

SEMINAIRE

REUSSIR LE VIRAGE AMBULATOIRE



SAINT LEU
29 octobre 2018

ANFH
Océan
Indien



M. Willy FLEURIS

Président de l'ANFH OCEAN INDIEN



Programme du séminaire

9h20 à 10h20 : Maîtriser les conditions de développement en médecine ambulatoire et en HDJ en SSR

Par Madame Laurence JOSSE, cadre Supérieur de Rééducation,
Responsable du Centre de Ressources et de Responsabilité de rééducation (C2R),
Hôpitaux Universitaires Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal,
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)

10h20 à 11h20 : Maîtriser les conditions de développement d'une activité de Chirurgie ambulatoire

Par le Professeur Corinne VONS, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier,
Responsable de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire,
Groupe Hospitalier Jean Verdier, AP-HP,
Présidente de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA),
Membre du Comité Exécutif de l'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS)

11h30 à 12h30 : Table ronde : Réussir le virage ambulatoire, retour d'expériences en Océan Indien

Modérateur : Professeur Corinne VONS

Discutant : Mme Laurence JOSSE

Intervenants :

Dr Le MOULLEC, vice –présidente de la CME du CHU, Chef de pôle des Spécialités Médicales, service d'Endocrinologie-
Maladies Métaboliques du CHU

Dr Marc BOUQUET, PH, chef du service de médecine physique (adulte) et de réadaptation, CHU sud Réunion

Dr KOWALCZYK, présidente de l'URML, Union Régionale des Médecins Libéraux

Mme Reine-Claude LAGACHERIE, directrice adjointe de la direction prévention précarité régulation, CGSS

Dr GAGNEUR, Médecin de santé publique, Performance et projet de santé, ARS OI



Programme du séminaire

12h30 à 14h00 : DEJEUNER

14h00 à 14h45 : **Piloter les activités de Médecine ambulatoire et de HDJ SSR**
Illustrations pratiques et retour d'expériences
Par Madame Laurence JOSSE

14h45 à 15h30 : **Piloter l'activité en unité de Chirurgie ambulatoire**
Illustrations pratiques et retour d'expériences
Par le Professeur Corinne VONS

15h30 à 16h00 : **Échanges – questions réponses**

16h00 à 16h15: **Synthèse de la journée**
Par Madame Laurence JOSSE et le Professeur Corinne VONS

Dr Etienne GAGNEUR

ARS OI



Maîtriser les conditions de développement en Médecine ambulatoire et en HDJ en SSR

Lundi 29 octobre 2018

ANFH Océan Indien

Madame Laurence JOSSE

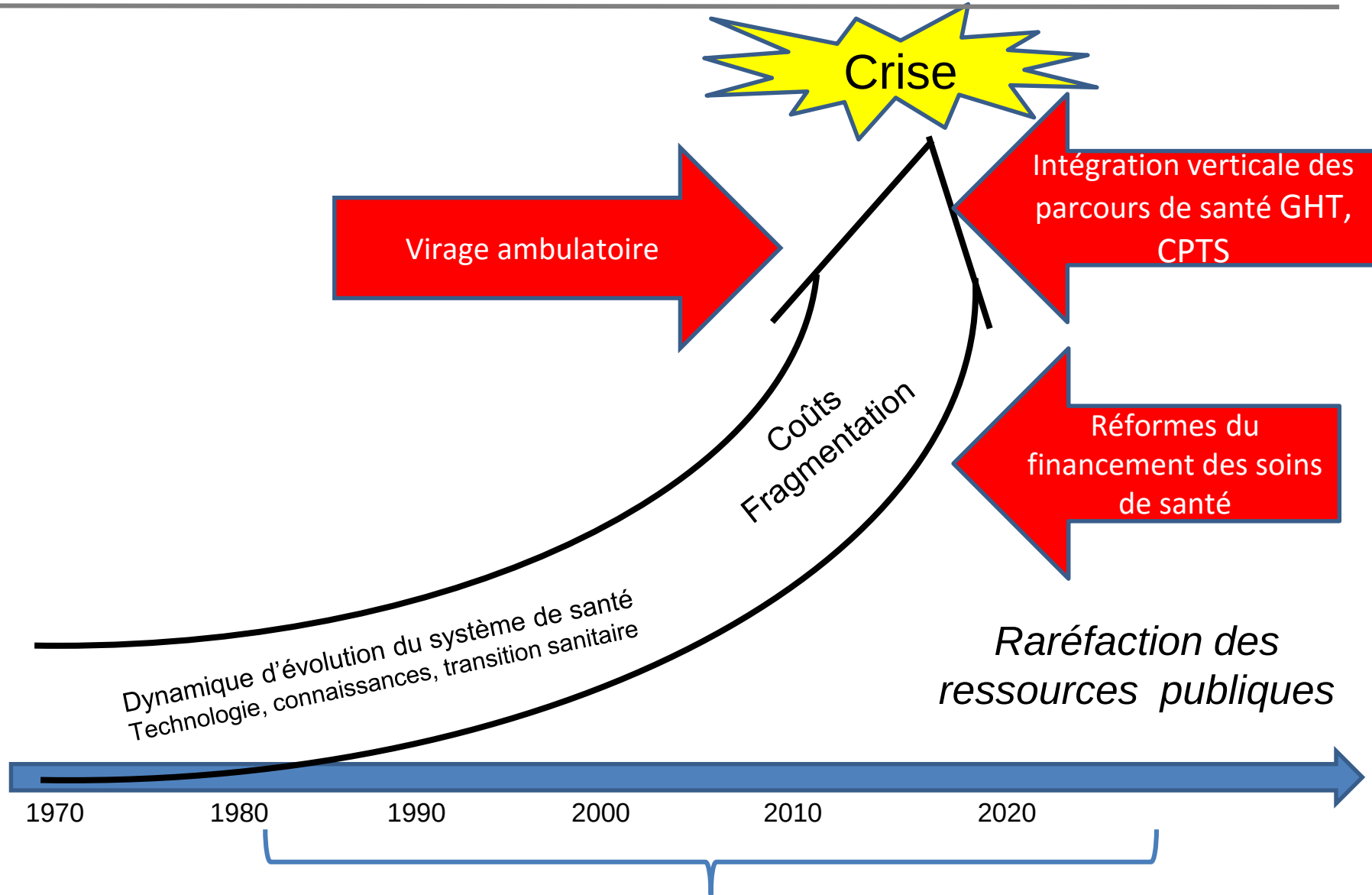
Cadre Supérieur de Rééducation,

Responsable du Centre de Ressources et de Responsabilité de rééducation (C2R),

Hôpital Lariboisière,

Hôpitaux Universitaires Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal (AP-HP)

Le contexte du virage ambulatoire



Un virage ambulatoire inévitable mais dangereux

*Accélération du recours aux urgences,
des limitations fonctionnelles et
affaiblissement des réseaux sociaux de soins et de soutien*

Soins ambulatoires

*Fragmentation institutionnelle et
financière
(des soins et de l'action sociale)*

Cabinet
libéraux

Pharmacie

Bien-être

Domicile

Structures sociales
et médico-sociales

Départements
d'urgence

Centre
de santé

Centre
d'imagerie

*Incoordination des soins et
services sociaux*

Pression sur les lits aigus

Listes d'attente, bed blockers

Hôpital

Soins
aigus

Acuité

*Intégration verticale
des SSR et
Substituabilité des
orientations*

Réadaptation
Hospitalisation
Conventionnelle

Soins de
transition

Réadaptation
ambulatoire

Hospitalisation
à domicile

Soins
Post-aigus

*Croissance mal contrôlée de
l'offre SSR et des dépenses de santé*

Offre et demande de soins primaires

Demande

- Vieillessement de la population
- ↗ maladies chroniques, poly pathologies, limitations fonctionnelles
- Meilleure information des patients
- ↗ inégalités sociales de santé

Offre

- Offre de soins hétérogène
- ↘ temps médical disponible
- Progrès techniques
- Evolution de l'exercice de la médecine

Arbitrages nécessaires entre:

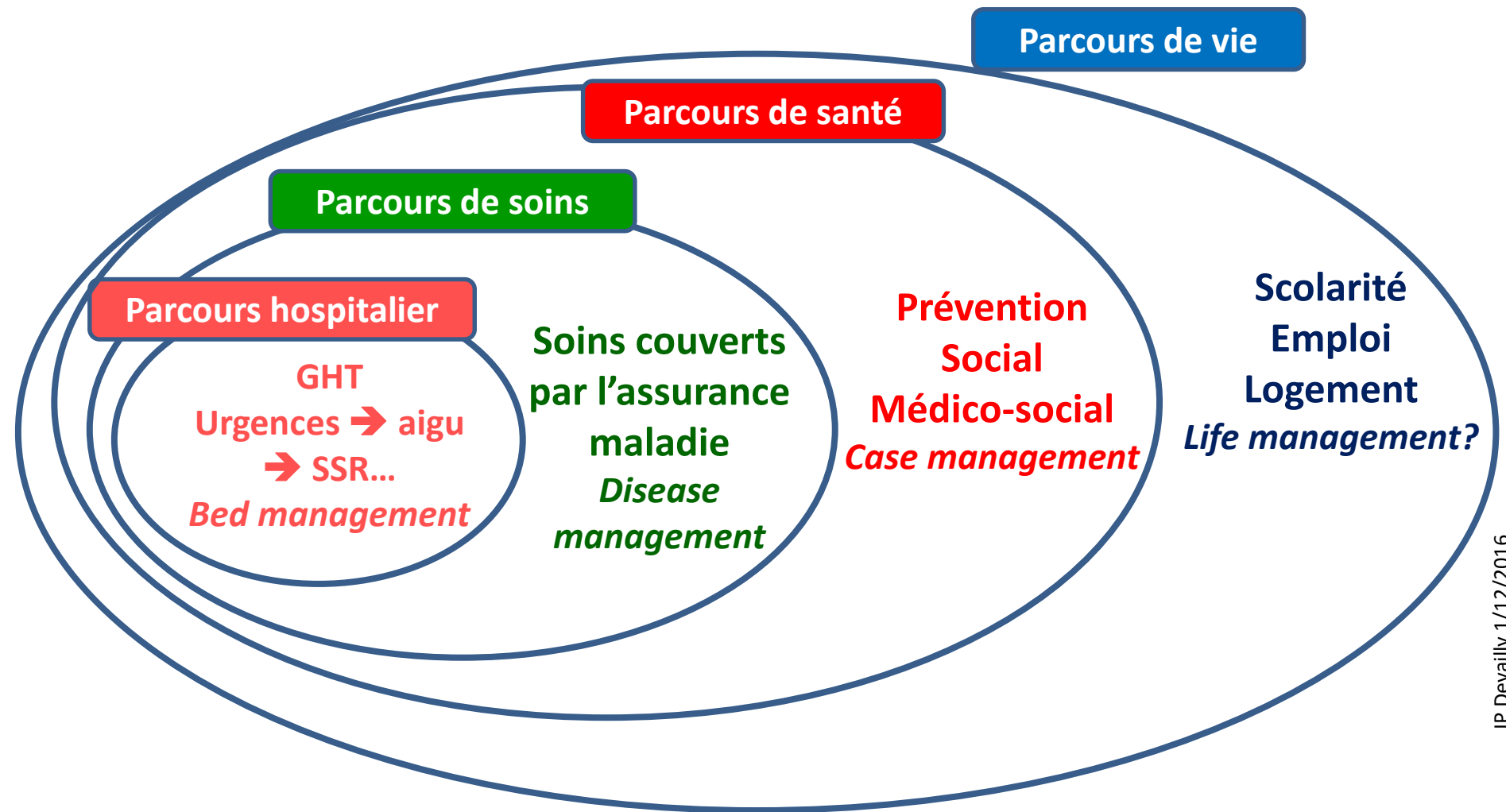
- Amélioration de l'état de santé / qualité des soins
 - Equité / Efficience
 - Proximité / Concentration
 - Maitrise des dépenses / Ressources financières limitées
- } Gradation

➔ Création de parcours de soins sans rupture entre la médecine de ville et l'hôpital

- Chirurgie / médecine avec une hospitalisation d'un maximum de 12 heures
- Soins de suite et de réadaptation assurés pour partie à domicile

Développement de l'approche « Parcours patient »

DGS DGOS DSS DGCS SGMAS CNSA CNAM CNAV MSA RSI CNP HAS ANESM ARS CDAPH...



Périmètre des soins ambulatoires : loi HPST, loi Touraine, rapport HCAAM, STSS...

- **Champ d'application du SROS étendu à l'offre de soins ambulatoire : ensemble des professionnels et des structures de ville, définissant :**
- **Les soins de premier recours, trois grandes fonctions :**
 - L'entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation, traitement.
 - Le suivi du patient et la coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social),
 - Le relais des politiques de santé: prévention, dépistage et éducation à la santé.
- **Les soins de second recours** sont les soins non couverts par l'offre de premier recours
→ **recours à des médecins spécialistes.**
- **Les professionnels du premier recours:** généralistes, les pharmaciens, les infirmiers, les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les sages-femmes, les pédicures-podologues, les orthoptistes, les psychomotriciens et les ergothérapeutes.
- **Le mode d'exercice** en ambulatoire est **libéral, salarié ou mixte** (libéraux majoritaires).
- **Caractère opposable** des mesures de répartition **géographique des professionnels.**

HCAAM : médecine spécialisée repositionnée en 1^{er} recours
quid de la médecine spécialisée dans les hôpitaux locaux?

