

Côte d'Azur Santé



Si les bénéfices de l'ambulatoire ne sont plus à démontrer, son déploiement impose, en amont comme en aval du court séjour hospitalier, une organisation au cordeau. Les adhérents du Côte d'Azur Santé ont débattu autour de ces questions.

Ambulatoire : juste quelques HEURES À L'HÔPITAL, OUI, MAIS APRÈS ?

Recevoir des soins, bénéficier d'une intervention, réaliser un examen dans un établissement de santé et rentrer chez soi le jour même, sans obligation de passer la nuit dans une chambre impersonnelle d'hôpital. Peu de Français boudent cette proposition, une grande majorité la plébiscite même. D'autant que les bénéfices en termes de santé sont nombreux et bien documentés : moins de stress et d'anxiété, une exposition réduite aux infections nosocomiales, moins de risque de glissement pour les personnes âgées, une récupération plus rapide, etc. Et cerise sur le gâteau, en théorie, du moins, un allègement des coûts pour les établissements de santé, puisque des frais réduits de personnels, d'hébergement...

L'ambulatoire, porté par les progrès dans les champs de la technologie, de la chirurgie et de l'anesthésie tout particulièrement (aurait) ainsi tout pour plaire, et à tout le monde. Il reste que plus d'1,2 million d'interventions chirurgicales continuent d'être réalisées dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle, alors qu'elles sont potentiellement transférables en ambulatoire. Et que, globalement, le taux de chirurgie ambulatoire stagne à environ 61 %, encore loin de l'objectif fixé lorsque le virage ambulatoire a été amorcé il y a déjà plusieurs décennies. Alors, quels sont les freins qui empêchent d'aller plus loin dans le déploiement de l'ambulatoire, en particu-

lier dans les hôpitaux publics ? Plusieurs pistes concernant le retard de ce secteur : il accueille une patientèle plus souvent fragile, médicalement et socialement, et ses services d'urgence « imposent » une prise en charge non programmée, difficilement compatible avec la préparation nécessaire en cas d'ambulatoire. On peut aussi avancer la réticence persistante de certains professionnels de santé, craignant pour la sécurité de leurs patients, ou qui ont tout simplement l'habitude de fonctionner avec des modes de prise en charge plus traditionnels. Mais ce qu'il est ressorti des

échanges entre nos adhérents, dans le cadre du dernier Côte d'Azur Santé qui s'est tenu sur ce thème⁽¹⁾, (*compte rendu en pages suivantes*) c'est avant tout la nécessité, pour que l'ambulatoire prenne tout son essor, d'une parfaite coordination entre les différents acteurs : hôpitaux, professionnels de santé libéraux, établissements de soins de suite, structures de soins à domicile, secteur médico-social... Une collaboration interprofessionnelle qui fait encore souvent défaut. Et au-delà des problèmes organisationnels, ce sont les ressources humaines qui manquent. À l'hôpital, comme en ville. Et encore davantage dans toutes ces zones désertées par les médecins en particulier. Qui, dès lors, pour assurer le suivi de patients certes heureux de retrouver le

cocon domiciliaire le soir même de leur intervention, mais encore vulnérables ? Le monde de la psychiatrie, bien représenté par l'hôpital Sainte-Marie, a fait très tôt l'expérience du virage ambulatoire avec la fin de l'encadrement asilaire. Si chacun se réjouit que des malades ne restent plus enfermés des années voire toute leur vie à l'hôpital, il faut aujourd'hui se rendre à l'évidence : hors les murs, ils ne trouvent pas toutes les réponses à leurs maux. Et lorsqu'il s'agit d'être réhospitalisé, les lits font cruellement défaut, après avoir été emportés par la vague ambulatoire. Concevoir l'ambulatoire comme le maillon d'une chaîne très solide : une obligation.

NANCY CATTAN

1. Révolution ambulatoire : difficultés, freins, bénéfices.

« Besoin de collaboration interprofessionnelle »

#cotedazursante

CÔTE D'AZUR
GROUPE nice-matin
SANTÉ

LE RENDEZ-VOUS
DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ
DE VOTRE TERRITOIRE

nice-matin var-matin



Pour rejoindre les partenaires : cotedazursante@nicematin.fr



Virage ambulatoire : pourquoi ça coince ?

