouverte et à double sens, permettre une expression des besoins sur les évolutions du système d'information. Un questionnaire a été adressé auprès de 12 000 correspondants de ville auquel ont répondu 800 médecins.

- + de 50 % estiment que les relations avec l'AP-HP doivent s'améliorer : les délais du 1er RDV sont trop longs, pas facilités pour une admission directe. Ils ne sont pas avertis avant la sortie du patient.

-Les médecins de ville expriment de fortes attentes à + de 80 % pour pouvoir contacter facilement par téléphone pour avis un médecin sénior, recevoir un CR même succinct dès la sortie de leur patient en privilégiant l'envoi dématérialisé. Il y a une forte attente de présentation de l'offre de soins en cliquant sur le site de l'APHP, assortie d'un numéro de téléphone direct.

Des premiers engagements ont été pris et déployés à Cochin, Hôtel-Dieu et Avicenne, sites « pilotes » pour :

.diffuser en moins de 48h une lettre de sortie qui est réglementaire et qui doit être remise au patient à sa sortie et au médecin traitant en s'appuyant sur la messagerie sécurisée ;

.assurer un accès téléphonique à un médecin sénior ;

.prendre des RDV en ligne pour leurs patients sur des créneaux dédiés dits d'urgence.

D'autres initiatives sont engagées : envoi d'une newsletter, partenariat avec les centres et maisons de santé partenaires (site pilote avec le CMS de Gennevilliers), expérimentation d'une plate-forme ville/hôpital entre le service d'endocrinologie de Robert Debré et les médecins du réseau.

- **Initiative des professionnels de santé de ville (URPS) : la carte de coordination des soins**

En 2015 une expérimentation révèle les difficultés des pharmaciens concernant l'ordonnance de sortie à joindre les bons interlocuteurs à l'hôpital. Le bilan de cette expérimentation a montré la nécessité d'un outil de communication rapide et efficace entre les professionnels de santé qui doivent être destinataires d'un certain nombre de données dont les objectifs thérapeutiques (qui évoluent en permanence). Cette collaboration nécessaire a donné naissance à la carte de coordination réalisée en étroite collaboration dans un premier temps avec l'URPS médecins, infirmiers et pharmaciens et dans un 2eme temps les masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes. Le patient devient le pivot de la coordination des soins en faisant remplir la carte par ses soignants et la présente en cas d'hospitalisation. Editée à hauteur de 150 000 exemplaires et envoyé dans les cabinets médicaux, d'infirmiers et officines d'Ile-de-France, une version électronique « Lien santé » a également été développée avec en version 2 une application nouvelle permettant au patient de photographier ses ordonnances, ses analyses, sa carte de sécurité sociale, mutuelle etc...pour que le patient puisse transmettre ses informations. Une icône permettra de suivre un certain nombre de pathologies : asthme, hypertension, diabète, anticoagulants.

Conclusion intermédiaire :

Sur le plan organisationnel, l'évaluation du « programme pochette sortie » montre qu'il est encore difficile d'impliquer tous les acteurs hospitaliers dans la prise en compte des informations nécessaires aux professionnels de ville. Le contrat médecins partenaires est lui plébiscité par ses utilisateurs de ville et demande à être mis rapidement en place partout à l'AP-HP.

L'informatique constitue un levier de premier ordre pour soutenir l'augmentation de l'activité ambulatoire fixé par le plan stratégique : l'AP-HP disposera à court terme de tous les outils suivants :

-une messagerie sécurisée MS santé en lien avec Orbis ;

-une solution de gestion des parcours ambulatoires ;

-un portail patient ou la capacité à interagir avec le patient hors de l'hôpital, qui sera notamment articulé avec les services nationaux.

Le déploiement de ces outils, essentiel à la coordination Ville-hôpital, pourrait être accéléré par une politique d'incitation-sanction des services hospitaliers à rapidement s'en servir et une politique proactive de l'AP-HP, y compris au moyen de prestataires externes, pour aider les professionnels de ville à s'en emparer.

La réflexion ne doit pas cependant pas s'arrêter à la question des outils mais bien se centrer sur le contenu des informations à partager, avec l'accord du patient, et sur les attentes des différents acteurs de santé.

4.1.2. Des actions de coopération par disciplines portées par les acteurs hospitaliers qui préfigurent l'émergence de parcours coordonnés

-Etat des lieux 2016 des actions de coopération des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville – Avril 2016 (DOMU).

La collaboration avec la Ville s'est initiée au niveau des services, cependant on note qu'une stratégie institutionnelle se met en place dans certains groupes hospitaliers et va se renforcer avec la mise en place dans chaque groupe hospitalier de référents « Ville ».

Au terme de l'enquête, 165 questionnaires décrivant des actions de coopération en projet ou mises en œuvre par 138 services différents ont été recueillis, soit 25% des services.

-Ces questionnaires ont permis d'identifier 261 actions mises en place par les équipes, le plus souvent au niveau des services (66%), dans 39 disciplines différentes, pour l'essentiel (89%) non chirurgicales.

Ce sont surtout les secteurs de la pédiatrie (39 actions), de la psychiatrie (32 actions), de la gériatrie (32 actions), de la médecine interne (21 actions) et enfin de la gynécologie-obstétrique (19 actions)

-Cette enquête recense une diversité importante d'interlocuteurs en ville (champ sanitaire et médico-social, social et associatif). La grande majorité des interlocuteurs sont des médecins : les médecins généralistes le plus souvent (74% des actions), puis les médecins spécialistes de ville (65%). On retrouve ensuite les organisations : centres, maisons ou pôles de santé (49%) et les réseaux de santé (42%).

-Les actions recensées concernent majoritairement l'accès aux soins hospitaliers (37%), des actions de formation (25%), de continuité des soins en sortie d'hospitalisation (22%), de suivi partagé des malades entre la ville et l'hôpital (13%).

-Une seconde classification a permis d'affiner les types d'actions mises en place :

.l'accès aux soins hospitaliers peut être réparti en une facilitation à la prise de rendez-vous, un recours à l'expertise hospitalière ou une organisation particulière (équipe mobile se rendant à l'extérieur, consultations avancées...);

.la continuité peut consister en une transmission d'informations de l'hôpital vers la ville ou en une orientation des patients à partir de l'hôpital ;

.le suivi partagé entre la ville et l'hôpital peut se faire au niveau d'un patient (suivi individuel) ou par répartition a priori pour une population de malades définie (suivi populationnel) ;

.concernant la formation, celle-ci peut être à l'initiative des équipes hospitalières (EPU, staffs, enseignements) ; de la ville (FMC...) ou être le fruit d'une collaboration ville-hôpital.

-L'enquête a permis de recenser 29 démarches intégrées (combinaison d'au moins 3 actions par la même équipe et pour une même population de patients).

***Conclusion intermédiaire** : Certains services de médecine sont investis depuis longtemps dans des actions de coopération avec les médecins et paramédicaux de ville. 25% des services sont impliqués dans les actions de coopération (261). Elles concernent essentiellement la pédiatrie, la psychiatrie, la gériatrie, la médecine interne et la gynécologie-obstétrique. De façon plus récente, une stratégie institutionnelle se met progressivement en place dans certains groupes hospitaliers et se renforce avec la mise en place dans chaque groupe hospitalier de référents « Ville ». Le travail collaboratif entre l'AP-HP et la Ville mené sur la structuration du parcours BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) impliquant quatre groupes hospitaliers mérite à titre d'exemple d'être souligné.*

Il convient dorénavant de structurer ce réel dynamisme des services au niveau institutionnel et dans une logique plus transversale avec l'objectif de l'étendre à l'ensemble des services. La systématisation d'un volet « territorial » dans les « CPOM de chaque GH »²⁶, peut-être un bon levier d'accélération.

4.1.3. L'expérimentation à venir des hôtels patients : une réponse attendue aux freins socio-économiques du développement de l'ambulatoire

Communiqué de presse Paris, le 10 février 2017

Hébergement temporaire non médicalisé ("Hôtel hospitalier") : Marisol TOURAINE lance un appel à projets auprès des établissements de santé

Marisol TOURAINE, ministre des Affaires sociales et de la Santé, lance aujourd'hui un appel à projets auprès des établissements de santé qui souhaitent proposer à leurs patients une prestation d'hébergement non médicalisé, en amont ou en aval de leur prise en charge. Cette

²⁶ Contrat interne à l'AP-HP entre le Siège et le GH.

expérimentation, d'une durée de trois ans, vise à améliorer la qualité de la prise en charge et le confort des patients. Elle s'inscrit dans le cadre du « virage ambulatoire », engagé par la ministre dès 2012. L'appel à candidatures est ouvert jusqu'au 12 mars 2017.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 et son décret d'application du 12 décembre 2016 ont ouvert la possibilité pour les établissements de santé de proposer une prestation non médicalisée d'hébergement de patients, sur la base des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS). Cette prestation est assurée par l'établissement, qui peut la réaliser dans ses propres locaux, mais distincts des locaux d'hospitalisation, ou la faire réaliser par un tiers, notamment un prestataire hôtelier ou un partenaire associatif, par exemple.

Le patient ne nécessitant pas de soins médicaux particuliers, habitant seul ou à distance d'un établissement de santé, n'a ainsi plus besoin d'être hospitalisé la veille ; il pourra également sortir plus précocement de l'hôpital, tout en étant proche de son lieu de soins si besoin. En cas de séances itératives (radiothérapie par exemple), des transports fatigants seront ainsi évités.

Pour les établissements de santé, l'hébergement non médicalisé (ou « hôtel hospitalier ») est une opportunité pour repenser les prises en charge : il leur permettra de se recentrer sur les soins et d'optimiser leurs organisations.

Les établissements peuvent déposer leur dossier de candidature jusqu'au 12 mars 2017.

Le Fond d'intervention régional (FIR) financera cette expérimentation. Une évaluation sera réalisée un an avant son échéance de façon à apprécier de façon exhaustive tout l'intérêt de ce dispositif, pour le patient et au niveau médico-économique.

Le concept d'hôtels patients n'est pas nouveau. Rappel de quelques exemples étrangers.

Si l'hôtel se développe sous une forme plus ou moins médicalisée, de grands principes restent communs aux principes étudiés. L'intensité des soins est variable. Le plus souvent, les hôtels patients n'offrent pas de soins aux personnes hébergées ; toutefois une surveillance médicale minimale et des soins infirmiers peuvent être assurés si besoin (Australie, Finlande,) ou des soins de faible intensité (Allemagne, Suisse, USA). Le critère de distance ne fait pas partie des premiers critères d'éligibilité contrairement aux expériences françaises.

Expériences en France :

- l'institut Gustave Roussy (IGR) : l'hôtel refacture les nuitées à l'IGR qui refacture aux mutuelles des patients. La très grande majorité des patients à l'IGR bénéficie d'une prise en charge à 100% ;
- modèle des maisons d'accueil des familles : structures associatives de taille variable qui proposent en proximité des hôpitaux un lieu d'hébergement aux accompagnants des personnes hospitalisées, destiné aux personnes dont le domicile est éloigné de l'hôpital ;
- institut Jean Godinho de Reims : centre de lutte contre le cancer qui accueille des patients éloignés avec des déplacements fréquents : la CPAM finance les nuitées à la maison des familles (FASS) ;
- Hospice de l'Hôtel-Dieu qui accueillait des patients mais aussi des personnes extérieures : la nuitée est à la charge des patients avec le remboursement de certaines mutuelles et un fonds d'aide pour les personnes sans ressources. Il s'agit d'un hébergement non médicalisé transitoire.

Cinq établissements ont été retenus par l'ARS/IDF dont Robert Debré et Ambroise Paré. L'expérimentation devra permettre de vérifier la validité du concept autour de questions clés : parcours patients, relation hôtel-hôpital et financement à destination de l'assurance-maladie.

