

Séminaire du 17 juin 2017 du CNCH à Avignon

La problématique de la prise en charge ambulatoire des pathologies et explorations cardiaques

Jean-Lou HIRSCH (Avignon),
Francis FELLINGER (Paris) (*Conseiller Général des Etablissements de Santé*)

Introduction

Ce séminaire est le premier du genre pour le CNCH, avec vocation de réunir les partenaires d'horizons et logiques différents, pour aboutir à des axes de réflexion cohérents, et des solutions effectivement adaptables.

Ainsi, ont été réunis deux directeurs d'Hôpitaux, deux médecins DIM dont l'un était préalablement médecin conseil à l'Assurance Maladie ; il y avait des cadres et bien sûr des cardiologues aux activités différentes : pathologies coronaires, électrophysiologie, insuffisance cardiaque et hypertension.

La première intervention est celle de Mr Jean-Noël JACQUES, Directeur du CH d'Avignon

Il est rappelé en avant-propos le contexte général qui milite pour une bascule des activités hospitalières classiques vers les prises en charge ambulatoires.

Ce mouvement est une attente particulière des patients, des familles et de leurs médecins traitants.

Ce mouvement est également porté de manière déterminée par les pouvoirs publics : politique tarifaire plus qu'incitative

en matière de chirurgie ; tarifs convergents ; contrats d'objectifs et déploiement du plan ONDAM.

La position des tutelles est avant tout basée sur une rigueur financière, qui seule permet des capacités d'auto-financement, et donc d'adapter l'Hôpital pour répondre au mieux aux besoins des patients.

Le COPERMO, comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins, associant notamment les ministères de la santé et des finances, suit les établissements en difficultés financières qui y présentent leurs plans de retour à l'équilibre (PRE) ; il valide et hiérarchise les projets d'investissements significatifs lorsque les établissements sollicitent une aide de l'Etat.

Pour obtenir ces aides ou valider les PRE, le COPERMO est vigilant sur le projet médical, qui est structurant et permet d'atteindre la cible en termes de performance médico-économique.

Pour atteindre l'équilibre financier, et compte tenu de la diminution régulière des tarifs, il existe une incitation à l'ambulatoire qui diminue les charges d'hospitalisation.

Pour ce qui reste en hospitalisation complète, il est demandé à terme des unités avec taux d'occupation à 95 % et IPDMS à 95 % par rapport à l'IPDMS national, pour une pathologie donnée.

L'ensemble permet de dimensionner une unité d'hospitalisation par rapport à son activité, avec le souhait du ministère d'avoir en hospitalisation complète des unités de 15 lits avec une infirmière en temps réel.

Si ces orientations sont très marquées par l'activité de chirurgie, elles deviennent de plus en plus attendues par la prise en charge de médecine, même si l'absence de référentiels est ici un handicap.

Néanmoins, il y a lieu de constater que l'activité de médecine ambulatoire est une réalité, il suffit de recenser les prises en charge effectuées de façon dite « foraine », (sans nuitée), au sein de nos établissements.

Le développement de ces activités en ambulatoire passe alors par un examen précis des prises en charge existantes au sein de l'établissement, le recensement des potentiels et l'identification des marges de

La vie du collègue

progression en termes de bascule des activités de l'hospitalisation complète vers l'ambulatoire.

Les limites au développement sont d'ordre social : isolement, âge, situation géographique du domicile... comme pour l'activité ambulatoire chirurgicale.

Les craintes sont les évolutions tarifaires et le déclasserement des facturations allant du GHS d'hospitalisation vers le GHS ambulatoire puis un déclasserement des actes CCAM (révision circulaire frontière).

La crainte des établissements est peut-être de voir au fil du temps les tarifications se déconnecter des coûts réels des prises en charge.

Néanmoins, cet aspect ne peut être un frein au développement de l'hospitalisation de jour.

L'hospitalisation de jour en médecine doit être en phase avec les prises en charge dans la continuité des patients.

Cela impose des projets fondés sur un lien préétabli avec la médecine de ville, les structures d'aval, le SSR, les services d'hospitalisation à domicile.

De même, aujourd'hui, pour les activités nécessitant le recours à un plateau technique, la démarche GHT doit être intégrée et le développement d'une activité ambulatoire de cardiologie doit être en résonance avec le projet médical partagé et définir la place de chaque structure dans le parcours.

La garantie d'une optimisation d'une unité hôpital de jour repose donc sur la mise en place d'une coordination puissante

permettant d'assurer une planification et une programmation efficiente.

Ce point est d'autant plus important en médecine du fait qu'il n'y a pas de structure centrale garantissant la programmation à l'instar d'un bloc opératoire pour la chirurgie ambulatoire.

Les préoccupations du Directeur sont :

- d'une part, rentrer dans les critères demandés, en tenant compte d'une éternelle incertitude financière,

- d'autre part, gérer au mieux l'accueil des urgences : balance entre urgences et programmées, dimensionnement pouvant être augmenté à certaines périodes de l'année (pics épidémiques...), et gestion des personnes âgées beaucoup moins aptes à l'ambulatoire.

