



Chirurgie ambulatoire  
Un panorama  
de l'hospitalisation  
de demain



Entretien avec le  
Dr Jacques Frichet  
Coopérer avec  
les maisons de santé

Essai  
Le monde  
médical  
et chirurgical  
sous  
le scalpel  
du Dr Patrick  
Carlioz



## chirurgie ambulatoire

# UN OBJECTIF NATIONAL



éditorial  
Lamine  
Gharbi

**L**a chirurgie ambulatoire est en plein essor. Ses bénéfices ne sont plus à démontrer en termes de satisfaction du patient et de sa famille, de qualité et de sécurité des soins chirurgicaux, de satisfaction des personnels, d'optimisation et d'efficacité de l'organisation et des ressources des plateaux techniques ; et enfin de réduction des coûts pour les établissements de santé. Pratique centrée sur les patients et initialement réservée aux actes « légers », la chirurgie ambulatoire s'ouvre aussi à des actes lourds, requérant une haute technicité. Soulignons que certaines grandes « premières » de prothèse de hanche et du genou, de colectomie en ambulatoire ont été réalisées dans des établissements de santé privés. Des modifications réglementaires d'août 2012 portées notamment par la FHP-MCO ont été mises en œuvre afin d'apporter plus de souplesse de fonctionnement de ces unités. L'hospitalisation privée s'illustre par un taux plus élevé de prise en charge en ambulatoire que dans les établissements publics en réalisant 67 % de cette prise en charge hospitalière. Nos praticiens, nos équipes, nos organisations ont su relever brillamment ce défi, même si cet effort d'amélioration continu d'une coordination renforcée reste à maintenir. En effet, si le taux de chirurgie ambulatoire reste plus élevé au sein du secteur privé, la progression de cette pratique est aujourd'hui plus rapide dans le secteur public engagé plus tardivement. Plus globalement, n'oublions pas que notre pays continue d'accuser un retard dans son développement, par rapport à certains pays de l'OCDE. Au-delà d'une course au chiffre, et entre sur- ou sous-dramatisation de la situation, l'objectif demeure de proposer au bon patient la bonne pratique et la juste prise en charge. Toutefois l'environnement tarifaire reste insuffisamment incitatif pour les établissements et encore davantage pour les praticiens. Quid d'une tarification du parcours complet et pour quelle bonne pratique en chirurgie ambulatoire ?

**Entre sur- ou sous-dramatisation de la situation, l'objectif demeure de proposer au bon patient la bonne pratique et la juste prise en charge.**

La chirurgie en ambulatoire nous amène à réorganiser nos établissements, voire à les reconfigurer, mais également accélérer la synchronisation hors les murs de notre activité avec l'ensemble des professionnels

de santé du territoire en particulier la coordination avec les praticiens de ville pour gérer l'avant et surtout les suites opératoires. La chirurgie ambulatoire nous incite à revisiter nos pratiques médicales, les prises en charge, l'accueil ; elle nous détermine à viser l'excellence !

Je vous souhaite à toutes et tous mes meilleurs vœux pour cette année 2014. Qu'elle soit source d'initiatives vous permettant de préparer nos établissements aux défis d'aujourd'hui et de demain. La mutation du monde hospitalier est en marche. Notre secteur se doit de l'anticiper... Il en va de notre pérennité.

**Lamine Gharbi**

Président du syndicat national FHP-MCO



# LES RECOMMANDATIONS ORGANISATIONNELLES DE LA HAS ET L'ANAP

M. JEAN-PATRICK SALES, DIRECTEUR DE L'ÉVALUATION MÉDICALE, ÉCONOMIQUE ET DE SANTÉ PUBLIQUE, HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## UNE GESTION À LA FOIS DES FLUX ET DES RISQUES

