



Les attendus du virage ambulatoire .

Christian ANASTASY

15 juin 2018

VO

Qu'entend-on par "virage ambulatoire"?

- **Des soins de plus en plus rapides** dont témoigne la baisse des DMS;
- Quelques heures à l'hôpital, mais de longues années à son domicile avec sa maladie;
- La recherche de la concordance des temps entre la ville et l'Hôpital;
- Tension entre le temps long de la vie et le temps court du traitement !

Accélération des pratiques et « virage ambulatoire »?

Les facteurs structurants:

Progrès médicaux,
demande des patients,
et des professionnels;

La pression politique:

1° Mise sous entente préalable promue par l'Assurance maladie(2000)
2° Volonté d'économie des gouvernants.

Les travaux de la HAS et de l'ANAP 2010, appuyés par les sociétés savantes médicales et l'AFCA,

Remettent en cause les verrous qui freinaient le développement de la chirurgie et de la médecine sans hospitalisation en France.

Pas de virage ambulatoire réussi :

Sans parcours de soins coordonné,

Sans coopération avec les médecins de ville et les spécialistes.

Ville /Hôpital : l'enjeu de la coordination :

Ne pas opposer la ville et l' hôpital :

le parcours de soins (ou de santé ?) induit de chainer les épisodes de soins, les informations qui doivent suivre le patient, les financements des différents épisodes, les responsabilités de chaque acteur.



Emergence dans différents pays, des « **bundle Payments** » paiements correspondant à la prise en charge financière globale d'un parcours de santé depuis le diagnostic, en passant par le traitement sur un plateau technique jusqu'au retour à domicile.

L'organisation de la médecine et le besoin croissant de coordination:

Faut-il ou non hospitaliser ? 80 % des réponses émanent des médecins spécialistes de ville. (55% des médecins français).

Les effectifs de spécialistes ont cru de 44% en 25 ans

Les effectifs de médecins généralistes ont décru de 10%. (idem dans les pays de l'OCDE).

En 1947, l'ordre national des médecins reconnaissait **7** spécialités, en 1987 : **22** et aujourd'hui : **44** (dans le cadre de la réforme du 3^{ème} cycle).

La granularité des spécialités est de plus en plus fine et liée à l'organisation de la recherche et de la formation au sein des CHU.

Quels coordination des soins et maintien d'un volant suffisant de forces médicales disponibles pour les soins de premier recours?

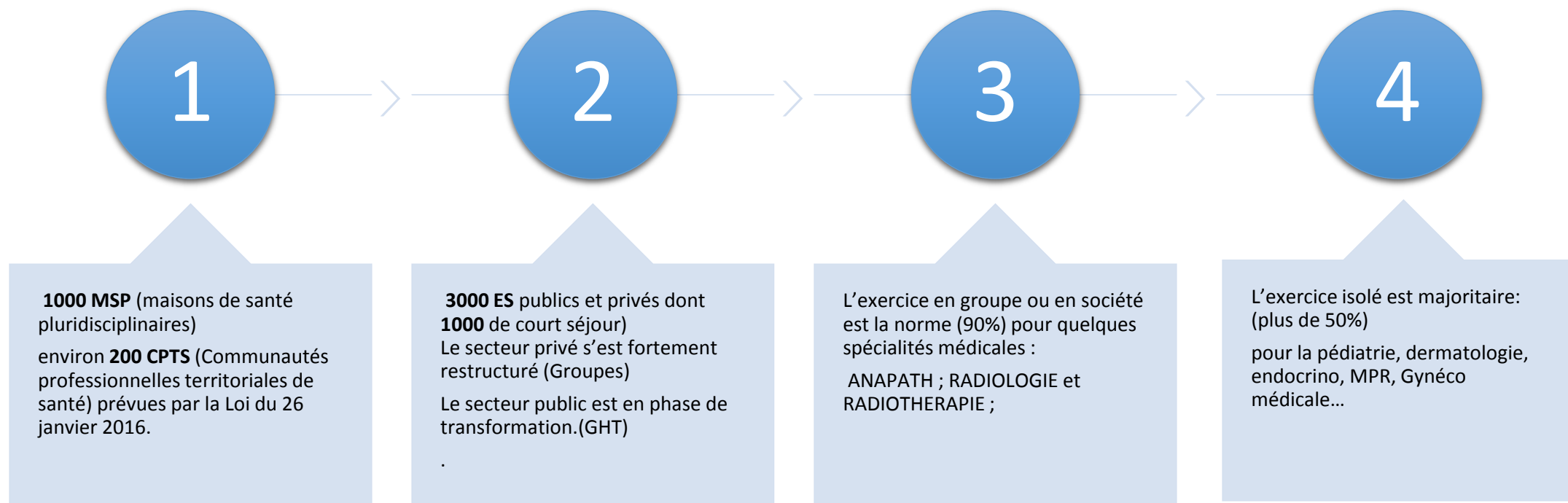
Les interlocuteurs : les médecins ? :

Les médecins généralistes, (MSP)
constituent le « Pivot du Système »

198 365 médecins inscrits à l'ordre des
médecins En 2015 :
108 577 spécialistes
89 **788** généralistes

Les évolutions ?

