



La lettre de la santé

UNE PUBLICATION DE LA FHP NOUVELLE-AQUITAINE



**[LA PRISE EN CHARGE
AMBULATOIRE
UNE NOUVELLE VISION
DE LA SANTÉ]**



n°2 OCTOBRE 2022

FHP FÉDÉRATION DE
L'HOSPITALISATION
PRIVÉE
Nouvelle-Aquitaine
Des hôpitaux et cliniques *à missions*

SOMMAIRE

DERNIÈRE MINUTE 4

ÉDITO 6

**L'AMBULATOIRE, UNE EXPERTISE
DU SECTEUR PRIVÉ DE LA SANTÉ
EN NOUVELLE-AQUITAINE** 8

**L'AMBULATOIRE : UNE NOUVELLE
VISION DE LA SANTÉ** 10

- Répondre aux enjeux de santé publique d'aujourd'hui et de demain
- Un levier puissant pour relever le défi démographique
- À tous les âges de la vie, privilégier la prévention
- Briser l'hospitalo-centrisme pour réussir la transition ambulatoire
- Renforcer les liens ville/hôpital
- Des gains pour les patients, les praticiens et la collectivité nationale

**UNE PRISE EN SOINS
SÉCURISÉE ET EFFICIENTE** 18

- Des investissements importants
- Un parcours patient revu en profondeur
- Des prises en soins de plus en plus complexes
- Le digital au service du soin

**LA RÉCUPÉRATION AMÉLIORÉE
APRÈS CHIRURGIE : L'AUTRE ATOUT
DE L'AMBULATOIRE** 32

- Une innovation du secteur privé
- Le patient acteur de son parcours de guérison
- Des apports avérés pour les patients

**L'AMBULATOIRE AU CŒUR
DES POLITIQUES PUBLIQUES** 34

- L'ambulatoire concerne toutes les pathologies
- L'HAD, l'outil indispensable de la prise en charge ambulatoire
- L'hôpital de jour, support méconnu des prises en charge
- PRADO : le programme de retour à domicile
- L'enjeu du financement de l'ambulatoire

**L'EXPERTISE AMBULATOIRE SPÉCIFIQUE
DU SECTEUR PRIVÉ EN NOUVELLE
AQUITAINE** 50

- Brive-la-Gaillarde, Angoulême, Montfort-en-Chalosse, Limoges, Talence, St-Martin de Seignanx, Périgueux, Arcachon, Guéret, Niort, La Rochelle, Soyaux, Bayonne, Langon, Agen.

UNE IDÉE REÇUE FACE À UNE RÉALITÉ 67

- L'idée reçue : les établissements privés paient mieux leurs salariés et débauchent dans le secteur public
- La réalité : Les difficultés de recrutement touchent l'ensemble du secteur.

**UN SECTEUR HOSPITALIER PRIVÉ
ET CITOYEN EN NOUVELLE-AQUITAINE** 68

- La FHP Nouvelle-Aquitaine en 10 chiffres clés
- Nos établissements sont des acteurs incontournables de la santé en Nouvelle-Aquitaine
- Nos établissements innovent et constituent le bras armé de la politique publique de santé
- Nous avons une empreinte économique et sociale forte, là où nous sommes implantés
- Les hôpitaux et cliniques privés en Nouvelle-Aquitaine, une offre de soins d'excellence
- Les établissements privés de santé sont avant tout des établissements de santé publique
- La carte des adhérents FHP NA

LA LETTRE DE LA SANTÉ 72

« LES CLINIQUES
ET HÔPITAUX PRIVÉS
DE NOUVELLE-
AQUITAINE SONT
LES LEADERS
DE L'AMBULATOIRE. »

Marie-France Gaucher,
présidente de la FHP Nouvelle-Aquitaine

[DERNIÈRE MINUTE]

L'AMBULATOIRE, LA CAUSE RÉELLE DE LA FERMETURE DE LITS D'HOSPITALISATION ?

Par **Philippe Choupin**, délégué régional de la FHP Nouvelle-Aquitaine



La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a publié le 26 juillet 2022 son ouvrage annuel « Les établissements de santé », sur la base des données 2020 disponibles. Il comprend 27 fiches thématiques dont l'une, intitulée « Les capacités d'accueil à l'hôpital », ne manque pas de retenir notre attention.

S'il ne bénéficie pas d'une surface médiatique ou institutionnelle large, l'ouvrage est très intéressant. Il permet de relativiser certaines idées reçues et de rappeler que la santé est un secteur complexe qui exige de sortir des sentiers battus et d'éviter les approches dogmatiques. Depuis le début de la crise sanitaire, certains acteurs hospitaliers dénoncent les fermetures de lits d'hospitalisation et expliquent que celles-ci seraient responsables de la situation sanitaire tendue et des dysfonctionnements de l'hôpital public.

La DREES confirme cette tendance. Elle évalue le nombre de fermetures de lits entre 2003 et 2020 à 81 000. Le nombre de lits dans l'offre de soins nationale, tous secteurs confondus, est passé sur cette période de 468 000 à 387 000. Elle note également que la baisse du nombre de lits est plus

marquée entre fin 2019 et fin 2020 (-1,2 %) que sur la période 2013-2019 (-0,9 % par an en moyenne). La DREES explique cette situation par le contexte de la crise sanitaire.

La DREES observe que « depuis la seconde moitié des années 1980, des innovations technologiques médicales et médicamenteuses, notamment en anesthésie, ont transformé les modes de prise en charge en faveur de l'hospitalisation partielle. Un nombre croissant de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.) sont effectuées en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation complète. Les capacités totales d'hospitalisation partielle atteignent ainsi 80 000 places fin 2020, soit 30 000 de plus que fin 2003 (+61,6 % en 17 ans). Entre fin 2019 et fin 2020, le nombre de places augmente de 1,7 %, un rythme inférieur à celui observé de 2013 à 2019 (+2,5 % par an en moyenne). Il est principalement porté par les cliniques privées, tandis que la crise sanitaire semble avoir freiné la dynamique dans les hôpitaux publics et les établissements privés à but non lucratif ».

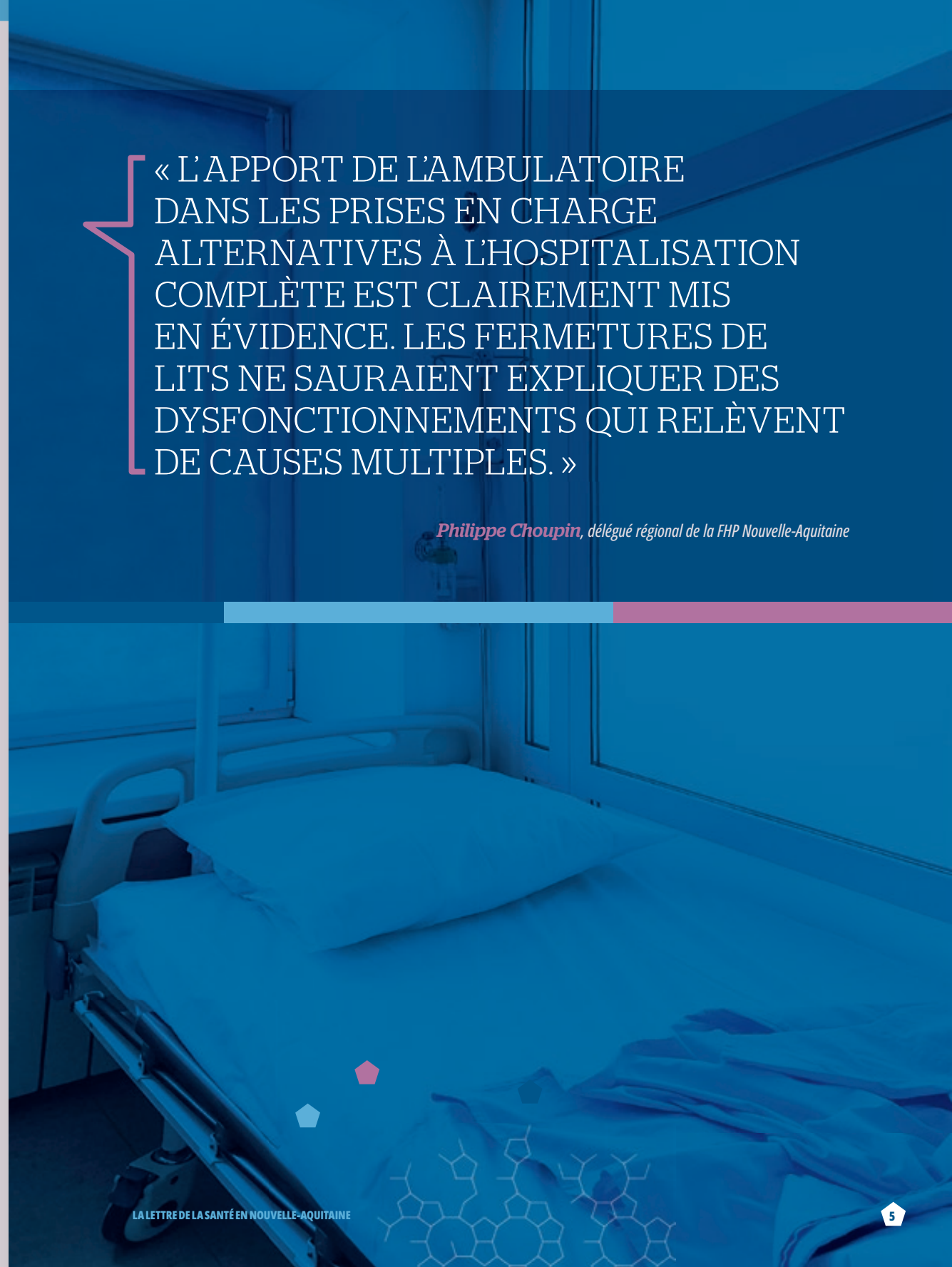
Ainsi, l'apport de l'ambulatoire dans les prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète est clairement mis en évidence. Les fermetures de lits ne sauraient expliquer des dysfonctionnements qui relèvent de causes multiples.

En revanche, l'investissement constant, volontariste et massif des hôpitaux et cliniques privés dans les prises en charge ambulatoires ainsi que les innovations qui leur sont liées, représente un apport considérable, peu connu et mal reconnu, à l'efficacité de notre système de santé public.

Ce numéro de la Lettre de la Santé en Nouvelle-Aquitaine illustre parfaitement cette réalité.

« L'APPORT DE L'AMBULATOIRE DANS LES PRISES EN CHARGE ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION COMPLÈTE EST CLAIEMENT MIS EN ÉVIDENCE. LES FERMETURES DE LITS NE SAURAIENT EXPLIQUER DES DYSFONCTIONNEMENTS QUI RELÈVENT DE CAUSES MULTIPLES. »

Philippe Choupin, délégué régional de la FHP Nouvelle-Aquitaine





« LES CLINIQUES ET HÔPITAUX PRIVÉS DE NOUVELLE- AQUITAINE SONT LES LEADERS DE L'AMBULATOIRE. »

Par **Marie-France Gaucher**, présidente de la FHP Nouvelle-Aquitaine

Faire « comme avant » n'est plus possible. Dans le secteur de la santé, comme dans bien des domaines, nous devons évoluer en permanence, nous adapter, proposer de nouveaux modes de prise en charge ainsi que des techniques médicales renouvelées afin de tenir compte des enjeux de santé publique ainsi que des contraintes politiques et financières. Nous devons prendre en considération les changements profonds qui interviendront dans les prochaines années, par exemple avec les impacts de la transition démographique.

L'ambulatoire, dans toute sa richesse, est l'un des défis de la médecine moderne. Avant tout, il constitue un extraordinaire atout afin d'apporter des réponses efficaces à la désertification médicale, un confort renouvelé pour le patient et il accompagne vers le virage domiciliaire promis pour nos aînés... Il constitue une réponse, même partielle, à une collaboration plus fluide et efficace entre praticiens et à un désengorgement des structures hospitalières

publiques et privées. Il permet également de mieux faire face à la pénurie de professionnels par une meilleure utilisation des compétences et une optimisation des plateaux techniques. Enfin, il ne faut pas sous-estimer son apport aux économies de santé, un enjeu collectif devenu incontournable.

Toutefois, la démarche ambulatoire est avant tout exigeante. En cela elle constitue un défi. Elle suppose une forte remise en question des pratiques installées et une revisite en profondeur des organisations. Dans un premier temps, elle nécessite des investissements financiers et humains significatifs pour poser les fondations d'une prise en soins ambulatoire sécurisée, confortable et bienveillante pour le patient ainsi que pour les soignants.

Ses apports pour le patient, la collectivité médicale et sociale sont réels et avérés. Encore faut-il que ce mode de prise en charge, encore récent, soit bien financé. Cet aspect ne saurait être minoré et il faudra

bien qu'il soit considéré avec attention, notamment dans la perspective de mieux accompagner les établissements qui l'ont adoptée. Car, et c'est une faiblesse notable de notre système de soins, les bonnes pratiques ne sont pas valorisées, ou trop peu. Les incitations financières sont encore trop souvent orientées vers les « mauvais élèves et leurs mauvaises pratiques » afin de les convaincre de se lancer...

En Nouvelle-Aquitaine, les cliniques et hôpitaux privés, MCO, SSR, HAD ou psychiatriques, sont tous impliqués dans une démarche ambulatoire ambitieuse. Ils ont consenti de grands efforts pour devenir des leaders incontestés dans cette prise en charge moderne et porteuse de la médecine de demain.

Ce second numéro de notre Lettre de la Santé est donc naturellement dédié à « La prise en charge ambulatoire, une vision moderne de la santé ». Nous faisons le choix d'expliquer, d'illustrer et

de proposer car nous croyons en l'avenir de cette pratique. Nous sommes également parfaitement conscients d'être des acteurs de l'offre de santé publique en Nouvelle-Aquitaine. Il est donc de notre devoir de participer à la réflexion collective et d'y tenir toute notre place.

Bonne lecture !

[L'AMBULATOIRE, UNE EXPERTISE DU SECTEUR PRIVÉ DE LA SANTÉ EN NOUVELLE-AQUITAINE]

Sources : Cabinet Altense Health Intelligence à partir de données PMSI 2020

Si les cliniques et hôpitaux privés de Nouvelle-Aquitaine ne représentent que 34 % de l'offre de soins régionale, leur expertise s'impose dans des domaines clés de santé publique. C'est le cas de l'ambulatoire. Nous vous proposons quelques chiffres qui illustrent cette excellence du secteur privé de la santé. Ils confirment que l'offre de soins ne peut se concevoir sans prendre en compte la réalité de tous les acteurs, quel que soit leur statut.

58 %

DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES SONT ASSURÉES EN NOUVELLE-AQUITAINE PAR LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS DE SANTÉ.

LES DÉPARTEMENTS OÙ LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EST LA PLUS DÉVELOPPÉE

- Navarre côte basque : **87 %** de l'activité en clinique ou hôpital privé
- Gironde : **68 %**
- Haute-Vienne : **69 %**
- Vienne **64 %**
- Charente-Maritime nord : **63 %**
- Charente-Maritime sud : **70 %**
- Dordogne: **71 %**
- Béarn-Soule : **68 %**

LES DÉPARTEMENTS OÙ LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EST LA MOINS DÉVELOPPÉE

- Corrèze : **61 %** de l'activité en clinique ou hôpital privé (25 % en secteur public et associatif)
- Deux-Sèvres : **52 %** de l'activité en clinique ou hôpital privé (48 % en secteur public et associatif)

Il est intéressant de noter que ces deux départements sont également sous-dotés en établissements hospitaliers privés.

69 %

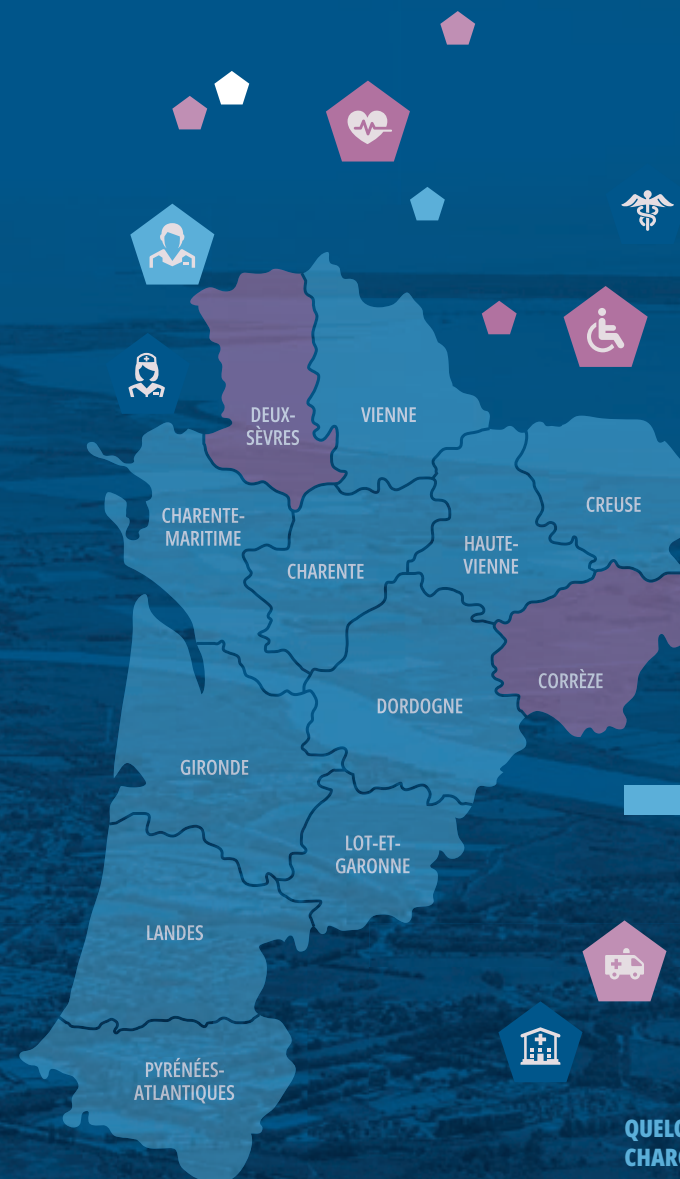
DES CHIRURGIES AMBULATOIRES RÉGIONALES SONT ASSURÉES PAR LE SECTEUR PRIVÉ DE LA SANTÉ

La récupération améliorée après chirurgie (RAAC) est un élément de confort du patient que nous développons dans cette Lettre de la Santé, indissociable d'une prise en charge ambulatoire.

Les établissements de santé privés s'imposent nettement comme les experts de l'application de procédures RAAC pour leurs interventions chirurgicales. Le privé réalise **35 %** de l'activité RAAC en Nouvelle-Aquitaine contre **14 %** pour le secteur public.

QUELQUES EXEMPLES DE TAUX DE PRISE EN CHARGE RAAC DU SECTEUR PRIVÉ DE LA SANTÉ

- Charente-Maritime nord : **75 %** (27 % en secteur public et associatif)
- Navarre-côte basque : **50 %** (11 % en secteur public et associatif)
- Dordogne : **47 %** (NS % en secteur public et associatif)
- Landes : **44 %** (14 % en secteur public et associatif)





« NOUS NOUS ADRESSONS
À TOUS, LES PATIENTS,
LES AIDANTS ET LES
PROFESSIONNELS
DE SANTÉ. »

◆ Focus

La PTA-DAC 33 : informer, conseiller, orienter

Bastien Labarsouque est infirmier-coordonateur au sein de la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) de Gironde. Un numéro unique, au service des patients, des aidants et des professionnels, afin de les accompagner, de les orienter et de les coordonner pour une prise en charge adaptée.

“ Pouvez-vous nous expliquer ce qu'est la PTA 33 ?
Bastien Labarsouque : PTA signifie Plateforme Territoriale d'Appui. Il faut désormais parler de PTA-DAC 33. DAC est la nouvelle terminologie, Dispositif d'Appui à la Coordination. Celle de Gironde est en place depuis le 1^{er} septembre 2021. En Nouvelle-Aquitaine, il y a une PTA-DAC par département. C'est la volonté de l'ARS. Nous avons trois missions : Information/ Conseil/Orientation, Appui à la coordination et Animation territoriale. Nous sommes joignables par le biais d'un numéro régional unique, le 0 809 109 109. Les acteurs de santé peuvent nous joindre, ils sont géolocalisés et renvoyés vers leur interlocuteur référent. Nous avons également un logiciel commun au niveau de la Nouvelle-Aquitaine, Paaco-Globule.

Les patients peuvent également vous joindre ?

Bastien Labarsouque : Nous nous adressons à tous, les patients, les aidants et les professionnels de santé. Nous sommes un guichet unique. Nous déterminons les besoins et identifions ensuite les professionnels susceptibles d'y répondre. Nous évaluons avec le patient quel est son degré d'autonomie : en fonction de sa situation, on détermine l'intensité nécessaire de notre intervention.

Quels sont les besoins des professionnels qui vous appellent ?

Bastien Labarsouque : En général, ce sont des professionnels qui rencontrent une difficulté par rapport à un patient qu'ils suivent. Souvent, ce sont des infirmiers, l'hôpital, les médecins spécialistes... Nous prenons contact avec le médecin traitant et les acteurs du territoire et nous déterminons les moyens à déployer. On intervient dans tous les champs, médical, social et médico-social. Mais nous n'avons pas vocation à réaliser les missions des professionnels déjà implantés sur les territoires.

La PTA-DAC constitue donc un outil de lutte contre l'isolement social et la désertification médicale.

Bastien Labarsouque : Le système a été très impacté par la crise sanitaire mais nous œuvrons aux côtés des acteurs pour fluidifier au maximum la parcours de soins. Notre rôle est également de faire remonter les manques auprès de l'ARS. Nous sommes un relais du domicile pour les sorties d'hospitalisation, c'est l'une de nos missions fortes. Il s'agit de contribuer à libérer l'aval. Enfin, nous sommes un support du médecin traitant afin de mettre en œuvre le meilleur parcours patient possible. Nous intervenons sur les situations les plus compliquées et coordonnons sur le long terme pour garantir le maintien des soins.

L'AMBULATOIRE : UNE NOUVELLE VISION DE LA SANTÉ

L'ambulatoire reste un mode de soin assez méconnu. Pourtant, il s'agit d'un enjeu prioritaire de santé publique, en France et dans bien d'autres pays. Ce nouveau modèle de santé offre de multiples bénéfices, notamment pour le patient qui est au centre du dispositif. Il répond à nos enjeux de société d'aujourd'hui et de demain, il propose une sécurisation de la prise en charge médicale et chirurgicale, tout en permettant à la personne malade d'être présente au sein des établissements le moins longtemps possible. L'ambulatoire, c'est une nouvelle vision, et déjà une réalité, de la santé, particulièrement adaptée aux enjeux de nos sociétés modernes.

[RÉPONDRE AUX ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE D'AUJOURD'HUI ET DE DEMAIN]

Notre système de santé est confronté à bien des défis : désertification médicale, transition démographique, place centrale du patient, approche plus préventive, transition numérique, nouvelles attentes des soignants, complémentarités public-privé, enjeux organisationnels, approches territoriales affinées, etc. Nos politiques publiques sont mobilisées pour apporter des réponses afin de redynamiser une offre de soins dont on perçoit bien qu'elle est en difficulté. Elle a, certes, affronté la crise sanitaire, notamment grâce à ses professionnels, mais elle reste pétrie de blocages internes souvent créés par des approches corporatistes, des clivages public-privé, parfois artificiels, une résistance avérée à tout changement, à toute réforme voire à toute expérimentation. L'ambulatoire est au confluent de ces défis. Il constitue une réponse concrète à un bon nombre d'entre eux.

Le secteur privé de la santé s'en est emparé très tôt. Il a pris une avance notable dans cet enjeu de santé publique, désormais épine dorsale de notre offre de soins et qui sera amené à prendre une place toujours plus importante dans la prise en charge des patients. Ce déploiement se réalise au bénéfice de tous : patients, soignants, organisation générale, lutte contre les déserts médicaux, finances publiques... Le développement de l'ambulatoire est avant tout une avancée extraordinaire au service des patients, de leur confort, de leur rétablissement et de la prévention des réhospitalisations. Il recouvre un grand nombre d'activités, de la chirurgie à la médecine en passant par l'obstétrique ou les soins de suite. L'avance des hôpitaux et cliniques privés dans la mise en place et la généralisation de la prise en soins ambulatoire leur permet de proposer des innovations notables comme, par exemple, la récupération améliorée après chirurgie (RAAC).



