



Hôpital

d'île-de-france

revue trimestrielle de la FHF Île-de-France N°45 - Juin 2009

dossier

Les services d'urgence en Île-de-France



L'invitée

Emmanuelle Quillet

Le point sur la création
de la sous-direction
des ressources humaines
du système de santé



actualités FHF-IDF

PROGRAMME DU CONGRÈS DE PRINTEMPS

Jeudi 4 juin 2009 - Théâtre municipal de Fontainebleau 9, rue Dénécourt - FONTAINEBLEAU

Programme

9h30	Accueil des congressistes	12h30	Déjeuner sur place (buffet)
9H45	Allocution de bienvenue de Monsieur le Président du Conseil d'Administration du CH de Fontainebleau	14h15	Vers la recomposition de l'offre de soins en Ile-de-France, quelle stratégie pour les hôpitaux publics ? → État des lieux des projets de communauté hospitalière de territoire, de groupement de coopération sanitaire etc. Présentation par les délégués départementaux
10h00	Ouverture officielle du Congrès par Monsieur Yves TAVERNIER, Président de la FHF-Ile-de-France	15h30 - 15H45	Pause et visite de l'exposition → État des lieux des projets de communauté hospitalière de territoire, de groupement de coopération sanitaire etc.
10h15	Questions nationales d'actualité Interventions de : Monsieur Yves TAVERNIER, Président de la FHF-Ile-de-France Monsieur Jacques METAIS, Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile-de-France	17h00	Clôture du Congrès
11h15	Pause et visite de l'exposition	Le congrès sera suivi par une visite du Château de Fontainebleau, situé juste en face du Théâtre et d'un apéritif.	
11h30	Questions nationales d'actualité Interventions de : Monsieur Claude EVIN, Président de la Fédération Hospitalière de France, Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé et des sports (ou son représentant)		

Deuxième édition du Forum Régional des Métiers (Académie de Créteil)



Le Forum Régional des Métiers s'est déroulé le 16 décembre 2008 à l'Espace « les Esselières » de Villejuif.

Comme en 2007 sur l'académie de Versailles, il a remporté un vif succès : 1 500 lycéens de première et terminale, ainsi que des informateurs relais, ont été accueillis par 120 professionnels des établissements de santé et de la formation.

Plusieurs établissements de la FHF/Ile-de-France ont participé à cette importante manifestation de promotion et de valorisation des métiers hospitaliers.

A noter que le troisième Forum sera organisé avec l'Académie de Paris et se déroulera Porte de Charenton le 10 décembre 2009.

Jean-Marie BARBOT
(Conférence des DRH FHF/IdF)

Sommaire

Actualités

2. Programme du congrès de printemps
2. Deuxième édition du Forum Régional des Métiers

L'invité

- 4-5. **Emmanuelle Quillet**
Le point sur la création de la sous-direction des ressources humaines du système de santé

Débat

- 6-9. **Autour du Rapport Couty :**
- Plaidoyer pour le secteur psychiatrique
- Pour une lecture honnête du Rapport Couty

Dossier

10. Les urgences franciliennes en quelques chiffres
- 10-11. Service d'accueil des Urgences de l'Hôpital Simone Veil
- 12-13. Interview du Docteur Yves Rigal, URML
14. Les maisons médicales

Finances

- 15-16. Les finances hospitalières en 2009
17. Modèle IVA : aspects financiers

Qualité

- 18-20. La mise en place de référentiels qualité au sein des GAP

En direct des établissements

21. L'ouverture de l'accueil de Jour Alzheimer du CHLB
22. Présentation du réseau périnatal du Val D'Oise (R.P.V.O.)
23. L'hôpital Max Fourestier de Nanterre
Le nouveau bloc opératoire de l'hôpital Max Fourestier de Nanterre. La modernité au service de la santé publique

Hôpital d'Île-de-France

- **Directeur de la publication :** Yves Tavernier
- **Rédacteur en chef :** Fanny Martin-Born (FHF-IDF)
- **Comité de rédaction :**
Jean-Marie Barbot (Versailles)
Vincent Errera (Eaubonne-Montmorency)
Elisabeth Fortrie (Gonesse)
Jean-Marie Karman (Moisselles)
Bénédicte Motte (Sainte-Anne)
François Simon (Saint-Denis)
- **Maquette et édition :** **vu** intégral
- **Impression :** Grafikplus
- **Tirage :** 10 000 ex. - ISSN : 1166-3340
- **Secrétariat :** FHF - Île-de-France
Centre Hospitalier de Gonesse
25, Rue Pierre de Theilley
95503 Gonesse
Tél. : 01 34 53 20 71 / Fax : 01 34 53 21 90
- **Crédits iconographiques :**
Couverture : Fotolia - Pressmaster / X-DR
Intérieur : CH Meaux - Sébastien Sindeu
Archives FHF - Fotolia - **vu** intégral / X-DR

édito

État de fièvre pour les hôpitaux d'Île-de-France

Au moment où j'écris l'habituel éditorial de notre revue, nos établissements, notre propre organisation collective la FHF Ile-de-France sont, il faut le reconnaître, traversés par la fronde que suscite le projet de loi HPST parmi les personnels, notamment médicaux de nos hôpitaux.

Il ne serait pas responsable de ma part de faire comme si ce débat n'existait pas, comme si tout était « plié » d'avance, dans un sens (celui des auteurs de la réforme) ou dans un autre (celui des partisans de la conservation des choses en l'état).

Des corrections, des inflexions significatives peuvent, dans les prochaines semaines, être apportées par le Sénat, puis par la Commission Mixte Paritaire au projet initial.

Il n'empêche que cette nouvelle (xième !) réforme, voulue pour les hôpitaux, leur organisation territoriale, leur gouvernance, suscite un très profond malaise qui va bien au-delà du débat médiatiquement entretenu sur les pouvoirs respectifs des directeurs et du corps médical et qui touche aux plaies nombreuses et profondes dont souffrent nos hôpitaux, et sur lesquelles, en vain, notre fédération alerte depuis quelques années : pénurie de personnel soignant, embouteillage aux urgences, inflation réglementaire, sous financement chronique de l'hôpital public, complexification croissante des modes de gestion (dernier exemple en date la V11 de la tarification à l'activité), bureaucratie perçue comme de plus en plus autoritaire à l'égard des responsables de terrain etc...

La boîte de Pandore est ouverte, et toutes sortes d'arguments, de propos, d'opinions souvent sincères mais aussi parfois teintées d'idéologie corporatiste d'opposition au pouvoir politique actuellement en place s'expriment. Allant jusqu'à une remise en cause de la réforme T2A, de celle des ARH, de celle de la démarche qualité etc...

La position de la FHF Ile de France n'est pas de ce genre.

Dans sa séance du 5 Mai, à l'unanimité des membres, le Conseil d'Administration de notre association a rappelé que ce qui - depuis des années a fait la force, le dynamisme de l'UHRIF puis de la FHF Ile-de-France, *c'est l'union, l'engagement actif et fidèle de ses différents membres* - élus locaux, représentants des usagers, chefs d'établissement, présidents de CME - *unis ensemble par l'adhésion aux valeurs du Service Public Hospitalier.*

Cet équilibre, difficile à trouver dans l'organisation complexe de l'hôpital d'aujourd'hui, entre la nécessité à la fois :

- de « co-fabriquer » avec les partenaires médicaux les décisions qui les concernent,
- de permettre néanmoins en cas de nécessité les arbitrages indispensables par le chef d'établissement,
- de maintenir un rôle déterminant et non de figuration pour les élus.

Il appartient à notre fédération nationale - qui a dans ce débat national toute légitimité - à porter, de chercher à fédérer les espérances (à vrai dire peu contradictoires pour l'essentiel) des sensibilités qui la composent et qui ont toujours fait sa force.

L'hôpital public doit bouger certes ! Il le fait depuis des années ! Il faut sans doute encore qu'il poursuive sa mutation mais que le cap qui lui est assigné soit fixe et clair.

Il faut aussi que tous ceux qui le font vivre au quotidien adhèrent au projet proposé, et encore que ceux qui légifèrent et réglementent en son nom comprennent l'absolue nécessité de cette adhésion.



Jean-Pierre BURNIER
Secrétaire général de la FHF - Ile de France

l'invitée
Emmanuelle Quillet

Le point sur la création de la sous-direction des ressources humaines du système de santé



Emmanuelle QUILLET
Sous-directrice des ressources humaines
du système de santé

Hôpital d'Île-de-France : Quelles sont les raisons qui ont motivé la création de la sous-direction des ressources humaines du système de santé, issue de la fusion de deux anciennes sous-directions ?

Emmanuelle QUILLET : En 2008, les états généraux de l'organisation de la santé ont souligné la nécessité d'améliorer l'action de la DHOS sur plusieurs points : la gestion de la démographie des professionnels de santé, les dispositifs de formation, la nécessité de décloisonner les professionnels exerçant en ville et à l'hôpital et celle de rapprocher la gestion du personnel médical et du personnel non médical. En effet, il existait des problématiques communes au personnel médical et non médical comme la démographie ou la formation, qui étaient gérés par deux sous directions différentes (les sous-directions P et M).

Il a donc été décidé de fusionner ces deux sous-directions pour créer la sous-direction des ressources humaines du système de santé. Cette dernière répond à ces objectifs de décloisonnement du pilotage des ressources humaines.

Ce mouvement fait suite à un premier mouvement de réorganisation de la DHOS, qui avait déjà repris certaines missions de la Direction générale de la santé.

HIDF : Comment s'organise cette nouvelle sous-direction et quelles sont ses missions ?

E.Q. : Les missions de la SDRH recouvrent trois sous-ensembles, eux-mêmes structurés en bureaux.

Le premier sous-ensemble touche à la régulation des professions de santé, ses missions touchent aux questions de démographie et de formations des professions de santé ainsi que des conditions d'exercice des professionnels de santé.

Le second a pour mission le pilotage des ressources humaines hospitalières, c'est-à-dire les questions relatives à l'organisation et la structuration du dialogue social, les politiques d'action sociale hospitalières, la gestion des instances nationales du dialogue social, de même que les aspects relatifs aux personnel hospitalier public (médical et non médical). Enfin, le dernier sous-ensemble répond à des objectifs d'appui et de gestion. La mission études d'impact et prospective est chargée d'évaluer l'impact des mesures envisagées, qu'il s'agisse de la masse salariale ou du pilotage de la GPEC. La cellule statistique a pour mission de fournir des outils de connaissance fins et actualisés de la démographie et des coûts des professions de santé, enfin la cellule de gestion regroupe les activités de gestion telles que la gestion des procédures d'autorisation d'exercice et la gestion des personnels hospitalo-universitaires.

La mission de la sous-direction est de veiller à l'adéquation des ressources humaines du système de santé aux besoins actuels et futurs de la population. Le schéma ci-dessous récapitule les missions par bureau.

HIDF : Comment s'articule votre action et celle du Centre National de gestion ?

E.Q. : Le Centre national de gestion gère les carrières et les situations individuelles des personnels de direction et des praticiens hospitaliers, ce qui permet à la DHOS de se recentrer sur les questions de pilotage de la politique de santé. Nous travaillons en collaboration avec le CNG : la DHOS participe aux instances du CNG (commissions paritaires par exemple) et nous travaillons en commun sur des dossiers techniques comme la réforme du 3^{ème} cycle de médecine, ou d'une manière générale la préparation de tous les textes réglementaires ayant un impact sur les carrières individuelles.

l'invitée Emmanuelle Quillet

HIDF : Pour finir, quels vont être les grands chantiers à venir de cette nouvelle sous-direction ? apporter à ces difficultés ?