Il y a vingt ans, le virage ambulatoire devait permettre de réformer la santé tout en redressant la barre des finances. Mais en pratique, cette stratégie peine à porter ses fruits dans un système de soins au plus mal.

Depuis une vingtaine d'années, la France tente de sortir de « l'hospitalo-centrisme » - que l'on pourrait traduire par « une trop grande place de l'hôpital dans le système de santé », en poursuivant le « virage ambulatoire » et en se concentrant davantage sur les soins primaires. Encouragée par les progrès anesthésiques et chirurgicaux et les innovations thérapeutiques, l'ambulatoire (moins de 12 h à l'hôpital et sans hébergement de nuit) vise notamment à réduire les coûts liés à l'hospitalisation, tout en répondant aux besoins et attentes des patients.

À l'heure d'un état des lieux, certains adhérents du Côte d'Azur Santé, notamment plusieurs points positifs. Cette stratégie « hors les murs » de l'hôpital aurait ainsi optimisé la prise en charge des patients, dans plusieurs spécialités, à commencer par l'oncologie. « 70 % des cancers du sein peuvent aujourd'hui être traités en ambulatoire. Il est possible - le même jour - de repérer la tumeur, puis les ganglions sentinelles et de faire une séance de radiothérapie », illustre **Thomas Darnaud**, chirurgien gynécologue au Centre Antoine Lacassagne (CAL). Autres bénéficiaires : les personnes âgées malades, qui auraient vu, grâce à l'ambulatoire, leur qualité de vie améliorée, comme le souligne **Pierre-Eric Danin**, gériatre à l'hôpital des Sources. « Grâce à ce système, les personnes âgées bénéficient d'un soutien à domicile. Et c'est un vrai confort pour elles en particulier d'être à la maison. De plus, l'ambulatoire a permis de réduire le risque de développer des problèmes de santé liés à l'isolement et à la solitude. »

Mais, tout n'est pas rose. Le virage ambulatoire - qui devait réformer la santé en France - pré-

sente de nombreuses limites pointées par nos adhérents.

■ **Manque de moyens humains**
Problématique de taille : la réduction du séjour hospitalier s'inscrit dans un contexte de grandes difficultés pour le système de soins. En cause, notamment, une pénurie de personnel soignant. « On a fait une erreur stratégique en instaurant le numerus clausus dans les années soixante-dix. Résultat : les effectifs manquent, alors que parallèlement, la population a vieilli et les besoins et attentes en matière de santé et de soins ont évolué.

Aussi, ne sommes-nous pas aujourd'hui à la hauteur du défi ambulatoire », tranche **Philippe Paquis**, président du conseil départemental des A.-M. de l'ordre des médecins. Sans compter qu'une prise en charge de quelques heures est plus compliquée que l'hospitalisation conventionnelle. « Elle demande une organisation complexe des services et des blocs opératoires », pointe **Nicolas Bronsard**, professeur des universités « anatomie et chirurgie orthopédique » à l'Université Côte d'Azur.

■ **Personnel à flux tendu**
L'accélération du retour à domicile des patients devait permettre de soulager les équipes hospitalières. Mais la réalité de l'ambulatoire est tout autre. Dans la pratique, le personnel soignant se retrouve à flux tendu. « Souvent, les jeunes infirmiers sont plutôt contents d'être intégrés dans les services ambulatoires qui permettent de ne pas travailler le soir ni le week-end. Mais avec le manque d'effectif, ils gèrent souvent 90 malades à deux... c'est un rythme effréné qui ne permet pas de béné-



ficier de tous les atouts de l'ambulatoire », poursuit **Nicolas Bronsard**. Et **Stéphane Litrico**, neurochirurgien au CHU de Nice de trancher : « À mon sens, ce modèle est un véritable quiproquo. Il résulte surtout d'une décision financière qui avait pour but de diminuer le nombre de lits et de réduire le coût des soins. »