Analyse du contexte MCO/ SSR: faire un état des lieux

- Avis sur les besoins de soins selon les cliniciens : recommandations des, Collèges Nationaux Professionnels, sociétés savantes...
- Rapports d'activité / services / établissements
- Projets d'établissement
- Projets médicaux
- Données de codage : PMSI, CCAM, CSARR, NGAP, ... Scan santé
- ViaTrajectoire
- ORFEE : Outil de représentation des flux entre établissements
- OVALIDE : Outil de VALIdation des Données des Etablissements de santé
- Tableaux de bord
- Référentiels de prise en charge (EBM, ...)

MAÎTRISER LES CONDITIONS DE DÉVELOPPEMENT EN MEDECINE AMBULATOIRE

1. **Cadre juridique**
2. **Constats et perspectives de développement de la
Médecine ambulatoire**

Alternatives à l'hospitalisation conventionnelle

Le patient se déplace

- HDJ
- TCA (traitements et cures ambulatoires)
- ACE (actes et consultations externes)
- Libéraux (médecins, rééducateurs, infirmiers,...)
- Accueil de jour

Soins et accompagnement se déplacent

- HAD
- Equipes mobiles coordination
- Equipes mobiles coordination + soins
- SSIAD
- SPASAD
- SAMSAH avec soins
- Libéraux visites à domicile

Rôle des plateformes territoriales d'appui à la coordination?

Cadre juridique de l'hospitalisation de jour

- **HDJ : une modalité parmi un ensemble de solutions de prises en charge**
 - Alternative à l'hospitalisation complète : hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation ou prises en charge en psychiatrie.
 - Moyen de suivi spécialisé, coordonné ou pluridisciplinaire de patients atteints de pathologies lourdes, complexes ou multiples avec consultations et actes nécessitant la mobilisation de plateaux techniques, d'avis spécialisés et un temps d'exécution, de réflexion et de coordination.
- **Modalités d'organisation des structures d'HDJ de médecine : articles D. 6124-301 et suivants du code de la santé publique.**
- **Unité de lieu et de temps : moins de 12 heures, pas de nuitée**
- **Structures identifiables avec :**
 - Une organisation spécifique
 - Des moyens dédiés en locaux et en matériel
 - Une équipe médicale et paramédical : fonctions et les tâches définies par la charte de fonctionnement, tous les membres sont formés à la prise en charge d'hospitalisation de jour.

Cadre juridique de l'hospitalisation de jour

- Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant les techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation
- Article 79 de la loi de financement de la sécurité sociale 2017
- Décret n° 2017-247 du 27 février 2017 relatif à l'adaptation des règles de financement des établissements de santé
- Arrêté du 27 février 2017 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile
- Arrêté du 13 mars 2017 fixant pour l'année 2017 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale
- Arrêté du 2 mai 2017 pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et modifiant l'arrêté du 2 mars 2005 modifié fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation
- Réécriture de la circulaire frontière et de l'arrêté prestation: nouvelle version en attente ...

Constats et perspectives

Constats et perspectives de développement de la médecine ambulatoire

■ Constats

- Activité moins structurée que la chirurgie ambulatoire
- Situations très différentes selon les établissements: séjours sans nuitées en hospitalisation conventionnelle, flux ambulatoires mélangés dans le flux conventionnel
- Difficultés à mettre en place des plateformes de médecine ambulatoire multi- spécialités
- Pratiques et engagement des acteurs variables

■ Des perspectives de développement

- Défi ou virage ambulatoire
- Des réflexions engagées (cf rapport IGF-IGAS)

Organisation des activités de médecine ambulatoire et GHT

- **Repenser l'organisation en mettant en place des plateformes de médecine ambulatoire communes à plusieurs spécialités pour :**
 - Organiser un recours coordonné aux plateaux techniques
 - Parvenir à programmer des successions d'actes dans plusieurs mini –plateaux
 - Améliorer la programmation des rendez- vous
 - Développer la fonction de coordinateurs de soins ambulatoires

- **Efficiences médico-économiques pour :**
 - L'assurance maladie : diminution des coûts de l'hospitalisation conventionnelle
 - Dissocier : soins, hébergement, perte d'autonomie temporaire ou définitive
 - Les établissements :
 - Économie d'échelle par amélioration de la gestion des flux de patients liée à la définition des prises en charge éligibles à l'HDJ selon l'instruction frontière + meilleurs délais de prise en charge // améliorer les recettes
 - Offre de soins pour cas complexes, porte d'entrée pour l'hospitalisation conventionnelle

Problématique des distances et des modes de transports

Organisation des activités de médecine ambulatoire : enjeux pour les patients

- Proposer une alternative à l'hospitalisation conventionnelle à travers un parcours de soins structuré
- Développer des actions d'éducation thérapeutique
- Assurer une coordination du parcours au long cours en amont et en aval et ainsi éviter les ruptures
- Eviter la redondance des examens
- Faire face aux différences de temporalité, de culture, d'enjeux financiers et de pouvoir entre toutes les catégories d'acteurs
- Anticiper et s'interroger sur qui décide et qui finance par exemple les services d'accompagnement au domicile,...

Médecine ambulatoire : objectifs

- **Développer des prises en charge de médecine de bilan :**
 - Bilan en gériatrie : bilan de chutes, bilan de dénutrition, bilan de démence, bilan d'une hypertension sévère avec comorbidités, bilan de diabète décompensé , bilan d'obésité,...
- **Développer des actions thérapeutiques itératives:**
 - Prise en charge d'une plaie vasculaire importante , ...
- **Apporter des soins, un diagnostic complet et rapide pour débiter une prise en charge efficiente:** le suivi et les parcours de soins protocolisés permettent d'éviter les complications ou de les prendre en charge sans délai
- **Organiser un parcours fluide:** planification, programmation et coordination avec les autres prestataires ou plateaux médicaux techniques mise à disposition → raccourcir la période d'hospitalisation au juste besoin du patient

HC / HDJ / Prestations intermédiaires / Consultations – Hôpital / Ville

Développement de la médecine ambulatoire : des conditions

- **Mise en place d'outils performants de communication et de coopération avec les partenaires de ville : DMP, accès aux examens de laboratoire ville/hôpital, messageries sécurisées, ...**
- **Coordination du parcours des soins = le médecin traitant / quid des spécialistes?
Pour quels patients?**
 - Premier recours dans le suivi des patients et dans l'organisation du second recours
 - Suivi au long cours des patients: coordination et synthèse => éviter le recours aux hospitalisations inutiles , faciliter le retour à domicile des patients post hospitalisation
 - Actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé dès le plus jeune âge.
- **Nouvelles formes de coordination en lien avec les hôpitaux locaux**
 - Coordinations professionnelles territoriales de santé (CPTS)
 - Plateformes territoriales d'appui (PTA)

➔ pas de véritable clarification des rôles et missions confiées en fonction des interventions.

Développement de la médecine ambulatoire : des conditions

- **Modèle économique soutenant le virage ambulatoire :**
 - **Équilibre financier des hôpitaux // financement des soins réalisés « en ville »**
 - Financement sanitaire : IDE
 - Financement médico social : SSIAD
 - **Pilotage**
 - CLIC, MAIA, équipes mobiles, PRADO...
 - Nouvelles formes de coordination : CPTS ,PTA ,« coordinateur de cas »...
 - **Rémunération de la coordination + gestion des cas complexes**
 - Majoration de Coordination Spécialiste : Consultation du patient orienté par le médecin traitant pour des soins itératifs avec retour d'information au médecin traitant (MCS)
 - Majoration Forfaitaire Transitoire (Majoration Provisoire Clinicien). Lorsque le médecin spécialiste est amené à réaliser une consultation auprès d'un patient (MPC)
 - ...
 - **Augmentation éventuelle des « restes à charge » pour le patient., charge des familles et / ou des aidants .**

➔ **Mieux structurer les parcours autour du patient et
renforcer les possibilités d'intervention à domicile**

Médecine ambulatoire: définir le périmètre de l'activité

■ Pour un hôpital de jour de médecine :

- Prises en charge médicales, quelle que soit la spécialité en fonction des ressources du site: gastro-entérologie, médecine interne, urologie, rhumatologie, néphrologie , dermatologie générale, infectiologie, radiologie interventionnelle, explorations fonctionnelles, bilan pré chirurgie bariatrique
- Pas de nécessité de bloc opératoire /SSPI.
- Incluant ou non la cancérologie

■ Tenir compte :

- De l'instruction frontière
- De la disponibilité des ressources sur le site, du personnel médical et non médical
- Du coût pour l'établissement

Médecine ambulatoire: dimensionner une unité d'HDJ

- **Réaliser un état des lieux de l'activité des 2 ou 3 années précédentes**
 - Places, prises en charge (type de patients et durées de passage)
 - Identifier les séjours forains (en HC et en HDS)
- **Prise en compte des projets médicaux d'établissement, de service**
- **Analyser les admissions aux urgences qui seraient éligibles à une hospitalisation dans l'HDJ**
- **Identifier les perspectives de développement par rapport aux projets médicaux et aux territoires de santé**

Médecine ambulatoire: dimensionner une unité

- **Regrouper les activités en fonction du projet médical, des contraintes architecturales, des possibilités des plateaux techniques et choisir parmi les différents modèles l'organisation la mieux adaptée :**
 - HDJ mono ou pluridisciplinaire
 - Unité de médecine ambulatoire

- **Définir les jours, horaires d'ouverture**

- **Définir les besoins en nombre de places**
 - Pour des bilans diagnostiques
 - Pour des traitements.

Médecine ambulatoire : des obstacles et des facilitateurs

- **Formation médicale et paramédicale**
 - En CHU mais la plupart exercera en dehors des centres hospitaliers
- **Poids des habitudes :**
 - Habitudes médicales./.. déplacement, bureau, PNM non dédié
- **Insécurité financière**
 - Tarification des HDJ
 - Remboursement des transports
- **Impact des nouvelles technologies** : télémédecine, télésurveillance
 - Établir un lien à distance entre patients et médecins
- **Impact des nouveaux médicaments permettant des soins au domicile**
(chimiothérapie *per os*...)
- **Dissocier hôpital et hébergement hospitalier**
 - Place des hôtels hospitaliers



Médecine ambulatoire : des conditions de réussite ...

■ Repenser le circuit du patient et l'organisation de la prise en charge

Logique de spécialité médicale

- Limitation des déplacements des médecins
- Développement d'une compétence spécialisée chez les personnels
- Complexité du parcours du patient connue de la spécialité
- Risque de dispersion de moyens humains, HC/HDJ
- Nécessité de masse critique

Logique de typologie de prise en charge

- Organisation ambulatoire spécifique
- Polyvalence
- Types de prises en charge bien identifiés
 - bilan / traitement
 - simple /complexe
- Economie d'échelle attendue
- Gestion des moyens humains

■ Au total pour le GHT, rendre en compte les prérequis et facteurs clés de succès de la chirurgie ambulatoire pour :

- Améliorer la lisibilité de l'offre de soins et favoriser la fluidité du parcours du patient
- Améliorer la qualité de la prise en charge et optimiser la gestion des ressources

Médecine ambulatoire : évolution du rôle des soignants

■ Importance du management des unités de médecine ambulatoire multidisciplinaire

- Accompagner les évolutions: expertise en gestion des flux et de professionnels, de matériels et d'information
- Disposer de personnel compétent dans l'organisation de la planification, de la programmation et du suivi des prises en charge.
- Organiser une prise en charge multidisciplinaire en des temps réduits
- Dilemme polyvalence /spécialisation : accompagner par la formation
- Accompagner le public accueilli : avant / pendant / après
- Contribuer à la définition du parcours de soins en lien avec la ville : connaissance précise des soins de ville, de l'HAD, du service de soins infirmiers à domicile, du programme d'accompagnement au retour à domicile (Prado),...
 - Chemin clinique : programme organisé dans un établissement, un GHT, un réseau
 - Parcours : trajectoire du patient entre les acteurs et les structures indépendantes

Médecine ambulatoire : quelques exemples de bilans

- **Bilans mémoire** qui comportent un bilan neuropsychique, un bilan kinésithérapique, un bilan social et un avis neurologique
- **Bilans fragilité** avec bilan social, bilan kinésithérapique, neuropsychologue, diététicienne, ergothérapeute, gériatre
- **Bilans obésité** avec prise en charge diététique, psychologique, activité physique, bilan endocrinologique et avis bariatique
- **Bilans de plaie chronique** avec bilan vasculaire complet, diététicienne, ergothérapeute, dermatologue, angiologue, chirurgien plasticien, infirmière spécialisée etc.
- **Bilan handicap lourd neuro orthopédique, neuropsychologique**

➔ Chacun de ces bilans donne droit à une cotation GHS particulière. L'intégralité du respect du déroulement de la procédure est indispensable et à démontrer en cas de contrôle par les organismes de sécurité sociale.

