

L'ETABLISSEMENT DE SANTE DE DEMAIN, UN PROJET MÉDICAL POUR UNE INNOVATION ÉCONOMIQUE, SOCIALE ET SOCIÉTALE AU SERVICE DU PATIENT

- INTRODUCTION

L'Etablissement de santé est, par définition, le lieu où l'on soigne.

Dans l'avenir, ce lieu se déplacera progressivement vers le Territoire autour des Établissements de santé.

Cette évolution peut être perçue dès à présent par le développement d'une thématique qui est la chirurgie ambulatoire.

Cette prise en charge est un modèle d'organisation transversal qui peut être structurant pour la mise en place de l'Etablissement de santé de demain.

La chirurgie ambulatoire pouvant permettre à court terme l'évolution d'autres prises en charges chirurgicales, comme celle de la réhabilitation après chirurgie et son objectif corolaire celui de la réduction des durées moyennes de séjour.

Elle préfigure aussi la prise en charge des traitements de pathologies médicales chroniques comme la chimiothérapie à domicile, la prise en charge des personnes dépendantes ou des patients ayant un profil à risque de développement de pathologies identifiées.

Toutes ses prises en charges possèdent intrinsèquement les éléments communs d'un projet médical innovant.

- UN PROJET MÉDICAL

Ces éléments communs sont ceux d'une organisation en parcours de soins ayant comme innovation l'ouverture vers le territoire. Ils se basent sur des recommandations de sociétés savantes comme la SFAR avec une analyse de pratiques professionnelles en équipe, et son lien avec le développement professionnel continu.

L'objectif final de ce projet médical est celui de l'amélioration du service médical rendu au patient.

- UN MODÈLE ÉCONOMIQUE INTÉGRÉ

Ce modèle économique est secondaire au projet médical et peut être approché par une amélioration de la performance de l'Etablissement de santé alliant efficacité et efficacité selon le modèle de Norton et Kaplan (cf doc annexe). 2

LE SUIVI DES PATIENTS APRÈS LA SORTIE EN CHIRURGIE AMBULATOIRE UNE INNOVATION EFFICIENTE AU SERVICE DU PATIENT

INTRODUCTION

Le suivi des patients après leur sortie de l'unité de chirurgie ambulatoire fait partie intégrante des Recommandations Formalisées d'Experts de la SFAR 2009(1).

Selon cette recommandation, les acteurs de la structure, en collaboration avec la médecine de ville, doivent organiser le suivi du patient après sa sortie en fonction de la prévisibilité des suites post opératoires, des antécédents médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux du patient.

Comment envisager cette démarche recommandée comme innovante ?

Quelles sont les modalités à développer pour que cette collaboration avec la médecine de ville constitue un élément d'amélioration de la performance d'un établissement de santé ?

Je vous propose d'essayer de répondre à ces deux questions.

I. UNE DEMARCHE INNOVANTE AU SERVICE DU PATIENT

Selon François PISANI, expert international en innovation : « Pour les entreprises, l'innovation est d'abord affaire de processus. Celles qui innovent encouragent la remise en question, l'observation, le maillage et l'expérimentation par leurs employés ». La Tribune (31 mai 2013).

A- Un processus qualité identifié par un label AOC

La prise en charge en chirurgie ambulatoire, dans le cadre d'une filière des soins relève d'un processus interne et externe à l'établissement de santé.

Les fondamentaux de ce processus reposent sur un tryptique comprenant l'Anticipation, l'Organisation et la Coordination des soins. Ce label AOC a vocation à simplifier et faciliter la mise en place opérationnelle de ce processus dans l'établissement de santé.

1. Anticiper

- Les critères médicaux :



SYNDICAT | MÉDECINS
DES LIBÉRAUX

Bien anticiper le suivi du patient renvoi aux critères d'éligibilité du couple acte-patient. Une analyse bénéfique risque sur le patient, l'acte et la structure doit être conduite en consultation d'anesthésie dans le cadre du colloque singulier. On peut alors utiliser de nombreux scores afin d'évaluer le suivi nécessaire dont doit bénéficier le patient en fonction de sa chirurgie. Les scores ASA et LEE peuvent aider à repérer les patients à risque alors que beaucoup d'entre eux sont éligibles à la chirurgie ambulatoire et ceci jusqu'au stade ASA 3 stabilisé comme le recommande la RFE SFAR 2009.