L'ARS IDF a évalué les besoins en hébergement non médicalisés post-hospitalisation ; le taux moyen de patients éligibles est de 30%.

L'AP-HP sera contributeur actif de cette expérimentation. Six projets sont aujourd'hui préparés : hôpitaux Ambroise Paré et Robert Debré (avec le soutien ARS IDF), Necker, HEGP, Pitié-Salpêtrière, Bichat. Avec comme objectifs du projet :

- limiter le séjour à l'hôpital de patients qui n'ont pas un besoin médical de dormir à l'hôpital ;

- optimiser les durées de séjours dans un contexte de contrainte budgétaire et de réduction capacitaire ;
- accompagner le développement de la chirurgie et médecine ambulatoire.

La démarche a été modélisée (accompagnement ARS) sur quatre services pilotes mais le déploiement est prévu sur l'ensemble de l'hôpital. En ce qui concerne l'évaluation, hors augmentation d'activité sur les lits libérés, la réalisation de séjours médicaux de bilan via l'Hôtel Hospitalier en l'état actuel de la tarification dépend de la possibilité de facturer 2 HDJ consécutifs.

L'introduction des hébergements non médicalisés transitoires dans les parcours de soins à l'hôpital induit un changement de paradigme pour la gestion des hospitalisations : la dissociation entre les soins et les hébergements. Avec au bout du compte un scénario gagnant-gagnant pour tout le monde :

- les patients pour leur confort et leur sécurité ;
- l'hôpital pour l'aide à la restructuration de son offre et à la rénovation de son patrimoine immobilier ;
- la collectivité pour les économies réalisées.

L'article 53 du PLFSS 2015 fournit un cadre national à cette expérimentation pour une durée de 3 ans. Le fond d'intervention régional (FIR) finance cette expérimentation. Un rapport d'évaluation sera présenté au parlement. La modélisation économique est en construction dans une logique d'expérimentation.

.Débat sur l'intérêt de l'Hôtel patient l'accompagnement du développement de la chirurgie et médecine ambulatoire :

-Intérêts de l'Hôtel patient dans le cadre de la Chirurgie ambulatoire ? :

En amont :

.Il aide à la résolution de l'éloignement géographique.

Le recrutement national et international de l'AP-HP et la configuration particulière des transports IDF peuvent justifier pour certains sites la nécessité de proposer une offre d'hébergement.

.Il est une aide au développement de la chirurgie ambulatoire : évite l'hospitalisation la veille.

En aval :

.Il aide à la résolution de l'éloignement géographique du domicile.

.Il concoure à la sécurisation du patient : l'hôpital étant à proximité.

.Il peut être une réponse à la question de la sécurisation du domicile pour des personnes précaires (isolement ou absence d'un logement adéquat ou de conditions propices au repos).

Il demeure cependant des interrogations :

.Il ne règle pas la question de la continuité des soins, du portage des médicaments et des repas lors de la première nuit. Peu de précisions sont apportées à ce jour sur la prise en charge de l'accompagnant. Peu de précisions sont apportées sur les services hôteliers complémentaires à mettre en place (repas) et de leur prise en charge financière pour les patients.

.Réglera-t-il la question de l'anxiété, ce n'est pas sûr ? Pour rappel, étude de Saint Louis sur 30% des patients déclarant en 2015 préférer rester une nuit de plus à l'hôpital après une opération en chirurgie ambulatoire.

-Intérêts de l'Hôtel patient dans le cadre Médecine ambulatoire ?

.Usages : bilans, SSR (hôpital de jour), fin d'hospitalisation, séances itératives rapprochées.

.Les avantages sont identiques à ceux décrits pour la chirurgie ambulatoire et répondent bien au contexte d'essor des maladies chroniques.

Conclusion intermédiaire : l'AP-HP va ouvrir six hôtels patients. L'hôtel patient contribue indéniablement au développement de l'ambulatoire et à l'attente d'une majorité des patients : ne pas être hospitalisé. Il peut aider à lever une partie des freins socio-économiques relatifs à l'insertion de certains patients dans ces programmes. Au-delà de l'expérimentation qui va être lancée, des incertitudes subsistent sur le financement et la question du « reste à charge », en particulier pour les patients dépourvus de couvertures complémentaires.

4.2. Les réponses apportées par l'ARS : une volonté forte de supra coordination des professionnels de ville et incitation à l'exercice regroupé, partagée et portée par les professionnels de ville du territoire

4.2.1. L'expérimentation PAERPA : base des principes pour la supra coordination de la ville et de l'hôpital, centrée sur une approche personnalisée des patients

Les territoires PAERPA en France concernent plus de 550 000 personnes âgées depuis 2016. La population cible est constituée des personnes en risque de perte d'autonomie dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et/ou social. Le programme repose sur l'amélioration et la continuité des parcours et comporte des outils « parcours » et d'appui et d'étayage pour les professionnels de l'hôpital et de la Ville. Actions clés pour chaque étape du parcours ; 1) renforcer le maintien à domicile ; 2) mieux coordonner les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux (CTA - Coordination Territoriale d'Appui) ; 3) limiter les hospitalisations évitables et optimiser les entrées et les sorties d'hospitalisation ; 4) faciliter la circulation d'informations entre les professionnels.

16 territoires sont concernés en France avec cette année un élargissement des zones concernées. Pour l'IDF, ce sont les 9, 10 et 19^{ème} arrondissements de Paris qui ont été choisis avec une extension prévue aux arrondissements du centre (de 1 à 6).

Dans ces territoires, il y a beaucoup de personnes très âgées, isolées et qui n'ont plus de médecins traitants. Avec les personnes âgées, les dimensions sociales, sanitaires, médico-sociales sont intriquées et font intervenir d'autres facteurs : isolements, revenus etc... C'est pour gérer des situations complexes que ces programmes sont faits. Une feuille de route a été réalisée avec l'objectif de mobiliser l'hôpital, les structures du médico-sociale et les libéraux.

Le programme PAERPA s'appuie sur :

- La coordination territoriale d'appui (CLIC, réseaux, MAIA, etc...).
- Le plan personnalisé de santé.

4.2.2. La maison des aînés et des aidants (M2A) à Paris : un exemple probant des bénéfices de la coordination ville-hôpital.

La M2A se définit comme une structure gérontologique d'appui, de coordination et d'intégration, construite dans le cadre de l'expérimentation PAERPA à partir d'un contexte et d'un diagnostic spécifique au territoire. Elle rassemble des services relevant de l'ARS, des collectivités locales (Mairie et Conseil départemental), de l'Assurance Maladie, etc.

Deux mots d'ordre ont présidé à la création de la M2A simplicité et lisibilité (pour les professionnels comme pour les usagers) par rapport au millefeuille d'organisations existantes. L'idée est d'aller vers une supra-coordination des structures existantes, pour répondre au besoin des professionnels et du grand public. Les professionnels de santé doivent pouvoir s'appuyer sur ces équipes de coordination pour améliorer la prise en charge globale des personnes âgées et dans le même temps la M2A se doit d'informer et d'orienter les usagers et les aidants sur le territoire avec un numéro unique pour les usagers, les aidants et les professionnels.

Cela a abouti à la fusion sur le territoire concerné du CLIC, de la MAIA et de la CTA, le réseau de santé ayant été fermé quelques temps auparavant. La M2A couvre un bassin de population de 60 000 personnes âgées de 60 ans et plus avec 15 ETP. C'est une équipe pluridisciplinaire :

-un pôle d'accueil informe, oriente les usagers et les professionnels avec des horaires étendus pour mieux répondre au besoin ;
-une équipe de coordinateurs gérontologiques peut appuyer les professionnels dans leur accompagnement des personnes âgées (soins, vie à domicile, accompagnement, aménagement du domicile...).

La richesse du dispositif réside dans la pluri professionnalité pour une prise en charge globale (fusionnée sanitaire et sociale). Ainsi les coordinateurs peuvent évaluer sur le plan médico-psycho-social une personne âgée et proposer la mise en place un plan d'action pour améliorer le parcours de santé.

Les points de vigilance portent principalement sur les systèmes d'information cloisonnés et l'acculturation de différents secteurs.

En conclusion, la création de la M2A souligne la nécessité d'une supra coordination pour accompagner le virage ambulatoire. Celle-ci entraîne une harmonisation des pratiques.

Ce modèle, ici réservé aux personnes âgées, pourrait être étendu à toutes les personnes porteuses d'un « handicap », permanent (tel l'âge) ou temporaire (post-chirurgie par exemple), sur un territoire défini.

4.2.3. Interrogations autour de l'articulation des plateformes territoriales d'appui (P.T.A.) avec l'AP-HP

Il est bien spécifié par la DGOS (mai 2016) que les PTA outre l'appui aux professionnels constituent un soutien pour les établissements de santé et médico-sociaux. La PTA vient en appui pour organiser les admissions et les sorties d'établissement dans une logique de maintien à domicile.

Ainsi la plateforme « Odyssée » regroupant dans le Mantois les réseaux de gérontologie, de soins palliatifs, d'oncologie et la MAIA connaît une augmentation (+45%) des signalements en provenance de l'hôpital pour l'organisation des sorties.

La coordination des PTA/CPTS avec l'hôpital est déterminante pour une coopération efficace.

L'enjeu de la coordination/coopération pose la question des moyens dévolus à la constitution des plateformes territoriales et du maillage territorial au regard de la taille des groupes hospitaliers de l'APHP et de leurs bassins de recrutement.

4.2.4 Mouvement de structuration des acteurs santé en ville : l'exemple de deux pôles de santé

En ce qui concerne la structuration des acteurs de santé de ville, le législateur a fait le choix de l'incitation plutôt que la coercition. Les ESP et CPTS, émanent de l'initiative des professionnels de santé de ville. Ce choix pose la question du calendrier de mise en place de ces nouveaux dispositifs et de leur ordonnancement au niveau macro²⁷. Plus la population est dense et regroupée, plus l'interaction est assez puissante entre les acteurs.

²⁷Une étude flamande établit plusieurs niveaux concernant l'organisation des soins primaires :

- Le niveau NANO (individu) = 1 ou 1 famille
- Le niveau MICRO (équipe) = 5 à 15000 habitants
- Le niveau MESO (population) = 75 à 150 000
- Le niveau MACRO (niveau qui négocie les orientations)

Aujourd'hui, les CPTS se situeraient à un niveau MESO.

Ce pari repose sur le postulat d'un dialogue facilité avec l'hôpital une fois les acteurs de ville structurés ; il dessine néanmoins en creux une absence de réflexions sur les interfaces à construire, autres que celles du partage de l'information.

Virage ambulatoire, le point de vue de deux pôles de santé :

-Le pôle de santé universitaire de Gennevilliers et de Villeneuve la Garenne (PSUGVLG)²⁸ se définit comme un pôle hors les murs (multi sites) autour d'un projet de santé regroupant quatre équipes de soins primaires sur deux communes. Il comporte quatre maisons de santé pluri professionnelle. Entre 13 et 14 000 patients ont signé un contrat avec les médecins traitants du pôle (objectif 17 500 patients d'ici 3 ou 4 ans). Le pôle travaille en symbiose avec le réseau 92 Nord qui comporte 11 communes. Pour le réseau 92 Nord, il est préconisé de n'avoir qu'une seule CPTS sur les 11 communes et un même territoire que la PTA.

-Le pôle santé-Paris 13 repose sur la dynamique de professionnels de santé dans le 13^{ème} arrondissement de Paris²⁹ réunis en association loi 1901 avec une petite équipe de coordination. Le projet est de créer des maisons de santé pluri professionnelles pour répondre aux besoins de santé des populations fragiles³⁰. Le territoire situé dans le sud/est du 13^{ème} sur des quartiers classés en « politiques de la ville » connaît le départ à la retraite des médecins avec des difficultés pour faire les visites à domicile pour les personnes âgées. 15 000 patients y sont suivis. Concernant la constitution d'une plateforme territoriale d'appui, les référents du pôle imaginent un niveau plus élevé de population et probablement la constitution de deux communautés professionnelles territoriales de santé.