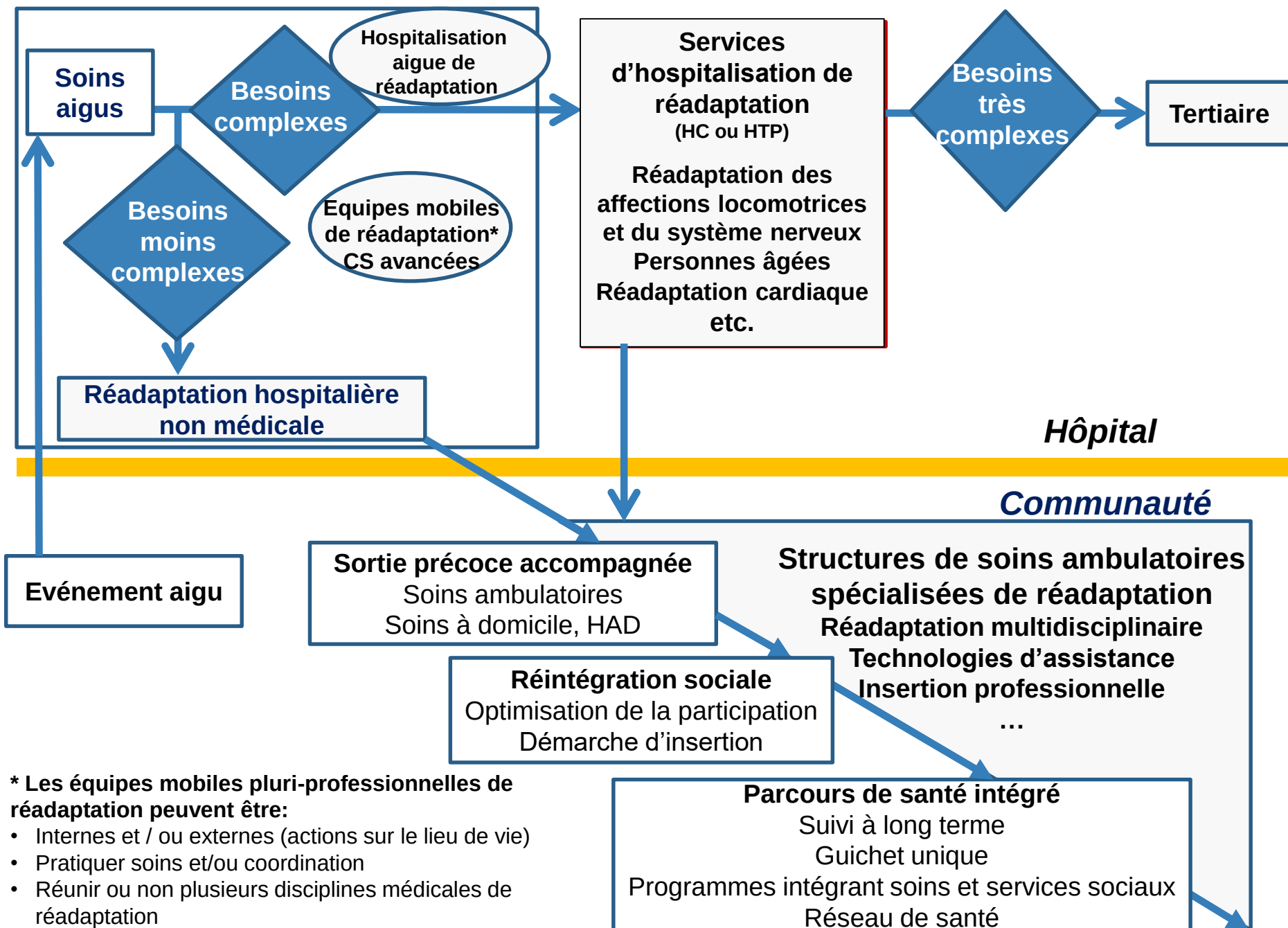
Médecine ambulatoire : quelques exemples de prises en charge

- **Diabète et de ses complications:** réunion dans un lieu unique toutes les spécialités médicales (diabétologie, ophtalmologie, cardiologie, néphrologie, urologie, orthopédie, podologie, diététique...) impliquées dans la prise en charge du diabète
- **Hôpital de jour gériatrique:** unité diagnostique (évaluation gérontologique, consultation « Vieillir avec succès », consultation « d'aide aux aidants ») et thérapeutique pour une prise en charge en ambulatoire.
- **Médecine interne et infectieuse, d'oncologie, de pneumologie, de gériatrie et d'hépto-gastro-entérologie.**
- **HDJ chimiothérapies et soins de support pour toutes les spécialités d'oncologie // impact des chimiothérapies orales**
- **Prise en charge de la spasticité ... exemple d'insécurité financière!**
- **Place de la télémédecine**

II- MAÎTRISER LES CONDITIONS DE DÉVELOPPEMENT DE L'HDJ EN SSR

- 1. Contexte réglementaire des SSR**
- 2. Constats et perspectives de développement de l'HDJ SSR**

Une stratégie intégrée, stratifiée et coordonnée de réadaptation



Territorialisation de la santé et place centrale du SSR dans les parcours de soins : la révolution territoriale?

■ Logique hospitalo-centrée contrôlant un parcours linéaire

- Urgences → MCO → SSR (« second aval »?) → Aval

versus configuration centrée sur les soins primaires et gradation des soins (HPST, MNSS, STTS) avec virage ambulatoire et repositionnement des hôpitaux de proximité

- Soins primaires, secondaires, tertiaires

articulant les grandes fonctions des système de soins (OMS, ICHA).

- Promotion de la santé, prévention, soins curatifs, réadaptation, soins palliatifs, soutien social

■ Le droit des autorisations SSR est devenu inadapté.

- La spécification des SSR est inachevée (rapport de la Cours des Comptes 2012). Les autorisations et le financement devraient être fondées sur les processus clé des SSR: amélioration du statut fonctionnel, soins de transition, soins médico-techniques importants, soins prolongés

« Verticalisation » des GHT : conception des filières en fonction des besoins de l'amont

Contexte réglementaire des SSR

- L'article L.711-2 de la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 définit les missions de soins de courte durée, de soins de longue durée et identifie « *des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion.* »

→ Elle institue aussi véritablement l'HTTP

- Secteur très hétérogène au regard des soins post-aigus d'autres pays.
 - Plus de 80 disciplines d'équipement : centres de rééducation fonctionnelle, maisons de convalescence, de cure, etc. Diversité des typologies d'établissements
- Le décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 abolit la distinction entre l'activité de soins de suite et l'activité de rééducation et réadaptation fonctionnelles.

→ Une seule activité de “soins de suite et de réadaptation”

- Une “autorisation” générique “polyvalente” a été attribuée à tous les SSR, tandis que certains ont pu obtenir une mention pour la prise en charge des enfants et/ou des adolescents, à titre exclusif ou non, et des “mentions spécialisées”.

Contexte réglementaire des SSR

- Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation Conditions techniques
- Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation Conditions d'implantation
- CIRCULAIRE N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation et les annexes sur les différentes activités SSR spécialisées, les coordinations SSR.
- Tableau comparatif des fiches de spécialités (annexes de la circulaire)
 - Des compétences obligatoires ou recommandées mais pas de ratios opposables
 - Le texte est libellé ainsi: *"La structure autorisée doit être capable de prendre en charge des patients pouvant nécessiter" :*
 - au moins 2 heures en locomoteur, système nerveux, respiratoire, et brûlés,
 - moins de 2 heures: personne âgée,
 - au moins 3 heures en cardio-vasculaire, digestif métabolique et endocrinien,
 - au moins 5 heures en addictologie.

Cadre juridique et spécificités organisationnelles de l'HDJ en SSR : les éléments notables

- **Locaux et matériel dédiés au sein d'unités individualisées**
- **Optimisation des horaires d'ouverture : durée des prises en charge fixée à 12h maximum, mais possibilité d'ouverture sur une durée plus longue(D.6124-301-1 CSP)**
- **Equipe :**
 - Possibilité de coordination des équipes médicales et paramédicales exerçant en HC et en HTP sur un même site (D.6124-301-1 al. 4 à 6 et D.6124-303 CSP)
 - Souplesse dans la gestion du personnel : (D.6124-303 CSP)
 - Présence minimale requise pendant la durée des prises en charge (et non plus obligatoirement durant toutes les heures d'ouverture)
 - Présence permanente minimale d'un médecin et d'un infirmier ou d'un masseur- kinésithérapeute pour les SSR
 - Suppression de l'obligation de disposer systématiquement d'une réanimation pour les établissements de santé assurant la continuité des soins par convention (D.6124-304 al. 2 CSP)
- **Amélioration de la continuité de soins :** le bulletin de sortie devra mentionner les coordonnées des personnels de l'établissement de santé assurant la continuité des soins.
- **Renforcement de la lutte contre la douleur :** doit expressément figurer au protocole de soins (D. 6124-302 CSP) et au bulletin de sortie (D. 6124-304 CSP).

Constats et perspectives

Constats : hétérogénéité de l'activité d'HDJ SSR

■ HDJ polyvalente: très hétérogène

- Hôpitaux de proximité, HDJ souvent adossée à de l'aigu, orientation souvent gériatrique, même sans l'autorisation correspondante par l'ARS
- Fonction de proximité territoriale pour tous les établissements dans une orientation graduée (public, ESPIC, PL)
- Fonction de fluidité pour des soins continus et / ou de transition dans les hôpitaux et futurs GHT: lourdeur et / ou complexité des patients +++, pour des patients ne relevant ni des SSR spécialisés ni des SSR personnes âgées : les « ni-ni »

■ HDJ spécialisée

- Niveaux de recours ou de référence dans une organisation graduée
- Autorisation: mention spécialisée comme en HC, adossée ou non à une autorisation de même nature en HC
- Technicité: compétences, effectifs, locaux et équipements
- Organisation *ad hoc*: médecin coordinateur, encadrement dédié, secrétariat de liaison, système d'information

■ Attentions aux incertitudes du modèle économique: future DMA, PTS, MO...

Enjeux en termes de qualité des soins et de sécurité de prises en charge

- **Permettre un accès égal aux soins**
- **Améliorer la qualité de vie du patient restant dans son environnement social et familial**
- **Réduire les coûts de l'hospitalisation, définir la performance: pertinence, efficacité et efficience.**
 - Définir des groupes homogènes de patients, de prise en charge et de coûts.
 - Disposer de critères d'orientation pertinents en SSR ou alternatives
 - Exemples étrangers : AVC au Canada (Ontario), *Inpatient Rehabilitation Facilities* (USA) - AN-SNAP (Australie)
- **Volonté de fluidifier les parcours de soins et les filières pour l'ensemble des patients**
 - Intégrer l'offre de soins, l'évolution des savoirs et des techniques entre établissements de soins, ville et secteur médico-social
- **Développer un système d'information intégré : outil de recueil des caractéristiques des patients et de l'activité, dossiers partagés.**

«Pas d'outil d'évaluation du statut fonctionnel:
limitations fonctionnelles // restrictions d'activité

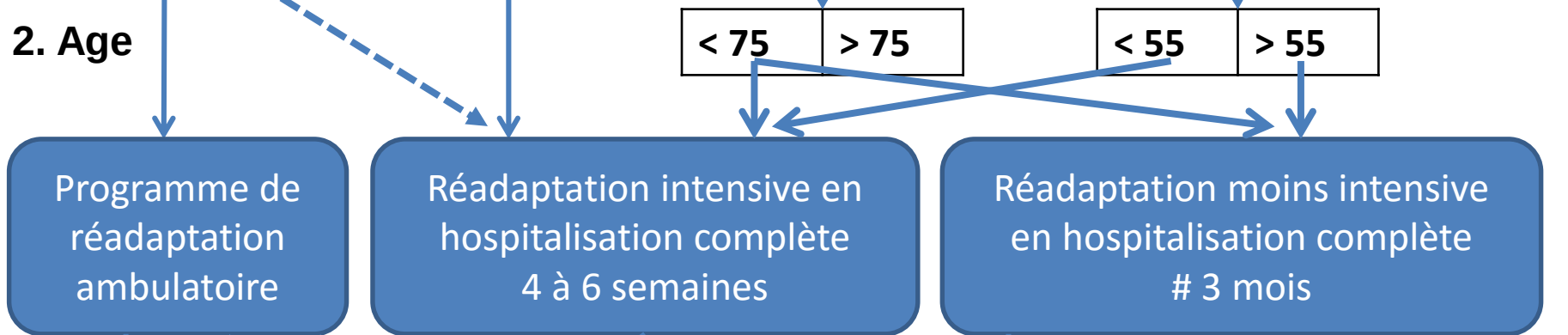
Structurer le parcours du patient sur des critères d'orientation robustes