« Notre première étape, en commun avec l'ANAP a été de produire un « socle de connaissances » qui constitue la somme des données bibliographiques scientifiques et réglementaires dans le domaine de la chirurgie ambulatoire. Ce document exhaustif, et sa version courte, ont été téléchargés plus de 25000 fois au cours du premier mois de leur mise en ligne. Ce document de référence, présent sur les sites de la HAS et de l'ANAP, était très attendu par les professionnels de santé. La deuxième étape a consisté en l'élaboration de 16 recommandations organisationnelles. L'ANAP a procédé à un benchmarking de 15 établissements et la HAS à une analyse des risques de 5 établissements. Ces informations recueillies ont été retravaillées chacune par un groupe de professionnels de terrain et relues par un troisième groupe de professionnels y compris des représentants de patients pour s'assurer que tout cela était pertinent et intelligible. Ces recommandations d'ordre stratégique, opérationnel et prospectif s'adressent autant aux professionnels de santé qu'aux gestionnaires d'établissement et aux tutelles. Elles constituent à la fois des « guidelines » et un instrument de dialogue avec les tutelles. À travers de ces recommandations, nous voulons montrer les deux facettes indissociables de l'approche en ambulatoire que sont la gestion des flux et la gestion des risques. Gérer des flux est inhabituel dans une organisation hospitalière classique, or il s'agit, dans le contexte de l'ambulatoire, de penser le système non plus reposant sur une personnalité mais sur une équipe au sein d'autres flux, celui des urgences, de l'activité programmée, des consultations etc. La gestion des risques en ambulatoire, quant à elle, exige de se réinterroger sur les défenses en profondeur du parcours du patient au sein de l'établissement dans ce nouveau contexte.



Il ne faut pas rester accroché à la notion de « lit ».

de terrain et relues par un troisième groupe de professionnels y compris des représentants de patients pour s'assurer que tout cela était pertinent et intelligible. Ces recommandations d'ordre stratégique, opérationnel et prospectif s'adressent autant aux professionnels de santé qu'aux gestionnaires d'établissement et aux tutelles. Elles constituent à la fois des « guidelines » et un instrument de dialogue avec les tutelles. À travers de ces recommandations, nous voulons montrer les deux facettes indissociables de l'approche en ambulatoire que sont la gestion des flux et la gestion des risques. Gérer des flux est inhabituel dans une organisation hospitalière classique, or il s'agit, dans le contexte de l'ambulatoire, de penser le système non plus reposant sur une personnalité mais sur une équipe au sein d'autres flux, celui des urgences, de l'activité programmée, des consultations etc. La gestion des risques en ambulatoire, quant à elle, exige de se réinterroger sur les défenses en profondeur du parcours du patient au sein de l'établissement dans ce nouveau contexte.

### UN ÉLÉMENT STRUCTURANT

L'ambulatoire n'est plus une affaire de pionniers mais est un élément structurant de l'établissement nécessairement inscrit dans le projet stratégique. Cela ne suffit pas de se dire centré sur le patient, encore faut-il pouvoir organiser l'établissement autour de lui. Gérer 15 % d'activité en ambulatoire, tout le monde y arrive; 40 %, il faut organiser son fonctionnement; 60 à 70 %, il faut reconfigurer totalement l'établissement. L'ambulatoire n'est pas une fin en soi mais une approche nécessaire pour répondre aux besoins de la population. Ne pas le faire reviendrait à se mettre en échec au regard de ces attentes et en échec financier.

Une boîte à outils très riche est associée à ces recommandations, comprenant, outils diagnostiques, audit clinique, chemin clinique, *to do list*, *check list*. Ainsi qu'un guide méthodologique de la sécurité du patient en ambulatoire. L'ANAP, pour sa part, a produit 15 fiches techniques explicatives de ces recommandations.

