

**AMBULATOIRE  
LA CHIRURGIE  
EST PASSEE  
EN MODE  
AMBULATOIRE.  
LES BÉNÉFICES  
SONT À 360 DEGRÉS**

**RECRUTEMENT  
DE JEUNES  
MÉDECINS**  
Secteurs public  
et privé unis  
dans une opération  
de séduction



**CANCER DU SEIN**  
Une chirurgie  
à 95% en ambulatoire  
à la Polyclinique  
St Roch à Montpellier

## Développement de l'ambulatoire L'HOSPITALISATION PRIVÉE EN POINTE!

**D**emain, une très grande partie de l'activité chirurgicale pourra se faire en ambulatoire. Le secteur privé est un formidable acteur d'accélération de cette innovation. Combien d'interventions nécessitaient une hospitalisation d'une semaine il y a encore peu de temps, et se règlent en ambulatoire aujourd'hui ? Les chirurgiens et les anesthésistes le reconnaissent aisément : le métier qu'ils exercent désormais n'est pas celui qu'ils ont appris. L'innovation organisationnelle et l'adaptation du matériel et des pratiques aux nouvelles prises en charge permettront bientôt aux patients de subir le matin une opération lourde et d'être sur pied le soir-même à leur domicile. Cette évolution se fait à marche très rapide et sans retour en arrière.

Ces changements, nombre d'entre nous les ont anticipés et les accompagnent au mieux. Les professionnels sont formés, des accueils et circuits dédiés dans les établissements sont créés, les bâtiments s'adaptent aux besoins, le confort des patients et la restauration évoluent, des objets connectés et applications entrent en jeu. La dynamique est lancée et le secteur privé s'illustre en France par le meilleur taux de prise en charge en ambulatoire, à savoir 52 %, en progression de 2 points par rapport à l'année précédente. Une excellence qui nous a valu les félicitations de Anne-Marie Armanteras de Saxce, nouvelle directrice générale de la DGOS. « Vous confirmez que le développement de la chirurgie ambulatoire était précoce dans votre secteur et qu'aujourd'hui son développement continue » avait-elle ajouté à la Convention annuelle de la FHP-MCO de mai dernier.

### Des injonctions contradictoires.

Le plan d'économies concernant la chirurgie ambulatoire lancé en 2015 et inscrit dans la campagne tarifaire 2016, puis dans la prochaine, est ambitieux : 91 millions d'euros d'économies ont été réalisés l'année dernière et 187 millions sont d'ores et déjà retirés des tarifs 2016. Même si une partie de l'effort d'économies a

**Notre secteur  
fait preuve de l'agilité  
nécessaire pour  
initier et conduire  
le changement.**

été reportée sur la chirurgie conventionnelle, notamment à la demande très pressante de la FHP-MCO, 118 millions d'économies ont toutefois été supportés par l'hospitalisation privée en 2016. Tous les professionnels de santé

ont immédiatement exprimé leur même incompréhension, voire leur colère, devant ces injonctions contradictoires. D'un côté des objectifs de développement de l'ambulatoire fixés par le ministère afin que la France rattrape son retard par rapport à certains voisins européens, et de l'autre côté des économies forcées alors même que ce mode de prise en charge n'a pas atteint un stade de maturité suffisant et amorce sa deuxième phase de développement.

L'incompréhension pour les cliniques – qui ont investi pour adapter leur organisation et leurs locaux – est d'autant plus grande, que l'effort financier qui leur est imposé par la baisse des tarifs de chirurgie ambulatoire est majoré par la perte des recettes de chambres particulières et par le mécanisme de dégressivité tarifaire. Sans compter sur les nouveaux moyens qu'elles doivent mettre à disposition, en amont et en aval de l'acte chirurgical, pour réaliser en ambulatoire des interventions plus lourdes.

L'hospitalisation privée et les médecins libéraux sont moteurs dans le développement de l'ambulatoire.

Bravo à nos équipes !

