



KOS Partners / HCm (Hôpital Concept Management)

Travailler sur les pratiques pour concevoir aujourd'hui l'hôpital de demain

« La conception d'un bâtiment ne peut pas être déconnectée des pratiques médicales »

La réhabilitation améliorée ainsi que la mise en place des suivis à domicile commencent à révolutionner les pratiques. Il devient aujourd'hui nécessaire de comprendre et d'anticiper cette évolution afin de pouvoir adapter la conception de vos établissements. Dans ce contexte, **HCm et KOS Partners proposent une méthode innovante qui intègre le cœur des problématiques des acteurs de la santé.** Comment les protocoles de prise en charge des patients vont-ils évoluer et comment les experts peuvent-ils accompagner les projets hospitaliers ? Ainsi une équipe composée de praticiens, directeurs d'établissements et concepteurs immobiliers accompagne les acteurs de la santé sur l'ensemble de ces problématiques, et les assiste dans la conception de leur nouvel établissement. En associant des expertises différentes et complémentaires, HCm et KOS Partners développent une nouvelle approche dans la prise en charge médicale des patients et dans la conception des établissements de santé. Chaque spécialiste nous présente ainsi l'apport de ce travail sur son propre champ de compétence et nous fait prendre conscience de la nécessaire approche multidisciplinaire d'une telle démarche, pour le bien de tous, et en premier lieu des patients.

Propos recueillis auprès de **Fabrice Hardouin**, directeur d'établissement, président et consultant associé HCm



La société HCm...

Fabrice Hardouin : HCm est une entreprise spécialisée dans le conseil créée par une équipe comprenant deux anesthésistes, deux chirurgiens digestifs, un concepteur spécialisé et un directeur d'établissement de santé. Tous les professionnels de santé inclus dans cette équipe sont cliniciens et,

de ce fait, conservent des activités médicales parallèles à leurs activités de conseil.

Quelles sont les missions de HCm ?

F.H. : Ses missions gravitent autour des principes de la réhabilitation

améliorée, aussi appelée Fast Track ou RRAC (Réhabilitation Rapide Après Chirurgie). Nous avons bâti des outils permettant, dans un premier temps, l'évaluation des établissements de santé dans leur maturité vis-à-vis de ces nouveaux protocoles chirurgicaux. Dans un second temps, les outils que nous développons visent l'amélioration de la qualité en la transformant en efficacité, qu'elle soit organisationnelle ou économique. Pour ce faire, les équipes de HCm ont commencé par déployer un audit spécifique. Ensuite, elles ont mis en place des outils de modélisation nécessaires pour estimer les ressources capacitaires d'un établissement. Une fois ces démarches effectuées, HCm accompagne le client face aux changements et dans la mise en place des nouveaux protocoles au sein de son établissement.

Qu'apporte votre partenariat avec la société KOS Partners ?

F. H. : Cette collaboration est primordiale. Les établissements de santé modernes sont conçus selon une logique de flux. De ce fait, les projets médicaux ont de nombreuses incidences sur les solutions architecturales, sur le capacitaire comme sur la conception. Ce partenariat est intéressant car les équipes de KOS Partners viennent en support de nos préconisations en proposant des architectures efficaces et adaptées à notre vision. D'autre part, les membres de KOS Partners sont continuellement en contact avec les établissements de santé. Par notre rapprochement, nous les accompagnons dans la concrétisation des propositions faites à leurs clients. Notre apport est particulièrement important pour crédibiliser les hypothèses de leurs équipes d'architectes auprès des professionnels de santé en apportant des résultats scientifiquement prouvés.

Quel est l'historique de la réhabilitation améliorée ? Comment progresse-t-elle en France ?

F. H. : Ce concept est né à la fin des années 1990 dans certains pays du nord de l'Europe. Dans un contexte de crise économique, ces pays ont assez brutalement diminué les ressources hospitalières, entraînant la fermeture de nombreux services. Ces événements ont engendré la création de longues listes d'attentes de patients. Les établissements de santé n'ont donc eu d'autre choix que de faire évoluer leurs organisations pour répondre aux besoins de la population avec les ressources disponibles. Le Pr Henrik Kehlet, chirurgien digestif danois, et son équipe ont largement travaillé les protocoles de la RRAC. Après une dizaine d'années de travaux, entre 1995 et 2005, ils ont produit leurs premiers résultats tangibles, validés par des études. La RRAC impliquant une approche de la chirurgie en rupture totale avec le modèle traditionnel, elle se déploie de manière régulière mais relativement lentement du nord vers le sud de l'Europe. De 2007 à 2009, l'ensemble des pays du nord de l'Europe et francophones ont commencé à s'intéresser à la question. Leurs premières tentatives étaient assez timides mais la réhabilitation améliorée est aujourd'hui devenue un sujet incontournable en Europe.

