



— La place de l'hôpital de jour en médecine

— 8 mars 2017

— **Ordre du jour**

- **Présentation PRS 2 cadre de travail**
- **Les données régionales**
- **Le contexte réglementaire**
- **Les enjeux majeurs**

— La loi de modernisation de notre système de santé

Deux enjeux majeurs :

- ▶ Adapter le système de santé aux enjeux du vieillissement de la population et de la progression des maladies chroniques
- ▶ Combattre la persistance de fortes inégalités en matière de santé

Le nouveau Projet régional de santé : éléments marquants

- L'organisation des parcours de santé est un axe fort
 - ▶ passer d'une logique de structure à une logique de parcours doit permettre de mieux prendre en compte l'intérêt de l'utilisateur
 - ▶ Implique la transversalité et coordination de tous les acteurs de santé - en premier lieu dans la proximité, autour du médecin traitant, en favorisant le maintien au domicile
- Amélioration de la coordination des politiques publiques ayant un impact sur la santé
- Refonte des logiques territoriales à l'échelle infrarégionale

Projet Régional de Santé

Cadre d'orientation stratégique à 10 ans

Objectifs généraux et résultats attendus

Schéma régional de santé à 5 ans

Champ : offre de soins et de services de santé, y compris prévention et promotion de la santé et d'accompagnement médico-social

Il s'appuie sur une évaluation, comportant une dimension prospective, des besoins de santé, sociaux et médicosociaux, et des réponses existantes à ces besoins. L'évaluation porte également sur la continuité des parcours de santé, les points de rupture, et les difficultés de coordination

Prévisions et objectifs opérationnels pour :

- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et améliorer l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins
- Renforcer la coordination, la qualité, la sécurité, la continuité et la pertinence des prises en charge et des interventions en prévention
- Faciliter l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de précarité, de handicap ou de perte d'autonomie
- Organiser la préparation du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle

Programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies

Mise en œuvre du des objectifs opérationnels du SRS

Contrats territoriaux de santé

Contrats territoriaux en santé mentale

Contrats locaux de santé

Planning



2- La liste des parcours prioritaires du PRS 2 de l'ARS PACA

Critères de priorisation utilisés :

- Enjeu de santé publique dans notre région
- Plus value au décroisement, marge de transformation
- Faisabilité
- Prise en compte des attentes des usagers

Liste des parcours

- maladies chroniques
- personnes âgées
- Personnes en situation de handicap
- personnes précaires (PRAPS)
- santé mentale
- Petite enfance, jeunes, jeunes adultes
- Addictions
- + 1 thème : *le citoyen et le système de santé*

3- Les instances collégiales régionales

Collectifs régionaux réunissant l'ensemble des métiers au sein de l'agence et les partenaires externes sur un parcours ou une thématique dédiés pour élaborer, mettre en œuvre et suivre le PRS

ICR dédiées aux parcours de santé prioritaires du PRS :

- Travail sur les enjeux et priorités par parcours
- Travaille sur les points de ruptures
- Organise la coordination

Maladies chroniques

Personnes âgées

Personnes en situation de handicap

Personnes précaires

Santé mentale

Petite enfance, jeunes, jeunes adultes

Addictions

Le citoyen et le système de santé

ICR dédiés à des thématiques sectorielles prioritaires du PRS :

- Organise un segment de l'offre de santé
- Travail sur les orientations et priorités d'évolution de ce segment de l'offre
- Alimente les parcours

ICR 1er recours

ICR Systèmes d'information

ICR imagerie

ICR Urgences

ICR PDSES

ICR soins critiques

ICR périnatalité

ICR AVC

ICR Chirurgie

ICR cardiologie interventionnelle

ICR SSR

ICR maladies émergentes

ICR veille et sécurité sanitaire, préparation et gestion des crises sanitaires

ICR soins aux détenus

ICR biologie

- **L'HDJ de médecine : quelle place dans le parcours maladie chronique ?**

Contexte

- En France 15 millions de personnes sont atteints de maladies chroniques (20% de la population)
- Il existe des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de ces maladies (HAS, HCSP....)
- Les préconisations insistent sur
 - La dimension globale de la maladie chronique
 - Juste prise en charge de la personne malade
 - Implication du malade dans sa prise en charge
 - Importance de la **concertation coordonnée** entre les professionnels de santé