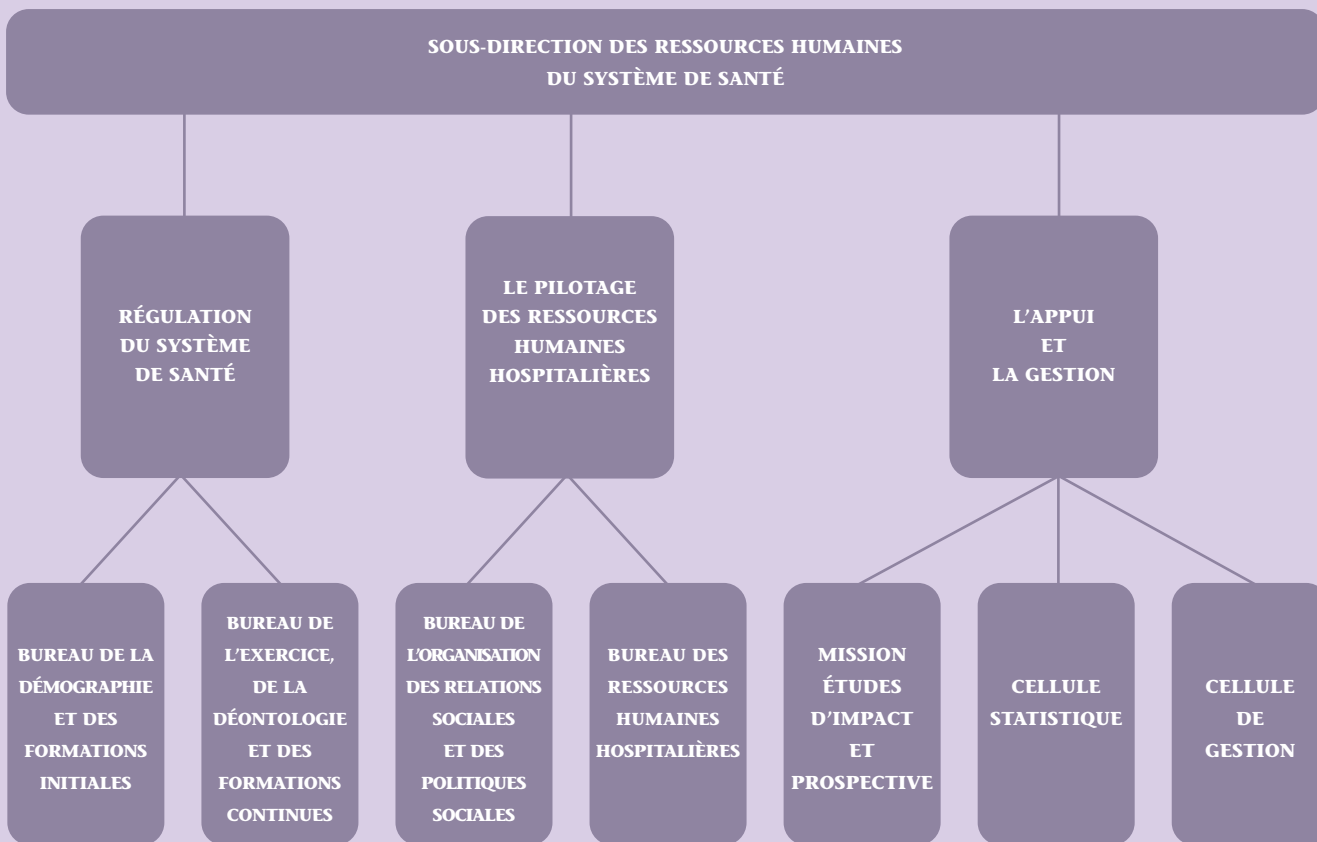
E.Q. : Un des chantiers importants est l'intégration du diplôme d'État infirmier dans le dispositif Licence - Master - Doctorat. Cette réforme commence dès 2009 avec une première rentrée des étudiants en soins infirmiers dans la formation « modèle LMD » qui au bout de trois ans leur donnera accès au grade de licence. Mais elle va se poursuivre avec l'ensemble des autres formations aux diplômes de santé, soit pas moins d'une vingtaine de diplômes dont il

faut revoir l'ingénierie, sans compter les réflexions sur les nouveaux diplômes possibles dans le cadre du travail sur les pratiques avancées.

Par ailleurs, la mise en œuvre de la loi Hôpital, patient, santé, territoire va également induire un important travail de mise en œuvre : mise en place de la filiarisation du troisième cycle des études de médecine, des bourses pour les étudiants en médecine, de la coopération entre professionnels de santé, des futurs contrats...

Enfin, le chantier statutaire va être important tant en ce qui concerne la catégorie B, qu'en ce qui concerne les conséquences du LMD.

*Propos recueillis par
Fanny Martin-Born
Délégué permanent FHF IDF*



débat
Autour du Rapport Couty

Autour du Rapport Couty

Présentation du rapport :

« Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie »

La commission présidée par Monsieur Edouard COUTY, conseiller-maître à la Cour des comptes a tenté une réflexion d'ensemble sur la psychiatrie et la santé mentale qui s'appuie à la fois sur la prévalence des maladies mentales dans le monde - une personne sur trois serait touchée selon l'OMS qui prévoit également que la contribution de ces pathologies à la charge de morbidité de l'ensemble des maladies devrait augmenter de 50% d'ici à 2020 - sur l'adoption récente au niveau de l'Europe d'un « Pacte européen pour la santé mentale » et sur la situation en France marquée par une prévalence des différentes pathologies psychiatriques relativement élevée, mais aussi par deux plans ministériels successifs (2002 et 2005-2008) et par la reconnaissance en 2005 du handicap psychique et de la nécessaire collaboration de tous les acteurs du sanitaire, du médicosocial et du social avec les patients et leurs familles

Dans une première partie le rapport dégage trois principes qui pourraient fonder une politique novatrice en santé mentale :

- Intégration dans la santé publique d'un volet « santé mentale » articulé autour des trois composantes sanitaire, médicosocial et social ;
- Renforcement du rôle institutionnel des malades et de leurs familles ;
- Evaluation « en routine » des structures, des activités et des pratiques en santé mentale et en psychiatrie.

Dans un second temps le rapport met l'accent sur une offre de soins graduée, personnalisée et continue en santé mentale et formule des recommandations réparties sur trois niveaux :

- La proximité, correspondant au secteur actuel, où s'organise la coordination effective de tous les intervenants au sein d'un Groupement Local de Coopération en santé mentale
- La prise en charge des hospitalisations, publiques et privées, au sein du territoire de santé ;
- La spécialisation et l'expertise, niveau régional ou interrégional ;

Le rapport s'attache également, dans une troisième étape, aux facteurs de réussite de cette réforme et formule des recommandations sur le logement social, la démographie des professions de santé, l'évolution des métiers, la formation, la recherche, la veille sanitaire, la prévention et la promotion de la santé mentale.

Il conclut enfin à la nécessité d'une loi globale sur la santé mentale et de la création d'une mission interministérielle « santé mentale » qui devra organiser le dialogue interministériel, coopérer avec les hautes instances HAS, INVS et INPES, et contribuer au pilotage des ARS.

M. Jean-Marie KARMAN,
Directeur de l'EPS
Roger Prévot de Moisselles

Plaidoyer pour le secteur psychiatrique



Dr Claude Léger
Président de la CME-EPS
Roger Prévot de Moisselles

La commission sur les missions et l'organisation des soins en psychiatrie et santé mentale, dite « Commission Couty », mise en place par la ministre de la Santé en juillet 2008, a été porteuse d'espoir pour les professionnels de la psychiatrie, car elle préfigurait une réforme de cette discipline et témoignait d'une prise en considération de mesures spécifiques dans la perspective de la loi HPST.

Or, l'une des plus importantes recommandations prônées par Edouard Couty et ce, en désaccord avec les principaux représentants des professionnels, des usagers et des familles, membres de cette

commission, risque de sonner le glas de la sectorisation psychiatrique. Il s'agit de la création de groupements locaux de coopération pour la santé mentale (GLC).

La psychiatrie publique, que nous connaissons en France aujourd'hui, a été fondée après la Deuxième Guerre mondiale, sur les bases d'une politique sanitaire de grande envergure, pour empêcher que ne se répète l'hécatombe des malades mentaux sous l'Occupation. Dès l'origine, la notion de territoire démographique a servi à définir le champ dans lequel une même équipe pluri-disciplinaire devait mettre en œuvre les principes de prévention, de continuité des

soins et de proximité. Chaque secteur devait se voir doté, non seulement d'un service d'hospitalisation à temps complet, mais d'un centre médico-psychologique, d'un hôpital de jour, de structures d'hébergement spécialisé et de réinsertion. L'équipe du secteur était composée de psychiatres, d'infirmiers spécialisés, de psychologues et de rééducateurs.

On doit faire le constat que le développement des dispositifs extra-hospitaliers s'est avéré souvent insuffisant, la situation s'étant progressivement aggravée par des politiques successives visant à déspecifier la psychiatrie, pour la ranger parmi les autres spécialités médicales. Outre le démantèlement des grands hôpitaux psychiatriques et l'installation plus ou moins heureuse dans des hôpitaux MCO, car ayant entraîné la disparition de nombreux lits, ce fut la suppression des deux principaux pivots de la psychiatrie publique : l'internat des Hôpitaux psychiatriques, puis le diplôme d'infirmier de secteur, qui a été à l'origine de la situation que nous connaissons aujourd'hui et à laquelle les pouvoirs publics répondent par un démantèlement encore plus poussé, au nom de la carence des réponses aux besoins de soins.

On justifie ainsi la dérivation vers le médico-social ou le privé, faute de lits et de places en nombre suffisant ; mais aussi le « transfert de compétences » vers les psychologues et les infirmiers, les uns et les autres mal préparés à ces tâches, faute de psychiatres dont le nombre chute rapidement et dont les derniers représentants risquent de se voir confinés dans un rôle de coordonnateur ou de responsable médico-économique, fonctions qui les éloignent de leur compétence clinique, laquelle est ravalée par la diffusion de guides de « bonnes conduites », qui préfigurent déjà le transfert de cette compétence aux médecins généralistes.

Le rapport Couty, en prônant les GLC, vise à parfaire le démantèlement, par le clivage des dispositifs extra-hospitaliers des secteurs, de leur établissement de

rattachement, par la dilution de leurs missions dans un ensemble juridique hétéroclite mêlant au sanitaire, le médico-social et le social, et organisant les « soins ambulatoires stricto sensu, mais aussi les prises en charge dans les structures alternatives à l'hospitalisation » et ce, sous la responsabilité d'un coordonnateur nommé par la future ARS, sans distinction de formation ni d'attache institutionnelle.

J'assume la responsabilité d'un secteur de psychiatrie générale, qui couvre une commune urbaine de près de 63 000 habitants. Ce secteur a développé depuis trente ans environ, toutes les structures de soins et de prévention préconisées par la circulaire de mars 1960. Cela s'est fait en parallèle avec la fermeture de la moitié des lits. Il a à sa disposition un centre médico-psychologique avec accueil thérapeutique à temps partiel, un hôpital de jour, une unité d'hospitalisation à domicile, ainsi que des appartements associatifs de secteur. La présence d'un hôpital MCO sur la commune a permis la mise en place précoce d'une psychiatrie de liaison, de même qu'à la maison de retraite communale. Le secteur a été par ailleurs co-fondateur d'un réseau d'évaluation gériatrique dont l'action a permis d'éviter de nombreuses hospitalisations inadaptées de personnes âgées. Les équipes intra-hospitalières se sont formées à l'accueil de jeunes adolescents. Deux psychiatres de l'équipe sectorielle exercent en pratique libérale sur la commune. Des liens pérennes existent avec le CAT et le SAVS, ainsi qu'avec un GEM récemment implanté. Enfin, des contacts réguliers ont lieu avec le CCAS, ainsi que le commissariat. J'en oublie sans doute.