Ségoène Benhamou  
Présidente FHP-MCO

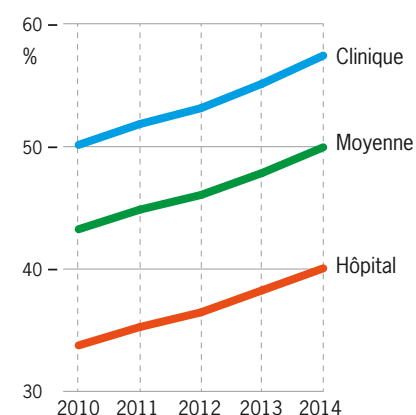


éditorial  
Ségoène  
Benhamou

### Taux de prise en charge en ambulatoire en France

Pour mémoire l'objectif de la DGOS (circulaire de septembre 2015) était de 52,5 % en national pour 2015.

Source : FHP-MCO, 2015



## Association française de chirurgie ambulatoire

# UNE FRANCE QUI OSE !

Une fois par an, l'AFCA fait le point. La France rattrape les pays du Nord et l'Angleterre.

**PROFESSEUR CORINNE VONS, CHIRURGIEN DIGESTIF ET GÉNÉRAL, PRÉSIDENTE DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE (AFCA)**

**L**e premier enseignement du congrès européen de chirurgie ambulatoire de l'AFCA à Paris cette année est que la définition de la chirurgie ambulatoire est internationale et identique dans tous les pays : *Day Surgery* signifie un « Working Day without an overnight stay » (journée de travail sans nuit passée à l'hôpital) ; on est bien dans les moins de 12 heures françaises sans hébergement de nuit.

En revanche, les pratiques de certains pays européens diffèrent des nôtres françaises. Ainsi nos voisins, surtout en Europe du Nord, qui sont en avance de parfois 20 ans par rapport à nous, nous montrent vers quoi nous nous dirigeons, et ce que nous ferons nous aussi dans 20 ans.

La France avance vite. Notre pays est très bien placé en termes d'innovations et d'originalité : des interventions plus lourdes qu'à l'étranger ont été réalisées en France en ambulatoire en moins de 12 heures, comme les prothèses totales de genou, de hanche, les *sleeve gastrectomies*, les mastectomies totales avec curage axillaires et les appendicites aiguës non compliquées. Nous avons montré que nous savions pousser beaucoup plus loin les pratiques que les autres pays. Un dernier exemple en date est la cure par voie endovasculaire du premier anévrisme de l'aorte abdominale réalisée en ambulatoire par une équipe française de l'Hôpital Edouard Herriot à Lyon en mars dernier ! Même si des équipes capables de faire ce type d'intervention sont encore peu nombreuses, leur nombre augmente, et leur stratégie de développement est très protocolée avec une méthodologie robuste. Nous avons commencé avec un temps de retard, mais à l'inverse, nous intégrons depuis le départ la technologie d'aujourd'hui alors que les pionniers ont tendance à garder leurs pratiques, éprouvées soit, mais qui pourraient être améliorées.

En Europe, les pays les plus en avance sont le Danemark, la Suède, la Norvège et la Grande-Bretagne qui se distinguent par une approche rodée, un suivi d'indicateurs nationaux de qualité et de sécurité précis et un prévisionnel annuel d'activité de chirurgie ambulatoire comme en Grande-Bretagne, bien organisé pour chaque spécialité. Le Portugal et l'Espagne sont aussi très dynamiques en chirurgie ambulatoire. Le Danemark a supprimé l'obligation pour le patient d'avoir un accompagnant la première nuit, hormis pour des questions de convenance personnelle. L'expérience danoise montre que les complications postopératoires,

lorsque c'est le cas, ne surviennent pas la première nuit. Donc quelle nécessité absolue d'avoir un accompagnant la nuit ou de passer la première nuit dans un hôtel hospitalier ? Une étude de l'IAAS révèle d'ailleurs que rares sont les pays qui ont mis en place des hôtels hospitaliers spécifiquement pour la chirurgie ambulatoire.

