



Des lits pour quoi faire ?

■ Des besoins en lits croissants :

- Pour du long séjour chez des patients âgés notamment
- Pour des patients socialement complexes, dont la remise à la rue ne peut être envisagée après une prise en charge en aigu → patients souvent jeunes pour qui la prise en charge en SLD n'est pas possible
- Pour des patients poly pathologiques ayant des facteurs de comorbidité
- Pour des patients en fin de vie
- Pour l'aval des SAU et la continuité des soins

■ Des besoins en lits réduits :

- Transition épidémiologique qui fait évoluer les besoins de santé de la population (prise en charge des patients chroniques en ville ou en ambulatoire)
- Evolution technologique et évolution des pratiques médicales qui permettent une prise en charge en ambulatoire, en hospitalisation à domicile ainsi qu'une prise en charge à distance (télé surveillance, télé médecine)





Scenario de rupture

- **Réduction des capacités d'hospitalisation complète en aigu**
- **Transformation et libération de lits d'HC en lits d'ambulatoire : 800 à 1000 lits**
 - Potentiel de libération de lits par une amélioration du seul taux d'occupation : 419 lits en chirurgie et 155 en médecine
 - Potentiel de substitution des lits chirurgicaux au-delà de l'amélioration du TO:
 - Potentiel haut de substitution à l'AP-HP : 280 lits (substitution d'HC vers ambulatoire de 80% des séjours d'1 et 2 J avec 85% d'occupation)
 - Potentiel maximal de substitution 437 lits (substitution d'HC vers ambulatoire de 80% des séjours d'1, 2 et 3 J et 50% des séjours de 4J avec 85% d'occupation)
 - Potentiel de substitution de lits de médecine au-delà de l'amélioration du TO:
 - Potentiel de substitution limité : une vingtaine de lits pour rhumatologie, maladies infectieuses et diabétologie-endocrinologie
 - Potentiel de substitution de lits de médecine
 - Potentiel théorique → beaucoup de fermeture isolées sans gain à la clé
- **Adaptation des capacités d'aval aux besoins**
 - La réduction des capacités d'HC en aigu nécessite une fluidification de l'aval, tant en termes de capacités, que de structuration du parcours. 400 lits de SSR sont aujourd'hui disponibles, mais pas dans les disciplines qui en ont besoin :
 - SSR oncologie et hématologie avec complication neurologique ;
 - SSR neurologique (sclérose en plaque, blessés médullaires)
 - SSR polyvalents (patients lourdement) handicapés
 - SSR post-réanimation





Scenarior de rupture

■ Développement de plateformes de prise en charge pluridisciplinaire d'hospitalisation en médecine

■ Modernisation la prise en charge chirurgicale

- Reproduction des bonnes pratiques ambulatoire en chirurgie conventionnelle : contacts renforcés avant l'hospitalisation; suivi rapproché en post-sortie; liens avec le médecin traitant et les infirmiers de ville ; chirurgie mini-invasive
- Admission des patients le matin même et non plus la veille : Si admission le matin pour 20% des actes → libération de 15% des capacités d'hospitalisation en chirurgie
- Amélioration du taux de rotation des patients par place d'ambulatoire (grâce à la limitation du temps de séjour et à la marche en avant du patient)

■ Faciliter les sorties anticipées de patients

- Développement de l'HAD (notamment en provenance du domicile) et de la prise en charge des SSIAD
- Développement de la télé médecine et de la télé surveillance
- Développement d'hôtels hospitaliers
- Sortie anticipée grâce à la prise en charge de services à domicile et à l'organisation de la continuité des soins à domicile (VitalDom et PRADO) → retour anticipé à domicile grâce à une prise en charge infirmière et médicale anticipée avec les professionnels libéraux et la prise en charge de prestations de services à domicile





Freins

■ Freins financiers

- Forte dispersion des lits qui ne permet pas forcément des gains lors de la fermeture d'un ou deux lits par service. Un minimum de 4/6 lits est nécessaire pour permettre un ajustement des moyens, autrement dit pour que les coûts soient couverts par les tarifs.