Je ne considère pas ce secteur comme un modèle, ni comme un idéal. Il ne fait, me semble-t-il que tenter d'assurer au mieux son rôle qui s'affiche explicitement psychiatrique. C'est même grâce à cette spécificité, à l'absence de confusion, au maintien de son extra-territorialité dans les domaines qui ne sont pas les siens, que ce secteur s'est rendu le plus opératoire, que ce

soit vis-à-vis de la médecine somatique, des institutions médico-sociales ou plus largement des usagers, voire, des citoyens.

La dilution de la psychiatrie, et particulièrement de l'organisation sectorielle, dans une notion aussi floue que celle de santé mentale, nous apparaît comme le danger le plus pernicieux, car, il entérine l'idée que le secteur repose sur une conception obsolète qu'il conviendrait de rénover, non plus par sa seule déspecification, mais par sa dilution dans un ensemble dont les principes, édictés par l'OMS et l'Union Européenne, vont mêler, au nom du bien-être, les maladies mentales, le handicap, la précarité sociale, les déviances, la criminalité, etc.

La psychiatrie et principalement celle du secteur, entend maintenir l'exigence théorico-pratique de son action. Il s'agit d'une responsabilité majeure, puisqu'elle concerne les libertés individuelles, ainsi que l'égalité d'accès aux soins. Elle n'exclut pas pour autant la mise en œuvre de dispositifs inter-sectoriels, lorsque certaines pathologies le justifient. Mais alors, il ne peut s'agir que de regroupements décidés par les secteurs eux-mêmes, en vue d'une meilleure efficacité dans les prises en charge, et non par des autorités administratives trop souvent éloignées du terrain. Il va sans dire que ces mises en commun ne peuvent réussir que si elles ne reposent pas exclusivement sur des critères financiers.

Je ne considère pas que le secteur soit un sanctuaire inviolable, ainsi que d'aucuns l'imputent à ceux, qui comme moi en prennent la défense, attendant sa « rénovation » pour prendre pied dans un supposé marché de la santé mentale. Il se trouve que le secteur psychiatrique a été formalisé dans un pays qui peut s'enorgueillir d'avoir été l'un des tout premiers à avoir mis en place une politique de santé publique pour l'ensemble de ses malades mentaux.

.../...

débat
Autour du Rapport Couty

Pour une lecture honnête du Rapport Couty



Dr Serge Kannas
coordinateur de la Mission
Nationale d'Appui en Santé
Mentale (MNASM)

Je ne ferai pas l'exégèse du rapport, celle-ci étant bien mieux assurée par l'intéressé lors d'une interview qu'il a accordée à la MNASM, et qui paraît cette semaine dans Pluriels n° 78, sur notre site. Je ferai part des commentaires qu'il m'inspire. Le contexte actuel et le fond ne sont pas séparables.

Il y a peu de doutes que la psychiatrie nécessite des réformes, tant les besoins qualitatifs et quantitatifs continuent de s'affirmer, et que l'insatisfaction domine, de façon persistante, chez les professionnels, les utilisateurs, les usagers, pour des raisons concordantes ou extrêmement différentes. Bien entendu, c'est sur l'orientation à donner à ces réformes, comme sur les stratégies de changement, que les incertitudes et les conflits sont les plus grands. Doit-on continuer sans changer ce bel exemple de réseau polyvalent local de santé mentale communautaire garantissant proximité et accès, appelé politique de secteur, inscrit dès les années soixante, en lui donnant les moyens qui lui manquent, ses défauts relevant uniquement du manque de moyens ? Doit-on faire évoluer sensiblement un modèle qui, en certains points du territoire, s'affiche plus qu'il ne se pratique, facilite l'auto référence et la balkanisation, l'homéostasie de pratiques hospitalo-centrées, reste rétif à rendre compte et à transparaître, sans contribuer à la correction des inégalités d'origine ? Doit-on recommander une évolution progressive (2 plans de santé mentale déjà depuis 2002) ou un « Grand soir » ? Et sur quelles bases factuelles établir des propositions ?

Si l'on est attentif à ce qui s'écrit ou se dit à propos du rapport Couty, on s'aperçoit que les voix de la critique sont nettement plus audibles que celles qui l'examinent avec bienveillance. Le contexte social et politique actuel, spécifique ou non de la psychiatrie, suscite au mieux les soupçons et la méfiance, au pire la franche hostilité. Les aspects plus « techniques » contestés portent sur la complexité institutionnelle du groupement local de coopération en santé mentale et la crainte que cette institution

nouvelle ne consacre définitivement une rupture entre hospitalisation et soins ambulatoires. Enfin, le rapport est critiqué pour ne représenter que la voix de son rapporteur et non celle de la commission qu'il a présidée.

Le contexte actuel n'est pas favorable à la sortie sereine d'un rapport sur la psychiatrie, si tant est que cela puisse arriver un jour. Réforme des ARH en ARS, loi HSPT modifiant profondément la territorialisation et la gouvernance hospitalière, vont modifier radicalement les règles du jeu de la planification et de l'organisation du système de soins. Les craintes d'une verticalisation accrue de la politique de santé, d'une régulation économique de plus en plus forte, y compris par des suppressions d'emploi, d'une marginalisation du corps médical et de ses exigences éthiques, d'un service public de plus en plus exposé à la concurrence, etc., s'affirment. S'ajoutent les conséquences contestées de la T2A et de la convergence tarifaire, même si celle-ci est repoussée. Tout ceci donne l'impression d'un projet global qui fait converger les mécontentements et cristallise de plus en plus fortement les oppositions. Si l'on adjoint, pour la psychiatrie la crainte d'une évolution plus sécuritaire qu'intégrative : les centres de rétention socio-médico-judiciaire de sûreté, les mesures consécutives au meurtre de Saint-Égrève par un malade mental, le discours présidentiel d'Antony et les craintes d'une réforme promise de la loi du 27 juin 1990 - la commission Couty ne l'a pas incluse dans son périmètre, ce qui a paradoxalement accentué les craintes - tout est en place pour que la psychiatrie ne se sépare pas du malaise actuel. Elle ne le fait pas, et tout le rapport Couty est rendu inaudible ou assimilé aux conflits actuels. Ce qui est contenu dans le rapport et pourrait faire consensus ne compte pas ou guère.

Pour autant, si l'on examine les principes qui guident, selon le rapporteur, de quoi fonder une politique novatrice de santé mentale, peu sont contestables :

la psychiatrie ne se réduit pas aux soins ni même à la santé et ne sépare pas le patient de son environnement familial, social et médico-social, dans une perspective de santé publique. Et pourtant, que de cloisonnements observés ! De même, le renforcement du rôle des patients et de leurs familles est indispensable, dans le parcours et le projet de soins, bien au-delà de la représentativité institutionnelle de leurs associations. Et pourtant, que de patients décrits comme « orphelins » par leurs soignants nous avons rencontrés lors de nos visites sur site ! Enfin, que dire de plus sur l'évaluation en routine, non seulement de l'activité, mais également des résultats en termes de mise en œuvre, de qualité, de satisfaction, d'efficacité, ce qui vaut aussi bien pour les organisations et les politiques publiques ? Est-ce que la transparence insuffisante n'est pas le meilleur alibi des financeurs pour ne pas alimenter la « boîte noire » de la psychiatrie ? Est-ce que ne pas évaluer, ce n'est pas refuser de rendre compte, ne garantir ni équité ni accès ?

Le second temps du rapport met l'accent sur une organisation graduée : un niveau de proximité, polyvalent, qui correspond à l'organisation sectorisée et correspond au GLCSM. Il offre une coordination institutionnalisable, même si son périmètre peut varier selon le contexte géo-démographique et que sa gouvernance est à préciser. Un aspect intéressant de la proposition est de modifier la conception originelle du conseil local de secteur en réformant son application souvent auto-centrée, où la psychiatrie « convoitait » les autres. Ici, chacun des acteurs (c'est-à-dire l'hôpital pour l'organisation ambulatoire locale de la psychiatrie) peut contractualiser. Comme toute institution reposant sur le volontariat, celle-ci peut soit se bureaucratiser, soit ne jamais naître. Mais le GLCSM fournit au moins un modèle d'appel relativement simple et généralisable, qui organise localement l'articulation entre sanitaire, social (...collectivités) et médico-social.

C'est l'hôpital qui contractualise pour la psychiatrie, lui seul a la personnalité morale et donc la capacité de signer, ce qui garantit, au moins autant que maintenant, une non césure entre hospitalisation et soins ambulatoires.

L'autre niveau, plus éloigné, concerne les communautés hospitalières de territoire et la coopération entre public et privé. Notre expérience de travail de la MNASM nous montre que les premières sont déjà à l'œuvre, parfois de façon concertée, plus souvent dans la rivalité. Pour la seconde, nous sommes d'accord avec les règles posées par le rapport Couty si elles sont respectées : égalité des droits et des devoirs. Un autre aspect concerne les services spécialisés. Il recouvre le débat déjà ancien et passionné entre sectoriel et intersectoriel. Je crois que l'intersectoriel, sans balkaniser différemment l'organisation, doit émerger franchement et rejoindre la notion de panier de services transversaux ambulatoires ou hospitaliers, relatifs à un territoire ou sub territoire de santé, intermédiaires entre réponse ambulatoire locale et quelques services régionaux très spécialisés de recours. Personne ne peut prétendre bien répondre par une spécialisation à outrance, mais l'idée qu'on peut tout faire en le faisant bien à l'échelle d'un territoire de secteur est une tromperie.

Faute de place, on ne peut énumérer ici les nombreuses recommandations qui complètent le rapport : logement, démographie médicale, métiers, formation, recherche, promotion de la santé, etc. Elles poussent à la réflexion. Diverses, elles paraissent acceptables, sauf si elles sont lues uniquement dans le contexte d'un affrontement plus général.

Ce sont des facteurs de réussite de la réforme, selon le rapporteur, et ces grands thèmes transversaux amènent naturellement à la nécessité d'une politique plus globale : politique interministérielle institutionnalisée sous la forme d'une mission interministérielle qui en traduit la permanence et l'autorité.

Est-ce que ce n'est pas à ce niveau d'articulation avec les ARS que peut progresser un traitement moins inégalitaire de la réponse aux besoins ?

Je me montrerai exégète sur la fin : je crois que le rapporteur opte pour des transformations importantes, sans rompre avec la philosophie du travail de secteur, et suggère fortement la nécessité d'une politique globale sous tendue par une organisation ministérielle adéquate, qui ne se limite pas à l'organisation. Ce rapport est donc forcément incomplet et frustrant. Mais ces derniers choix relèvent du politique, dans un contexte où les temps sont durs, et de plus en plus, et risqués, alors que la peur n'évite pas le danger. Entre le non changement, au risque d'un pourrissement émaillé de crises disqualifiant la psychiatrie publique, et la prise de risque inhérente à tout changement et ses incertitudes, le rapport d'Édouard Couty nous offre une bonne base de transformation.

dossier

Les urgences franciliennes en quelques chiffres

Hôpital d'Ile de France a souhaité faire le point sur les services d'accueil des urgences en Ile de France, et leur fonctionnement, en lien notamment avec la médecine de ville. Un consultant de la MEAH nous livre son point de vue sur le fonctionnement d'un SAU francilien et un médecin de l'URML sur l'articulation entre urgences et médecine de ville.