Assemblée générale de la FHP Nouvelle-Aquitaine en septembre 2021



« LE PREMIER
RECOURS EST
AU CŒUR DE LA
PRISE EN CHARGE
AMBULATOIRE. »

◆ Focus

Le premier recours est le cœur de la prise en charge ambulatoire

Didier Simon est médecin généraliste à Mont-de-Marsan. Il est membre de l'URPS¹ et président de l'association Agoralib² qui promeut le développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) en Nouvelle-Aquitaine.

« En tant que médecin généraliste, vous utilisez l'ambulatoire ?
Docteur Simon : Bien sûr. Le premier recours est même au cœur de la prise en charge ambulatoire. Le médecin généraliste était auparavant dans une relation unique avec son patient. Il y avait un clivage avec les autres acteurs du soin. Ce n'était satisfaisant pour personne. Aujourd'hui, les patients complexes, le développement des maladies chroniques, nécessitent une autre approche. La logistique ambulatoire répond à ces situations.

Votre cabinet est organisé en ce sens.
Docteur Simon : Nous sommes un cabinet de 4 médecins généralistes et 2 infirmières Asalée (Action de santé libérale en équipe). Leur apport est très précieux, notamment dans le suivi des patients atteints de maladie chronique ainsi que dans les actions de prévention ou encore l'accompagnement du sevrage tabagique. Nous avons donc une coordination très forte au sein même du cabinet. Nous accueillons également des internes que nous formons. Tout cela repose sur une bonne organisation et une excellente communication entre professionnels.

Cette organisation dépasse le cabinet.
Docteur Simon : Nous sommes en effet membres d'une communauté professionnelle de santé (CPTS). Cette organisation permet d'intégrer une offre de soins globale qui inclut l'hôpital, public ou privé, les Ehpad et le CCAS/CIAS.
À votre niveau, comment se déroule la prise en charge ambulatoire ?
Docteur Simon : Nous intervenons à tous les niveaux. Nous sommes la porte d'entrée vers le système de soins. Outre l'amont, nous intervenons également en aval. Nous suivons les patients en sortie d'hospitalisation ou après une chirurgie ambulatoire. On intervient alors en coordination avec l'infirmière mais on peut également mobiliser d'autres professionnels comme le kinésithérapeute. Nous sommes coordinateurs des différents intervenants comme l'hôpital, éventuellement l'HAD et nous sommes un repère pour le patient. C'est important car il s'agit bien d'un parcours de soins identifié dans lequel le patient est au centre du dispositif.

 Entretien avec... Pascale Perdon

L'expérience, un soutien pour les prises en charge ambulatoires

Pascale Perdon est infirmière libérale. Elle explique les avantages de la prise en charge ambulatoire et relève un inconvénient...

“ Vous suivez beaucoup de patients à la suite d’une chirurgie ambulatoire ?

Pascale Perdon : Nous en avons de plus en plus. Les cliniques nous adressent des patients. Je réalise surtout des prestations sur la douleur et des perfusions en collaboration avec des prestataires.

Avec le PRADO, vous devez également avoir plus de patients ?

Pascale Perdon : Eh bien non ! D’ailleurs, l’URPS a fait remonter ce que nous considérons comme une anomalie. En effet, la Sécurité sociale nous indique qu’elle peine à trouver des infirmières dans le cadre de la démarche PRADO, sur la métropole bordelaise. Or, nous constatons que nous ne sommes quasiment jamais contactés pour du PRADO... Nous craignons que certains prestataires ne fonctionnent qu’en « circuit fermé » avec certains professionnels. Une telle pratique, si elle était confirmée, serait contraire à l’intérêt général.

 L'EXPÉRIENCE AU SERVICE DE LA PROFESSION



Pascale Perdon est infirmière depuis 32 ans. Après une dizaine d’années en centre hospitalier, dans des services de néphrologie, ORL, néonatalité et aux urgences, elle opte pour le statut libéral en 2000. Elle passe deux DU, en plaies et cicatrisation ainsi qu’en soins palliatifs, et s’installe à Caudéran. Depuis quelques années, elle a décidé de s’impliquer dans la profession. Elle est aujourd’hui, en plus de son activité professionnelle, présidente du SNIL en Gironde, vice-présidente de l’URPS Infirmiers. Elle est également élue à la Chambre disciplinaire de l’Ordre Infirmier.

[UN LEVIER PUISSANT POUR RELEVER LE DÉFI DÉMOGRAPHIQUE]

Le nombre de Français âgés de 75 à 84 ans va connaître une augmentation très forte d’ici à 2030 de 49 % !

En 2030, ils seront plus de 6 millions. Dès lors, on comprend que nous sommes face à un défi de société qui ne saurait être ignoré. Il est évident que le quinquennat et la législature qui commencent devront prendre des dispositions d’ampleur, vraisemblablement législatives, pour revoir en profondeur notre organisation afin de procurer à nos concitoyens seniors des conditions et un confort de vie adaptés à leurs légitimes attentes.

La vie au domicile est l’une de ces attentes. Elle est fortement ancrée et répond à l’angoisse, bien légitime, de l’entrée éventuelle en institution, notamment dans le cas d’une grande dépendance. C’est bien là que réside notre enjeu collectif : permettre une vie au domicile confortable, prévenir les dépendances diverses et assurer des prises en soins, lorsque c’est nécessaire, qui garantissent un retour au domicile des personnes âgées. Il convient de s’extirper des slogans et des promesses vaines. Si nous envisageons une vie au domicile pour nos aînés, confortable et sécurisée, il sera inévitable de mettre en place des filières ambulatoires adaptées et configurées pour assumer des niveaux de prise en soins élevés.

Hôpital de jour, hôpital à domicile, mobilisation des différents professionnels libéraux (médecins, infirmiers et paramédicaux) mais également un recours plus volontaire au digital seront des outils indispensables pour une meilleure prise en soins. L’enjeu sera bien de prévenir les pathologies, de permettre une prise en charge adaptée et d’éviter les hospitalisations inutiles, sources de stress et de démobilisation de la personne âgée. L’ambulatoire est bien la pierre angulaire de la vie au domicile pour les personnes âgées.

[À TOUS LES ÂGES DE LA VIE, PRIVILÉGIER LA PRÉVENTION]

La prévention est une priorité souvent promise, jamais vraiment engagée de nos politiques de santé. Nous privilégions toujours une approche curative de la médecine alors qu’une meilleure prévention aurait un impact fort sur l’amélioration globale de la santé des Français et, probablement, sur les finances publiques.

Là encore, l’ambulatoire est une piste de solution. Il permet déjà des prises en charge préventives, par exemple dans le suivi de maladies chroniques. Il est d’ores et déjà l’outil idéal afin de prévenir les réhospitalisation en favorisant une prise en charge à proximité du domicile en soins de suite, par exemple, voire directement au domicile grâce à l’hôpital à domicile (HAD). Néanmoins, nous pourrions renforcer notablement ces apports.

Pour atteindre cette ambition, il est indispensable de développer les hôpitaux de proximité, qui peuvent devenir des lieux de prise en soins ambulatoire ou de réalisation de bilans préventifs. Le recours plus massif à l’hôpital de jour qui permet, en quelques heures, de réaliser un bilan complet, y compris avec l’appui de la radiographie, pour un patient constitue une étape incontournable.

Il s’agit de remettre en question quelques idées reçues et de mobiliser l’ensemble des professionnels du soin, libéraux de ville et institutions.

« EN 2030, ILS SERONT PLUS DE 6 MILLIONS. DÈS LORS, ON COMPREND QUE NOUS SOMMES FACE À UN DÉFI DE SOCIÉTÉ QUI NE SAURAIT ÊTRE IGNORÉ. »

« LE PATIENT PEUT RENTRER CHEZ LUI APRÈS SON INTERVENTION CHIRURGICALE ET IL A LA GARANTIE D’ÊTRE BIEN PRIS EN CHARGE. »

De votre point de vue, quels sont les avantages de l’ambulatoire ?

Pascale Perdon : Il y a de nombreux avantages et un petit inconvénient. Pour le patient, c’est assez confortable de rentrer à la maison. Il y a d’énormes progrès dans la prise en charge de la douleur, c’est vraiment bien. Le patient peut rentrer chez lui après son intervention chirurgicale et il a la garantie d’être bien pris en charge. Pour nous, c’est également appréciable parce que nous disposons d’un contact référent à la clinique.

Et l’inconvénient ?

Pascale Perdon : Parfois, lorsque le patient sort tardivement de l’hôpital, il peut être compliqué pour nous de joindre un professionnel, en cas de besoin. Cela peut surtout poser un problème pour nos jeunes collègues, qui peuvent être exposés à des situations difficiles, comme des points de suture qui cèdent. Mais c’est très rare. L’expérience est un vrai soutien dans l’ambulatoire.

Vous avez des retours de vos patients ?

Pascale Perdon : Dans l’ensemble, ils sont satisfaits. Certains nous font la réflexion « *aujourd’hui, on ne reste pas à l’hôpital !* ». On perçoit bien un changement en profondeur de la prise en charge. D’une certaine façon, cela participe à la valorisation de la profession d’infirmier.

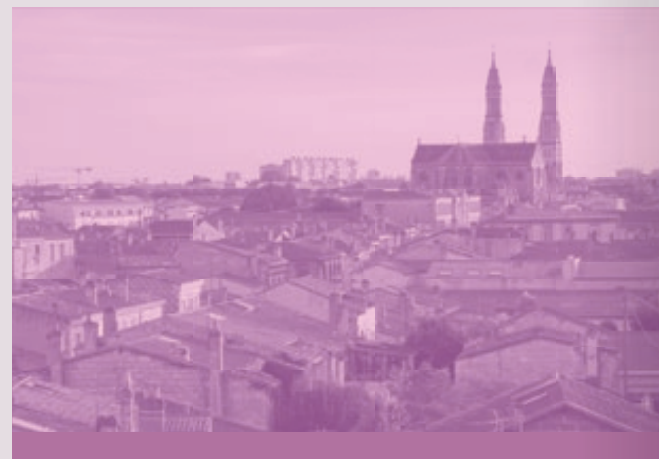
[BRISER L'HOSPITALO-CENTRISME POUR RÉUSSIR LA TRANSITION AMBULATOIRE]

L'hôpital public est embolisé, ses praticiens, paramédicaux ainsi que ses agents sont en souffrance. Cette situation est bien réelle. Elle pourrait toutefois trouver des pistes de solution si certains tabous étaient enfin remis en question. Parmi eux, la fracture entre le secteur privé et le secteur public, largement artificielle, est vraisemblablement l'une des causes principales de la déperdition en énergie humaine et financière que connaît notre système de soins. Or, cette tentative permanente de repli sur soi, de défense de corporatismes dépassés, coûte cher à la collectivité. Pourtant, la crise sanitaire a révélé l'immense réserve de compétences, de bienveillance et d'expertises de nos acteurs de santé, quel que soit leur statut¹. Libéraux, paramédicaux et médecins, hôpitaux publics et privés, les acteurs de la santé sont capables du meilleur lorsqu'ils se coordonnent et acceptent de travailler ensemble.

L'une des raisons de l'embolisation de l'hôpital est probablement qu'il est devenu, au fil du temps, un lieu de soins de premier recours. Ainsi, il pâtit de défaillances en amont et en aval. En amont, les recours aux urgences pourraient être évités si les professionnels libéraux avaient la capacité de prendre en charge des pathologies qui sont adressées à l'hôpital par manque de temps. En aval, des lits restent occupés faute de disponibilités en soins de suite, par exemple. Certains patients pourraient également retourner à leur domicile, notamment grâce à une prise en charge en hôpital à domicile, pour peu que celle-ci soit connue des professionnels et utilisée plus facilement. Les différents modes de prise en charge ambulatoire sont autant de moyens de soulager les hôpitaux publics et privés.

[RENFORCER LES LIENS VILLE/HÔPITAL]

La coordination entre professionnels est un élément clé de la prise en charge ambulatoire. Il est crucial d'associer médecins de ville et infirmiers au suivi ambulatoire. Ils seront, dans bien des cas, les garants de la réussite de la démarche et du rétablissement rapide du patient. C'est l'une des nombreuses vertus de la prise en charge ambulatoire, elle favorise la collaboration entre professionnels de santé au bénéfice du patient. Une collaboration plus fluide entre acteurs de santé permet une offre de soins plus efficiente et globalement moins coûteuse pour la collectivité nationale. En effet, les actes sont optimisés et il y a moins de perte d'énergie humaine et financière. En outre, chaque professionnel est reconnu comme un acteur de la prise en charge, dans ses expertises et compétences.



1. La Lettre de la Santé#1, disponible sur demande (voir fin de cet ouvrage)

[DES GAINS POUR LES PATIENTS, LES PRATICIENS ET LA COLLECTIVITÉ NATIONALE]

L'ambulatoire, par la profondeur des prises en soins qu'il permet, par la mobilisation de tous les professionnels de santé, au-delà des frontières de statut, par l'implication du patient dans son parcours de soins, est un atout bénéfique pour tous.

Les multiples exemples que nous développons dans cet ouvrage montrent à quel point les bénéfices pour les patients sont importants et garantissent une guérison plus rapide et confortable. Dans le cas d'une intervention chirurgicale, le patient est pris en charge sur quelques heures, dans des conditions qui limitent au maximum le stress pendant sa présence à l'hôpital, notamment grâce au Fast-Track ou « patient debout » (voir page 52) ainsi qu'aux apports des nouvelles approches anesthésiques et chirurgicales. Ensuite, il peut regagner son domicile dans la journée, à peine quelques heures après l'intervention, et entamer sa convalescence dans un environnement familial, confortable, auprès de ses proches et sécurisé au plan médical grâce aux professionnels mais également à l'apport de la télé-médecine. En ce qui concerne la médecine, l'hôpital de jour présente des atouts incontestables. Il permet de concentrer sur une journée voire une demi-journée tous les rendez-vous nécessaires pour le suivi du patient atteint d'une maladie chronique ou en attente d'un diagnostic. Il pourra bénéficier de prises de sang, de rendez-vous avec des spécialistes ainsi que de radios, y compris scanner et IRM, en cas de besoin. Moins de fatigue, moins d'anxiété, moins de transports et plus de sérénité, de simplicité et de rapidité dans la prise en charge sont quelques-uns des bénéfices pour le patient. Pour les personnes âgées, on sait qu'une hospitalisation peut avoir des répercussions importantes sur leur autonomie. L'ambulatoire permet de limiter considérablement les pertes de repères et assure une remobilisation rapide. En ce qui concerne les patients actifs, l'ambulatoire leur assure une convalescence plus rapide et une reprise de l'activité professionnelle dans un délai en rapport avec leur pathologie. En outre, le recours à l'ambulatoire limite considérablement l'exposition du patient aux risques

« EN CE QUI CONCERNE LA MÉDECINE, L'HÔPITAL DE JOUR PRÉSENTE DES ATOUTS INCONTESTABLES. »



d'une maladie nosocomiale dont on sait qu'elle constitue un point d'attention particulier pour toute hospitalisation. Pour les praticiens et les établissements, les apports sont également considérables. Parmi eux, la satisfaction du patient est un atout central, comme la limitation des risques d'infection ou des séjours en hospitalisation complète. C'est un point qui n'est sans doute pas essentiel mais bien réel, l'ambulatoire génère des économies dans la prise en charge et donc pour le budget de la Sécurité sociale. En outre, il permet la prise en soins d'un plus grand nombre de patients, il apporte une réponse simple à la désertification médicale en proposant des soins de haute qualité et technicité sur un temps très court. Ainsi, les patients qui habitent à la campagne, par exemple, peuvent être soignés dans les meilleures conditions possible, en ambulatoire.



UNE PRISE EN SOINS SÉCURISÉE ET EFFICIENTE

La prise en charge ambulatoire, notamment en chirurgie, est parfois caricaturée comme une offre de soins qui serait dédiée à la « bobologie ». Rien n'est plus faux. En réalité, outre ses apports importants pour le confort du patient, l'ambulatoire est devenu un mode de prise en soins qui permet des interventions chirurgicales lourdes. Il convient également de préciser que la prise en charge ambulatoire nécessite une remise en question organisationnelle, managériale et architecturale profonde. Elle impose des investissements financiers et humains conséquents. Les acteurs privés de santé, habitués à l'agilité et à l'adaptation, s'en sont emparés très rapidement. Ce n'est pas un hasard s'ils sont aujourd'hui leaders dans l'ambulatoire, un élément incontournable et central de la médecine moderne.

[DES INVESTISSEMENTS IMPORTANTS]

Les établissements de santé privés de Nouvelle-Aquitaine représentent 34 % de l'offre de soins régionale mais réalisent 58 % des actes chirurgicaux et sont clairement devenus experts dans les actes ambulatoires en chirurgie puisqu'ils prennent en charge 66 % d'entre eux au plan régional. C'est dire si les cliniques et hôpitaux privés régionaux ont perçu très tôt l'intérêt des prises en charge ambulatoires et ont mobilisé les moyens nécessaires afin d'en devenir leaders.

La mise en place d'une chirurgie ambulatoire au sein d'un établissement hospitalier, quel que soit son statut, impose une profonde réflexion et, souvent, une restructuration de l'établissement. Si la démarche peut être plus simple au plan du bâtiment en cas de construction neuve, elle peut se révéler extrêmement complexe lorsqu'il s'agit d'une rénovation. Elle mobilise des ressources humaines et financières à la taille de l'enjeu. Ainsi, la polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine a lancé la construction, à Bordeaux, de son bâtiment autonome CAPNOVA, intégralement dédié à la prise en charge ambulatoire. Sur 8 000 m², le patient disposera de deux étages dédiés aux consultations et de deux étages entièrement consacrés à l'hospitalisation ambulatoire, pour la chirurgie ou l'endoscopie. Chaque étage s'étendra sur 2 000 m² et a été pensé pour la prise en charge ambulatoire en plaçant le patient au centre de sa conception. Un investissement de 25 millions d'euros est consenti pour la construction de ce fleuron de l'ambulatoire en Nouvelle-Aquitaine, dont l'inauguration est prévue pour avril 2023.

Cette construction d'un établissement neuf permet la mise en place des dernières innovations et, surtout, une conception centrée sur le parcours du patient. Ce qui est bien essentiel dans la prise en charge ambulatoire. Ainsi, dans la majorité des cas, le patient se rendra au bloc opératoire, debout, en marchant. Il s'agit d'un facteur déterminant d'apaisement pour une chirurgie. Le patient est plus serein, plus confiant et sa récupération sera donc plus rapide. Après l'intervention, différents parcours personnalisés seront proposés avec une surveillance adaptée, dans une « salle de cocons », véritable lieu de réveil en douceur et sous le contrôle de professionnels médicaux et paramédicaux spécifiquement formés. Ensuite, le patient pourra quitter CAPNOVA en toute quiétude. Un dispositif de suivi digital sera proposé en plus du suivi médical classique. Construction de bâtiment neuf, restructuration de l'existant, reconfiguration de chambres d'hospitalisation complète... Il existe de multiples façons de transformer un établissement afin de l'adapter à la prise en charge ambulatoire. Celle-ci n'est d'ailleurs pas que chirurgicale, elle peut être également médicale, c'est par exemple le cas des chimiothérapies qui peuvent être administrées dans un contexte sécurisé.

« CETTE CONSTRUCTION D'UN ÉTABLISSEMENT NEUF PERMET LA MISE EN PLACE DES DERNIÈRES INNOVATIONS ET, SURTOUT, UNE CONCEPTION CENTRÉE SUR LE PARCOURS DU PATIENT. »



Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine • Gironde (33)





La reconfiguration de la Clinique du Parc à Périgueux

Déjà très impliquée dans l'ambulatorio, la Clinique du Parc fait face à la limite posée par des contraintes de bâtiments anciens. Elle travaille à un projet ambitieux de construction d'un nouveau bâtiment. Une modernisation soutenue par un investissement de 40 millions d'euros.

“ Votre établissement est-il très spécialisé dans les prises en charge ambulatoires ?

Séverine Estragnat : Selon les indicateurs ARS, notre taux d'ambulatorio est de 78 %. C'est déjà remarquable. Si l'on tient compte des examens d'endoscopie digestive, on atteint 84 %.

Dr Olivier Touchard : Les activités historiques de la Clinique du Parc étaient composées de spécialités très adaptées aux pratiques ambulatoires, ORL, ophtalmologie, vasculaire, etc. On a donc pu déployer rapidement et avec efficacité l'ambulatorio.

Pour l'ambulatorio, on évoque souvent la cataracte, mais il y a désormais des prises en charge plus complexes...

Dr Olivier Touchard : C'est vrai que nous pratiquons beaucoup de cataractes. Il s'agit d'un besoin de la population, en lien avec son vieillissement. Toutefois, désormais, l'ambulatorio concerne, en effet, des interventions plus conséquentes. En ophtalmologie, il y a la rétine, par exemple. Dans ma spécialité, l'orthopédie, la chirurgie de réparation de la coiffe des rotateurs est une intervention complexe et qui peut être douloureuse pour le patient. En fait, l'ambulatorio est une décision des médecins, ensuite c'est l'organisation qui déterminera la capacité à faire, ou pas.

Séverine Estragnat : Nous avons un dispositif de prise en charge ambulatoire qui est très au point avec des équipes médicales et paramédicales coordonnées. L'information du patient, la prise en compte de ses contraintes, de ses appréhensions, sont cruciales. Par exemple, nous avons des patients que nous devons prendre en charge en hospitalisation complète parce qu'au domicile, ils sont seuls.

Lorsqu'on atteint de tels niveaux, peut-on encore augmenter le taux d'ambulatorio ?

Dr Olivier Touchard : Nous avons des réserves de progression par rapport à ces patients que nous devons prendre en hospitalisation complète alors qu'un suivi avec une infirmière à domicile suffirait, selon moi. Des règles, parfois un peu dépassées, constituent un frein à l'ambulatorio.

Séverine Estragnat : Nous réalisons 10 000 interventions par an mais nous restons une petite clinique, assez ancienne dans sa conception. Pour la prise en charge ambulatoire, nous sommes limités par les contraintes de notre bâtiment. On a aménagé des salons ambulatoires en restructurant des chambres. On a un projet de restructuration ambitieux. Ici, en Dordogne, nous avons 45 % des chirurgies de nos spécialités qui sont réalisées hors du département. Ce n'est pas acceptable.

OLIVIER TOUCHARD, MÉDECIN ACTIONNAIRE



Ouest, à Périgueux. « J'ai eu la chance de pouvoir racheter notre établissement avec mes collègues médecins en 2019 ». Il en est le PDG.

Après des études à Bordeaux, un internat et un clinicat à Nancy, le **Docteur Touchard** s'est installé à Aix-en-Provence. Il est ensuite revenu dans le Sud-

Pouvez-vous nous en dire plus au sujet de votre projet ?

Dr Olivier Touchard : Il y a un vrai besoin de relocaliser de la médecine et de la chirurgie en Dordogne. Nous souffrons d'une offre de soins limitée, d'une pénurie de médecins et notre établissement est complètement imbriqué au centre-ville. Nous allons construire un nouveau bâtiment conçu pour le court séjour et implanté au bord de l'A89. Il sera dédié au court séjour, avec un grand parking, des installations d'accueil modernes, il disposera d'un SMR en hôpital de jour. Nous proposerons un parcours de soins complet aux patients avec un hôtel hospitalier pour répondre aux problématiques spécifiques de notre vaste territoire.

Séverine Estragnat : Cela représente 40 millions d'euros d'investissement. Nous poserons la première pierre en juillet 2023 pour une inauguration en 2025.

Dr Olivier Touchard : Le fait que l'établissement appartienne à ses praticiens est une grande chance. Notre défi est d'en attirer de nouveaux. Nous leur ouvrons notre capital systématiquement s'ils le souhaitent. C'est un atout. Avec ce nouvel établissement, des praticiens nous rejoignent déjà !

« NOUS AVONS UN DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE QUI EST TRÈS AU POINT AVEC DES ÉQUIPES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES COORDONNÉES. »

UNE JEUNE DIRECTRICE EN SYMBIOSE AVEC L'ÉQUIPE DE PRATICIENS



Après un master en physiopathologie de l'exercice à Paris Descartes/Paris 13 et quelques années d'expérience, **Séverine Estragnat** se lance dans un master en gestion des établissements de santé à l'INSEEC Bordeaux. En 2011, elle est d'abord stagiaire au sein de la Clinique du Parc, puis elle devient salariée à mi-temps avant de signer un contrat plein temps. Elle connaît très bien la clinique. Elle est désormais directrice de l'établissement. « J'apprécie de travailler avec les praticiens actionnaires. Ils portent des projets ambitieux. La mission est passionnante. »



Ramsay Santé Clinique Belharra • Pyrénées-Atlantiques (64)



À Bayonne, la naissance d'un hôpital privé

La clinique a été ouverte en 2015. Ce nouvel établissement privé a été conçu autour du patient. Il intègre, dès sa conception, les enjeux de la prise en charge ambulatoire et de la récupération après chirurgie. Son directeur délégué explique sa genèse.

