

NOUVELLE ORGANISATION
LA CLINIQUE DE DOMONT
DEVIENT UN CENTRE AUTONOME
AMBULATOIRE



POUR UNE MEILLEURE
OFFRE DE SOINS
LES PRATICIENS LIBÉRAUX
S'ENGAGENT DANS
LA R&D ET L'INNOVATION

VERS DES
GHT PRIVÉS ?
RÉANIMATION
PRIVÉE,
RÉVEILLONS-NOUS !



Dynamique

L'hospitalisation privée, promoteur en recherche et innovation



éditorial
Ségolène
Benhamou

Participer à la fin des idées reçues sur la recherche clinique et l'hospitalisation privée est l'objectif poursuivi par ce numéro de Dialogue Santé. Non seulement les médecins des établissements de santé privés participent à un très grand nombre d'essais cliniques et de publications, mais ils s'engagent aussi dans des projets de recherche et d'innovation. Non pas tambour battant, mais discrètement et résolument. Malgré un exercice médical soutenu, de nombreux praticiens libéraux ont conservé depuis leur clinicat une grande appétence pour la recherche et ne se sont jamais départis de cette curiosité scientifique qui les a tant stimulés durant leurs études. Les sujets de recherche portent sur toutes les spécialités développées dans les cliniques et hôpitaux privés. Encore faut-il trouver le modèle économique leur permettant de poursuivre de façon sérieuse leurs travaux, dans un environnement de la recherche très hospitalo-centré.

L'enveloppe de financement public des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI), dotée de près de 1,6 milliard d'euros, reste stable au fil des campagnes tarifaires. Mais dès lors que la recherche de l'ensemble des acteurs publics, associatifs et privés monte légitimement en puissance, la part fléchée vers les acteurs « historiques » diminue mécaniquement au sein d'une enveloppe fermée. De quoi créer des résistances majeures chez certains qui veulent empêcher l'arrivée de « nouveaux entrants ».

De nombreux praticiens libéraux ont conservé depuis leur clinicat une grande appétence pour la recherche.

Les médecins libéraux et leurs établissements de santé sont agiles et n'hésitent pas à regrouper leurs forces. Parfois, ils apportent leurs cohortes de patients à en faire pâler certains et collaborent aux travaux dans le cadre d'une logique territoriale avec beaucoup d'intérêt. Toutefois, la meilleure réponse à l'éparpillement de la recherche effectuée au sein des établissements de santé privés semble être la création d'un groupement de coopération sanitaire

(GCS) entre acteurs libéraux. Souvent géré par les établissements, piloté par un comité scientifique, il accompagne les travaux des médecins libéraux dans le cadre d'un projet médical commun de recherche clinique... quand il ne prend pas l'allure de véritables « lab du XXI^e siècle », des incubateurs d'idées et d'innovation.

Si la France veut maintenir son rang, les essais cliniques et les publications scientifiques doivent dépasser les clivages catégoriels. L'ouverture à tous les acteurs en capacité d'assumer une organisation dédiée doit être la priorité, et ce dans l'intérêt des patients, afin de leur garantir un égal accès à la recherche clinique. À l'image de ce qui existe en matière de recherche et d'enseignement supérieur, la question de la mise en œuvre d'un conseil d'évaluation de la recherche clinique et d'un observatoire des différents projets doit être débattue, pour apporter une nécessaire transparence dans le dispositif. Dans ce numéro, nous avons donné la parole à des groupements de recherche pionniers. Ils ne sont pas tout, mais ouvrent des voies que chacun d'entre vous a la possibilité d'emprunter.

Ségolène Benhamou
Présidente de la FHP-MCO



NOS MÉDECINS LIBÉRAUX DÉVELOPPENT UN FORT ATTACHEMENT À LA RECHERCHE

Ma première impression a été l'étonnement : 17 % des praticiens qui exercent dans le groupe Ramsay Générale de Santé ont publié au moins un article dans les quatre années écoulées. Nous avons l'intuition de cette appétence pour la recherche, et il s'agissait de répertorier les initiatives de recherche jusqu'alors isolées.



La DGOS qui souhaite relancer la recherche en France, s'intéresse au dynamisme qu'elle constate dans le monde libéral.

