

	DOS/ DOH / PMEES	
	Réunion de l'atelier « médecine ambulatoire » Cadre IRC maladies chroniques / PRS 2 ARS siège 08/03/2017	
MAJ :	Rédigé par : L. HILMANN	Validé par : Docteur VEDRINES

Participants :

- Caroll BOFF, URPS infirmières
- Fabienne TESTENIERE, CH Henri Duffaut, Avignon
- Viviane ARNAUDET, CH d'Arles
- Jean-Henri GAUTIER, clinique La Casamance, FHP Sud –Est
- Denis ARNIAUD, Hôpital Saint-Joseph
- Jean-Robert HARLE, AP-HM
- Eric ROSENTHAL, CHU de Nice
- Geneviève VEDRINES, ARS PACA
- Laurence HILMANN, ARS PACA

1. Cadre des travaux du groupe

PRS2 (diaporama joint)

Atelier médecine ambulatoire dépend de l'ICR (groupe de travail) maladies chroniques, parcours de soins à structurer par des préconisations à définir dans le cadre du PRS 2.

L'atelier, composé de professionnels de santé libéraux et hospitaliers et de représentants des unions et fédérations peut s'adjoindre les compétences de personnes qualifiées pour des travaux plus approfondis sur certaines thématiques identifiées.

Périmètre des travaux : la médecine ambulatoire, dans sa modalité HDJ, hors oncologie (chimiothérapie) et endoscopies.

2. Éléments de contexte

En principe, dans le cadre du parcours de soin des patients souffrant de maladies chroniques, les activités concernées par l'HDJ de médecine représentent en priorité les bilans complexes exigeant l'accès à un plateau technique étoffé et une équipe commune pluridisciplinaire.

En pratique, l'offre dépend le plus souvent des spécialités médicales disponibles et des dynamiques institutionnelles propres à chaque établissement, en particulier les projets médicaux. Actuellement, de nombreuses initiatives allant dans le sens de la structuration d'HDJ sont en cours par le regroupement des places dispersées dans les services, la constitution d'équipes dédiées et la mise en accessibilité des plateaux techniques.

Faits marquants du tour de table des acteurs :

- Fonctionnement de l'HDJ sur la base de spécialité (gériatrie, cardiologie ou neurologie par exemple) comprenant un personnel dédié paraît le plus adapté et le plus efficient ;
- Difficultés d'accès pour les professionnels de ville aux ressources hospitalières et d'identification du parcours adapté en particulier pour le cas personnes âgées polypathologiques ;

- Besoins et comportements des patients en évolution avec une demande croissante d'accessibilité et de rapidité de prise en charge ;

Présentation de la refonte de l'instruction dite « circulaire frontière »

- Instruction basée sur les conditions et le contenu de la prise en charge et non sur des pathologies particulières ;
- Impact financier et organisationnels à anticiper pour des recommandations prudentes et étayées sur le développement de l'HDJ de médecine.

Si la description plus précise de l'hospitalisation de jour paraît de nature à clarifier les prises en charge ambulatoire en médecine, en revanche l'introduction de la prestation intermédiaire pose questions :

- valorisation et modèle économique global en articulation avec l'HDJ et les consultations ;
- impact sur les organisations et en particulier sur la porte d'entrée de cette prestation (guichet unique avec les consultations ? modalités d'accompagnement des patients et d'orientation par les professionnels de santé en ville ?).

Pour aller plus loin sur le sujet, il est proposé de partager en interne la version provisoire de l'instruction avec le DIM en particulier pour identifier les éventuels points de tension.

3. État des lieux en région PACA

Une première exploitation des données régionales montre les grandes disparités d'offre, de structuration et d'organisation de la médecine ambulatoire. Une exploration plus approfondie en matière d'implantation des HDJ et d'activité par établissement est nécessaire pour dégager des problématiques et définir des préconisations.

4. Conclusions et travaux à mener

Sachant que le groupe de travail doit établir des recommandations en matière de développement de l'HDJ de médecine dans un contexte incertain, les pistes de travail pourraient être les suivantes :

- Dégager les quelques traits d'une vision à 10 ans pour alimenter les orientations stratégiques qui forment la base du PRS2 (HDJ à concevoir comme nouveau concept de prise en charge amenant à refonder les prises en charge hospitalières dans un contexte de déploiement massif des technologies de l'information);
- Affiner l'état des besoins en fonction de la fréquence et de la diversité des maladies chroniques ;
- Affiner les caractéristiques de l'activité ;
- Préciser les organisations les plus pertinentes (polyvalence ou spécialisation ?) ;
- Définir la place respective dans les parcours de soins de l'HDJ, de la prestation intermédiaire et des consultations spécialisées ;
- Sérier les points d'amélioration et les mesures à promouvoir sur les problématiques identifiées (articulation avec les professionnels de santé de ville...);
- Définir les conditions a priori de la viabilité du modèle médico-économique.

Travaux prévus pour la prochaine séance :

- Information médicale et nouvelle instruction en présence d'un DIM ;
- Approfondissement de l'état des lieux régional.

La troisième séance pourra être dédiée à l'examen de l'organisation et du fonctionnement d'un HDJ pour en illustrer les enjeux organisationnels :

- nouvelle pratique médicale de coordination aujourd'hui peu ou pas valorisée ;
- importance de l'organisation infirmière (programmation, coordination)
- mise à disposition des ressources des plateaux techniques
- ouverture vers la ville.

Diffusion : Fédérations
 ARS DDPRS
 DOS