Conclusion intermédiaire : le mouvement de structuration et de dynamisation des acteurs de santé de ville à travers la recherche d'une supra coordination des structures de ville (exemple de la M2A dans le secteur des personnes âgées) et une incitation au regroupement (MSP,..) est accompagné par l'ARS IDF. Il vient d'être complété pour la gestion des cas complexes rencontrés par les médecins de ville par des plateformes territoriales d'appui dans le 94, le 78 et en réflexion à Paris. Cette expérimentation paraît intéressante et performante avec des interrogations quant au calendrier de mise en place de toutes les PTA en IDF et aux moyens dévolus à chacune.

5. Pour la construction d'une gouvernance partagée hôpital-ville sur le territoire d'exercice de l'AP-HP

L'exemple canadien où sont mis en place, dans le cadre d'une politique forte de « des hospitalisation », de centres intégrés de santé et de services sociaux (les CISS), est une piste intéressante sur l'idée d'une entité pilotant l'hôpital et la ville.

La notion de virage ambulatoire a été au centre d'une vaste réforme du ministère de la Santé et des services sociaux du Québec en 1988. À cette époque, dans un contexte de diminution des dépenses publiques, ce pays a entrepris de réaliser un virage ambulatoire également appelé "dés hospitalisation". Cela constitue l'un des principaux éléments de la transformation récente du système de santé québécois. Il consiste à écourter et même à éviter tous les séjours en milieu hospitalier, en donnant davantage de services et de moyens au plus près des milieux de vie ou à

²⁸ Fondé en 2010 à partir d'une association regroupant 79 professionnels de santé rémunérés par les NMR (nouveaux modes de rémunération)

²⁹ 13ème arrondissement = 184 000 habitants

³⁰ Les axes de travail sont : 1) développer des ressources et des outils pour améliorer la qualité/sécurité des soins ; 2) développer une approche proactive de publics dont les problèmes de santé sont mal résolus ; 3) faire évoluer l'offre de soins primaires dans le territoire.

domicile. « L'idée est de faire passer l'hôpital d'un statut d'établissement autonome à celui de composante élémentaire d'un réseau de santé ».

Le 25 septembre 2014, le ministre chargé de la Santé dépose le projet de loi 10, qui prévoit la réduction du nombre d'établissements de 182 à 34. Parmi ceux-ci, 13 centres intégrés de santé et de services sociaux (les CISS) ainsi que 9 centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) ont été créés : Le territoire de ces CISS / CIUSSS recoupe celui des régions administratives, sauf dans les régions très fortement peuplées. L'île de Montréal compte par exemple cinq CISS. Sur la base de la responsabilité populationnelle, les CISS poussent la logique intégrative jusqu'à l'extrême : ils regroupent l'ensemble des structures de leur territoire, soit un ou des hôpitaux, les centres locaux de services communautaires, les EHPAD, les centres de protection de la jeunesse, les centres de réadaptation, éventuellement un hôpital psychiatrique. Cela permet d'offrir, au sein d'un même établissement, l'ensemble de la gamme des services : la santé physique, la santé mentale, la santé publique, des services généraux, le soutien à l'autonomie des personnes âgées, la prise en charge des jeunes en difficulté, le soutien aux personnes souffrant de déficiences physiques ou mentales et enfin le traitement des addictions.

Portrait organisationnel :

Pour assurer une véritable intégration des services offerts à la population, chaque CISS et chaque CIUSSS :

- est au cœur d'un réseau territorial de services (RTS) ;
- à la responsabilité d'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire socio sanitaire, incluant le volet santé publique ;
- assume une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire socio sanitaire³¹;
- veille à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions, et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales ;
- conclut des ententes avec les autres installations et les organisations partenaires de son territoire (centres hospitaliers universitaires, cliniques médicales, groupes de médecine de famille, cliniques réseau, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.).

Conclusion intermédiaire : l'exemple canadien où sont mis en place, dans le cadre d'une politique de des hospitalisations, des centres intégrés de santé et de services sociaux (les CISSS), est une piste intéressante sur l'idée d'une entité regroupant l'hôpital et la ville.

Ce modèle a aussi d'importantes limites (cf. critiques sur le retour à la famille et précarisation des travailleurs à domicile) mais reste intéressant pour 1) l'approche populationnelle et 2) la définition des objectifs concourant à ce qui pourrait guider une gouvernance partagée ville-hôpital :

- est au cœur d'un réseau territorial de services ;
- à la responsabilité d'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire socio sanitaire, incluant le volet santé publique ;
- assume une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire socio sanitaire³²;
- veille à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions.

³¹ **Limites des territoires socio sanitaires en 2015** : 4 niveaux de territoires socio sanitaires : 166 territoires de CLSC, dont les frontières respectent celles de leur territoire de réseaux locaux de services* (RLS). Il y a 93 territoires de RLS. Ensuite, 22 territoires de réseaux territoriaux de services* (RTS). Enfin, 18 régions socio sanitaires (RSS).

³² **Limites des territoires socio sanitaires en 2015** : 4 niveaux de territoires socio sanitaires : 166 territoires de CLSC, dont les frontières respectent celles de leur territoire de réseaux locaux de services* (RLS). Il y a 93 territoires de RLS. Ensuite, 22 territoires de réseaux territoriaux de services* (RTS). Enfin, 18 régions socio sanitaires (RSS).

Partie 3 : propositions, orientations et mesures pour accompagner l'accélération ambulatoire

Le mot du Président du groupe de travail

« Le travail présenté est le fruit de huit réunions de travail associant une trentaine d'acteurs du monde médical, médico-social et social francilien et d'auditions menées parallèlement. Il apporte un constat, non exhaustif certes, mais dense, fouillé, précis de ce qui se fait dans les Hôpitaux de l'AP-HP dans le champ des prises en charge ambulatoire. Il permet en particulier d'affirmer que les principes organisationnels de la politique ambulatoire participe à une meilleure qualité des soins, concoure à faire émerger des prises en charge plus complètes du patient et des organisations plus coordonnées avec les professionnels de santé des de ville. Ceci est incontestablement à mettre à son actif, à poursuivre et à développer pour toutes les autres activités hospitalières conventionnelles.

Les constats ont pu parfois être difficiles à établir pour les raisons suivantes :

- *Faiblesse de données récentes et documentées par les pouvoirs publics :*
 - *Sur le plan médico-économique global, la moindre dépense attendue à l'hôpital du fait de la bascule en chirurgie ambulatoire n'est pas expertisée. De même, l'effet à terme de cette bascule ambulatoire sur l'équilibre financier des hôpitaux n'est pas analysé. Enfin, l'impact en volume sur les soins qui seraient à assurer en ville, bien que pressenti comme faible suite chirurgie ambulatoire, n'est même pas évalué. Il n'existe pas non plus de donnée sur le poids, voire sur le coût de l'implication supplémentaire des proches du patient.*
 - *Sur le plan des modèles organisationnels cohérents, il est étonnant qu'aucune étude ne traite de leur échelle territoriale et plus encore de leur gouvernance afin d'inclure « le patient décideur » et « le financeur ultime ». Dès lors que la transition « ambulatoire » impacte tant l'hôpital dans ses organisations, pratiques et investissements que les professionnels de santé de ville ou encore les services des collectivités locales et les aidants, c'est surprenant.*
- *Les retours d'expérience disponibles sont fondés, en chirurgie ambulatoire, sur des actes relativement bénins et pour des patients « simples ». Cela ne permet guère de dresser les conditions et perspectives d'un véritable « virage », permettant de passer à un taux de plus de 60% de chirurgie ambulatoire, avec des actes plus lourds pour des patients fragiles médicalement et/ou socialement. Nos constats et propositions en tiennent compte.*
- *Enfin, il demeure une incertitude sur le cadre et les outils qui permettraient d'asseoir cette coordination car il est attendu un certain nombre de précisions sur le nouveau contexte réglementaire issu de la loi de modernisation du système de santé (LMMS) et résultats des expérimentations sur les hôtels patients.*

A la suite de ce premier constat, le groupe fait des propositions, en phase avec les objectifs de la LMSS, pour placer le patient au centre du parcours de soins où l'hôpital est une étape et construire une prise en charge complète dans une organisation renouvelée avec les professionnels de ville, associant les établissements de santé et médico-sociaux, dans le cadre d'un projet de santé inscrit sur un territoire et contractualisé avec l'ARS.

*La question majeure est bien celle de la coordination de tous ces acteurs au bénéfice du patient, permettant, en tant que de besoin la mobilisation des services d'accompagnement au domicile, tenant compte des spécificités de vie de chacun. **Il faut dès lors anticiper et s'interroger sur qui décide et qui finance.***

Nous avons observé, sans surprise, que ces coopérations étaient parfois difficiles, en raison des différences de temporalité, de culture, d'enjeux financiers et de pouvoir entre toutes les catégories d'acteurs. La multiplicité des modèles montre que ce n'est pas simple... Il faut donc anticiper et passer des simples coordinations à un cadre permettant d'organiser et de piloter les dispositifs de coopérations au bénéfice de chaque partie ». Par le Dr Laurent El Ghozi, mars 2017.

1 Re définir les objectifs et les modalités impartis au développement de l'ambulatoire ambulatoire autour du patient

Le groupe a souhaité apporter deux exigences relatives à la participation du patient à son éligibilité à la chirurgie ambulatoire et à l'inclusion des personnes dites vulnérables dans ces programmes.

Préconisation 1 : garantir au patient un réel choix alternatif entre chirurgie ambulatoire et hospitalisation conventionnelle.

La première étape d'une prise en charge réussie en chirurgie ambulatoire repose sur la compréhension par le patient et du proche aidant de l'information donnée sur les bénéfices et risques de l'opération sur l'organisation de la continuité des soins. Il doit en théorie être précisé en amont comme en aval de la possibilité alternative d'être admis en hospitalisation conventionnelle si besoin. Cette exigence semble pourtant difficilement conciliable aujourd'hui avec les objectifs impartis par les pouvoirs publics au développement de la chirurgie ambulatoire et dans les faits, elle n'est pas proposée. L'accélération ambulatoire montre d'ailleurs que la plupart des actes dits traceurs sont réalisés aujourd'hui à 80% en ambulatoire et pourraient être demain être réalisés à 100% en ambulatoire.

Les pouvoirs publics doivent clarifier leur position sur le maintien d'un objectif de choix alternatif (adaptation de l'obligation légale), proposer le cas échéant des programmes alliant soins-transport- aides à domiciles pour le retour à domicile quand l'alternative ne pourra plus être proposée. Ils doivent mettre en place des questionnaires de satisfaction incluant ces items et ceux relatifs à la continuité des soins opérés en Ville.

Préconisation 2 : mettre en place les dispositifs permettant d'inclure des patients isolés et vulnérables à la chirurgie ambulatoire.

Sous réserve d'être bien maîtrisée et organisée, les bénéfices médicaux de la chirurgie ambulatoire pour les patients sont classiquement admis, particulièrement pour la population pédiatrique et les personnes âgées. Elle doit pouvoir à ce titre être proposée aux personnes isolées et vulnérables qui en sont aujourd'hui exclues au risque de l'institution d'une médecine à deux vitesses.

Cela suppose :

-de procéder à un repérage systématique et exhaustif des fragilités sociales, en lien avec l'équipe de soins de premier recours :

.Dès l'orientation du patient par une sensibilisation des professionnels de santé de ville sur les critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire.

.Dès la première consultation d'évaluation opératoire sur la base d'un questionnaire type avec intégration des données dans les SIH.