“ L'hôpital privé Belharra est le fruit de la fusion de plusieurs établissements.

Richard Legeaye : Quatre cliniques, installées historiquement au centre-ville de Bayonne, ont fusionné pour créer Belharra. Chacune d'elles était engagée dans une démarche ambulatoire mais qui restait limitée en raison des contraintes imposées par des bâtiments anciens et d'une implantation en centre-ville. Belharra a été l'occasion de partir d'une feuille blanche autour du parcours patient.

Comment avez-vous pensé ce parcours patient ?

Richard Legeaye : On s'est fixé quatre priorités. La première priorité était de créer un environnement le plus hôtelier possible malgré la technicité des interventions pratiquées. Nous souhaitons aussi privilégier au maximum un patient autonome. La troisième priorité a été de mettre en place un circuit avec une durée de séjour rapide. On a réduit les étapes, le patient doit avoir l'impression d'avancer, d'être dans une marche en avant. Enfin, nous souhaitons rapprocher la zone de surveillance postopératoire du praticien. Elle est donc placée au sein même du plateau technique.

Concrètement, comment cela se passe-t-il pour un patient ?

Richard Legeaye : Tous nos patients sont accueillis de la même façon. Ils patientent dans un salon hôtelier confortable. Ensuite, une infirmière appelle le patient et le conduit vers un ascenseur privatif qui le mène directement au premier étage où un

« LA PREMIÈRE PRIORITÉ ÉTAIT DE CRÉER UN ENVIRONNEMENT LE PLUS HÔTELIER POSSIBLE MALGRÉ LA TECHNICITÉ DES INTERVENTIONS PRATIQUÉES. »

professionnel du soin l'accueille et l'accompagne au vestiaire. Il enfle alors sa tenue de personne opérée. Il passe ensuite en zone préopératoire où il attend dans un salon. Il est alors toujours autonome et debout ou couché si l'intervention nécessite une préanesthésie. Il passe ensuite, debout en fonction de l'intervention, en salle d'opération. On a dès lors deux circuits, un pour les interventions rapides ou très rapides, et un autre pour les circuits longs.

Comment cela se passe-t-il pour les interventions rapides ?

Richard Legeaye : Après l'intervention, le patient est conduit dans un salon qui est au sein même du plateau technique, à proximité immédiate du bloc opératoire. Ces salons sont équipés comme une salle de réveil avec un environnement technique adapté. Un système de scores, en lien avec la RAAC¹, permet de gérer sa sortie. Dès qu'il atteint un certain score, son emplacement est isolé, on ferme la porte coulissante et il se retrouve dans une sorte de cocon personnel, avec la possibilité d'utiliser une tablette, par exemple. Puis dès qu'il passe un autre score, il va dans le vestiaire. Après une collation, il peut rentrer chez lui.

Il y a une différence pour le circuit long ?

Richard Legeaye : Certaines interventions, plus complexes ou qui nécessitent une anesthésie plus forte, imposent une période d'observation de 6 à 8 heures. Pour ce circuit long, le patient est accueilli dans un box à l'extérieur du plateau technique. Il est dans une chambre, avec un cabinet de toilette, très proche de celle de l'hospitalisation complète. La différence est qu'il n'y restera que quelques heures. Il peut même recevoir des visites.

¹ Voir description de la RAAC page 25

Quels sont les apports de ces circuits ?

Richard Legeaye : Ils ont été conçus autour du patient. On a pensé à lui lors du processus de conception. C'est très important car cela permet de rendre le patient actif, conscient et de limiter l'anxiété inhérente à une intervention. Pour le praticien, il y a un grand confort dans sa pratique et dans sa relation avec le patient. D'abord parce que celui-ci arrive debout près de la salle d'opération, on accueille une personne avant tout, ensuite parce que pendant sa récupération il est à proximité immédiate du bloc.

La création de Belharra doit représenter un investissement conséquent ?

Richard Legeaye : Cela représente un investissement de 80 millions d'euros, sans aucune subvention publique. Ce sont également des dizaines d'heures de travail pour la conception du bâtiment et du parcours patient et trois ans de travaux. C'est un projet d'envergure pour le Pays basque.

DERRIÈRE LA DISCRÉTION, UNE REDOUTABLE EFFICACITÉ



Richard Legeaye n'aime pas parler de lui. Il est insatiable sur le projet Belharra ou encore sur les coulisses de la création du CCPB, mais reste discret

lorsqu'il s'agit de parler de lui. On apprend tout de même qu'il a été pendant plusieurs années responsable qualité d'une clinique à La Rochelle avant d'arriver à Bayonne, en 2009. Après une formation de management général, il prend la direction d'un établissement. Surtout, il participe à la création de deux établissements phares du Pays basque, le Centre de cardiologie du Pays basque (CCPB), fruit d'un partenariat public-privé novateur, et l'hôpital privé Belharra.

[UN PARCOURS PATIENT REVU EN PROFONDEUR]

Le patient est le centre de la prise en charge ambulatoire. Pour les interventions chirurgicales, une attention particulière est portée à son parcours avant, pendant et après son séjour au sein de la clinique ou de l'hôpital privé. Avant l'intervention, il est crucial de prendre le temps de répondre à toutes ses interrogations et de faire en sorte que le patient soit totalement en confiance, cela suppose de disposer de personnels formés. C'est le cas des infirmiers de parcours qui disposent des connaissances spécifiques pour accompagner la personne malade.

Un parcours patient réussi dépend des options architecturales qui ont été prises. Toutefois, si l'environnement créé par le bâtiment est sans aucun doute un élément important, il reste insuffisant. Le patient doit avant tout bénéficier d'un accompagnement humain de qualité qui réponde à ses interrogations voire à ses craintes légitimes avant une intervention et lui explique la globalité de son parcours jusqu'à sa guérison.

« UN PARCOURS PATIENT RÉUSSI DÉPEND DES OPTIONS ARCHITECTURALES QUI ONT ÉTÉ PRISES. »



Clinique Marienia Korian • Pyrénées-Atlantiques (64)

Gros plan

La prise en charge des grands brûlés au SMR Marienia de Cambo-les-Bains

Au sein de la clinique Marienia Korian de Combo-les-Bains, les patients bénéficient d'une prise en charge ambulatoire que l'on peut qualifier de complexe et sur le long terme. Outre la mobilisation de multiples spécialités, elle déploie également des outils numériques et porte l'expérimentation de l'e-HDJ.

Pouvez-vous nous décrire votre établissement ?

Jérôme Abeilhé : Nous sommes un établissement de médecine physique et de réadaptation fonctionnelle, nous appartenons au groupe Korian. Nous disposons de 120 lits et places avec notamment un service de neurologie, de blessés médullaires et un service de prise en soins des grands brûlés. Nous disposons également d'une unité d'évaluation et de traitement du handicap (médecine). Nous pouvons prendre en charge les adultes et les enfants.

Vous prenez en charge les grands brûlés ?

Jérôme Abeilhé : Nous disposons de deux lits d'hospitalisation complète et de deux places en ambulatoire pour les grands brûlés. Les patients viennent chez nous afin d'assurer leur suivi et leur rééducation. Ils bénéficient de soins prodigués par des professionnels experts avec des moyens techniques adaptés et performants comme la douche filiforme, le LPG. Nous travaillons avec l'ensemble des établissements de la région et notamment ceux de Bordeaux.



Jérôme Abeilhé, directeur du SMR Marienia de Cambo-les-Bains

Vous êtes également spécialisés pour les patients atteints d'escarres complexes.

Jérôme Abeilhé : Cela concerne des personnes handicapées, leur pathologie engendre des escarres. Nous travaillons la prévention en leur indiquant comment prendre de bonnes positions et prévenir leur apparition. Nous intervenons également en curatif en les accueillant régulièrement en hôpital de jour pour des pansements et plaies complexes. On dispose d'un lit fluidisé qui permet une cicatrisation plus rapide de la plaie pour les cas les plus graves. Ce sont des accompagnements qui nécessitent la mobilisation de plusieurs spécialités, un médecin en brûlologie, et une équipe pluridisciplinaire spécialisée.

L'hôpital de jour est-il utile dans ces prises en charge complexes ?

Jérôme Abeilhé : L'HDJ permet de proposer un parcours plus large et personnalisé. On peut prendre en charge le patient d'abord en hospitalisation complète, puis en hôpital de jour, ensuite il peut poursuivre ses soins en e-HDJ. Environ 20 % des patients hospitalisés finissent leur séjour en ambulatoire, c'est une façon de préparer progressivement le retour à domicile.

Qu'est-ce que l'e-HDJ ?

Jérôme Abeilhé : Nous avons été désignés par l'ARS pour être pilotes pour accompagner le déploiement de l'e-santé sur les sept SMR de Cambo-les-Bains, notamment l'e-HDJ. Les établissements doivent identifier et développer trois parcours.



[UNE PRISE EN SOINS SÉCURISÉE ET EFFICIENTE]

L'avantage de l'ambulatoire dématérialisé est que nous connaissons déjà les patients. Nous les formons au préalable à l'utilisation de l'outil, ensuite ils peuvent suivre les exercices de rééducation à la maison, à leur rythme. Nous avons un rééducateur qui peut suivre quatre ou cinq patients en mode synchrone ou asynchrone. Puis, il y a tout un suivi, notamment par le biais d'un questionnaire.

Il s'agit d'une véritable innovation.

Jérôme Abeilhé : Au-delà de l'innovation, il s'agit d'un véritable besoin. Le groupe a décidé d'investir et de déployer massivement des solutions numériques (téléconsultation, télééducation, téléexpertise, e-HDJ...). Ces nouvelles modalités de prise en charge nous permettent de répondre à des problématiques. C'est le cas, notamment, de l'accessibilité et de la lutte contre les déserts médicaux. Les SMR de demain seront au centre du dispositif et des parcours, ils seront les coordinateurs. Dans cette perspective, des outils communicants et interopérables sont indispensables pour faire le lien avec tous les acteurs de la santé. C'est l'ambition du gouvernement au travers du déploiement de « Mon Espace Santé », pour lequel nous sommes également pilote. Par exemple, à la clinique Marienia, pour les personnes victimes d'un AVC, nous avons mis en place le « Parcours Post-AVC » qui permet aux patients d'être suivis pendant l'ensemble de leur parcours de soins, y compris au domicile, par un coordonnateur. Nous travaillons avec la plateforme MoveInMed, qui permet de mettre en place des parcours personnalisés grâce à une solution numérique.



Docteur Patrick Joyeux

 **Entretien avec... Patrick Joyeux**

La chirurgie du cancer du sein en ambulatoire

L'Institut du Sein du Pays basque (ISPB), porté par l'hôpital privé Belharra de Bayonne, propose une prise en charge ambulatoire complète pour les patientes. Le Docteur Patrick Joyeux explique les spécificités de ce centre expert et les apports de l'ambulatoire pour les patientes.

“ Vous êtes chirurgien en cancérologie mammaire, l'ambulatoire est-il désormais devenu la règle dans cette chirurgie ?

Docteur Patrick Joyeux : On est passé progressivement d'un système d'hospitalisation à de l'ambulatoire. Avant, l'hospitalisation était considérée comme rassurante. Aujourd'hui, il y a une évolution dans les mentalités. Les gens sont presque choqués lorsqu'on leur explique qu'ils vont passer ne serait-ce qu'une nuit à l'hôpital. Cela leur fait un peu peur.

La majorité des chirurgies du cancer du sein se déroulent donc en ambulatoire.

Docteur Patrick Joyeux : Le principal frein à l'ambulatoire, ce sont les gens seuls. Nous préférons bien entendu les garder en hospitalisation complète. Il y a également les patientes dont la chirurgie, lourde, nécessite un drainage postopératoire ou un suivi très spécifique. Mais l'essentiel des chirurgies du cancer du sein se font en ambulatoire.

Avez-vous pu constater une évolution au fil des années ?

Docteur Patrick Joyeux : Je suis en activité depuis une vingtaine d'années, le changement est impressionnant. Pour une chirurgie du cancer du sein, les patientes restaient trois à quatre nuits en hospitalisation complète. Encore avant, c'était une semaine. À Belharra, nous opérons 350 nouveaux cas de cancer par an, cela représente tout de même 1 400 nuits d'hôpital économisées. C'est colossal.

Comment cette performance a-t-elle été rendue possible ?

Docteur Patrick Joyeux : Dans notre spécialité, ce qui a révolutionné notre pratique, c'est la disparition du drainage. Il y avait une sorte de dogme du drain, qui ne reposait pas sur des faits médicaux mais plutôt sur des transmissions de recommandations par nos aînés. Des études faites dans le cadre de la récupération après chirurgie (RAAC¹) ont montré que le drain n'avait rien d'obligatoire. On a eu une sorte d'étape intermédiaire au cours de laquelle on a proposé à des patientes d'avoir un drain au domicile, puis on l'a supprimé pour la quasi-totalité des interventions.

Le cancer reste une maladie particulière, on imagine qu'une patiente qui se retrouve chez elle après une telle opération subisse un véritable choc. N'est-ce pas une limite à l'ambulatoire ?

Docteur Patrick Joyeux : En fait, non. La patiente n'est jamais seule. Elle est d'abord suivie par une infirmière avec laquelle elle a eu un entretien préopératoire au cours duquel elle a pris le temps de répondre à toutes ses questions et de lui donner les outils pour rester en contact permanent avec nous. Cet entretien est central. Dans le cas des patientes plus fragiles ou qui ont des pathologies lourdes, notre infirmière coordinatrice les suit personnellement. Nos infirmières sont hyperspécialisées, elles sont avec nous depuis plus de dix ans. Elles sont, en outre, également nos aides opératoires.

Elles jouent un rôle important.

Docteur Patrick Joyeux : Elles sont cruciales. Elles ont de l'expérience, elles connaissent tout le processus par cœur. Elles ont la capacité de répondre à toutes les questions, médicales ou non, de mobiliser des professionnels pour accompagner les patientes, de les orienter vers les soins de support et des associations proposant du sport et des activités ludiques.

Néanmoins, le fait de sortir rapidement après la chirurgie, cela peut angoisser.

Docteur Patrick Joyeux : Les patientes préfèrent être chez elles, auprès de leurs proches. C'est réconfortant. On a même des patientes qui refuseraient de se faire opérer si elles devaient être hospitalisées. Sur le plan médical, elles sont rappelées systématiquement dans les 48 heures qui

suivent l'intervention. En outre, elles disposent d'un outil digital qui leur permet de nous alerter en cas de besoin et d'être rappelées par notre service ou les urgences, le cas échéant.

Vous avez fondé l'Institut du Sein.

Docteur Patrick Joyeux : Il y a une dizaine d'années avec mon collègue, le Docteur Raphaël Gauzere, nous avons fondé en effet l'Institut du Sein, devenu l'Institut du Sein du Pays basque (ISPB²). C'est un endroit qui concentre tous les services, médicaux ou non, à disposition des patientes atteintes d'un cancer. Nos équipes leur sont dédiées. On organise les prises en charge y compris en ville. On travaille en collaboration avec les infirmières libérales, qui peuvent par exemple nous adresser des photos de cicatrices. On collabore également avec un réseau de kinésithérapeutes très spécialisés dans la prise en soins postopératoire du cancer du sein qui interviennent chez la patiente dès le troisième jour après la chirurgie.

Vous revoyez également la patiente ?

Docteur Patrick Joyeux : 15 jours après l'intervention, nous la revoyons en consultation et après avoir reçu les analyses de la tumeur retirée. Il s'agit d'une consultation d'annonce de la suite du traitement. Elle est le résultat d'une réunion pluridisciplinaire qui s'est tenue préalablement. Nous veillons à ce que chaque patiente bénéficie d'un suivi ultrapersonnalisé et nous nous adaptons à chaque personne. Cela concerne sa maladie, bien évidemment, mais également son besoin d'informations, voire d'activités récréatives.



1. Voir notre dossier spécial page 32
2. www.ispb.fr

[DES PRISES EN SOINS DIVERSES ET DE PLUS EN PLUS COMPLEXES]

La prise en charge ambulatoire ne se limite pas à la chirurgie, loin de là. Elle s'applique à un éventail de pathologies de plus en plus large et pour des typologies de patients diverses.

Elle permet des interventions de plus en plus techniques voire complexes, comme la chirurgie du cancer, de la hanche ou la prise en soins des grands brûlés. L'ambulatoire est parfois caricaturé et présenté comme un mode de prise en soins qui serait réservé à la « bobologie ». Ces critiques sont portées par ceux qui n'ont pas su se remettre en question pour revoir en profondeur leur organisation, étape préalable et incontournable de la prise en charge ambulatoire.

L'ambulatoire ne peut fonctionner que s'il repose sur une organisation rigoureuse qui ait la capacité de prendre en compte une sécurisation totale du patient tout en assurant une parfaite fluidité de son parcours amont, pendant et en aval de son hospitalisation qui ne durera, elle, que quelques heures.



Gros plan

À Bordeaux, une prise en charge de l'endométriose mondialement reconnue

La clinique Tivoli-Ducos s'impose comme un centre expert de niveau international dans la prise en charge de l'endométriose. Le Docteur Merlot, spécialiste reconnu dans ce domaine, explique les défis de la prise en charge de cet enjeu de santé publique.



Qu'est-ce que l'endométriose ?

Docteur Benjamin Merlot : C'est la présence de l'endomètre à l'extérieur de l'utérus. On peut le retrouver dans l'abdomen ou le pelvis des femmes. Il peut se transformer en kystes ou en nodules. Il s'agit de la première cause de douleurs chroniques chez la femme ainsi que la première cause d'infertilité. On estime que cette maladie touche 10 à 15 % de la population féminine. Il s'agit d'un enjeu de santé publique.

Jérôme Seiter : Le Président de la République a annoncé que l'endométriose deviendrait une affection de longue durée. Toutefois, les décrets n'ont pas été pris. Il ne s'agit donc pas encore d'une réalité pour les patientes.

Comment se déroule la prise en charge des patientes ?

Docteur Benjamin Merlot : C'est une maladie qui nécessite plusieurs types de prise en charge. On doit tenir compte de la douleur et la traiter, il faut également permettre aux patientes de conserver leur fertilité. Nous avons de plus en plus recours à la chirurgie car la maladie est de mieux en mieux diagnostiquée, notamment grâce à l'IRM. La chirurgie permet d'agir à la fois sur la douleur et la fertilité.



Comment l'ambulatorie intervient-il dans ces prises en charge ?

Docteur Benjamin Merlot : L'endométriose est une maladie hyper-hétérogène. Elle impose des consultations longues et très personnalisées et la chirurgie ne s'envisage qu'au cas par cas. Les chirurgies les plus complexes relèvent toujours d'une hospitalisation complète qui peut durer plusieurs jours. Toutefois, les chirurgies simples concernant les ovaires ou les trompes peuvent se dérouler en ambulatoire.

Il y a également l'hôpital de jour (HDJ). Nous avons été l'un des premiers centres en France à proposer un HDJ endométriose, dès 2018. Depuis, de nombreux centres ont ouvert, notamment dans le secteur privé. L'HDJ permet d'organiser les rendez-vous autour de la patiente avec l'ensemble des praticiens. C'est le point d'ancrage et de suivi pour les patientes.

L'HDJ joue un rôle important, visiblement.

Docteur Benjamin Merlot : En ce qui concerne l'ambulatorie, on parle souvent de chirurgie. Il est important de souligner le rôle crucial de l'hôpital de jour. La Nouvelle-Aquitaine est une grande région, le fait de pouvoir proposer aux patientes un suivi complet et multidisciplinaire en une demi-journée n'est rendu possible que grâce à l'HDJ. Les praticiens s'organisent pour être disponibles pour la patiente et assurer son suivi. C'est essentiel.

Jérôme Seiter : Il faut développer la culture de l'HDJ, qui peut concerner de nombreuses pathologies. Il permet de suivre le patient dans le cadre d'un véritable parcours de soins, efficient et rassurant.



« NOUS SOMMES LE PREMIER CENTRE MONDIAL À ÊTRE ACCRÉDITÉ SUR LA PATHOLOGIE « ENDOMÉTRIOSE » AU TERME D'UN AUDIT TRÈS AGRESSIF. »

Vous avez souhaité faire labelliser le Centre Endométriose ?

Jérôme Seiter : Le Centre Endométriose est une référence en France. Sur la proposition des Dr Roman et Merlot, nous avons souhaité nous impliquer pour le faire auditer et accréditer par un organisme indépendant. C'est une démarche très anglosaxonne qui n'existe pas en France. Le Surgical Review Corporation (SRC) est un organisme reconnu dans le monde. Il a attribué au Docteur Merlot et au Professeur Roman le prix de Centre d'excellence en soins multidisciplinaires d'endométriose.

Docteur Benjamin Merlot : Nous sommes le premier centre mondial à être accrédité sur la pathologie « endométriose » au terme d'un audit très agressif. Les auditeurs ont notamment souhaité voir les dossiers les plus compliqués afin de les évaluer en fonction de critères extrêmement rigoureux.

👁 L'EXPÉRIENCE AU SERVICE DE LA PROFESSION

Le Docteur Benjamin Merlot est un chirurgien expert dans l'endométriose depuis 10 ans. Il a commencé sa carrière professionnelle au CHU de Lille puis de Bordeaux, dans cette spécialité, avant de rejoindre la clinique Tivoli. Il a cofondé en 2019 l'Institut Franco-Européen Multidisciplinaire d'Endométriose (IFEM Endo). Ce centre travaille sur l'amélioration de la prise en charge et propose aux patientes une prise en soins complète et multidisciplinaire. Il est l'un des centres européens référents. Il forme également les praticiens aux spécificités de cette maladie. Le Docteur Merlot est coordinateur de la filière endométriose en Nouvelle-Aquitaine, qui a pour objectif de créer des filières de soins, financées par l'ARS. De son côté, **Jérôme Seiter** est titulaire d'un DEA en sciences. Après quelques années dans la recherche, il a rejoint le groupe Veolia, au sein de la Direction environnement. Il est directeur de la clinique Tivoli depuis 2019.

◆ **Focus**

À Anglet, une prise en charge novatrice en santé mentale

La clinique Mirambeau revendique une approche innovante de la santé mentale qui s'appuie sur une taille humaine. Découverte de cet établissement atypique, dirigé par un médecin psychiatre, le Docteur Pierre Vaeze.

Depuis quand la clinique Mirambeau propose-t-elle une offre ambulatoire ?
Dr Pierre Vaeze : Nous avons

créé notre hôpital de jour en 2016, il s'inscrit en complément de l'hospitalisation complète. Il permet la continuité des soins, dans le cadre d'un parcours de soins, et la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique. Il n'est bien évidemment pas adapté aux crises aiguës mais très efficace pour les patients stabilisés. Nous avons deux types de prise en charge ambulatoire, l'une pour les maladies chroniques sévères, l'autre qui s'adresse aux patients atteints de maladies plus légères.

L'ambulatoire des patients stabilisés se déroule à l'hôpital de jour Les Marguerites.

Dr Bruno Gonzales : Oui, il est dédié aux patients en état de rémission avancée et stabilisés sur le plan émotionnel. Ils nous sont soit adressés par des confrères, soit après une hospitalisation complète chez

nous. Nous travaillons afin de prévenir les rechutes et sur le repérage d'éventuelles comorbidités. Nos sessions sont construites autour de programmes de 6 semaines, renouvelables si nécessaire avec un nouveau programme.

Mais il y a également une prise en charge de patients plus complexes.

Dr Christophe Daudet : Le Centre d'évaluation approfondie et neuromodulation s'adresse à des patients résistants chroniques. En général, lorsque l'on est en dépression résistante, il y a 5 ou 6 diagnostics associés. Ce sont des prises en charge sur le long terme pour lesquelles l'hospitalisation complète n'est pas adaptée. Elles se déroulent sur plusieurs années et nécessitent la mise en place de soins innovants.

Quels sont les apports de l'ambulatoire en psychiatrie ?

Dr Bruno Gonzales : Il permet de réduire le temps d'hospitalisation complète. L'ambulatoire peut débloquent des patients résistants. On peut s'adapter à des contraintes familiales, cela apporte une plus grande souplesse dans la prise en charge.

Dr Christophe Daudet : Sans l'ambulatoire, certaines prises en charge seraient inaccessibles. En outre, les patients restent impliqués dans leur milieu de vie habituel. Ils peuvent même travailler tout en suivant des soins intensifs en hôpital de jour. Ainsi, on est dans une stratégie de fonctionnement au quotidien, pas seulement dans la réduction des symptômes.

Dr Pierre Vaeze : L'ambulatoire améliore l'autonomie des patients. Cela les renforce, de les placer en situation de liberté et d'autonomie.