Intervention du Dr Francis FELLINGER, Cardiologue, Conseiller Général des Etablissements de Santé

Le rapport de la mission sur l'ambulatoire a été écrit conjointement par l'inspection des finances et l'inspection des affaires sociales.

Si la chirurgie a pu progressivement s'adapter à l'ambulatoire, la situation de la médecine est plus complexe, avec seulement 10 % de séjours ambulatoires, contre 90 % en hospitalisation complète.

Un des freins est l'accès à l'imagerie.

Actuellement, l'essentiel en médecine de l'activité ambulatoire concerne la cancérologie avec notamment les chimiothérapies et les transfusions, si l'on exclut les dialyses.

Mais il faut observer que 43 % des séjours en hospitalisation complète se font sans nuitée et pourraient théoriquement passer en ambulatoire.

On les qualifie souvent d'activité ambulatoire « foraine », car réalisée dans des structures d'hospitalisation complète inadaptée en termes de moyens.

Cette activité foraine ne peut bien sûr pas totalement passer en ambulatoire, mais on peut probablement faire beaucoup mieux que 10 %.

Intervention des médecins DIM, Drs CHINAUD et COURCIER

L'hospitalisation de jour est cadrée par un texte réglementaire dit « arrêté prestation » expliqué par une instruction ministérielle dite « circulaire frontière » ; une nouvelle circulaire est en cours de rédaction, mais actuellement on s'appuie toujours sur la circulaire frontière de 2010 et sur le nouvel arrêté prestation de 2017, notamment sur plusieurs articles.

Article 11 : l'hospitalisation est possible s'il y a une structure hospitalière bien identifiée, avec une des situations suivantes :

- des actes techniques avec anesthésie possible. Dans la CCAM, c'est une activité 4 (sachant que l'opérateur est en activité 1). L'anesthésie peut être réalisée ou simplement prévue dans la nomenclature.

C'est le cas de la coronarographie et de l'angioplastie,

- des actes sans activité 4, mais où, dans certains cas, on réalise effectivement une anesthésie (exemple : acte diagnostique réalisé chez un jeune enfant),
- une hospitalisation où sont réalisés plusieurs examens

(deux ou trois selon les différentes régions) par des équipes médicales et paramédicales de spécialités différentes, la nécessité d'utilisation d'un plateau technique (hors imagerie) et la réalisation d'une synthèse médicale à la fin de la journée.

Il faut bien justifier dans le dossier médical les différentes prises en charge,

- La prise en charge en hospitalisation de jour peut être justifiée dans le cas où le patient présente un terrain à risque (nécessitant des précautions particulières lors de la réalisation de certains examens).

Cela concerne des patients présentant des pathologies chroniques sévères, obésité maligne...).

Article 12 : unité courte et très courte durée : il faut une traçabilité, notamment de la surveillance. Il faut au moins trois types de surveillance pendant le séjour.

Article 17 bis : forfait prestation intermédiaire. Il ne s'agit pas d'une prise en charge en hospitalisation mais d'une prise en charge pluriprofessionnelle ou pluridisciplinaire en externe pour laquelle sera versé un forfait. Il doit y avoir l'intervention d'un médecin référent et deux autres professionnels de santé (médical, para-médical ou socio-éducatif) avec synthèse médicale en fin de séjour.

Cette prise en charge est actuellement tracée pour quatre pathologies : insuffisance cardiaque grave, diabète, spondylarthrite ankylosante et polyarthrite rhumatoïde.

La tarification est celle d'une consultation, majorée de 100 euros.

C'est beaucoup moins intéressant que l'hospitalisation de jour mais il ne s'agit pas des mêmes prises en charge.

Cela pourrait s'adapter à des consultations up gradées type consultations pré TAVI, cardiogériatrie...

Quelles sont les problématiques liées à l'hospitalisation de jour ?

- absence de protocole national ou de recommandation des sociétés savantes sur le type de prise en charge, la typologie des malades...

De plus, pour l'interventionnel, le temps dédié au consentement éclairé ne doit pas être sous-estimé,

- en raccourcissant le temps de séjour, la proportion de temps administratif augmente considérablement par rapport à l'interventionnel, et il faut donc des « bras » pour que les médecins puissent exercer leur domaine de compétences.

- La typologie des patients cardiologiques : bilan pré opératoire, coronarographie, cathétérisme droit, biopsie myocardique, choc électrique externe, exploration électrophysiologique, implantation de Reveal, prise en charge d'insuffisance cardiaque (cure de diurétiques).

Certains points restent sujets à discussion : l'implantation de stimulateur et de défibrillateur n'est pas très rentable en hospitalisation de jour.

Quant à l'angioplastie coronaire, il y a des expériences très différentes d'un centre à l'autre, certains gardant toujours les malades une nuitée, d'autres allant jusqu'à dilater des troncs ostiaux avec des séjours très courts.