.D'adopter une définition élargie des personnes de confiance et de la nécessité d'un accompagnement adapté au regard de la conjonction patient-acte chirurgical envisagé, y incluant les réseaux associatifs qui ont parfois le rôle d'accompagnant et/ou d'hébergeant.

.De mettre à disposition des unités de chirurgie ambulatoire des assistantes sociales ou médiateurs sociaux pour accompagner la préparation de la sortie.

.De mettre en place un programme incluant les volets soins et sociaux pour le retour à domicile de type PRADO (CNAM), sous réserve d'une obtention immédiate des aides à domicile : un accord-cadre AP-HP/CPAM /DASES de la Ville de Paris pourrait y contribuer.

.De prévoir pour les patients ne disposant pas d'un domicile sécurisé d'un hébergement en hôtel patients en s'assurant de l'absence de « reste à charge ».

Préconisation 3 : revoir la tarification applicable aujourd'hui à la chirurgie ambulatoire et le modèle au global de développement de la chirurgie

Premièrement, l'absence d'études médico économiques sur le potentiel d'économies permettant le financement de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital et notamment des investissements nécessaires, ainsi que sur l'impact sur les soins de ville rendent difficile la compréhension des perspectives d'évolution à moyen terme et la modélisation des solutions. Ces études doivent être conduites et rendues publiques. C'est une question de démocratie, de transparence et de respect des acteurs engagés dans la mise en place de cette transition. Elles permettraient par ailleurs de mieux identifier les besoins et redistribuer les moyens entre les différentes parties impliquées dans le processus : le patient et ses aidants, l'hôpital, les professionnels de santé de Ville et les services d'aide au domicile.

Deuxièmement, la modélisation économique actuelle fragilise à terme le bon développement de la chirurgie ambulatoire et de l'hospitalisation conventionnelle. Le modèle de La tarification de la chirurgie ambulatoire doit être revu pour une approche basée sur les coûts réels.

La réflexion devra inclure la problématique de la baisse des durées de séjour en hospitalisation conventionnelle sous l'effet de l'essor des innovations chirurgicales et techniques de RAAC. Sur le plan organisationnel, la performance des organisations mises en place en chirurgie ambulatoire doit devenir celle de toute la chirurgie de demain. Elle nécessite à l'hôpital comme en ville un renforcement des moyens pour garantir une prise en charge sans rupture. Il ne faut pas exclure dans ce cadre le réexamen du paradigme actuel dissociant chirurgie ambulatoire et conventionnelle pour se concentrer sur la gestion de séjours de courte durée où les modalités de sortie sont anticipées avant l'admission à l'hôpital.

Préconisation 4 : définir les objectifs impartis au développement de la médecine ambulatoire au regard des besoins des patients dans un contexte d'essor des maladies chroniques et vieillissement de la population et saturation des urgences hospitalières.

Premièrement, le défi majeur de demain est celui de « l'ambulatorisation » globale de l'offre hospitalière et d'interactions accrues entre la ville et l'Hôpital. Les professionnels de santé de Ville plébiscitent les hôpitaux de jour qui offrent à leurs patient une prise en charge globale sur une journée sans toutefois toujours bien cerner l'offre existante et sans que les liens soient toujours tissés entre l'hôpital et le médecin traitant. Il y a un travail important de clarification à conduire sur les référentiels cliniques guidant leur organisation.

De même, le périmètre doit être clarifié. Aujourd'hui la définition usuelle du périmètre est celle de la médecine programmée sous 12 heures. La mise en place d'une prestation intermédiaire, attendue et nécessaire devrait induire un nouveau débat entre soins externes à l'hôpital comme en ville. Le sujet des soins externes n'est éclairé d'aucun rapport des pouvoirs publics depuis 1996. Bien entendu, cela concerne aussi la question des urgences et de la permanence des soins. Tant que ces aspects ne pourront être rediscutés, il sera difficile de modéliser et réallouer les moyens à une prise en charge coordonnée et sans rupture des patients.

La mise en place par l'ARS de « bonus-malus » pour valoriser les bonnes pratiques devrait être envisagée en IDF.

2 Optimiser le cadre de gestion des entrées et sorties à l'hôpital

Elle implique un changement de paradigme culturel de l'organisation des soins et la mise en place de structures facilitant à moyen terme l'émergence d'une gestion co organisée du parcours des patients. Cet exercice ne peut s'absoudre des poids respectifs des différents acteurs et demande aussi un effort pour dépasser les oppositions traditionnelles Hôpital-médecine libérale.

Préconisation 1 : l'interface ville-hôpital est avant tout un défi culturel

Le groupe a la conviction que « l'investissement simultané dans les pratiques, les organisations, les savoirs et la formation » concoure à la mise en place d'une organisation ville-hôpital plus que des structures qui ne sont que des outils. La mise en place de consultations avancées, de postes de praticiens partagés, de réunions d'information Ville-Hôpital, de formations partagées concourent à cette culture partagée. Les réflexions sur l'ouverture des carrières hospitalières à des temps d'exercice aussi en ville sont à soutenir.

Préconisation 2 : garantir que l'accueil et le suivi du patient est bien en place, et pouvoir proposer un recours aux patients en cas de défaillance

Le groupe est frappé par l'absence de réflexions sur l'organisation et la gestion des entrées-sorties au sein de l'hôpital impliquant aujourd'hui une pluralité d'acteurs au niveau des services (médecin, cadre, infirmier d'accueil, infirmier de coordination, secrétaires médicales, assistante sociale, référent HAD, référent Prado, aide logisticien, prestataire de service...) et plusieurs directions fonctionnelles (bureau des entrées, usagers, assistantes sociales, gestionnaires de parcours ou de lits).

Les risques des organisations actuelles sont les suivants :

- .une lisibilité difficile pour l'utilisateur et les professionnels de santé de ville ;
- .une superposition d'acteurs à l'hôpital nécessitant à chaque étape des temps de transmission et de coordination ;
- .des risques importants de rupture de prise en charges et dysfonctionnements avec la ville.

La gestion des entrées et sorties doit donc être réorganisée dans les services dans une optique plus centralisée et garantie à un niveau supra par l'institution, par exemple, de directions des parcours englobant les moyens dévolus à cette fonction.

Inversement, il est difficile pour les équipes hospitalières de dialoguer avec une multitude d'acteurs en ville, ce qui plaide pour l'établissement de relations conventionnelles et pose la question du choix du patient.

Le projet Hôpital Nord 2 : est une occasion inédite pour définir un nouveau modèle organisationnel interne, articulé avec les CPTS, Centres de santé et PTA de son territoire.

Dans ce cadre, un important programme de formation des acteurs en charge de la coordination devrait être mené.

3. Recommandations spécifiques relatives à l'AP-HP et à son territoire d'exercice

Préconisation 1 : initier une gouvernance Ville-Hôpital au niveau de chaque groupe hospitalier sur le territoire du Grand Paris.

.La taille des groupements hospitaliers de l'AP-HP, l'étendue et la complexité de leur territoire d'assise semblent requérir une analyse fine des ressources pour construire et gérer en proximité

suffisante les parcours de demain. Ce ne peut être le niveau de la région, du département ou de l'arrondissement parisien, d'autant que sept des GH débordent sur la petite couronne. **Une piste consiste à développer un modèle organisationnel à l'échelle des 14 nouveaux Etablissements publics territoriaux du Grand Paris, en dépit de la non-congruence des territoires.**

.Il est proposé de mettre en place un dialogue de proximité entre la ville et l'hôpital pour :

- favoriser la connaissance et la collaboration de deux mondes qui s'ignorent ;
- partager le diagnostic sur les parcours de santé à l'échelle des GH ;
- définir l'usage des informations partagées avant celles de ses modalités ;
- concourir à la réflexion sur la mise en place des PTA, leur positionnement en tant qu'appui aussi à l'hôpital, leur intégration sur le territoire.

.Cette instance pourrait préfigurer à terme à la création d'une entité faisant le lien entre l'Hôpital et la Ville sur le modèle canadien.

.Cette instance volontaire devrait associer avec l'accord de l'ARS, les professionnels du GH dont le représentant du GHT ancrage et ceux de ville : les principaux professionnels de santé (sous forme libérale ou groupées, CPTS), les élus, les usagers, les PTA et les services sociaux du territoire.

Exemple : le Conseil local en santé mentale, instance partenariale de gouvernance partagée et territorialisée.

Préconisation 2 : poursuivre et amplifier la politique d'ouverture de l'AP-HP

.De tout mettre en œuvre pour répondre aux prescriptions sur les délais de transmission des lettres de liaisons et CRH et de communiquer périodiquement sur ce sujet ; en consacrant des moyens financiers pour l'aide à la conviction de l'utilisation en interne de l'AP-HP comme auprès des professionnels de santé de ville des messageries sécurisées :

- retour sur enveloppes petits investissements pour les services exemplaires ;
- délégation à un prestataire de service pour la mise en place des contrats médecins partenaires à l'échelle de tout le territoire de l'AP-HP.

.Faire de la remise du compte-rendu opératoire et du compte-rendu anesthésique en sortie d'Unités de Chirurgie Ambulatoire (obligatoire) un objectif prioritaire des UCA.

.De proposer un contrat type « médecins partenaires » en priorité aux acteurs organisés en exercice collectif en soins primaires lequel inclut une facilité d'adressage direct dans les services, une meilleure lisibilité des organigrammes, un numéro direct pour joindre les spécialistes hospitaliers.

.De remettre en place un numéro d'aide pour « la conciliation médicamenteuse » à l'échelle du GH, voire de l'AP-HP et d'établir les grands principes du partenariat pharmacie hospitalière–pharmacie de ville à l'échelle du territoire.

.De s'appuyer sur l'offre de services des pharmaciens et de centres de santé pour les patients ne disposant pas de médecins traitants.

.A partir d'un cahier des charges sur le suivi post chirurgie ambulatoire d'actes emblématiques, d'évaluer l'efficacité des modes alternatifs de prise en charge par les professionnels de ville, prestataires de santé, PRADO.

Préconisation 3 : 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. Elle implique :

.l'établissement de la cartographie de l'offre par type des hôpitaux de jour de l'AP-HP et de leurs capacités, la définition d'une vision partagée sur son périmètre (venues et/ou séances), des

stratégies en conséquence de développement et intégration des sujets connexes que sont les soins externes et les urgences.

► Préconisation : avec une priorité à la communication, dans un premier temps, sur l'offre Hôpital de jour existante à l'APHP et établissement des règles de partenariat avec la médecine de Ville.

► Remarque sur l'anticipation de la question de la politique à mener sur les soins externes et urgences

Cette question est compliquée à l'échelle du territoire :

D'un côté problématique de la difficulté de l'accès au secteur 1 qui a poussé aux programmes sur l'amélioration des délais d'attentes aux urgences, la mise en place de plateaux de consultations générales et spécialisées non programmées. De l'autre celle de la difficile permanence des soins sur un territoire comptant beaucoup de médecins de ville spécialisés et sans capacités a priori suffisantes des structures regroupées à moyen terme pour faire face aux besoins en médecine générale.

Il est noté, parmi d'autres exemples, le travail prometteur conduit par l'hôpital Robert Debré pour informer les parents des ressources alternatives existantes sur le territoire et les réorienter dès lors que le passage aux urgences n'est pas justifié sur des structures d'exercice collectif.

-Engager une réflexion concrète sur le partage du forfait parcours Ville-Hôpital. A partir du travail collaboratif mené sur la structuration du parcours BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) entre quatre groupes hospitaliers et la Ville, test théorique possible des pistes envisagées pour la rémunération des parcours en lien avec la CPAM pour le recueil des données nécessaires à l'étude avec la collaboration de l'ARS.

