

« Alternatives à l'hospitalisation »

Commission des Structures et
Restructurations

René Adam

CME 12 Mars 2014

Pourquoi une réflexion sur
Alternatives à l'Hospitalisation ?

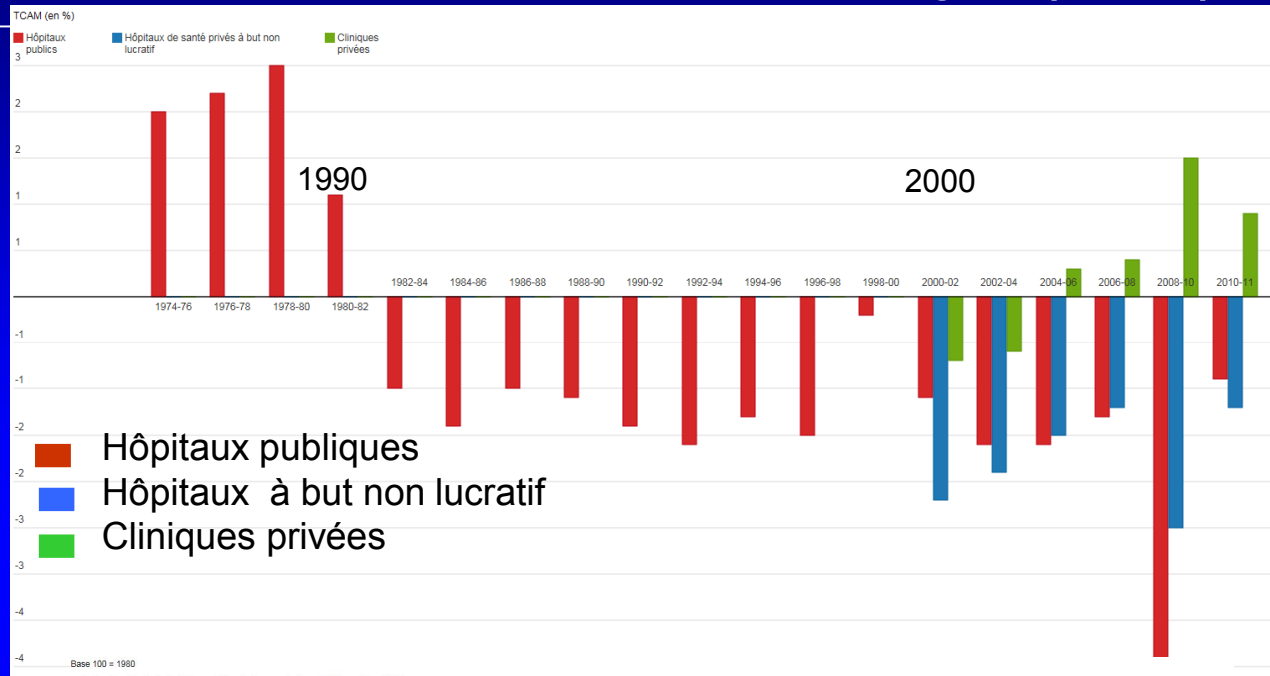
Contexte Réglementaire

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

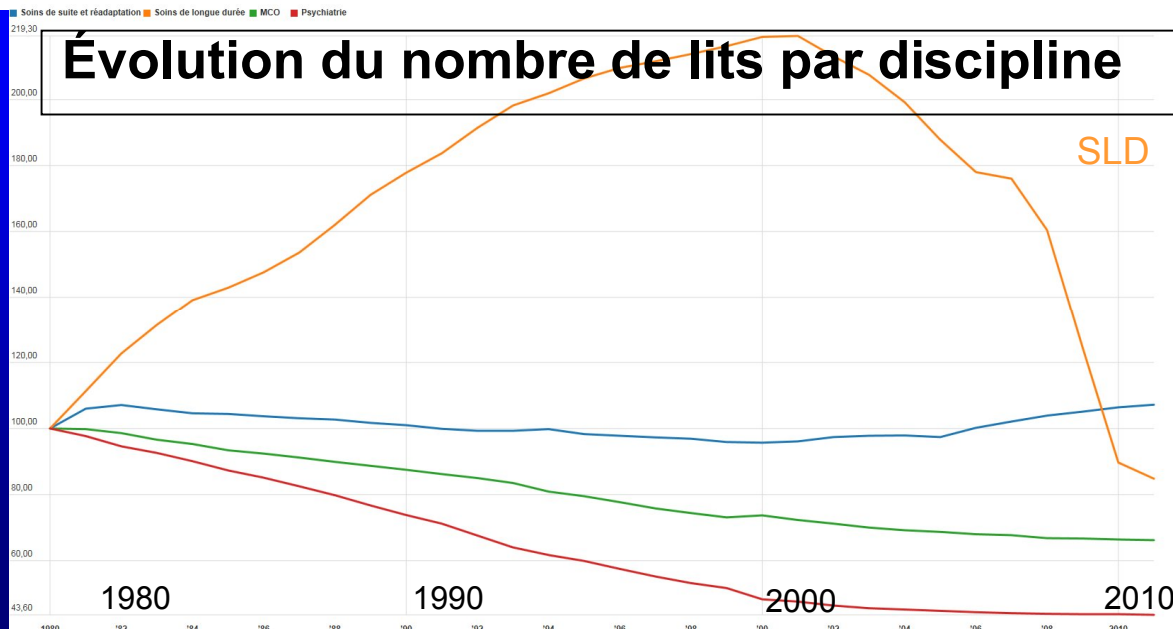
Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation

- I. Les structures alternatives (hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit) doivent répondre à un certain nombre d'**obligations** : unité de lieu, personnels dédiés, coordinateur médical, lisibilité...
- II. Une **charte de fonctionnement** propre à la structure de soins alternative à l'hospitalisation précise notamment organisation, horaires, continuité soins, indicateurs de suivi et qualité...

Évolution du nombre de lits d'hospitalisation complète en taux de croissance annuel moyen (en %)



Évolution du nombre de lits par discipline



Un sujet d'actualité...

Rapport Vernant Plan Cancer

« La majeure partie du parcours de soins se déroulera en ambulatoire »

Le Parisien

L'hôpital vante la chirurgie ambulatoire



Une première mondiale :
l'ablation d'un rein
sans hospitalisation
Le Point.fr - 29/07/2013

DÉCISION SANTÉ

CHIRURGIE AMBULATOIRE

La France serait-elle en retard ?

la Cour des comptes appelle à durcir les conditions économiques. Et stigmatise le retard français. Pour autant, le

Méthodologie

Objectifs