— Prise en charge de la maladie chronique

— C'est le médecin traitant qui doit être au centre de la prise en charge

— Pathologies complexes et souvent limitation de l'autonomie

- Nécessité d'un bilan effectué sur une unité de lieu dans une unité de temps

— Liens indispensables entre médecin traitant et HDJ

- Contact facile avec la structure
- Programmation rapide de l'hospitalisation
- CRH à la sortie de l'hospitalisation

— Synthèse rapport IGF-IGAS relatif au développement des prises en charge hospitalières ambulatoire de médecine

— Périmètre de la médecine programmée comprenant un taux d'ambulatoire de 43%, hors séances

— Contenu hétérogène de cette activité :

- Concentration sur les 18-74 ans
- Écart interrégionaux importants des taux d'ambulatoire
- Activité concernant essentiellement le secteur des EPS et ESPIC (ex-DG)
- Importance de séjours forains en particulier en digestif et cardio-vasculaire
- Concentration des séjours sur quelques GHM et des marges de progression sur le digestif, le cardio-vasculaire et la pneumologie

— Positionnement dans un continuum de prises en charge

- relevant d'alternatives à l'hospitalisation complète
- Visant à assurer un suivi spécialisé, coordonné et pluridisciplinaire pour des patients touchés par des pathologies lourdes, complexes / multiples

Synthèse rapport IGF-IGAS relatif au développement des prises en charge hospitalières ambulatoire de médecine

Activité impactée par :

- les innovations techniques et thérapeutiques
- Le vieillissement de la population
- Les caractéristiques socio-économiques des populations
- L'offre de santé du territoire en amont et en aval

Développement des HDJ exige mise en place d'organisations adaptées bien insérées dans leur environnement

Synthèse rapport IGF-IGAS

Recommandations

— Définir des stratégies de pec prenant en compte l'environnement :

- Transports et leur coût
- Expérimentation hôtels de patients
- Liens avec EHPAD
- Liens avec les structures d'aides à domicile

— Définition de l'optimum de développement de l'HDJ de médecine par établissement sous l'égide des ARS :

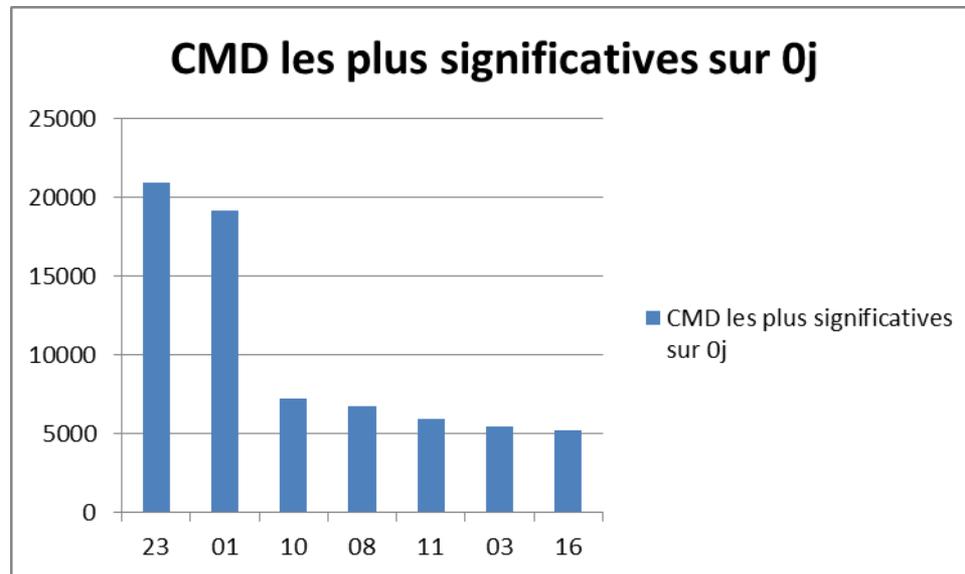
- Examen systématique des séances et séjours forains ainsi que des courts séjours par établissement
- Développer des démarches d'analyse comparative des établissements de santé
- Partage d'expériences et valorisation des expériences innovantes.