Vers un système de triple rémunération :
-paiement fixé par voie conventionnelle
-paiement au forfait pour les pathologies
chroniques
-paiement individuel en fonction de sa
propre performance.



Les interlocuteurs clés en région: les structures?

Un cadre d'action territorial pas encore pleinement mis en place!

La pertinence du diagnostic et le facteur temps:

- **Travaux de la HAS** sur l'infarctus du myocarde et l'AVC: nécessité d'un parcours le plus rapide possible entre le diagnostic et le traitement.

Dans le cas de l'infarctus du myocarde le diagnostic par électrocardiogramme permet la désobstruction de l'artère (thrombolyse) et l'accès à une salle de cardiologie interventionnelle.

En cas d'AVC, l'accès à un examen d'IRM permet de déterminer s'il s'agit d'un vaisseau obturé ou d'une hémorragie cérébrale.

- **Dans les 2 cas le facteur temps et le bon diagnostic sont essentiels.** L'optimum est de faire une thrombolyse dans les 90 minutes suivant le diagnostic initial. Toute perte de temps cumule des destructions de tissu qui expliquent la génération d'un nombre élevé de handicaps.

L'offre de compétences 24/24- 365j/A doit être optimisé :

- Il est observé dans l'OCDE que les soins primaires ont besoin pour se développer d'un accès rapide à une médecine spécialisée et que d'une façon large il y a de fortes interactions entre l'organisation des consultations externes hospitalières, des consultations de premier recours et de la permanence des spécialistes. Si l'un des maillons de la chaîne s'affaiblit c'est toute la chaîne des soins qui s'affaiblit !
- Pourquoi 20 millions de personnes fréquentent-elles chaque année les urgences hospitalières alors que près de 80 % n'ont rien à y faire ?
- Organiser des services d'accueil et d'orientation en lien avec la MSP de ville ?
*Sondage BVA récent : pourquoi allez vous aux urgences ?
Parce qu'il m'a été impossible de trouver un médecin : 12%
des français (= 8M)*

Le régulateur:

- Le colloque singulier avec le patient subit désormais l'irruption du gardien de la solidarité, de l'économie et des choix collectifs que l'on appellera par commodité « **le régulateur** »
- Le **régulateur** est celui qui prescrit *de facto* ce qu'il faut faire pour le bien du patient, sur la base du meilleur rapport/qualité prix basé sur des preuves scientifiques, dans le cadre d'un parcours de soins harmonieux et optimisé et enfin tenant compte de « *l'expérience patient* ».
- Futurologie?

Les moyens financiers pour accompagner le virage ambulatoire?

Le FIR, (Fonds d'intervention régional géré par l'ARS) est un moyen d'amorcer le virage ambulatoire. Il ne constitue qu'1,5% des dépenses de l'Ondam sur la structuration du système. Les financements ne sont pas pérennes. Mais ils constituent néanmoins un amorçage pour la réussite du virage ambulatoire.

Les tarifs, depuis la suppression des bornes basses et l'intégration de la dimension ambulatoire dans le calcul des tarifs de GHS

La restructuration par la contrainte.

L'organisation régionale doit promouvoir l'accès à l'information:

- **1° L'accès aux informations vitales pour les patients en temps réel:**
 - La mise à disposition sous forme de messagerie sécurisée des informations scientifiques les plus récentes pour aider chaque spécialiste à mieux maîtriser les sujets posés par les patients et les médecins généralistes (TLM (télémédecine) ou TL expertise)
 - Le suivi des examens biologiques et radiologiques notamment faits pour le compte du patient qu'ils proviennent de la ville ou de l'hôpital;
 - La permanence de ressources médicales permettant de délivrer de l'information préventive ou éducative en cas de pathologies lourdes pour les patients notamment lorsqu'ils rentrent à domicile .



L'organisation régionale doit permettre la mutualisation des compétences:

2° Le regroupement des compétences médicales et soignantes ville /Hôpital 24/24- 365j/A constitue l'enjeu clé de succès :

Avec l'appui de solutions numériques , le parcours en ambulatoire induit pour constituer un ***projet médical de territoire*** pertinent d'être:

Complet : comprenant l'ensemble des données permettant un suivi en temps réel global du patient jusqu'à son retour à domicile,

Cohérent : en termes d'efficacité médicale et pertinent en termes de soutenabilité économique et sociale,

Concerté : c'est-à-dire intégrant l'ensemble des points de vue concourant à la réussite du parcours de soins ; (MG, travailleurs sociaux , structures médicosociales...)