Pour être éligible à l'enveloppe des MERRI dotée d'un montant de 1,6 milliard d'euros, aux côtés des grandes institutions que sont l'AP-HP, nous avons créé un GCS pour l'ensemble de nos établissements, dédié à la recherche et à l'enseignement pour atteindre les seuils requis. L'enveloppe allouée est calculée selon les publications recensées, le « ranking » de nos praticiens dans la signature des articles et la notoriété de la publication. 30 % de nos publications sont reconnues à impact élevé. La DGOS qui souhaite relancer la recherche en France, s'intéresse au dynamisme qu'elle constate dans le monde libéral.

Le modèle économique de notre GCS est simple : un tiers de la somme obtenue est reversé aux praticiens libéraux chercheurs, un tiers sert à financer les attachés de recherche clinique (ARC) et un tiers est reversé pour financer les appels à projets internes. Le GCS, autonome, ne pratique aucune remontée financière au groupe. L'utilisation des MERRI est très claire dans le secteur privé et notre GCS finit l'année à zéro. Aujourd'hui, le GCS gère un budget de 4,8 millions d'euros, pilote 105 projets et 35 ARC, que nous accompagnons avec l'équipe de quatre personnes que je dirige. Les sujets de recherche concernent principalement les points forts de l'activité du groupe (maladies cardio-vasculaires, orthopédie, hépato-gastro-entérologie, etc.). Enfin, nous développons 480 essais cliniques financés par les industriels. Notre potentiel est élevé, nos 6 000 médecins soignent 1,7 million de patients chaque année.

Un fort sentiment d'appartenance

Les équipes, toutes animées par l'esprit de recherche, comme la DGOS qui compte sur nous, bannissent le sectarisme. Ainsi, un « grand patron » de centre hospitalier universitaire peut faire appel à l'un de ses anciens élèves qui développe une forte activité dans le secteur privé, pour intégrer ces cohortes de patients dans l'étude. Nous ne remettons pas en cause la place des grandes institutions publiques qui ont une obligation de recherche et nous travaillons ensemble dans la plus totale transparence. Les praticiens-chercheurs chez nous n'ont jamais arrêté la recherche, ils n'ont jamais fait le deuil du scientifique et retrouvent avec notre GCS une configuration proche de celle de l'hôpital universitaire. Nombre

de nouveaux praticiens ont des idées mais ne savaient pas comment gérer le volume des datas de leurs patients. Pour toutes ces raisons, nous sommes présents. Tous développent progressivement un sentiment d'appartenance à un corps libéral de recherche et d'essais cliniques du groupe. Chercher et publier apportent une reconnaissance forte aux médecins et les fidélisent. Cela renforce naturellement la notoriété du groupe.

17 %

des praticiens ont publié au moins un article dans les 4 dernières années, au moins 30 % des publications sont reconnues à impact élevé

4,8 M€

le montant du budget du GCS

105

projets

35

ARC

480

essais cliniques financés par les industriels

VOUS AVEZ DES PROJETS ET ON VA VOUS AIDER !

Sur les 2500 médecins qui exercent au sein du groupe, 15 % font de la recherche clinique, hier de façon discrète, aujourd'hui de façon mieux identifiée et surtout avec le support de InnovPartenaires, notre GCS de recherche créé en 2016. Cette dynamique est un élément différenciant et de plus en plus appréciée des ARS. Cela permet de positionner nos cliniques à la pointe de l'innovation, et de proposer à nos patients les meilleures pratiques.



Cette dynamique est un élément différenciant et de plus en plus appréciée des ARS.

Nous sommes dans une démarche ouverte et communiquons beaucoup en interne de manière à ce que lorsque les médecins ont un projet, ils aient le réflexe InnovPartenaires. Nous n'intervenons pas dans l'intérêt scientifique car les médecins sont les seuls experts mais leur proposons de les aider du point de vue organisationnel.

Ces projets peuvent faire intervenir des industriels, comme dans l'exemple de Focal One, une technologie nouvelle par ultrasons pour traiter le can-

cer de la prostate. Déjà utilisée sur des patients de plus de 70 ans, notre étude permettra d'élargir son utilisation à des patients de 50 ans et plus. Travailler en partenariat avec le fabricant permet de disposer d'une réelle task force, et ce, dès l'élaboration du projet.

En termes de moyens, nous allouons des ARC à nos médecins avec l'objectif que le projet produise des données de qualité et puisse générer une publication, indicateur de réussite et de reconnaissance de la valeur scientifique. Enfin, nous devrions être éligibles aux MERRI en 2017.