En PACA : données d'activité

- CMD 01 : affections du système nerveux
- CMD 02 : affections de l'œil
- CMD 03 : affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents
- CMD 04 : affections de l'appareil respiratoire
- CMD 05 : affections de l'appareil circulatoire
- CMD 06 : affections du tube digestif
- CMD 07 : affections du système hépato-biliaire et du pancréas
- CMD 08 : affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif
- CMD 09 : affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins
- CMD 10 : affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles
- CMD 11 : affections du rein et des voies urinaires
- CMD 12 : affections de l'appareil génital masculin
- CMD 13 : affections de l'appareil génital féminin
- CMD 14 : grossesses pathologiques, accouchements et affections du post partum
- CMD 15 : nouveaux-nés, prématurés et affections de la période périnatale
- CMD 16 : affections du sang et des organes hématopoïétiques
- CMD 17 : affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus
- CMD 18 : maladies infectieuses et parasitaires
- CMD 19 : maladies et troubles mentaux
- CMD 20 : troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci
- CMD 21 : traumatismes, allergies et empoisonnements
- CMD 22 : brûlures
- CMD 23 : facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé

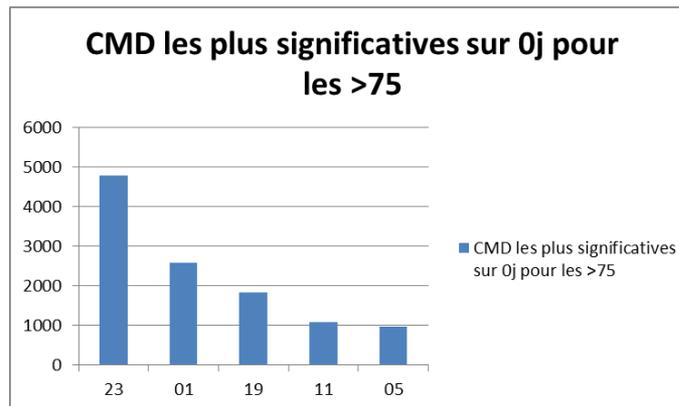
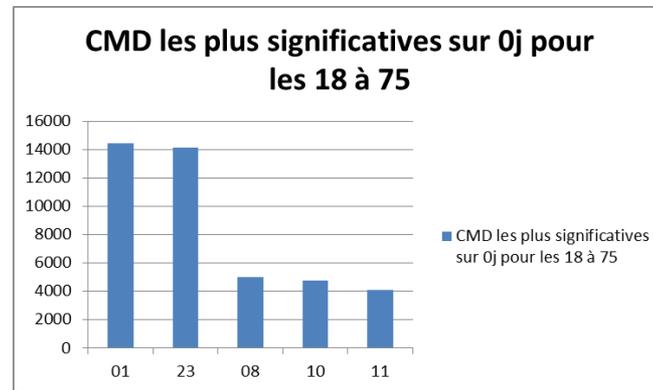
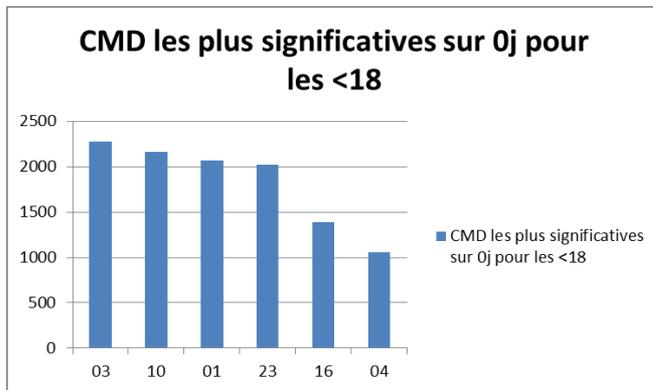
Les données d'activité