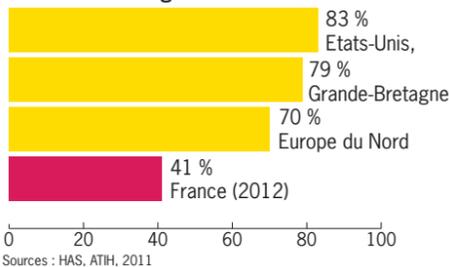
Ceux qui réussissent bénéficient d'une impulsion forte de la direction et d'une très grande cohérence avec le corps médical et réfléchissent leur activité en scindant le soin de l'hébergement. Il est préférable de s'interroger sur, ce qui fait qu'un patient doit rester hospitalisé, plutôt que sur le fait que le patient est éligible ou pas à l'ambulatoire. Nos observations et analyses nous conduisent également à attirer l'attention des professionnels sur trois types de risque: celui lié au processus lui-même, celui lié au défaut d'adhésion ou la résistance au changement des individus, et enfin, celui lié à la pression institutionnelle et médiatique d'un accueil en ambulatoire forcé, surtout si le degré de maturité de l'établissement n'est pas suffisant et donc préablement mesuré. Sinon, il est possible d'aller très loin en ambulatoire à condition que l'approche soit toujours extrêmement protocolisée. D'une manière un peu rapide et symbolique, je dirais qu'il ne faut pas rester accroché à la notion de « lit » ! Enfin, les recommandations de la HAS ont une opposabilité juridique. Elles sont de fait des éléments protecteurs pour tous. »



Pour aider les acteurs de terrain à comprendre, évaluer et mettre en œuvre la chirurgie ambulatoire, 16 recommandations organisationnelles ont été publiées conjointement par la HAS et l'ANAP sous forme de fiches techniques (téléchargeable sur [www.anap.fr](http://www.anap.fr) ou [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr))

- Identifier les étapes clés du processus (éligibilité du patient, actions pré- et postopératoires, suivi etc.).
- Maîtriser le processus par la gestion et la logistique des flux (patients, professionnels de santé...).
- Identifier les incitations en réponse aux contraintes capacitaires, environnementales, économiques, financières, architecturales etc.
- Inscrire la chirurgie ambulatoire comme une priorité pour l'établissement et un moteur pour son développement et mettre en place un politique de gestion des risques.
- Dissocier le soin de l'hébergement : le séjour en unité d'hospitalisation est inférieur à 12 heures.
- Organiser, optimiser et réguler les flux : anticiper l'arrivée du patient, réduire au maximum les temps d'attente, communiquer toute information en temps utile aux acteurs concernés, bien informer le patient pour qu'il participe à sa prise en charge péri-opératoire...
- Prendre en compte trois types de risques possibles : liés au processus de prise en charge, liés au défaut d'adhésion individuel ou collectif, liés aux pressions institutionnelles confrontées à une expérience et une maturité fragile.
- Organiser et optimiser les flux : par exemple prendre en charge l'activité non programmée en unité ambulatoire sous réserve d'une organisation formalisée.
- Protocoler la substitution d'une intervention chirurgicale traditionnelle vers l'ambulatoire : méthodologie spécifique, pédagogie, évaluations, esprit d'équipe...
- Définir le management et les modalités de pilotage en fonction des orientations stratégiques, de l'organisation et de la culture ambulatoire.
- Disposer de compétences et de ressources humaines administratives et médicales structurées autour du patient et d'une équipe paramédicale dédiée à l'unité de chirurgie ambulatoire.
- Favoriser les coopérations professionnelles formalisées au travers de procédures pour favoriser la fluidité de la prise en charge et réduire le parcours au strict temps nécessaire aux soins.
- Faire émerger de nouvelles compétences et de nouveaux métiers dédiés aux flux : brancardier régulateur, infirmière programmatrice, directeur de la régulation de l'activité médicale...
- Disposer de ressources matérielles adaptées : box, chambres partagées, vestiaires fixes et mobiles, fauteuils adaptés aux patients. Modularité, adaptabilité et plasticité constituent la garantie d'une organisation évolutive.
- Améliorer les relations entre la ville (médecins traitants, infirmiers, kinésithérapeutes...) et l'unité de chirurgie ambulatoire : sensibilisation, partage d'informations, organisation des prises en charge impliquant différents intervenants, faciliter les accès aux professionnels...
- Former les acteurs de façon initiale et continue à la logistique, l'organisation de l'unité ambulatoire, à l'évaluation et l'information du patient, à la coordination des équipes.
- Développer les organisations qui consolident l'indépendance des flux (centres indépendants) pour le développement, la productivité et la qualité de l'organisation ambulatoire.