10

ARC ETP dont 3 salariés

800

publications scientifiques

190

études actives depuis 2012

50 %

des études concernent l'oncologie

40 %

sont des études industrielles, les autres sont de nature académique

LES ACTEURS DU SOIN CONSOMMENT LES INNOVATIONS, RARES SONT CEUX QUI LES DÉVELOPPENT

De longues années s'écoulent entre la preuve de concept d'une innovation biomédicale et le moment où elle s'installe en routine au chevet des patients. Chez Elsan, nous mettons tout en œuvre pour réduire ce délai et permettre aux patients et aux équipes soignantes d'accéder le plus tôt possible aux meilleurs soins. La culture entrepreneuriale d'Elsan nous rend naturellement détecteur, adopteur et développeur précoce d'innovations thérapeutiques, technologiques et organisationnelles.



La valeur ajoutée pour le patient et les équipes médicales guide notre sélection.

En 2015, nous avons créé INNOLAB, un accélérateur dédié à l'évaluation d'un large spectre d'innovations allant du dispositif médical, à la santé connectée, en passant par la génomique. Cette initiative permet d'instruire les projets et d'accompagner leurs porteurs. La valeur ajoutée pour le patient et les équipes médicales guide notre sélection. Celle-ci se nourrit d'un retour du terrain, de l'avis des médecins et des équipes dans les établissements. L'an dernier, nous avons analysé 124 projets candidats dont 18 ont été expertisés. À ce jour, trois projets sont implémentés sur des sujets

aussi divers que la génomique, la *machine learning* et la mesure des résultats des soins après l'hospitalisation. À deux niveaux, nous travaillons avec des industriels, des académiques et des start-up pour, d'une part, tester ces innovations dans nos établissements, et d'autre part, évaluer leur impact médico-économique en vie réelle et l'amélioration du service médical rendu.

En parallèle, des projets externes soumis à INNOLAB, les Trophées Elsan pour l'innovation médicale et le bien-être patient, mobilisent les intrapreneurs parmi les 14000 salariés du groupe et les 4000 médecins libéraux. Nous accompagnons une grande diversité de porteurs, des médecins, des infirmiers ou des kinésithérapeutes. Certains déposent des brevets sur une attelle, une sonde urétrale, un pansement hémostatique. D'autres se lancent dans la promotion d'une étude clinique pour tester un ballon pour l'hémorragie de la délivrance, ou entreprennent les démarches pour obtenir un marquage CE.

En termes d'innovation organisationnelle, nous développons à Nantes et à Limoges des pilotes pour mesurer la qualité des soins après l'hospitalisation. Pour chaque pathologie, le patient répond - via l'interface digitale « Espace patient » développée par Elsan - à un questionnaire validé au plan international portant sur sa récupération fonctionnelle. Une vingtaine de chirurgiens ophtalmologistes comparent leurs pratiques et leurs résul-

tats sur 4000 patients opérés d'une cataracte. Cette initiative est perçue par les praticiens comme un moyen d'améliorer la qualité des soins à travers une dynamique collective fondée sur la coopération et l'émulation. Nous sommes fiers d'être pionniers sur ce type d'innovation organisationnelle fondée sur la centricité du patient, la culture du résultat et de la transparence.

Par ailleurs, nous avons lancé la première Campagne Elsan d'appel à projets de recherche clinique. Quarante projets candidats ont été reçus. Dix projets ont été sélectionnés par notre conseil scientifique composé de médecins-chercheurs libéraux. Il s'agit de projets robustes et ambitieux en oncologie, cardiologie, néphrologie, etc. pour lesquels nous mobilisons d'importantes ressources. Le groupe devrait bénéficier des financements MERRI l'an prochain.

40

projets candidats pour la Campagne Elsan 2016

520

publications scientifiques (2015-16)

200

auteurs investigateurs publient dans des revues A et B dans environ 40 % des cas

20

personnes sont dédiées à la recherche dont 18 ARC et TEC

203

études actives

3 000

patients sont inclus chaque année dans les études

Le GCS « Santé Cité Enseignement-Recherche-Innovation », approuvé par l'ARS ÎLE-DE-FRANCE, a été créé au sein du groupe coopératif d'établissements de santé indépendants, Santé cité.