Les CMD les plus significatives sur l'ensemble des séjours de 0 jour



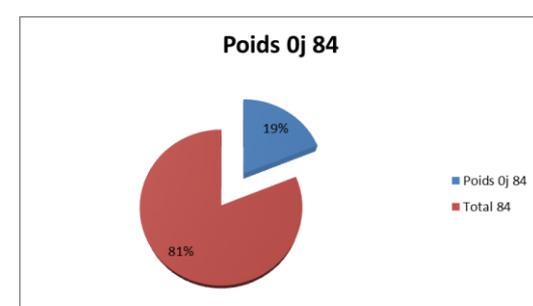
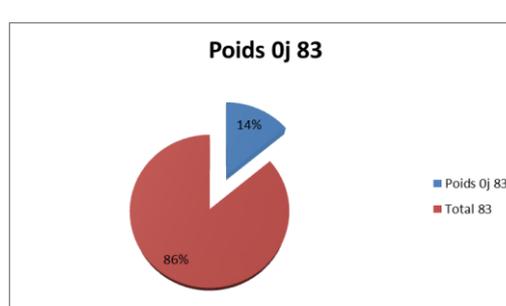
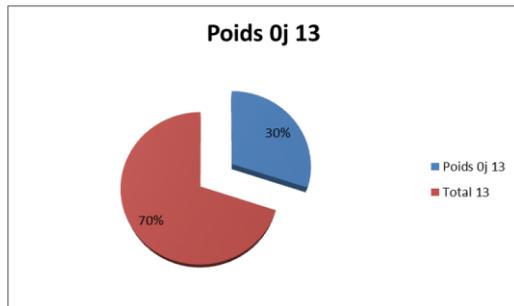
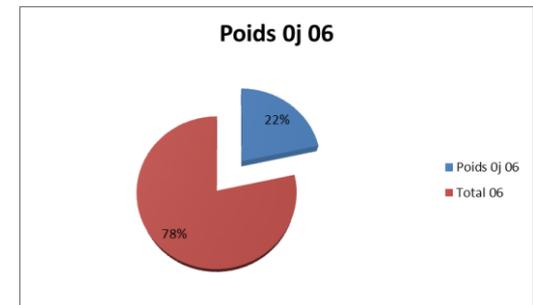
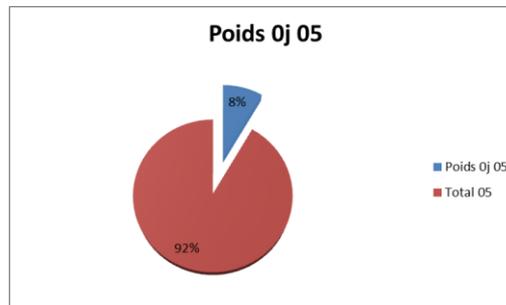
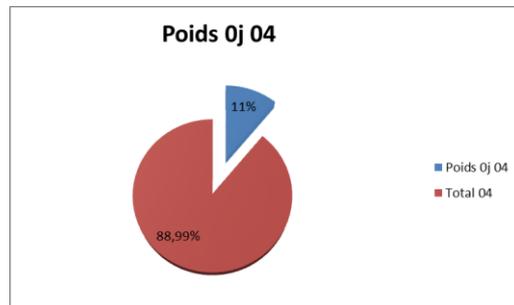
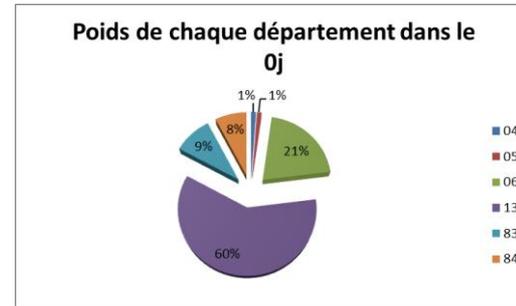
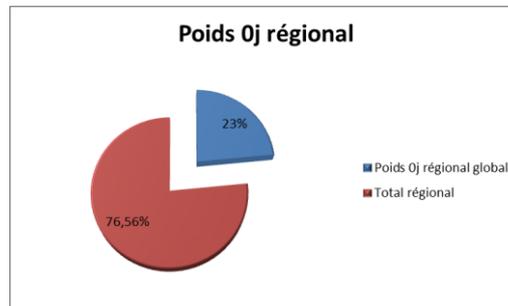
Les données d'activité