### Part de la chirurgie ambulatoire



### UN ESSOR RAPIDE AUX ÉTATS-UNIS

Décrite pour la première fois en Écosse en 1909, la chirurgie ambulatoire a connu, dans les années 1960, un essor rapide aux États-Unis qui présentaient déjà en 2004 des taux de chirurgie ambulatoire supérieures à 80 %. En Europe, la Grande-Bretagne fait figure de pionnière mais d'autres pays ont connu, à partir des années 80, un développement important comme l'Autriche, le Danemark, les pays scandinaves ou la Suisse.

### LA FRANCE SE FIXE DES OBJECTIFS

Depuis 2004, la plupart des schémas régionaux SROS ont fixé un objectif de progression des taux de chirurgie ambulatoire, déclinés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

### SOUS ACCORD PRÉALABLE

38 gestes chirurgicaux marqueurs ont été définis et mis sous accord préalable par l'assurance maladie : lorsqu'un établissement souhaite réaliser un acte de la liste en hospitalisation classique, il doit demander l'autorisation à la caisse d'assurance maladie.

DR CHRISTIAN ESPAGNO, DIRECTEUR DU PÔLE « DÉPLOIEMENT ET MAINTENANCE » DE L'AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX (ANAP)

## DES OUTILS MIS À DISPOSITION DES ÉTABLISSEMENTS

« L'ANAP a pour mission de proposer des recommandations organisationnelles aux établissements de santé et aux organisations médico-sociales quel que soit leur statut, mais n'intervient pas directement sur les pratiques professionnelles.

La directive émise par le ministère en 2010 donne comme objectif à la France de développer la chirurgie ambulatoire et de rattraper son retard dans ce domaine afin d'atteindre un taux de prise en charge en ambulatoire de 50 % avant fin 2016.

La HAS et l'ANAP se sont donc réunies et ont mis en place un programme de travail commun afin de produire un large panel

d'outils et de recommandations destinés aux établissements et aux professionnels de santé pour les aider à développer la chirurgie ambulatoire. Nous avons, par exemple, conçu OPEERA, outil d'aide à la décision pour l'élaboration du volet chirurgie ambulatoire du projet médical des établissements. OPEERA permet en effet d'évaluer l'impact de ce développement tant sur le plan capacitaire que sur le plan économique. Cet outil permet donc d'estimer les conséquences de la mise en place d'unité de

chirurgie ambulatoire, mais il est également un bon support pour instaurer un dialogue de gestion entre l'administration de la clinique et la communauté médicale. Nous avons testé cet outil à partir de 5 hôpitaux de statuts différents. Puis, dans une deuxième phase pilote, nous avons accompagné 20 établissements pour développer leur unité de chirurgie ambulatoire. D'ailleurs, cet accompagnement a abouti à la rédaction d'un mode d'emploi très pratique (téléchargeable sur le site de l'ANAP) qui guide les établissements, étape par étape, dans la mise en place de la chirurgie ambulatoire. L'outil OPEERA, quant à lui, est aussi en ligne et mis à la disposition de tous les établissements. Quand l'un d'eux rencontre des difficultés, nous sommes là pour l'aider et le conseiller. Nous accompagnons actuellement trois ARS qui ont des taux de prise en charge régionaux plus faibles que la moyenne nationale en chirurgie ambulatoire. Il s'agit de la Lorraine, de l'Auvergne et de Midi-Pyrénées. Nous focalisons la démarche auprès des ARS sur l'organisation territoriale de la chirurgie ambulatoire et sur les interfaces entre la ville et l'hôpital. Cette démarche s'achèvera en juin 2014. »



Nous sommes là pour aider et conseiller les établissements.