-Réfléchir à l'optimisation des ressources en travailleurs sociaux à l'échelle du territoire parisien
Il pourrait être examiné un accord cadre APHP-CPAM-Ville de Paris pour une meilleure utilisation des ressources de travailleurs sociaux à l'échelle du territoire à partir du projet « référent de parcours » :
Un travailleur social unique, quel que soit son employeur d'origine par patient/famille, chargé de l'accompagner dans la résolution de ses besoins, y compris de santé, assurant le lien opérationnel avec les autres institutions en fonction des besoins.

Synthèse

Sur l'initiative de la présidente du conseil de surveillance de l'AP-HP, Anne Hidalgo, a été mis en place en 2016 un groupe de réflexion sur « L'impact de l'accélération des prises en charge ambulatoire au sein de l'AP-HP sur les relations Ville-Hôpital ». Le travail présenté résulte de huit réunions de travail associant une trentaine d'acteurs du monde médical, médico-social et social francilien.

Les prises en charge ambulatoire hospitalières en chirurgie et en médecine représentent aujourd'hui à l'AP-HP 36% des séjours de chirurgie et 45% des séjours en médecine, hors obstétrique. Si cette modalité d'hospitalisation sur une seule journée a pu être considérée autrefois comme une « hospitalisation en modèle réduit », elle est aujourd'hui le nouveau modèle organisationnel de référence, facteur d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins.

La Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé estimaient dès 2012 que l'impulsion au développement de la chirurgie ambulatoire imposait une révolution culturelle et organisationnelle dans les hôpitaux. De lieu de séjour, l'hôpital devrait devenir de plus en plus un lieu de passage, une étape de plus en plus technique et spécialisée dans le parcours global de soin, qui appelle une réflexion sur l'amont et l'aval de la prise en charge des patients. Dans le domaine de la médecine ambulatoire hospitalière, l'essor des maladies chroniques et du vieillissement de la population nécessitent en particulier des actions accrues en prévention et soins spécialisés qui doivent pouvoir s'appuyer sur les structures hospitalières telles les hôpitaux de jour, dans une relation étroite avec la Ville, pour favoriser un maintien à domicile.

L'inscription par les pouvoirs publics du « virage ambulatoire » dans un référentiel de recherche d'efficience a pu brouiller les messages sur les objectifs poursuivis jusqu'à faire oublier les bénéfices attendus pour les patients et focaliser l'attention sur les économies qui en découleraient. De même, elle a pu susciter des craintes sur le report de soins sur les acteurs de santé de Ville dans un contexte marqué par des tensions fortes sur la démographie de certains professionnels de santé et d'interrogations sur leurs rôles et fonctions. Enfin, elle a soulevé la question de l'adaptation de cette politique aux patients vulnérables sur le plan social.

La question de « l'accélération ambulatoire » repose celle de la difficile articulation Ville-Hôpital et 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, sans rupture dans les soins prodigués. Elle réinterroge les modalités de partage des informations et de coopération entre les différents professionnels de santé ville-hôpital, la dichotomie entre le sanitaire et le social et la question de leur gouvernance demain, sans structure adaptée à ce jour pour leur coordination.

Les premières conclusions relèvent que la chirurgie ambulatoire est à ce jour une des activités les plus prévoyantes, les plus sécurisées et les mieux articulées à l'AP-HP avec les patients et la Ville.

Le taux de chirurgie ambulatoire devrait représenter 50% des séjours à horizon 2020. L'accélération est variable d'un site à l'autre et peut rencontrer un certain nombre de freins en terme de ressources (personnel d'anesthésie) ou d'infrastructures (absence de bloc ou d'unité dédiée). L'accélération est pour ces raisons et celles spécifiques aux CHU, en deçà des objectifs nationaux (66,2% en 2020). Il est observé à court et moyen terme un impact marginal sur le potentiel de fermeture de lits en chirurgie conventionnelle. Le transfert sur des soins de suivi assurés en ville est aujourd'hui selon les quelques études disponibles faible, voire quasi nul.

Beaucoup d'initiatives ont été prises par les unités de chirurgie ambulatoire pour optimiser le modèle organisationnel de base et pour améliorer l'information des patients et des professionnels de Ville sur les bénéfices et modalités d'une prise en charge ambulatoire (MOOC, supports informatiques, vidéos...).

Sur le plan du suivi post opératoire dont la responsabilité incombe à l'hôpital, on assiste au développement d'outils via les possibilités ouvertes par les applications « Smartphone » permettant de prioriser le suivi dans une relation directe avec le patient à sa sortie ainsi qu'à l'expérimentation de parcours intégrant une préparation et un suivi par l'Hôpital.

S'il y a un consensus pour dire que l'essor de la RAAC (Récupération améliorée après chirurgie) appuie la prise en charge d'actes de plus en plus complexes en chirurgie ambulatoire, qui pourrait se traduire par des soins plus conséquents en post opératoire, le recul n'est à ce jour pas suffisant pour décrire le type et le volume de soins de continuité que cela pourrait requérir.

Il est également souligné que les critères d'éligibilité actuels à la chirurgie ambulatoire aboutissant à une sous-inclusion des personnes précaires et isolées, nombreuses en IDF, doivent faire l'objet, à l'AP-HP comme ailleurs, d'actions prioritaires au risque d'une médecine à deux vitesses. Aucun opérateur n'intègre aujourd'hui une dimension médicale et sociale permettant cette inclusion.

Sur le plan de la médecine ambulatoire à l'AP-HP, l'hospitalisation de jour représente presque 45% des séjours en médecine (hors obstétrique) et connaît des rythmes d'évolution de plus de 3% par an. Elle représente 8% des journées en SSR. Cette dynamique s'accompagne de réalisations probantes d'hôpitaux de jour à l'AP-HP mais pourrait être influencée par deux facteurs : l'apparition de formules intermédiaires suite à la mise en place des forfaits de prestations intermédiaires par la dernière loi de finances et l'impact des innovations techniques (télémédecine) et thérapeutiques (par exemple développement des chimiothérapies orales). En revanche, le potentiel de bascule de séjours de médecine programmée avec une seule nuit est d'après la méthode de l'IGAS, rapportée à l'AP-HP, très faible.

En ce qui concerne la modélisation économique des dispositifs ville-hôpital, le principe d'un forfait ambulatoire ville-hôpital dans la mesure où il inciterait à la coopération fait consensus mais il appelle une expérimentation et une réflexion sur les modalités difficiles du partage entre les différents professionnels et structures. A ce jour toutes les expérimentations à l'étranger butent sur la faisabilité, compliquée en France par la dualité du système de soins.

Enfin, la nécessité de pouvoir s'appuyer sur les ressources hospitalières spécialisées via les hôpitaux de jour est bien confirmée par les acteurs de Ville mais temporairement freinée par l'absence de lisibilité claire de l'offre de l'AP-HP, la méconnaissance des critères d'adressage aux différents hôpitaux de jours. C'est pourquoi il paraît prioritaire :

- d'établir une cartographie par type des hôpitaux de jour de l'AP-HP ;
- de documenter des critères cliniques simples pour un adressage direct par les professionnels de ville ;
- de poursuivre le plan d'actions de développement en médecine ambulatoire en tenant compte des évolutions relatives aux soins externes et aux urgences.

En conclusion, le groupe confirme moins l'idée d'un virage ambulatoire mais plutôt celle d'une accélération. Le changement ne peut se néanmoins se limiter aux seuls efforts organisationnels ou outils partagés de communication. La coordination et la coopération appellent à des changements dans les représentations, les pratiques et la gouvernance pour créer une vision d'ensemble.

Sur tous ces points, le groupe avance des pistes :

- Un meilleur partage des informations entre les professionnels de santé et les patients, facilité par les outils déployés par l'AP-HP et les nouvelles technologies digitales.
- Un meilleur accès aux ressources hospitalières spécialisées en médecine ambulatoire (hôpitaux de jour, consultations pluri professionnelles) qui sont à développer face à l'essor des maladies chroniques et au vieillissement de la population.
- Une interface Ville-hôpital qui doit être outillée et organisée pour l'admission et la sortie à l'hôpital afin de préparer une gouvernance commune de la gestion des parcours patients.
- Une attention particulière aux modalités d'inclusion en chirurgie ambulatoire des personnes isolées, nombreuses en Ile-de-France, et vulnérables en raison de l'âge, de situation sociale ou de difficultés de compréhension.
- La garantie au patient d'un réel choix alternatif entre chirurgie ambulatoire et hospitalisation conventionnelle.

ANNEXE 1 – composition

Dr Laurent EL GHOZI, membre du Conseil de surveillance de l'AP-HP, Président du groupe de travail.

Assisté de :

Mme Stéphanie LAMBERMONT, Directrice de cabinet Présidence du conseil de surveillance,
Directrice d'hôpital

M. Dan LERT, conseiller juridique, cabinet Présidence du conseil de surveillance

Dr Marie-Laure ALBY, membre du Conseil de surveillance de l'AP-HP, médecin généraliste

M. Noel RENAUDIN, membre du Conseil de surveillance de l'AP-HP

Mme Marie CITRINI, membre du Conseil de surveillance de l'AP-HP, représentante des usagers

M. Dominique BOCQUET, membre du Conseil de surveillance de l'AP-HP, représentant des infirmiers

Mme Marianne AUFFRET, Adjointe à la Maire du 14^{ème} arrondissement, Présidente de la commission locale de surveillance des Hôpitaux universitaires Paris Centre

Mme Sylvie BARROS, URPS IDE/IDF

Pr Jean-Pierre BETHOUX, Coordonnateur médical, groupe « hôtels hospitaliers », Observatoire régional de la chirurgie ambulatoire en IDF

Pr Anne-Marie BOULDOUYRE-MAGNIER, Médecin généraliste, Paris 13^e arrondissement

Dr Sophie de CHAMBINE, AP-HP, Direction de l'Organisation Médicale et des Universités,
Responsable service parcours des patients et organisations médicales innovantes

Dr Thierry CLEMENT, Médecin-chef, centre de santé Edison, Paris 13^e arrondissement

M. François CREMIEUX, AP-HP, Directeur du Groupe hospitalier Hôpitaux universitaires Paris-Nord-Val-de-Seine

Mme Laurence DAUFFY, CPAM Paris, Directrice de la régulation et des relations avec les professions de santé (DRRPS)

Mme Christine GAUTIER, CPAM Paris, adjointe à la Directrice de la régulation et des relations avec les professions

Pr Françoise DENOYELLE, AP-HP, service d'ORL pédiatrique et de chirurgie cervico-faciale, Hôpital Necker - enfants malades

M. Gilles ECHARDOUR, ARSIF, Délégué territorial 75

M. Alexandre FARNAULT, Direction de la Sécurité Sociale

M. Etienne GRASS, AP-HP, Directeur, Direction du Pilotage et de la Transformation (DPT)

Mme Véronique HUBER, Responsable du pôle expertise métier et travail social, DASES, Ville de Paris

Mme Corinne LAMOUCHE, AP-HP, Direction des patients, des Usagers et des Associations,
Responsable missions vulnérabilités, coordination du service social hospitalier et des P.A.S.S.