- Mise en place d'un **Groupe de Travail** par la commission des structures et des restructurations de la CME et la DMA en octobre 2012
- **Objectifs :**
 - Aider les GH à mieux **identifier** et à mieux **structurer** leurs activités d'alternatives à l'hospitalisation,
 - Accompagner l'élaboration des **chartes de fonctionnement** prévues par le décret
 - Organiser la **procédure « d'agrément »** des structures alternatives de chaque GH par la Commission des Structures et Restructurations (septembre-octobre)

La démarche du groupe de travail

1^{er} volet : Etat des lieux

Réunions thématiques / Enquêtes

- 3 grandes réunions thématiques :
Chirurgie - Oncologie - Médecine
 - Objectifs :
 - Faire le point sur l'organisation des hôpitaux de jour et de la chirurgie ambulatoire
 - Échanger avec les GH sur leurs expériences et les difficultés rencontrées

2^{ème} volet : Restitution:

Organisation / Dynamique GH

Resultats

Les constats initiaux...

- **Le fichier de structures de l'AP (SIRIUS): pas un outil de description de l'organisation médicale des structures alternatives (hôpitaux de jour)**
 - Plus de **500 structures alternatives identifiées (UG)**
 - 7 % organisées en UF (organisation médicale)
 - Structures multidisciplinaires non identifiées
- **Degré d'avancement sur l'ambulatoire variable selon les disciplines :**
 - Chirurgie ambulatoire – projet institutionnel depuis 2011
 - Oncologie – plan stratégique et travaux du COC depuis 2009
 - Médecine – quelques projets portés par les GH...