Une évaluation de la capacité d'autonomie du patient peut être réalisée par les scores MET et NYHA et permet ainsi de mieux appréhender les capacités du patient à pouvoir retrouver son lieu de vie après l'acte opératoire.

Les scores d'APFEL et celui de l'EVA pré op peuvent également identifier les patients à risque de survenu dans le post opératoire de NVPO et d'hyperalgésie.

Selon Apfel et al, l'incidence des NVPO en chirurgie ambulatoire est de l'ordre de 37% à J1(2).

L'incidence des NVPO est plus élevée en chirurgie pédiatrique que chez l'adulte. Cette incidence globale est de 30 % en pédiatrie tout type de chirurgie et tout âge confondu (SFAR 2007).

La maîtrise de la douleur est une clé essentielle à la réussite de l'ambulatoire. Elle allie anticipation, rigueur de la prescription et respect de l'observance (SFAR 2009-66).

Pour la douleur, un audit clinique a fait ressortir la douleur post opératoire comme problème (3). Selon Massa et al, la douleur serait le premier motif de consultation en ville durant les 48 premières heures qui suivent la sortie de l'UCA et représenterait à elle seule 20 % des causes de réhospitalisation. Pour le *Royal College of Anaesthetists*, une bonne prise en charge se traduit par une mobilisation précoce, avec une réduction du « coût social » en termes de retour au travail et de réduction des soins primaires (*Royal College of Anaesthetists* 2006-2012)

L'anticipation de la douleur post opératoire, voire même la douleur à distance, fait partie de la démarche en recherchant, en pré opératoire, les facteurs de risque de chronicisation que sont notamment l'intensité de la douleur pré opératoire (score EVA), le type de chirurgie mais aussi la technique opératoire. La douleur pré opératoire, la douleur post opératoire anticipée par le chirurgien, les attentes élevées pré opératoires du patient, l'âge (surtout les enfants) et la peur des conséquences à court terme de l'intervention seraient des facteurs prédictifs de douleur post opératoire.

Ces patients à risque doivent bénéficier d'un suivi spécifique après leur sortie.



SYNDICAT | MÉDECINS
DES LIBÉRAUX

D'autres patients devant bénéficier d'un suivi particulier après leur sortie doivent être identifiés à la consultation, comme les patients atteints d'une BPCO, pour lesquels une préparation et un suivi par kinésithérapie post opératoire est indiqué dans le suivi post opératoire.

Une attention particulière dans le suivi doit être également portée aux autres comorbidités en particulier cardiovasculaires (identifiées par le score de LEE) et aux traitements par antiagrégants plaquettaires et/ou anticoagulants.

- Les critères psychosociaux et environnementaux :

Cette anticipation n'est pas uniquement effectuée d'un point de vue médical. Elle nécessite d'apprécier les critères d'éligibilité psychosociaux et environnementaux du patient. Ceux-ci sont particulièrement marqués en gériatrie, et même déterminant pour établir le bénéfice chez un patient âgé fragile d'une prise en charge en ambulatoire au risque de voir le patient développer une complication après son retour à domicile. A l'opposé, une prise en charge en hospitalisation traditionnelle comporte des risques de perte d'autonomie, de troubles cognitifs, d'infection nosocomiale, de complications thromboemboliques ainsi qu'un déclin fonctionnel dû à un alitement et à une hospitalisation prolongée.

La situation sociale doit être examinée attentivement, l'autonomie du patient, sa mobilité (score MET), la disponibilité et l'aide familiale ou l'isolement social, le cas de certains couples de personnes âgées presque totalement interdépendants. Dans ce cadre et spécifiquement pour les personnes âgées, une organisation efficace des soins à domicile réalisée par des professionnels de santé libéraux pourrait faire partie intégrante du plan de soins.

- Les critères chirurgicaux :

Les risques liés à l'intervention chirurgicale doivent être connus et limités (SFAR 2009).

Pour ce critère, une recommandation (*Australian and New Zealand College of Anaesthetists* 2010 10349)(4) et 4 guides de bonnes pratiques ont été réalisés (*National Health Services* 2002 10347)(5), (*IAAS* 2007 8)(6), (*Association of Great Britain and Ireland* 2011 731)(7), (*Smith* 2012)(8). Ces avis d'experts sont cohérents entre les différents guides et recommandations identifiés, la procédure ne doit pas comporter de risques importants ni de complications graves (hémorragies, instabilité cardiovasculaire).