Exemple des patients après AVC au Canada

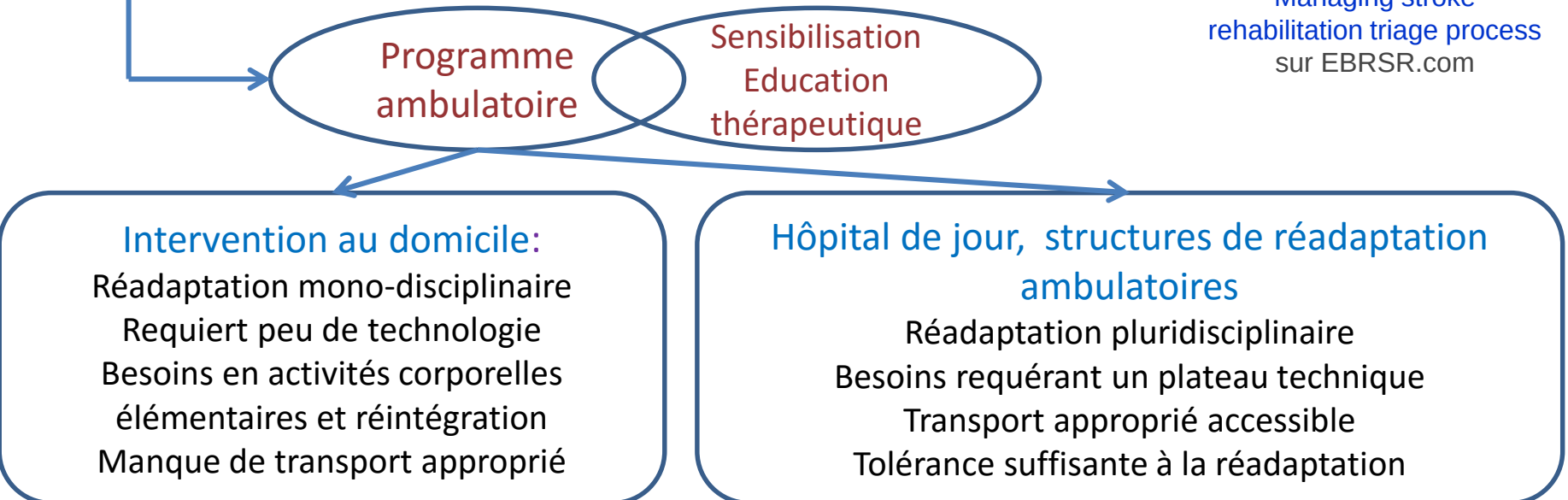
1. Sévérité initiale



2. Age



*Adapté de
Managing stroke
rehabilitation triage process
sur EBRSR.com*



Enjeux médico-économiques

- **Optimisation du codage: risque économique et financier**
- **Codage des activités de rééducation / réadaptation Formation?**
 - Proportion de professionnels qualifiés plus importante qu'en SSR conventionnel
 - Politique et budgets de remplacement permettant une présence adaptée de professionnels au quotidien
 - Codage diagnostic, étiologie, dépendance
 - Confusion dans le codage
 - Actes de rééducation
 - Aide pour pallier la perte d'autonomie
 - Soins de confort
- **Problème des actes frontières (en cours de discussion)**
- **Pas de charges inhérentes à l'hébergement** : ni forfait journalier, ni chambre particulière
- **Souvent pas de pharmacie ni de délivrance des traitements**
- **Examens et analyses: ceux réalisés pendant les temps de prises en charge**

Enjeux stratégiques

- **Conforter les autorisations d'activité et la place de la structure dans l'offre de soins**
 - Etre un acteur sanitaire essentiel du territoire, gagner des parts de marché, lutter contre les fuites hors du territoire: visibilité et attractivité pour la population et les adresseurs
 - SSR avec filière entre HC et HDJ en tenant compte des autres alternatives
 - Plateau technique SSR partagé: notion de pôle de ressources SSR / de réadaptation
 - Intérêt de l'HDJ de regrouper des activités de diverses mentions spécialisées d'autorisations spécifiques? (Complémentarité PEC, ressources humaines, plateaux techniques; exemple: cardio-vasculaire respiratoire ou métabolique, neuro-locomoteur)
 - Attractivité de l'exercice en structures
 - Groupes de travail : « Prospective des SSR à 10 ans » (DGOS 2018); réforme des autorisations SSR

- **Travailler en réseau avec les partenaires extérieurs**
 - Rechercher des collaborations pour tout projet: Santé Service, Équipe Mobile-SSR,public / privé
 - Établir de nouvelles conventions de partenariat avec des établissements sanitaires et médicaux-sociaux du territoire
 - Communication à destination des partenaires professionnels et associations
 - Pénurie de professionnels de santé

Enjeux organisationnels et risques

- **Faire du patient un acteur de sa prise en charge c'est lui permettre de mieux s'orienter dans des parcours de plus en plus complexes (STSS)**
 - Développement de l'ETP : ouverture des programmes vers la ville
 - Pas de CARF façon USA, jungle d'orientation → « une carte, une boussole et parfois un coach! » (C. Saout)
- **Coordonner et sécuriser les parcours patients : veiller à l'égalité et l'accessibilité à des soins gradés, à l'accès égal au juste soin au juste coût**
 - Proposer une prise en charge globale, coordonnée et humaine → programmes de soins affichés
 - Projet personnalisé de soins pour chaque patient → chemin clinique simple / personnalisé/ complexe
 - Parcours patient selon son problème de santé (ex: addictologie, plaies et cicatrisation, infections ostéo-articulaires, ...) → approche transversale des besoins et pas seulement qq priorités de santé publique
- **Assurer la continuité des soins par des équipes pluri-professionnelles (PM, PNM)**
 - Ressources humaines appropriées pour garantir aux patients un parcours de soins cohérent
 - Synchroniser aux mieux les temps auprès des patients
 - Assurer la continuité des soins avec notamment l'exercice partagé ville / hôpital, le partage des plateaux techniques, l'exercice libéral à l'hôpital. → pas seulement de nouveaux outils de coordination. Paiements incitatifs à la coopération > incitatifs à travailler en silos!
 - Continuité des soins par la continuité des intervenants

Les compétences médicales et paramédicales nécessaires

■ Compétences dédiées ou mutualisées

- Pas de ratios opposables
- Tenir compte des masses critiques en termes de places:
 - Exemple: 30 places pour une HDJ isolée, et 10 pour une HDJ adossée à une HC de SSR?
- 10 places: situation différente de 40
- Différent si HDJ isolée ou rattachée à une unité HC
- Attention à pouvoir assurer des prestations répondant aux futures instructions frontières +++
 - Nombres d'actes, intervenants, temps, nombre de patients pris en collectif, penser à l'impact sur le PMSI-SSR, plateau technique

Enjeux organisationnels : identifier des programmes de prises en charge précis

- Définir des profils homogènes de patients par exemple à partir des groupes décrits dans les parcours de la SOFMER
- Disposer de parcours patient pré-établi à partir de groupes homogènes de patients et des chemins cliniques, suivi par des indicateurs spécifiques (venues, file active, GME, actes...)
- Construire des programmes :
 - Par pathologies, mais pas seulement +++
 - Par potentiel de réadaptation: regroupement de pathologies comme les lésions cérébrales acquises (LCA), lésions médullaires de multiples étiologies etc.
 - Par fonctions et activités prises en charge (CIF): profils fonctionnels,
 - Répartition des activités entre MK et EAPA,
 - Quels patients peuvent travailler en collectif en MK? Ergothérapie? EAPA?

Définir le cadre de l'activité d'HDJ SSR

■ Modes de recrutement des patients:

■ Médecin hospitalier, libéral, médico-social, spécialiste ou généraliste

■ Au décours d'une hospitalisation complète

- Dans un service de SSR (MPR, réadaptation cardiaque, gériatrie, polyvalent...). Orientation thérapeutique: spasticité, appareillage, troubles de déglutition, accès à des techniques de soins, de traitement ou de rééducation plus ou moins spécifiques
- Dans un service de MCO, ViaTrajectoire, EM de réadaptation

■ A la suite d'une CS sans hospitalisation

- Pour bilan /évaluation ou un avis spécialisé, évaluation sociale et/ou socio-professionnelle
- Ou thérapies de rééducation itératives (répétées sur une période brève pour des objectifs définis).

■ En mode combiné alternant l'HTP et une autre prise en charge, HAD, prise en charge libérale

Définir le cadre de l'activité d'HDJ SSR

- **Mise en place de modalités de soins et d'adaptation fonctionnelle au domicile pour permettre:**
 - Optimiser certains retours au domicile (*ESD*)
 - Constituer une alternative à l'hospitalisation complète
 - Diminuer les durées de séjour
 - Assurer un suivi et une thérapeutique médicale associée
 - Réinduction après régression fonctionnelle à domicile pour maintenir et retrouver les acquis (neurologie, handicap et vieillissement)

Définir le cadre de l'activité d'HDJ SSR

Diversité des soins

- Prise en charge conventionnelle itérative
- Cycles ou ateliers spécifiques
- Soins collectifs et/ou soins individuels
- Mises en situation écologiques et visites à domicile
- Bilans et actes à visée diagnostique, spécialisés et/ou multidisciplinaires
- Actes à visée thérapeutique
- Prévention et éducation thérapeutique ou en santé

Diversité des rythmes

- Venues régulières sous forme de séquences itératives / séjour à une seule venue
- Modulation de fréquence des venues dans le cadre des séjours itératifs avec un rythme quotidien ou fractionné (le plus souvent 2 à 5 venues par semaines)
- Amplitude du planning quotidien de soins sur toute la journée ou concentré sur une partie de journée (le plus souvent le matin ou l'après-midi)
- Ateliers ou cycles de prises en charge spécifiques (exemple : ateliers de réadaptation fonctionnelle du rachis)

Conclusion : HDJ et facteurs de réussite

- Partager des enjeux et des objectifs
- Pas de parcours de soins coordonné sans coopération avec les médecins de ville et les spécialistes
- Identifier les freins
- Conduire le projet avec tous les acteurs: sanitaires, médicaux sociaux, ville
- Rédiger une charte de fonctionnement
- Elaborer des référentiels de prises en charge
- Décrire des parcours patients
- Disposer d'outils de planification des soins / agendas partagés
- Renseigner
 - Des tableaux de bord d'activité et de dysfonctionnements
 - Des indicateurs qualité
- Bénéficier de l'expertise d'un médecin coordonnateur et d'un médecin DIM référent

Ambulatoire et facteurs de réussite

- **Faire vivre la complémentarité ville / hôpital**
 - Garantir la continuité de la prise en charge des patients,
 - Contribuer à l'efficience globale du système de santé.
- **Mettre en place des parcours de soins coordonnés centrés sur les besoins du patient**  **organisation, processus cliniques et financements intégrés**
- **Coopérer avec les médecins, les médecins spécialistes et les paramédicaux de ville**
- **Partager les informations**
- **Informers les patients afin qu'ils soient parties prenantes**

Merci pour votre attention

SEMINAIRE

REUSSIR LE VIRAGE AMBULATOIRE

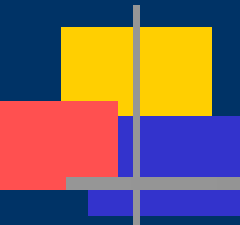


SAINT LEU
29 octobre 2018

ANFH
Océan
Indien



Maîtriser les conditions de développement d'une activité de Chirurgie ambulatoire



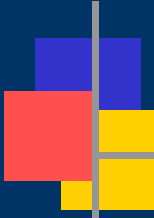
Lundi 29 octobre 2018

ANFH Océan Indien

Professeur Corinne VONS

Chirurgien digestif

Professeur à la faculté de Paris XIII



Introduction

- Chirurgie en ambulatoire : pas facile : pas juste inscrire un patient au bloc opératoire et décider qu'il sortira le jour même
 - IL est plus difficile d'autoriser la sortie d'un patient que de le garder hospitalisé
 - Les bénéfices sont bien montrés pour les patients
- Pour maîtriser les conditions de développement de la chirurgie ambulatoire des compétences sont nécessaires pour les professionnels de soins et des directions



Définition internationale Day surgery:

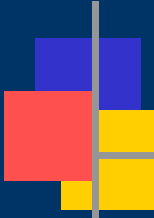


- Day = **working day (no overnight stay)** (IAAS en 2003)
= « ambulatory surgery »,
= « same-day surgery »,
= « day-only ».

12 Heures

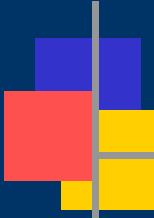


« extended day », « 23 hours », « overnight stay »,
« single night », « short stay ».



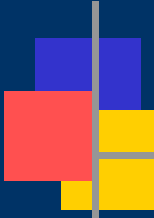
Conditions de réussite

1. Un projet et une volonté de l'établissement
2. Capacités médicales et paramédicales
3. Nouvelles organisations
4. Formation de tous les acteurs
5. Investissement



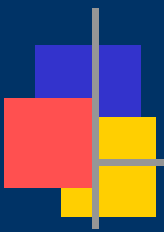
Un projet et une volonté de l'établissement

- Rien ne peut se faire si la chirurgie ambulatoire ne fait pas partie de ses projets prioritaires de l'établissement
- La CME et la direction doivent s'impliquer et définir des stratégies communes
- Sont concernés tous les services de chirurgie, le département d'anesthésie réanimation, le bloc opératoire et l'UCA (et bientôt la radiologie et l'endoscopie interventionnelles)



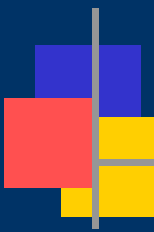
Conditions de réussite

1. Un projet et une volonté de l'établissement
2. Capacités médicales et paramédicales
3. Nouvelles organisations
4. Formation de tous les acteurs
5. Investissement



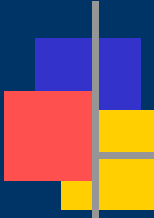
Introduction

- Rentrer et sortir le même jour de son opération :
prouesse : Fini le haricot pour vomir, l'abrutissement
le soir de l'opération, la perfusion, la dépendance
- Ces suites opératoires ne sont pas inéluctables; elles
sont souvent la conséquence de produits administrés
par les médecins



Capacités médicales et paramédicales

- **Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC)**
- Gestion des risques postopératoires et continuité des soins
- Information Education Expérience patient

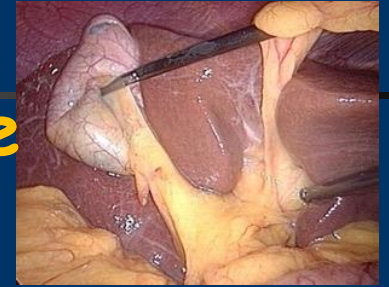


Lutter contre ce qui empêcherait un patient de sortir le jour même : Causes des « conversions » (admission la nuit)