Mme Laetitia MESSNER, ARSIF, Directrice du Pole EPOD/efficience du système de santé

Mme Sophie MICHEL, Directrice, Union Régionale de Professionnels de Santé infirmiers IDF

Isabelle GRAVY-TONNELIER, élue, Union Régionale de Professionnels de Santé infirmiers IDF

M. Jean-Jules MORTEO, Président de l'Union Régionale de Professionnels de Santé infirmiers IDF

Dr Aurélie MISME, Directrice médicale, Maison des Aînés et des Aidants, Ville de Paris

M. Renaud NADJAH, Président Union Régionale de Professionnels de Santé Pharmaciens IDF

M. Jean SCHIES, Vice-président Union Régionale de Professionnels de Santé Pharmaciens IDF

Dr Muriel PRUDHOMME, Adjointe au sous-Directeur de la Santé – DASES, Ville de Paris

Dr Martine SOUDANI, Gériatre et médecin conseil – CASVP, Ville de Paris

Mme Isabelle TERCINIER, Directrice du pôle proximité, Fondation œuvre Croix Saint-Simon (SSIAD 75 ; SSIAD 92 ; centres d'accueil de jour Alzheimer)

Mme Laure THAREL, AP-HP, Adjointe au Directeur de la DPT

M. Yvan TOURJANSKY, Président Union Régionale de Professionnels de Santé Masseurs-Kinésithérapeutes IDF

Remerciements

M. le Dr Laurent El Ghozi, président du groupe de travail du Conseil de surveillance de l'AP-HP souhaite remercier pour leurs contributions aux réflexions du groupe les personnes suivantes :

- M. Pierre Albertini, directeur de la CPAM de Paris ;
- Mme Dominique Manach et Mme Céline Pilorge, DEFIP, AP-HP;
- M. le Dr Christophe Trivalle, hôpital Paul Brousse, AP-HP ;
- M. le Dr Michel Nougairède, pôle de santé Gennevilliers ;
- M. le Dr Hector Falcoff, pôle de santé Paris 13 ;
- M. le Dr Christophe Frot, hôpital Avicenne, AP-HP ;
- M. Yann Bourgueil, Directeur de recherches, IRDES ;
- M. Cedric Arcos et M. Alexandre Mokede, FHF ;
- M. Jacques Légise, Dr hôpital Foch ;
- M. Jean-Patrick Lajonchère, Dr de l'hôpital St-Joseph ;
- M. Samuel Pratmarty, Sous-directeur de la régulation de l'offre DGOS de soins et Mmes Clémence Charras et Déborah Cvétojevic, cheffes de bureau ;
- M. Serge Bouchat, Direction du système d'information, AP-HP ;
- M. Laurent Bellencontre et M. Sorin Mareskot, Studio santé ;
- Mme Anne-Marie Ruder et Mme Albane Trihan, Direction de l'Organisation Médicale et des relations avec les Universités, AP-HP.

La coordination des soins est-elle soluble dans l'organisation du travail des professionnels de santé ?

Intervention M. Yann Bourgueil, Directeur de recherches, IRDES (Institut de Recherches et de Documentation en Economie de la Santé) : pistes pour une généralisation de la coordination

6 juillet 2016

La question qui m'a été posée est la question de la généralisation de la coordination des soins, c'est-à-dire comment généraliser à l'échelon du système de soins une meilleure coordination entre les acteurs de la prise en charge des patients dont lui-même. En intitulant mon exposé « La coordination des soins est-elle soluble dans l'organisation du travail des professionnels de santé ? », je veux souligner que l'idée principale que je vais défendre et argumenter est que la coordination c'est principalement une autre façon de s'organiser ce qui veut dire qu'il ne faut pas forcément créer des dispositifs spécifiques de coordination ou alors des dispositifs de transition mais que le but poursuivi à terme c'est une nouvelle organisation du travail et du système de soins qui doit permettre une meilleure coordination. La coordination par des métiers ou des fonctions spécifiques dédiées n'est pas une fin en soi car coûteuse et génératrice de complexité, et la spécificité du système de soins et notamment le rôle qu'y jouent les professions sont les raisons, que je vais développer, pour laquelle la coordination doit être à terme conçue comme soluble dans une organisation de travail renouvelée dans laquelle les différents acteurs ont intégré les aspects de coordination dans leurs pratiques.

Pour le dire autrement, penser la coordination et sa généralisation dépend beaucoup finalement de la manière dont on analyse et dont on pose le problème à l'origine. Très souvent, le problème est formulé en terme de solution qui s'impose comme étant un besoin de coordinateur ou d'une fonction de coordination, ce qui permet de faire l'impasse sur la nécessité de changer les rôles, attributs et parfois également les modalités de rémunération de chacun ou justifie l'intervention d'un nouvel acteur dans le processus. Or en analysant le problème collectivement ou dans une perspective plus large, la coordination peut apparaître comme une nouvelle façon de travailler ensemble plutôt que comme une fonction spécifique, les changements à mettre en œuvre étant alors nécessairement plus importants et plus difficiles.

Je vais donc rappeler dans un premier temps les enjeux et les problèmes qui nous amènent à nous poser la question de la généralisation de la coordination dans le système de santé puis développer les spécificités de l'organisation du travail et donc de la coordination en santé pour tenter de répondre à la question de la généralisation de la coordination dans le contexte Français.

Les enjeux de la coordination.

Tout d'abord l'augmentation importante des maladies chroniques qui est associée à l'augmentation des inégalités de recours aux soins. Il a été très bien montré que tous les programmes de prévention ou d'éducation thérapeutique que l'on met en place ont tendance à renforcer les inégalités parce qu'ils sont toujours plus performants pour les gens qui vont très bien. Donc comment mieux cibler ? Deuxième enjeu qui est la conséquence économique du premier, le poids des polyopathologies et les polyconsommations associées. Ceci est désormais bien décrit et mesuré par la CNAMTS dans les rapports charges et produits qui sont produits annuellement et téléchargeables en ligne. Ces rapports présentent notamment les regroupements par pathologie réalisés par la CNAMTS avec leurs évolutions quantitatives et les dépenses associées. C'est un enjeu important. Il est également bien montré que les dépenses de santé augmentent avec l'âge et nous disposons de nombreux indicateurs qui témoignent de problèmes d'organisations de soins ou de mauvaises coordinations même si tout n'est pas évitable. C'est le cas de la fréquence trop élevée des passages aux urgences

des personnes âgées ou des hospitalisations longues du fait de la complexité des situations médicales et sociales que le système de soins ne sait pas bien gérer.

L'idée générale qui est derrière la question de la coordination/organisation du système de soins c'est de garder un système soutenable, c'est-à-dire équilibré entre les dépenses et les recettes tout en étant fondé sur la solidarité (les cotisations sociales et le principe fondateur - on contribue en fonction de ses moyens et l'on bénéficie en fonction de ses besoins) et en visant l'équité c'est-à-dire les mêmes chances de guérison/bonne santé pour chacun (à état morbide équivalent) quel que soit sa position sociale, ce qui suppose de faire plus pour certains groupes défavorisés. Tous ces éléments ont été abordés dans la discussion précédente relative à la chirurgie ambulatoire et la RAAC.

Je rappelle que nous avons en France, un système de soins très performant mais également une perspective de croissance économique molle durable. L'idée générale est que pour garder un système soutenable, il faut s'atteler à travailler des réorganisations des soins (des parcours de soins, des pratiques, des interactions patients soignants etc..) plus efficaces. C'est donc se confronter à un ensemble de contraintes contradictoires. Le discours à l'international, identique, est que l'on peut faire des gains d'efficacité par la modification des organisations de soins. Les progrès des techniques sont considérables, certains peuvent permettre des gains d'efficacité d'autres comme les nouveaux traitements ciblés vont coûter très chers et il va falloir les financer. Quels gains d'efficacité sont alors possibles ? Comment financer les progrès sans grever l'équilibre du système ?

Les caractéristiques organisationnelles de notre système de santé ne favorisent pas la coordination entre acteurs pour la prise en charge de patients chroniques et présentant de situations complexes et qui de fait vont cheminer longtemps et de façon itérative dans le système de santé.

Ceci s'explique en large partie par l'histoire. La création de l'assurance maladie en 1946 n'était pas orientée sur les populations mais vers les assurés et il a fallu 30 ans pour achever le caractère universel de l'assurance maladie et raisonner en termes de santé pour la population sur l'ensemble du territoire. Cela s'est d'ailleurs fait en étatisant la protection sociale sante, le paritarisme n'étant plus aujourd'hui qu'un souvenir.

La réforme Debré de 1958 qui a été très importante et très positive dans une période de croissance économique a organisé les systèmes de santé autour de l'hôpital sur un modèle bio médical très performant mais qui a aussi organisé une hiérarchie des spécialités médicales - ce qui est très lourd - et toujours très présent dans la façon de les concevoir mais également de répartir les pouvoirs entre ville et hôpital. Cela se retrouve même au niveau du Ministère. Le secteur ambulatoire n'y existe pratiquement pas parce qu'y travaillent principalement des directeurs d'hôpitaux, des PH, des PU-PH. Inversement c'est l'assurance maladie et son administration qui connaît mieux le secteur ambulatoire. Ce sont des univers institutionnels qui ne se connaissent pas bien et qui commencent à se rapprocher avec la création de la DGOS et des ARS.

Ces déterminants historiques de l'organisation du système de soins ont fait l'objet de nombreuses mesures visant à les adapter, les réformer pour plus de coordination.

Un bel exemple de la coordination comme fausse bonne solution est celui de la coordination gériatrique. C'est une vieille histoire, qui est parsemée d'échecs bien racontée par Bernadette Veysset-Puijalon et plus récemment par Marie-Aline Bloch et Léonie Hainaut. On a créé des coordinateurs gériatriques en 1985, cela n'a pas marché. On a créé des CLIC, des réseaux, des MAIA avec les gestionnaires de cas en empilant les dispositifs avec des initiatives et des résultats locaux très intéressants souvent mal évalués et... non généralisés.

Dans le secteur ambulatoire, depuis la création du médecin traitant en 2004 et l'entrée des médecins généralistes dans une démarche populationnelle avec l'identification possible de leurs listes de patients inscrits, la possibilité de modifier les organisations par les modalités de paiement a été introduite. Il a été ainsi montré, par les travaux menés à l'IRDES notamment, que les expérimentations des nouveaux modes de paiement induisent le développement de la coordination. Le fait de rémunérer un collectif introduit la nécessité de se mettre d'accord sur l'usage de la

ressource et donc la coordination. Retenons que la façon de payer est fondamental pour transformer les organisations mais nous verrons qu'elle ne peut suffire à elle seule pour introduire des changements durables.

L'introduction des contrats locaux de santé (CLS) en 2009 vise également par l'établissement d'un contrat entre l'ARS et le territoire comprenant un nombre d'acteurs variable pour avoir une approche locale des besoins de santé et favoriser la coordination entre acteurs locaux. Les communautés professionnelles territoriales de santé enfin, introduites dans la loi de 2016 contiennent l'idée que le secteur ambulatoire s'organise pour être un partenaire possible de l'hôpital qui devrait en avoir besoin de plus en plus comme cela a été évoqué

Les spécificités de la coordination du travail en santé ; l'importance du fait professionnel caractérisé par le mécanisme dominant de coordination qu'est la standardisation des qualifications.

La coordination est au cœur de l'organisation du travail et la réponse à la division de celui-ci consécutive à la spécialisation des tâches. Plus la situation de travail requiert des compétences multiples, et donc une division des tâches, plus la coordination est déterminante pour la réalisation de l'objectif assigné à la situation de travail ou de gestion.

Dans le champ de la santé, comme dans d'autres secteurs, le progrès continu des connaissances est un facteur considérable de spécialisation. De plus, l'activité de soigner est par nature complexe, soumise à l'aléa (acutisation, crise..), coproduite avec le malade et/ou son entourage et singulière. La capacité à se coordonner repose donc de fait en large partie sur les professionnels au contact avec les patients qu'ils soient en situation de soins aigus ou chronique (la prévention de l'acutisation d'une situation chronique reposant en grande partie sur la coordination) et c'est en grande partie au travers du processus de formation et de qualification largement autant pratique que théorique, que les professionnels de santé apprennent, le plus souvent sans le savoir, à se coordonner. La coordination en santé se fait donc en grande partie par la standardisation des qualifications (H Mintzberg), donnant ainsi une place très importante au processus de formation et aux pairs. La logique professionnelle (au sens de Freidson à savoir monopole délégué, maîtrise des connaissances, de la formation, cadre déontologique et de régulation spécifique par les membres de la profession) qui vise l'autonomie au travers de la clôture d'un champ/juridiction va dès lors influencer la division du travail et donc souvent compliquer la coordination. Notons que la spécialisation qui ne se limite d'ailleurs pas aux médecins est associée à la différenciation professionnelle.