**DR PAUL BASKEVILLE**, CHIRURGIEN VASCULAIRE AU KING'S COLLEGE HOSPITAL, LONDRES, ANCIEN PRÉSIDENT DE LA BRITISH ASSOCIATION OF DAY SURGERY ET MEMBRE DU INTERNATIONAL ASSOCIATION OF AMBULATORY SURGERY

## UN SEUL MOYEN : RESTRUCTURER EN PROFONDEUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

« Depuis les années 90, il y a eu en Grande-Bretagne une augmentation de 300 % à 400 % des prises en charge en ambulatoire. Nous avons opéré une complète refonte du service de santé favorisant la mise en place de la chirurgie ambulatoire ce qui nous a fait passer de 15 à 20 % en 1990 à 70 % aujourd'hui. Par exemple, un établissement comme le mien est à 75 % de prise en charge en ambulatoire et nous aspirons à atteindre les 80 % car, selon moi, il n'y a aucune limite à la chirurgie ambulatoire. Nos patients se considèrent de plus en plus comme des clients et ont l'exigence de consommateurs. Ce phénomène pousse ainsi les établissements à sans cesse améliorer les conditions d'accueil. Entre proposer au patient une chambre partagée dans des conditions de confort limitées dans un établissement ou regagner au plus vite son propre lit, le choix est vite fait. Notre but est d'avoir des patients satisfaits !



**La chirurgie ambulatoire est l'avenir de la médecine.**

En ce qui concerne la France, la situation est différente. Au cours des vingt dernières années, des études fouillées ont été menées par l'ANAES et, plus tard, la HAS. Ces rapports vont très loin dans le degré d'analyse, mais seule la restructuration complète des établissements est efficace. Pour mettre en place une unité de chirurgie ambulatoire, il faut revoir toutes les autres unités. Après avoir été numéro 1 en santé et citée comme exemple pendant des années pour ses résultats, la France n'était donc pas encline à changer son système une fois qu'elle n'a plus été si bien placée... La France a la capacité d'entreprendre ces changements mais il faut pour cela une réelle volonté politique et une vraie éducation des professionnels et des patients. Le médecin, en quelques siècles, est passé du statut de charlatan à celui de dieu, mais pour éduquer il faut se rapprocher le plus possible des gens et se rendre disponible.

Aux États-Unis, le taux est très élevé, mais la restructuration depuis la crise est lente alors que l'Australie connaît une forte croissance d'autant plus qu'elle n'a pas été touchée par la crise de la même manière que nous. Les Pays-Bas ou les pays scandinaves sont très avancés en chirurgie ambulatoire. L'Espagne, quant à elle, avait pris un bon élan mais la crise y a mis un frein. La Grèce est dans une situation catastrophique avec des hôpitaux qui ferment depuis deux ans. En revanche, de nombreux pays d'Europe de l'Est, notamment les Hongrois, sont de très bons élèves et des exemples à suivre, car ces pays ont dû et su restructurer leur système de santé obsolète à la chute du mur au moment où la chirurgie ambulatoire faisait son apparition et ils l'ont tout de suite adoptée. La prochaine réunion internationale se tient d'ailleurs à Budapest l'année prochaine. Mais une chose est sûre tous les pays industrialisés se dirigent vers la chirurgie ambulatoire qui est, selon moi, l'avenir de la médecine. »

**CARINE CALCAGNO**, CADRE INFIRMIER DU BLOC AMBULATOIRE ET DE L'UNITÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE, HÔPITAL CLINIQUE CLAUDE BERNARD, METZ

## D'ABORD IDENTIFIER LES LEVIERS ET LES FREINS

« Notre unité de chirurgie ambulatoire existe depuis 1983 et, en tant qu'établissement novateur et expérimenté avec une forte activité, nous avons fait partie en 2012 des établissements benchmarkés par l'ANAP dans l'élaboration de ses recommandations. Ils nous ont audités et ont analysé l'architecture de notre unité ambulatoire et des services connexes, notre gestion des flux courts (ophtalmologie, canaux carpiens, SOS main...) et longs (gynécologie, orthopédie...), l'organisation du bloc opératoire, le travail en réseau. Cela nous a permis notamment d'identifier nos leviers et quelques freins afin d'optimiser l'importante rotation : gérer 40 à 60 interventions par jour sur 20 places demande un génie d'organisation. »