1. Réveil incomplet
Pas de prémédication avec des
Bensodiazépines Epargne morphinique
2. Douleurs post opératoires++++
Prémédiquer avec du paracétamol
Instiller et infiltrer à l'aide d'anesthésiques à
résorption lente
3. Nausées et vomissements post opératoires
Pratiquer le jeûne moderne: inciter à la prise de
liquides jusqu'à 2 heures avant l'intervention
Utiliser dexaméthazone et droleptan
Eviter la morphine
4. Incompréhension, incapacité à se prendre en charge, « Stress »,
- Information, éducation évaluation de l'anxiété



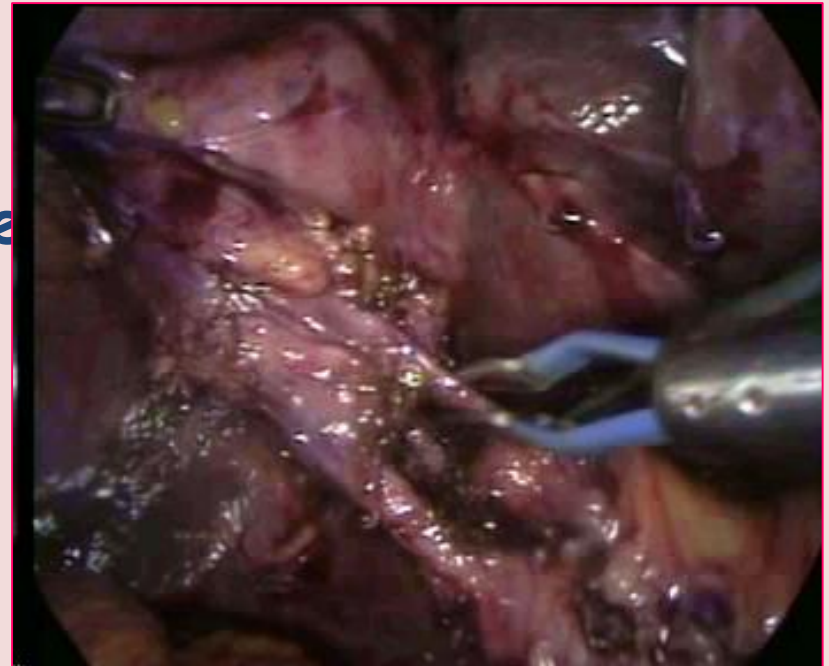
Réhabilitation Améliorée en ambulatoire

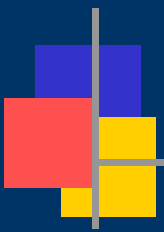


Cholécystectomie par laparoscopie

Pas de particularité technique

- 1- triangle de Calot bien identifié
- 2- artère et canal cystique identifiés et sectionnés séparément
- 3- lit vésiculaire sec
- 4- pas d'écoulement biliaire





Réhabilitation Améliorée après cholécystectomie

Eviter les causes des « conversions » (admission la nuit)

Réveil incomplet 50 %

Pas de prémédication

Eviter d'avoir besoin de morphine en SSPI

Douleur résiduelle

Commencer les antalgiques dès le début de l'intervention

PNP à 9 mm

Utiliser l'analgésie régionale

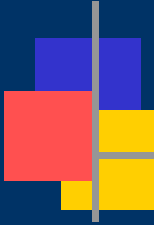
Nausées 15 %

Commencer les anti émétiques dès le début de l'intervention

Ajouter de la dexaméthasone au droplentan

Adopter le jeune moderne

Intervention programmée assez tôt, finir avant 15 heures



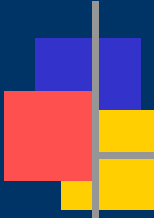
Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie

Thyroïdectomie partielle ou totale
en ambulatoire

Pas de particularité technique

- Hémostase à la pince bipolaire
- Pas de drainage
- Fermeture cutanée
progressivement simplifiée
(fil > colle)
- Examen histologique extemporané





Réhabilitation améliorée après résection thyroïdienne partielle

Eviter les « conversions » (admission la nuit) (13,7%)

– Nausées : 33 %

Commencer les anti émétiques
dès le début de l'intervention
Adopter le jeune moderne

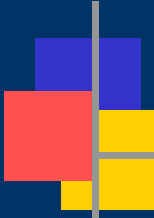
– Vertiges, malaise : anx Information ++++

Ajouter de la dexaméthasone
au Droleptan

– Douleur : 0 Infiltrer la sous peau

– Surveillance de moins de 6 heures: 11 %

Finir avant 14 heures

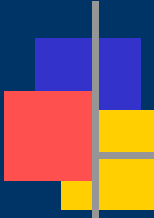


Capacités médicales et paramédicales

- **Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC)**

- **Gestion des risques postopératoires et continuité des soins**

- **Information Education Expérience patient**



Gestion des risques postopératoires et continuité des soins (1)

1. Classiquement inexistante

- Principe de précaution (reconnaissance d'un doute)
- Hébergement postopératoire à l'hôpital
- Pour: identifier et traiter « au cas où » une complication postopératoire
- Maintien à l'hôpital de tous les patients tant que les risques de complications persistent

n Exemple: appendicectomie: 5 jours

Gestion des risques postopératoires et continuité des soins (2)

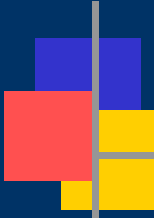
Lesquels? exemple: complications chirurgicales

1. Connaître, après l'avoir évaluée, la probabilité de leur survenue
2. Connaître, après l'avoir évaluée, la gravité potentielle leur survenue
3. Connaître, après les avoir évalués, les facteurs de risque de leur survenue, avant l'intervention
4. Connaître, et après l'avoir évalué, le délai de leur survenue
5. Connaître, après les avoir évalués, les facteurs favorisant leur survenue après l'intervention



1- Objectif: Prévention autant que possible de la complication et surtout en faire le diagnostic et traitement

2- Moyens: Barrières de sécurité sur l'itinéraire du patient



1 - 7 Barrières de sécurité non spécifiques en chirurgie ambulatoire

1. Vérifications des critères d'éligibilité (selon acte, patient) Check list
2. Appel de la veille Check list
3. Check listes au bloc opératoire Check list
4. Calcul du Score d'Aldrete : sortie de SSPI Check list
5. Calcul du Score de Chung: Sortie de l'UCAA Check list
6. Numéros de téléphone du chirurgien et de l'anesthésiste de garde Check list
7. Appel du lendemain Check list

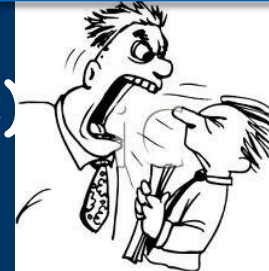
8ème Barrière de sécurité: Le patient informé, éduqué

Information répétée (au moins 3 fois)

Orale,
Ecrire,



Au mieux visuelle : **vidéo**: tablette; internet



Lors d'une **consultation infirmière preop**

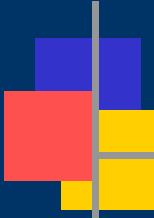


Informations détaillées sur l'intervention, l'anesthésie

- Modalités, risques
- Symptômes postopératoires **habituels, pas d'alerte**
- Symptômes postopératoires **devant donner l'alerte**

Check list





3- Barrières de sécurité spécifiques d'une intervention et de ses complications postopératoires

1- cholécystectomie par laparoscopie

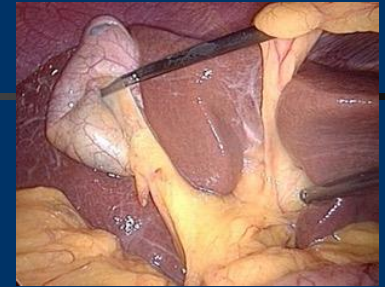
2-thyroïdectomies

3-Sleeve gastrectomy

.....



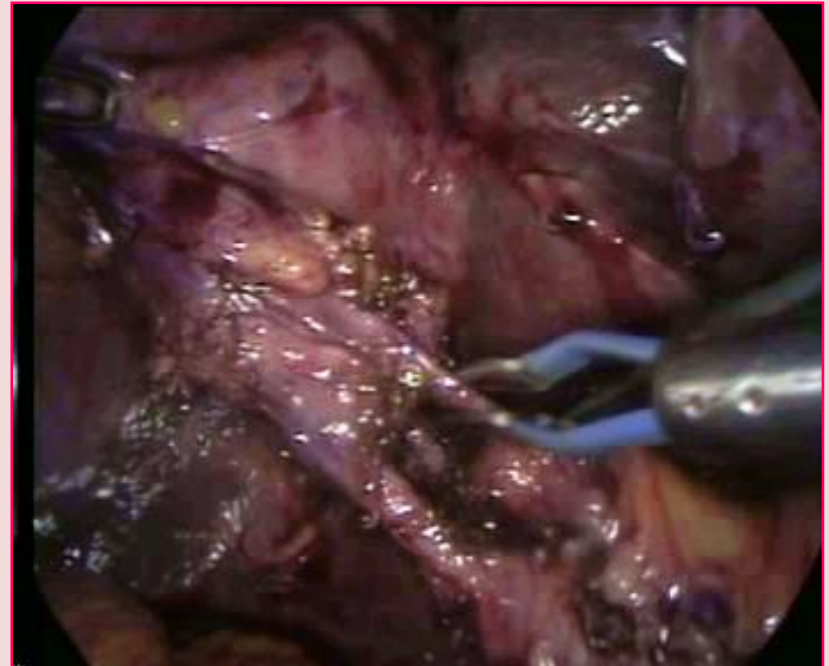
Gestion des risques en ambulatoire



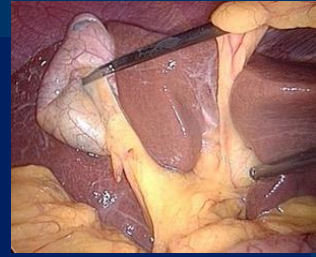
1- Cholécystectomie par laparoscopie

Pas de particularité technique

- 1- triangle de Calot bien identifié
- 2- artère et canal cystique identifiés et sectionnés séparément
- 3- lit vésiculaire sec
- 4- pas d'écoulement biliaire



Gestion des risques après cholécystectomie



Hémorragie

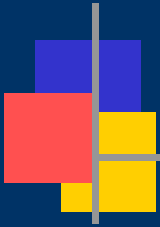
Si doute sur l'artère: Barrière de sécurité:

- Quelle fréquence ? 1- NFS à la sortie ou
- Quelle gravité ? 2- Surveillance postopératoire en UCA de 6 heures)
- Dans quel délai ?

Fuite

Barrière de sécurité: information du patient: possibilité de collection sous hépatique : si fièvre et réaugmentation des douleurs, téléphoner

- Quelle fréquence ?
- Quelle gravité ?
- Dans quel délai ? A distance, et après 74 jours



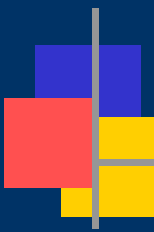
Gestion des risques en ambulatoire

2- Thyroïdectomie partielle ou totale en ambulatoire

Pas de particularité technique

- Hémostase à la pince bipolaire
- Pas de drainage
- Fermeture cutanée progressivement simplifiée
(fil > colle)
- Examen histologique extemporané





Gestion des risques post opératoires

Après résection thyroïdienne partielle et totale

– Hémorragie

- Dans quel délai ?
- Quelle gravité ?
- Quelle fréquence ?
- Facteurs de risque: reprise, volume thyroïde > 80 ml, Nodule > 6 cm,
- Facteurs favorisants: lésion récurrentielle, toux, poussée d'HTA

70 % < 6 heures

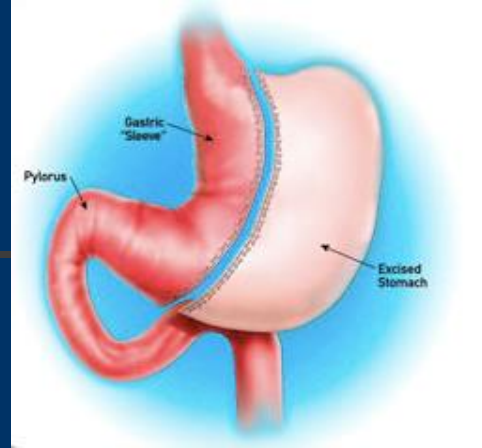
Compressif asphyxiant dans les premières heures

< 0,03 %



Surveillance post opératoire de 6 heures
Education du patient+++

Gestion des risques en ambulatoire

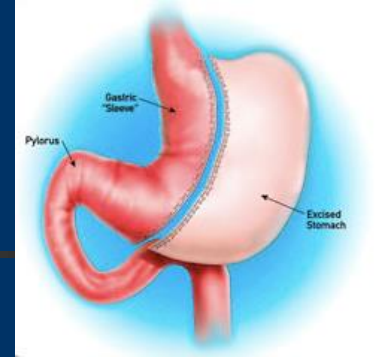


3- Sleeve gastrectomie pour obésité morbide en ambulatoire

(Expérience initiée en 2010 par l'équipe de
Amiens: > 250 patients à ce jour)

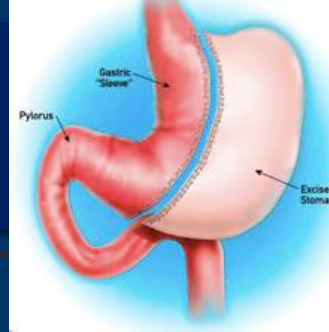
Pas de particularité technique

- n Agrafage linéaire
- n Pas de drainage
- n Pas de sonde gastrique



- n Instillation sous phrénique avec des analgésiques à résorption lente
- n Infiltration de orifices de trocars avec des analgésiques à résorption lente

Gestion des risques postopératoires après Sleeve gastrectomie



n Hémorragie sur la ligne d'agrafes

Barrière de sécurité: sortie après NFS

De plus en plus rare
Dans les 6 premières heures
Hémopéritoine

n Fistule sur la ligne d'agrafes

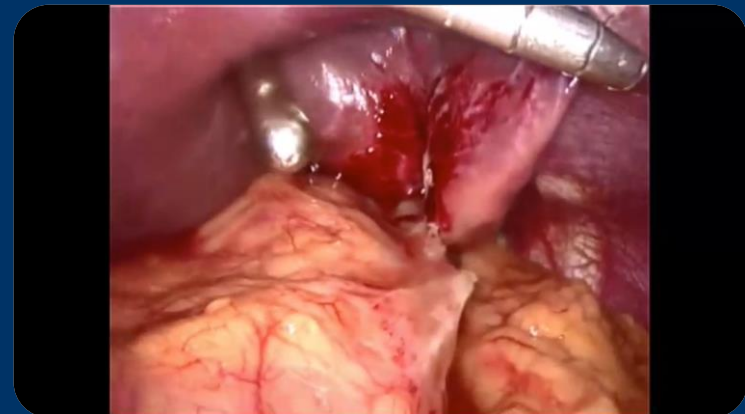
Barrière de sécurité:
consultation à J4 avec NFS et CRP
Si anormal: TDM

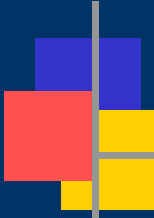
1.5 %

Complication: Péritonite localisée ou généralisée

Résultats

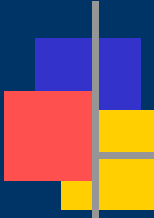
- Complications majeures : 5
 - Dont 3 fistules toutes réopérées:
 - Toutes diagnostiquées à j4
 - n Sténose gastrique (n=1).
 - n Hématome intra-abdominal/drainage radiologique (n=1).