Certaines disparités entre les professionnels de soins ont encore été mises en évidence par exemple sur la question de la thromboprophylaxie en chirurgie ambulatoire. En France, nous partons d'une page blanche et n'avons pas de recommandations bien arrêtées. Les orthopédistes qui font des prothèses totales de genou ou de hanche en ambulatoire souhaiteraient par exemple alléger la thromboprophylaxie postopératoire en raison du risque hémorragique, mais aucune étude scientifique ni recommandation ne le permet encore vraiment. La présidente de la British Association of Day Surgery (BADS) a montré que des protocoles bien établis pour la thromboprophylaxie postopératoire en chirurgie ambulatoire n'évitaient cependant pas totalement les accidents emboliques, même lors de cette prise en charge. C'est donc un problème à ne pas sous-estimer.



« Nous vivons une période formidable, l'ambulatoire est un terrain encore à défricher où l'on peut encore et encore innover. »

recommandation ne le permet encore vraiment. La présidente de la British Association of Day Surgery (BADS) a montré que des protocoles bien établis pour la thromboprophylaxie postopératoire en chirurgie ambulatoire n'évitaient cependant pas totalement les accidents emboliques, même lors de cette prise en charge. C'est donc un problème à ne pas sous-estimer.

### Former pour le futur

Dans certains pays, les infirmières de bloc opératoire et celles de l'unité de chirurgie ambulatoire ont la même formation et font le même travail. Cette mitoyenneté dans les formations pourrait nous questionner et

**PAROLE DE L'EXPERTE**  
**DR MICHÈLE BRAMI,**  
**MÉDECIN CONSEIL FHP-MCO**

### À QUAND UNE ÉVALUATION ?

Pour évaluer le coût d'une prise en charge en ambulatoire pour l'Assurance maladie, il s'agirait d'actualiser l'enquête Cnamts de 2002 sur la consommation de soins 3 semaines avant et 8 semaines après, en comparant la chirurgie ambulatoire et celle traditionnelle. Attention, il faut se dépêcher parce que bientôt nous n'aurons plus assez de patients en chirurgie traditionnelle pour pouvoir faire la comparaison ! Pour évaluer la qualité des soins, il s'agirait de mesurer le taux de conversion et de ré-hospitalisation par exemple.

# Ambulatoire UN COUP D'ACCÉLÉRATEUR

La conversion d'une chirurgie traditionnelle en une chirurgie ambulatoire s'est considérablement accélérée grâce à la suppression des bornes basses et l'application d'un tarif unique. Hormis quelques poches de résistances qui présentent des taux de prise en charge en ambulatoire particulièrement bas, on peut considérer que tous les actes dits aisés sont presque partout pratiqués en ambulatoire aujourd'hui en France.

De plus, des équipes chirurgicales pionnières ouvrent de nouvelles voies et invitent leurs pairs à les suivre dans des pratiques innovantes. Enfin, pour réussir le virage ambulatoire, la médecine devra s'engager elle aussi dans une approche ambulatoire au côté de la chirurgie.

ouvrir des perspectives aussi pour nous en France. Dans notre pays, les freins viennent parfois aussi des chirurgiens, voire des anesthésistes qui éprouvent une certaine réticence. Les nouvelles générations ont donc leur rôle à jouer et il y a urgence à former et informer. De nombreux pays étrangers ont un programme d'enseignement formalisé et bien organisé à cet égard, quid de la France ?

Pour sa part, l'AFCA favorise les échanges dans le cadre d'un réseau européen d'unités de chirurgie ambulatoire (UCA) labellisées IAAS-AFCA, par exemple sous la forme de deux journées d'immersion. J'ai moi-même passé deux jours à Norwich en Angleterre et cela a eu un effet incroyable sur moi, une prise de conscience importante sur mes pratiques. On ne peut pas rester sans bouger !

### Changer ses pratiques

Le prix de la meilleure vidéo de chirurgie ambulatoire a été décerné à une équipe norvégienne qui montrait un enfant avec sa mère qui se rendaient au bloc et jusqu'à la table d'opération en

tenue civile. Cela re-questionne toutes nos pratiques sur l'hygiène, l'asepsie, etc. Justement de nouvelles recommandations parues en mai 2016 reviennent sur les obligations pour la préparation de la peau avant un acte invasif et sont moins draconiennes que les précédentes. On en fait peut-être beaucoup trop en France par rapport aux autres pays européens.