[LE DIGITAL AU SERVICE DU SOIN]

Les outils numériques sont des alliés de la prise en charge ambulatoire. Ils se multiplient et un véritable écosystème digital dédié à la santé se développe, ici, en Nouvelle-Aquitaine. Les établissements utilisent de nombreux outils différents et il est intéressant d'explorer la diversité de ceux-ci.

La forte présence des cliniques et hôpitaux privés néo-aquitains dans la prise en charge ambulatoire leur permet de déployer un large panel d'outils au service du patient. Il est probable qu'au fil des années, on observe une rationalisation de ces supports en fonction des retours des patients et des praticiens. Il s'agit d'un autre apport concret et original de l'ambulatoire : permettre le développement d'un écosystème digital de santé, dont certains acteurs sont régionaux. Les outils numériques vont prendre de plus en plus de place dans le parcours de soins. Avec la condition de veiller au strict respect de la confidentialité et de la non-utilisation des données personnelles, ils impliquent fortement le patient dans sa dynamique de soins. Il est acteur de son parcours et peut communiquer de façon plus fluide avec les soignants.

L'implication forte du patient est cruciale, particulièrement dans le cas des maladies chroniques, pour lesquelles le maintien du traitement est absolument central. L'outil numérique est alors bien plus qu'un allié. Il s'impose comme une vigie discrète et un compagnon attentif du patient au service du respect de son traitement au long cours. Les soignants sont libérés du temps de collecte des données et chiffres, qui sont directement transmis par les outils numériques, à l'instar de ce qui est déjà en place, de longue date, pour le suivi des patients

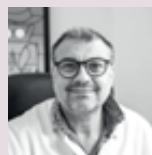
atteints de l'apnée du sommeil, par exemple. Enfin, les outils digitaux sont des outils actifs, et peu coûteux, de lutte contre la désertification médicale. À la campagne ou dans des zones à faible densité médicale, les patients peuvent ressentir un isolement, plus prégnant lorsque l'on est atteint d'une maladie chronique. Le digital évite les déplacements chronophages et chers, il permet un dialogue plus direct avec l'équipe soignante en cas de besoin. Ils sont donc de plus en plus utilisés au sein des établissements, quelle que soit leur activité. Ainsi, on notera les expérimentations en cours, à Cambo-les-Bains sur l'e-HDJ¹. Il s'agit ici de déployer des outils numériques afin de permettre aux patients de poursuivre leur rééducation à domicile sous la surveillance d'un rééducateur. Les établissements s'appuient sur différentes applications afin d'assurer un suivi digitalisé des patients. Il n'existe pas encore d'outil partagé. L'interopérabilité sera vraisemblablement l'un des enjeux des prochaines années afin de faciliter leur utilisation par les patients, leurs aidants et les praticiens. On notera le service d'e-parcours digital régional de communication et de coordination, Paaco-Globule. Il permet de coordonner la prise en charge des patients entre professionnels en Nouvelle-Aquitaine.

👁 MÉDECINS PSYCHIATRES, ENSEIGNANTS ET CHERCHEURS



Le Docteur Pierre Vaeze est médecin psychiatre spécialisé en thérapie cognitive et

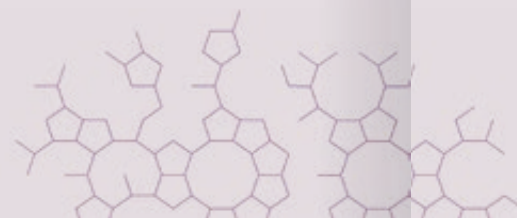
comportementale. Il est titulaire d'un master de management des organisations de santé. Il est membre de l'association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC). Il dirige la clinique Mirambeau.



Christophe Daudet est médecin psychiatre et du sommeil. Il est diplômé et ancien

praticien du CHU de Bordeaux. Il est intervenant dans le cursus menant au diplôme de stimulation transcrânienne répétitive (rTMS). Il est très attaché à la collaboration public-privé.

Bruno Gonzales est médecin psychiatre spécialisé en thérapies comportementales cognitives et émotionnelles. Il est enseignant à la Faculté de Bordeaux 2 et préside le Centre aquitain de psychothérapie des victimes.





LA RÉCUPÉRATION AMÉLIORÉE APRÈS CHIRURGIE : L'AUTRE ATOUT DE L'AMBULATOIRE

La récupération améliorée après chirurgie (RAAC) doit être évoquée lorsque l'on parle de prise en charge ambulatoire. Cette innovation, issue du secteur privé de la santé, permet une prise en charge chirurgicale du patient en le plaçant au centre du parcours. Le patient est acteur de sa guérison et le recours à la RAAC réduit la durée de son hospitalisation tout en augmentant significativement la rapidité de récupération. Enfin, le développement de la RAAC est complémentaire de l'ambulatoire. En effet, c'est un outil au service de la prise en charge ambulatoire. Elle permet d'expérimenter des outils numériques de suivi du patient ou de télémedecine pure qui sont également utilisés en ambulatoire.

[EN FRANCE, UNE INNOVATION DU SECTEUR PRIVÉ]

Dans les années 90, Henri Khelet, professeur de chirurgie à l'université de Copenhague, mène des recherches sur la douleur chirurgicale et la physiopathologie chirurgicale. Ses travaux aboutiront à la création de la RAAC, une véritable évolution

de la prise en charge du patient avant, pendant et après une opération chirurgicale. Ces méthodes sont rapidement déployées en France par Ramsay Santé, notamment en Nouvelle-Aquitaine. L'utilisation de la RAAC, d'abord limitée à quelques établissements, se déploie très rapidement, d'abord dans le secteur privé de la santé avant de concerner toutes les typologies d'établissements. En Nouvelle-Aquitaine, de nombreux établissements privés s'en sont emparés, et sont devenus leaders dans l'application de la RAAC.

[LE PATIENT ACTEUR DE SON PARCOURS DE GUÉRISON]

Le principe de la RAAC consiste à faire du patient un véritable acteur de son parcours de soins, de sa convalescence et de sa guérison. La RAAC nécessite une organisation adaptée en ce qui concerne la formation des professionnels médicaux et paramédicaux, les techniques employées dans la pratique anesthésique ainsi que dans les outils de suivi du patient après l'intervention, notamment numériques. Elle implique également de disposer d'une équipe pluriprofessionnelle. Le patient et son proche aidant sont associés à toutes les étapes de la prise en charge. L'enjeu est que le patient adhère au parcours qui lui est proposé et qu'il y participe activement. Il dispose donc de toutes les informations utiles, regroupées dans un livret patient spécifique.

Afin d'optimiser son parcours, le patient bénéficie d'une consultation approfondie, en plus des traditionnelles consultations préopératoires, médicale et avec l'anesthésiste. En général, cette consultation est menée par une infirmière spécifiquement formée, sur une durée pouvant aller de 20 à 30 minutes.

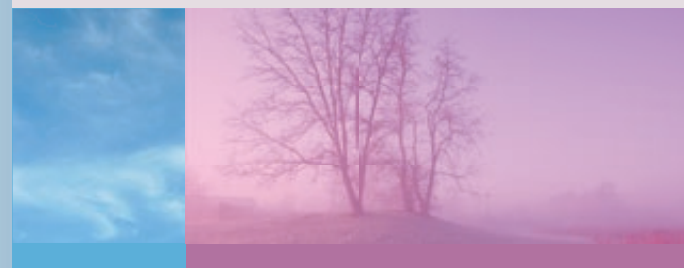
Elle permet de découvrir l'environnement médical et personnel du patient et de tenir compte dans sa prise en charge de tous les facteurs pouvant influencer son parcours de soins.

Au cours de l'opération, tout est fait pour limiter l'impact de celle-ci, y compris par l'utilisation d'analgésiques non morphiniques, par exemple. Enfin, après l'opération, le patient bénéficie d'un retour rapide au domicile et d'une prise en charge permettant une remobilisation rapide.

[DES APPORTS AVÉRÉS POUR LES PATIENTS]

La RAAC fait l'objet de nombreuses communications scientifiques qui confirment ses bénéfices pour le patient. La Haute Autorité de Santé accompagne désormais les établissements de santé dans la mise en place d'une démarche RAAC. En Nouvelle-Aquitaine, l'ARS précise que « la RAAC est une réelle évolution organisationnelle de la prise en charge du patient, dans laquelle celui-ci devient acteur de sa guérison. Des résultats probants ont été obtenus au bénéfice des patients (rétablissement rapide des capacités physiques et psychiques avec la réduction des durées d'hospitalisation et la diminution des risques d'infection nosocomiale), et confirmés par la HAS ».

« AFIN D'OPTIMISER SON PARCOURS, LE PATIENT BÉNÉFICIE D'UNE CONSULTATION APPROFONDIE, EN PLUS DES TRADITIONNELLES CONSULTATIONS PRÉOPÉRATOIRES, MÉDICALE ET AVEC L'ANESTHÉSISTE. »



L'AMBULATOIRE AU CŒUR DES POLITIQUES PUBLIQUES

Comment envisager une vie au domicile confortable pour une personne âgée dépendante ? Comment améliorer la prise en charge des patients ? Comment accélérer la convalescence postopératoire ? Comment lutter contre la désertification médicale ? Comment libérer des lits d'hôpital ? Comment améliorer les prises en soins tout en baissant les coûts pour la Sécurité sociale ? Comment envisager une médecine moderne tournée vers le patient ?...

À toutes ces questions d'aujourd'hui et de demain, l'ambulatoire constitue une partie ou la totalité de la réponse. Hôpital à domicile, médecine ambulatoire, chirurgie ambulatoire, RAAC, hôpital de jour... Les outils et supports de l'ambulatoire sont nombreux et permettent d'apporter une solution à bien des enjeux de notre système de santé.

Toutefois, ils doivent être encore généralisés, mieux connus des professionnels et du public et disposer de financements adéquats pour envisager un déploiement serein et efficient. Ils constituent, dans bien des cas, l'enjeu central des politiques publiques de santé.

[L'AMBULATOIRE CONCERNE TOUTES LES PATHOLOGIES]

La prise en charge ambulatoire bénéficie désormais d'un retour d'expérience de plusieurs dizaines d'années, notamment au sein des établissements de santé privés, elle est donc déployée dans de nombreuses pathologies. Elle s'adresse à un nombre toujours plus grand de patients.

Elle peut concerner des enfants en pédiatrie comme des personnes âgées, par exemple en soins de suite ambulatoires. Elle s'adresse aussi bien à des sportifs qu'à des personnes atteintes de cancer. Médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite, psychiatrie, l'ambulatoire est une prise en charge plus confortable pour le patient qui se déploie dans de nombreuses spécialités.

◆ Focus

Un exemple de prise en charge en soins de suite

Toki Eder, à Cambo-les-Bains, est un établissement de soins de suite cardio-respiratoire. Il a développé une activité ambulatoire adaptée aux pathologies des patients qu'il suit. L'établissement veille à proposer des services en lien avec les besoins d'une population rurale, parfois éloignée. Il vient d'ouvrir un hôtel hospitalier.

“ Quels patients sont éligibles à une rééducation ambulatoire ?

Grégory Dieusaert : Les patients qui n'ont pas besoin de soins infirmiers peuvent être pris en charge en hôpital de jour. Les patients rencontrent une infirmière en début de journée afin de savoir s'ils peuvent faire leur rééducation (prise de constantes), mais ils doivent être autonomes. L'autre contrainte pour un suivi ambulatoire est la distance avec leur domicile. Elle implique parfois une hospitalisation complète. C'est la raison pour laquelle nous avons développé une offre d'hébergement temporaire non médicalisé.

Vous disposez donc d'un hôtel ?

Grégory Dieusaert : C'est un hôtel, mais chez nous. On propose aux patients éligibles de dormir en chambre non médicalisée au sein d'une unité dédiée, dans une aile de notre établissement. Nous avons accueilli notre premier patient en hébergement hôtelier le 27 juin 2022. C'est tout récent, mais c'est un nouveau service qui facilite l'accès à l'ambulatoire.

Les patients logent-ils sur place tous les jours ?

Grégory Dieusaert : Pas obligatoirement chaque jour. Cela dépend des patients. Nous avons différents protocoles de prise en charge. Par exemple, en respiratoire, un patient viendra trois ou quatre fois par semaine ; en cardiologie, on est sur une rééducation plus soutenue avec quatre journées par semaine. Avec cette offre, nous pourrions accueillir des personnes qui ne relèvent pas de l'hospitalisation complète et pour lesquelles l'ambulatoire est difficile d'accès, notamment en raison de la distance avec leur domicile.

Mais quel est l'intérêt de l'hôpital de jour lorsque le patient est présent quotidiennement ?

Grégory Dieusaert : L'intérêt pour le patient est évident. Il peut être chez lui tous les soirs. Il peut

poursuivre ses activités professionnelles lorsqu'il n'est pas chez nous. On propose même de l'hôpital de jour à la demi-journée afin d'adapter encore plus la rééducation à la situation de chacun. Les plus jeunes préfèrent ce dispositif.

En termes d'organisation, pour vous, l'HDJ c'est plus simple ?

Grégory Dieusaert : Pour nous, cela ne change pas grand-chose. Les groupes de rééducation sont composés aussi bien de patients ambulatoires que de patients en hospitalisation complète, sans distinction. Donc, pour nos professionnels, cela revient au même. Le véritable intérêt est pour le patient. Il est plus libre. Il dispose d'un parcours de rééducation qui s'adapte mieux à ses attentes. C'est précieux. Par ailleurs, l'intérêt est également pour la collectivité et le budget de la Sécurité sociale. Une rééducation en ambulatoire est moins coûteuse qu'une hospitalisation complète.



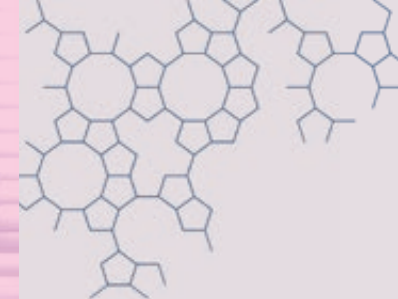
Grégory Dieusaert, directeur de Toki Eder



SMR Pédiatrique Korian Montpibat • Landes (40)



Docteur Elisabeth Jasper



Entretien avec... le Docteur Elisabeth Jasper

Un apport considérable en pédiatrie

Au sein du SMR Pédiatrique Korian Montpibat, l'équipe s'occupe d'enfants polyhandicapés. Le Docteur Elisabeth Jasper rappelle combien l'ambulatoire est une prise en soins particulièrement adaptée aux enfants.

Quels sont les avantages de l'ambulatoire pour les enfants polyhandicapés que vous soignez ?

Dr Elisabeth Jasper : Un enfant a besoin d'être à la maison. Tout ce que l'on peut faire pour que ce soit le cas est un plus pour lui. L'ambulatoire permet de s'adapter aux besoins de l'enfant, à sa réalité familiale et sociale, d'agir en souplesse. Il offre aux familles un repère et un support en cas de nécessité.

Mais pour les familles, cela représente-t-il des contraintes ?

Dr Elisabeth Jasper : Nous essayons d'effacer les lourdeurs. Parfois, les enfants polyhandicapés sont méconnus du système de soins. Leur prise en soins est complexe, donc il est difficile pour les familles de trouver des lieux de prise en charge adaptés. Même un passage aux urgences peut se révéler compliqué. Notre souci permanent est d'adapter la prise en charge à la situation de l'enfant, à sa capacité à vivre à la maison.

Vous vous positionnez comme point de repère.

Dr Elisabeth Jasper : Nous sommes un recours professionnel et humain, expert. L'ambulatoire permet d'organiser le dialogue avec les familles, il offre du temps pour prendre des décisions. On peut avoir notre vision en tant que médecins et les parents la leur. Parfois, chacun d'eux a une approche différente. On est à la croisée des chemins. On coordonne les services en ville, libéraux, médico-sociaux ou HAD (hôpital à domicile), et avec le CHU qui va être le référent médical pour l'enfant. Nous, on est le référent humain. Ils peuvent m'appeler facilement. C'est très rassurant pour les familles.

L'accompagnement des enfants polyhandicapés est particulier ?

Dr Elisabeth Jasper : Ce n'est pas la même médecine que celle du monde adulte. Elle requiert des expertises spécifiques. Par exemple, nous avons des enfants hospitalisés depuis leur naissance. L'ambulatoire permet d'organiser progressivement leur retour au domicile, en mobilisant tous les acteurs. Ensuite, nous les reverrons régulièrement en hôpital de jour. C'est la raison pour laquelle nous avons mis en place une équipe mobile¹ qui va au domicile des familles pour les aider à l'adapter, le cas échéant. Cette démarche va d'ailleurs être adoptée dans d'autres régions.

1. Voir page 53, le projet pilote d'équipe mobile de réadaptation pédiatrique

[L'HAD, L'OUTIL INDISPENSABLE DE LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE]

L'hospitalisation à domicile est encore peu développée en France. Pourtant, elle permet la prise en soins du patient dans les meilleures conditions. Suivi postopératoire, ou simplement posthospitalisation conventionnelle ou encore gestion des pansements complexes, mais également prises en soins pluriprofessionnelles de personnes en soins palliatifs, les possibilités sont diverses. L'HAD constitue un véritable hôpital au domicile avec des visites d'infirmiers ou d'aides-soignants voire du médecin, parfois plusieurs fois par jour. Le patient peut bénéficier d'un lit médicalisé et des différents équipements jusque-là disponibles uniquement en hospitalisation complète traditionnelle. Les professionnels se déplacent en véhicule lors de tournées organisées en fonction des patients suivis et des soins que leur état nécessite. Ils peuvent se succéder à son chevet et se coordonnent avec d'autres professionnels qui interviennent également pour d'autres services tels que le ménage, comme les aides au domicile.

« L'AMBULATOIRE EST LOIN DE SE LIMITER À LA CHIRURGIE, COMME NOUS AVONS PU LE NOTER. IL CONCERNE ÉGALEMENT LE SUIVI DES MALADIES CHRONIQUES, LES SOINS DE SUITE ET DE NOMBREUSES PATHOLOGIES. »

[L'HÔPITAL DE JOUR, SUPPORT MÉCONNU DES PRISES EN CHARGE]

L'ambulatoire est loin de se limiter à la chirurgie, comme nous avons pu le noter. Il concerne également le suivi des maladies chroniques, les soins de suite et de nombreuses pathologies. L'hôpital de jour est un outil qui tend à se développer car il répond à bien des enjeux de santé publique. Il permet la prise en charge du patient avec une unité de temps, de lieu et une multiplicité de professionnels.

Le parcours du patient en hôpital de jour commence bien souvent par des prises de sang et se poursuit, dans la même journée, parfois en seulement quelques heures, par toute une série d'examens ou de tests, utiles au suivi de sa pathologie, et se termine par un entretien bilan avec son praticien, afin d'évaluer les évolutions éventuellement nécessaires dans sa prise en soins.

L'hôpital de jour constitue un mode de prise en charge moderne et efficient avec des bénéfices multiples pour le patient, le praticien et pour le budget de la Sécurité sociale. Il permet de remobiliser la personne âgée, de proposer à des personnes éloignées des centres de santé de bénéficier d'une prise en charge de haute qualité en limitant les déplacements et il évite les séjours hospitaliers en temps complet. En psychiatrie, il offre aux patients, la possibilité de suivre une vie professionnelle et personnelle intégrée. L'hôpital de jour présente un autre avantage, à l'instar des autres prises en charge ambulatoires, il permet au patient de rester à son domicile, dans un univers familial et rassurant.

En Nouvelle-Aquitaine, les hôpitaux et cliniques privés s'attachent à développer l'hôpital de jour et les exemples sont nombreux. Toutefois, sa mise en place dépend d'autorisations spécifiques, délivrées par l'ARS et qui restent parfois difficiles à obtenir.



Clinique Pasteur • Dordogne (24)

Focus

La clinique Pasteur propose un service d'hospitalisation à domicile depuis près de 20 ans

Avec le service d'hôpital à domicile (HAD) de la clinique Pasteur Elsan de Bergerac, nous découvrons une offre de soins ambulatoires encore méconnue mais dont les bénéfices sont nombreux pour le patient.

“ **L'hospitalisation à domicile (HAD) est un service qui reste peu connu du public.**

Jean-Marc Coassin : C'est vrai que l'hospitalisation à domicile reste assez confidentielle, malgré nos efforts pour la rendre plus populaire. Au sein de la clinique Pasteur, nous avons initié notre offre en 2006, en collaboration avec les hôpitaux de Bergerac et de Sainte-Foy. À ce jour, les soins palliatifs représentent environ 65 % de notre activité, les pansements complexes 30 % avec une diversification attendue de nos prises en charge.

Quel est l'intérêt de l'hospitalisation à domicile ?

Dr Thierry Papat : Il faut plutôt évoquer LES intérêts. Le patient est à son domicile, or, rien n'est mieux que d'être chez soi. On équipe techniquement la maison, avec tout le nécessaire. Cela peut comprendre un lit médicalisé, des équipements de contrôle, bref ce qui permet d'apporter l'hôpital à la maison. Donc, le patient est dans un environnement qu'il connaît, sécurisant sur le plan personnel et sécurisé au plan médical. Un ensemble de professionnels se déplacent chez lui pour lui assurer un confort et

une prise en soins apaisée. L'autre intérêt est bien évidemment la collaboration que cela implique entre les professionnels de ville, de l'aide à domicile, soignants ou non.

Élodie Moreau : Nous prenons en charge environ 40 malades en hospitalisation à domicile.

Qui prescrit le recours à l'HAD ?

Dr Thierry Papat : En ce qui concerne les soins palliatifs, ce sont les hôpitaux et les médecins de ville qui prescrivent, je dirais à 50/50. Mais c'est bien le patient qui a la main, c'est lui qui décide, après information, d'être à la maison. Ensuite, il s'agit d'une collaboration active entre les professionnels. En général, lorsque nous intervenons, il y a déjà une

« À CE JOUR, LES SOINS PALLIATIFS REPRÉSENTENT ENVIRON 65 % DE NOTRE ACTIVITÉ, LES PANSEMENTS COMPLEXES 30 % AVEC UNE DIVERSIFICATION ATTENDUE DE NOS PRISES EN CHARGE. »

infirmière et/ou une aide-soignante qui interviennent chez le patient. Notre équipe passera au moins une fois par jour pour les actes les plus techniques. Il est fréquent que nous formions les infirmières libérales à ces techniques. L'objectif, c'est vraiment d'être efficaces pour le patient.

La collaboration entre professionnels semble essentielle.

Jean-Marc Coassin : L'offre d'HAD est complémentaire des autres modes de prise en charge qui existent en sud Dordogne. Il y a une véritable logique territoriale. Des liens se créent avec tous les acteurs, de ville ou en hôpitaux. L'HAD permet de monter en puissance le niveau de soins au domicile, cela nécessite l'association des acteurs et leur bonne coordination.

Dr Thierry Papat : La prise en charge au domicile n'a rien à voir avec l'hôpital, pour les soignants. Vous entrez dans l'intimité des gens. Cela donne une certaine fragilité. Cela exige de l'équipe une posture particulière afin d'éviter les travers. Par exemple, il peut y avoir des divergences entre la famille et le patient quant aux modalités de prise en charge. On peut le constater notamment pour les soins palliatifs. L'attente du patient peut être différente de son ou ses aidants. Ceux-ci peuvent aussi être habitués à faire de telle ou telle façon, les professionnels doivent alors s'adapter.

Justement, cet accompagnement en soins palliatifs doit être difficile pour les professionnels.

Dr Thierry Papat : En effet, ils peuvent avoir besoin de soutien. D'abord, nous veillons à ce que les tournées permettent d'assurer un roulement entre les patients, afin que les soignants ne suivent pas toujours les mêmes. Nous avons deux gros points entre les membres de l'équipe, tous les lundis et jeudis après-midi. En outre, notre psychologue accompagne les patients et les soignants.

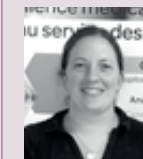
La clinique Pasteur ne propose-t-elle pas que de l'hospitalisation à domicile ?

Jean-Marc Coassin : Nous avons des activités de chirurgie et de soins de suite. L'essentiel de nos activités sont en ambulatoire, chirurgie, SMR et HAD. Cela répond à une forte demande des patients.

Nous intervenons dans des zones rurales, nous nous inscrivons dans une démarche de maillage du territoire. Le temps de trajet peut être un frein à l'accès aux soins ; dès lors, l'ambulatorio est un mode de prise en charge adapté.

Élodie Moreau : Nous disposons de 11 véhicules pour l'hospitalisation à domicile. Cela montre à quel point les déplacements sont importants. Nous ne sommes pas du tout dans la même configuration que dans une grande ville, par exemple. Entre les extrêmes de notre zone d'intervention, il y a deux heures de voiture...