Pour quelle raison la réhabilitation améliorée a-t-elle été si tardivement introduite en France ?

F. H. : La profession est globalement assez conservatrice et marque une certaine méfiance vis-à-vis des évolutions des prises en charge chirurgicales, surtout lorsqu'elles induisent un raccourcissement des durées de séjour, parfois vécues comme un risque par les professionnels. Or, la réhabilitation améliorée traduit une évolution majeure de l'approche chirurgicale, assez peu dans le geste, mais surtout dans l'approche péri opératoire du patient ou dans l'organisation des procédures d'un établissement. Ces changements remettent en question de nombreux dogmes du domaine chirurgical auxquels les chirurgiens sont particulièrement attachés car ils font partie intégrante de leurs pratiques, de leurs savoirs initiaux et de leurs habitudes en tant que praticiens. Or, les savoirs transmis dans le cadre de la formation initiale montrent aujourd'hui parfois leurs limites face à une médecine qui a beaucoup bénéficié d'innovations scientifiques. Bon nombre de pratiques sont souvent à mettre à jour. Le premier réflexe du professionnel de santé, face à la nouveauté, a toujours été la méfiance. Il pense, avant tout, à la sécurité de son patient dont il a la

charge pendant la durée de son intervention. Cependant, ce réflexe est paradoxal car, en maintenant des pratiques potentiellement obsolètes, le praticien prend bien plus de risques pour son patient qu'en remettant en question la manière de prendre en charge les patients et en acceptant de s'intéresser à de nouvelles approches.

Quels sont les acteurs de santé moteurs du développement de la réhabilitation améliorée en France ?

F. H. : Le groupe suédois Capio, largement implanté en Europe du Nord, est l'un des acteurs les plus actifs dans la promotion et le développement de la réhabilitation améliorée. De plus, quelques chirurgiens s'intéressant au sujet encouragent son développement. Cependant, il est difficile, pour ces acteurs en interne, de faire accepter de nouvelles pratiques à leurs collègues. Certaines sociétés scientifiques se sont données pour mission de développer ces programmes et d'accompagner les professionnels de santé en les formant à de nouveaux protocoles. Enfin aujourd'hui les autorités de tutelles se sont largement emparées du sujet compte tenu des intérêts sociétaux qu'il propose.

Quelle est l'importance du travail pluridisciplinaire dans ce concept novateur ?

F. H. : La pluridisciplinarité est indispensable pour bâtir une logique cohérente. La réhabilitation améliorée ne révolutionne pas la technique chirurgicale. Elle implique de nombreux facteurs touchant les pratiques professionnelles et les organisations. Ses impacts s'appréhendent sur la totalité du parcours de prise en charge du patient, des premières consultations médicales jusqu'au retour à domicile. De ce fait, le développement de la réhabilitation améliorée est d'une très grande complexité et de nombreux acteurs doivent intervenir, que ce soit le chirurgien, l'anesthésiste, le kinésithérapeute, l'infirmier, le professionnel de santé libéral ou le personnel administratif et managérial de l'hôpital. La mise en œuvre de ce concept nécessite une organisation matricielle, en mode projet.

Comment la réhabilitation améliorée impacte-t-elle la gestion et l'organisation d'un établissement de santé ?

F. H. : La réhabilitation améliorée oblige l'établissement de santé à penser la prise en charge des patients en amont et en aval de l'hospitalisation et donc de déployer des moyens nouveaux pour assurer d'une part une bonne information et anticipation des séjours avant l'hospitalisation (lorsque c'est possible) et un suivi des patients à distance après l'hospitalisation. Dans le même temps, parce que la qualité des soins s'améliore et les procédures sont plus efficaces, les patients restent beaucoup moins longtemps hospitalisés ce qui génère une économie de ressources en lits profitable pour l'établissement. Le contexte économique est actuellement très difficile (baisses tarifaires continues depuis trois ans) et la mise en œuvre de ce concept est précieuse voire indispensable pour pérenniser les structures. Enfin du point de vue managérial, comme indiqué plus haut, la mise en œuvre de la réhabilitation améliorée oblige à un travail d'équipe continu, autour d'un projet pour le patient, ce qui bouscule les structures décisionnelles traditionnelles de l'hôpital avec une hiérarchie par fonction (médicale, paramédicale, administrative, technique ...).

