

## — Le virage ambulatoire en SSR : une vision territoriale

- FHF SSR - Paris 22 novembre 2018
- Marc Pulik - directeur de la délégation départementale des Yvelines de l'ARS

## — Définition du « virage ambulatoire »

- « Le virage ambulatoire, aussi appelé «**déshospitalisation**», consiste principalement à écourter et même à éviter les séjours en milieu hospitalier en donnant davantage de services au plus près des milieux de vie, ....ou à domicile »
- « Revirement de politique dans le domaine de la santé publique qui consiste à favoriser la prestation de soins et de services de santé à des personnes qui sont capables de se déplacer pour les recevoir »
  - *Jean Rochon, Québec 1990-2000*
- « Le terme ambulatoire implique la prise en charge médicale d'un patient, sans hospitalisation, ou d'une durée de quelques heures »
- « Se dit d'un traitement durant lequel les activités normales du malade ne sont pas interrompues »

## — Donc le virage ambulatoire c'est :

- Certes l'Hôpital de jour de SSR....mais aussi :
- Hospitalisation à domicile
- Hôtel hospitalier
- Actes et consultations externes (ACE)
- Traitements complexes ambulatoires / prestation intermédiaire
- Rééducation à domicile (auto-rééducation, objets connectés....)
- Equipes mobiles
- Consultations avancées
- Réseaux
- SSIAD
- Soins de ville ....

*«Tous les modes de prise en charge qui permettent de raccourcir ou d'éviter une hospitalisation»*

# — Quels objectifs pour un HJ de SSR ?

- L'HJ n'a pas le même potentiel pour toutes les spécialités
  - Pédiatrie / adultes
- Quelles cibles potentielles à 3-5 ans ?
  - Pédiatrie 90 %
  - Cardio vasculaire >>> 50 %
  - Locomoteur > 50 %
  - Neurologique 30 à 40 %
  - Digestif métabolique endocrinien 20 % (plus si obésité)
  - Addictologie 20 %
  - Respiratoire 15 à 20 %
  - Gériatrie 10 %
  - Polyvalents ?
- *Indicateur*
  - *Nombre venues HJ / Nombre de venues HJ + nombre de journées HC*

— Pays-Bas (SSR hors gériatrique et polyvalent)

7 550 patients soit **11,5 % HC**, dont 480 enfants

58 000 patients soit **88,5 % HJ**, dont 14 000 enfants

# — Quelles conséquences sur ma DMS ?

Hospitalisation complète

Hospitalisation complète

Hôpital de jour HC->HJ

Hospitalisation complète

Hôpital de jour HC->Hj

HC MCO->HJ SSR

Ville->HJ SSR

# — Comment adapter mon organisation ?

— Ne jamais signer un CPOM qui lie virage ambulatoire et diminution de votre DMS

- Engagez-vous sur un IP-DMS
- DMS établissement < ou = à DMS régionale de la spécialité

— Modifications des conditions de travail

- En HJ plus technique
  - Plus de PM, rééducateurs++, moins ASD
- En HC patients moins autonomes « plus lourds »
  - Plus de soins (IDE, ASD++)

— Réfléchir les modes d'organisation

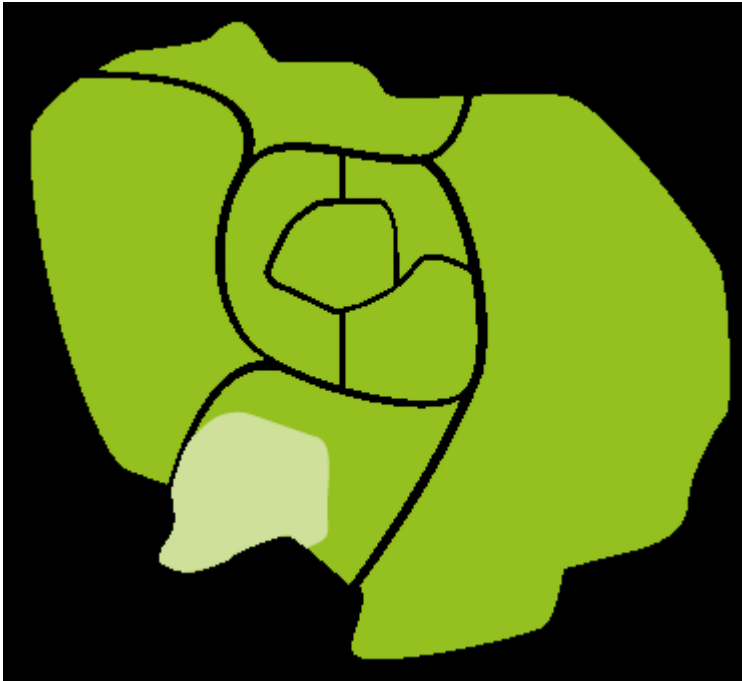
- Accessibilité transports
- Regroupement des HJ / taille citrique
- Proximité plateaux techniques / ouverture
- Une équipe dédiée / « un aiguilleur »
- Rotation des personnels

# — Quels objectifs pour une HAD ?

- Certes l'HAD peut raccourcir les hospitalisations
  - Recours globalement insuffisant
  - Et très hétérogène suivant les SSR
- Mais elle peut aussi les éviter ++
  - Intérêt du lien avec la ville
  - Avec les réseaux
  - Avec les équipes mobiles de SSR / Neuro AVC
- Élargir les capacités de l'HAD au champ du MPR
  - Le SSR devient « le bras armé spécialisé » d'une HAD généraliste
  - Signatures de contrat HAD généralistes / SSR MPR (94, 75, 77, 78, 93)

## — Quels objectifs pour une équipe mobile ?

- Une couverture (presque) totale du territoire
- Facilite le retour à domicile
- Facilite le maintien à domicile



16 équipes mobiles de  
réinsertion réadaptation



# Quelle déclinaison territoriale ?

## Création d'implantations HJ (2015)

- Adultes : 5 socles + 11 spécialités (91 en IdF)
- Enfants : 2 socles + 3 spécialités

## Une équipe mobile SSR Neuro AVC

- Couverture de tout le département
- 4 antennes géographiques

## Partenariats

- Public / public (Mantes / Meulan les Mureaux)
- ESPIC / ESPIC (CERSSY / Santé Service)
- Public / ESPIC (Houdan / Richebourg)
- Public / PL (Mantes / Oiseau blanc)

## Objectif : améliorer les parcours sur un territoire, sans rupture,

- au delà des statuts (EPS, PNL, PL)
- au delà des secteurs (sanitaire, médicosocial, social)

 **Travail d'animation territoriale de l'ARS**

## — Quel avenir pour les SSR ?

— Une mutation majeure est nécessaire

— Elle peut se résumer en deux mots : « ouverture » et « connexion »

— L'**ouverture** consiste à

- ancrer les SSR dans leur environnement
- abandonner un positionnement passif en « aval du MCO »
- développer une stratégie conquérante en direction des services de MCO et de la ville, du médico-social...

— La **connexion** va reposer sur l'appropriation et la participation active au co-développement de nouvelles technologies qui seront demain les pseudopodes de l'activité hors les murs de nos services de SSR.

**STOP !!**

Hôpital : soins aigus

Structures de Soins de Suite et de Réadaptation (en HC / en HJ)

Domicile, ESMS PA & PH