**Gérer 40 à 60 interventions par jour sur 20 places demande un génie d'organisation.**

**DR BENOÎT GIGNOUX**, CHIRURGIEN DIGESTIF À LA CLINIQUE DE LA SAUVEGARDE (GROUPE CAPIO), LYON

## UNE STRUCTURE ADAPTÉE À 100 % AU PATIENT

« Notre établissement est en pointe dans le domaine de la chirurgie ambulatoire. Trois établissements Capiro ont réalisé des premières en ambulatoire : la prothèse de la hanche, la prothèse du genou et notamment la colectomie dans mon établissement. Le plus innovant, c'est le parcours très court du patient. Il arrive une demi-heure avant l'intervention prévue, les horaires sont validés 48 heures avant par les équipes et transmis au patient. Plus que de la chirurgie, il s'agit surtout d'anesthésie en ambulatoire qui doit être courte et adaptée. Notre riche expérience en chirurgie bariatrique (plus de 1000 anneaux gastriques par an) a permis de développer cette culture d'anesthésie sur mesure. Par exemple, le patient est souvent extubé directement sur la table d'opération, ce qui lui permet d'être réveillé rapidement dès la salle de réveil. Ensuite, la différence majeure avec l'hospitalisation conventionnelle est l'anticipation des effets secondaires, c'est-à-dire une prévention active et systématique de la douleur et des nausées-vomissements postopératoires et non plus un traitement si ces effets arrivent. Nous avons établi deux types de prise en charge ambulatoire : d'une part un parcours pour les actes dits courts (ophtalmologie, endoscopie...) et d'autre part un parcours pour les actes dits longs (anneaux gastriques, vésicules, hernies...). Nos structures hôtelières sont adaptées à cette prise en charge avec un vestiaire et salon d'attente en préopératoire, puis des chambres partagées pour le postopératoire. De retour dans le service, le patient prend une collation dès qu'il est bien réveillé et la sortie est autorisée dès qu'il répond aux critères selon le score de Chung recommandés pour l'ambulatoire. Il n'y a plus aucun délai fixe à respecter pour l'alimentation ou la sortie après une anesthésie générale. Nos patients sont généralement ravis de pouvoir retourner chez eux sans avoir à dormir à la clinique. Toutefois ils ne savent pas forcément à l'avance qu'ils peuvent être pris en charge en ambulatoire et ne viennent pas chez nous selon ce critère, c'est souvent nous qui les en informons. Concernant les cholécystectomies, hernies inguinales et anneaux gastriques, nous sommes passés de 10 % avant 2012 à respectivement 57 %, 76 % et 88 % en ambulatoire en 2013. Pour conclure, je dirais que la culture de chirurgie ambulatoire développée au sein du groupe Capiro est au plus proche du patient, car nous nous mettons véritablement à sa place et nous imaginons pour lui le parcours le plus simple. De plus, l'ambulatoire est un facteur de qualité car il nous pousse à viser l'excellence en réduisant au maximum l'impact d'une intervention pour permettre au patient de rentrer chez lui. »



**L'ambulatoire nous pousse à viser l'excellence.**

### ANTI JARGON

**ANAES** Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

**ANAP** Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

**ARS** Agence régionale de santé

**ATIH** Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

**CME** Commission médicale d'établissement

**HAS** Haute autorité en santé

**OCDE** Organisation de coopération et de développement économiques

**OPEERA** Outil prospectif d'évaluation économique relatif à l'ambulatoire

**SROS** Schéma régional d'offre de soins



**Dès aujourd'hui, optimisez la croissance de votre retraite.**



Pour la retraite, optimiser ses placements permet de conserver son niveau de vie et de bénéficier d'avantages fiscaux. Contactez un conseiller MACSF au 3233<sup>(1)</sup> ou sur [macsf.fr](http://macsf.fr)

Notre engagement, c'est vous.



(1) Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé. MACSF épargne retraite - Société Anonyme d'Assurances sur la vie régie par le Code des assurances, au capital social de 58 737 408 €, entièrement libéré - enregistrée au RCS de Nanterre sous le n° 403 071 095 - Siège social : cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX - Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 60300 - 92919 LA DEFENSE CEDEX / France.