1^{ère} thématique : Chirurgie ambulatoire

- **Projet prioritaire depuis 2011**

Chefs de projet (C Vons, F Denoyelle, F Haab)

- **Objectifs :**

- Des taux optimisés sur les 38 gestes marqueurs faisant l'objet de procédures MSAP
- Substitution des **actes en 1 et 2 nuits** et développement actes innovants
- Evolution vers Structures dédiées ou UCA → Fin de l'activité « foraine »
- Développement d'une recherche clinique et médico économique

Chirurgie Ambulatoire : Les Chiffres-clés

- **Les organisations de la chirurgie ambulatoire à l'AP-HP :**
 - Fichier SIRIUS : 71 UG et environ 15 UF
 - **Organisations** recensées : **24** dont 14 véritables UCA et 6 unités satellites de chirurgie ambulatoire
 - De 1 à 5 UCA par site
- **L'Activité**
 - Plus de 49.000 séjours en ambulatoire réalisés en 2013 = 25% de l'activité chirurgicale (dont 16% en UCA et 9% en « forain »)
 - **5 sites ont atteint la cible AP-HP de 33%.**
 - Taux ambulatoire sur les gestes marqueurs = **66%** (disparité entre les sites...)
 - Actes innovants : traitement de l'incontinence urinaire, ablation adénome prostate par laser, thyroïde, obésité, appendicectomie...

Chirurgie Ambulatoire : Top 10 des constats

- 1- Des progrès considérables... mais marge de progression encore importante.
- 2- Contrairement aux idées reçues, la pratique de la chirurgie ambulatoire est rentable
(condition d'efficience : masse critique ≥ 10 places).
- 3- Le regroupement de toutes les activités chirurgicales sans hébergement au sein d'une structure multidisciplinaire est la solution à privilégier (**personnels et locaux dédiés**)
- 4- Implication multipartite Chirurgiens / Anesthésistes / Cadres/ Direction
- 5- Ressenti excellent de la part des patients

Chirurgie Ambulatoire : Top 10 des constats

- 6- L'optimisation de la structure de chirurgie ambulatoire : impactée par : localisation de l'UCA, dimensionnement, taux de rotation des patients, Système d'information
- 7- Lien indispensable avec les autres activités ambulatoires, les consultations externes, les urgences
- 8- Importance du coordonnateur (rôle fédérateur, organisation)
- 9- Une charte de fonctionnement « AP » socle est souhaitable : Parcours patient / indicateurs qualité communs / Harmonisation des pratiques
- 10- L'application de la circulaire frontière pose la question du périmètre des activités de l'UCA et de leur valorisation

2^{ième} thématique Oncologie : Chiffres-clés

- Actuellement dans le fichier des structures SIRIUS :
 - **Champ des spécialités médicales concernées** : oncologie médicale, hématologie clinique adulte, immunologie clinique, Hémato Immuno Onco pédiatrique
 - **55 UG** relèvent d'une activité ambulatoire de cancérologie
 - **18 UF dont 5 dédiées** à l'activité d'HDJ
 - **44 services** ou départements: activité d'HDJ en cancérologie d'organe
 - Activité en HDJ : **156 000 Séjours** très majoritairement dédiés aux activités de chimiothérapies (76%) et représente **87 % des hospitalisations**

Oncologie : Top 10 des constats

1. **90%** des chimiothérapies se font en HDJ
- 2- **Regroupement** des activités de chimiothérapie : **fortement recommandé** : qualité de la prise en charge des patients, rationalisation du circuit de délivrance des poches de chimiothérapie.
- 3- Ces regroupements déjà très avancés dans les CIN doivent se faire sur la base d'une **masse critique suffisante**.
- 4- « **L'HDJ d'oncologie doit appartenir à Tous** »
Plateforme dédiée multidisciplinaire ouverte et partagée,
Reconnaissance activité du service d'origine du patient,
Partage des charges... Gestion collégiale animée: Coord.
- 5- Développement de la médecine personnalisée et évolution rapide des prises en charge (thérapies ciblées) : argument fort pour HDJ = **zone d'échange** entre différents spécialistes d'organe

Oncologie : Top 10 des constats

- 6- L'organisation en plate forme : impact très positif sur le plan des coûts, de la sécurité (traçabilité des prescriptions, bonnes pratiques, formation des personnels) et de la recherche (protocoles, inclusions)
- 7- La prise en charge des patients peut être organisée à titre exceptionnel au sein de la discipline (neuro- oncologie)
- 8- Les soins de support : au sein de la plateforme d'oncologie ou sur une plateforme dédiée fonctionnant à proximité
- 9- L'HDJ s'inscrit dans la construction du parcours du patient anticipée et pluridisciplinaire
- 10- Les structures non compatibles avec les recommandations: structures mono-thématiques à faible activité