Pour en savoir plus : www.parthage.sante.fr/re7/idf.site.nsf

Quelques chiffres sur la médecine d'urgence francilienne :

- **92 structures d'urgences et 36 structures d'urgences pédiatriques** (dont 64 établissements autorisés pour une des deux modalités et 32 établissements autorisés pour les deux)
- **42 SMUR** dont 5 SMUR pédiatriques
- **8 SAMU**

Les établissements auxquels sont rattachées ces structures sont pour :

- **43%** des établissements publics de santé (hors AP-HP)
- **19%** des établissements de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris
- **10%** des établissements PSPH
- **28%** des établissements privés lucratifs

L'activité des urgences, données 2007 de l'ARHIF

Le cap des 3 millions de passages aux urgences avait été franchi en 2005, depuis cette tendance à la hausse s'est confirmée (+7,4% entre 2005 et 2007) et le nombre de passages aux urgences atteint en 2007 les **3.2 millions**. A noter, un peu moins d'un million pour les urgences pédiatriques (environ 956 000).

Le taux moyen d'hospitalisation après passage aux urgences est resté stable, autour de 16%. Les **767 lits d'hospitalisation de courte de durée** ont accueilli chacun en moyenne **260 patients en 2007**.

L'activité des SMUR polyvalents a compté près de **100 000 interventions** dont 82% de sorties primaires et 18% de sorties secondaires.

Données ARHIF - décembre 2008

Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Simone Veil

Le SAU de l'hôpital Simone Veil (G.H Eaubonne-Montmorency) est présent sur les deux sites de l'hôpital. En 2008, le SAU a géré un total de 71.517 passages.

La croissance d'activité concerne les patients adressés en médecine et plus particulièrement les personnes âgées.

Le SAU a été le premier « chantier » du projet Equipage lancé (septembre 2007) au sein de l'Hôpital Simone Veil.

Le chef de projet est le Docteur Vidal (chef de service). Il a reçu l'appui de Marc Obadia, chargé de missions auprès du Conseil Exécutif de l'établissement (Chef de Projet Equipage)

Principal objectif : réduire le Temps Moyen de Passage (TMP) aux Urgences.

- **8 groupes de travail thématiques** (informatique, patients âgés, patients « Psy » au sein du SAU,..) ont été constitués et ont activement contribué à la réussite de ce projet.

Les principaux résultats concrets obtenus suite aux différentes actions qui ont été mises en œuvre sont les suivants :

1) Pilotage du service :

Un nombre très significatif d'améliorations ont été apportées, en étroite collaboration avec la DSIH de l'établissement, au logiciel URQUAL.

Cette démarche a permis, notamment, de

- Définir des indicateurs pertinents de suivi de l'activité avec des coefficients de pondération originaux mettant en valeur le travail quantitatif et qualitatif fourni par les équipes (ex. : nombre de déchoquages, SMUR, ..)
- Elaborer des tableaux de bord spécifiques destinés aux différentes cibles (Direction et Chefs de Pôle, Chef de Service, personnels du SAU, communication interne et externe à l'hôpital)
- Mettre en place un plan de communication adapté aux différents interlocuteurs.

2) Examens complémentaires :

- L'ensemble du chemin des prélèvements biologiques, du lit du patient à l'obtention

des résultats d'analyse, a été amélioré (prescription informatisée, acheminement des tubes, enregistrement des tubes au labo, alerte informatique dès la mise à disposition des résultats sur le serveur,...).

3) Deux Filières « Cycles Courts » :

- La **Filière Circuit Court** a permis de créer un circuit debout (nouveau box dédié) pour des prises en charge médicales au sein du SAU ne nécessitant pas d'explorations complémentaires. L'adhésion des soignants et des médecins est totale. Son impact est très positif sur le TMP global mais aussi sur la diminution des tensions que l'on pouvait observer en salle d'attente.
- La **Filière Traumato Unifocale** concerne essentiellement les traumatologies de la main et permet au patient de se rendre dans les meilleurs délais à l'imagerie.

L'ensemble de ces actions a permis, dans un premier temps, de **diminuer le TMP global d'environ 1 heure.**

4) Aval des Urgences :

Le poids relatif dans le temps de passage total d'un patient de l'attente de son lit d'hospitalisation ayant été identifié (ex. : 50 % du temps de passage pour une

personne âgée), un important travail a été accompli dans ce domaine et a notamment permis :

- De proposer une contractualisation entre le SAU et les services d'hébergement de l'hôpital. Elle tient compte de la variation d'activité et des besoins réels du SAU pour chaque spécialité au cours de l'année
- D'élaborer et de mettre en œuvre de nouvelles procédures (ex. : HO et HDT) concernant les « patients Psy » passant par le SAU
- De réaliser une démarche spécifique pour les personnes âgées (20 % des passages et hospitalisés dans 50 % des cas. Ex.: diminution du TMP 2008/2007 : **-1h25** pour les patients hospitalisés)

5) Cellule de Crise

Premiers résultats obtenus :

Un ensemble de nouvelles procédures a été élaboré afin de permettre à l'hôpital d'anticiper puis de faire face à un afflux imprévu et anormal de patients au sein de ses Services d'Accueil des Urgences.

Des indicateurs spécifiques ainsi que leurs seuils d'activation, et les modes privilégiés de communication ont été définis.

En amont, est mis en place un « **Observatoire** » de l'évolution de facteurs

« macro » pouvant impacter les besoins de la population à recourir au SAU (climatologie, épidémiologie, événements locaux,...)

Une « **Cellule de Veille** » permet de suivre l'évolution quotidienne du taux d'occupation des lits au sein de l'hôpital et des tendances en termes de flux (nombre de passages au SAU, besoins en hospitalisation, transferts par manque de place,...) sur les 3 derniers jours

La « **Cellule de Crise** » sera mise en place au jour J à 12h00 précises et ce, si la situation de tension (saturation des places du SAU : boxes, Transit, UHCD,...) identifiée au sein du SAU à 9h30 est confirmée en fin de matinée

Les procédures appropriées (pilotage de la déprogrammation, mobilisation de ressources, communication interne et externe..) sont alors mises en œuvre et tracées par la « Cellule de Crise ».

Le projet équipage a été impliqué dans d'autres chantiers dont la gestion des lits d'hospitalisation représentant une partie importante de l'aval du SAU (médecine, gériatrie,..)

Ainsi des cations sont menées afin d'obtenir des gains en termes de jours/lit (ce qui implique une diminution de la durée de séjour) mais aussi d'heures/lit afin d'obtenir une disponibilité plus précoce de ces lits. Exemple : 3 lits libérés tous les jours avant 13h pour le SAU.

A court terme, ce nouveau chantier devrait permettre la mise en application **d'une charte de fonctionnement et de collaboration** entre les urgences avec **les services d'aval**, rouage essentiel de la gestion des TMP.

Marc Obadia

Chef de projet Equipage
Hôpital Simone Veil (2007 - 2009)



dossier

Interview du Docteur Yves Rigal, Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France (URML)



Dr Yves RIGAL
URML

Hôpital d'Ile-de-France : L'URML a récemment publié deux études qui touchent de près à la permanence des soins (cf. « Territoires et offres de soins de premier recours » et « Les situations d'urgence ressenties - enquête auprès des franciliens »). Quelles conclusions pouvez-vous en tirer sur l'organisation de la permanence des soins en Ile de France ?

Dr Yves Rigal : Cette organisation est globalement plus satisfaisante qu'on ne le pensait. Dans l'enquête sur les situations d'urgence ressenties, on note que les patients sont globalement satisfaits et se tournent la journée principalement vers leur médecin traitant avec satisfaction, et la nuit ou les dimanches et fériés vers l'hôpital pour 57 %, ou vers un médecin d'urgence à domicile. Quant aux services d'urgences de l'hôpital, sans surprise, neuf Franciliens sur dix reconnaissent leur encombrement. On note aussi une variabilité de réponse en fonction du lieu d'habitation entre Paris et proche banlieue et la périphérie de l'Ile-de-France. En effet, le dossier de la permanence de soins est bien sûr couplé à celui de la démographie médicale qui est, elle même, plus déficitaire en périphérie de notre région. Il y a donc matière à améliorer cette organisation dans certains bassins de vie ou secteurs non couverts en permanence des soins ambulatoires.

H.I.F. : Pourriez-vous détailler ces bassins de vie ?

Y.R. : Un bassin de vie n'est pas forcément un secteur au sens de la sectorisation administrative de la PDS. Je pense à certains cantons Est ou Nord de la Seine et Marne, ou Nord-Est des Yvelines où il faut considérer le déficit en médecins non seulement dans le cadre de la PDS mais aussi en journée .

H.I.F. : Une de ces études fait apparaître des difficultés relationnelles avec les hôpitaux. Comment les expliquez-vous et comment y remédier ?

Y.R. : Je crois que nous sommes jours dans l'héritage idéologique du cloisonnement ville - hôpital aussi bien chez les médecins de ville que chez les médecins hospitaliers. Pourtant, surtout en ce qui concerne la permanence des soins nous devons évoluer vers la complémentarité. Nous participons déjà un certain nombre de réunions communes institutionnelles (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente de la Permanence de Soins et des Transports Sanitaires) ou non (Associations locales, Conseil Département de l'Ordre, ...). Nous pouvons espérer dans la future loi HPST une intensification de cette complémentarité et de ces travaux en commun. Il faudrait aussi passer outre certaines difficultés relationnelles entre certains protagonistes défendant certaines prérogatives n'ayant plus cours aujourd'hui. Je pense à des querelles idéologiques sur l'aspect privé / public et ses caricatures selon la façon d'exercer le métier, la façon d'obtenir des budgets, la promotion personnelle et la reconnaissance de ses pairs. Il y a aussi des sujets épineux demandant à être clarifiés comme par exemple celui de la régulation de l'accès aux urgences hospitalières en parallèle à celui des urgences de ville.

H.I.F. : Pouvez-vous nous indiquer un peu plus précisément la position de l'URML sur ce sujet, quelles sont ses préconisations ?

Y.R. : Nous souhaitons simplement une certaine cohérence. Il est difficile de demander un accès uniquement régulé par le 15 dans une maison médicale de garde jouxtant un hôpital où l'accès aux urgences est totalement libre (sans régulation préalable ou à l'entrée).

D'autre part l'arrivée de la T2A peut mettre en concurrence les services des urgences hospitalières avec une maison médicale à proximité, alors que précédemment la complémentarité se faisait plus aisément avec une réorientation à l'entrée selon la pathologie vers la MMG de proximité. L'hôpital pourra préférer réaliser l'acte pour des besoins de rentabilité financière.

H.I.F. : Quel rôle doit selon vous jouer le médecin libéral dans la permanence des soins ? Et l'hôpital ?

Y.R. : Si l'on considère que les patients sont suffisamment informés et/ou que leur demande passe par une régulation préalable, il peut y avoir une orientation vers le médecin libéral ou vers l'hôpital en fonction du type de pathologie. Par exemple, une pathologie nécessitant d'emblée des examens complémentaires en urgence, ou ayant d'emblée des caractères de gravité, ou nécessitant une surveillance rapprochée... Ces exemples entraînent logiquement une prise en charge hospitalière d'emblée.