UNE ÉQUIPE DE PROFESSIONNELS EXPÉRIMENTÉS



Élodie Moreau est infirmière depuis 2011. Dès l'obtention de son diplôme d'État, elle a intégré le HAD de la clinique Pasteur. Elle est nommée

coordinatrice des soins en 2014 et cadre en 2021. Ses missions sont larges et son équipe pluridisciplinaire. « Ma mission est de développer l'HAD et de la diversifier, ainsi nous prendrons en charge prochainement les chimiothérapies. Je gère l'équipe qui comprend 10 infirmiers, 6 aides-soignants, un psychologue, une assistante sociale et une secrétaire. »



Après des études à Lyon et une spécialisation en médecine du sport et ostéopathie, le **Docteur Thierry Papat** a pratiqué la médecine générale pendant 22 ans, y compris en maisons de retraite. Il est arrivé à Bergerac en 2016. Il est médecin praticien HAD.



Jean-Marc Coassin travaille au sein du groupe Elsan depuis une vingtaine d'années. Il a notamment mené plusieurs projets de collaboration entre secteurs public et privé. Il vient d'être nommé directeur de la clinique Pasteur.

 **Entretien avec...** les Docteurs Marie Brisebarre et Nicolas Deltort

L'hôpital de jour adulte et infanto-juvénile de la clinique psychiatrique Caradoc

En santé mentale, les prises en charge diffèrent entre les adultes et les enfants. Château Caradoc, à Bayonne, propose une offre d'hospitalisation complète et ambulatoire afin de répondre au mieux aux besoins des patients. Son approche ambulatoire se déroule sur des périodes de moyenne et longue durées.

“ Depuis quand pratiquez-vous la prise en charge ambulatoire au sein de la clinique psychiatrique Caradoc ?

Dr Marie Brisebarre : Château Caradoc est le fruit de la réunion en 2015 de deux établissements privés implantés de longue date sur le territoire. L'hôpital de jour adultes a été créé en 2016, l'hôpital de jour infanto-juvénile en 2018.

Docteur Brisebarre, vous occupez-vous des adultes ?

Dr Marie Brisebarre : Oui, nous avons plusieurs filières pour l'adulte. Je m'occupe d'une unité de réhabilitation psychosociale. Nous aidons la personne à améliorer ses symptômes mais aussi, et surtout, à retrouver une qualité de vie, une insertion sociale, professionnelle. La personne est au centre de son projet de soins. On définit et on poursuit, avec elle, des objectifs de rétablissement social et professionnel, selon ses attentes et en s'appuyant sur ses forces et ses ressources.

Dr Nicolas Deltort : C'est plus un projet de vie que de soins. On prend en compte le travail, les loisirs, la vie sociale... On est au-delà de la stabilisation.

Dr Marie Brisebarre : Oui. D'où l'intérêt de l'ambulatoire.

Vous pratiquez une approche globale...

Dr Marie Brisebarre : On travaille en collaboration avec les autres acteurs du sanitaire, du médico-social, et du social. On procède au début de la prise en charge à une évaluation approfondie de la situation. Ensuite, nous construisons, toujours avec la personne, son parcours. Cela passe par des ateliers thérapeutiques, qui seront choisis avec le patient. Il n'existe pas de parcours tout fait. Nous avons fondé, avec le Centre hospitalier de la Côte basque, le réseau de réhabilitation psychosociale Navarre Côte basque, labellisé par l'Agence régionale de santé, comme centre de proximité. Il s'agit d'un partenariat public-privé, ce qui est une organisation nouvelle dans le champ de la psychiatrie.



Les prises en charge s'étendent-elles sur de longues périodes ?

Dr Marie Brisebarre : La durée est très variable en fonction de chacun. Cela peut être sur 3 ou 6 mois, voire 18 mois. Le suivi peut s'interrompre car les objectifs sont atteints ou que l'état de santé du patient nécessite une hospitalisation et il peut être repris à distance. L'idée est que nous restions là en cas de besoin.

Pour les enfants, la prise en charge est-elle identique ?

Dr Nicolas Deltort : Concernant la prise en charge des enfants avec TDAH¹, la règle est la co-élaboration d'un projet de soins pour l'enfant et son environnement. Du fait de la faible démographie médicale et de la chronicité du trouble, nous sommes amenés à penser le projet d'accompagnement en hôpital de jour sur plusieurs années. Après une période d'évaluation et une prise en charge intensive incluant les partenaires la première année, nous maintenons notre disponibilité et développons des interventions ciblées.

L'ambulatoire est également un outil efficace pour les familles et les aidants...

Dr Nicolas Deltort : Dans l'anorexie mentale, la thérapie familiale est recommandée. Dans le TDAH, les programmes d'entraînement aux habiletés parentales montrent une efficacité clairement établie. Le bénéfice est démontré pour le patient et pour la famille. Il est donc pertinent de proposer des interventions auprès des parents et des aidants. L'hôpital de jour est l'outil le plus adapté car il permet la mise en place d'interventions auprès de groupes par des professionnels variés. C'est ce que nous proposons dans nos filières de soins (troubles du comportement alimentaire et TDAH). Il est important que cette offre de soins soit reconnue par les tutelles afin de favoriser son développement et de permettre une meilleure accessibilité pour les parents actifs.

1. Trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité

Vous mobilisez des équipes pluridisciplinaires...

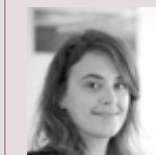
Dr Nicolas Deltort : L'ambulatoire regroupe l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux, dans un cadre bien défini et contrôlé. La culture de la qualité des soins imprègne l'ensemble des propositions faites dans notre établissement. La pluridisciplinarité englobe les professionnels auprès des patients mais aussi, notamment, les responsables de la qualité.

C'est ce qui amène à la richesse et la rigueur d'une hospitalisation à temps partiel. Nous venons d'obtenir la certification Haute qualité de soins de la HAS.

Cela valide les efforts réalisés en ce sens.

Dr Marie Brisebarre : Le fait d'avoir des équipes pluridisciplinaires est un atout majeur. Nous proposons des orientations thérapeutiques variées cherchant à s'adapter au patient et à ses besoins. Par exemple, en développant un axe autour de l'activité physique adaptée, nous permettons aux patients de renouer avec le sport. On connaît l'importance de l'activité physique dans les maladies mentales. L'HDJ est précieux pour cela, il peut servir de réel tremplin.

DE JEUNES MÉDECINS PSYCHIATRES FORTEMENT INVESTIS POUR LES PATIENTS



Marie Brisebarre a fait ses études et son internat à Bordeaux. Elle a été assistante spécialiste en service universitaire. Elle a rejoint la clinique

psychiatrique Château Caradoc en janvier 2017. Elle est médecin psychiatre sur l'hospitalisation à temps partiel. Elle intervient également au Centre ressource bipolaire Sud Aquitain (CREBSA) et à l'Unité de Réhabilitation de la clinique Caradoc (URCa).



Nicolas Deltort a fait ses études à Toulouse et son internat à Bordeaux. Il a été chef de clinique dans le pôle universitaire de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent

de Bordeaux (CREDAH, SUHEA). Il a rejoint la clinique Château Caradoc en 2019 pour y développer l'hôpital de jour. Il collabore sur le projet START du CREA¹ porté par la région Nouvelle-Aquitaine. « Informer, former, transmettre, c'est important pour nous ».



Château Caradoc • Pyrénées-Atlantiques (64)



Gros plan

L'ambitieux projet ambulatoire de la Maison de Santé Les Pins

À Pessac, la Maison de Santé Les Pins, s'apprête à entamer une nouvelle étape de son histoire. Elle ambitionne d'ouvrir en 2024 un hôpital de jour. Cet établissement psychiatrique familial souhaite notamment utiliser son HDJ pour mieux gérer la sortie d'hospitalisation complète de ses patients. Il envisage également de lancer une offre de télémedecine.



La Maison de Santé Les Pins ne propose pas de prise en charge ambulatoire.

Antoine Noché d'Aulnay : C'est lié à l'histoire de notre établissement familial qui est resté spécialisé longtemps dans les prises en charge en hospitalisation complète.

Vous vous apprêtez à un véritable changement de pied ?

Antoine Noché d'Aulnay : Nous avons déposé auprès de l'Agence régionale de santé un projet ambulatoire ambitieux. Ce n'est pas un changement de pied mais bien une nouvelle étape pour la clinique et pour l'offre de soins psychiatriques dans le territoire. De nouveaux médecins ont intégré notre structure ces dernières années et ce développement tient compte de l'évolution des pratiques. Nous envisageons la construction d'un tout nouveau bâtiment de 1200 m², relié à la structure existante, pour un investissement de 2,6 millions d'euros.

Comment concevez-vous cette approche ambulatoire ?

Dr Didier Delhaye : Nous sommes l'un des établissements qui pratiquent le plus d'électroconvulsivothérapie (ECT) en Nouvelle-Aquitaine, environ 1 500 par an. Actuellement, nous sommes à 100 % en hospitalisation complète. Les fins de cure et les ECT d'entretien peuvent se faire en ambulatoire. Or, actuellement, il y a une rupture entre la fin de l'hospitalisation complète et le retour

au domicile. L'ambulatoire va nous permettre de gérer avec plus de finesse et de douceur cette phase cruciale. Les phases d'entretien représentent 38 % de notre file active d'ECT et une grande partie pourra être réalisée en ambulatoire. En complément, l'arrivée de l'ambulatoire va nous permettre de procéder à des bilans et des orientations de patients et de pallier le manque de psychiatres libéraux sur le territoire. Nous répondrons ainsi mieux aux demandes des médecins généralistes.

Antoine Noché d'Aulnay : Nous aurons également une pièce dédiée à la télémedecine, nous utiliserons la technologie à notre disposition pour en améliorer la qualité.

Dr Didier Delhaye : Les téléconsultations limitent les déplacements. Nous travaillerons en prise en soins mixte, lorsque ce sera possible, avec du présentiel, bien évidemment, mais également du distanciel.

L'ambulatoire permet de nouvelles formes de prise en charge.

Dr Didier Delhaye : Effectivement. Nous pourrions proposer l'accompagnement des patients dans les domaines du sport adapté à la santé mentale, des activités relationnelles de la resocialisation et nous souhaitons développer différents programmes de psychoéducation, en lien avec les centres experts.

Françoise Gueppe : L'ambulatoire permet une accélération des prises en charge. Trop de patients sont en attente de rendez-vous voire d'hospitalisation.

Antoine Noché d'Aulnay : Le nouveau bâtiment accueillera également des bureaux de consultation afin de proposer une offre de soins globale pour le malade psychiatrique. Cette force médicale supplémentaire sera pluriprofessionnelle avec un cardiologue, un neurologue, un médecin généraliste... Nous espérons obtenir une autorisation de l'ARS fin 2022 pour une ouverture en 2024.



Maison de Santé Les Pins • Gironde (33)

Focus

En gériatrie, éviter les réhospitalisations

Le SMR Korian Les Flots, à Talence, a mis en place un HDJ gériatrique orienté vers la prévention de l'entrée en dépendance des personnes âgées. L'enjeu est de réussir le retour au domicile avec une qualité de vie maximale. Un HDJ qui répond à une attente forte et légitime des Français.

Quelle est la vocation de votre hôpital de jour gériatrique ?

Clovis Saint-Germes : Le terme technique de la spécialité est « PAPD », pour prise en charge des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance. Notre vocation est de prévenir, éviter ou ralentir l'entrée en dépendance des personnes âgées.

Pour quelles raisons les patients entrent-ils en HDJ ?

Clovis Saint-Germes : Il faut savoir que 80 % de nos patients d'HDJ viennent de notre service d'hospitalisation SMR de gériatrie. Ce sont des personnes âgées qui ont eu, en général, une problématique aiguë ou simplement un accident de la vie mais dont les conséquences pourraient être graves. La cause est souvent une mauvaise chute. Ils sont pris en charge par les urgences et/ou en chirurgie puis sont orientés vers notre SMR gériatrique. Majoritairement, les personnes âgées qui nous sont adressées sont en situation de dénutrition et dépressives, et parfois en syndrome de glissement. L'objectif de notre prise en charge est justement de faire le point pluriprofessionnel nécessaire pour éviter ou ralentir l'entrée dans la dépendance. La clé réside dans la considération globale du suivi des polypathologies. C'est vraiment là que ça se passe pour réussir le retour au domicile. Et ça marche !

Qu'apporte l'hôpital de jour dans la prise en charge ?

Clovis Saint-Germes : Très concrètement, avant que notre HDJ soit créé, environ un quart de nos patients qui étaient pris en charge au sein du SMR devenaient résidents en Ehpad. Désormais, l'HDJ permet à 75 % de ces patients de rester encore un peu au domicile. À ce sujet, j'ai l'exemple récent d'un monsieur de 90 ans qui était entré en syndrome de glissement en lien avec la profonde peine d'avoir perdu son épouse. Il ne marchait plus lorsqu'il est arrivé, il était grabataire. Les rééducateurs ont

effectué un travail formidable. Après l'hospitalisation, au cours de son séjour en HDJ, il remarchait avec un déambulateur. Puis, il a terminé ses séances en marchant en autonomie totale. C'est la force de l'équipe pluridisciplinaire.

L'HDJ présente donc des avantages réels pour la remobilisation des patients âgés ?

Clovis Saint-Germes : Tout à fait. Cela s'explique, selon moi, par le fait que le patient reste chez lui. Il bénéficie d'un environnement sécurisé, deux ou trois fois par semaine, en hôpital de jour, donc d'un suivi hospitalier tout en vivant à la maison. C'est un point essentiel, parce que l'hospitalisation complète pour une personne âgée peut entraîner des effets non désirés comme une bascule vers la dépendance. Il y a également l'effet de socialisation car les ateliers se déroulent en groupe, des liens se créent, cela stimule les patients. Ils partagent même parfois le voyage en VSL pour se rendre à leurs ateliers en HDJ. Enfin, la bonne humeur de l'équipe, la dynamique de groupe qu'elle suscite sont des atouts complémentaires essentiels.

La force de l'ambulatoire, c'est donc le domicile ?

Clovis Saint-Germes : Nous travaillons beaucoup sur le domicile. Nous avons un atelier qui permet de prendre conscience des risques encourus par une personne âgée au domicile et qui leur apprend les mesures à mettre en œuvre pour une vie quotidienne sécurisée. Nos patients âgés veulent légitimement rester chez eux, ils doivent adapter leur domicile lorsque c'est nécessaire, notre équipe les accompagne. Nous travaillons aussi avec les aidants, notre atelier nutrition leur est ouvert. Notre objectif est par exemple de faire en sorte que la cuisine préparée à la maison réponde bien aux besoins d'une personne âgée. Nous leur apportons ainsi quelques astuces pour cela.

LES « AUTRES » COMME PROJET PROFESSIONNEL



Infirmier de formation, Clovis Saint-Germes a commencé sa carrière dans un service de soins palliatifs à La Rochelle. « Lorsque, le premier jour de votre carrière professionnelle, vous voyez cinq patients mourir, cela a forcément un impact. Je suis resté dans ce service pendant 4 ans ». Il emménage à Bordeaux et intègre le service des greffes thoraciques chez l'enfant. Il a notamment la charge d'aller chercher des organes à l'étranger. Après un DU d'échographie cardiaque, il passe un master en management. Il change alors d'orientation et rejoint Korian, où il est toujours en poste. Après avoir dirigé en même temps deux cliniques et trois Ehpad, il est désormais à la tête de la clinique SMR Les Flots. Il est depuis 14 ans chez Korian.



Centre européen de rééducation du sportif • Landes (40)

Le Centre européen de rééducation du sportif (CERS) de Capbreton est unique en France. D'abord destinées à la prise en charge de sportifs de haut niveau, ses activités se sont développées au fil des années avec, comme fil conducteur, une activité experte sur certaines professions.

“ Vous accueillez une typologie de patients particulière. *Vincent Delcros* : Nous avons signé une convention avec l'ARS en 1991 qui fixe les critères d'admission. Au début, le Centre européen de rééducation du sportif (CERS) ne s'adressait qu'aux sportifs compétiteurs, aux professionnels du sport et de filières STAPS. Nous accueillons désormais les militaires, les policiers, pompiers, gendarmes ainsi que les danseurs. Il est indispensable d'appartenir à l'une de ces catégories pour être suivi au CERS.

Pourquoi est-ce que ces prises en charge spécifiques ont été mises en place ?

***Vincent Delcros* :** Il y a une trentaine d'années, des chirurgiens parisiens, spécialisés dans les opérations de sportifs de haut niveau, ont eu la volonté de faire en sorte que ces patients bénéficient d'une rééducation spécifique. C'est comme cela que le CERS est né. Nous sommes le seul centre de ce type en France.



Mathématicien de formation, ***Vincent Delcros*** est titulaire d'un DESS d'administration des entreprises. Il a intégré le CERS en 2000, d'abord à la logistique, puis comme directeur adjoint. Depuis une dizaine d'années, il s'occupe du développement du Centre pour attirer des patients de toutes les régions françaises ainsi que les patients issus des catégories socioprofessionnelles comme les militaires, les policiers, les pompiers.

Entretien avec... Vincent Delcros

La prise en charge du très haut niveau sportif

Les prescripteurs et patients s'adressent-ils à vous spontanément ?

***Vincent Delcros* :** Au début, nous n'étions pas connus. Il nous était difficile d'attirer des sportifs de haut niveau originaires de toute la France. Aujourd'hui, nous sommes un centre de référence, nous avons donc beaucoup plus de demandes. On cherche plutôt des places pour les satisfaire, alors que nous disposons de 146 lits en hospitalisation complète et de 40 places en ambulatoire.

Le fait que les patients viennent de toute la France ne doit pas faciliter la prise en charge ambulatoire.

***Vincent Delcros* :** 90 % des patients en ambulatoire habitent à moins de 40 kilomètres du centre. On a aussi des gens qui préfèrent loger à l'extérieur et suivre leur rééducation en ambulatoire, cela leur donne plus de liberté dans la vie quotidienne. L'HDJ représente 15 % de notre activité. On ne prend les mineurs qu'en externat.

Vos prises en charge sont donc très spécifiques ?

***Vincent Delcros* :** Nous mettons un point d'honneur à bien connaître les spécificités des sports et/ou professions de nos patients. Pour les sportifs, nous travaillons la reprise du geste sportif orientée vers le soin et la prévention. On a donc signé des conventions avec les fédérations afin de bien connaître les particularités de chaque sport. Par exemple pour le handball, on va travailler le tir afin qu'il n'entraîne pas de douleurs. En ce qui concerne les militaires, nos kinésithérapeutes et praticiens sont allés dans des régiments d'élite afin d'identifier les principales blessures encourues. Cela va de la blessure par balle aux pathologies liées aux chevilles pour les parachutistes, par exemple.



Patrick Charpentier, éducateur spécialisé



L'AMBULATOIRE AU CŒUR DES POLITIQUES PUBLIQUES

◆ Focus

« J'ai apprécié l'école des patients avant mon intervention chirurgicale »

Patrick Charpentier a subi il y a quelques mois une intervention chirurgicale, en ambulatoire, relativement lourde puisqu'il s'agissait de la pose d'une prothèse de hanche. Pris en soins au sein du CMC Les Cèdres de Brive-la-Gaillarde, il a notamment passé une demi-journée à l'école des patients, mise en place par l'établissement (voir page 51).

“ En une matinée, j'ai pu faire le tour de ma prise en charge et tout savoir sur mon intervention. J'ai même eu l'occasion d'échanger avec un autre patient qui avait déjà eu une prothèse de hanche. On est accompagné au plan administratif et médical. C'est très agréable parce que d'un seul coup, en quelques heures, on règle tous les sujets, alors que sans cette école des patients, il aurait fallu 6 ou 7 rendez-vous. J'ai rencontré le cardiologue, l'anesthésiste, ainsi que les autres soignants comme l'infirmière ou le kinésithérapeute. J'avais rencontré le chirurgien bien avant et c'est avec lui que nous avons décidé des conditions de l'intervention. Le jour J, j'ai été opéré en péridurale. Cela fait maintenant plus d'un an que j'ai été opéré et tout va très bien. Cette école des patients pourrait, voire devrait être généralisée dans tous les établissements, publics et privés ».

🕒 Patrick Charpentier est éducateur spécialisé de formation. Aujourd'hui à la retraite, il a travaillé près de 20 ans au sein de l'association AFM Téléthon. Il dirigeait des services régionaux d'équipes paramédicales en charge de la coordination entre professionnels pour les malades. Il préside aujourd'hui la délégation régionale de Nouvelle-Aquitaine de France Asso Santé. Il est également vice-président du Conseil territorial de santé (CTS) de Corrèze. Un militant de la santé qui préfère l'expression « patient partenaire » à « patient expert ».

[PRADO : LE PROGRAMME DE RETOUR À DOMICILE]

Le PRADO est un programme qui permet le retour au domicile du patient, avec un accompagnement personnalisé. Il est accompagné par l'Assurance maladie depuis 2010. Le service s'inscrit dans une véritable démarche de politique de santé dynamique, en prise avec les besoins du patient et dont l'objectif est de créer des liens plus efficaces avec la médecine de ville avec pour ambition de réserver les séjours hospitaliers aux prises en charge les plus lourdes. « Lors de sa mise en place, le PRADO était réservé aux sorties de maternité, il a ensuite été étendu aux sorties d'hospitalisation après chirurgie en 2012, après décompensation cardiaque en 2013, et après exacerbation de bronchopneumopathie obstructive (BPCO) en 2015. Aujourd'hui, il est progressivement proposé après hospitalisation pour accident vasculaire cérébral (AVC) et aux personnes âgées de 75 ans et plus quel que soit le motif de leur hospitalisation », explique le site de l'Assurance maladie.

Le dispositif repose sur une coordination établie par l'Assurance maladie à partir des besoins du patient, en lien avec sa pathologie et après acceptation de sa part. Ainsi, médecins de ville, praticiens et paramédicaux utiles à une bonne convalescence mais également services sociaux peuvent être mobilisés afin d'assurer un retour au domicile sécurisé et dans le cadre d'une convalescence médicalement surveillée et active.

Ce service se déploie après des expérimentations territoriales et des retours d'expérience. Il repose également sur l'observation des pratiques de pays étrangers. Il s'agit vraiment de proposer une approche active de la convalescence au domicile, fondée sur une évaluation des bénéfices pour le patient et pour le système de santé.

◆ Focus

L'exemple du PRADO en maternité et en orthopédie

Au sein de la Polyclinique de Limoges, le PRADO est couramment utilisé pour faciliter le retour à domicile après chirurgie ou pour les jeunes mamans. Interview croisée d'une infirmière et d'une sage-femme afin de mieux percevoir les apports du PRADO.

“ Vous êtes cadre de santé en orthopédie, en neurochirurgie et ophtalmologie à la Polyclinique de Limoges. En quoi consiste le PRADO ?

Anabelle Dujardin Pergaud : C'est très concret. Le PRADO nous permet d'appeler des conseillères de la CPAM pour nos patients qui ont besoin d'une infirmière libérale et d'un kinésithérapeute pour leur retour au domicile. Les conseillères trouvent ces professionnels.

En tant que sage-femme cadre, pouvez-vous nous expliquer le PRADO en maternité ?

Sandra Rebière : Il y a deux PRADO en maternité. Le PRADO précoce permet un retour au domicile plus rapide. La maman sort 72 heures après l'accouchement en cas d'accouchement par voie basse et 96 heures s'il y a eu césarienne. Dans ce cas,



elle bénéficie d'une visite de sage-femme le lendemain de sa sortie, puis une à deux autres visites en fonction des besoins identifiés par la sage-femme. Le PRADO standard prévoit la visite d'une sage-femme dans la première semaine de la sortie et si possible dans les 48 heures, ainsi qu'une seconde visite.

Comment cette démarche s'organise-t-elle ?

Anabelle Dujardin Pergaud : Lorsque la chirurgie est programmée, dans le cadre de la RAAC, nous prenons contact avec la CPAM. Nous organisons avec elle le retour au domicile du patient et elle recherche des professionnels libéraux en capacité de le prendre en charge. La démarche n'est pas adaptée aux chirurgies pratiquées en urgence.

Sandra Rebière : En maternité, cela peut s'organiser en amont. En ce qui concerne le PRADO précoce, nous l'organisons en lien avec la CPAM. Nous faisons une télédéclaration, via ce qu'on appelle l'e-PRADO. Ensuite, une conseillère de la Sécurité sociale appelle la maman pour recueillir son consentement puis elle se charge de trouver une sage-femme libérale. Nous avons été pilotes sur le e-PRADO.

Quels sont les apports du PRADO ?