Enfin, le professeur Dominique Franco a présenté les nombreux bouleversements à venir : une chirurgie qui ne serait plus à la seule main des chirurgiens, mais aussi à celles des radiologues et gastro-entérologues interventionnels et des robots. Les blocs du futur seraient des salles hybrides complètement conçues pour des prises en charge en ambulatoire de quasiment toutes les spécialités.

Groupe de santé CAPIO

# 70% DE LA CHIRURGIE EST EN AMBULATOIRE !

L'ambulatoire crée un éco-système vertueux aux bénéfices à 360 degrés.

DR FRANÇOIS DEMESMAY, DIRECTEUR MÉDICAL ADJOINT CAPIO EUROPE

**C**APIO a un taux de prise en charge en ambulatoire, tous actes confondus de 70 %. Pour la chirurgie pure, le taux est de 60 % avec une part significative de chirurgie lourde. Depuis 2010, à la suite d'un comparatif avec la Suède, nous avons remis à plat toute une série de pratiques, aussi bien cliniques qu'organisationnelles, basées autour du concept de la juste durée d'hospitalisation. On se rend compte qu'en Suède les séjours patients sont plus courts et les taux de satisfaction supérieurs. Les résultats cliniques en matière de complication et les taux de ré-hospitalisation sont aussi meilleurs que chez nous. Nous avons donc développé la chirurgie ambulatoire aussi pour les actes très lourds et une réduction des durées de séjour moyennes pour des patients en hospitalisation complète. Ces changements de pratiques nous ont permis de réduire de manière générale les durées de séjour tout en améliorant la qualité des soins. L'ambulatoire permet de répondre à notre double responsabilité : proposer aux patients les meilleurs soins possibles tout en économisant les ressources mises à disposition. Le travail de remise à plat des processus nous oblige à intégrer de manière intelligente et sans jamais faire l'impasse de la qualité, la notion de productivité des soins. Nous percevons l'ambulatoire comme un levier intelligent pour offrir plus au patient en consommant moins de ressources tout en assurant la pérennité de nos établissements.

## Les strates de l'ambulatoire

Nous scindons l'ambulatoire en trois grandes catégories : L'ambulatoire initial de 1<sup>re</sup> génération pour des actes comme la cataracte ou le canal carpien, qui requièrent une technicité relativement faible sinon parfaitement maîtrisée. L'enjeu pour ce type d'actes est de se rapprocher du 100 % ambulatoire. L'ambulatoire de 2<sup>e</sup> génération pour des gestes un peu plus compliqués comme la vésicule biliaire ou la ligamentoplastie. Le patient sait qu'il a affaire à un geste un peu plus important, qui génère un peu plus de stress. On ne va pas forcément viser les 100 % pour ces actes-là. Le focus va être mis sur la prise en charge de la douleur mais aussi sur l'information en direction du patient. L'ambulatoire complexe de 3<sup>e</sup> génération pour des actes lourds, encore perçus comme impossibles il y a peu. CAPIO a réalisé en France les premières prothèses de genou en 2012, de hanche en 2013 et de l'épaule en 2014, la 1<sup>re</sup> mondiale pour la colectomie en 2013, l'hystérectomie élargie, la hernie discale, et enfin, début mai 2016 la première valvuloplastie par TAVI. Ce qui ne se fait pas encore chez nous mais se fait ailleurs, c'est la prostatectomie totale en ambulatoire.

Plusieurs équipes y travaillent déjà. Globalement, les pourcentages de ces actes réalisés en ambulatoire restent encore minoritaires mais nos pronostics visent 1/4 des prothèses de hanche en ambulatoire.

C'est le déploiement extrêmement structuré de cette méthodologie combiné par la RRAC qui nous permet d'avoir une réduction des durées de séjours en hospitalisation complète et un transfert en ambulatoire. Si tout le monde n'est pas apte à être pris en charge en ambulatoire, tous bénéficient des travaux et des remises à plat des pratiques. Cela tire l'ensemble du système vers le haut. Les champs de ce qui ne peut se faire en ambulatoire se réduisent de plus en plus.



« La chirurgie ambulatoire va bientôt être un quasi pléonasmе. »

La conjonction des méthodes opératoires mini-invasives, des progrès en anesthésie, de la prise en charge de la douleur, etc. font que nous faisons reculer les limites du possible.