Quels sont les profils de professionnels de santé assimilant le plus facilement ce concept ?

F. H. : Les médecins sont les plus aptes à reconnaître l'importance de développer de nouvelles pratiques novatrices. La principale raison est que le concept est logique et s'appuie sur l'intégration dans les soins des pratiques professionnelles les plus bénéfiques pour le patient, ceci étant montré scientifiquement (evidence based medicine). Ils sont les premiers concernés par cette révolution entraînant des changements très importants dans leurs pratiques quotidiennes. Ils doivent faire preuve d'une grande souplesse d'esprit pour parvenir à se remettre en question. Une fois outrepassé leur premier réflexe de méfiance, ils deviennent des leaders du développement de cette approche. De ce fait, il est important de renforcer la communication et la promotion des bénéfices, pour le patient, de la réhabilitation améliorée auprès du corps médical. Au-delà de l'intérêt économique, nous devons leur présenter les résultats très concrets et vérifiés sur la qualité et la réduction significative des complications postopératoires comparativement à une prise en charge conventionnelle. En chirurgie colorectale, par exemple, le développement de la réhabilitation améliorée divise par deux un certain nombre de complications postopératoires.

Dans l'innovation organisationnelle, quelles sont les clés nécessaires pour s'adapter aux résultats médicaux ?

F. H. : Les organisations hospitalières sont traditionnellement fondées sur des routines de fonctionnement. Ainsi, un service hospitalier est rythmé par des horaires adaptés à une activité qui, il y a quelques années, impliquait une durée de séjour plus longue, et organisée selon une logique indifférente au patient. Avec la

réhabilitation améliorée, l'hôpital doit réfléchir à une organisation non pas globale mais adaptée aux besoins de chaque personne soignée. Il doit prendre en compte son autonomie, sa dépendance et ses capacités. En respectant l'état de santé du patient, il faut l'inciter à se mobiliser et à se réalimenter rapidement après une opération. Cette prise en charge très individualisée génère des organisations diamétralement opposées aux solutions actuellement développées dans les établissements de santé. Elle nécessite la modification des organisations soignantes pour préserver l'efficacité de l'établissement. La cohabitation d'une organisation traditionnelle avec des processus de prise en charge médicaux innovants entraîne un manque de cohérence qui met le personnel soignant en difficulté et la clinique sous tension.

Comment un établissement de santé peut-il passer d'une culture de prise en charge globale du patient à une prise en charge séquentielle ?

F. H. : La méthode comprend, dans sa première étape, une adhésion totale des équipes de l'hôpital aux objectifs du projet de développement de nouvelles pratiques. Il convient alors d'anticiper et de communiquer autour des changements et de la période d'instabilité à venir, tout en démontrant les bénéfices et la finalité des opérations engagées. Il est également crucial d'accompagner le changement afin de maintenir la cohérence des activités. Dans ce contexte, une aide externe est utile pour prévenir tout impact négatif de ces démarches sur l'organisation de l'établissement et, par voie de conséquence, tout réflexe de rétractation de la part du personnel.



Quelle est la place de l'innovation organisationnelle dans l'accueil du patient ?

F. H. : Afin d'appréhender les modifications de la réhabilitation améliorée en matière d'accueil, il est important de noter que les soins requis avant intervention chirurgicale sont, pour la plupart des patients, quasiment nuls, dès lors que l'information du patient a été réalisée en amont et que le séjour et ses suites ont bien été préparés. De ce fait, il est inutile de faire venir un patient à l'hôpital plusieurs heures avant son intervention. Une à deux heures suffisent amplement pour valider les informations liées à l'identité et au dossier médical du patient et pour le préparer à son passage en salle d'opération. Le rythme de l'accueil dictant la fréquence d'entrer des patients au bloc opératoire, l'établissement doit disposer d'équipes correctement dimensionnées et dédiées à la validation de ces entrées. Par un tel fonctionnement, nous déconnectons les notions d'entrée du patient et d'hébergement, puisque cette question se pose après l'intervention. Soit le patient quitte l'établissement dans la journée, soit il est admis en hospitalisation complète. Tous les examens préalables à une opération chirurgicale lourde doivent donc être anticipés et réalisés avant l'arrivée à l'hôpital, dans des installations externes dédiées. Ainsi, plutôt que de respecter une logique de service de chirurgie alimentant un bloc opératoire et récupérant ses patients après opération, nous privilégions une logique de flux selon laquelle le patient est, dès son arrivée, pris en charge par les équipes du bloc opératoire avant d'être redirigé vers le service adapté à son état de santé. L'accueil en réhabilitation améliorée s'éloigne donc de l'accueil médicalisé classique de l'hôpital, avec un passage en chambre d'hospitalisation. Le passage en chambre durant la phase préopératoire est souvent inutile, attendu que le patient ne requière pas les mêmes besoins d'être surveillé ni même alité. Il a cependant besoin d'être détendu, mis en confiance et renseigné sur sa prise en charge, dans une ambiance sereine, totalement différente de celle d'une chambre d'hospitalisation.