DR EMMANUEL BRIQUET, DIRECTEUR DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA STRATÉGIE MÉDICALE DU GROUPE DE SANTÉ VIVALTO

SUSCITER DES VOCATIONS

Parler de recherche, déclenche immédiatement l'intérêt des médecins. Les initiatives de recherche sont anciennes à Saint-Grégoire, établissement berceau du groupe Vivalto. Les médecins se sont rapidement regroupés au sein d'une association, la forme d'organisation la plus simple. Puis, le groupe Vivalto a identifié la recherche comme un axe stratégique et est venu en support. Depuis quatre ans, nous assistons à une montée en puissance et nous avons constitué un GCS. Ce cadre permet de centraliser des fonctions administratives et de mutualiser des moyens, notamment des ressources humaines : une directrice de recherche, une assistante scientifique, six ARC et selon les besoins, une statisticienne. Le comité scientifique du groupe Vivalto valide la rigueur et la solidité méthodologiques des études et le comité éthique, créé il y a deux ans, valide le protocole et facilite la publication internationale. Nos articles se perdaient parfois dans la pile... Nous sommes éligibles aux MERRI ce qui permet un complément de financement indispensable à la pérennité de cette activité. Même si globalement, structurer et financer la recherche demeure très compliqué, c'est aujourd'hui plus facile pour les grosses structures et possible pour les petites. Je déplore toutefois, un système à deux vitesses au bénéfice du secteur public, ce qui est souvent pour nous médecins, très démotivant. La DGOS a fait évoluer les règles et a introduit la logique d'un contrat unique. L'environnement de travail est devenu beaucoup plus transparent, mais ce nouveau cadre génère des contraintes, que les établissements de santé, avec leurs médecins, promoteurs, portent. La R&D au sein de Vivalto porte à 70 % sur la cancérologie, et concerne principalement les médicaments, mais aussi des travaux portant sur l'anesthésie, les urgences, la naissance d'une manière générale, l'endocrinologie, l'orthopédie, le vasculaire. Environ 40 équipes de praticiens dans une dizaine de cliniques sont engagées dans une activité de recherche. Nous accompagnons ou initiations des essais cliniques en partenariat avec des industriels ou des institutionnels, nous partageons aussi des programmes de recherche par exemple actuellement sur les urgences avec un CHU à qui nous apportons une cohorte importante de patients.



Faire de la recherche [...], c'est se donner les moyens de l'innovation et de l'accessibilité rapide à des thérapies innovantes.

1 directrice de recherche, 1 assistante scientifique

6 ARC et selon les besoins, 1 statisticienne

40 équipes de praticiens dans une dizaine de cliniques sont engagées dans une activité de recherche

DR PIERRE SQUARA, CARDIOLOGUE, DIRECTEUR DE LA RECHERCHE DE LA CLINIQUE AMBROISE PARÉ, NEUILLY-SUR-SEINE

NOUS VOULONS INSTITUTIONNALISER NOTRE RECHERCHE

Depuis la création du pôle en cardiologie, aujourd'hui pôle d'excellence de la Clinique Ambroise Paré, les cardiologues ont souhaité s'inscrire dans une démarche d'université privée. De façon très volontaire durant des années, nous avons parcouru les congrès et travaillé avec les moyens du bord. Cette ténacité a payé à partir de 2010, date à laquelle nous avons été autorisés à former des internes et nous voyons un lien direct entre notre production scientifique antérieure et cette reconnaissance d'enseignement, et l'intérêt des internes à venir dans des équipes qui font de la recherche. Nous avons aujourd'hui deux internes en réanimation et un en cardiologie. Nous sommes très fiers qu'ils choisissent Ambroise Paré en 8^e, voire 9^e semestre. Nous avons ensuite franchi une seconde étape significative, l'obtention de fonds MERRI en 2016 et nous sommes entrés dans une autre dimension. Nous disposons aujourd'hui d'un et demi attaché de recherche clinique et surtout d'un environnement juridique et administratif qui protège les médecins investigateurs. Ambroise Paré n'est pas seule mais travaille avec les cliniques Hart-



Nous voulons créer une communauté de médecins qui tendent vers un même objectif, une dynamique de groupe.