3^{ème} thématique : Médecine

Chiffres-clés et Spécificités

- **Données d'activité**

- HDJ médecine génère 195 000 séjours tous GH confondus (**53% des hospitalisations**)
- Les hospitalisations de 0 jour hors HDJ représentent un nombre très faible de séjours (2%)
- Les 5 principaux motifs de prise en charge sont par ordre décroissant : **le diabète, les suivis de greffe , les démences, le VIH et l'obésité.**

- **Spécificité: La circulaire frontière** fixe un cadre réglementaire imposant, pour la tarification en HDJ, des prises en charge, avec une activité tracée dans le dossier médical, soit consistantes pluri-actes et pluridisciplinaire, soit nécessitant une surveillance particulière.

Médecine: Top 10 Constats et Recommandations

- 1- **Balkanisation actuelle des structures** (Moyenne : 4,8 places alors que 2 structures ont 22 places au sein d'un même GH...)
- 2- Contraste avec **l'activité HDJ conséquente** en Médecine : **53%** des séjours
- 3- **Activités « ambulatoires » à bien réfléchir** au niveau de chaque GH afin d'adapter les flux et les lieux d'accueil, d'hébergement et de soins (spécifiques ou communs selon le degré de complexité)
- 4- **L'absence d'incitation positive** au développement de l'**HDJ** doit être corrigée tant au niveau RH que budgétaire de façon à contractualiser les conditions de démarrage des HDJ avec l'ensemble des acteurs
- 5- **Les plateformes d'HDJ** présentent l'avantage d'un **socle commun** de fonctionnement (accueil, secrétariat, système d'information, programmation des examens) homogène et efficient

Médecine: Top 10 Constats et Recommandations

- 6- - Les **volumes** d'activité de la structure et le niveau d'**expertise** des équipes déterminent son **orientation mono- ou pluri-thématique**
- 7- Liens important à développer avec **la ville** qui est demandeuse d'accès direct au PMT et aux services de spécialités **sans passer par les urgences ni par l'HC**
- 8- **Contractualisation avec le plateau technique +++**
- 9- **Différents types d'organisation de structures peuvent être envisagés :**
 - Plateforme commune d'activités HDJ au sein d'un **même pôle**
 - Plateforme d'activités HDJ commune à **plusieurs pôles**
 - Dans l'attente... **Maintien d'unités éclatées d'HDJ** – Coordination transversale au sein du pôle

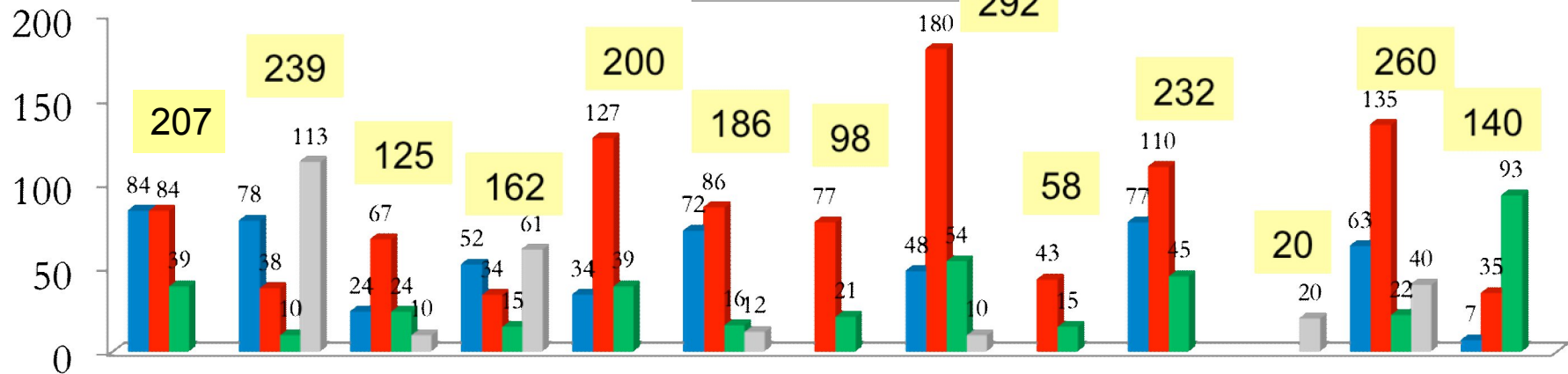
10-

L'état des lieux actualisé 2013...