Les quatre autres mécanismes de coordination identifiés par Mintzberg que sont l'ajustement mutuel, la supervision directe, la standardisation des processus et des résultats se retrouvent également dans l'activité de soins mais avec des degrés moindres et de façon plus récente pour les deux derniers avec des résultats plus que mitigés en terme d'implantation et d'efficacité. Le mouvement de déploiement des guidelines fondés sur « l'évidence base médecine » surtout quand il s'étend aux parcours de soins peut s'apparenter à une démarche de rationalisation externe de l'organisation du travail avec un bureau des méthodes (l'HAS) chargé de définir les processus de travail (protocoles) et viser ainsi la bonne coordination par la standardisation des processus de travail. Le paiement par objectif généralisé avec la ROSP (Rémunération par Objectifs de Santé Publique), peut lui également être considéré comme une démarche de standardisation des résultats, les professionnels de santé ayant toute liberté pour s'organiser pour atteindre un objectif défini et mesurable.

On conçoit dès lors qu'il n'est pas possible de changer le système d'organisation de santé sans changer la culture professionnelle et sans leur implication.

C'est pendant les études que les soignants apprennent à se coordonner presque sans le savoir. On apprend des savoirs théoriques et pratiques de mise en situation. Dans le domaine de la santé et a fortiori du soin, ce sont les professions qui détiennent la production du savoir et le transmettent. Donc, il est assez compliqué de coordonner les professionnels en étant de l'extérieur, alors que c'est eux qui produisent le savoir.

Si l'on accepte cette idée, il s'agit alors pour développer la coordination ville-hôpital de créer des cadres organisationnels (des moules formateurs), à l'image du CHU a été et constitue toujours un moule fantastique pour permettre le développement de la médecine spécialisée biomédicale, pour produire la connaissance et transmettre les savoirs nouveaux pour améliorer la coordination du travail, de construire des interfaces d'organisation qui seraient des organisations ville/hôpital. Ces structures paraissent devoir être pluri professionnelles pour que les professionnels produisent du savoir à travers la formation et en faire des lieux de formation pour que les gens apprennent, à travers ce processus de qualification, à se coordonner.

Aujourd'hui, la coordination cela part d'un peu partout dans le système de santé. Sans doute il y a un besoin de régulation globale et de pilotage global notamment dans le secteur de la ville. Il a été assez peu investi en termes d'organisation... On y trouve la municipalité (en l'occurrence la ville de Paris) avec les SSIAD et l'HAD qui intervient, on peut avoir des libéraux qui interviennent. On a une espèce de foisonnement, de marché. Si on veut vraiment faire une bascule on a devant nous un enjeu majeur qui est de déterminer comment intégrer tous ces acteurs.

Que voit-on aujourd'hui ? Des lieux multiples où se développe la coordination des soins, comme l'hôpital où on le développement des métiers de la coordination. Des initiatives issues du secteur ambulatoire, le territoire les discours autour des plates-formes territoriales d'appui, ou de la logique de PAERPA. Dans des démarches semble-t-il un peu descendantes.

On voit donc des solutions multiples :

- soit on a de nouveaux acteurs, avec le développement des pratiques avancées. Mais créer des nouveaux métiers, est-ce que c'est forcément la solution ? N'est-ce pas plutôt des nouvelles fonctions de métiers existants auxquelles il faut réfléchir. Des assureurs également qui se positionnent, le PRADO, et puis des prestataires (PSAD).

- Les solutions techniques comme la télémédecine, DMP, messagerie etc... D'expérience, plus on met les objets techniques en avant moins on a envie de se coordonner. Il faut d'abord se mettre d'accord sur une vision commune avant les outils.

- De nouvelles organisations : réseaux, MSP, pôles, PTA,...

Ex du réseau ARESPA en Franche comté qui a travaillé à la structuration de l'appui social aux médecins généralistes, sur l'ensemble de la région, avec des travailleurs sociaux qui sont capables de démêler tous les problèmes complexes que les généralistes ont à régler. C'est très compliqué et chronophage quand on est devant un problème de type « comment on met en œuvre l'organisation » nécessaire pour mettre en œuvre les soins au domicile ? Qu'est-ce qui va freiner la mise en œuvre de la décision médicale pour des raisons sociales, économiques, familiales etc... Là on a besoin d'une expertise qui n'est pas technique, plutôt une mise en relation pour trouver des solutions, comprendre ce dont la personne a besoin. Il y a des dispositifs qui existent et qui sont évalués aujourd'hui.

Il y a également des contraintes/opportunités multiples. Il y a des pressions qui s'exercent pour développer l'activité ambulatoire et que vous avez évoqué. La chirurgie ambulatoire est une incitation forte et l'hôpital est poussé à le faire, mais comment on le fait ensemble avec les autres acteurs concernés ? Si l'hôpital veut le faire sans se préoccuper du problème des autres acteurs du soin dont le patient et sa famille ça va être difficile et inversement d'ailleurs.

Gardons également en tête que du point de vue des ressources humaines, on est dans une crise démographique qui va probablement s'inverser. Il va y avoir pléthore d'infirmières, si ce n'est de médecins qui vont venir sur le marché du travail dans les années qui viennent ce qui permettra des adaptations mais fera naître également de nouveaux problèmes.

Aujourd'hui le système bouge déjà. Il y a beaucoup de créativité en général, sur le terrain, les gens cherchent des solutions, élaborent, bricolent un peu partout.

Il y a notamment aujourd'hui dans le paysage un nouvel acteur qui se structure sur le plan académique, universitaire, organisationnel et dont la fonction est inscrite dans la loi qui est la médecine générale et plus largement les soins primaires mais également d'autres acteurs qui sont en

train de changer. Il y a également une bascule générationnelle, avec des jeunes professionnels qui s'inscrivent dans l'exercice collectif, qui sont assez ouverts à des délégations de tâches, de nouvelles modalités de rémunération et qui sont demandeurs de maîtriser leur temps de travail. Il y a donc aujourd'hui des opportunités pour penser et mettre en œuvre des organisations différentes. Ainsi, le regroupement des professionnels peut être vu comme une opportunité pour mieux organiser les relations ville-hôpital parce que cela crée des interlocuteurs capables de discuter avec l'hôpital ou d'autres acteurs collectifs. Cinq médecins qui ont 5000 patients dans leur clientèle, cela pèse plus dans une discussion que 5 médecins qui ont chacun 1000 patients.

Le social enfin est un facteur majeur difficile à penser parce qu'il est dans un espace de régulation différent propre au secteur social. Ce qui semble efficace c'est quand des travailleurs sociaux sont très proche des professionnels et notamment des médecins dans la mesure où ils peuvent contribuer à résoudre l'ensemble des aspects sociaux de la décision médicale qui peuvent compliquer sa mise en œuvre comme cela a été analysé dans l'évaluation du dispositif ARESPA en Franche Comté cité précédemment.

Quand vous parlez de la chirurgie ambulatoire, de médecine ambulatoire, il s'agit bien de modifier les pratiques ; il me semble qu'il faut penser simultanément les nouvelles organisations et produire la connaissance sur le fonctionnement, l'efficacité et l'efficacités des organisations. Cela relève de la recherche sur les services de santé. Il s'agit de mesurer, étudier les différentes dimensions de performance de ces organisations ; sociale, satisfaction des patients et leurs entourage et pas seulement l'aspect purement médical et technique. C'est en produisant de la connaissance sur ces pratiques et leur adaptation continue que peut s'opérer la transformation à la fois de la culture et la coordination. La recherche à l'AP-HP c'est quelque chose que l'on sait faire, mais peut-être pas encore assez la recherche sur les services de santé qui doit être multidisciplinaire et appréhender l'ensemble du parcours de soins comprenant le domicile et l'hôpital.

L'héritage de l'histoire et la façon dont fonctionne le système de santé aujourd'hui n'est pas lisible, les gens qui ne sont pas du sérail ne comprennent pas comment ça marche. La complexité actuelle est source d'inefficacité et de dépenses pour un grand nombre d'acteurs qu'ils soient du secteur public ou privé, médical ou non. Les acteurs y sont souvent en concurrence et pas en coopération, ce qui explique également les problèmes de coopération.

Pour avancer, il me semble qu'il faut favoriser l'émergence d'équipes de recherche pluridisciplinaires sur les organisations de santé et travailler simultanément la dimension clinique, économique, sociologique. Evaluer la perspective de l'ensemble des acteurs : les patients, les professionnels sans oublier les institutions.

Pour conclure je dirais que **l'enjeu principal pour travailler la généralisation de la coordination c'est de chercher à sortir du cadre implicite pour élargir le débat et formuler le problème à résoudre dans des termes qui permette d'agir sur les leviers qui déterminent la coordination en santé (la formation, les modalités de rémunération, les cadres d'exercices et pas uniquement les solutions techniques ou informationnelles).**

Prendre soin hors les murs de l'hôpital : anatomie d'un cycle

Intervention de Mme Martine Bungener, Directrice de recherche émérite CRS, Cermes-3

14 septembre 2016

En guise de préambule, dans un mémoire de master de l'EHESS qui a interrogé de nombreux médecins généralistes et étudie l'évaluation des compétences en médecine générale, on trouve le témoignage suivant : « les termes de « virage ambulatoire » et de « compétences » sont de plus en plus répandus, alors qu'ils ne recouvrent rien ». Ces mots sont toutefois porteurs d'une histoire et de représentations sociales qui peuvent être déterminantes dans le recours aux soins, par exemple dans le choix de privilégier le passage aux urgences. Quand une enquête est menée à la sortie des urgences, les réponses des personnes interrogées sont riches d'enseignements qu'il incombe aux chercheurs en sciences sociales de mettre au jour, en allant au-delà de ce qui est affirmé.

Dans les années 70, mon premier travail de recherche a consisté à étudier les arguments et les contre-arguments des patients sur l'hospitalisation à domicile, dans un contexte de réduction des dépenses de santé et de substitution de « lits ». Il ressort des conclusions de cette enquête de terrain que l'isolement des patients constitue un sérieux obstacle pour l'hospitalisation à domicile et que la notion d'isolement est très complexe à apprécier : certains sont dits isolés, tout en ayant des voisins très présents, alors que d'autres semblent entourés d'une famille qui est indifférente dans les faits. Les personnes placées dans des situations critiques dans le cadre de l'hospitalisation à domicile venaient toutes de services soumis à une pression forte en termes de lits. Le choix de ce mode d'hospitalisation ne répondait donc pas aux besoins des patients, mais à ceux des services. Dans le même temps, d'autres services où le taux de rotation des patients était moindre optaient pour des séjours plus longs pour le même profil de patients isolés ou non. A l'époque, la notion de décision partagée n'était pas encore d'actualité. L'enquête a mis aussi en évidence que l'hospitalisation à domicile équivalait *de facto* à un transfert de charge vers les familles à aucun moment reconnu comme tel et dont les répercussions n'ont jamais été pensées à l'aune des besoins des patients, ce qui a conduit à rendre invisibles tous les acteurs amenés à prendre en charge le patient, que ce soit les soignants de ville ou l'entourage. L'hospitalisation à domicile reposait donc sur le pari bien hasardeux d'une capacité à faire face. Il est vrai que, lorsque cela se passait mal, les familles choisissaient de ramener les patients aux urgences, parfois sur les conseils des soignants, mais elles n'osaient pas les reconduire directement dans les services d'origine.