mann, Cherest et Bizet. Les financements publics sont attribués à un numéro de Siret. Ils sont donc attribués à l'établissement. L'hôpital public décide ce qu'il veut en faire. Les établissements privés ou les groupes ont réfléchi à une répartition entre établissements et médecins. Quant à nous, nous avons rédigé une charte qui précise notre action dans un but collectif d'amélioration de la qualité des soins et de l'image de notre établissement. Les fonds rémunèrent les médecins au temps passé mais la majeure partie servira à encourager, à structurer et à développer la recherche. De sorte que personne n'en fasse une sorte de profit ou de capitalisation mais aide à la cohésion médicale et scientifique. Les cardios d'Ambroise Paré sont très à l'aise que les sommes acquises grâce à eux financent par exemple les travaux de deux jeunes orthopédistes très prometteurs. C'est un esprit de masse commune. Nous voulons créer une communauté de médecins qui tendent vers un même objectif, une dynamique de groupe. Nous voulons institutionnaliser notre recherche et qu'elle ne reste pas qu'un loisir. Il y a des docteurs extrêmement intelligents qui ne s'intéressent pas du tout à la recherche et d'autres, jeunes, seniors, qui sont prêts à y consacrer une heure par semaine, leurs weekends, ça dépend des phases de la vie, quand les enfants sont élevés, etc. Faire de la recherche est aussi une démarche narcissique mais elle donne surtout une nouvelle couleur à notre métier autre

PR ATUL PATHAK, CARDIOLOGUE, DIRECTEUR DE LA RECHERCHE ET DU HILAB DE LA CLINIQUE PASTEUR, TOULOUSE

LA RECHERCHE CLINIQUE EST UN VECTEUR D'EXCELLENCE

A Pasteur, depuis quinze ans, nous avons toujours eu cette culture de la recherche clinique. Les praticiens participent à des protocoles de recherche industriels ou institutionnels, développent une recherche propre et travaillent sur le lien à l'innovation. Cette dynamique devenue vertueuse a permis de développer la formation et l'enseignement au bénéfice de nos pairs ou de médecins plus jeunes. En cardiologie, nous accueillons une dizaine de médecins étrangers chefs de clinique, voire plus expérimentés, qui passent une année avec nous pour parfaire leur formation car ils savent qu'ils ont accès à des technologies innovantes, que l'équipe est très expérimentée,



Tout cela favorise l'émergence d'autres établissements à la recherche clinique et de nouveaux projets.

et que le volume de patients est important. In fine, notre accès permanent à l'innovation contribue à l'amélioration de la qualité des soins pour laquelle nous sommes aujourd'hui reconnus. Dominique Pon, directeur est aussi moteur. Toujours à l'écoute, soutien permanent, il nous motive à faire et à

aller plus loin. Notre forte attractivité nous permet aussi de consolider nos équipes avec des praticiens très expérimentés, experts, et non plus seulement des jeunes chefs de clinique. Enfin, avec l'arrivée de financements MERRI nous avons structuré la recherche de manière plus formelle : création d'un comité de recherche clinique, appels d'offre pour des compétences complémentaires afin d'aider les praticiens, politique d'utilisation et de redistribution d'une caisse commune. Nous passons désormais à l'étape suivante avec la création au sein de Santé Cité, groupe coopératif d'établissements indépendants, d'un groupement de coopération sanitaire (GCS). Il nous semblait naturel de fédérer nos forces, nos compétences, de mutualiser les procédures, et de capitaliser sur le nombre de nos patients. Tout cela favorise l'émergence d'autres établissements à la recherche clinique et de nouveaux projets. Demain, l'incubateur de start-up de Pasteur, le Hilab, que je dirige, va devenir l'incubateur du GCS. Nous avons attiré des start-up et des nouveaux modes de financement. Nous mettons côte à côte des médecins, parfois des patients et des soignants, des investisseurs et des entrepreneurs qui ont des idées innovantes. C'est une autre façon de

que de faire des consultations de 8h à 20h ! Aujourd'hui, nous avons mis en chantier des études dont nous avions eu l'idée mais pas les moyens. Nous sommes devenus des promoteurs y compris pour des organisations publiques, et plutôt que de valider de nouveaux matériels, nous pouvons les imaginer et les designer entièrement. Nous avons une douzaine d'études cliniques dans ce cas et trois études en promotion.