H.I.F. : Comment pensez-vous que cette information - éducation du patient doit-elle se faire ?

Y.R. : Cette information-éducation est insuffisante aujourd'hui. Même s'il faut du temps et un investissement financier le bon usage du système de soins doit être expliqué aux patients par des campagnes d'informations (médias grand public par exemple, ...), des fiches pratiques comme le font URML Basse Normandie, autres comme CNAM...

H.I.F. : Pouvez-vous nous parler du rôle des maisons médicales ? Quel bilan faites-vous des expériences existantes ?

Y.R. : Il est difficile de rentrer dans les détails et de généraliser le succès des maisons médicales. Globalement elles fonctionnent très bien essentiellement le week-end. En soirée leur activité est plus variable.

Dans l'enquête sur les urgences ressenties, on peut noter que les patients sont demandeurs d'une extension de leur développement. Nous pensons qu'elles répondent à des besoins bien précis, là aussi en fonction du type de pathologies, et du contexte local de permanence des soins. Il faut pouvoir s'y déplacer, et ne pas nécessiter d'exams complémentaires. Leur proximité ou non de l'hôpital retentit directement sur leur activité et sur la "décharge" de l'activité des urgences hospitalières.

H.I.F. : Comment expliquez-vous les fonctionnements très différents des maisons médicales au niveau de leur accueil des patients (prise en charge directe ou adressage par les urgences d'un CH) ?

Y.R. : Beaucoup de maisons médicales de gardes ont été créées sous l'impulsion de médecins libéraux responsables de la permanence des soins dans leur département.

Il peut y avoir des différences conceptuelles en fonction du profil de ces médecins, des besoins locaux, et du cahier des charges choisi, ainsi que des subventions éventuelles. Ces choix entraînent effectivement des différences de fonctionnement dans plusieurs domaines comme : régulation préalable ou non, proximité de l'hôpital ou non, variabilité des heures d'ouverture, possibilité au médecin de garde d'effectuer des visites à domicile ou non...

*Propos recueillis par
Fanny Martin-Born
Délégué permanent FHF IDF*



dossier

Les maisons médicales

Focus sur les maisons médicales

La CNAMTS définit les maisons médicales comme « un lieu d'accueil physique des patients, ouvert à la population sans discrimination, sans prise de rendez-vous, aux heures de fermetures des cabinets médicaux, les soins médicaux y sont dispensés sous forme de consultations ». Les maisons médicales ont pour objectif d'organiser la permanence des soins des médecins libéraux, elles sont souvent implantées à proximité de centres hospitaliers afin d'assurer une complémentarité avec les services d'urgences.

Deux directeurs expliquent le fonctionnement de ces maisons médicales :

Le point de garde du Centre Hospitalier de Rambouillet

Concernant le « Point de garde médical », il est ouvert tous les samedis (de 16h00 à 19h00), dimanche et jours fériés (de 9h00 à 12h00 et de 16h00 à 19h00). Il est situé au 13, rue Pasteur. Il ne propose que des consultations de médecine générale (aucune visite n'est effectuée) et fonctionne grâce à l'APLR (Association des Praticiens Libéraux de Rambouillet). Seuls les patients de notre secteur (qui comprend Rambouillet, Le Perray, Les Essarts, Saint léger, Bonnelle, Sonchamps, Saint-Arnoult, Épernon) peuvent y avoir accès. Chaque médecin membre de cette association et souhaitant participer au tour de garde s'engage à le faire (engagement pour une durée d'un an) ou à se faire remplacer. 38 médecins généralistes y participent.

Accès : il est régulé par le Centre 15 (aucun accès direct n'est possible).

Objectif : l'objectif de point de garde est de limiter le recours aux urgences le week-end pour des pathologies non sévères.

Questions matérielles/financement : les locaux et les équipements mobiliers sont mis à disposition gratuitement par le Centre hospitalier, ainsi que les charges d'eau-électricité-chauffage. Les frais de téléphone, de ménage et le matériel consommable sont payés par l'APLR (au Centre hospitalier). Le paiement se fait à l'acte.

par Benjamin Galle
Directeur Adjoint chargé des Affaires Générales, Gérontologiques de la communication,
de la Qualité et de la Gestion des Risques
CH Rambouillet

La Maison Médicale du Centre Hospitalier de Saint-Denis

La structure est ouverte de 8h00 à 20h00 le dimanche (2 plages de 6 heures assurées par 1 médecin) et est située en face des urgences de l'hôpital. Elle offre une prise en charge généraliste et repose sur la coopération et la coordination dans la définition de l'adressage entre l'ensemble des acteurs de la permanence des soins (établissement, ville de Saint-Denis, DDASS, CPAM, Conseil départemental de l'Ordre des Médecins, URCAM, Réseau de santé de Saint-Denis).

La MMG est chargée d'assurer la permanence des soins dans les communes suivantes : Saint-Denis, Epinay, Pierrefite, Villetaneuse, Stains, La Courneuve et en partie Saint-Ouen. Les locaux sont mis à disposition par la Mairie. Plus de 20 médecins assurent le tour de garde

La MMG permet de recevoir entre 20 et 25 patients par jour. Les patients relèvent majoritairement d'une prise en charge pédiatrique.

Le fonctionnement est structuré autour de l'implication très forte des urgences pédiatriques de l'établissement ainsi que du Centre 15 et des urgences adultes. La moitié des patients arrive entre 10H00 et 14H00.

Cette prise en charge a l'avantage de réduire considérablement les délais d'attente (inférieurs à 30 mn pour une très grande majorité).

Cette expérience constitue un succès car elle permet de désengorger les urgences de l'hôpital tout en permettant une offre de soins adaptée aux patients. Une extension de son ouverture pourrait être envisagée en fonction des financements.

Article rédigé par
François Simon,
Directeur des recettes et de la gestion administrative
du patient au Centre Hospitalier de Saint-Denis

Les finances hospitalières en 2009

Ce qui devait se faire mais ne se fera pas...

2009 devait être une année charnière pour de multiples raisons.

D'abord, la généralisation des télétransmissions devait permettre la mise en place tant attendue de la facturation individuelle au fil de l'eau. Il faudra attendre quelques années encore... Ensuite, et c'est une conséquence de la première évolution, la question sans cesse reportée (sciemment ?) du calcul du ticket modérateur ne paraît pas être tranchée. Si certains établissements y gagneraient une hausse de leurs revenus, l'immense majorité a beaucoup à perdre d'autant plus que la situation actuelle n'incite pas à se préparer à ce qui sera pourtant un bouleversement sans précédent. Le calcul du ticket modérateur non télétransmis se fait actuellement sur la base du TJP alors même que celui du séjour télétransmis est réalisé sur la base du tarif national du GHS.

Enfin, la convergence tarifaire paraît s'éloigner de quelques années encore.

Ce qui se fait comme tous les ans

Il est des paris qui sont gagnés d'avance tant la réponse paraît évidente. Les tarifs vont-ils baisser cette année ? Etonnamment plus personne ne se pose de questions à ce sujet tant la réponse positive paraît aller de soi. Le plus surprenant c'est qu'une telle décision devrait suivre un raisonnement argumenté et tirer les leçons de l'état financier des établissements. Or il n'en est rien. Tout se passe comme si les établissements intégraient d'avance l'inexorable baisse des tarifs et par conséquent la baisse certaine de leurs recettes. 2009 n'échappe pas à la règle mais elle l'agrément de nouvelles subtilités qui rendent bien incertaines les prévisions budgétaires.

Les nouveautés budgétaires :

V11, Précarité, Personnes âgées

• la V11

Le Ministère table sur une augmentation de 1.7% de l'activité pour le secteur public et prend en considération un effet codage évalué à 0.5%. Dans le même temps, l'évolution moyenne des tarifs serait de 0.45%, hors débasages précarité (cf. infra) et permanence des soins.

Une nouvelle version de la classification des GHM est parue et applicable depuis le 1^{er} mars 2009. La dénommée V11, par sa complexité technique de mise en œuvre, introduit de réels changements dans la valorisation des données d'activité.

Des évolutions substantielles sont à souligner s'agissant des tarifs :

- Le transfert dans la dotation MIGAC d'une partie des financements correspondant aux surcoûts liés à l'accueil de patients en situation de précarité
- Transfert également d'une partie des charges relatives à la permanence des soins hospitaliers (gardes et astreintes des praticiens) par un débasage de l'ensemble des tarifs d'environ 3.2 %
- L'harmonisation des listes de DMI payés en sus du GHS pour les deux secteurs (public et privé).
- Recomposition de nombreux GHM
- Création de niveaux de sévérité
- Suppression de la CM24

La V11, en modifiant profondément la technique du codage, induit certainement des pertes sèches dans son application, du moins lors sa mise en route. En effet, après plusieurs années passées à former et convaincre le personnel médical de coder selon une certaine méthodologie, presque tout est à refaire. Techniquement, plusieurs modifications sont à mettre en avant :

- La hiérarchie des tarifs est bouleversée : pour prendre un exemple simple et qui concerne de nombreux établissements, un accouchement par voie basse sans complication voit son tarif diminuer de 2,3%
- La définition du diagnostic principal est modifiée, la V11 refond la codification des CMA et instaure désormais 4 niveaux de sévérité. Le niveau 1 (courant dans de nombreux centres hospitaliers généraux) correspondant à des séjours sans CMA et à une DMS et des tarifs inférieurs à ce qui existait en V10. Il devient donc capital de bien coder les CMA / CMAS.
- La catégorie CM24 est supprimée et de nombreux GHM sont créés pour la remplacer (chirurgie ambulatoire, GHM spécifique de très courte durée) d'où une complexité accrue.
- Des mesures spécifiques sont prises s'agissant des soins palliatifs, de la chirurgie ambulatoire et de la surveillance continue

• La précarité

Pour la première fois de manière aussi franche, les pouvoirs publics ont tenté de répartir plus équitablement les financements en fonction des caractéristiques sociales du territoire de santé. En effet, s'il paraissait logique d'admettre qu'il était plus difficile de facturer en Seine-Saint-Denis que dans d'autres départements a priori peuplés de populations plus aisées, ce constat n'appelait pas de mesure spécifique de grande ampleur au niveau financier.

L'initiative intégrée dans la campagne budgétaire 2009, bien que partielle, permet sans aucun doute d'aborder franchement cette question fondamentale : peut-on soigner (et en conséquence gérer) de la même façon sur tout le territoire ? Le coût de cette prise en charge n'est-il pas impacté fortement par le type de patientèle ?

Plusieurs enquêtes ont été réalisées auprès des établissements en 2008 et ont permis de réaliser les calculs générant la répartition des sommes allouées au titre de la précarité en 2009. Ainsi, près de 100 millions d'euros ont été débasés des tarifs et répartis en fonction de marqueurs sociaux tels que le nombre de bénéficiaires de la CMU, CMUC, de l'AME et des soins urgents et vitaux. 95% de ces sommes concernent les 150 établissements publics sélectionnés.

Cette avancée vers plus d'équité cache néanmoins une partie beaucoup plus vaste du sujet : si la conscience d'une prise en charge rendue plus difficile est réelle, cette dernière ne bénéficie pas actuellement d'une réelle étude exhaustive et précise des coûts induits par la précarité. Or il est probable que ces coûts soient largement sous-estimés aujourd'hui. En effet, une des caractéristiques du surcoût est qu'il est diffus. Autrement dit, chaque maillon de la chaîne médico-administrative se voit affecté peu ou prou par des difficultés sociales non intégrées financièrement par les tarifs nationaux.