Anabelle Dujardin Pergaud : Cela permet de trouver un kiné ou une infirmière même quand le patient n'en connaît pas et d'organiser leurs interventions en amont du retour à la maison, afin de le sécuriser. L'intervention de conseillères CPAM peut également inciter des professionnels libéraux à intervenir au domicile.

Sandra Rebière : Il s'agit de réduire la durée de séjour et d'accroître le suivi postaccouchement.

On sait que ce moment est crucial pour la maman qui peut se poser encore beaucoup de questions. Le PRADO permet un véritable accompagnement après l'accouchement. En outre, et ce n'est pas anodin dans le contexte actuel, cela génère des économies pour la Sécurité sociale.

Est-ce qu'il y a un patient type pour bénéficier du PRADO ?

Anabelle Dujardin Pergaud : Les critères d'éligibilité sont définis. Pour nous, en orthopédie, cela concerne les chirurgies de la hanche, du genou, de l'épaule et du rachis. Certains patients nous informent qu'ils n'ont pas besoin du PRADO. En revanche, pour d'autres, le programme se révèle essentiel, souvent parce qu'ils habitent dans des zones géographiques soumises à une pénurie de professionnels. Dans ces cas, le recours au PRADO est crucial.

Sandra Rebière : Toutes les futures mamans peuvent être éligibles. Il y a des critères de non-éligibilité pour le PRADO précoce. L'idée est de garantir la sécurité de prise en charge. C'est très apprécié des patientes. Elles sont de plus en plus nombreuses à adhérer au PRADO. Je dois dire que le système a été salvateur pendant la crise Covid et que les sage-femmes libérales ont été très mobilisées.

« LE PRADO NOUS PERMET D'APPELER DES CONSEILLÈRES DE LA CPAM POUR NOS PATIENTS QUI ONT BESOIN D'UNE INFIRMIÈRE LIBÉRALE ET D'UN KINÉSITHÉRAPEUTE POUR LEUR RETOUR AU DOMICILE. »

 **Entretien avec... Philippe Rosset**

Le PRADO en zone rurale

Philippe Rosset, infirmier libéral en zone rurale, répond à nos questions. Il met en évidence les atouts du PRADO même s'il reconnaît que la structure de la population dans son territoire restreint considérablement le nombre de patients éligibles à ce dispositif.

“ Vous êtes infirmier en zone rurale ?
Philippe Rosset : En effet, j'exerce en libéral dans l'est Béarn, à 30 kilomètres de Pau. La population est essentiellement composée de personnes âgées de plus de 70 ans atteintes de maladies chroniques.

Vous avez relativement peu de patients en PRADO ?

Philippe Rosset : Je ne fais pas de mon expérience une généralité parce que nous sommes vraiment en campagne. En outre, la structure de la population fait que les critères d'éligibilité ne sont probablement pas remplis aussi souvent qu'avec des populations plus jeunes. D'ailleurs, je soigne souvent des patients relativement jeunes en suites chirurgicales pour de l'orthopédie, par exemple. Cette semaine, notre cabinet infirmier a été appelé par le service PRADO pour la prise en charge d'une patiente sortant de l'hôpital de Pau, à la suite d'une colostomie. Ce sont des soins plutôt lourd, (pour le patient) mais ce qui est très appréciable, en PRADO, c'est que nous sommes prévenus bien en amont. On peut se préparer pour que le patient soit pris en charge dans des conditions optimales.

Pour vous, le PRADO est-il une démarche efficace ?

Philippe Rosset : Avec le PRADO, on va toujours vers une amélioration du patient. Il est préparé pendant son hospitalisation pour son retour au domicile. Nous, en tant que professionnels de santé, sommes aussi avertis suffisamment à l'avance pour intégrer ce nouveau patient dans notre tournée de soins. En outre, j'apprécie beaucoup de disposer d'un interlocuteur physique à l'hôpital, joignable par téléphone. C'est rassurant pour nous et pour le patient. Nous ne sommes pas seuls, par exemple en cas de problème technique (matériel spécifique, traitement nouveau, etc.). Et, surtout, il y a une excellente coordination entre les intervenants.

« AVEC LE PRADO, ON VA TOUJOURS VERS UNE AMÉLIORATION DU PATIENT. »

On imagine que pour le patient, le retour au domicile est important.

Philippe Rosset : Si je reprends l'exemple de la patiente en colostomie, en quelques jours à peine, elle reprend ses repères. Le retentissement d'une colostomie est fort physiquement et moralement. Le fait d'être à la maison, cela change tout. Elle reprend doucement des activités, profite de son jardin, revoit ses amis... Cela permet de sortir du contexte hospitalier rapidement et de redevenir une personne plus qu'un patient.

UN « INFIRMIER DE CAMPAGNE », AU SERVICE DES AUTRES



« Je suis dans le monde rural depuis 30 ans, je suis infirmier de campagne », revendique Philippe Rosset. À Lestelle-Betharram, la commune de

800 habitants où il exerce, le temps n'est pas un luxe. C'est plutôt un bien précieux que l'on consacre aux autres. « Je conserve du temps pour mes patients et pour une qualité de vie », confie-t-il. Après quelques minutes d'échange, on découvre que l'infirmier libéral ne dispose pas vraiment de temps pour lui. Il est Délégué départemental et régional de son syndicat professionnel, Convergence Infirmière et, depuis 1 an, élu URPS en Aquitaine. Il œuvre pour une reconnaissance de sa profession « à sa juste valeur ». Il est dans la CPTS de son territoire où il travaille à faire en sorte que les professionnels libéraux soient mieux et plus associés aux parcours de soins. Toujours au service des patients et des infirmiers libéraux...

[L'ENJEU DU FINANCEMENT DE L'AMBULATOIRE]

Notre système de soins est dans une situation paradoxale. Il a été au rendez-vous de la crise sanitaire, quel que soit le statut de ses établissements. En même temps, celle-ci a révélé des dysfonctionnements, parfois connus de longue date des initiés, le malaise des professionnels qui s'estiment déclassés et peu reconnus et une organisation souvent critiquée, notamment dans le service public hospitalier.

Le Ségur 1 a globalement répondu aux demandes salariales, même si nos paramédicaux restent en deçà des rémunérations pratiquées dans de nombreux pays de l'OCDE. Le Ségur 2, qui s'est consacré aux investissements, est décevant pour les établissements privés, qui en ont été largement écartés. Ainsi, la Nouvelle-Aquitaine a bénéficié de plus de près de 1,2 milliard d'euros d'investissements pour le volet Ségur 2. L'essentiel de cette somme était fermé aux établissements privés. Ceux-ci ne pouvaient envisager être candidats sur une infime partie, d'un montant de 90 millions d'euros, soit même pas 1 % de l'enveloppe globale. En outre, cette somme était ouverte à tous les établissements, quel que soit leur statut juridique. Clairement, Ségur 2 a exclu de son périmètre les établissements privés de santé en Nouvelle-Aquitaine, sans qu'une raison objective ne puisse expliquer cette situation. Pourtant, les hôpitaux et cliniques privés de Nouvelle-Aquitaine sont des acteurs volontaristes et ambitieux des axes définis pour les politiques de santé publique, notamment en ce qui concerne ceux qui génèrent

le plus d'économies pour la dépense publique. L'ambulatoire est l'un de ces axes prioritaires fortement générateurs d'économies pour la dépense publique et d'apports positifs avérés pour l'ensemble de l'offre de soins. Curieusement, notre dispositif tarifaire actuel ne récompense aucunement ces efforts consentis par certains établissements, il est vrai essentiellement privés, en Nouvelle-Aquitaine. Comme le soulignait le rapport de la Cour des comptes d'octobre 2018 sur les dépenses de la Sécurité sociale, les économies générées sont encore difficilement quantifiables, notamment parce qu'un grand nombre d'établissements n'ont pas encore réalisé les efforts organisationnels nécessaires. Le Haut Conseil de la Santé Publique explique, dans son rapport « Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé ¹ » que « la stagnation de l'offre de médecine ambulatoire hospitalière s'explique en grande partie par un manque d'incitation financière et la crainte des établissements de la requalification des HDJ en consultations externes (induisant une perte financière conséquente) par les pouvoirs publics. L'instruction du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé vise à "sécuriser" la tarification des HDJ afin d'en favoriser le développement et d'éviter les contentieux lors des contrôles par l'Assurance maladie. Elle y intègre la télémedecine (téléconsultation et téléexpertise) qui peut contribuer à réduire les inégalités territoriales de santé. L'impact de cette instruction sur les développements des secteurs ambulatoires hospitaliers et le rôle de la télémedecine associée sont à évaluer ».





L'EXPERTISE AMBULATOIRE SPÉCIFIQUE DU SECTEUR PRIVÉ EN NOUVELLE- AQUITAINE

Au-delà des multiples témoignages concrets qui illustrent cette Lettre de la Santé, nous avons pensé qu'il serait intéressant de proposer un tour de la Nouvelle-Aquitaine des pratiques ambulatoires. L'ensemble des cliniques et hôpitaux privés de Nouvelle-Aquitaine, adhérents de la FHP NA, ne sont pas présents. Toutefois, ces exemples proposent un large panorama de la profondeur de leurs expertises en ambulatoire.



[À BRIVE-LA-GAILLARDE, UN PROJET AMBITIEUX EN AMBULATOIRE SUR 3 ANS]

Au sein du CMC Les Cèdres, la restructuration de la clinique, dont les travaux ont commencé en 2021, constitue incontestablement un tournant. Les Cèdres disposaient jusqu'à présent d'équipements de qualité mais vieillissants car ils dataient des années 70 et d'un précédent agrandissement de 2003. Si la clinique est toujours citée parmi les meilleures dans le classement du magazine Le Point, ses installations méritaient un « coup de jeune ».

La direction s'est en fait lancée dans un vaste plan de rénovation axé essentiellement autour de l'ambulatoire. Le montant global de l'investissement s'élève à 7 millions d'euros, incluant la reconfiguration de la stérilisation, la création de blocs opératoires et la mise en place de salles dédiées à la prise en charge ambulatoire, notamment par des parcours adaptés de « patients debout ».

Le projet est médical mais il devait relever un défi technique : reconstruire en zone inondable sur pilotis. Isabelle Bielli-Nadeau, la directrice des Cèdres, s'est battue pour ce projet. « Il a fallu convaincre les élus de changer le PPRI, ce qu'ils ont fait en incluant différents établissements de santé. Au cours des deux dernières années, nous avons intégré dix nouveaux chirurgiens et il était inconcevable de ne pas faire évoluer nos installations afin de les adapter aux enjeux de l'ambulatoire ».

Les équipes de praticiens, de soignants se sont impliquées. Des réunions de travail ont été organisées avec celles d'un établissement d'Angoulême afin d'échanger les expériences. Résultat : les soignants ont collaboré avec les architectes afin d'aller dans le détail pour accueillir au mieux les patients dans leur parcours ambulatoire.



Avant

Après

◆ Focus

L'ENJEU PRÉOCCUPANT DU FINANCEMENT

« Nous sommes la dernière clinique privée du bassin, ici en Corrèze. On a mobilisé tout le monde, les élus, les acteurs publics et privés afin que nous puissions bénéficier en Corrèze d'investissements Ségur ! », explique Isabelle Bielli-Nadeau. Pourtant, l'instruction du projet d'investissements pour la restructuration de l'ambulatoire au CMC Les Cèdres butte sur un blocage administratif, en ce qui concerne l'attribution d'un accompagnement financier public. Une situation difficilement compréhensible pour cet établissement dont les difficultés financières sont pourtant connues puisqu'il bénéficie des aides dédiées aux cliniques en difficulté.

◆ Focus

L'ÉCOLE DES PATIENTS

La prise en soins ambulatoires nécessite une implication du patient. Il s'agit donc de l'informer au mieux et de lui permettre de mieux percevoir les apports d'une chirurgie ambulatoire ou d'une prise en charge RRAC. C'est tout l'objet de l'école des patients. Il s'agit de passer une demi-journée en hospitalisation de jour, afin de rencontrer les soignants qui vont être les accompagnants de l'intervention chirurgicale. Cette demi-journée permet également de détecter les patients qui ne seront finalement pas éligibles à l'ambulatoire et de mettre en place d'éventuelles mesures spécifiques de prise en soins.

Cardiologue, anesthésiste, kinésithérapeute et chirurgien interviennent tout au long de la journée afin d'expliquer, de répondre aux questions du patient et de son accompagnant, le cas échéant. Les patients plébiscitent cette démarche d'information et de transparence. Elle joue un rôle déterminant pour aborder l'intervention chirurgicale dans une atmosphère apaisée.

[À MONTFORT-EN-CHALOSSE, LA PRISE EN CHARGE D'ENFANTS ATTEINTS DE PATHOLOGIES COMPLEXES]

Le SMR pédiatrique Korian Montpibat est un établissement particulier à plus d'un titre. Ils ne sont que trois SMR à prendre en charge les soins de suite pédiatriques en Nouvelle-Aquitaine. Surtout, la complexité des pathologies prises en charge et la grande humanité de ses équipes donnent une substance particulière à cette clinique.

Elle accueille au sein de son unité de soins continus 12 enfants dont l'état nécessite des soins qualifiés d'extrêmement lourds comme l'assistance respiratoire ou la nutrition parentérale. Ils sont atteints de pathologies très différentes les unes des autres. Certains sont en soins palliatifs. Son service de rééducation fonctionnelle accueille 14 enfants, atteints de maladies rares, comme une myopathie ou une maladie rhumatismale sévère. Il peut aussi s'agir d'une rééducation postopératoire ou posttraumatique ou encore d'une pathologie comme le syndrome douloureux régional complexe. Enfin, son service de rééducation nutritionnelle est renommé pour la prise en soins de l'obésité chez l'enfant et de maladies métaboliques comme le diabète. L'ambulatorio est au cœur des préoccupations des soignants car le retour d'un enfant malade à son domicile est bien évidemment le souhait de tous. Une attention particulière est donc portée sur les possibilités et l'organisation concrète du retour à la maison, y compris pour les pathologies les plus sérieuses.

C'est la raison pour laquelle l'équipe du SMR Montpibat a souhaité initier un virage ambulatoire en 2019 avec l'ouverture d'un hôpital de jour de 4 places. « Nous sommes à la campagne, actuellement, et nous étions assez inquiets du succès de cet hôpital de jour, en raison des conditions d'accès. Au final, c'est une grande réussite », se réjouit la directrice de l'établissement, Quitterie Lajus. Il accueille des enfants pour leur accompagnement régulier ou pour des bilans fonctionnels selon leurs besoins. L'établissement travaille en étroite collaboration avec l'ensemble des médecins spécialistes du CHU qui suivent les enfants. L'HDJ sert également de support au suivi des enfants en sortie d'hospitalisation complète et afin de permettre un retour au domicile sécurisé. L'établissement bénéficie de la présence du seul médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation (MPR) pédiatrique des Landes. « En pédiatrie, les handicaps, même fixés, évoluent beaucoup.

Les prises en charge doivent donc évoluer et s'adapter à l'âge de l'enfant. Elle ne sera pas la même à 2 ans ou 4 ans, etc. Il s'agit d'un accompagnement médical très spécifique qui requiert une forte collaboration entre soignants. Il est essentiel d'avoir un accompagnement de la vie familiale, de la scolarisation de l'enfant... », explique la Docteure Élisabeth Jasper, médecin coordonnateur et pédiatre. L'organisation d'un retour au domicile est au centre du projet médical. L'équipe est concentrée pour permettre à l'enfant de retrouver son foyer et sa famille. Des séjours courts sont organisés avec un retour en hospitalisation dans l'idée de créer des expériences et de constater ce qui a bien fonctionné et de corriger ce qui doit l'être. C'est grâce à cette expérience que le SMR pédiatrique Montpibat a été sélectionné pour mener un projet novateur au plan national, la mise en place d'une équipe mobile de réadaptation pédiatrique.

◆ Focus

LE PROJET PILOTE D'ÉQUIPE MOBILE DE RÉADAPTATION PÉDIATRIQUE

À la suite d'un appel à projets de l'ARS, le SMR pédiatrique Korian Montpibat a été sélectionné afin de créer une des premières équipes mobiles de réadaptation pédiatrique en France. La Docteure Jasper a mis en place le cahier des charges avec ses collègues de Nouvelle-Aquitaine puis l'établissement a pu ouvrir en début d'année 2022 ce nouveau service mobile. Il ne s'agit pas de prendre en charge les soins mais de visiter les domiciles des jeunes patients en situation de handicap et d'organiser leur retour à la maison ou d'améliorer leur quotidien dans les meilleures conditions de vie possible. L'équipe pluridisciplinaire, composée de médecins, d'un ergothérapeute, d'un kinésithérapeute, d'une psychomotricienne, d'une psychologue et d'une assistante sociale. L'objectif est de tout mettre en œuvre afin de faciliter l'organisation, de coordonner les professionnels et, le cas échéant, d'adapter le logement. Il s'agit également d'accompagner les familles et les aidants et de leur apporter les conseils nécessaires ainsi que d'accompagner la socialisation et la scolarisation.

[À ANGOULÊME, DÉPLOYER LE PROJET « PATIENT DEBOUT »]

La clinique Saint Joseph a fêté son centenaire en 2021. Reprise par Vivalto en 2018, la clinique fait l'objet d'un vaste plan de restructuration d'un montant global de 4 millions d'euros.

Après la chirurgie orthopédique, l'unité d'hospitalisation complète, le bloc opératoire et l'unité de soins continus, c'est au tour de l'ambulatorio de bénéficier d'une rénovation complète avec des travaux qui s'étaleront de 2022 à 2023. L'établissement réalise déjà 80 % de ses prises en charge en ambulatoire, sur un total de 10 208 séjours en 2021. L'ambition est de passer une nouvelle étape, vers des opérations encore plus complexes et, surtout, un meilleur confort pour le patient. Frédéric Beaumanoir, directeur des soins, veille à ce que les patients soient pris en charge avec la meilleure organisation et le plus de bon sens possible. « Mon ambition est clairement de désacraliser l'hôpital. Il est très important pour une personne âgée de ne passer chez nous que le temps nécessaire et de retourner au plus vite chez elle ».

C'est ainsi que pour une opération de la cataracte, on est passé de 6 à 7 heures de présence du patient au sein de l'établissement à 2 heures au maximum. Désormais, le patient se rend au bloc opératoire en marchant. Il y a quelques années, il y était amené en brancard. Ce mode de prise en charge vise à favoriser les échanges avec le patient durant le transfert, côte à côte. Il permet de diminuer l'anxiété induite par le transport allongé.

Nathalie Criqui-Roulaud, directrice de la clinique, rappelle la « signature » du « patient debout » : « Ce sont les 3D, debout, digne, détendu. Le patient est acteur de son parcours de soins. Il est également aux commandes de son rétablissement plus rapide. Ce qui

n'empêche pas un suivi très rigoureux. Les patients sont rappelés le lendemain de leur intervention et ils ont bien entendu des rendez-vous postopératoires avec leur chirurgien lorsque c'est nécessaire. »

La directrice n'oublie pas les soignants. Ce mode de prise en charge permet de valoriser les missions du brancardier et de limiter les troubles musculo-squelettiques. Un autre point important pour elle, la qualité des bâtiments et des équipements participe activement à la qualité de vie au travail. « Nous devons travailler notre attractivité car, comme nos confrères, nous rencontrons des difficultés à recruter. Je considère que travailler dans un "beau" service, cela participe de la qualité de vie au travail, donc de l'attractivité. »

D'ici le début de 2023, le parcours ambulatoire de la clinique Saint Joseph aura été reconfiguré avec pour objectif de favoriser la « marche en avant » du patient qui sera généralisée.

L'établissement propose d'ores et déjà toutes ses activités en ambulatoire, dont son service SOS Mains, labellisé « Centre référent expertise mains », par l'Agence régionale de santé. Autres nouveautés attendues en 2023, la création d'un nouvel espace dédié au service des urgences de la main et de l'épaule et la mise en place d'un outil digital de suivi des patients en ambulatoire.

« Si cela ne tenait qu'à nous, ce serait déjà en place mais nous devons relever le défi de faire dialoguer des logiciens métiers entre eux », s'impatiente Nathalie Criqui-Roulaud.

[À TALENCE, UN HÔPITAL DE JOUR RESTRUCTURÉ POUR UN MEILLEUR ACCUEIL AMBULATOIRE]



Le Docteur Xavier Pommereau résume en quelques mots les effets des travaux réalisés au sein de la Clinique Béthanie : « On est passé d'un vieil établissement à une clinique ultra-moderne ».

Les travaux se sont déroulés en deux phases, ils ont concerné d'abord l'hospitalisation complète (HC) puis la création d'une unité de prise en charge des jeunes adultes et des adolescents en hôpital de jour (HDJ) avec plusieurs filières.

Outre la création d'un HDJ avec des prises en soins dédiées aux jeunes ados, cette restructuration permet une amélioration notable de celles-ci avec, par exemple, de nouveaux espaces conçus pour préserver la confidentialité ou encore un self remis à neuf qui permet de préparer les repas sur place. La montée en puissance de la qualité est notable. L'organisation de la clinique est désormais parfaitement adaptée au parcours du patient, en HC et en HDJ.

La filière TCA (troubles des conduites alimentaires) de l'HDJ accueille les jeunes patientes (essentiellement des jeunes filles) âgées de 16 à 25 ans par demi-journées en ambulatoire. Un mode de prise en charge très adapté pour préserver leur vie quotidienne et étudiante. Ces demi-journées prennent la forme de médiations groupales par le biais d'ateliers thérapeutiques auxquels s'ajoutent des entretiens individuels avec l'équipe pluridisciplinaire. « Les patientes sont orientées vers tel ou tel atelier. Leur parcours est décidé en équipe en fonction de leur capacité à reconnaître leurs troubles, à gérer leurs émotions et à développer des liens avec les autres. »

Ces ateliers sont nombreux et répondent à divers objectifs. Musique, cuisine, groupe de parole, renforcement musculaire, théâtre du corps, psychomotricité et diététique, atelier « bouge tes méninges », escapade ou dessin ne sont que quelques exemples.

Les patientes participent évidemment, avant ou après leur atelier, à des repas thérapeutiques. Pendant la crise de la Covid, l'équipe a mis en place un groupe de parents coanimé par le Docteur Pommereau en visioconférence. Depuis, il a été pérennisé à la demande générale. Le recours à la visio permet de s'adapter aux agendas des uns et des autres et de lever

certaines objections de circonstance. Ainsi, désormais, les pères et mères assistent à ces groupes de parole, en parité.

Le souhait du Docteur Pommereau est de s'adapter aux demandes des patientes et de leurs aidants.

Il envisage d'ouvrir un groupe de fratries/conjoints. « Cela constituera une première.

Il s'agit d'accompagner les frères et sœurs et les conjoints des patientes pour les aider dans les conduites à tenir face à la maladie car ils se sentent eux aussi désemparés et démunis. En tout cas, ils sont demandeurs d'aide. »

Une psychiatre est arrivée en septembre.

Une diététicienne et un psychomotricien sont également venus renforcer l'équipe au cours du premier semestre de 2022. Toutefois, le Docteur Pommereau souligne que le recrutement d'infirmiers est plus compliqué. Comme ses collègues, il note une véritable pénurie de professionnels paramédicaux.

« LE SOUHAIT DU DOCTEUR
POMMEREAU EST DE S'ADAPTER
AUX DEMANDES DES PATIENTES
ET DE LEURS AIDANTS. »



[À LIMOGES, UNE ACTIVITÉ AMBULATOIRE À L'EXPERTISE RECONNUE]

La Polyclinique de Limoges est un établissement de taille significative qui a compté plus de 60 000 séjours en 2019.

Elle dispose de 468 lits d'hospitalisation complète et de 107 lits et places en ambulatoire répartis en chirurgie et en médecine sur deux sites, Chénieux et Émailleurs-Colombier. Le site de Chénieux accueille les activités de médecine, de chirurgie, d'oncologie et dispose d'un service d'urgences. Le site Émailleurs-Colombier est dédié à la chirurgie, la gynécologie obstétrique ainsi que le traitement chirurgical des cancers de tumeurs solides. L'établissement a développé, au fil des années, une véritable culture de l'ambulatoire, qui se heurte aujourd'hui à des contraintes de bâtiments devenus trop étroits ou encore à des supports logiciels difficiles à harmoniser. Cette approche ambulatoire est régulièrement distinguée dans le classement du Point des meilleurs cliniques et hôpitaux de France où l'établissement se classe dans les toutes premières places, notamment pour la prise en charge de la cataracte, la chirurgie des coliques ou de l'incontinence urinaire. C'est dans ce contexte, qu'un troisième site spécifique entièrement dédié à la prise en charge ophtalmologique ambulatoire a été inauguré en août 2022. Il propose un parcours de soins parfaitement fluide, qui préserve l'intimité des patients, et permet d'accélérer l'efficacité de la prise en soins. L'ouverture de ce troisième site a permis de libérer des locaux qui seront utilisés pour créer un hôpital de jour, qui devrait ouvrir prochainement sur le site de Chénieux. Il permettra de développer de nouvelles filières d'hospitalisation de jour avec de nouveaux praticiens et de nouvelles spécialités (algologie, gériatrie, endocrinologie...).