Les douleurs post opératoires doivent être contrôlables par l'optimisation des techniques anesthésiques et chirurgicales préétablies.

Seuls les Australiens dans leur recommandation de 2010(9), prenaient en compte la possibilité de gestion des soins post opératoires spécifiques à la chirurgie ambulatoire par des paramédicaux, à domicile ou en externe.

Pour l'ensemble des critères, l'analyse bénéfice risque sur le couple acte patient doit également être conduite avec le médecin généraliste. Ceci permet d'évaluer au mieux les critères médicaux, psychosociaux et environnementaux du patient. D'autre part, le taux de persuasion du médecin généraliste pour la chirurgie ambulatoire versus hospitalisation classique est d'un niveau important (enquête URML Centre 2004)(10).

2. Organiser

- Un partage d'information avec le patient :

L'organisation doit être centrée sur le patient et doit en particulier, lui permettre de comprendre toutes les informations liées à cette prise en charge.

Cette information comprend la gestion des traitements personnels, avec la remise lors de la consultation des ordonnances de sortie afin qu'il puisse se procurer les médicaments avant la chirurgie. Un numéro de téléphone assurant la permanence des soins de la structure doit lui être remis. L'ensemble de ces informations peut lui être rappelé à nouveau lors de l'appel téléphonique la veille de sa prise en charge.

Après sa prise en charge, une fiche patient intelligible lui est remise comprenant de manière simplifiée, l'ensemble des informations sur ses suites post opératoires et sa conduite à tenir.

Certains auteurs comme le Docteur Michèle de Guide, M.D. Directrice de la qualité, de la promotion de la santé et de l'expérience patient au CH de Montréal, prône une démarche qualité innovante où le patient devient partenaire du soin (JIQHS 2012).

« La culture de collaboration des professionnels est passée, dans un premier temps, d'une culture paternaliste à une culture centrée sur le patient, puis d'une culture centrée sur le patient à une culture de partenariat de soins : pratiques collaboratives interpersonnelles et patient partenaire avec une intégration dynamique des soins et des prises de décisions partagées. »

- Un partage d'information avec les professionnels de santé de ville :

Cette information doit être relative aux suites de l'acte d'anesthésie et de chirurgie et dirigée vers le médecin généraliste, l'infirmière libérale, le kinésithérapeute ou bien le pharmacien du patient en fonction des besoins relatifs du patient.

Une fiche à destination du médecin généraliste et de l'infirmière libérale est formalisée par l'équipe et décrit les suites habituelles et la conduite à tenir. De même, le compte-rendu opératoire ainsi que les protocoles de soins doivent être remis aux professionnels de santé libéraux.

Une fiche d'évaluation du patient doit être produite afin que les professionnels de santé puissent mesurer des indicateurs qualité et sécurité dans le cadre de la continuité des soins.

Des indicateurs mesurés par les professionnels de santé sont alors retournés à l'établissement de santé afin de participer à une démarche d'analyse des pratiques professionnelles.

3. Coordonner

Ce partage d'information préalable va permettre la coordination des acteurs de santé internes et externes à l'établissement de santé dans le parcours de soins.

En fonction du couple acte patient, les personnes ressources vont être identifiées comme les plus efficaces pour réaliser cette coordination. Cette collaboration Ville Hôpital est un type de partenariat dit non concurrentiel. C'est un moyen pour assurer la meilleure continuité des soins afin de réaliser la réhabilitation post opératoire du patient.

Le modèle proposé est celui d'un plan d'amélioration pérenne de la qualité représenté par la roue de Deming. Les mutations professionnelles en cours comme la formation efficace, l'analyse des pratiques professionnelles, l'accréditation des spécialités à risque peuvent être associées tout ou partie à ce modèle et lui permettre d'améliorer le processus qualité interne à l'établissement de santé. Pour sa mise en place, l'établissement de santé doit établir un partenariat avec deux organismes en région.

D'une part, l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des médecins libéraux et son Comité de pilotage inter URPS qui coordonne les actions des médecins libéraux avec les infirmières libérales, les kinésithérapeutes et les pharmaciens.

D'autre part, l'Agence Régionale de Santé du fait de ses missions et compétences synergiques avec la mise en place des parcours de soins comme le développement professionnel continu, les systèmes informatiques incluant le DMP, la continuité des soins, les nouveaux modes d'exercices ainsi que la qualité et la coordination des soins.