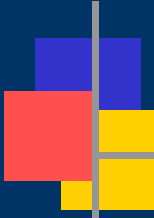
Gestion des risques et continuité des soins

- L'équipe de l'UCA assure la continuité des soins après la sortie
- UCA prend en charge et a planifié la gestion des risques postopératoires



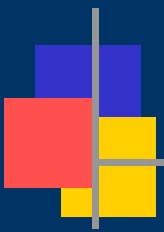
Gestion des risques et continuité des soins

- Le concept étant, **non pas de reconstruire l'hôpital à la maison**, mais de
 - Se poser la question de la pertinence de chaque geste et soin postopératoires (vers la simplification)
 - Chaque geste et soin postopératoires doit reposer sur
 - Des preuves scientifiques, ou une argumentation de l'équipe
 - Et pas sur le principe de précaution (doute, au cas où)



Capacités médicales et paramédicales

- **Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC)**
- **Gestion des risques postopératoires et continuité des soins**
- **Information Education Expérience patient**

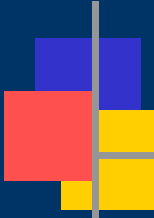


Information, éducation du patient

■ Le patient

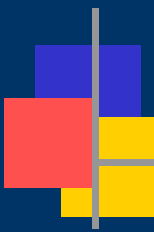
- Est seul la soir même de son intervention et pendant les suites opératoires
- Il devient un acteur
- doit avoir **une information exhaustive**
 - sur son chemin clinique,
 - Sur ses suites opératoires normales, ou anormales devant donner l'alerte,
- Information devant être répétée, et formalisée par un document voir si possible une vidéo.
- Doit être éduqué sur le normal, pas normal, la conduite à tenir

■ Il prend une part active dans sa prise en charge,



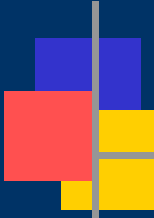
Expérience patient

- On cite souvent l'expression « centrée sur le patient »
- Véritable explication :
 - Son ressenti
 - Son expérience
 - Son histoire est prise en compte
 - On informe, mais surtout on pose des QUESTIONS



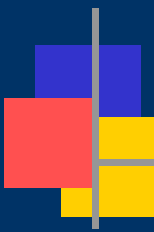
Messages intermédiaires

- La Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) et la gestion des risques postopératoires constituent des « savoir faire » incontournables en chirurgie ambulatoire
- La continuité des soins que doit assurer l'équipe de l'UCA comporte la responsabilité de cette gestion des risques postopératoires, compris ceux survenant après le retour du patient à domicile
- Elles s'appuient sur des données de la littérature et assurent qualité des soins et sécurité des patients en ambulatoire



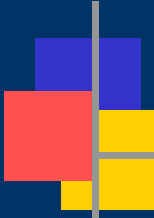
Conditions de réussite

1. Un projet et une volonté de l'établissement
2. Capacités médicales et paramédicales
3. Nouvelles organisations
4. Formation de tous les acteurs
5. Investissement



Nouvelles organisations

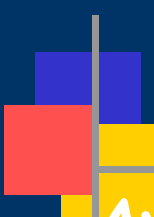
1. Organisation des soins: le chemin clinique
2. Organisation des circuits: Gérer les flux
3. Organisation architecturale



Mode d'organisation à l'hôpital réinventé (1)

n « Classiquement » en France

- Hôpital: hôtel... hébergement
- Pas de planification précise des soins
- Beaucoup de « au jour de jour »: pas d'évaluation de la pertinence des hospitalisations
- Et donc, patients à disposition, attendant la disponibilité et la décision des prof de santé
- Arrivée la veille de l'intervention pour ?
- Tous les patients ont les mêmes rituels de surveillance
- Hôpital = hôtels!
- (et les plus résistants veulent refaire des hôtels-hôpitaux)



Mode d'organisation à l'hôpital réinventé (2)

Avec la chirurgie ambulatoire : nouvelle organisation,
nouveaux repères

1. **Planification à l'aide d'un chemin clinique :**
 - Description de chacune des étapes : anticipation
2. - Elaboration de **fonctionnalités** **fonctionnelles** **multi-métier**, de **patient** (**en dehors**)
 - Objectifs définis aussi pour la première fois:
 - 1- pour le **patient** et
 - 2- en terme de **délais**,
 - 3- sur **preuves scientifiques**
 - 4- mais aussi de **qualité et sécurité**
3. - **Prise en charge** (**ressenti**)
4. - **Réflexion** en termes d'objectifs de chaque étape pour les soignants et pour le patient, et les **actions pertinentes à mettre, en œuvre s'appuyant sur les recommandations** de bonnes pratiques, de qualité

Chemin clinique -Chirurgie ambulatoire

Chirurgien

Anesthésiste

IDE
de l'UCAA

IDE
UCAA

IBODE

SSPI

IDE, anesthésie
chirurgien

Indication
opératoire
Information
Vérification
des
critères
Passport

Evaluation
préopératoire
Information
Vérification
des
critères

Vérification
Des critères
Information
La veille : appel
du patient
vérification des
formalités
administratives

Le jour:
accueil,
information,
Vérification
préparation
Fiche de liais

B
L
O
C

- Préparation
de la salle et
du matériel
Nécessaire
-Accueil du
Patient
-Entrée en
salle d'opération
Déroulement de
L'intervention
Sortie du bloc
opératoire

Evaluation
de la douleur
des nausées
Hémorragie ?

Fiche de
liaison

Premier lever
Premier repas
Miction
Pas de douleur,
pas de nausées,
de somnolence
pas d'hémorragie

Critères pour la so

Passport.....

Visa
Passport

Consultations
Préop médicales

Consulte
UCAA

Séjour hospitalier

Sortie

Pertinence des actes – Évaluation des délais et du processus global

Information
Comprise
Critères
bien vérifiés

Information
comprise
Critères
bien vérifiés

Patient
bien contacté,
bien préparé
Respect ds consignes
DEPROGRAMMATION
La veille ou le jour même

Préparation
correcte
Délais
corrects
Fiche
de liaison

Critère de
qualité :

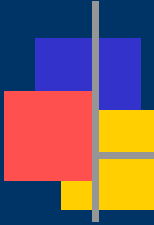
Cf check
list

Fiche
de liaison
RETOUR
EN SALLE
D'OPERATION

Critères pour la sortie
respectés
Ordonnance
antalgiquesRV consulte
SORTIE RETARDEE

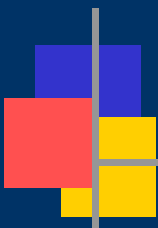
PATIENTS HOSPI

Continuité des soins



Nouvelles organisations

1. Organisation des soins: le chemin clinique
2. Organisation des circuits: *Gérer les flux*
3. Organisation architecturale



Gérer les flux

Un concept **purement
organisationnel** pour les tutelles:

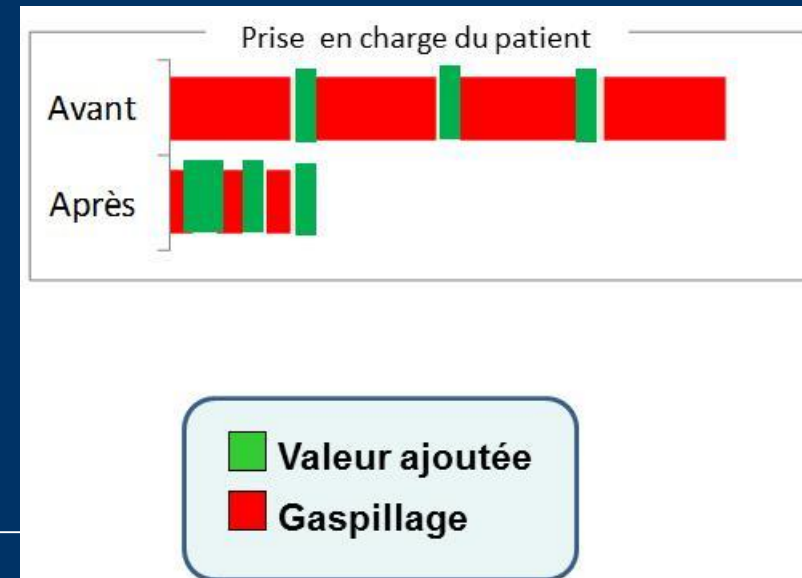
La gestion des flux



Définitions et concept

- Une organisation luttant contre les gaspillages et optimisant les flux

Théorie organisationnelle (Lean Management)



Exemples de gaspillage

1h systématique en SSPI pour une topique

Temps d'attente :
Signature médicale pour la sortie

Transfert multiple de patient

Accumulation de patients
Tous les patients à 8h

Que voyez vous sur cette photo ?

Le plus grand péage d'Europe: Sud de Paris

Quelle action?:

- Elargir le peigne?
- Ou Adaptation permanente de l'existant ?