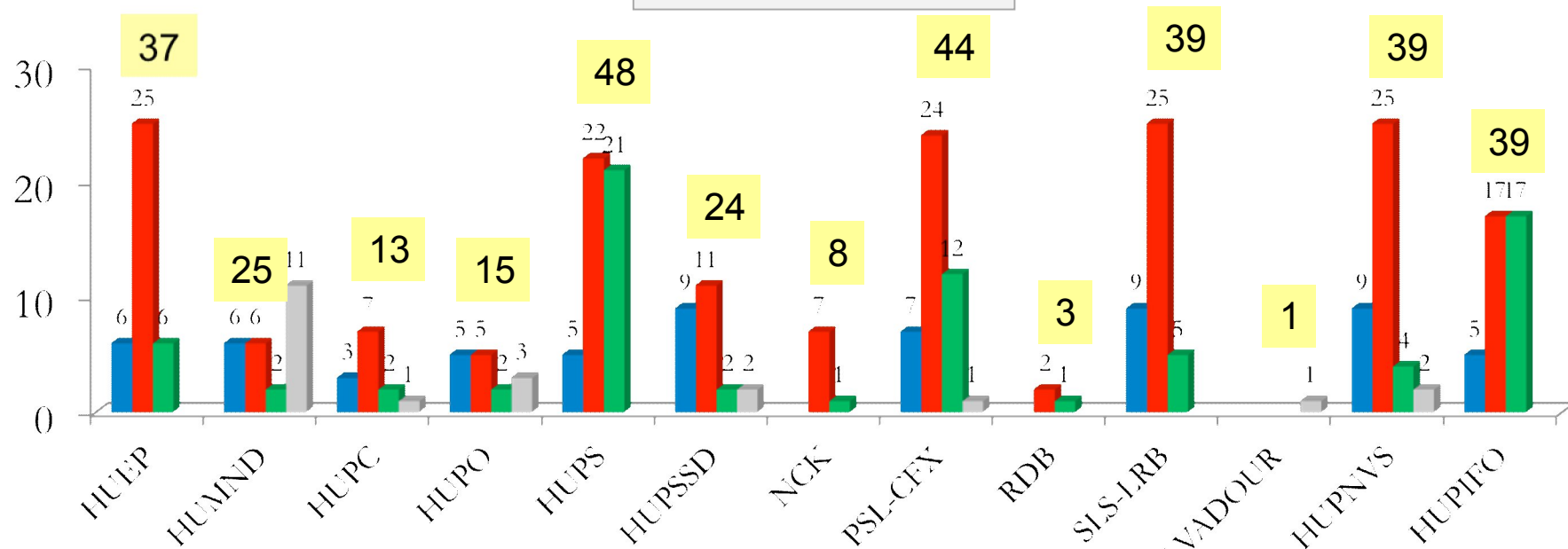
Discipline (% Act HDJ)	Struct HDJ	Places	HDJ ≥ 10	% HDJ ≥ 10	% Places HDJ ≥ 10	Moyenne Place/HDJ
Chirurgie (25%)	65	301	19	29%	47%	5
Oncologie (87%)	68	604	29	43%	71%	9
Médecine (53%)	189	1124	41	22%	51%	6
SSR	22	268	11	50%	73%	12
Total APHP (57%)	344	2398	100	29%	58%	7

544 en 2012 (-33%)