Je déplore qu'on nous refuse un interne supplémentaire en cardiologie et aussi que la tutelle, inquiète du dynamisme du secteur privé, s'interroge sur le seuil d'éligibilité au financement des MERRI. C'est la raison pour laquelle nous nous sommes alliés très récemment au sein d'un GCS de recherche porté par Santé Cité, groupe coopératif d'établissements indépendants, pour se mettre définitivement à l'abri d'une augmentation sauvage des seuils. Dans ce cadre, nous pourrions accueillir des études portées par les praticiens de la Clinique Saint-Gaïen à Tours ou du CCN à Saint-Denis.

3 internes :
2 en réanimation
et 1 en cardiologie

1,5 ARC

12 études cliniques

3 études en promotion

250 000 € d'allocations MERRI sur deux ans

faire de la recherche plus proche de l'innovation et cela la dynamise. Un projet me tient à cœur. Le projet original et innovant « Baccarat » est interdisciplinaire, à cheval sur la cardiologie et l'oncologie et a bénéficié d'un financement public de 450 000 euros de l'Institut de radioprotection et de sécurité nucléaire. Il s'agit avec les radiothérapeutes, d'identifier des marqueurs qui peuvent prédire la cardiotoxicité et l'éviter chez des femmes qui ont un cancer du sein. Ce projet est emblématique car il soutient le développement d'une nouvelle spécialité, l'onco-cardiologie. Il est mené avec des partenaires publics et privés et il marche, nous avons recruté en un an 80 patientes sur les 130 que nous visions.

10 médecins étrangers viennent se former à Pasteur chaque année

3 internes

286 publications en 2015 (score Sigaps 1956)

70 études actives

470 000 € d'allocations MERRI en 2015

10 start-up sont accueillies dans le Hilab

FINANCEMENT DES MERRI

EN 2016, PLUS DE 1,5 MILLIARDS D'EUROS

5,8 M€

sont alloués aux établissements de santé privés.

Source : DGOS

MERRI, RECHERCHE ET PUBLICATION

74

établissements de santé privés étaient en 2016 éligibles (directement ou via un GCS).

VALORISATION

+ de 150

établissements de santé privés sont inscrits au sein des outils MERRI SIGAPS & SIGREC.

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, Mars 2017. Directeur de publication : Ségolène Benhamou présidente de la FHP-MCO. Rédaction, conception : BVM-communication. Photos : © Shutterstock, Clinique de Domont et ©DR.

INNOVATION



©CLINIQUE DE DOMONT La Clinique de Domont, accueille aujourd'hui environ 3 500 patients pour des actes d'endoscopie et 7 500 patients pour des interventions chirurgicales dont certaines « lourdes »



Mobilisation

RÉANIMATEURS DU SECTEUR PRIVÉ, UNISSONS-NOUS !

54 équipes libérales défendent leur qualité de service au patient. 12 % des patients en réanimation en France sont accueillis dans 10 % des lits dédiés à la réanimation et autorisés au secteur privé. Avec un SAPS II moyen (hors réanimation de chirurgie cardiaque) de 39,3, les réanimateurs privés soignent les mêmes patients que ceux accueillis à l'hôpital.

L'Association des réanimateurs du secteur privé (ARDSP) est un groupe de réflexion indépendant qui a progressivement pris sa place comme interlocuteur auprès des sociétés savantes, des syndicats et des tutelles. Elle a participé à l'intégration aux SROS, à l'élaboration de la Loi 2002 concernant le maintien des ressources financières nécessaires à la survie de la réanimation (nomenclature, CCAM, PDS). « Les médecins réanimateurs du secteur privé s'inquiètent que la politique actuelle menace l'existence même de services de réanimation dans le secteur privé, comme en témoigne les fermetures récentes de certaines réanimations offrant pourtant des soins de qualité. Le service public se donne les moyens, par la mainmise sur la régulation des soins, la législation, la création de GHT et les changements tarifaires, de mener une politique de santé cherchant à recentrer les pathologies les plus lourdes sur les établissements publics et ne tenant pas compte des qualités inhérentes au secteur privé. Nous voulons continuer à offrir des soins de qualité, s'appuyant sur les recommandations scientifiques en vigueur, sur des équipes motivées et sur un plateau technique performant », déclare le Dr Antoine Virat, anesthésiste réanimateur à la Clinique du Pont de Chaume à Montauban et président de l'ARDSP.