# CLINIQUES ET PRATICIENS, TRAVAILLONS ENSEMBLE

LE SAVIEZ-VOUS ? LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS SONT RÉMUNÉRÉS PAR L'ASSURANCE MALADIE EN MOYENNE 22 % MOINS CHER QUE LES HÔPITAUX PUBLICS. LES ÉCONOMIES POTENTIELLES POUR LA COLLECTIVITÉ PARLENT D'ELLES-MÊMES.

TARIF PUBLIC | TARIF PRIVÉ

ÉCART DE TARIFS

ÉCONOMIE POUR LA SÉCU

prothèse de hanche  
4927 | 4215 euros

712 €

14,6 millions d'euros

embolie pulmonaire  
3808 | 2491 euros

1317 €

12,1 millions d'euros

accouchement par césarienne  
3753 | 3415 euros

337 €

97,8 millions d'euros

Une discrimination tarifaire entre les secteurs public et privé. Ce que rembourse la sécurité sociale pour une prestation identique.

dialogue  
santé

Dialogue santé est édité par la FHP-MCO, syndicat national des établissements de santé privés exerçant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique au sein de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP). Il vous est remis gratuitement tous les deux mois. Décembre 2013. Directeur de publication : Lamine Gharbi, président de la FHP-MCO. Rédaction, conception : BVM-communication. Photos : ©DR.

COOPÉRATION



Maison de santé  
du Pays neufchâtelois

## Maisons et pôles de santé

# LA COMPLÉMENTARITÉ ENTRE LES STRUCTURES DE SANTÉ EST LA CLEF

Entretien avec le Dr Jacques Frichet, médecin généraliste et président de la Fédération régionale des maisons et pôles de santé de Haute-Normandie.

D'après les chiffres officiels, il existerait à l'heure actuelle en France environ 360 maisons et pôles de santé, et leur nombre est en constante augmentation, comme en témoigne le nombre croissant de dossiers déposés à l'ARS. Installées principalement en milieu rural et périurbain, les zones géographiques les plus touchées par le phénomène de désertification médicale, les maisons de santé regroupent au sein d'une même structure une offre de soins pluridisciplinaire. « La maison de santé n'est pas une juxtaposition immobilière de cabinets regroupés sous le même toit mais bien plus une dynamique pluridisciplinaire de professionnels de santé – médecins généralistes voire spécialistes, infirmières, kinésithérapeutes, psychologues, etc. – mus par un projet de travail en équipe. Face à l'explosion des maladies chroniques, à la nécessité de coordination avec les acteurs médico-sociaux, il est essentiel de repenser l'offre de soins de premier recours, et c'est précisément dans cette perspective que la maison de santé prend tout son sens. » Par ailleurs, les maisons de santé exercent un attrait particulier auprès des jeunes générations : l'exercice solitaire de la médecine n'est plus la norme, ils aspirent à des horaires de travail plus souples, à de meilleures conditions de travail.

La bonne nouvelle est que les envies de créer sont plus fortes que les difficultés rencontrées.

« Créer une maison de santé nécessite de multiples compétences auxquelles les professionnels de santé ne sont pas formés. De-

vant l'ampleur de la tâche – établir un montage financier, se prononcer sur un projet architectural, définir un statut juridique, etc. – certains tombent de haut. Néanmoins quelques aides existent : les collectivités locales peuvent participer au financement, les ARS apporter des compétences ponctuelles, etc. mais cela reste insuffisant. La bonne nouvelle est que les envies de créer sont plus fortes que les difficultés rencontrées. »

Avec le développement croissant des maisons de santé se pose la question d'une forme de concurrence entre les établissements de santé déjà implantés et ces nouveaux venus. « L'idée même de concurrence est hors de propos. Dans le parcours de soins, la maison de santé s'inscrit en premier recours alors qu'un établissement de santé a pour vocation d'être le deuxième recours. Ils sont fondamentalement complémentaires et c'est grâce à la coopération étroite entre les deux que l'on pourra renforcer la cohérence du parcours de soins ». La complémentarité est la clef des relations entre maisons de santé et établissements : « Concrètement, en Haute-Normandie, les praticiens de la maison de santé du Pays Neufchâtelois, en collaboration avec le CH local, ont mis en place un dispositif de téléexpertise en orthopédie et de télédiagnostic en radiologie avec la clinique de l'Europe située à Rouen (50 km). Le même type de collaboration a été établi en cardiologie. Cela permet la prise en charge locale lorsque c'est possible et dans le cas contraire d'envoyer le patient dans les meilleures conditions. Il faut dépasser le cloisonnement existant entre les différentes structures de santé et mettre en place des formes de coopération. Tout le monde y est gagnant, les patients avant tout ! »