Places



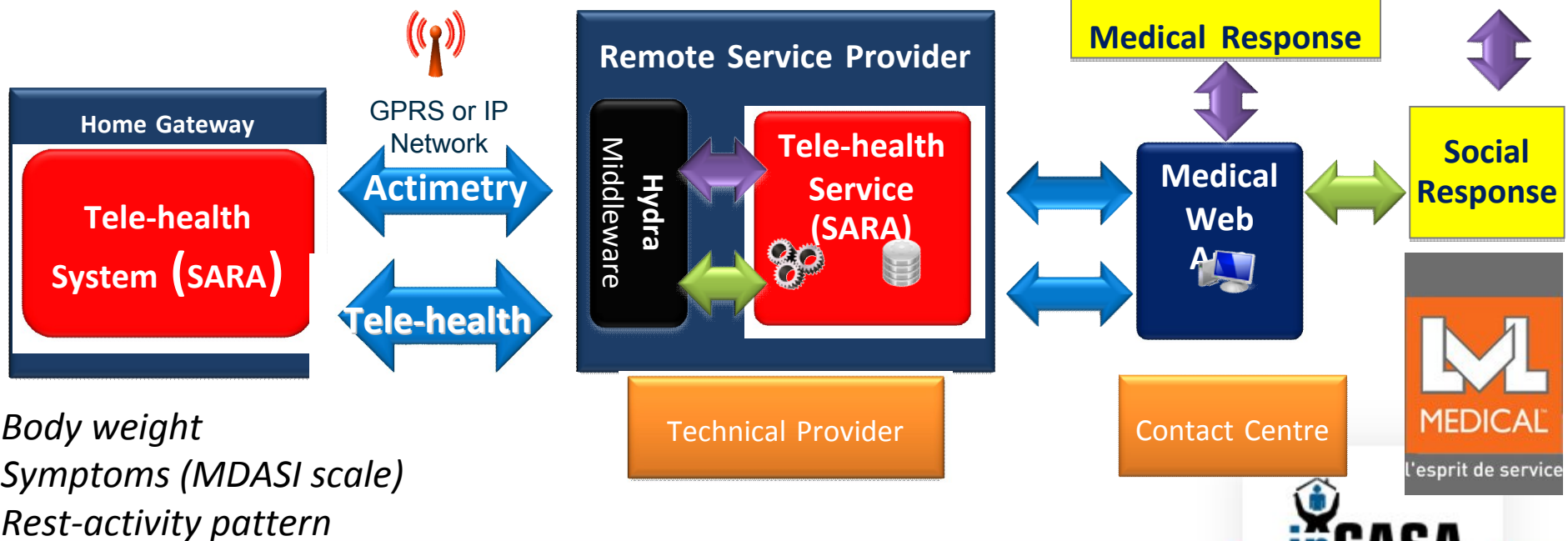
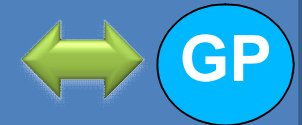
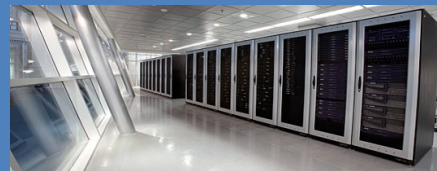
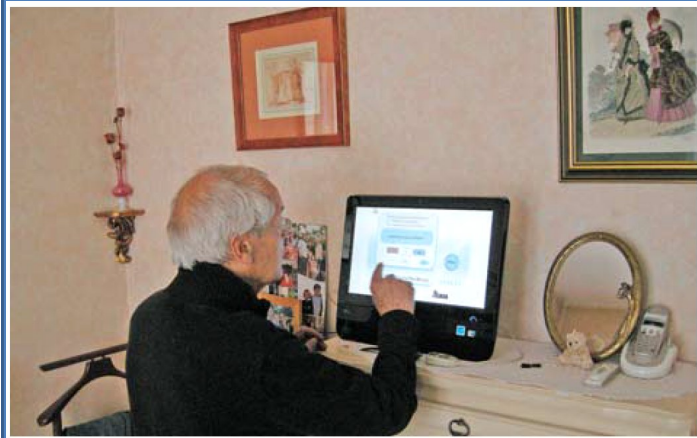
Structures



■ **CANCEROLOGIE**
 ■ **MEDECINE**
 ■ **CHIRURGIE**
 ■ **SSR**

CONCLUSIONS

- Volonté forte de l'ensemble des équipes à enclencher la dynamique de l'HDJ
- Changement des pratiques médicales et aspects logistiques de regroupement (immobilier...) : nécessité d'un management multipartite
- Importance : Masse critique / Structure dédiée / Plateforme d'organisation avec charte de fonctionnement et Coordinateur
- Efforts de structuration réalisés : Chir+++, Cancéro ++, Médecine+
- Paradoxe : Médecine plus forte activité HDJ / structuration moins avancée...
- Enjeu pour l'APHP : considérable (49.000 séjours - 25% de l'activité chirurgicale, 156.000 séjours – 87% de l'activité en cancérologie , 195.000 séjours – 53% de l'activité en Médecine) avec une forte marge de progression...
- Excellence et Rentabilité ne sont pas incompatibles...
- l'HDJ s'ouvre déjà vers la domomédecine...