Par ailleurs, l'école des patients¹ en chirurgie continue d'être généralisée pour toutes les prises en charge. Sur une demi-journée, le patient rencontre l'ensemble des praticiens et professionnels paramédicaux. Ces temps d'échange organisés et structurés permettent de donner au patient toutes les réponses à ses questions et d'organiser ses soins de façon optimisée.

L'ambulatoire relève pourtant du défi pour les équipes de cet établissement qui se déploie sur deux sites qui, par leur histoire, ne disposent pas des mêmes process. L'un des objectifs est, par exemple, de généraliser le « patient debout » dans toutes les prises en charge ambulatoires sur les deux sites. Un énorme travail, invisible pour les patients, est engagé pour homogénéiser les prises en soins et faire en sorte que le parcours du patient soit amélioré et harmonisé. Des « conseils scientifiques » par spécialités ont été mis en place afin que des protocoles communs aux différents praticiens soient déployés.

De façon à faire diminuer encore la durée d'hospitalisation, la Polyclinique de Limoges travaille à la généralisation du « J zéro ». Il s'agit de ne plus faire entrer le patient la veille d'une intervention mais bien le jour même, ce qui lui évite une nuit d'hospitalisation, parfois anxiogène. L'école des patients prend ici toute sa valeur car elle permet une bonne information, une bonne anticipation et la détection des fragilités des patients. Ces évolutions sont rendues possibles grâce à l'adoption de longue date des principes de la RAAC².

1. Voir pages 45 et 51, l'école des patients

2. Voir page 32, la récupération rapide après chirurgie

[À ST-MARTIN DE SEIGNANX, UN HÔPITAL DE JOUR GÉRIATRIQUE NOVATEUR]



La clinique (SMR) St-Martin de Seignanx • Landes (40)



Un hôpital de jour gériatrique nécessite une excellente coordination avec les praticiens de ville. En effet, les personnes âgées qui viennent en ambulatoire bénéficient également de soins à domicile et il est donc nécessaire de faire en sorte que les prises en charge soient bien organisées. La clinique de soins médicaux et de réadaptation (SMR) St-Martin de Seignanx dispose d'un service ambulatoire (hospitalisation de jour) expert en prises en charge gériatriques. Celles-ci sont adaptées à l'âge et aux pathologies des patients. En général, les ateliers du matin sont plutôt dédiés aux jeunes seniors pris en charge pour rééducation postchirurgie orthopédique et aux patients les plus fragiles suivis en raison d'une pathologie plus lourde ou à risque de dépendance. C'est le cas de patients soignés par chimiothérapie et qui viennent au SMR deux fois par semaine pour suivre des ateliers de 45 minutes pendant trois heures. Les après-midi sont réservées aux personnes plus âgées et plus fatiguées, avec, là encore, un programme adapté.

« Notre doyenne est âgée de 96 ans. Elle constitue un bon exemple d'une vie au domicile de grande qualité. Certes, elle a la chance de vivre avec sa fille et donc de bénéficier d'un accompagnement au quotidien exceptionnel. Toutefois, elle nous explique que sa présence en HDJ SMR lui apporte une activité physique et des interactions sociales qu'elle n'aurait probablement pas sans notre

accompagnement », explique Cécile Devriere, infirmière coordinatrice.

Les ateliers sont animés par une équipe pluridisciplinaire. Le kinésithérapeute travaille sur le mouvement, l'enseignant en activité physique adaptée travaille sur les amplitudes et la globalité du corps, le psychologue anime un atelier mémoire (par exemple), la diététicienne apporte ses conseils en ce qui concerne l'alimentation et l'ergothérapeute fait le lien entre les soignants et les pratiques au domicile. La directrice de l'établissement, Fabienne Le Lann, travaille à construire des relations avec les acteurs de santé du territoire. En effet, l'activité d'hôpital de jour est récente dans cet établissement neuf, ouvert en novembre 2021. « De nouveaux partenariats sont en cours, notamment avec un chirurgien de l'hôpital (CHCB) pour l'accueil de patients dans le cadre de la récupération améliorée après chirurgie », explique-t-elle. Il s'agit bien évidemment pour le SMR St-Martin de Seignanx de se faire connaître et de développer de nouveaux modes d'accueil ambulatoires afin de répondre aux besoins en santé des populations. Au moment où s'affirme un désir des Français de rester au domicile, y compris lorsqu'ils sont très âgés, il est évident que des soutiens tels que l'hôpital de jour peuvent se révéler indispensables afin de garantir une qualité de vie confortable et sécurisée en complément et/ou renfort des praticiens, paramédicaux de ville et des prestataires au domicile.

[À PÉRIGUEUX, UNE MONTÉE EN PUISSANCE RÉGULIÈRE DE L'AMBULATOIRE]

Au sein de l'hôpital privé Francheville, 62% des prises en charge chirurgicales se font déjà en ambulatoire. L'objectif est d'atteindre 70% d'ici à 2026.

L'établissement a initié son virage ambulatoire depuis près de 20 ans, notamment à la suite de la mise en place de la tarification à l'acte en 2005. Toutefois, il serait très réducteur de considérer le développement ambulatoire comme une réponse des établissements à un mode de financement. Son déploiement repose sur une évolution des mentalités, notamment des praticiens, et l'adoption de parcours de soins construits autour du patient. Il s'agit presque d'une révolution.

L'autre évolution, vraisemblablement déterminante, est celle des techniques anesthésiques. « Nous avons des anesthésistes dynamiques à l'hôpital privé de Francheville, extrêmement sensibles aux innovations et attentifs à les appliquer dans nos blocs. C'est un atout considérable pour développer l'ambulatoire et continuer



de l'appliquer à de nouvelles pathologies. Car la technique anesthésique est déterminante pour une prise en charge de cette nature », explique **Pierre Malterre**, le directeur.

En 2012, des investissements conséquents ont été consentis afin d'ouvrir un nouveau bloc opératoire adapté à la prise en charge ambulatoire, complété d'un service, installé juste au-dessus. Celui-ci comprend 11 lits et 11 fauteuils dédiés à ce type de prise en charge. Ici, le choix a été fait de conserver des lits afin de privilégier le confort des patients, notamment âgés.

En 2016, une seconde étape a été initiée avec l'adoption de la récupération améliorée après chirurgie (RAAC)¹ à l'ensemble des prises en charge, en ambulatoire mais également en hospitalisation complète. Une extension a également été aménagée avec des fauteuils et organisée autour des patients. D'une part, un espace dédié pour les séjours courts, comme les cataractes ou les coloscopies, par exemple, et d'autre part, un espace consacré aux séjours dits longs, c'est-à-dire qui s'étendent sur une journée en raison, fréquemment, de la complexité de l'intervention.

« En ambulatoire, l'organisation est absolument cruciale.

En cas de dysfonctionnement, tout le flux d'accueil des patients peut être perturbé », insiste le directeur. 2016 marque l'arrivée d'un robot chirurgical, essentiellement utilisé en chirurgie gynécologique, viscérale et urologique. Il constitue un apport supplémentaire pour améliorer la prise en charge ambulatoire et le confort des patients. Il permet notamment la réalisation de sutures avec une précision très fine et avec des positions impossibles pour la main humaine.

« Le problème, en France c'est que l'innovation n'est pas rémunérée. Il s'agit d'investissements importants que nous mobilisons pour le seul bénéfice du patient. Mais ils sont, selon nous, essentiels ».

La cicatrisation est en effet un élément à prendre en compte dans une prise en soins ambulatoire. Plus la cicatrice est petite, moins les soins postopératoires seront conséquents et plus la convalescence sera rapide.

L'hôpital privé de Francheville cible 70 % de son activité en ambulatoire d'ici 2026. Pour atteindre cet objectif, un parcours « patient debout » sera prochainement mis en place. Un espace spécifique sera installé dans les prochaines semaines, à proximité immédiate du bloc opératoire afin de rendre ce parcours le plus fluide et confortable possible pour le patient.

Pierre Malterre espère également des innovations en techniques chirurgicales, anesthésiques voire l'acquisition d'un nouveau robot pour développer encore l'ambulatoire, un mode de prise en charge plébiscité par les patients.



Hôpital privé de Francheville • Dordogne (24)

1. Voir page 32, article et témoignages sur la RAAC, technique inventée par des acteurs privés de santé

[À ARCACHON, BIENTÔT 30 ANS D'EXPÉRIENCE EN AMBULATOIRE]



Clinique d'Arcachon • Gironde (33)



Raphaël Trolie, directeur de la clinique d'Arcachon

La clinique d'Arcachon a mis en place une démarche ambulatoire dès 1996, avant que des impulsions de politique de santé publique soient vraiment données. Tout au long des dernières années, les évolutions techniques et de médecine ont permis d'améliorer de façon continue la prise en soins des patients et de diminuer les durées de séjour à l'hôpital. Toutefois, Raphaël Trolie, directeur de l'établissement, souligne que « la vraie évolution de l'ambulatoire est relativement récente. Elle remonte à sept ou huit ans avec l'apparition des circuits courts (Fast-Track) ¹. Le patient est pris en charge directement debout et sort au bout de 2 heures 30 pour une intervention relativement simple comme la cataracte, par exemple ».

Néanmoins, il ne faut pas parler de « bobologie » à Raphaël Trolie au risque de l'agacer. « La vérité est que le secteur privé est devenu expert dans ces prises en charge. Nous n'avons pas de raison de cacher nos savoir-faire, nous devons au contraire les mettre en avant. D'autant plus que nous excellons également dans des prises en charge ambulatoires complexes. En fait, nous sommes des experts de l'ambulatoire ». En effet, au sein de la clinique d'Arcachon sont prises en charge en ambulatoire des interventions chirurgicales complexes : les prothèses de hanche, les ruptures de la coiffe des rotateurs, les hallux valgus ou encore les ligamentoplasties du genou.

L'établissement consacre des budgets significatifs aux investissements nécessaires à ce parcours. Ainsi, 2

millions d'euros vont être investis en 2022, soit presque 10 % du chiffre d'affaires, pour l'ouverture d'un bloc opératoire dédié aux circuits courts. C'est considérable.

« Nous estimons que l'hôpital doit être ouvert sur la ville et aux gens. Il doit être considéré comme un outil pour prendre soin de soi. À partir d'une intervention chirurgicale, on peut être pris en charge pour d'autres pathologies ou des maladies chroniques, par exemple », affirme-t-il.

Ce faisant, les professionnels de santé de la clinique d'Arcachon raisonnent avant tout en parcours de soins pour le patient.

Anne Denise, chargée de mission de la clinique, est signataire du Contrat Local de Santé, pour participer à la construction de la dynamique territoriale de santé sud Bassin d'Arcachon. L'enjeu est d'améliorer les prises en charge, en permettant la rencontre de projets portés par l'ARS et les aspirations des collectivités territoriales.

« NOUS N'AVONS PAS DE RAISON DE CACHER NOS SAVOIR-FAIRE, NOUS DEVONS AU CONTRAIRE LES METTRE EN AVANT. »

[À GUÉRET, L'AMBULATOIRE POUR LUTTER CONTRE LE DÉSERT MÉDICAL]

La clinique de la Marche à Guéret se revendique comme un établissement à taille humaine avec ses 20 médecins et ses 70 collaborateurs. Elle dispose de 28 lits en hospitalisation complète et de 18 lits ou fauteuils en ambulatoire. Elle propose 7 spécialités en chirurgie, endoscopie et médecine vasculaire. 70 % de son activité chirurgicale se réalise en ambulatoire, alors que la région Nouvelle-Aquitaine affiche un taux de 58,8 %. L'établissement s'est adapté aux spécificités de son territoire d'implantation, une population âgée qui réside essentiellement à la campagne. Cette configuration rend les déplacements moins faciles. Toutefois, comme le note la responsable des soins, Annick Kmieciak, « le fait d'être à la campagne n'est pas un frein au recours à l'ambulatoire ».

L'établissement concentre beaucoup d'activités ambulatoires en ophtalmologie et en examens endoscopiques.

« Les patients vont au bloc en fauteuil. Le passage au patient debout est une nouvelle étape que nous devons passer mais elle nécessite un changement de mentalité pour tout le monde », explique Christel Chaput, responsable qualité.

La clinique de la Marche a déposé un projet de financement dans le cadre du Ségur de la Santé.

« Notre objectif est de passer au patient debout. Nous prévoyons une réorganisation de nos blocs opératoires afin de développer cette prise en charge et de personnaliser le parcours de soins », précise Annick Kmieciak.

Une façon de rappeler que l'activité ambulatoire, notamment en chirurgie, repose sur l'acceptation des praticiens, des patients mais également une adaptation des bâtiments à ces pratiques.

« En ambulatoire, l'appel de la veille est essentiel pour bien connaître le patient. Celui du lendemain permet d'organiser un bon suivi postopératoire », précise la responsable des soins.

La taille de l'établissement y est sans doute pour quelque chose mais on perçoit ici une attention particulière au patient, une démarche humaine, presque familiale tout en restant très professionnelle. La signature de la proximité ?



Clinique de la Marche • Creuse (23)



Polyclinique Inkermann • Deux-Sèvres (79)



Anne-Claire Liberge



Clinique de l'Atlantique • Charente-Maritime (17)



[À NIORT, INKERMANN, CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR LE CANCER DU SEIN EN AMBULATOIRE]

Le département des Deux-Sèvres est victime d'une désertification médicale particulièrement aiguë qui touche la médecine générale, de spécialités mais également les paramédicaux. Dès lors, les centres hospitaliers, publics ou privés constituent des centres névralgiques en ce qui concerne l'offre de soins. La polyclinique Inkermann en est consciente et s'attache à se transformer en pôle d'attractivité médicale. Le pari audacieux pris, dès son arrivée en mars 2020, par son directeur se révèle efficace. Onze médecins et chirurgiens rejoignent l'établissement, dont l'ancien chef de service de chirurgie gynécologique du centre hospitalier. Cinq médecins et chirurgiens sont encore attendus d'ici la fin de l'année 2022.

Le cancer du sein est une maladie qui, hélas, se développe et pose de multiples défis aux patientes, particulièrement dans les départements où l'offre de soins est limitée.

« Nous avons souhaité mettre en place un véritable parcours de soins pour les patientes atteintes d'un cancer du sein. Il s'agit d'une prise en charge, essentiellement ambulatoire, de la phase de diagnostic, pré, per et postopératoire et pour le suivi sur la durée. Nous avons conçu ce parcours en plaçant la patiente au centre de nos préoccupations et du dispositif », explique Cyrille Keriquel, directeur de la clinique.

La patiente bénéficie d'une prise en soins globale avec des rendez-vous possibles en hôpital de jour avec tous les spécialistes requis dans les différentes

phases de son parcours : psychologues, diététiciens, IDE d'annonce, radiologues, radiothérapeutes, chirurgiens... Les rendez-vous sont organisés sur quelques heures grâce à l'hôpital de jour. Ainsi, la vie familiale de la patiente est préservée, tout comme son engagement professionnel. La polyclinique Inkermann dispose également de 24 lits de médecine polyvalente, dont une prise en charge de la polypathologie de la personne âgée, et de 23 lits de cardiologie. Elle propose les prises en charge essentielles en chirurgie et dispose également d'une unité de soins continus. Son service des urgences enregistre 17 000 passages par an.

◆ Focus

JANVIER 2023, OUVERTURE D'UN SSR COMPRENANT UNE PLATEFORME AMBULATOIRE

Le 14 juin 2022, les travaux du nouvel SSR de la polyclinique Inkermann ont commencé. En janvier 2023, une nouvelle offre de soins de suite sera proposée, essentiellement en cardiologie et pour les insuffisances respiratoires. Outre une prise en charge en hospitalisation conventionnelle, les patients bénéficieront d'un plateau technique de qualité, neuf et adossé à un hôpital de jour. Il s'agira d'une offre de soins unique et inédite dans le département des Deux-Sèvres.

[À LA ROCHELLE, UN ÉTABLISSEMENT CONSACRÉ À L'AMBULATOIRE]

« La clinique de l'Atlantique réalise plus de 80 % de ses interventions en ambulatoire. Pour nous, l'ambulatoire est au cœur du projet d'organisation. Lorsque nous avons restructuré la clinique pour y accueillir l'activité de la clinique du Mail (La Rochelle), un bloc opératoire dédié à la prise en charge ambulatoire ultrarapide a été créé, avec un circuit patient complet », explique Anne-Claire Liberge, directrice de la clinique de l'Atlantique. La clinique bénéficie de l'expérience de ses praticiens acquise grâce à l'application précoce des techniques de récupération améliorée après chirurgie (RAAC¹). Celles-ci constituent les fondations de l'ambulatoire, en chirurgie.

Au sein de la clinique de l'Atlantique, l'ambulatoire fait partie intégrante de l'offre de soins, avec un ancrage territorial très fort. Les prises en charge sont adaptées aux spécificités du bassin de population. « Le territoire attire en nombre les Parisiens, Bordelais ou Nantais en recherche d'une retraite dans un environnement et un cadre de vie apaisés et vivifiants. Il est donc dynamique mais avec la spécificité d'être composé d'une population de seniors qui s'installent pour y vieillir ». L'enjeu de santé est donc ici de proposer des infrastructures du bien vieillir. Ainsi, les prises en charge en ophtalmologie, gastro-entérologie ou encore angiologie sont telles qu'elles permettent une prise en charge ambulatoire à la fois efficace, sûre et rassurante pour le patient, qui lui donne le sentiment d'être reçu dans un cabinet médical de proximité. Tout est mis en œuvre afin qu'il ne se sente pas dans un hôpital. Le site étant pluridisciplinaire, la clinique s'inscrit

dans un parcours de soins global qui inclut des interventions chirurgicales bien plus complexes. « L'équipe médicale est remarquable car elle teste en permanence de nouvelles techniques. L'ambulatoire n'est pas une fin en soi, mais une conséquence de ces nouvelles techniques. »

De l'examen préventif à la convalescence, en passant par la chirurgie complexe, la clinique de l'Atlantique a la capacité de proposer un parcours patient de proximité complet et, le plus souvent possible, en ambulatoire.

Dans cet objectif, la restructuration a permis le développement d'un SMR en ambulatoire, essentiel dans la phase aval du parcours du patient. Il permet le suivi des personnes atteintes d'un cancer, des patients pris en charge pour obésité ou encore des patients dont l'état nécessite de la rééducation. Il s'inscrit vraiment en préhabilitation et en continuité des interventions chirurgicales.

La clinique de l'Atlantique est donc un complexe de santé de proximité, en profonde adéquation avec les besoins territoriaux. Elle propose essentiellement en ambulatoire des prises en soins préventives et curatives, qui s'inscrivent dans un parcours patient complet.

« L'ÉQUIPE MÉDICALE EST REMARQUABLE CAR ELLE TESTE EN PERMANENCE DE NOUVELLES TECHNIQUES. »

1. Voir page 32, article et témoignages sur la RAAC, technique inventée par des acteurs privés de santé

[À SOYAUX, LE PATIENT AU CŒUR DU DISPOSITIF]

« Les blocs opératoires sont des lieux où cohabitent technicité et humanité. Nous avons fait le choix en équipe au Centre Clinical de transformer les circuits et les prises en charge tant au bloc opératoire que dans les unités de soins et particulièrement en unité de chirurgie ambulatoire. Aujourd'hui, ces lieux sont devenus agréables, confortables et adaptés aux attentes des patients acteurs de leur prise en soins. Toutes les zones de notre établissement sont désormais des lieux de vie, chaleureux et bienveillants. Pourtant, les actes prodigués sont hypertechniques et la technologie est très présente. Il s'agit vraiment d'une nouvelle expérience patient. Celui-ci est acteur de sa prise en charge. » Stéphane Chabanaïs, le directeur du centre Clinical à Soyaux, exprime clairement ses ambitions. En ce qui concerne le taux de recours à l'ambulatoire, la clinique se situe à un niveau élevé de 74,7 % pour les cinq premiers mois de 2022¹. La culture de l'ambulatoire y est fortement ancrée depuis 2009, date à laquelle 50 % des actes chirurgicaux ambulatoires se déroulent avec un patient qui se rend debout au bloc. Depuis 2018, ce taux est monté à 100 %. Au-delà des chiffres et des statistiques, c'est d'abord une nouvelle approche du patient qui est en jeu.

◆ Focus

À BORDEAUX, UN HÔPITAL DE JOUR DÉDIÉ À 100 % À L'ENDOMÉTRIOSE

L'endométriose est sur le point d'être reconnue en affection de longue durée. Une véritable révolution dans la prise en charge de cette maladie. Les patientes avaient le sentiment, justifié, d'être seules et de ne pas disposer de professionnels véritablement formés pour les soigner. Benjamin Merlot et Horace Roman, chirurgiens gynécologues, sont des précurseurs dans la prise en charge de l'endométriose. Ces deux chirurgiens sont à l'initiative de la création de l'Institut Franco Européen Multidisciplinaire d'Endométriose (IFEM Endo), en 2018, au sein de la clinique Tivoli Duclos. L'hôpital de jour endométriose de la clinique Tivoli est dédiée à 100 % à la prise en charge personnalisée des patientes atteintes d'endométriose. Leur accompagnement est total et intègre bien entendu la gestion de la douleur, il s'entend en phase pré et postopératoire, essentiellement pour des

« Avec la prise en soins des patients debout, les soignants sont face à une personne humaine. Ainsi, lorsque le patient arrive en marchant au bloc, cela implique une autre relation avec son équipe médicale. Cela a profondément changé l'approche des soignants », explique Stéphane Chabanaïs.

Enfin, son établissement a adopté le Lean Management, technique inspirée du modèle Toyota. Mais attention, il ne s'agit pas d'appliquer des pratiques d'entreprises qui privilégiaient la rentabilité. Ici, la démarche est humaine. Patients et équipes soignantes sont au centre du dispositif. Les approches managériales se font au plus près des services avec l'idée de décloisonner les équipes et d'apporter une réelle qualité de vie au travail. Une unité d'accueil préopératoire vient d'être mise en place, elle accueille et prépare tous les opérés du jour qu'ils soient de chirurgie conventionnelle ou de chirurgie ambulatoire. Les soignants de chirurgie conventionnelle sont pleinement satisfaits puisqu'ils se concentrent sur le postopératoire et ne sont plus interrompus dans leurs tâches par la préparation de l'opéré et les départs au bloc. Chaque année, environ 19 000 patients sont ainsi pris en soins dans cet univers de santé conçu autour d'eux et pour eux.

patientes atteintes de formes graves ou dans un processus de douleurs chroniques. Les spécialités sont regroupées au sein de l'HDJ endométriose de l'IFEM Endo. Psychologues, ostéopathes, médecins de la douleur et gynécologues sont regroupés et la patiente les consulte en une demi-journée dans le contexte de l'hôpital de jour. L'établissement dispose d'une hyperspécialisation en endométriose. Les patientes sont également accompagnées pour le maintien d'une sexualité, notamment dans la perspective de la natalité. L'IFEM Endo est désormais internationalement reconnu et des médecins du monde entier viennent s'y former. Il réalise chaque année près de 35 % des opérations chirurgicales complexes liées à l'endométriose en France².



Clinique Delay de Bayonne • Pyrénées-Atlantiques (64)



[À BAYONNE, L'HYPERSPÉCIALISATION EN OPHTALMOLOGIE]

Chaque année, le « Palmarès des cliniques et hôpitaux » du magazine Le Point distingue la clinique Delay de Bayonne. Il faut dire que cet établissement détonne. Son directeur, François Gouffrant, le définit comme « un établissement de petite taille mais avec une grande expertise ».

La clinique a fait le choix de se spécialiser en ophtalmologie et en chirurgie maxillo-faciale, outre un service de dialyse. L'ophtalmologie représente 65 % de son activité chirurgicale. Cet établissement indépendant est détenu par des médecins, actifs. Il consacre chaque année 1,5 million d'euros à ses investissements d'amélioration de son bâti ou de son matériel. Selon les enquêtes de l'ARS, 100 % des patients de la clinique Delay se déclarent satisfaits ou très satisfaits de leur prise en charge. Un résultat qui ne doit rien au hasard.

La spécialisation permet de proposer des procédures très maîtrisées. François Gouffrant se plaît à le rappeler : « on se pose toujours la question : est-ce qu'on accepterait cela pour sa mère ou sa grand-mère ? ». Une façon d'expliquer que les processus sont certes hyper au point mais qu'ils sont surtout tous orientés vers un confort maximal du patient et une prise en charge de haute qualité.