■ **Organisation incomplète des soins en ville**

Pour certaines spécialités, comme l'ophtalmologie, l'ambulatoire semble s'imposer ; soigner une cataracte, par exemple, ne nécessite pas que le malade passe une nuit à l'hôpital. En pratique, c'est une autre histoire. « La situation est parfois bien plus complexe, souligne **Nicolas Bronsard**. Notamment si le patient opéré pour une cataracte est une personne âgée fragile, qui présente d'autres troubles comme du diabète ou une insuffisance cardiaque. Elle a besoin d'une prise en charge particulière qui va au-delà de l'ambulatoire. » Et **Pierre-Eric Danin** de compléter : « Il manque de soins primaires qui permettent de mieux mettre ces patients vulnérables sur les rails en ville. »

■ **Des inégalités de soins**
Hervé Caël, urgentiste et président du conseil régional de l'Ordre des médecins regrette pour sa part « les inégalités sociales et territoriales concernant les soins ambulatoires ». Ainsi, il est établi que le suivi des patients à domicile, après un séjour hospitalier réduit au minimum, repose de plus en plus sur leurs propres ressources, sociales, financières ou culturelles. « On ne peut pas gérer de la même façon un patient qui habite à côté de l'hôpital

et un autre qui réside dans le haut ou moyen pays. Aussi, est-il est nécessaire, dans le cadre de l'ambulatoire ou du court séjour, de tenir compte de la vulnérabilité psycho-socio-environnementale de certains patients. »

■ **Le médico-social en souffrance**

Depuis l'évènement du virage ambulatoire, **Aurélie Aureglia Cauneille**, directrice chez UGECAM⁽¹⁾ Paca Corse (établissements médico-sociaux) confie se sentir « seule au monde », en particulier face à des jeunes qui auraient besoin d'être hospitalisés plutôt qu'être admis en ambulatoire. « Il est déjà arrivé qu'un adolescent - qui a fait une tentative de suicide - revienne chez nous deux heures plus tard après un simple lavement d'estomac. »

Et **Céline Duhamel**, cadre de santé de l'hôpital Lenval d'ajouter que les médecins ne sont pas toujours « outillés et formés » pour gérer des situations aussi complexes. « Il est vrai que certains jeunes ont besoin d'un réel encadrement qui relève du service de pédopsychiatrie et il manque cruellement de lits pour ça. »

■ **La psychiatrie à la peine avec le suivi en ville**

En psychiatrie, le virage ambulatoire a commencé dès le milieu du XIX^e siècle. « À l'origine, les malades mentaux étaient placés dans des asiles, à l'écart des villes. On ne se posait pas la question de les réinsérer. Puis, la politique a changé et le virage ambulatoire a permis à ces malades d'être réintégrés, de trouver un travail, un logement... », rembobine **Nicolas Paquin**, médecin chef de pôle de psychiatrie au centre hospitalier Sainte-Marie de Nice. Malheureusement, les défaillances du système de santé actuel impactent la qualité de la prise en charge en ambulatoire. « Lorsqu'un malade quitte l'hôpital, il n'arrive pas à trouver de médecin traitant ; beaucoup ont peur de nos patients, car ils ne sont pas formés à les suivre. Et il est très compliqué de trouver un psychiatre en ville : la plupart sont débordés et ne donnent plus de nouveaux rendez-vous. Enfin, il est rare qu'une infirmière libérale accepte de venir faire les soins à une personne qui a des troubles psychiatriques », liste avec inquiétude **Virginie Buisse**, médecin de pôle au CH Sainte-Marie.

Bienvenue à nos nouveaux adhérents

◆ Le groupe UGECAM propose une offre globale de prise en charge pour les personnes en situation de handicap au sein de plusieurs établissements sur le territoire des Alpes-Maritimes : le Centre Hélio-Marin (CHM) de Vallauris, un DITEP (Dispositif intégré

thérapeutique éducatif et pédagogique basé à Vosgelade), un IME (Institut-médico-éducatif basé à Henri Wallon) et un DEI (Dispositif emploi insertion basé à La Gaude) ◆ L'Hospitalisation à domicile (HAD) de Nice et Région est une association à but non lucratif

présente sur le territoire depuis 1972 qui prend en charge plus de 300 patients par jour d'Antibes à Menton. Elle a pour mission, notamment, d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. ◆ Créé en 2007, Petits-

enfants est un réseau national d'aide à domicile, spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. L'objectif est d'offrir un service exigeant (assuré par des auxiliaires de vie professionnelles diplômées) et dans un esprit de famille.