Des GHT privés

« Nous voulons participer à la structuration des différentes spécialités MCO autour de filières de soins critiques, des urgences à la réanimation et jusqu'au centre de réadaptation, pour sécuriser les patients les plus graves. Structurer ces filières de soins doit permettre d'attirer de surcroît de jeunes praticiens et leur permettre de déployer leurs talents au service des patients. Le maintien de ce pôle sécurité est nécessaire à l'existence des autres spécialités. À l'inverse le maintien des autres spécialités médicales, chirurgicales ou interventionnelles est absolument nécessaire au recrutement et au fonctionnement des unités de réanimation. Le volume d'activité est un gage de qualité et de maintien des autorisations. »

Adhérez ! www.ardsp.org

Ambulatoire LA CHIRURGIE LOURDE EN CENTRE AMBULATOIRE AUTONOME

300 prothèses totales de hanche et genou sont réalisées par an exclusivement en ambulatoire.

Les structures ambulatoires autonomes restent encore rares en France. Les centres existants se positionnent sur une chirurgie ou une médecine ambulatoire légère. La Clinique de Domont, centre ambulatoire autonome, accueille aujourd'hui environ 3 500 patients pour des actes d'endoscopie et 7 500 patients pour des interventions chirurgicales dont certaines « lourdes » (ligamentoplastie du genou, cholécystectomie, etc.), voire « très lourdes » (prothèse totale de hanche ou de genou), spécialités pour lesquelles elle est classée parmi les 10 meilleurs établissements franciliens. « Nous sommes depuis 2015, le premier et seul centre francilien autonome en ambulatoire. Une prise en charge de jour pour laquelle le bâtiment et l'organisation des services ont été repensés : circuit de marche en avant, gestion optimisée des différents flux (court ou moyen/long), techniques chirurgicales et anesthésiques adaptées. Nous avons mis en place en amont un coaching individuel ou de groupe des patients, surtout pour les chirurgies lourdes dans le cadre de programmes de récupération rapide après chirurgie. Nous réalisons ainsi plus de 300 prothèses totales de hanche et genou par an, et sommes les seuls à avoir une telle série en France. Outre l'orthopédie, nous développons la chirurgie lourde en ambulatoire à

d'autres spécialités comme en digestif ou en proctologie avec par exemple une centaine de cas par an en chirurgie hémorroïdaire. Notre zone de recrutement reste identique, et le passage en ambulatoire n'a pas fait baisser notre activité. En cas de problème qui empêcherait la sortie du patient le jour-même, nous avons une convention avec la Clinique Claude Bernard située à 9 km, qui est notre établissement de repli pour les hospitalisations complètes. Avec le recul, nous constatons que nous faisons peu appel à cet établissement (30 sur 11 000 patients pris en charge en 2016 soit 3 cas pour 1 000). Le tout est cohérent et apporte une grande satisfaction à nos patients, personnels et praticiens », note Romain Doms, directeur de la Clinique de Domont. La mutation de l'établissement s'est faite en plusieurs étapes : tout d'abord le rapatriement de l'activité d'hospitalisation complète vers la Clinique Claude Bernard, puis la restructuration de la clinique en centre ambulatoire et enfin, la construction d'un nouvel établissement adapté aux prises en charge ambulatoires. Un centre de consultation de spécialistes et un service de radiologie complètent l'offre. « À l'été 2018, le plateau technique disposera de 1 à 2 salles supplémentaires. Nous sommes dans un processus d'amélioration de l'offre de soins dans son acceptation la plus large et la plus noble. »

FINANCEMENT À LA QUALITÉ (IFAQ)

La FHP-MCO travaille depuis 2010 sur le financement à la qualité de l'activité. Une enveloppe de 40 millions d'euros a été allouée en 2016 aux secteurs public et privé. Une somme correspondant à 0,2 à 0,6 % des ressources Assurance maladie de l'établissement est ensuite affectée à chacun en fonction de sa situation. Les indicateurs utilisés sont ceux déjà obligatoires et diffusés publiquement ; le modèle est accessible, transparent et non discriminant en fonction du statut. Demain, le score intégrera vraisemblablement, aux côtés des indicateurs de processus et des indicateurs cliniques actuels, des indicateurs de résultats. Il couvrira à terme la globalité du parcours de soins, incluant la médecine de ville et les SSR.

LA CLINIQUE DE DOMONT EN CHIFFRES

34 places en ambulatoire.

5 salles de bloc opératoire, dont 1 d'endoscopie.

1 salle de soins post-interventionnels de 12 postes.

La Clinique de Domont est installée à Domont (95), elle appartient au groupe CAPIO.