Pourtant, en contrepoint, dans les années 70 et 80, le système hospitalier qui connaît un essor important tend à se substituer aux soins antérieurement dévolus aux familles. L'effacement du rôle soignant des familles est survenu rapidement, parce que la production domestique de soins était privée de visibilité économique tandis que les soins médicaux gagnent en efficacité.

Soigner hors les murs généalogie

Phase 1 : dès l'Ancien Régime, la situation des personnes sans famille dont les soins étaient pris en charge par le caritatif institutionnel était connue.

Phase 2 : soigner à l'hôpital à coût croissant, est signe de progrès et d'efficacité. Dans les années 70, quand l'aide des familles est sollicitée dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, certaines refusent de s'y prêter, considérant que ce n'est pas de leur ressort et qu'il est bénéfique pour le malade et pour la société au sens large de recourir à un soin hospitalier pensé comme plus technique et de meilleure qualité. Les soins hospitaliers étaient en effet gages de progrès et d'efficacité dans le cadre d'un accroissement des savoirs et des techniques médicales. Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, le financement collectif assurantiel de la santé a de plus rendu possible le développement des « machines à guérir », selon les termes de Michel Foucauld. Les résultats obtenus par les hôpitaux faisaient d'ailleurs l'objet d'une valorisation particulière. Le soin hors les murs étant ressenti comme une perte de chances pour les malades et de coût faible (donc sans valeur sociale), il ne pouvait que disparaître.

Phase 3 : excès et limites du soin confiné dans les murs hospitaliers. La fin des années 80 est marquée par l'émergence d'un discours mettant en garde contre l'hospitalo-centrisme que ce soit sur les effets néfastes de l'enfermement en psychiatrie ou du fait du renforcement des hiérarchies dans le monde médical avec une dévalorisation implicite de la médecine générale. Dans un contexte d'accroissement irrésistible des coûts, le soin confiné dans les murs hospitaliers a fini par rencontrer ses limites avec les infections nosocomiales ou l'aspiration des patients au retour à domicile, même si celle-ci recouvre une réalité différente pour une personne âgée, un malade en psychiatrie ou un patient faisant une dialyse à domicile. On redécouvre alors l'intérêt des soins hors les murs qui étaient moins coûteux, tout en les maintenant dans l'ombre, tout particulièrement les soins familiaux. En quelques décennies, les usages ont pourtant fortement évolué à partir d'arguments forts, particulièrement sur le rôle polyvalent des familles, sur fond de révolution complète des représentations sociales.

Phase 4 : à la fin des années 90 apparaît la nécessité d'organiser le « prendre soin hors les murs de l'hôpital » dont ce groupe de travail n'est qu'un nouvel avatar, dans un contexte bien connu, à savoir un tableau épidémiologique inédit avec les maladies chroniques et le vieillissement faisant alterner phases aiguës de soins et de surveillance. La politique affichée de maintien à domicile, notamment pour les personnes âgées dépendantes, trouve sa justification par la qualité de vie et l'économie des coûts d'hébergement. Les durées hospitalières tendent à se réduire au profit de l'hospitalisation à domicile, bien que les transferts de coûts restent de nouveau mésestimés. Les soins de ville témoignent d'une organisation nouvelle, effet de l'affirmation de la médecine générale qui a cherché à s'adapter aux changements épidémiologiques. Que ce soit pour la maladie psychiatrique, la dépendance ou la maladie d'Alzheimer, plusieurs plans ont redécouvert le prendre soin familial qui est à la fois gratuit, polyvalent et assurant l'hébergement, tout en réfléchissant pour certains au dédommagement des familles. Celles-ci ont donc commencé par prendre en charge la maladie, avant de devenir invisibles au profit des soins professionnels, pour qu'aujourd'hui, le soin familial soit de nouveau valorisé.

Martine Bungener livre ensuite les enseignements suivants à partir des pathologies qu'elle a étudiées :

- Dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, les besoins des hôpitaux ont longtemps pris le pas sur les craintes des familles quant à son efficacité, tandis que la question de l'isolement des patients ne peut pas toujours être pleinement appréciée.
- Pour les maladies chroniques et pour les personnes âgées, le passage de l'hôpital à la ville ne constitue pas une réelle rupture de vie, parce que les patients sont déjà entrés dans un processus de vieillissement, au même rythme que leur conjoint. Le maintien au domicile peut être motivé par les problèmes de mobilité de ce dernier.
- Les malades du sida ont réussi à obtenir leur hospitalisation à domicile au terme d'un combat, avec l'engagement de leurs proches dans certains gestes techniques, tout en favorisant le développement des réseaux ville-hôpital.
- Le traitement du cancer illustre les effets négatifs de la hiérarchie et d'une rupture de liens entre les équipes spécialisées et les médecins généralistes, notamment sur le partage de l'information. Les premières estimaient que les seconds ne remplissaient pas leur rôle de suivi des patients en ville tandis que les seconds considéraient qu'ils n'avaient pas les moyens de le faire, à la fois en raison d'un désaccord persistant sur le contenu de l'information utile à chacun et en raison d'une certaine méconnaissance des traitements et de leurs effets secondaires de la part des médecins généralistes.
- Avec le développement de l'ambulatoire et la fermeture des lits de psychiatrie, les soins dans les maladies mentales ont mis en évidence l'enjeu des inégalités sociales et familiales dans la prise en charge des patients et dans la coordination entre la ville et l'hôpital ressentie comme inefficace, les médecins généralistes semblant démunis.

En raison du poids des représentations sociales ancrées dans l'expérience du passé, s'il n'est plus possible aujourd'hui de parler d'invisibilité pour ces différents acteurs, que ce soit les familles ou les médecins de ville, ils restent encore dans l'ombre par rapport aux prérogatives dominantes de l'hôpital. Il est donc nécessaire de réfléchir aux hiérarchies implicites entre les acteurs du soin et d'anticiper dans cette perspective les besoins de chacun afin que le virage ambulatoire prenne tout son sens.

- Un nouveau modèle de soins semble d'ailleurs émerger avec la maladie d'Alzheimer. Des soignants de l'HDJ ont mis en évidence et mis en œuvre la nécessité d'assurer un double accompagnement pour réussir le maintien à domicile de ces patients. Il est à noter qu'aujourd'hui, la famille, le proche accompagnant, devient l'objet du soin autant que la personne malade.

Le paradoxe social, économique du virage ambulatoire (prendre soin hors les murs de l'hôpital)

Le virage ambulatoire qui est déjà observé dans la maladie chronique, la maladie mentale, le cancer ou la dépendance est confronté à un paradoxe social et économique. D'un côté, ses effets sont bénéfiques, en tant que facteur partiel de transformation de la médecine de ville avec les pôles de santé et les réseaux ; de l'autre, la collaboration est souvent ressentie comme dominée.

Il a également favorisé l'émergence d'un secteur médico-social complémentaire, tout en s'accompagnant de l'appel explicite au rôle des familles redevenu visible et doté d'une valeur sociale et financière au travers de prestations sociales incitatives. Or, le recours au soin familial peut faire resurgir les inégalités sociales de soins au niveau de la disponibilité ou des savoirs, que l'institutionnalisation gommait.

D'autres effets paradoxaux de ce cycle : invisibilité de ce qui entoure l'hôpital puis acteurs de l'ombre

Au cours des cinquante dernières années, les liens entre les soins de ville et l'hôpital se sont rompus durablement et ont suscité des représentations sociales pérennes sur l'efficacité des soins notamment hospitaliers et pouvant conduire les usagers à privilégier par exemple le passage aux urgences, ainsi qu'une perte de confiance réciproque entre les divers acteurs des soins, entre ville et hôpital. Leur redécouverte lors du virage ambulatoire, si elle leur confère en théorie une visibilité accrue, ne les fait pas nécessairement sortir en pratique de l'ombre lorsqu'il s'agit de les considérer comme des acteurs ou interlocuteurs équivalents. L'identification des interlocuteurs dédiés à l'hôpital représente une tâche à part entière qui ne doit pas être livrée seulement au bon vouloir des uns et des autres. Le manque d'écoute réciproque, souvent dénoncée, n'est pas seulement lié à l'absence d'outils et ne se résoudra pas seulement en mettant en place des outils plus performants ; cette écoute suppose en préalable de définir ensemble le contenu de ce qui doit être partagé et comment ce partage doit être effectué en fonction des contraintes d'activité de chaque interlocuteur, sans préjugé de domination et d'importance des uns sur les autres. Le manque de temps constitue enfin un réel obstacle au besoin de coopération, puisque les temporalités de l'hôpital et de la ville ne sont pas toujours compatibles.

Pour conclure, le virage ambulatoire suppose de faire évoluer les perceptions de part et d'autre, c'est-à-dire rompre avec l'impensé hospitalier sur ce qui importe aux acteurs de l'ombre (soignants de ville, MG, malades, proches) en termes de savoirs, de besoins, de tâches et de compétences pour restaurer la confiance, tout en reconnaissant les effets de cet impensé sur les façons de faire, de penser, de dialoguer et de coopérer dans le soin ambulatoire.

Enjeux et moyens à repromouvoir

Les outils de communication sont certes utiles, mais accessoires (voir le bilan des réseaux). Le changement des perceptions et des représentations est indispensable. Il convient de restaurer la confiance, l'écoute et le dialogue entre soignants et avec les patients et les proches. Il est plus utile et plus efficace de penser les trajectoires de soins et le contenu des informations nécessaires à une bonne communication et à un partage des pratiques. Il est également important d'identifier l'interlocuteur (hospitalier ?) de confiance disponible pour être contacté lors du retour à domicile ou par le médecin traitant voire d'envisager des modèles nouveaux d'intermédiaires tels que l'infirmière azalée ou les patients formateurs (logique de pairs).

Tableau répartition par GH des places HDJ recensées en 2015 (source DOMU à partir déclarations GH)

GH		M (dont chimio et endoscopies)	C (dont chir ambulatoire)	O	HEMODIALYSES	SSR	PSYCH	TOXICO/ADDICTO	TOTAL 2015
G01	HUPSSD	125	35	12	0	7	3	4	186
JVD		37	19	6					62
RMB		1				7		4	12
AVC		87	16	6			3		112
G02	SLS	122	24	11	7	18	0	4	186
LRB		36	10	9		18		4	77
SLS		86	14	2	7				109
G03	HUPNVS	96	14	5	12	36	20	4	187
BJN		32	1	1					34
BCT		44	12	3	12	7	10	4	92
AHT		1				4			5
BRT		5				25			30
LMR		14	1	1			10		26
G04	PSL	209	46	8	16	34	59	0	372
CFX		9				16	10		35
PSL		200	46	8	16	18	49		337
G06	HUEP	284	30	18	20	9	10	0	371

LRG									0
RTH		7				9			16
SAT		111	4				10		125
TNN		77	10	13	15				115
TRS		89	16	5	5				115
G07	HUPS	134	39	20	14	37	14	10	268
BCT		81	28	10	14	37	12		182
ABC		18	8	10					36
PBR		35	3				2	10	50
G08	HMN	122	12	0	12	83	54	8	291
HMN		113	12		12	34	54	8	233
ERX		4				20			24
GCC		2				20			22
JFD		3				9			12
G12	HUPC	153	42	21	0	10	7	0	233
BRC		10							10
CCH		128	42	21		10	7		208
HTD		15							15
G18	HUPO	98	9	0	8	42	0	0	157
CCT		2		0		33			35
HEGP		94	9	0	8				111
VGP		2				9			11
G24	HUPIFO	75	22	0	8	130	0	0	235
BCK									0

APR		48	19		8				75
RPC		25	3			122			150
SPR		2				8			10
H38	HND								0
H61	NCK	85	15	2			6		108
H64	VPD					5			5
H70	RDB	26	15	6	8		20		75
H84	SSL					20			20
Total		1529	303	103	105	431	193	30	2 694