Les CMD les plus significatives sur les séjours de « 0j » par âge



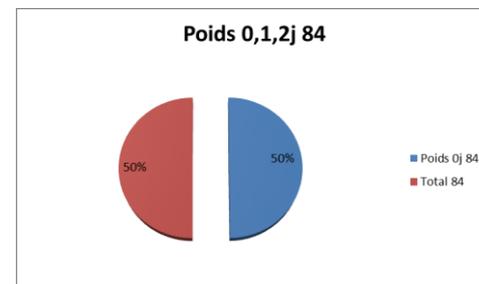
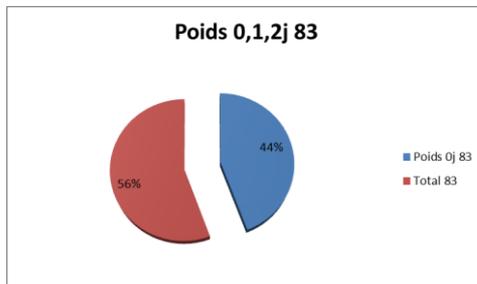
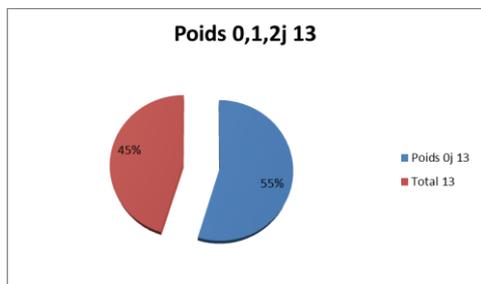
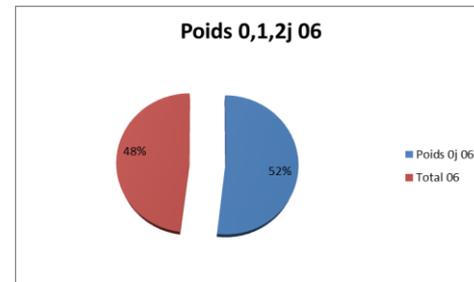
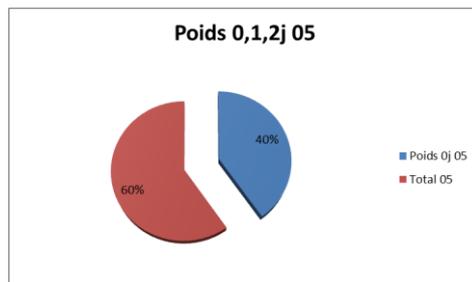
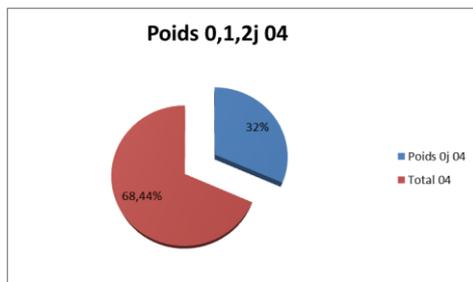
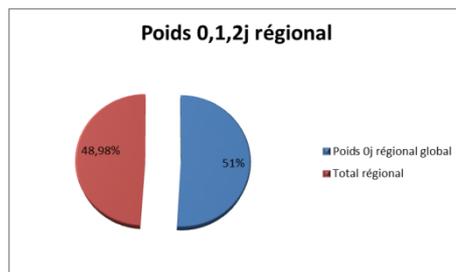
Les données d'activité

Poids des séjours de « 0j » dans l'activité réalisée en médecine en région et par département



Les données d'activité

Poids des séjours de « 0j ,1 et 2 j » dans l'activité de médecine en région et par département



— Les données d'activité : en synthèse

— Potentiel en volume important de séjours de 1 et 2 jours en particulier sur les CMD 06 (digestif) et 8 (appareil musculo-squelettique) à analyser finement pour déterminer ce qui pourrait basculer en ambulatoire et sous quelles conditions

— Focus sur l'activité 0 jour de trois centres hospitaliers en 2016 :

- grande diversité des GHM et dispersion des séjours de 0 jour
- regroupement autour de catégories difficilement interprétables en CMD 23
- caractéristiques de l'activité différentes entre les établissements de santé selon leur taille, le mode de fonctionnement de l'HDJ, sa place et son utilisation au sein du CH

— Contexte réglementaire : actualités

— Refonte de l'instruction de juin 2010 relative aux conditions de facturation d'une GHS pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée dite « circulaire frontière »

- Clarification indispensable de la notion de séjour d'HDJ : difficultés d'interprétation et contentieux T2A obstacles au virage ambulatoire ;
- Création d'un nouvel échelon dans la gradation des pec ambulatoire (prestations intermédiaires) entre HDJ et prestations externes suite au rapport Véran ;
- Création d'un mécanisme de rescrit tarifaire compte tenu de l'impossibilité de fixer et caractériser une liste exhaustive des pec relevant de l'hospitalisation de jour permettant aux établissements de santé d'obtenir de la part de l'AM une prise de position formelle sur l'éligibilité d'un type précise de pec à l'HDJ.