Même si les pratiques suédoises sont globalement plus vertueuses que la moyenne française, aujourd'hui, les équipes françaises les plus avancées dépassent les meilleures équipes suédoises. En effet, les chirurgiens suédois obtiennent de très bons résultats avec des patients hospitalisés sur de très courtes durées et ne poussent pas forcément le concept jusqu'au bout en le réalisant en ambulatoire. Les suédois ne font pas d'arthroplasties ni de colons en ambulatoire par exemple. Nous sommes allés nous former chez eux et désormais, ce sont eux qui viennent chez nous !

## Un éco-système

Si vous avez un pyjama vous vous portez en patient en restant immobile et alité, si vous avez un survêtement, vous n'êtes plus déguisé en malade : c'est la métaphore du mouvement. L'alitement provoque la complication, la phlébite, etc. Il faut que les patients se lèvent et reprennent leur vie d'avant le plus vite possible. Ceci n'est toutefois possible que s'ils n'ont pas mal, s'ils n'ont pas de drain, etc.

L'éco-système de la récupération après chirurgie, la formation du personnel, la préparation du patient, la mise en place de process et d'indicateurs de suivi..., rien n'est pris au hasard et rien n'est magique. C'est la déclinaison systématique de plans extrêmement structurés. On connaît la chirurgie mini-invasive, la chirurgie mini-intrusive prévoit le minimum d'intrusion dans le corps du patient, mais aussi dans sa tête et dans sa vie. En informant le patient, il est moins perturbé et angoissé. L'acte chirurgical à réaliser ne remet pas toute sa vie en question.



## Parole d'experte

# EXTERNALISER SES PATIENTS DÈS QUE POSSIBLE

Au côté de la chirurgie en ambulatoire, investir l'hospitalisation de jour en médecine.

DR MARTINE Aoustin, EX-DIRECTEUR GÉNÉRAL ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON

**E**n disant « ambulatoire », la plupart d'entre nous pensent « chirurgie ambulatoire ». Il faut dire que depuis de très nombreuses années nous avons collectivement beaucoup investi dans ce champ. Depuis son premier bureau, l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) a agi et ses membres du secteur public comme privé n'ont pas cessé de s'investir pour le développement de cette manière de pratiquer la chirurgie. Nous avons tous souvent pensé que ce développement n'était pas assez rapide. Nous avons cherché et mis en place des leviers normatifs, incitatifs. Les membres de l'AFCA se sont mobilisés auprès des équipes et ne comptent plus le nombre de colloques. C'est toujours le cas aujourd'hui. De grandes études sont venues légitimer cette pratique et ont montré que le fait de développer la chirurgie ambulatoire avait pour conséquence le développement de l'activité chirurgicale dans son ensemble, que les procédures « qualité » nécessaires retentissaient également sur l'amélioration de la qualité dans les services.

Dans le cadre de mes fonctions de directeur général de l'ARS de la région Languedoc-Roussillon, j'ai, avec mes équipes, beaucoup travaillé pour augmenter le taux de chirurgie ambulatoire dans les établissements, par contractualisation, par des incitatifs et un travail en commun sur le terrain. Nous avons créé un outil pour permettre aux établissements d'évaluer leur potentiel de développement en chirurgie ambulatoire à partir de l'ensemble de leur activité avec un regard médico-économique. Cet outil a été proposé à toutes les autres ARS qui le souhaitent et a été largement diffusé. Mais je pense que regarder le sujet de l'ambulatoire exclusivement par le prisme de la chirurgie ambulatoire serait aujourd'hui une erreur.

Nous avons insuffisamment investi dans l'hospitalisation de jour en mé-

decine, voire en SSR. Les capacités en HAD restent également insuffisantes mais surtout mal distribuées sur le territoire.

Il faut trouver les leviers pour que l'hôpital externalise ses patients dès que possible, et mettre en place les moyens pour un suivi adapté à domicile avec les médecins traitants.

Les durées de séjours raccourcissent, le retour à domicile est souvent préparé dès l'admission mais se révèle souvent complexe du fait de l'absence d'organisation structurée pour une prise en charge soignante et sociale permettant le maintien à domicile.