Quelques expériences ont été présentées

CHU de Grenoble, Dr Murielle SALVAT

Débutée en 2002 avec deux chambres doubles, quatre fauteuils, une infirmière et un interne, l'hospitalisation ambulatoire en Cardiologie s'est considérablement accrue au CHU de Grenoble. Il y a actuellement dix places fonctionnant de 7h15 à 19h15.

Il y a cinq ETP d'infirmières, deux aides soignantes, 0,5 cadre, 1.8 secrétaires, 0.4 médecin, et un interne.

La typologie des patients : insuffisance cardiaque, hypertension pulmonaire, patient greffé, optimisation du traitement, bilan, suivie de télésurveillance.

Depuis quelques années, ont été introduits les coronarographies (plus de 500 en ambulatoire en 2016), quelques angioplasties, cathé droit, cathé gauche, bilans pré TAVI, pré greffes, diabète, AVC.

Il y a un appel du patient la veille puis le lendemain : au début fait par une infirmière, puis par une aide soignante formée et totalement efficiente.

Tous les jours à 13h00, il y a un staff avec tous les intervenants, ce qui évite les couacs en cours d'hospitalisation et prépare la sortie.

Ce qui reste à améliorer : le consentement éclairé, le lissage de l'activité par rapport aux jours de semaine et le dossier médical informatisé.

Expérience du Centre de Réadaptation Cardiaque de Pon-toise

Il s'agit d'une prise en charge de l'insuffisance cardiaque.

Quand le patient sort de l'hospitalisation complète, ou quand il est vu en consultation, on prévoit d'emblée le planning d'hospitalisation de jour, avec ce que l'on en attend pour un malade donné.

La prise en charge est indissociable de la prise en charge continue, avec le plus souvent possible une télésurveillance.

Expérience du CH de Saint Brieuc, Dr Régis DELAUNAY

Prise en charge de l'insuffisance cardiaque mais aussi des pathologies coronariennes.

L'avenir de l'hospitalisation de jour ne pourra pas se faire sans la télésurveillance (qui rapporte actuellement 600 euros par an et par patient).

Il est important que cette hospitalisation soit encadrée par un médecin dédié qui est totalement affecté.

Cela peut être une création de poste, ou une redistribution de temps médical (par exemple, en spécialisant les jours de semaine sur une pathologie donnée avec un médecin compétent).

Conclusion

L'avenir de la Cardiologie en Centre Hospitalier passera par une augmentation de la prise en charge ambulatoire. Cette journée avait vocation non pas de donner une recette

unique, car les Hôpitaux sont différents en fonctionnement et recrutement ; par contre, l'éclairage de l'environnement réglementaire et des différentes expériences présentées va permettre à chacun d'entre nous d'être bien armé pour se restructurer.

Il est essentiel que le CNCH soit moteur dans ce passage à l'ambulatorio, compte tenu de l'intérêt médical dans des pathologies comme l'insuffisance cardiaque ou dans les techniques interventionnelles.

Le CNCH doit proposer des protocoles de prises en charge ambulatoire dans les situations qui le permettent, pour faciliter cette modification indispensable des prises en charge par les équipes de cardiologie publiques.

Cette adaptation doit se faire de manière sécurisée tant pour les cardiologues et leurs collaborateurs que pour les patients en terme de qualité des soins, et avec le meilleur équilibre médico-économique garant de la pérennité de la cardiologie des CH.

L'ambulatorio exige en effet une rigueur d'organisation et une approche pluriprofessionnelle à laquelle nous ne sommes pas habitués et répond surtout à des impératifs sanitaires et sociétaux.

Liste des participants

- **Dr Loïc BELLE**,
CH Annecy
- **Dr Simon CATTAN**,
Montfermeil
- **Dr Saïda CHEGGOUR**,
CH Avignon
- **Dr Régis DELAUNAY**,
St Brieuc
- **Dr Francis FELLINGER**,
Paris
- **Dr Jean-Lou HIRSCH**,
CH Avignon
- **Dr Nataliya HRYNCHYSHYN**,
CH Pontoise
- **Dr Bernard JOUVE**,
Aix-en-Provence
- **Dr Michel PANSIERI**,
CH Avignon
- **Dr Murielle SALVAT**,
CHU Grenoble
- **Dr Jérôme TAIEB**,
Aix-en-Provence
- **Dr Aurélie VEUGEOIS**,
IMM
- **M. Jean-Noël JACQUES**,
DG du CH Avignon
- **M. François MADELMONT**,
SPH Conseil
- **Dr Francis CHINAUD**,
DIM Haguénau
- **Dr Dominique COURCIER**,
DIM Aix-en-Provence
- **Mme Christine BRANCHE-REAU**,
Cadre infirmier IMM
- **Mme Aurore FOURNIER**,
Cadre de Santé CHU Grenoble
- **Mme Sendah NOUILI**,
Cadre de Santé CH Sud Francilien