Quelques exemples valent mieux que de longs discours :

- Quid du coût global en termes d'incompréhensions linguistiques, ce qui englobe l'interprétariat (coût direct et évaluable) et la perte de temps dans la prise en charge médicale devenue de ce fait plus risquée ?
- Quid de ce qu'il conviendrait d'appeler l'hébergement social ? Est-il normal que l'hôpital public héberge des publics précaires du seul fait qu'ils soient affectés par la précarité ? Combien de patients classés sortants médicalement restent des jours et des jours faute de places vacantes dans des institutions mieux à même de les accueillir ? A-t-on réellement conscience que cet hébergement constitue un idéal-type d'équilibre sous-optimal en termes économiques : ce sont effectivement dans les structures hôtelières parmi les plus chères du marché (une chambre d'hôpital) que nous hébergeons des personnes dont le souci n'est plus d'être soignées mais celui d'être accompagnées socialement.

finances

- Quid de la difficulté de facturer puis de recouvrer les factures émises à l'encontre de patients qui n'ont pas d'adresses fixes, pas de droits sociaux ni même parfois pas d'identités fiables... Quel surcoût en termes de personnel administratif et social cela représente-t-il ?

A n'en pas douter les sommes en jeu sont considérables et reflètent une allocation des ressources sous-optimale au niveau national. L'hôpital public n'a jamais nié le rôle social qui lui incombait mais à force de faire peser sur la structure hospitalière une prise en charge sociale de plus en plus lourde, on en oublierait presque sa vocation initiale : celle de soigner des patients en utilisant les ressources affectées à cet effet, ni plus, ni moins. Si l'hôpital en tant que service public de terrain peut s'enorgueillir d'accueillir convenablement les patients quelles que soient leurs ressources, il serait dommageable pour l'ensemble du système de soins que l'équilibre soit rompu entre la nécessité financière d'une saine gestion comptable et l'impératif d'une qualité des soins chaque année plus onéreuse, en partie en raison de la prise en charge des publics précaires. Le dispositif d'allocation de la Migac Précarité est donc perfectible. Le ministère en est bien conscient, en essayant dès cette année de mieux identifier les surcoûts de la prise en charge de la précarité :

- Les surcoûts structurels pour l'établissement. Une enquête de la Drees doit permettre d'enrichir la connaissance de ces surcoûts en prenant en compte certains indicateurs géo-populationnels (taux de chômage, taux de RMI etc.) du territoire d'implantation de l'établissement et / ou

du territoire de provenance des patients de l'établissement

- Les surcoûts dans la dispensation des soins aux populations précaires. A ce titre, un recueil d'information organisé par l'Atih et la Drees est actuellement en cours dans les établissements participant à l'ENCC.

• Les personnes âgées

La campagne budgétaire 2009 marque une nouvelle évolution dans la prise en charge des personnes âgées, avec semble-t-il, un abandon par les pouvoirs publics des objectifs de médicalisation du Plan Solidarité Grand Age.

Ce recul dans la prise en charge des personnes âgées est visible dans deux mécanismes :

- Le processus de convergence tarifaire dans les EHPAD. Pour les établissements dont la dotation historique est supérieure au plafond (plafond propre à chaque établissement, selon une équation, dite « GMPS », prenant en compte le niveau de dépendance et le niveau des états pathologiques des patients), la dotation est bloquée en 2009. Pour les années suivantes, et jusqu'en 2016, la convergence s'enclenche par le biais d'une diminution des tarifs qui convergent vers un niveau plafond. Pour de nombreux établissements, la traduction concrète de ce dispositif parfois difficile à décrypter, est une réduction des moyens en personnels soignants.

Cinq ans après l'adoption du Plan Solidarité Grand Age, les pouvoirs publics font donc un pas en arrière, alors même que les besoins de prise en

charge des personnes âgées ne cesse de croître.

- La transformation de lits d'USLD en lits d'Ehpad. Pour mémoire, cet objectif de redéfinition des USLD a été introduit dans la LFSS 2006. Les capacités des USLD redéfinies sont déterminées sur la base des résultats des coupes transversales (« coupes Pathos ») réalisées en juin 2006 dans toutes les USLD. Ce processus de partition est achevé depuis le 31 mars 2009. Pour beaucoup d'établissements entrés dans le processus en 2008, 2009 marque l'année de la bascule. Concrètement, cette transformation se traduira pour les prochaines années par une moindre médicalisation de la prise en charge des résidents.

Alors que les médias pointent régulièrement, et parfois à juste titre, les difficultés de prise en charge des personnes âgées en Ehpad et en USLD, ces deux mesures ne vont assurément pas dans le bon sens. Elles entraîneront des risques supplémentaires pour les patients dont la prise en charge ne pourra plus être correctement effectuée, et pour les professionnels dont les familles attendent souvent beaucoup et qui n'hésitent plus à aller devant les tribunaux.

Le DP est le problème de santé qui a motivé l'admission du patient dans l'unité médicale, déterminé à la sortie de l'unité médicale.

*Article rédigé par François Simon,
Directeur des recettes et de la gestion administrative
du patient au Centre Hospitalier de Saint-Denis
et Etienne Lissillour,
Directeur des finances et du contrôle de gestion
au Centre Hospitalier de Saint-Denis*

Le financement de la précarité

La nouvelle MIGAC « Précarité » a été constituée au niveau national par un abattement uniforme des tarifs MCO de 0.48 %. En ce qui concerne les établissements publics, 95 millions d'euros ont ainsi pu être identifiés et distribués à 150 établissements.

Cette somme a été répartie entre les établissements classés au niveau national, en fonction de leur degré de sensibilité au problème de la précarité. La mission T2A a choisi d'identifier deux aspects du surcoût de prise en charge de la précarité :

- Un effet patient (environ 80 % du surcoût), le soin étant plus cher pour les patients précaires (avec en particulier un allongement des DMS pour certaines prises en charge),
- Un effet structure (environ 20 % du surcoût), l'établissement étant obligé d'engager des frais supplémentaires uniquement en raison de la précarité (assistantes sociales, sécurisation, etc.).

Concernant l'effet patient, la mission T2A a utilisé les données de l'Assurance-maladie sur le profil des patients des établissements.

Les données utilisées sont donc très majoritairement celles de l'Assurance-maladie sur le profil des patients. L'enquête MT2A/Altai n'a quasiment pas été utilisée (en particulier le montant des créances irrécouvrables qui peut certes témoigner d'un degré de précarité de la patientèle, mais également de difficultés propres à l'établissement dans l'organisation de sa chaîne de facturation). Elle a seulement été utilisée pour définir un coût structurel pour l'établissement.

A partir de ces données, la mission T2A a réparti les 95 millions disponibles sur la base d'un classement national des établissements « précaires ».

La mission T2A a réfléchi sur plusieurs modalités de classements :

- Un classement fondé sur le nombre absolu de séjours de patients bénéficiaires de la CMU, CMUC, de l'AME et des soins urgents et vitaux (données 2007). Cette modalité de répartition avait pour inconvénient de ne faire bénéficier de cette enveloppe que les seuls CHU et quelques gros centres hospitaliers généraux,
- Un classement fondé sur le pourcentage des recettes issues des séjours des patients patients bénéficiaires de la CMU, CMUC, de l'AME et des soins urgents et vitaux dans la base tarifaire des établissements. En utilisant cette modalité de répartition, l'intégralité de l'enveloppe était majoritairement absorbée par les établissements des DOM / TOM et de la Seine-Saint-Denis.
- La mission T2A a finalement décidé de procéder par itération, en croisant un critère de nombre de patients concernés et un critère de pourcentage de la base tarifaire représenté par les patients bénéficiaires de la CMU, CMUC, de l'AME et des soins urgents et vitaux.

L'enveloppe a été ensuite distribuée, en veillant à ne pas « saupoudrer » l'aide mais à la limiter à quelques établissements. Bien évidemment, l'inconvénient de ce choix est qu'il engendre des « effets de seuil » qui peuvent nuire à la lisibilité du dispositif : certains établissements sont exclus du dispositif alors même qu'à quelques patients près, ils auraient pu être éligibles à l'enveloppe précarité.

Modèle IVA : aspects financiers

Contexte, objectifs, principes, limites.

ELEMENTS DE CADRAGE

Avec ses 1700 établissements, le champ d'activité des soins de suite et de réadaptation représente un volume important d'activité avec 13 % des dépenses hospitalières. A l'hétérogénéité des structures qui peuvent être mixtes ou exclusivement SSR, s'ajoute une extrême diversité des activités. Dès lors, ces établissements disposent de manière très variable de plateaux techniques spécialisés. Ces facteurs constituent autant de contraintes à intégrer.

CONTEXTE

Les modes de financement actuels diffèrent selon les secteurs, et en raison de leur caractère peu médicalisé, déconnecté de l'activité et leur incapacité à vérifier l'équité, ils sont jugés obsolètes. L'absence de classification éprouvée permettant d'envisager un paiement à l'activité (GHJ inadaptés) et l'ancienneté de l'unique étude de coûts disponible (ENC SSR publique 2000-2001) ne permettaient pas d'envisager une tarification à l'activité. La raison a donc conduit les pouvoirs publics à fixer l'échéance de 2012. Dans cette optique, le choix s'est tourné vers un modèle pré-T2A de transition dans le but d'apporter rapidement des évolutions dans le modèle de financement, d'optimiser la description de l'activité (IVA) et de permettre une transition progressive. Concomitamment s'est imposée la nécessité de relancer une ENC pour guider la refonte substantielle de la classification et asseoir les tarifs.

OBJECTIFS

La volonté de T2A dans le champ SSR répond à plusieurs objectifs politiques. Parmi eux, l'accompagnement d'une réorganisation de l'offre de soins, adaptée aux besoins croissants liés au vieillissement de la population et au développement des maladies chroniques et du handicap. Le financement à l'activité est présenté comme un vecteur de restructuration de l'offre de soins permettant de lier le court séjour d'une part, et le long séjour « sanitaire » et le médico-social d'autre part. L'objectif est de mettre en place un système d'allocation des ressources plus équitable en considérant les données médicales obligatoires

du PMSI SSR ainsi que le volume et la structure de l'activité. La suppression des dotations annuelles et des prix de journée négociés permettraient ainsi l'émergence de tarifs identiques pour tous les établissements à l'instar du modèle MCO. La priorité lors de l'étape intermédiaire résidait en l'optimisation de la valorisation médico-économique de l'activité SSR ; celle-ci s'est traduite par la construction d'un Indice de Valorisation de l'Activité (IVA).

PRINCIPES

Les principes du modèle de financement s'observent au travers d'un modèle organisé autour de 4 compartiments de financement que sont :

- L'activité
- Le compartiment MIGAC
- Le compartiment « Médicaments onéreux et dispositifs médicaux »
- Le compartiment « Plateaux techniques spécialisés »

Pour le compartiment « Activité », il est proposé de moduler les ressources sur la base de l'IVA qui est un modèle multivarié additionnant les différentes variables de la consommation de ressources que sont les soins de rééducation et réadaptation, les soins de nursing et prise en charge de la dépendance et les soins médicaux.

La méthode se base sur le classement du RHA dans l'un des 70 GMD et valorise ensuite en points les journées selon des variables qualitatives et quantitatives.

Elle permet à l'établissement d'observer quelques indicateurs de référence que sont la somme des points IVA produits, la valeur « locale » du point IVA, afin d'estimer son positionnement relatif (sur ou sous dotation).