Pourquoi est-il important d'évoluer d'une logique de temps à une logique de score ?

F. H. : Cet élément est important pour proposer au patient la meilleure prestation possible. Par exemple, on remarque assez souvent que les patients restent « *un certain temps* » en salle de réveil, après le bloc opératoire. Ce temps peut être trop long si le patient est objectivement réveillé avant (et les conditions de confort et d'hébergement ne sont pas idéales pour lui dans un environnement hyper technologique et anxiogène). Il peut être également trop court si, pour une raison ou une autre, il n'est objectivement pas apte à sortir de l'unité une fois le temps imparti écoulé. Ainsi, plutôt que d'imposer deux heures en salle de réveil à tous les patients, le score d'Aldrete, grâce aux constantes qu'il mesure, permet d'adapter le temps de récupération en fonction de l'état de chaque individu soigné. Grâce aux progrès des protocoles médicaux, les équipes d'un hôpital contrôlent bien mieux ses douleurs, ses nausées ou ses saignements. De ce fait, elles peuvent lui demander de se mobiliser plus rapidement.

Comment former les équipes hospitalières à l'utilisation de tels scores comme outil de gestion du parcours patient ?

F. H. : Le plus important est encore d'accompagner le changement d'habitudes des équipes. Elles doivent intégrer le fait que la

prise en charge doit se faire non pas sur la base de durées prédéterminées mais sur les données objectives et individuelles du patient. Dès lors que les équipes comprennent et respectent ces scores rassurant et validés scientifiquement, elles constateront des résultats très satisfaisants. Le meilleur moyen de faire adhérer les professionnels à ces nouvelles pratiques est de leur expliquer les raisons de leur développement et l'impact bénéfique qu'elles peuvent avoir sur le patient et l'organisation de leur établissement. De ce fait, l'information est un volet important de notre mission en tant que consultants spécialisés. De même, les médecins convaincus par nos arguments et les résultats scientifiques que nous pouvons avancer deviennent autant de relais auprès des équipes médicales et soignantes de la nécessité de mettre en place ces pratiques. Une fois que les professionnels de santé sont pleinement conscients de ces enjeux et volontaires pour développer la réhabilitation améliorée, la formation, en elle-même, devient une formalité.

Dans quelle mesure la réhabilitation améliorée représente-t-elle une prise de risque pour un directeur d'établissement ?

F. H. : Pendant des années, la plupart des dirigeants d'établissements de santé publics ou privés ont géré leurs structures respectives avec des tarifs relativement stables. Or, les croissances économiques ne sont pas à la hauteur de l'évolution des besoins de la population en matière de soins, ce qui entraîne un décalage impossible à assumer pour les établissements. Les directions sont obligées de durcir les négociations avec leurs fournisseurs, leur imposant de revoir les coûts de leurs produits, ou doivent redéfinir à la baisse les dépenses en matière de prestations hôtelières. De ce fait, le changement systémique devient obligatoire avec une vraie solution qui est de rationaliser les ressources allouées au soin sans pour autant transiger sur sa qualité. Le risque que prendrait un directeur d'établissement serait de ne pas accompagner et promouvoir la réhabilitation améliorée.

Quelles sont les économies engendrées par cette nouvelle approche ?

F. H. : Les économies sont de plusieurs ordres. Les plus importantes sont constatées dans la réduction du nombre d'heures nécessaires au traitement du patient durant son hospitalisation. D'autres économies plus modestes concernent toutes les dépenses de consommables liées à l'hospitalisation et au maintien du patient à l'hôpital. La réhabilitation améliorée permet également une diminution importante du nombre de lits. Lors de nos simulations, nous constatons généralement une baisse de 40 % du nombre de lits en hospitalisation complète pour nos clients car, par l'amélioration de la qualité des soins, nous constatons une diminution naturelle de la DMS et une augmentation des taux d'ambulatoire.