Avec 10 000 patients par an, les procédures sont en effet parfaitement connues et maîtrisées par les

soignants. « On prend le temps avec le patient, il n'est jamais seul. L'idée est d'aller vite, conformément à ses souhaits mais tout en se donnant le temps nécessaire, sans précipitation ».

Céline Wagniar, cadre de santé, explique que les procédures mises en place pendant la crise sanitaire ont été maintenues. Ainsi, les patients sont appelés l'avant-veille de leur admission. « Une façon de leur laisser plus de temps pour nous rappeler, le cas échéant. Ils ne subissent aucune pression. »

Si le patient est au centre des préoccupations, c'est également le cas des équipes. Elles peuvent, sur leur temps de travail, bénéficier chaque semaine « d'ateliers » de massage, de réflexologie, d'ostéopathie ou encore de naturopathie. Le directeur considère que les soignants doivent être en nombre suffisant, disposer d'un bon matériel et qu'ils doivent se sentir bien traités pour se montrer bienveillants et efficaces avec les patients.

À ressentir à la fois l'efficacité des équipes, leur sérénité et leur grande gentillesse à l'égard des patients, on est tenté de demander à Céline Wagniar sa recette. La réponse fuse, tout en douceur : « Beaucoup d'écoute et d'échanges. Le fait d'être en nombre suffisant pour travailler est un atout. Je consacre beaucoup de temps aux équipes. Ma meilleure récompense, ce sont les retours des patients, souvent dithyrambiques, ainsi que le faible turn-over des équipes. »



Clinique Sainte-Anne • Gironde (33)

Sylvain Faugieras, Directeur général

[À LANGON, LA CONDUITE DU CHANGEMENT VERS LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE]

« Il y a un indicateur qui ne trompe pas, c'est celui de la satisfaction de nos patients. Le taux de satisfaction des patients est vraiment supérieur lors des prises en charge ambulatoires par rapport à une hospitalisation complète. C'est le signe de la réussite de cette démarche qui est vraiment bénéfique pour le patient. Chez nous, la bascule vers l'ambulatoire s'est faite progressivement, dans une forme de continuité », précise Sylvain Faugieras, directeur général de la clinique Sainte-Anne à Langon.

Au sein de cette clinique, la démarche a été initiée en 2008 avec la mise en place de la récupération améliorée après chirurgie¹ (RAAC). Il s'agissait dans les premières années de réduire progressivement la durée de séjour des patients en hospitalisation complète et cela a mené naturellement une bascule vers l'ambulatoire.

L'établissement a pu compter sur des professionnels très motivés : chirurgiens, infirmiers et paramédicaux se sont impliqués dans une démarche ambulatoire volontariste afin de mettre en place des parcours patients innovants. Les chirurgiens se sont révélés « moteurs » dans la démarche ambulatoire.

Sylvain Faugieras explique : « Je prends souvent comme exemple le monde des aéroports. Les voyageurs passent des étapes les unes après les autres, presque sans s'en rendre compte, puis entrent dans l'avion... L'ambulatoire est également construit en marche en avant avec des étapes à passer. C'est bien le patient qui est au centre du dispositif et qui doit être mobilisé avec l'équipe soignante. En ambulatoire,

l'échelle du temps, ce n'est plus la journée, c'est la minute ».

Au sein de la clinique Sainte-Anne, le taux de prise en soins ambulatoire atteint déjà 80 %. Toutefois, l'équipe est bien consciente que les 20 % restants seront les plus difficiles à réduire. L'ambition n'est pas de supprimer l'hospitalisation complète mais de faire en sorte que les patients ne séjournent dans l'établissement que le temps nécessaire. Pas plus. Pas moins.

Focus

L'ENJEU DU FINANCEMENT POUR ADAPTER LES BÂTIMENTS

La prise en soins ambulatoires est avant tout une affaire humaine. Les soignants et surtout les patients doivent l'accepter. La concertation et l'information permettent de dépasser d'éventuelles réticences, toujours légitimes. Toutefois, sans bâtiment adapté à la démarche, il peut être complexe de la déployer dans des conditions adaptées. À la clinique Sainte-Anne de Langon, un projet de restructuration de la chimiothérapie, de l'hôpital de jour ainsi que de la chirurgie ambulatoire représente un montant global de 3,6 millions d'euros auxquels s'ajoutent environ 2,9 millions pour les blocs opératoires. Les avantages de l'ambulatoire sont incontestables. Pour le confort des patients et des soignants, il est essentiel que les bâtiments soient adaptés, le financement nécessite des accompagnements.

[À AGEN, DES PROTHÈSES TOTALES DE GENOU ET DE HANCHE EN UNE JOURNÉE]

La clinique Esquirol, à Agen, réalise 60 % de ses activités en ambulatoire. La crise sanitaire a agi comme un accélérateur et a permis de développer considérablement l'activité. « Le fait de devoir limiter le temps de présence dans l'établissement tout en maintenant nos activités a engendré un recours plus facile à l'ambulatoire chaque fois que possible. Depuis la crise, nous ne sommes pas revenus en arrière, au contraire, on ajuste nos approches et on les améliore sans cesse », explique le directeur, Lionel Combes.

La clinique pratique tout type de prise en charge ambulatoire, dont les circuits longs, c'est-à-dire les interventions qui nécessitent la présence du patient sur une journée entière. C'est le cas des prothèses de genou et de hanche.

La prise en charge est ici relativement lourde. Arriver le matin à l'hôpital et repartir le soir avec une nouvelle hanche ou un nouveau genou ne relève pas de l'opération chirurgicale anecdotique. Pourtant, les évolutions médicales, notamment en ce qui concerne le protocole d'anesthésie mais également une meilleure organisation du parcours du patient, les rendent non seulement possibles mais totalement sûres.

L'ensemble du parcours patient se fait en ambulatoire et commence par une demi-journée en hôpital de jour au cours de laquelle, en quelques heures, le patient va rencontrer tous les acteurs de sa prise en soins : anesthésiste pour la sédation, chirurgien pour l'intervention, kinésithérapeute pour sa rééducation ou encore infirmière de parcours, pour la coordination des professionnels. « Toutes les étapes sont importantes. Il est essentiel de tout bien cadrer, avant, pendant et après l'opération. L'infirmière de parcours s'assure que le patient peut bénéficier d'un soutien à la maison, que le kinésithérapeute pourra assurer sa rééducation à domicile au départ, que l'infirmière pourra passer

pour les soins requis, etc. En outre, il faut répondre à toutes les questions du patient et bien valider qu'il est éligible à une intervention en ambulatoire. On essaie de désacraliser l'opération ».

Le jour J, tout est fait pour le confort du patient et pour que sa récupération et sa convalescence soient rapides afin de garantir une remobilisation optimale. Le patient se rend debout au bloc. Les soignants lui proposent de l'hypnose, un casque de réalité virtuelle Oculus afin de lui permettre de s'évader... Tout est mis en œuvre pour une intervention sereine dans une ambiance ultra-professionnelle mais également détendue et bienveillante.

Il est pris en charge tôt le matin et sortira en fin de journée vers 19 heures, après s'être tranquillement réveillé dans une chambre, au calme et après la visite de son chirurgien et de son anesthésiste.

C'est le kinésithérapeute qui assure son premier lever, en douceur.

De retour au domicile, le patient peut être serein, les professionnels se sont organisés en amont afin d'assurer son suivi. En outre, il sera appelé par la clinique afin de prendre de ses nouvelles. Enfin, une application mobile assure un support permanent de suivi.

« La crise sanitaire a été un accélérateur dans le développement de l'ambulatoire au sein de la clinique. En 2 ans, on a gagné 5 ans de déploiement. Nous devons désormais redimensionner encore nos moyens, notamment l'immobilier, malgré les investissements que nous avons déjà faits au cours des années précédentes. En septembre 2022, nous ouvrirons un hôtel hospitalier. Nous souhaitons répondre à des situations sociales spécifiques comme l'isolement et accueillir des patients qui habitent loin ou à la campagne », conclut Lionel Combes.

Clinique Esquirol • Lot-et-Garonne (47)



[À BAYONNE, UN PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE]

Depuis 2015, le Centre Hospitalier de la Côte basque (CHCB) et le Pôle de Santé Privé Ramsay du Sud Aquitaine ont mis en place une collaboration inédite en créant le GCS de Cardiologie du Pays basque. Le Centre de Cardiologie du Pays basque (CCPB) est aujourd'hui l'établissement qui traite la quasi-totalité des pathologies cardiaques du territoire.

« Les évolutions dans la prise en soins des pathologies cardiaques ont été très rapides, ces dernières années, et l'ambulatoire est désormais la règle quand il était rare d'y avoir recours il y a quelques années. C'est le cas de l'angioplastie coronarienne qui nécessitait trois nuits d'hospitalisation il y a dix ans, une nuit il y a cinq ans et qui se réalise désormais en partie en ambulatoire sur une journée », détaille Nicolas Bobet, directeur du Pôle Ramsay Sud Aquitaine.

Ces interventions sont par définition complexes. Toutefois, elles ne nécessitent plus d'anesthésie générale, elles se pratiquent sous sédation légère. Un énorme bénéfice pour la récupération du patient. Au CCPB, le nombre de patients pris en charge dans un contexte ambulatoire ne cesse de croître. Sur un total de 7 800 patients ayant fait l'objet d'une prise en charge au sein de l'établissement en 2021, 2 000 l'ont été en ambulatoire. En outre, c'est aujourd'hui sur la prise en charge ambulatoire que repose le développement de l'activité du CCPB. Nicolas Bobet précise d'ailleurs que « l'ambulatoire

« LES ÉVOLUTIONS DANS LA PRISE EN SOINS DES PATHOLOGIES CARDIAQUES ONT ÉTÉ TRÈS RAPIDES, CES DERNIÈRES ANNÉES, ET L'AMBULATOIRE EST DÉSORMAIS LA RÈGLE QUAND IL ÉTAIT RARE D'Y AVOIR RECOURS IL Y A QUELQUES ANNÉES. »

permet une réponse adaptée au manque de professionnels de santé. Il renforce l'attractivité de nos établissements car, grâce à lui, on élimine les contraintes des métiers de santé comme les permanences de nuit ou de week-end, puisqu'il n'y a plus l'hospitalisation complète ».

Ainsi, le patient bénéficie d'un accompagnement plus confortable avec un retour rapide au domicile et les professionnels ont de meilleures conditions de travail. Le CCPB dispose actuellement de 5 lits ambulatoires. En 2023, il inaugurera de nouveaux blocs opératoires et devrait disposer d'au moins 12 lits en ambulatoire. Cette nouvelle étape devrait également permettre de proposer aux patients une prise en soins debout. Actuellement, ils sont encore brancardés vers le bloc et ont une prémédication en chambre.



[UNE IDÉE REÇUE FACE À UNE RÉALITÉ]

L'IDÉE REÇUE

***Les établissements
privés paient mieux leurs
salariés et débauchent
dans le secteur public***

Contrairement à une idée reçue, les salariés des établissements privés ne sont pas mieux payés que dans le secteur public. Ils sont même en général un peu moins bien payés. La différence de salaire pour un aide-soignant est de l'ordre de 13 % au détriment du secteur privé, un infirmier du secteur privé a un salaire en moyenne 8 % moins élevé qu'un infirmier du secteur public...

S'agissant de nos praticiens, des dépassements d'honoraires existent, mais ils ne sont pas systématiques. Ils font l'objet d'une information au moment de la prise en charge. En outre, ils existent également dans le secteur public, même si c'est moins connu. Les difficultés d'attractivité touchent l'ensemble du secteur de la santé et tous les établissements. Actuellement, en Nouvelle-Aquitaine, environ

LA RÉALITÉ

***Les difficultés de
recrutement touchent
l'ensemble du secteur***

15 % des postes d'infirmier sont vacants dans le secteur privé. L'organisation de la formation des professionnels paramédicaux a tendance à favoriser le secteur public qui détient la quasi-totalité des centres de formation. Il apparaît que c'est surtout l'organisation générale du secteur privé, qui repose notamment sur un management plus souple et moins administré, qui caractérise l'attractivité de celui-ci pour les professionnels.

En outre, les pouvoirs publics ont multiplié par cinq la rémunération des heures supplémentaires de nuit effectuées au cours de l'été 2022, dans le secteur public. La revalorisation de 3,5 % du point d'indice au 1^{er} juillet pour la rémunération des fonctionnaires amplifie encore plus les écarts de salaire entre le secteur public et le secteur privé, au détriment du second.

UN SECTEUR HOSPITALIER PRIVÉ ET CITOYEN EN NOUVELLE-AQUITAINE



La FHP Nouvelle-Aquitaine en 10 chiffres clés

La FHP Nouvelle-Aquitaine compte **102** cliniques et hôpitaux privés adhérents. Nous sommes le représentant exhaustif des acteurs du secteur privé de la santé en Nouvelle-Aquitaine. Nos adhérents sont des cliniques et hôpitaux privés que l'on peut qualifier de classiques dans leurs interventions en chirurgie, maternité et obstétrique (MCO). Certains de nos adhérents sont des établissements de soins de suite et de réadaptation,

des SSR, qui prennent en soins les patients souvent après une hospitalisation. Par exemple, ce sont ces établissements qui remettent sur pied les patients qui ont séjourné en réanimation dans le contexte du Covid. Enfin, nos adhérents sont également des établissements de psychiatrie. Nous couvrons donc la quasi-totalité des services hospitaliers.

[NOS ÉTABLISSEMENTS SONT DES ACTEURS INCONTOURNABLES DE LA SANTÉ EN NOUVELLE-AQUITAINE]
(Source ATIH 2019/2020)

Les hôpitaux et cliniques privés de Nouvelle-Aquitaine représentent **34 %** de l'offre régionale de santé, tous secteurs confondus, mais réalisent :

58 %
des actes chirurgicaux

66 %
de la chirurgie ambulatoire

46 %
des actes de chirurgie cancérologique

38 %
de la chirurgie gynécologique

Nos établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) assurent **35 %** de l'activité régionale.

20 %

des actes de psychiatrie sont assurés par des établissements privés alors qu'ils ne représentent que **10 %** de l'offre régionale

Enfin, nos services d'urgence en région accueillent plus de **235 000** patients par an.

On le perçoit bien, nos établissements, qui ne représentent que **34 %** de l'offre régionale de santé, assurent une activité bien au-delà de leur présence en Nouvelle-Aquitaine. Cela dénote une efficacité remarquable et une haute contribution à l'offre de soins régionale.

98 %

des adhérents de la FHP Nouvelle-Aquitaine disposent d'une certification au plus haut niveau de la Haute Autorité de Santé

[NOS ÉTABLISSEMENTS INNOVENT ET CONSTITUENT LE BRAS ARMÉ DE LA POLITIQUE PUBLIQUE DE SANTÉ]

L'une des caractéristiques de nos établissements, outre leur efficacité, est leur capacité à innover en permanence. Ils accompagnent avec volontarisme les politiques de santé publique. Ainsi, nous réalisons :

66 %
des actes de chirurgie ambulatoire

14 %
des actes de l'hôpital à domicile, alors que nous sommes sous-représentés dans cette activité

Nous sommes également partenaires de nombreuses maisons de santé pour des consultations avancées, notamment de spécialistes.

Nous déployons la télémedecine.

Contrairement à quelques idées reçues, nous innovons fortement en ambulatoire. Cette activité concerne désormais les activités complexes, comme la chirurgie des prothèses du genou ou de la hanche, le cancer du sein et bien d'autres. Elle permet de mettre en place des protocoles renouvelés, par exemple en anesthésie, qui ont moins d'impact sur le patient.

Nous travaillons en permanence sur de nouvelles techniques médicales comme l'oncogénétique ou le TAVI mais nos établissements se heurtent, parfois, à des réticences administratives face à l'innovation.

[NOUS AVONS UNE EMPREINTE ÉCONOMIQUE ET SOCIALE FORTE, LÀ OÙ NOUS SOMMES IMPLANTÉS]

Il est désormais admis qu'**1 €** d'activité en santé génère **2 €** d'activité économique locale¹.

Les établissements de la FHP Nouvelle-Aquitaine emploient :

12 726
salariés dont **4 737** infirmiers
et **2 768** aides-soignants

3 364
médecins libéraux
dont **1 370** chirurgiens

Ils emploient des salariés dans un large panel d'activités.

L'activité générée par nos établissements, qui est de plus de **1** milliard d'euros, génère une contribution directe de **2** milliards d'euros au PIB régional.

1. Source : étude d'impact Grand Ouest Nantes, Angers, Brest, Rennes, Tours, Orléans du 5 octobre 2017

Notre région est l'une des mieux représentées de France dans le classement annuel du magazine Le Point 2021. 6 établissements privés, adhérents de la FHP Nouvelle-Aquitaine, se classent dans les 50 premiers établissements privés au plan national, **27** se classent dans le palmarès. Surtout, **98 %** de nos établissements obtiennent les plus hauts niveaux de classification de la Haute Autorité de Santé.

85 %
sont notés A et 15 % B,
soit les meilleures notes

Nous le revendiquons et le démontrons chaque jour : nous sommes pleinement acteurs de la santé publique.

Sans les cliniques et hôpitaux privés, l'offre de soins en Nouvelle-Aquitaine serait considérablement dégradée, il suffit pour s'en convaincre de regarder les chiffres : nous représentons **34 %** de l'offre de soins régionale et réalisons **58 %** des actes chirurgicaux, et 66 % pour l'ambulatoire !



La lettre de la santé

UNE PUBLICATION DE LA FHP NOUVELLE-AQUITAINE

La Lettre de la Santé a pour objectif d'apporter un point de vue différent sur le système de santé en Nouvelle-Aquitaine. Les cliniques et hôpitaux privés estiment qu'en tant qu'acteurs à part entière de l'offre de santé publique régionale, ils doivent contribuer au débat public. La santé est devenue un enjeu majeur pour nos concitoyens, parfois confrontés à des difficultés pour accéder à une offre de soins de proximité dans un délai raisonnable quand ils n'habitent pas de véritables déserts médicaux. Ils perçoivent que notre offre de soins doit être renforcée et bénéficier d'une approche sans doute plus audacieuse. Nous proposons, avec la Lettre de la Santé, des angles différents, des idées fondées sur l'expérience de pratiques souvent innovantes portées par les acteurs privés de la santé.



[LE NUMÉRO #1 DE LA LETTRE DE LA SANTÉ]

La Nouvelle-Aquitaine a été relativement épargnée par les différentes vagues du virus. Toutefois, les établissements de santé, privés et publics, ainsi que leurs professionnels ont été très mobilisés depuis deux ans pour répondre aux défis posés par cette crise sanitaire sans précédent. Ce premier numéro de la Lettre de la Santé en Nouvelle-Aquitaine revient sur cette période inédite. Nous proposons une sorte de retour sur expérience, à chaud. Témoignages de praticiens, de soignants, de directeurs d'hôpitaux et de cliniques privés émailent cet ouvrage afin de permettre de mieux percevoir ce que nous avons vécu, au cœur du système de santé. Nous dressons également 12 constats et formulons 13 propositions opérationnelles. Parce que notre enjeu collectif est désormais de tirer les conséquences de cette crise et de les mettre au service de nos concitoyens, pour un système de santé toujours plus efficient.

**CE NUMÉRO EST TOUJOURS DISPONIBLE
POUR L'OBTENIR, CONTACTEZ BRIGITTE DELESSE AU 05 56 24 48 99**

LES AUTEURS

« NOUS AVONS RÉUNI UNE ÉQUIPE DE PROFESSIONNELS AFIN DE PRÉPARER CETTE LETTRE DE LA SANTÉ EN NOUVELLE-AQUITAINE. ILS ONT TRAVAILLÉ ENSEMBLE POUR PROPOSER UN VÉRITABLE PARTAGE D'EXPÉRIENCE DE TERRAIN. UN TRAVAIL D'ÉQUIPE TRÈS SYMBOLIQUE. **NOUS SOUHAITONS REMERCIER TOUTES LES PERSONNES INTERVIEWÉES POUR LEUR CONTRIBUTION SI PRÉCIEUSE.** »

Isabelle BIELLI-NADEAU,
Vice-Présidente de la FHP
Nouvelle-Aquitaine, Directrice
Centre médico-Chirurgical de
BRIVE (19).

Nicolas BOBET,
Membre du Conseil
d'administration de la FHP
Nouvelle-Aquitaine, Directeur
Pôle Aquitaine Groupe Ramsay,
Hôpital privé Belharra à Bayonne
(64).

Nicolas BRIDOUX,
Membre du Conseil
d'administration de la FHP
Nouvelle-Aquitaine, Directeur
Centre médical Landouzy,
Cambo-les-bains (64).

Philippe CHOUPIN,
Délégué régional FHP Nouvelle-
Aquitaine.

**Nathalie CRIQUI-
ROULAUD,**
Directrice clinique Saint Joseph,
Angoulême (16).

Grégory DIEUSAERT,
Directeur Centre Médical
Toki Eder, Cambo-les-bains, (64).

Marie-France GAUCHER,
Présidente de la FHP
Nouvelle-Aquitaine, Directeur
d'établissement de santé privé.

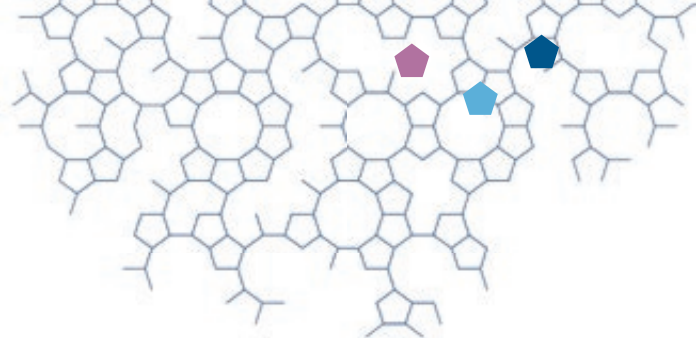
Pierre MALTERRE,
Membre du Conseil
d'administration de la FHP
Nouvelle-Aquitaine, Directeur
de l'Hôpital Privé de Francheville
Périgueux (24).

Bertrand MIGNOT,
Membre du Conseil
d'administration de la FHP
Nouvelle-Aquitaine, Directeur
Pôle Gironde Dordogne groupe
Elsan, clinique Saint Augustin
Bordeaux (33).

Pierre PERICOU,
Membre du Conseil
d'administration de la FHP
Nouvelle-Aquitaine, Directeur
clinique Napoléon Dax (40).

**Évelyne THOMAS-
JOANNES,**
Membre du Conseil
d'administration de la FHP
Nouvelle-Aquitaine, Directrice
clinique SSR Le Mas Blanc
et clinique Psychiatrique Villa
bleue de Jarnac (16).

© Fédération de l'hospitalisation privée Nouvelle-Aquitaine
Directeur de la publication : Philippe Choupin
Réalisation : Sountsou - Affaires Publiques
Conception/production : Moka - Bruno Franceschini
Impression : IBG - 7, rue Z.A Picot - 33160 Saint-Médard-en-Jalles
Crédits photo : FHP Nouvelle-Aquitaine • Istock
• Art et Lumière - Biarritz • Thierry Joubert



La lettre de la santé

UNE PUBLICATION DE LA FHP NOUVELLE-AQUITAINE

Les hôpitaux et cliniques privés de Nouvelle-Aquitaine représentent 34 % de l'offre de soins régionale.

Toutefois, ils assurent 58 % des actes chirurgicaux et 66 % des prises en soins en ambulatoire.

Ces chiffres interpellent et, reconnaissons-le, brisent certaines idées reçues. Ils nous ont incités à interroger ces établissements, présents dans les territoires de la région sur leurs pratiques ambulatoires. Le résultat est saisissant : des dizaines d'initiatives, dans tous les domaines médicaux, des millions d'euros investis, des organisations revues en profondeur, des bâtiments restructurés, des professionnels formés... Une pratique de la médecine qui place le patient au centre de son parcours de soins, dont il devient pleinement acteur. Ce deuxième numéro de la Lettre de La Santé nous invite à une visite au cœur de la stratégie ambulatoire des établissements de santé privés de Nouvelle-Aquitaine. Sa lecture, illustrée de nombreux exemples concrets, nous offre une cartographie inédite de la pratique ambulatoire dans notre région, surtout, elle nous éclaire sur les multiples facettes de cette nouvelle vision de la santé.

**FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE
NOUVELLE-AQUITAINE**

Parc de la Gravade • Bât A

144 avenue du Médoc • 33320 EYSINES

FHP FÉDÉRATION DE
L'HOSPITALISATION
PRIVÉE
Nouvelle-Aquitaine
Des hôpitaux et cliniques *à missions*