Flux bloqué : Hôpital

Patients,

Disparité d'utilisation

CONCEPT AMBULATOIRE

Télépiège

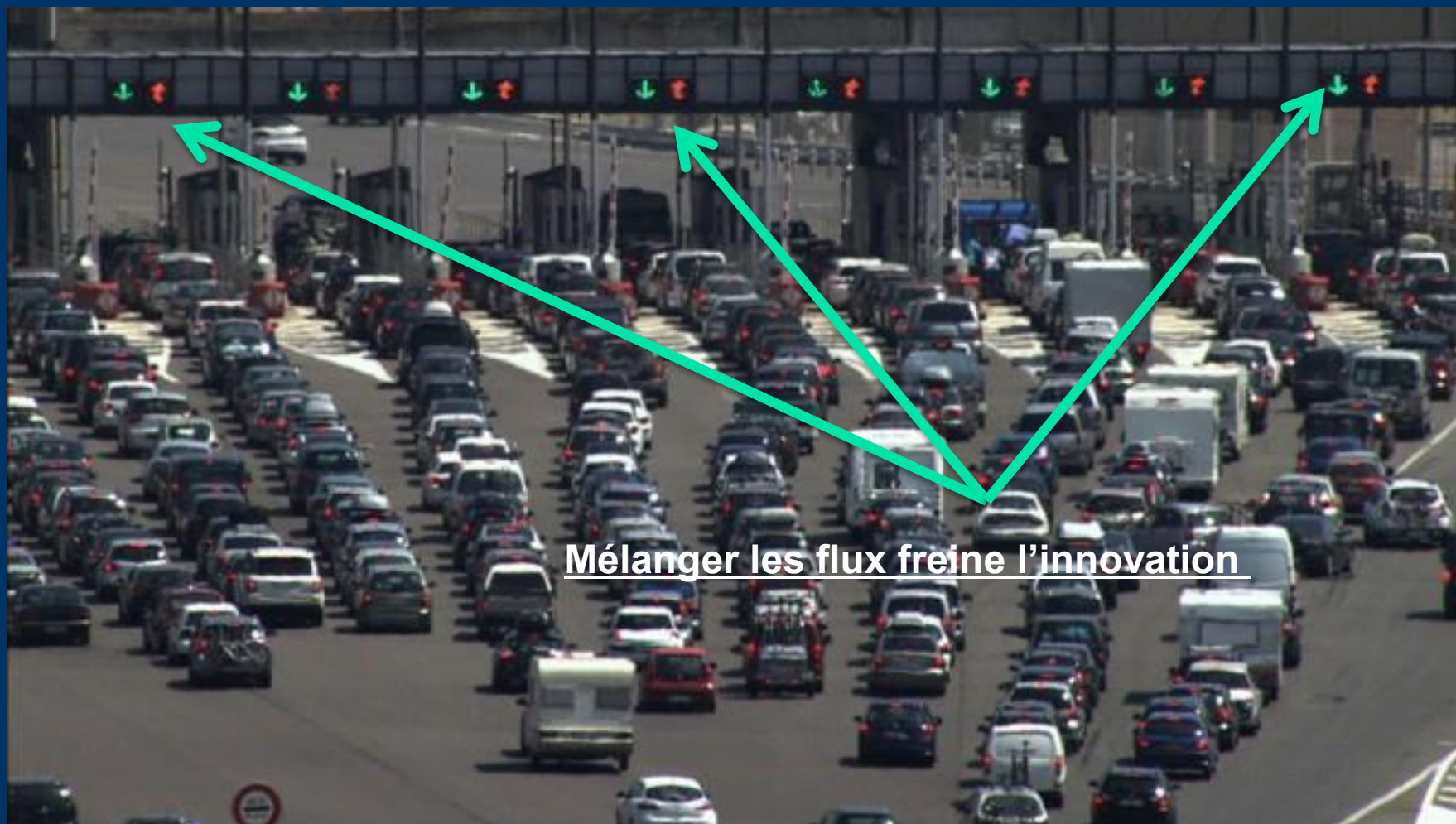
Télépiège
sens arrêt

Voir
ouverte

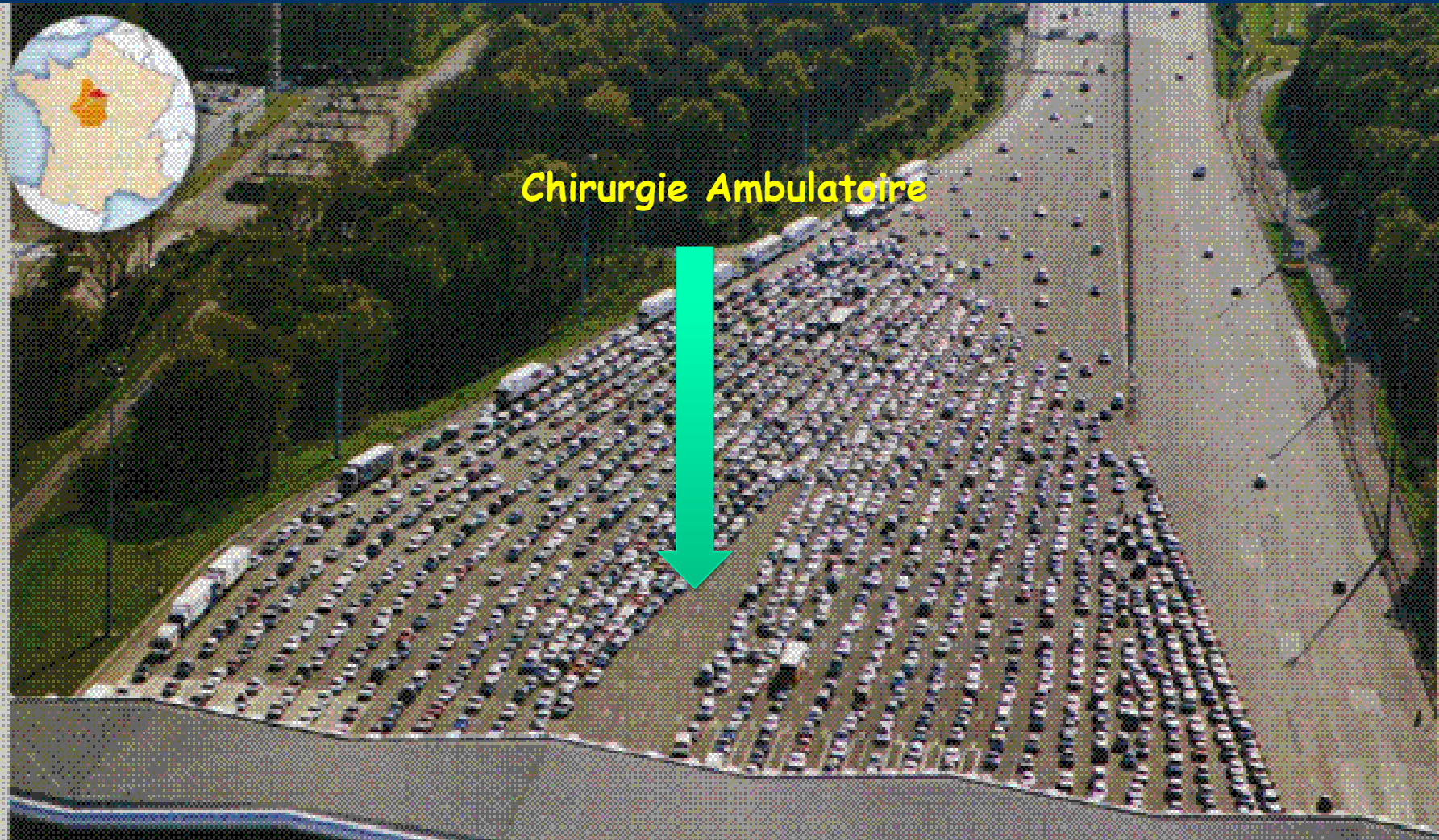
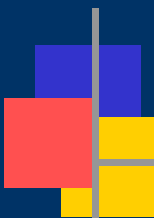
Voir
fermée

Règlement
carte bancaire

Unité de chirurgie ambulatoire intégrée

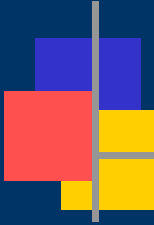


Mélanger les flux freine l'innovation



Chirurgie Ambulatoire

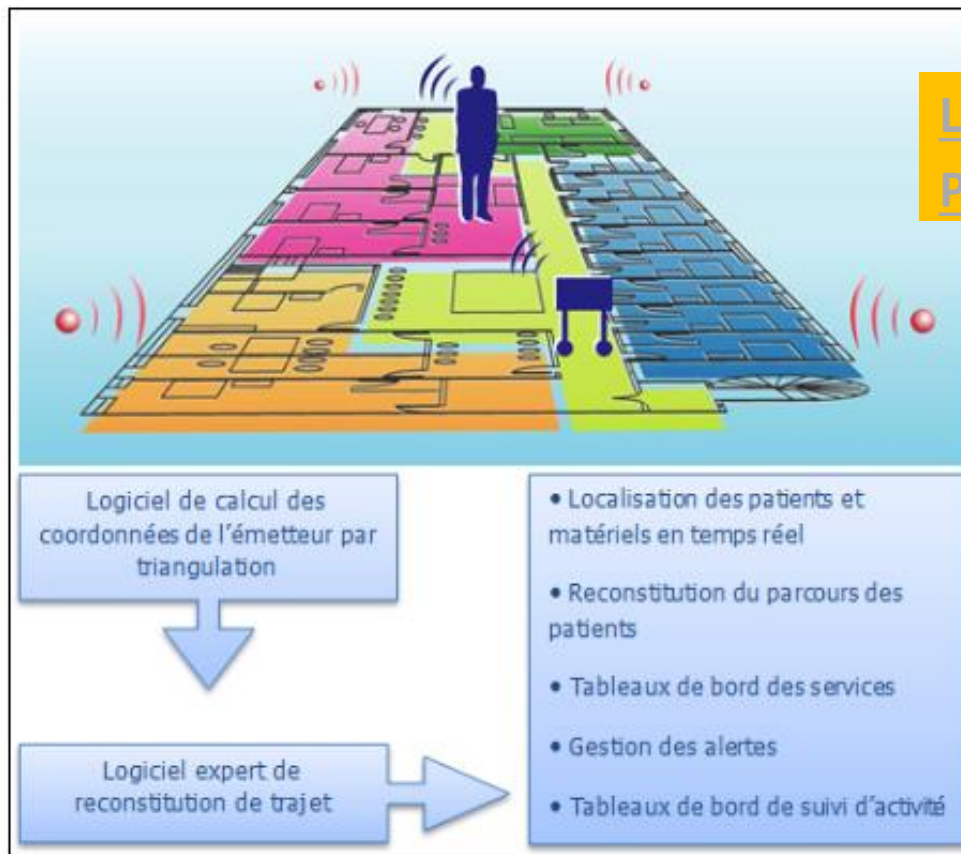




Nouvelles organisations

1. Organisation des soins: le chemin clinique
2. Organisation des circuits: Gérer les flux
3. Organisation architecturale

Logiciel de localisation du Patient en temps réel



Les logiciels développés par Kheops permettent :

- La localisation en temps réels par géolocalisation
- La reconstitution des trajets des patients.

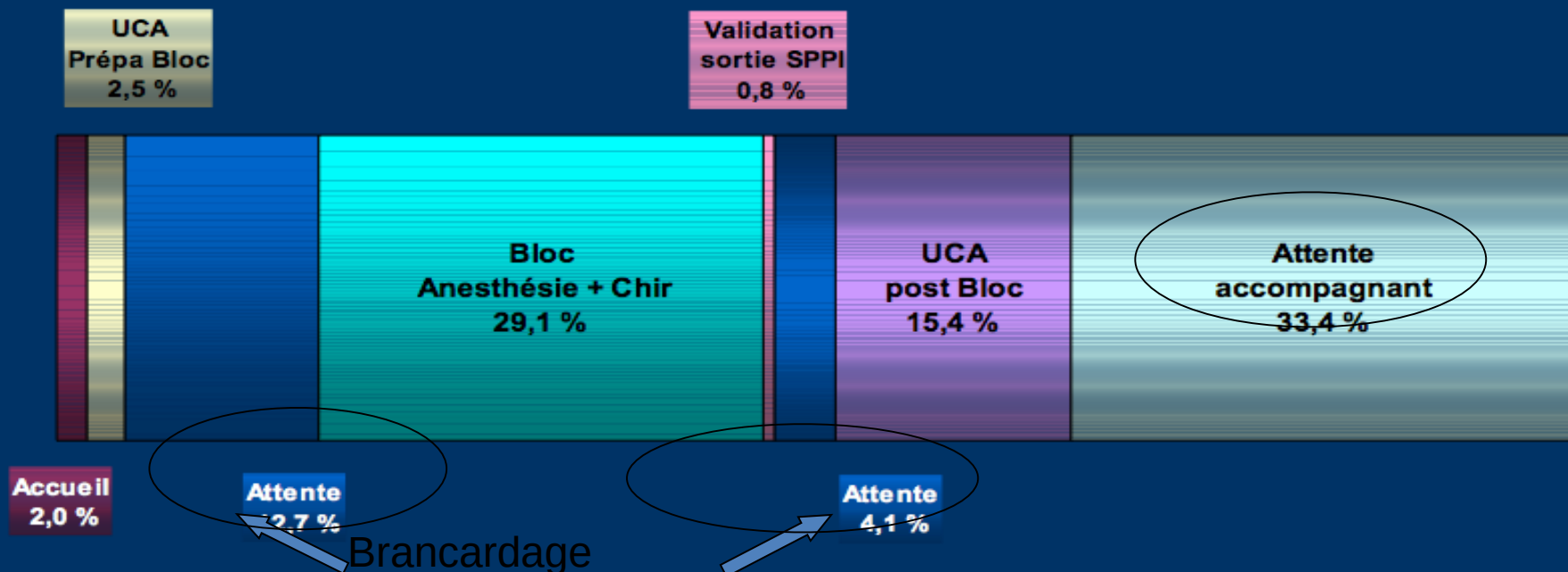
La base de données ainsi obtenue constitue le cœur des outils K-LS :

- **Localisation en temps réel** des patients et des équipements hospitaliers
- **Traçabilité** de la prise en charge
- **Sécurisation et optimisation** des circuits de prise en charges
- Mise en œuvre de tableaux de bord adaptés à votre activité (urgences, blocs opératoires, personnes âgées, etc.)
- **Statistiques d'activité**