LIMITES

Outre l'ouverture d'une perspective de T2A, la qualité principale du modèle IVA est d'être parvenu à éclairer les coûts journaliers, faisant évoluer la PVE de 30% à 45%.

Néanmoins, et en dépit de la validation annoncée de sa pertinence par les ARH, ce modèle se heurte encore à de nombreuses limites. D'une part, ce modèle s'appuie sur les données de codage unanimement reconnues

pour leur manque d'exhaustivité, et leur défaut de qualité. Alors que des efforts considérables sont actuellement fournis par les établissements, peut-être serait-il préférable d'attendre de disposer de bases alimentées de données fiables, qui présenteraient en outre l'avantage d'appliquer le nouveau CdARR.

D'autre part, pleinement consciente de la perfectibilité du modèle, l'ATIH elle-même propose d'identifier rapidement des axes d'amélioration de l'IVA. Ses propositions portent sur :

- Les caractéristiques d'utilisation des codes CIM10
- L'algorithme des Groupes de Morbidité Dominante. La pertinence de l'ordre des tests dans l'arbre de décision de la fonction groupage SSR pourrait être ré-étudiée, tout comme le contenu des GMD « autres », et enfin les GMD de la Catégorie Majeure Clinique 11.

CONCLUSION

L'application du modèle IVA en 2009 soulève enfin une dernière question lorsque certains établissements indiquent que la modulation n'a pas porté sur 2% de la DAF, conformément à la Circulaire budgétaire. En outre, la méthodologie et l'utilisation du modèle n'ont pas l'objet d'une appropriation suffisante de la part des ARH.

De manière générale, le modèle cible est largement perfectible. Il conviendrait en effet, de retravailler chacun des compartiments. Le compartiment MIGAC ne saurait en effet se contenter d'une simple transposition épurée de la liste prévalant en MCO, les spécificités du SSR doivent être reconnues et intégrées. Les compartiments Molécules Onéreuses et Plateaux techniques spécialisés ont fait l'objet d'enquêtes aux résultats suggérant le septicisme. La Mission T2A aurait d'ailleurs prévu de procéder à de nouvelles estimations.

par **Gaëlle Le Bayonet** et **Yves Gaubert**
Pôle financier - FHF

Sigles
CdARR : catalogue des actes de rééducation et de réadaptation
CIM : classification internationale des maladies
CMC : catégorie majeure clinique
ENC : échelle nationale des coûts
GHJ : groupe homogène de journées
GMD : groupe de morbidités dominantes

qualité

La mise en place de référentiels qualité au sein des GAP

L'image souvent courtelinesque de l'accueil administratif à l'hôpital public démontre que des efforts importants sont nécessaires pour améliorer cet élément de la prise en charge du patient. En effet, il s'agit généralement du point d'entrée à l'hôpital hors urgences et il doit se concevoir en cohérence avec l'accueil médical et soignant, depuis le premier échange téléphonique, jusqu'à l'arrivée dans le service de soins ou médico-technique.

L'objet de cet article est d'étudier ce qui pourrait renforcer « l'orientation-patient » des services des admissions, c'est-à-dire de placer le patient au centre de la « gestion administrative. »

L'importance de la fonction accueil, qui a longtemps été sous-estimée dans les services publics, fait désormais partie des priorités, comme le montre la développement des chartes (avec notamment le référentiel Marianne) et les dispositifs de certification en la matière.

L'importance de l'accueil

L'accueil constitue un élément fondamental de toute entreprise de services, a fortiori à l'hôpital où il constitue le premier contact avec l'établissement, avant même le service médical.

Les patients et leurs proches arrivent fragilisés et souvent inquiets à l'hôpital, l'accueil doit donc être particulièrement courtois et attentif.

Les patients et leurs proches sont parfaitement à même d'évaluer la qualité de l'accueil et cette pression est nécessaire pour corriger les imperfections, dans le contexte d'une offre de soins concurrentielle.

Les différentes étapes du processus d'accueil

La préadmission

Elle est aujourd'hui souvent dématérialisée (téléphone, Internet). Les sites internet des établissements de santé se doivent donc

d'être particulièrement complets pour ce qui concerne l'accueil : informations sur les formalités, plans d'accès à l'hôpital, parkings, etc.

Pour tous les soins externes, la mise en place d'un bureau central des rendez-vous est fondamental, elle permet d'homogénéiser et d'optimiser les conditions d'accueil, au sujet duquel de nombreux référentiels existent (messagerie automatique hors des horaires d'ouverture, décrochage en moins de x sonneries ou minutes). En la matière, la formalisation de l'information donnée est fondamentale : accès, parking, adresse (si multi-sites), nécessité de se présenter n minutes en avance pour satisfaire aux formalités d'admission.

Une fois sur place, trouver le bon « guichet » Il s'agit d'abord de localiser le guichet concerné et de s'y rendre. Si de nombreux établissements disposent d'un accueil physique à l'entrée avec une distribution de plan, cela n'est pas le cas partout. La mise en place de bornes d'accueil, bien qu'onéreuse, constitue une solution intéressante, notamment hors des horaires de bureau. Cependant, l'accueil physique reste primordial dans les établissements de santé.

Sur le plan architectural, il convient de s'éloigner du sens premier du terme « guichet », c'est-à-dire une « petite porte pratiquée dans une porte monumentale, une muraille, une fortification », pour construire un accueil plus ouvert. L'agencement des admissions est souvent obsolète (vitres, hauteur inadaptée pour les personnes handicapées), ne permettant pas un accueil confidentiel et de qualité des usagers. Si les rénovations actuelles permettent de diffuser le modèle des boxes, il reste encore du chemin à parcourir.

La mise en place d'un guichet unique (hospitalisations et soins externes) simplifie également les démarches des patients, pour qui l'expression « soins externes » n'est pas

toujours pleine de sens. Par ailleurs, elle a le mérite de réduire les temps d'attente aux moments marqués par des pics d'activités, grâce à une meilleure répartition des files d'attente.

Les conditions d'attente sont particulièrement importantes. Une organisation sous-optimale génèrera structurellement une insatisfaction, voire une agressivité préjudiciable à tous. Il est donc essentiel de :

- Les patients et leurs proches de la procédure à suivre et du temps d'attente, idéalement, communiquer sur ce temps d'attente ;
- Générer des conditions d'attente confortables avec des sièges adaptés, un distributeur de tickets, une télévision diffusant un film ou un diaporama de présentation de l'établissement ou d'information, mettre des magazines gratuits à disposition etc. ;
- Formaliser une procédure dégradée en cas de forte affluence, en permettant aux patients pris en charge de façon régulière de se rendre directement dans le service de soins.

L'accueil au guichet

Avant d'accéder au dit guichet, il faut souvent prendre un ticket et patienter. Les conditions d'attente sont particulièrement importantes. Une organisation sous-optimale génèrera structurellement une insatisfaction, voire une agressivité préjudiciables à tous. Il est donc essentiel de :

- Informer les patients et leurs proches de la procédure à suivre et du temps d'attente, idéalement, communiquer sur ce temps d'attente ;
- Générer des conditions d'attente confortables avec des sièges décents, une télévision diffusant un film ou diaporama de présentation de l'établissement ou d'information, mettre des magazines gratuits à disposition etc.
- Formaliser une procédure dégradée en cas de forte affluence (ne plus conserver la carte vitale, orientation directe vers les consultations etc.).



qualité



Après cette attente, le patient doit bénéficier d'un accueil particulièrement attentif et courtois par l'agent administratif concerné (le vocable « d'agent administratif » ne définit que trop bien la priorité de cet agent, le terme « hôte d'accueil » serait-il préférable ?).

Les consignes d'accueil SBAM (sourire, bonjour, au revoir, merci) sont pratiquées quotidiennement par les supermarchés, pourquoi pas à l'hôpital ? L'accueil attentif et courtois constitue un des 5 engagements de la charte Marianne, il n'est pas systématiquement concrétisé dans les services des admissions. Plus que d'une formation, il s'agit d'un état d'esprit. L'architecture souvent constatée des services des admissions (bocal, vitre et hygiaphone) témoigne des progrès qu'il reste à faire.

Contenu formalisé à préciser : orientation etc. La mise en place de bornes d'accueil dans certains établissements pourrait laisser à penser que certaines procédures pourraient être dématérialisées, comme dans de nombreux services (transports). L'accueil physique par une personne formée constitue néanmoins un plus indispensable pour les personnes fragilisées (personnes démunies, illettrés, personnes âgées), ainsi qu'une garantie fondamentale en terme d'identitovigilance et de complétude du dossier (droits). Enfin, dans le cadre d'un accueil global, l'offre de services associés (téléphone, télévision) doit être faite dès l'accueil.

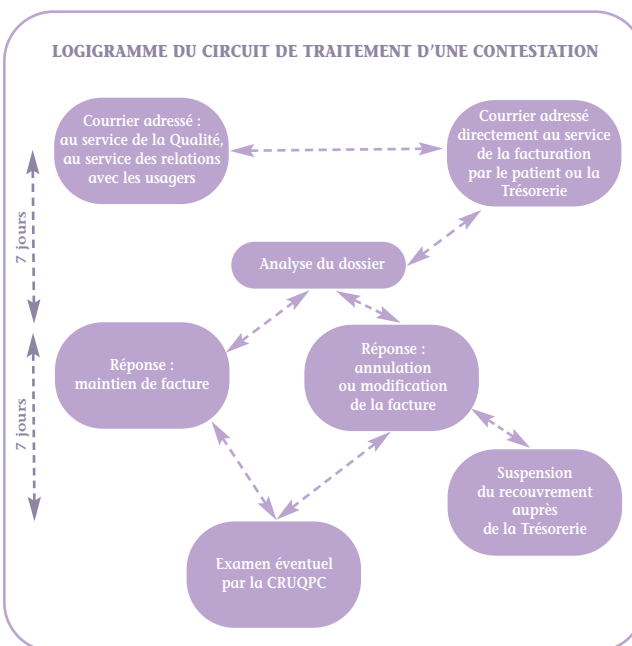
Répondre systématiquement aux réclamations dans un délai annoncé.

Les efforts doivent être concentrés en amont afin de réduire ensuite le contentieux. Concernant ce dernier, le traitement de ces réclamations doit être optimisé dans un délai affiché. Le Référentiel Marianne impose une réponse soit sur le fond, soit d'attente, en 15 jours aux courriers.

Enfin, des enquêtes de satisfaction doivent être faites régulièrement, et leurs résultats affichés pour améliorer continuellement l'accueil (livre d'or, questionnaire de satisfaction etc.). Les fiches d'évènement indésirable doivent être exploitées au sein du service pour identifier les dysfonctionnements et y remédier.

par Vincent Errera
 Directeur Adjoint chargé
 de la qualité et de la clientèle
 Hôpital Simone Veil Eaubonne-Montfermeil

LOGIGRAMME DU CIRCUIT DE TRAITEMENT D'UNE CONTESTATION



L'ouverture de l'accueil de jour Alzheimer du CHLB

Le Centre Hospitalier Léon Binet de Provins a inauguré, vendredi 3 avril 2009, un centre d'accueil de jour de 10 places pour des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et apparentée.



Cette unité est située géographiquement dans les locaux de la maison de retraite médicalisée de l'établissement. Elle est constituée de deux pièces d'activité, d'une cour privative et sécurisée et d'un bureau médical. L'équipe soignante est composée, en équivalents temps plein, de 0,20 médecin, 0,50 cadre infirmier, 2 aides-soignantes, 0,10 psychologue, et 0,25 agent des services hospitaliers.