1. Corinne Lanoye 2. Sandrine Buston 3. Michel Salvadori 4. Audrey Chochot 5. Hervé Caël 6. Loïck Menvielle 7. Thomas Darnaud 8. Stéphane Litrico 9. Nicolas Bronsard.

4 LEVIERS POUR DOPER LA PRISE EN CHARGE EN AMBULATOIRE

1. Construire un modèle de financement plus avantageux

Actuellement, notre système de santé est basé essentiellement sur un principe de tarification à l'acte (TZA) (les ressources d'un établissement reposent essentiellement sur le nombre d'actes et de séjours enregistrés) peu favorable à l'ambulatoire. « En faisant sortir plus tôt les patients, l'hôpital perd immédiatement le bénéfice des tarifs d'une hospitalisation complète (mieux rémunérée, Ndlr) sans que les coûts diminuent pour autant », résume **Nicolas Bronsard**. Et **Michel Salvadori**, directeur de l'institut Arnault Tzanck, d'ajouter que l'incitation financière pour le personnel soignant aurait pu être plus importante. « Avec l'ambulatoire, les équipes doivent aller très vite, elles sont plus stressées. Tout cela sans compensation financière. » Pour **Hervé Cael**, il est nécessaire « d'assurer un statut professionnel et un financement pérenne pour soutenir les infirmiers de coordination. »

3. Inclure le patient dans le parcours de soins

Pour **Renaud Ferrier**, médecin généraliste et président de la CPTS Pays de Lérins, le malade n'est pas considéré aujourd'hui comme un acteur à part entière. « Si l'on veut créer une réelle pertinence des soins, il faut inclure la population et l'éduquer davantage. » Et aussi la responsabiliser. **Loick Menvielle** d'ajouter ainsi que la France souffre d'un problème de consumérisme. « Les Français ne se rendent pas toujours compte du coût d'un lit d'hôpital par jour. Il serait intéressant de mettre en place un suivi des dépenses pour déclencher une prise de conscience. » **Corinne Lanoye**, coordinatrice générale au Centre de haute énergie (CHE) de Nice pointe de son côté le trop faible recours à l'Éducation thérapeutique du patient (ETP), « un outil qui permet de donner un réel sentiment d'autonomie au malade. » Grâce à l'ETP, le patient est en mesure de mieux repérer les symptômes qui appellent une vigilance ou encore de mieux comprendre le fonctionnement du traitement mis en place. « Il s'agit d'un levier particulièrement intéressant dans une perspective de développement du virage ambulatoire, dans la mesure où il facilite le retour à domicile. »



DOSSIER : STÉPHANIE WIÉLÉ
magsante@nicematin.fr
ANIMATION : NANCY CATTAN
PHOTOS : FRANZ CHAVAROCHE ET PEXELS

2. Une meilleure coordination entre ville et hôpital

Le virage ambulatoire suppose l'intervention d'une pluralité d'acteurs et de lieux (établissements de santé, professionnels libéraux, établissements médico-sociaux...) et impose donc des efforts de coordination plus importants dans la prise en charge des patients. « Il y a 20 ans, un malade qui sortait de l'hôpital après une hospitalisation complète voyait son médecin traitant dans la journée. Aujourd'hui, le patient ne bénéficie pas toujours d'un suivi en ville après une prise en charge ambulatoire », regrette **Stéphane Litrico**.