■ Freins organisationnels

- Les organisations ambulatoires ne fonctionnent pas à leur plein potentiel au détriment de la qualité de la prise en charge du patient et de l'optimisation des coûts (en chirurgie)
- Forte dispersion des structures alternatives (HdJ, HdS, ambulatoire) qui nuit à l'optimisation de la prise en charge au sein de ces structures
- Marges de progrès sur l'intégration territoriale des établissements de soins (ville, structure d'aval...)
- Architecture des services parfois peu adaptée pour une prise en charge ambulatoire
- Fonctionnement du PMT à repenser pour un accès facilité aux malades ambulatoires qui se heurtent aux nécessités de l'urgence
- La sortie des patients n'est pas suffisamment anticipée. Les patients restent ainsi en aigu dans l'attente d'une structure de SSR ou d'un retour à domicile alors qu'elle devrait être programmée avant l'hospitalisation ou au moins le jour même

■ Freins managériaux

- Fonctionnement cloisonné des différents services médicaux → difficultés à construire des plateformes communes, mais évolution récente avec la chirurgie ambulatoire. Et en médecine ?
- Les représentations collectives font que la renommée d'un service ou d'un hôpital se traduit trop souvent par le nombre de lits (vision notariale)
- PNM : le passage du fonctionnement d'HC en HdJ se traduit par une perte salariale car plus de primes de nuit et de week-end

■ Freins sociaux

- Problématique posée par les patients complexes dont la remise à la rue, légitime médicalement, ne peut être envisagée pour des raisons sociales → l'hôpital servant ici de lieu d'hébergement plus que de lieu de soins, en l'absence de structures sociales adaptées





Leviers

■ Leviers financiers

- Maximiser les potentiels en ambulatoire de façon à proposer la prise en charge la plus adaptée au coût le plus juste
- Alignement tarifaire prise en charge en 0j et en 1 et 2J, de façon à inciter les établissements à basculer dans l'ambulatoire

■ Leviers managériaux

- Les HdJ peuvent constituer des services où la qualité de vie au travail est meilleure et où, en raison des horaires d'ouverture, la conciliation vie familiale / vie professionnelle peut être facilitée
- Conduite du changement nécessaire pour décloisonner le fonctionnement des services → Faire évoluer les formations médicales et paramédicales pour préparer les nouvelles générations à ces nouveaux modes de prise en charge

■ Leviers organisationnels

- Fluidifier le parcours de soin des patients dans et hors de l'hôpital → prise de RV en ligne ; adaptation architecturale des services ambulatoires ; plages réservées à l'activité ambulatoire au sein du PMT ; renforcement de l'intégration territoriale (avec la ville et les autres établissements) et des échanges d'informations avec les autres professionnels prenant en charge un patient ; création des postes d'infirmiers de coordination chargés de manager le parcours patient
- Anticiper dès – voire avant – l'admission du patient sa sortie, de façon à pouvoir transférer le patient en SSR ou à organiser le retour à domicile dès que son état médical le permet
- Mettre en place des structures alternatives disposant d'une taille critique (travaux sur le regroupement et l'harmonisation du fonctionnement des structures alternatives)

■ Leviers sociaux

- Fluidification de l'aval pour les patients complexes → conventions avec des établissements médico-sociaux, formalisation des parcours de soins, utilisation de Trajectoire, prise en charge sociale précoce...
- Besoin de lits sociaux et médico-sociaux pour les patients complexes (SLD jeunes, MAS...)

■ Leviers réglementaires

- Faire de la prise en charge en ambulatoire un critère opposable dans le cadre de l'évaluation HAS
- Contingentement des lits d'hospitalisation complète au niveau de l'OQOS (objectifs quantifiés de l'offre de soins)





Recommandations

- **Evaluer l'impact de l'optimisation de l'IP/DMS sur le dimensionnement capacitaire de chaque GH**

- **Contractualiser par GH:**
 - Une cible de développement de l'ambulatoire et son impact en potentiel de substitution (reprise de parts de marché et diminution des transferts post SAU) versus fermeture de lits
 - Une cible de mutualisation des HDJ par mise en place de plateformes et de circuits patients identifiés
 - Une évaluation des besoins en SRR/SLD gériatriques et non gériatriques/Soins palliatifs pour fluidifier le MCO

- **Modéliser par spécialité impactée, le besoin capacitaire HDJ/HC issu des nouvelles thérapeutiques :** (Rhumato, hépatite C, VIH, oncologie...)

- **Mettre en place les conditions de réussite du développement de l'ambulatoire**
 - En contractualisant avec des chaînes hôtelières pour les patients suivis en ambulatoire mais fragiles socialement ou vivant en province.
 - En organisant un accès au PMT spécifique à l'ambulatoire
 - En formant des PNM dédiés à la coordination des parcours patients



Merci de votre écoute