Dr Patrick Carlioz

## 30 ANS DE SYNDICALISME MÉDICAL QUELLES LEÇONS À RETENIR ?

Cette rubrique traditionnellement réservée à la vie des CME, donne également la parole aux médecins qui, au-delà d'un engagement dans les missions transversales nécessaires au bon fonctionnement d'un établissement, s'illustrent dans des actions remarquables... et remarquées par la profession. Le Dr Patrick Carlioz est chirurgien pédiatre à la clinique du Val d'Ouest à Ecully (69), il vient de publier *Du syndicalisme à la convention*.

**Vous publiez le premier livre d'histoire du syndicalisme médical, presque 700 pages, décrit par la presse médicale comme une bible ou une encyclopédie. Quelle mouche vous a piqué ?**

Ce livre résume en effet 30 ans de syndicalisme, au travers de ce que j'en ai lu ou entendu jusqu'en 1968 et ensuite de ce que j'ai vécu au travers de mon engagement. A l'approche de ma retraite, je me suis interrogé sur ce qu'il fallait en retenir et les leçons qu'il fallait en tirer, qu'est ce que je lègue à la nouvelle génération qui prend la relève, par exemple à mes deux filles médecins. Mon objectif est de livrer une histoire exhaustive de la médecine, son corporatisme, son syndicalisme en veillant à mettre tout cela en perspective grâce à l'éclairage de faits marquants médicaux, sociaux, économiques de notre pays et leurs intrications. Que se passait-il en France en 1984 à l'heure de la première apparition de l'idée du DMP, ou au moment de la première convention le 28 octobre 1871 ? Les médecins doivent comprendre l'histoire dans laquelle ils s'inscrivent aujourd'hui.

Les médecins doivent comprendre l'histoire dans laquelle ils s'inscrivent aujourd'hui.

**Précisément, l'avenir, comment le voyez-vous ?**

Nous en sommes à la 9<sup>e</sup> convention et nous ne sommes nulle part. La vie conventionnelle est quasiment morte dans notre pays qui gouverne par décrets. Notons que les gouvernements de droite ont été aussi durs, si ce n'est plus, que ceux de gauche. Le système conventionnel est une pantalonnade ou encore un théâtre d'ombres et de lumières que je décris dans mon livre. Les enjeux sont connus mais le reste relève des rapports des médecins avec les pouvoirs, des bruits de couloir, de « la politique des copains et des coquins ». Nous voyons clairement émerger aux commandes de notre système sanitaire deux castes : celle des apparatuschiks de ce que j'appelle « les décisionnaires de l'État santé », perdus dans leur stratosphère et qui n'ont pas approché un malade depuis bien longtemps, et celle des « patients experts médecins » qui prétendent savoir et prennent la parole. Dans ce contexte, la suite... je la vois mal ! Sauf si, comme à l'aube de la crise de la cinquantaine du système conventionnel, la profession s'anime dans un sursaut commun et solidaire et qu'un mouvement de réunification de tous les médecins se met en route.

→ Caractéristiques et analyses de l'ouvrage consultables sur le site [www.carlioz.info](http://www.carlioz.info).



### 13 % DES PATIENTS

Les données de la surveillance des infections nosocomiales en réanimation, coordonnées par le Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin) montrent que 13,1 % des patients présentent au moins une infection. Le réseau constate ainsi que les micro-organismes les plus fréquemment isolés sont *P. aeruginosa* (16,0 %), *E. coli* (13,0 %), *S. aureus* (10,3 %), *S. epidermidis* (6,5 %) et *Klebsiella pneumoniae* (5,0 %) et que 25,5 % des souches de *S. aureus* sont résistantes à la méticilline (48,7 % en 2004).