La SFAR précise l'importance du lien entre les médecins hospitaliers et ceux pratiquants en ville dans l'organisation mise en place afin d'améliorer l'éligibilité du patient (SFAR 2009).

Le code de Santé publique français rappelle que : « *Le médecin traitant est informé le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre. Il reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade* ».

Selon le Pr Amalberti (Quotidien du médecin 10/10/2012), « *les menaces sur l'ambulatoire ne sont pas dans l'acte technique mais dans ce qu'on ne voit pas à l'Hôpital. En cas de problèmes trois jours après une opération de jour, 86 % des patients se tournent vers leur médecin traitant et non vers leur chirurgien* ».

Il recommande d'intégrer les médecins généralistes dans la boucle afin qu'il n'y ait pas de défaut d'interprétation dans le suivi du patient.

Dans la littérature internationale (11), de plus en plus de procédures seront effectuées en chirurgie ambulatoire et il est encouragé d'organiser dans le parcours de soins des patients un partenariat avec les responsables des soins de ville (UK 2002-20). La NHS va même plus loin en indiquant que la chirurgie ambulatoire est contre indiquée aux patients qui n'ont pas de médecin traitant ou d'infirmier enregistré (donnée de preuve peu élevée-National Health Services 2002 10347)(12)

L'IAAS, décrit le rôle du médecin généraliste comme essentiel en période pré et post opératoire : il peut évaluer son éligibilité, aider le patient dans le processus de décision, donner des informations au patient et à son accompagnant sur l'intervention et sur la phase postopératoire et organiser avec la famille ou le personnel paramédical en ville les soins dont nécessiteraient le patient en pré et/ou post opératoire (donnée de preuve peu élevée-IAAS 2007-8)(13).

La chirurgie ambulatoire qui est une réelle innovation médicale dépassant la structure de soins et la formation des médecins généralistes devra à l'avenir en tenir compte.

B- Une amélioration efficiente du service médical rendu

L'amélioration du service médical rendu est modélisable et mesurable avec une approche du soin de type Evidence Base Médecine selon un tryptique.

Il comprend un premier axe qui est celui de la mesure d'indicateurs qualité et sécurité par une analyse des pratiques professionnelles, un second axe qui est la mesure de la satisfaction de l'environnement médicosocial, un dernier axe qui permet de mesurer la réponse au souhait du patient.

La définition de l'efficacité et selon ces auteurs Bouin Maurice et Bergeron Caroline (14), est la présence et mise en oeuvre optimale des ressources pour l'atteinte des résultats escomptés en adaptation, en réadaptation et en intégration sociale.

Ces deux approches sont superposables dans un tryptique :

- la réadaptation de la pratique médicale s'effectue par une analyse des pratiques en équipe pluri professionnelle, intégrant la médecine de ville (EGAR 2010). Elle produit des indicateurs qualité et sécurité et permet, entre autres, aux professionnels de santé de pouvoir évaluer les ordonnances de sortie et plus largement l'efficacité de leurs pratiques professionnelles.
- l'intégration sociale du patient est mesurée par la satisfaction des professionnels de santé extérieurs à l'établissement ainsi que par les indicateurs de satisfaction des parents lorsque leurs enfants sont pris en charge.
- l'adaptation au souhait du patient avec une demande de prise en charge de qualité dans la continuité de son soin permet de mesurer une satisfaction spécifique et sensible pour la chirurgie ambulatoire.

C'est par cette amélioration du service médical rendu efficace au patient dans l'ensemble de ses axes que celui-ci deviendra le meilleur vecteur pour le développement de la chirurgie ambulatoire.

II. UNE AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

A- Définition

La performance peut être définie par la somme de l'efficacité (relation entre les résultats et les objectifs fixés), et de l'efficacité (relation entre les résultats et les moyens mis en oeuvre pour les atteindre).

Il existe de ce fait un lien entre efficacité et performance, cette dernière étant accrue par une amélioration du service médicale rendu.

Cet accroissement de performance s'effectue de manière multimodale dans un établissement de santé et non pas uniquement en terme de performance financière.

Dans un environnement fortement perturbé et concurrentiel, il est primordial de mesurer la performance sous tous ses aspects, la performance financière est une boucle particulièrement lente dont les effets ne sont perceptibles qu'à plus long terme.

L'exclusivité de la mesure de la performance financière ne permet pas de percevoir en temps et en heure les signaux essentiels suggérant l'imminence d'une correction de trajectoire, d'un changement de cap ou d'une réorientation plus radicale.