Pour améliorer le dispositif, **Anny Couty de Weweire**, directrice générale de la Fondation Pauliani, suggère que « l'interfaçage » entre les différents acteurs de la santé inclue à l'avenir l'ensemble des intervenants : « du personnel en première ligne, en passant par le médecin traitant ou le kiné libéral, il ne faut oublier personne. » Pour enrichir le débat, **Loick Menvielle**, directeur de la Chaire Management in Innovative Health à l'EDHEC cite un exemple de coordination réussie dans le nord de l'Europe. « En Suède, au Dane-



mark et aux Pays-Bas, le modèle ambulatoire est bien plus abouti qu'en France, et il existe une meilleure coordination avec les infirmiers. Ces derniers sont répartis par quartiers et gèrent entre 10 000 et 15 000 habitants afin de décharger le personnel de santé de nombreuses missions et tâches. De plus, ils gagnent en compétences. » Pour initier cette coordination, **Sandrine Buston**, directrice de l'IRFSS (Institut régional de formation sanitaire et sociale) de la Croix Rouge, site de Nice, suggère la création de nouveaux métiers. « Aujourd'hui, beaucoup de professionnels de santé s'organisent pour mettre en place le virage ambulatoire mais il faut du lien entre tous ces acteurs. »

En effet, les équipes hospitalières et celles de ville n'ont pas de temps et d'espace dédiés pour se voir et se rencontrer. » Pour aider à renforcer le lien entre ville et hôpital, **Jean-Baptiste Paute**, chef du service de lutte contre la désertification médicale et d'accès aux soins du Département, rappelle que les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) peuvent représenter une aide précieuse. « Ils pourraient servir de cadre pour la mise en œuvre de projets de coordination. » Autre piste intéressante, celle des Maisons de santé pluridisciplinaire (MSP), structures qui regroupent plusieurs professionnels de santé travaillant en collaboration pour proposer une offre de soins complète et coordonnée.

4. Repenser la formation

Selon certains adhérents du Côte d'Azur Santé, la formation reste trop centrée sur l'hôpital. « Les modules et programmes actuels ne mettent pas assez en avant le modèle ambulatoire. La méconnaissance qui en résulte ne facilite pas la mise en place d'une coordination ultérieure, constate **Renaud Ferrier**. Lorsque des internes viennent à mon cabinet, je constate que ces modalités de prise en charge leur sont totalement étrangères. Cela ne contribue pas à favoriser les échanges entre professionnels de différents secteurs »

Pour **Sandrine Buston**, le problème se situe ailleurs : « Les programmes de formation actuels encouragent bel et bien les étudiants à la coordination des acteurs. Mais le plus difficile est de mettre en place cet apprentissage sur le terrain. » Concernant la formation des soignants, **Corinne Lanoye** souligne l'importance de travailler sur les compétences techniques (hard skills) mais surtout celles liées au savoir être (soft skills). « S'adapter au patient, encourager son autonomie, écouter les familles... ces qualités sont essentielles dans les professions de santé. »

Et aussi :

- ➔ **Assurer une vraie continuité du soin**
« Il faut assurer une transition efficace entre les soins hospitaliers et les soins en ville afin de garantir un suivi sans interruption ni perte d'informations, notamment en s'assurant de la présence de fiches de liaison, d'ordonnances de soins conformes. Cela peut également passer par la désignation et la reconnaissance de coordinateur, en évitant la multiplication des acteurs intermédiaires. »
- ➔ **Rémy Guillon**, infirmier et vice-président du conseil départemental de l'ordre des infirmiers.
- ➔ **S'appuyer sur la HAD**
« L'hospitalisation à domicile (HAD) permet aux patients d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation, en bénéficiant du confort du domicile. Elle permet de faciliter la coordination et la mise en relation des acteurs. La HAD peut-être une solution mais elle ne doit pas être isolée et doit interagir avec l'ensemble des acteurs du soin. Le secteur social et le médico-social doivent encore se développer. »
- ➔ **Audrey Chocho**t, responsable de la communication et des relations extérieures de l'association L'Hospitalisation à domicile (HAD) de Nice et Région.



10. Pierre-Eric Danin 11. Virginie Buisse 12. Nicolas Paquin 13. Anny Couty de Weweire 14. Philippe Paquis 15. Renaud Ferrier 16. Aurélie Auréglija-Cauneille 17. Jean-Baptiste Paute 18. Céline Duhamel.