Nous parlons aujourd'hui de « virage ambulatoire ». C'est notamment créer des liens avec la médecine de proximité qui maille le territoire encore très largement, même s'il faut regretter des territoires insuffisamment couverts. Un important travail a été et se poursuit pour lutter contre l'absence de médecins sur ces zones. Mais comment convaincre pour toujours plus d'ambulatoire dans les établissements de soins sans disposer du lien et du recours en amont comme en aval de la médecine de proximité ?

Il s'agira d'améliorer l'articulation entre les structures de prise en charge en recherchant systématiquement à éviter l'hospitalisation, et lorsqu'elle s'avère nécessaire, pour une durée de séjour la plus courte, et évidemment le développement chaque fois que possible, en ambulatoire.

Imaginer et mettre en place des parcours de prises en charge coordonnées, saisir une opportunité de la loi de modernisation que sont les plateformes territoriales d'appui, c'est aussi servir le développement des alternatives à une hospitalisation à temps complet, c'est éviter les hospitalisations inutiles. C'est permettre le développement toujours plus important de la chirurgie en très court séjour, et bien entendu celui de la chirurgie ambulatoire.



« La seule chirurgie ambulatoire n'a pas ce sens pour réorganiser le virage ambulatoire. »

## LA CAMPAGNE TARIFAIRE 2016

EN HAUSSE

# 77,9

milliards d'euros. Un ONDAM en augmentation de 1,75 %.

Source : LFSS 2016

EN BAISSÉ...

# - 1 %

pour tous. Les tarifs des actes des secteurs hospitaliers public et privé baissent de 1 %.

... ET ENCORE EN BAISSÉ

# - 0,65 %

pour le seul secteur privé... en plus ! - 0,23 % et - 0,42 % : deux baisses tarifaires supplémentaires.

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. Juillet 2016. Directeur de publication : Ségolène Benhamou présidente de la FHP-MCO. Rédaction, conception : BVM-communication. Photos : © Tristan Paviot, Agence Caméléon, Cocktail Santé, Polyclinique du Cotentin, Clinique Générale de Marignane.

INNOVATION



© TRISTAN PAVIOT  
Dr Frédéric Trentini et Pierre Maurette, directeur, lors de la remise d'un Trophée de l'hospitalisation privée en 2014.

### Polyclinique Saint-Roch à Montpellier

## CANCER DU SEIN, UNE ORGANISATION MILLIMÉTRÉE

Chirurgie du cancer du sein : 95 % de prise en charge en ambulatoire. Une organisation millimétrée qui débute bien en amont de l'intervention.

La Polyclinique Saint-Roch à Montpellier réalise 220 interventions chirurgicales du cancer du sein par an en ambulatoire et la moitié des 90 mastectomies réalisées en ambulatoire par an en France. Ses taux de prise en charge sont étonnants : 95 % pour la chirurgie du cancer du sein tous cancers confondus, 98 % dans le traitement classique du cancer du sein avec conservation et 78 % pour la mastectomie, 66 % pour les mastectomies avec reconstruction immédiate par prothèse. « Pour moi, l'ambulatoire est comme un numéro de cirque : quand on le voit, ça a l'air simple, mais c'est parce que le numéro a nécessité beaucoup de travail en amont. C'est de l'éducation thérapeutique pure et de la coordination. Il n'y a aucune contre-indication hormis les comorbidités comme pour toute opération chirurgicale. C'est ce qui nous empêche de réaliser du 100 % », déclare le Dr Frédéric Trentini, chirurgien.

La chirurgie ne change pas, mais c'est l'organisation et l'encadrement de l'acte qui sont revus. La patiente, bien préparée en amont, arrive le jour de l'opération en se concentrant seulement sur l'acte. Toutes les formalités administratives sont effectuées au préalable. Une fois l'opération réalisée, un kinésithérapeute et une psy-

chologue passent systématiquement voir la patiente, pour respectivement lui montrer les mouvements qu'elle peut réaliser et pour la rassurer. La patiente rentre chez elle en toute connaissance de cause. Globalement, la prise en charge en ambulatoire favorise l'autonomie et dans l'esprit des patientes, c'est un geste simple, sans danger. Le chirurgien et l'anesthésiste adaptent leurs pratiques au type d'intervention. Le protocole d'anesthésie est adapté pour éviter les nausées et les vomissements après l'intervention avec une bithérapie en peropératoire.