Dans un contexte aux changements rapides et à la concurrence exacerbée, il est fortement recommandé de décliner la performance sous toutes ses formes afin de prendre les meilleures décisions et ne plus se limiter à ne mesurer que la performance financière.

Celle-ci est une boucle à long terme qui ne permet pas d'agir en temps et en heure.

B- Un outil équilibré de pilotage de la performance : la balance scorecard de Norton et Kaplan

1. Définition

Ce concept de « balanced scorecard » a été présenté pour la première fois dans une série d'articles publiés par la Harvard Business Review en 1992 (15).

La BSC se décline en 4 axes équilibrés :

- Une perspective du processus interne : Les processus qualité délivrés aux patients doivent être identifiés afin d'améliorer l'offre et contribuent à la création de valeurs intégrant les processus à cycle plus longs comme ceux liés à l'innovation.

- Une perspective d'apprentissage organisationnel :

On mesure notamment la capacité de l'entreprise à permettre aux professionnels de santé d'accéder à de nouvelles compétences, à la mise en adéquation des procédures et des pratiques professionnelles et d'améliorer le système d'information.

- Une perspective client :

Cette mesure est orientée vers la perception des clients de l'établissement de santé au sens large comprenant les partenaires extérieurs en amont et en aval de l'établissement, les professionnels de santé Libéraux, les patients etc...

- Une perspective financière :

Ces indicateurs financiers seuls sont insuffisants à traduire la performance de l'établissement car : « *les économies ne sont que le sous-produit de l'organisation interne, il faut mieux focaliser sur les processus* » (Utilisation des outils de pilotage : le balanced scorecard, les démarches des CHU de Lyon et Lille) (16).

Le résultat et la performance ne sont que la conséquence d'une bonne organisation et d'une bonne gestion des ressources humaines.

2. Des expériences françaises

Une expérience de BSC dans un centre hospitalier a été effectuée en chirurgie ambulatoire (Le paradoxe de l'axe apprentissage organisationnel et croissance dans le balanced score card : le cas de l'Hôpital-T.Nobre) (17)

Cette démarche qualité a eu comme objectif de répondre aux attentes et aux besoins du patient, d'assurer sa sécurité et d'évaluer l'apprentissage attaché aux nouvelles pratiques professionnelles.

D'autres démarches comme celles réalisées au CHU de Lyon et de Lille et citées précédemment ont identifié une difficulté principale qui est celle d'une très grande diversité de métiers et du cloisonnement qui en résulte.

Cette mesure de la performance si elle est globale peut se heurter à la complexité du fonctionnement organisationnel de l'Etablissement de santé (18). Elle fait alors face à la diversité des activités, au cloisonnement des services, des métiers et des compétences, ce qui limite la coordination des acteurs et des projets. La configuration des rapports de pouvoirs est aussi un obstacle en particulier par la coexistence des différentes hiérarchies internes médicales, soignantes et administratives. Ceci est accentué également par les profondes mutations mis en place dans l'Etablissement de santé et qui sont associées à l'environnement (PMSI, accréditation, 35 heures, pôles d'activité médicales, délégation de gestion, loi HPST, etc.)

Au vu de la littérature, les facteurs clés de succès de la mise en place de cette mesure de la performance équilibrée résident dans un outillage ciblé d'un processus de soins bien identifié comme celui du parcours de soins en chirurgie ambulatoire.

Il doit être guidé par un véritable projet médical partagé par l'ensemble des acteurs de l'établissement, modélisé par une carte stratégique commune aux médecins et au management.

Il permettra alors de mesurer la performance de ce parcours de soins spécifique et secondairement la performance globale de l'établissement.

III. UNE INNOVATION SOCIALE POUR UN PAS VERS L'AVENIR

L'environnement économique de nos établissements de santé nous contraint et nous incite à innover pour plus de performance en chirurgie ambulatoire.

Cette contrainte constitue une véritable opportunité de réaliser de véritables parcours de soins porteurs d'objectifs communs avec la Stratégie Nationale de Santé (19).

D'autre part, la collaboration Ville-Hôpital peut permettre aux régions de réorienter leur économie vers le bien-être des patients et de la collectivité. Et ceci grâce à la mise en place de pôles de coopération territoriale autour de cette innovation sociale et environnementale.