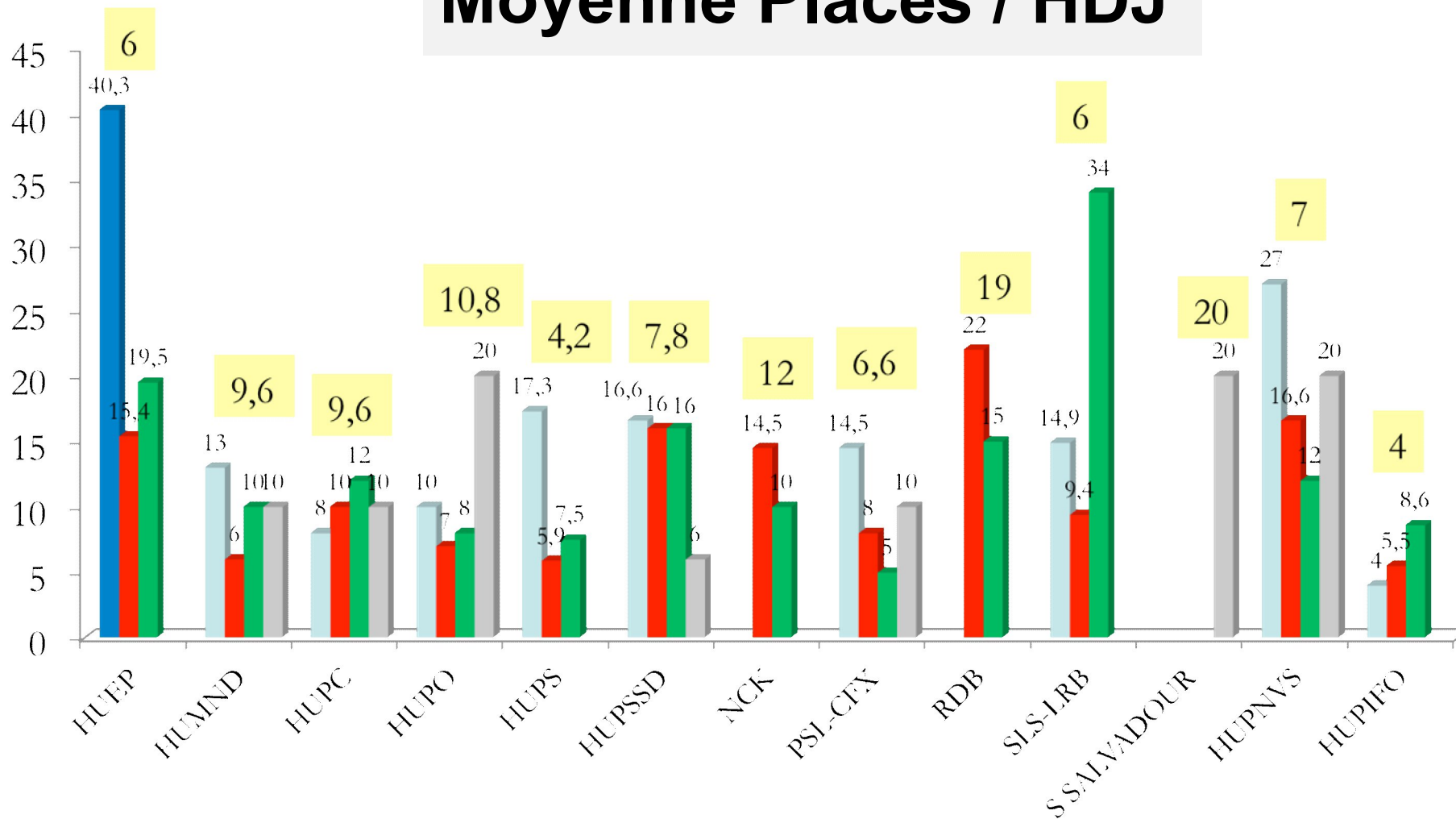


Body weight
Symptoms (MDASI scale)
Rest-activity pattern

Remerciements

- La commission des structures (G Chéron)
- La DMA (F. Lalardrie et son équipe)
- Les experts des 3 thématiques
- La DIM (N Taright)
- Les GH...

Moyenne Places / HDJ



■ CANCEROLOGIE
 ■ MEDECINE
 ■ CHIRURGIE
 ■ SSR