### Combattre les idées reçues

Jusqu'ici, les principaux blocages au développement de l'ambulatoire sont médicaux. Il faut combattre les idées reçues, la chirurgie du cancer du sein n'est pas douloureuse et il faut la volonté des praticiens pour la mettre en place. Maintenant qu'il n'existe plus de borne basse, qu'ils osent ! Il existe des marges d'amélioration très faciles à réaliser en matière de chirurgie ambulatoire du cancer du sein. Avec de l'organisation et de la pédagogie, le taux de 50 % d'ambulatoire peut être atteint sans problème.

À partir de 2016 l'activité de cancérologie est transférée à la clinique Clémentville du même groupe OcSanté.

### REMPACEMENT D'UNE VALVE AORTIQUE EN AMBULATOIRE

Le 3 mai 2016, les équipes de cardiologie interventionnelle de la clinique du Tonkin à Villeurbanne (groupe CAPIO) ont réalisé un remplacement de valve aortique par voie percutanée (procédure TAVI) en ambulatoire sur un patient âgé de 86 ans. C'est une première en France. La technique de remplacement de la valve par procédure TAVI a beaucoup évolué et est désormais proposée comme une alternative thérapeutique pour les patients chez qui le risque de chirurgie sous CEC paraît trop élevé. Elle permet d'éviter une chirurgie à cœur ouvert. Monsieur P. est arrivé le matin même en métro à la clinique et a pu regagner son domicile en toute sécurité moins de 12 heures après son admission. « C'est un formidable travail d'équipe. Personnel soignant, cardiologues interventionnels, chirurgiens cardiaques et anesthésistes ont ensemble contribué à ce succès. Même si le cas de ce patient reste un cas rare, la cardiologie vient de franchir une étape importante et s'inscrit pleinement dans notre volonté d'offrir à nos patients une médecine moderne, et nous en sommes tous très fiers », ajoute Nicolas Carrie, directeur de la clinique.

### PRÉSIDENT DE CME

## Dr Gilles Marie, président de CME de la Polyclinique du Cotentin

Un président de CME doit être bilingue car l'administration ne comprend pas les impératifs médicaux et vice-versa. Il est essentiel dans tous les cas de se faire comprendre et d'être compris en retour. Je perçois ma fonction de président de CME comme la représentation du médecin au sein de la clinique stricto sensu. À la Polyclinique du Cotentin, les médecins ont une place privilégiée ; le savoir médical et l'expertise médicale sont au cœur du fonctionnement de l'établissement. Le chirurgien donne son avis et agit. Le rôle du médecin est fondamental et nous ne pouvons pas développer une activité sans en référer aux médecins. C'est le gros problème des hôpitaux publics où à l'inverse, les médecins sont mis sur la touche, ce qui rend ces hôpitaux difficilement gouvernables car sans stratégie. Mener une stratégie purement économique ne règlera pas les problèmes de l'hôpital. Une coopération originale s'est mise en place sur notre territoire depuis maintenant trois ans à destination des jeunes médecins et chirurgiens. Les quatre établissements de santé (la Polyclinique du Cotentin, le Centre Hospitalier Public du Cotentin, Korian L'Estran et la Fondation Bon Sauveur), les collectivités territoriales, les professionnels libéraux de santé aux côtés de l'URML œuvrent à développer l'attractivité du territoire auprès des jeunes internes en médecine et chirurgie présents (ou ayant été présents) sur le Cotentin. Deux temps annuels leur sont proposés, l'un fin juin à l'occasion d'un week-end sportif et festif « Les Paradis de Cherbourg » et le second en fin d'année lors d'une soirée conviviale. C'est certes une construction de longue haleine mais qui a le mérite de poser les bases solides d'une réelle mise en avant de nos atouts, à commencer par notre collaboration dynamique auprès de futurs jeunes praticiens.

« Une coopération originale s'est mise en place sur notre territoire depuis maintenant trois ans à destination des jeunes médecins et chirurgiens ».  
Gilles Marie