BLOC PARTAGE

Temps patient/acte/structure

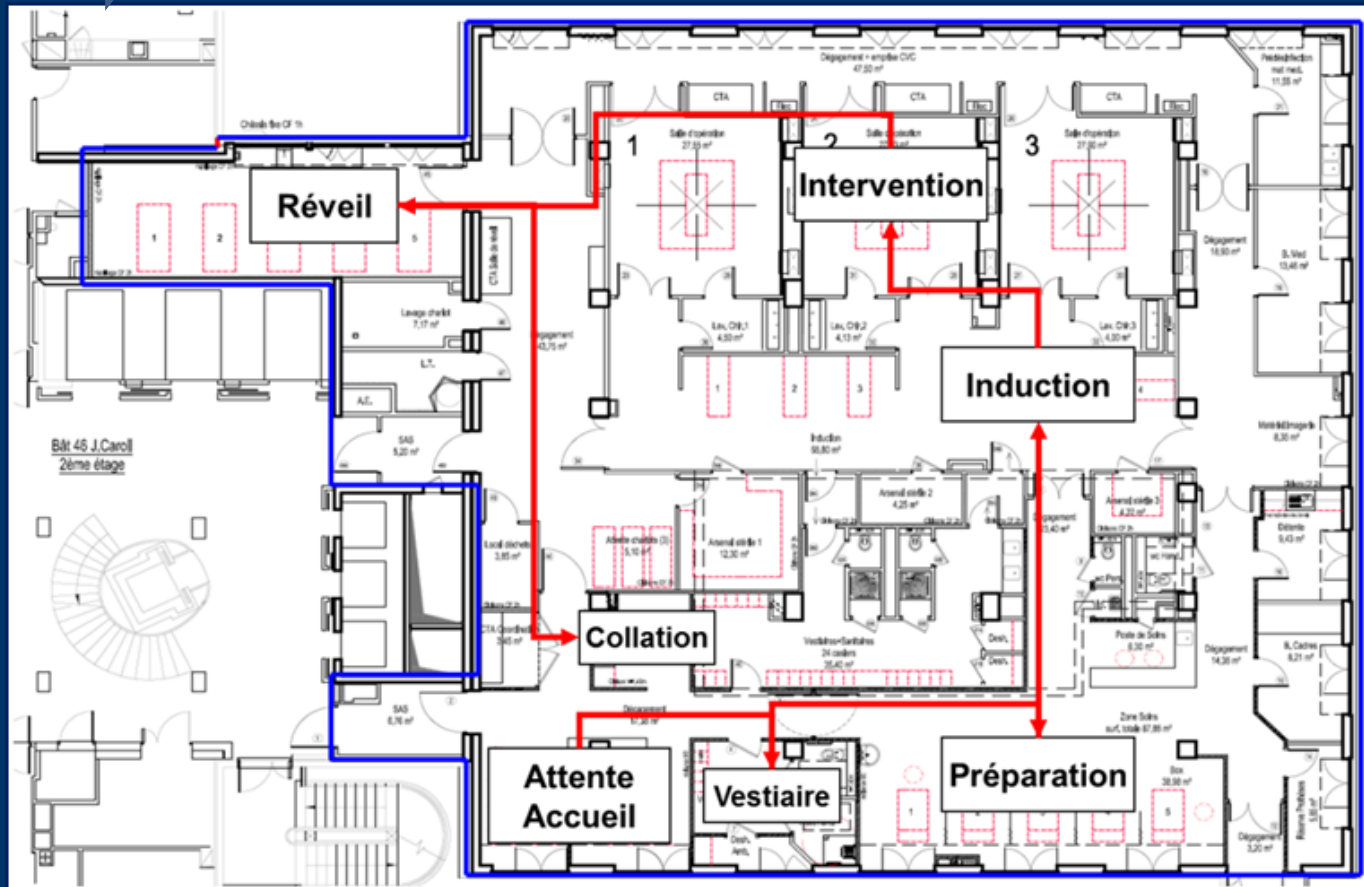
Découpage horaire du temps passé par les patients programmés en Ambulatoire Orthopédie UCA UH 762 du 22/11/2007 au 30/11/2007





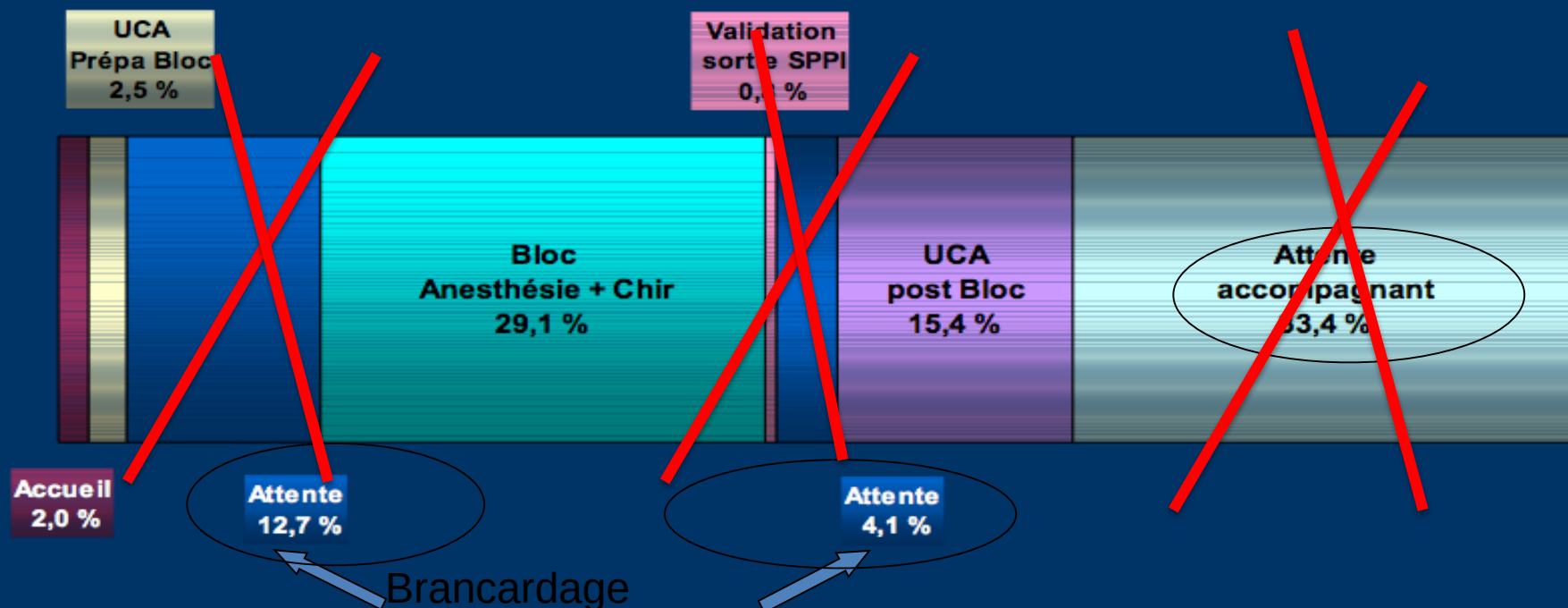
Organisation avec marche en avant

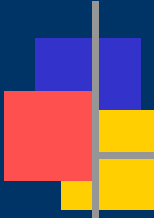
Bloc dédié
Circulation en sens Unique



- Pas de chambre, pas de place, pas de lit/fauteuil nominatif (Vestiaires)

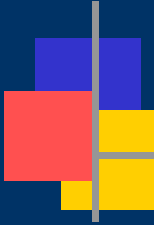
Découpage horaire du temps passé par les patients programmés en Ambulatoire Orthopédie UCA UH 762 du 22/11/2007 au 30/11/2007





Conditions de réussite

1. Un projet et une volonté de l'établissement
2. Capacités médicales et paramédicales
3. Nouvelles organisations
4. Formation de tous les acteurs
5. Investissement



Formation de tous les acteurs

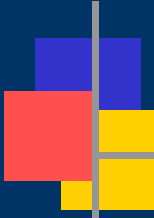
- L'équipe au complet
- Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie
- Gestion des risques pour toute la continuité des soins
- Information, éducation, expérience patient

■ Médecins

- rien pendant le second cycle (MG)
- Chaque spécialité en fait un peu mais ce n'est pas dans les maquettes

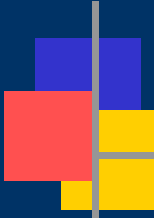
■ Paramédicaux (IDE, IDEL, Kine,)

- Rien d'inscrit dans les programmes
- Dépendant des écoles



Conditions de réussite

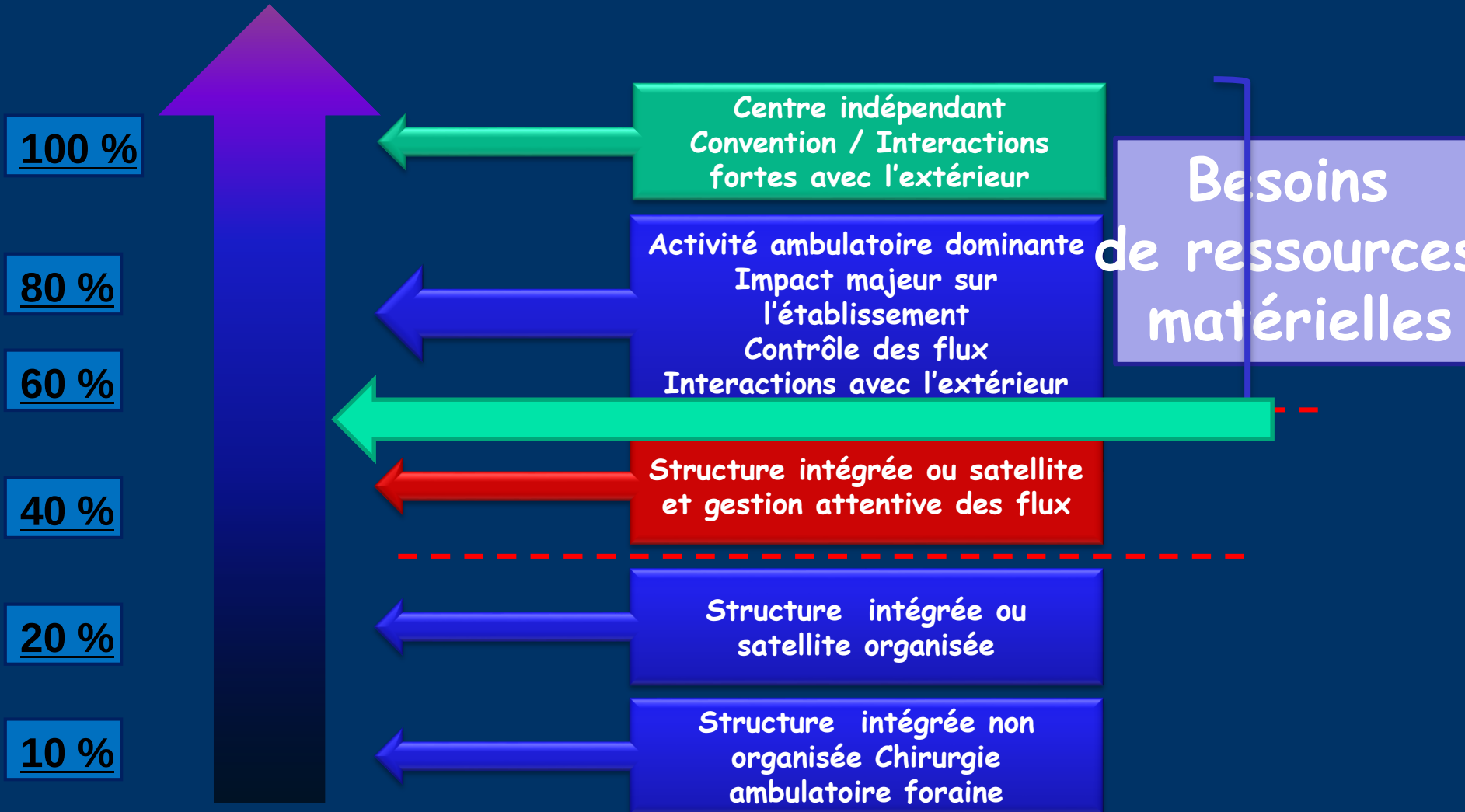
1. Un projet et une volonté de l'établissement
2. Capacités médicales et paramédicales
3. Nouvelles organisations
4. Formation de tous les acteurs
5. Investissement

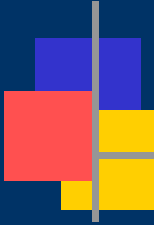


Freins sont alimentés par :

- **Absence de moyens** : pas de ressources matérielles adaptées pour supprimer les freins aux flux des patients, et assurer leur autonomie
 - Absence de mitoyenneté / bloc UCA
 - Absence de bloc/ salle d'op dédiée
 - Absence de support d'opération et de transport unique
 - Pas de marche en avant
 - Circuit dossier complexe : pas d'informatisation

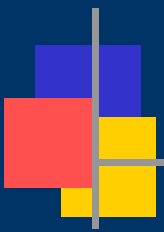
Un plafond de verre





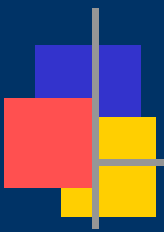
Conclusion (1)

- Le virage en chirurgie ambulatoire en France nécessite la conjonction de plusieurs « savoir faire » des équipes, des directions des établissements, et des professionnels de soins en ville



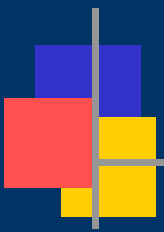
Conclusion (2)

- Les équipes doivent avoir la capacité de permettre une Récupération Améliorée Après Chirurgie en maximum 6 heures et de gérer les risques postopératoires, et ceci d'autant plus que l'acte, et le patient, sont lourds.
- Le mode de prise en charge des suites opératoires, innovant, où le patient est acteur, fait comprendre qu'en chirurgie ambulatoire, il ne s'agit pas de refaire l'hôpital à la maison, même pour une intervention lourde, mais de mener une culture de simplification, de pertinence en se limitant à ce qui est suffisant et nécessaire pour assurer la qualité des soins et la sécurité du patient, comme s'il était à l'hôpital.



Conclusion (3)

- La réussite du virage ambulatoire repose aussi sur une complète modification des modes d'organisation s'appuyant sur un chemin clinique qui planifie les soins à partir d'objectifs pour les professionnels (de qualité des soins, de sécurité des patients, de pertinence des actes) mais aussi pour le patient, pris dans sa globalité.
- Permettre le circuit du patient dans l'établissement de soins avec le plus de fluidité possible nécessite de modifier les agencements architecturaux, et donc des investissements.



Conclusion (4)

- La chirurgie ambulatoire reste en France une « innovation » et son enseignement n'est pas prévu dans le cursus des médecins et des IDE
- Des programmes de formation doivent être développés dans les établissements de soins et pour la ville pour « rattraper » le retard
- Des programmes de formation doivent être développés dans les facultés et les IFSI pour permettre à la nouvelle génération d'être formée

SEMINAIRE

REUSSIR LE VIRAGE AMBULATOIRE



SAINT LEU
29 octobre 2018

ANFH
Océan
Indien