De nouveaux métiers peuvent ainsi être créés afin de faciliter l'éligibilité des patients pour la chirurgie ambulatoire.

Dans ce cadre, ce programme rejoint la notion d'économie positive du rapport Attali (20), et peut permettre par un développement de cette microéconomie, de créer de l'emploi et de la croissance sur le territoire national. ¹¹

CONCLUSION

Un suivi innovant et efficient du patient en chirurgie ambulatoire permet d'améliorer la performance des établissements de santé.

Une culture de collaboration des professionnels de santé intégrant le patient dans un partenariat de soins permettra de réaliser ces objectifs.

L'obtention de ces facteurs clés de succès nécessite de faire passer ce projet dans un imaginaire collectif, à des fins stratégiques, ou l'adage permettant ce pas vers l'avenir peut être résumé par les termes de Francis Pisani, « *Innover, c'est désobéir* ».

BIBLIOGRAPHIE

1. *Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire* - RFE SFAR 2009
2. *Who is at risk for postdischarge nausea and vomiting after ambulatory surgery ?* - Apfel et al -Anesthesiology 2012 117 :475-86
3. *Guide de bonnes pratiques sur la douleur post opératoire* - Royal College of Anaesthetist-2006-2012
4. Australian and New Zealand College of Anaesthetists 2010 10349
5. *Guide de bonnes pratiques* - National Health Services 2002 10347
6. *Guide de bonnes pratiques* - AAS 2007 8
7. *Guide de bonnes pratiques* - Association of Great Britain and Ireland 2011 731
8. *Guide de bonnes pratiques* - Smith 2012
9. *Recommandation* - Australian and New Zealand College of Anaesthetists-2010
10. *Etude sur la chirurgie ambulatoire en région Centre : quelle place ce mode opératoire occupe-t-il dans la pratique du médecin généraliste libéral ?*, URML Centre, 2004-1 ., 19 p.
11. *Recommandations* - UK Department of Health-2002-
12. *Guide de bonnes pratiques* - National Health Services 2002 10347

13. *Guide de bonnes pratiques* - IAAS 2007
14. *Dictionnaire de la réadaptation* -tome 2, Bouin Maurice Bergeron Caroline, les publications du Québec 1997 www.med.univ-rennes1.fr
15. *The Balanced Scorecard Measures that Drive Performance* - Norton et Kaplan- Harvard Busines Review en 1992- -janvier-février, pp.71-79
16. *Utilisation des outils de pilotage : le balanced scorecard, les démarches des CHU de Lyon et Lille* - V.Faujour Journal d'économie médicale 2003
17. *Le paradoxe de l'axe apprentissage organisationnel et croissance dans le balanced score card : le cas de l'Hôpital* - T.Nobre
18. *Le cas d'un balanced scorecard en contexte hospitalier* Revue Française de gestion No 211/2011- T.Nobre
19. *Un projet global pour La Stratégie Nationale de Santé* - Rapport Cordier-2013
20. *Pour une économie positive* - Rapport Attali-2013

- UNE INNOVATION SOCIALE

La coordination sur le territoire peut être à l'origine de la création d'une économie positive.

Par définition, cette économie positive peut se développer autour d'une innovation sociale et environnementale autour de pôles territoriaux de coopération (cf doc annexe).

Cette coordination ouvre la possibilité de la création de nouveaux services aux patients dans le champ sanitaire et médicosocial.

Elle nécessitera à terme la création de nouveaux métiers en lien notamment avec l'organisation des soins primaires sur le volet sanitaire.

D'un point de vue médicosocial, l'éligibilité à cette prise en charge peut être facilitée par une amélioration de l'approche sociale du couple acte patient.

Ainsi de nombreux services au patient peuvent être mis à disposition sur le territoire comme les aides à domicile, le portage des repas etc...

Toute cette dimension sociale sera à l'origine d'un développement d'une microéconomie créatrice d'emploi et de croissance sur le territoire. Cette microéconomie peut être soutenue par des acteurs économiques et politiques territoriaux dans le cadre du pacte pour l'emploi.

- UNE EVOLUTION SOCIÉTALE

Le lien créé par ce projet médico économique et social est un véritable réservoir d'empathie pour notre société.

Cette sollicitude empathique, au-delà du fait qu'elle soit à l'origine d'un développement économique, est également un facteur de stabilité pour notre société.

L'Etablissement de santé de par son intelligence territoriale est un facteur de stabilité sociale.