— Refonte de l'instruction facturation HDJ

— Principe : toute prise en charge pouvant habituellement être réalisée soit en médecine de ville soit dans le cadre des ACE ne doit pas donner lieu à la facturation d'un GHS

— Définition de trois types d'hospitalisation de jour :

- La prise en charge comprend un acte anesthésique ;
- La prise en charge est effectuée par une équipe pluridisciplinaire et/ou pluri-professionnelle et comprend aux moins deux actes CCAM / NGAP relevant de deux techniques de spécialités (hors biologie, actes infirmiers, électrocardiogramme et monitoring). Coordination effectuée par un professionnel médical avec compte rendu d'hospitalisation ;
- L'état de santé du patient présente un terrain à risque particulier impliquant des précautions dans les examens et soins.

— Conditions communes : admission dans une structure d'hospitalisation individualisée et utilisation d'un lit ou d'une place

— Refonte de l'instruction facturation HDJ

— Précisions sur les notions

- équipe pluridisciplinaire / pluri-professionnelle
- Réalisation d'au moins deux actes techniques relevant de deux techniques de spécialités différentes
- Compte-rendu d'hospitalisation

— Critères cumulatifs permettant de caractériser une prise en charge en hospitalisation de jour

— Hors critères précédent, l'état de santé du patient présentant un terrain à risque particulier peut justifier le recours à l'HDJ plutôt que consultation externe :

- Utilisation de moyens techniques / humains supplémentaires pour réaliser la pec;
- Polyhandicap, état grabataire, pathologies psychiatriques exigeant la prise en compte d'une dépendance, de difficultés de coopération ou d'une incapacité à s'exprimer

Contexte réglementaire : actualités

— Création d'une **prestation intermédiaire** (article R162-32 du CSP) qui trouve sa place entre l'HDJ et les consultations.

Justification :

- Pour certaines consultations nécessaire mobilisation coordonnée de professionnels médicaux, paramédicaux et socio-éducatifs
- Couverture des interventions de certains professionnels non facturables à l'acte car non répertoriées à la CCAM/NGAP

Caractéristiques :

- soins non suivis d'hospitalisation effectués dans les établissements de santé
- intervention coordonnée de plusieurs professionnels médicaux, paramédicaux, socio-éducatifs en présence du patient (*voir critères HDJ*)
- synthèse diagnostique ou thérapeutique de l'ensemble de la prise en charge par un professionnel médical
- conditions cumulatives
- périmètre d'application 2017: diabète, insuffisance cardiaque grave, spondylarthrite grave, polyarthrite rhumatoïde évolutive
- examens complémentaires nomenclaturés facturés en sus du forfait prestation intermédiaire

— Prestation intermédiaire

— Composition du forfait de prestation intermédiaire :

- Temps médical lié à la coordination et à la synthèse
- Interventions des professionnels paramédicaux ou socio-éducatifs
- examens complémentaires nomenclaturés facturés en sus du forfait prestation intermédiaire

— Articulation avec la prise en charge en HDJ

- Prestation intermédiaire ne se substitue pas pour les pathologies concernées à une hospitalisation de jour
- Pas de mobilisation des moyens matériels et humains de la structure d'hospitalisation individualisée (lit ou place)
- Pas nécessaire implication d'actes techniques

— Questionnements et enjeux

- Quel état des lieux produire ?
 - Places de médecine
 - Activité par établissement
- Quel besoin identifier ?
 - besoin spécifique d'une offre d'HDJ de médecine pour la prise en charge des maladies chroniques
 - autres besoins
- Quel niveau d'offre en région cibler ?
- Quelle organisation territoriale préconiser ?
 - Accès aux plateaux techniques
 - Accès à des équipes pluridisciplinaires / pluri-professionnelles
 - Position dans la gradation de l'offre de soins
- Quelle organisation interne promouvoir pour assurer l'insertion des HDJ dans le continuum de prise en charge en médecine ?