Les bénéficiaires de la prestation sont des patients atteints d'une démence d'intensité variable qui ne présentent aucun trouble du comportement nécessitant une prise en charge spécialisée. Le centre peut accueillir des personnes âgées de 60 ans et plus dont la dépendance est classée dans les GIR 1 à 6 et des personnes âgées de moins de 60 ans.

Pour bénéficier de la prestation les personnes doivent être domiciliées dans les communes qui dépendent des 5 cantons de l'arrondissement de Provins suivants :

- Canton de Bray-sur-Seine
- Canton de Donnemarie-Dontilly
- Canton de Nangis
- Canton de Villiers-St-Georges
- Canton de Provins

Statistiquement, en utilisant les données de l'étude PAQUID, on peut estimer à 950 le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer parmi la population âgée de plus de 60 ans habitant dans les 5 cantons concernés.

Le Centre Hospitalier a organisé un service de transport gratuit depuis les domiciles des patients jusqu'à l'unité de jour. Les personnes sont accueillies à partir de 9h45 jusqu' à 16h45.

Ce centre d'accueil de jour a pour objectif de freiner le développement de symptômes et, dans certains cas, d'aider les familles à trouver des solutions pour garder leurs parents au domicile dans de bonnes conditions notamment en leur permettant de « souffler » un peu quelques heures par semaine pour faire les choses indispensables à la vie courante (courses, formalités administratives ou simplement avoir du temps à soi). C'est aussi une solution intermédiaire à l'entrée en établissement d'hébergement. C'est une activité complémentaire de services de soutien à domicile car elle couvre d'autres besoins et notamment la pratique d'activité de tous les jours : atelier mémoire, revue de presse, atelier jeux, gymnastique douce, atelier cuisine, atelier « sens » (toucher, goût, odorat), lecture,...

en direct
R.P.V.O

Présentation du réseau périnatal du Val D'Oise (R.P.V.O.) :



Présentation du R.P.V.O. :

Le Réseau Périnatal du Val d'Oise est un réseau de santé s'adressant aux femmes en âge de procréer habitant le département du Val d'Oise, dès leur début de grossesse jusqu'aux premiers jours de vie de leur bébé. Le Réseau Périnatal du Val d'Oise est né de la fusion de 2 anciens réseaux périnatals sur le territoire val d'oisien : le Réseau Périnatal du Val d'Oise Ouest et le Réseau de soins Périnatal du bassin de vie d'Argenteuil et de la vallée de Montmorency. Il bénéficie depuis de subventions de l'U.R.C.A.M. (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) dans le cadre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (F.I.Q.C.S.) et s'est structuré sous la forme d'une Association loi 1901.

Le R.P.V.O. a pour membres l'ensemble des maternités publiques et privées du Val d'Oise, le Conseil général du Val d'Oise (P.M.I. notamment) signataires de la Convention constitutive du Réseau, mais également des associations de santé publique (C.A.M.S.P., A.N.P.A.A.) ou d'usagers, ainsi que des professionnels de santé libéraux (gynécologues, pédiatres, médecins généralistes, sages-femmes,...).

Le Réseau Périnatal du Val d'Oise n'exerce pas directement d'activité de soins par lui-même, il vient en appui des professionnels de santé.

Objectifs du R.P.V.O. :

Le R.P.V.O. a pour but d'améliorer le suivi de la femme enceinte et de son nouveau-né. Pour ce faire, ses objectifs sont d'organiser une prise en charge globale de la parturiente et de son bébé, d'assurer une meilleure orientation possible de la parturiente en fonction de son état et / ou de celui de l'enfant à naître, de promouvoir la délivrance de soins de proximité et de qualité dans le respect des principes et normes de gradation des soins maternels et néonataux, ou encore de faciliter l'information et la communication entre les professionnels du réseau et la population.

Actions du R.P.V.O. :

- Participer à l'évolution des pratiques et à l'accompagnement des professionnels de la périnatalité.

- Participer à la prévention en matière de périnatalité.
- Organiser des rencontres de travail entre les professionnels de la périnatalité concernés afin de définir de nouveaux modes de prise en charge périnatale. C'est dans ce cadre que régulièrement l'ensemble des professionnels membres du R.P.V.O. se regroupent autour de thématiques déclinées en groupes de travail :

- Allaitement maternel (Information et soutien à l'allaitement pour les futures mères et mères du RPVO, mise en place d'un numéro vert de conseils, de soutien et d'écoute)

- Social (Dépistage et prévention des situations de précarité médico-sociale chez les futures mères et mères du R.P.V.O., mise en place de plaquettes informatives à l'attention des professionnels mais aussi des femmes,...)

- Nutrition et grossesse (dépistage, traitement et prévention du diabète gestationnel)

- Accompagnement psychologique (Formation des professionnels du domaine périnatal à la sensibilisation et au dépistage des facteurs de risque psychiatrique chez les mères dans le R.P.V.O.)

- Addictions (actions dans le cadre des journées relatives au Syndrome d'Alcoolisation Fœtale, formations des professionnels du réseau à l'abond de la consommation tabagique, mais aussi d'alcool et de cannabis chez la femme en âge de procréer, aide personnalisée au sevrage).

- Projet informatique (informatisation des données médicales relatives à la périnatalité - suivi obstétrical des femmes, suivi pédiatrique) entre tous les établissements membres et les professionnels de ville du R.P.V.O.

- Diffuser des brochures, livres, courriers et plus généralement tous supports d'informations à destination tant de la population visée que des professionnels de santé eux-mêmes.

- Formaliser des relations privilégiées avec d'autres acteurs de la santé (physiques ou morales) en lien avec la périnatalité. Depuis peu, le R.P.V.O. travaille à la mise en place d'un dépistage de la surdité chez tous les nouveau-nés du réseau (en maternité et en néonatalogie).

L'objectif est le dépistage auditif systématique de tous les nouveau-nés avant leur sortie de la maternité afin d'aboutir à 0% de surdité permanente néonatale non diagnostiquée à l'âge de 6 mois. Chaque nouveau-né bénéficiera d'un test de la surdité (après information préalable puis accord parental) et d'un suivi spécifique pour une prise en charge optimale le cas échéant (création d'un centre de diagnostic approprié).

Toutefois les femmes restent libres de bénéficier ou non de l'ensemble des actions proposées par le réseau. Dès son premier entretien lié à la périnatalité avec un professionnel de santé (1ère visite chez le médecin pour le suivi de la grossesse par exemple), la femme est informée de l'existence du R.P.V.O. (notamment par un document d'information patiente en plus de l'information orale des professionnels eux-mêmes) si elle n'en a pas eu connaissance au préalable, et elle reste totalement libre d'accepter ou non l'informatisation de ses données médicales la concernant.

Le Réseau Périnatal du Val d'Oise a été divisé en 3 territoires de santé (95-1 ; 95-2 ; 95-3) sur la base du découpage administratif départemental.

Sur chacun de ces 3 territoires de santé une sage-femme cadre supérieur coordonne l'ensemble des actions mises en place sur son territoire, et peut le cas échéant déléguer un ou plusieurs référents sur une action précise. La coordination administrative du Réseau se charge de centraliser, d'animer, de coordonner le développement de l'ensemble des actions de périnatalité du Réseau.

Enfin, outre les réunions nécessaires à toute association (bureau, conseil d'administration et assemblées générales), le R.P.V.O. organise chaque semestre au moins un Comité Médical qui élabore, met en place, développe et évalue l'organisation médicale et les activités scientifiques du Réseau, à la validation des référentiels du Réseau et participe également à la formation des professionnels de santé du Réseau.

en direct
L'hôpital Max Fourestier de Nanterre

en direct

Le nouveau bloc opératoire de l'hôpital Max Fourestier de Nanterre. La modernité au service de la santé publique

Avec l'ouverture le 2 juin prochain du nouveau bloc opératoire de l'hôpital Max Fourestier au CASH de Nanterre, un nouvel équipement de haut niveau vient renforcer le service public hospitalier et contribuer ainsi à l'égalité d'accès aux soins pour tous en Territoire 92 Nord.

7 salles d'opération polyvalentes, 10 chambres de chirurgie ambulatoire organisées autour d'un poste de soin central, un centre d'endoscopie digestive et bronchique sous anesthésie avec deux salles d'examen, forment la nouvelle offre en alliant performance, sécurité et bien-être.

Disposant d'équipements à la pointe de la technicité (éclairages scialytiques de type LED, tables modulables en fonction de la spécialité chirurgicale avec plateaux transférables, sols semi-rigides, informatisation complète...) et d'un système de sécurité aux dernières normes avec un groupe électrogène d'une puissance de 800 KVA et un onduleur de 120 KVA permettant la continuité du service en cas de panne de courant, le bloc opte volontairement pour une architecture lumineuse, conviviale et confortable pour l'ensemble des utilisateurs, patients, personnel, familles.

Ainsi, avec une centralisation des activités du bloc auparavant dispersées sur plusieurs sites permettant de simplifier le circuit du patient et d'améliorer le fonctionnement des équipes médicales, tout est réuni pour offrir un service toujours plus performant dans une gestion optimale.

Pionnier en termes de chirurgie ambulatoire depuis l'ouverture de son service en 1997, l'hôpital Max Fourestier améliore ainsi ses performances, tant quantitatives en doublant sa capacité ambulatoire et en augmentant considérablement la capacité de traditionnelle, que qualitatives en termes de sécurité et de qualité des soins mais aussi d'optimisation de ses moyens.

Acteur majeur de la santé publique du Territoire 92 Nord (près de 75 000 consultations par an, 38668 urgences), l'hôpital atteint le point culminant de sa modernisation entamée depuis quelques années avec la mise en service de ce bloc. Modernisation que son nouveau directeur, Philippe THOMAS, poursuivra avec un projet global soumis à la demande de financement dans le cadre du Plan Hôpital 2012.



**La FHF Île-de-France représente
les centres hospitaliers, hôpitaux locaux,
établissements pour personnes âgées
et centres de prise en charge
du handicap de :**

Ville de Paris (75)

Hôpital des 15/20 - Sainte-Anne
Perray Vacluse - Maison Blanche
Esquirol - UGECAM

Seine et Marne (77)

Beaumont-en-Gatinais - Bray-sur-Seine
Brie-Comte Robert - Saint Séverin
Chatelet-en-Brie - Coulommiers
Crouy-sur-Ourcq - Dammartin en Goële
Donnemarie Dontilly
La Ferté Gaucher - Fontainebleau
Jouarre - Lagny - Meaux
Melun - Montereau - Nangis
Nemours - Noisiel - Provins - Rozay-en-Brie
Samois-sur-Seine - Tournan-en-Brie

Yvelines (78)

Bullion - Chevreuse - Conflans Sainte-Honorine
Houdan - Jouars Pontchartrain
Mantes-la-Jolie - Meulan/Les Mureaux
Montesson - Montfort l'Amaury - Plaisir
Rambouillet - Poissy/Saint Germain-en-Laye
Sartrouville - Triel-sur-Seine - Versailles
Le Vésinet - Viroflay

Essonne (91)

Arpajon - Brétigny-sur-Orge - Evry/Corbeil - Dourdan
Etampes - Juvisy-sur-Orge - Longjumeau - Montgeron
Monthléry - Orsay - Palaiseau
Sainte Geneviève des Bois - Saint Vrain
Savigny-sur-Orge - Verrières-le-Buisson - Yerres

Hauts de Seine (92)

Antony - Asnières-sur-Seine
Boulogne-Billancourt
Clamart - Clichy - Courbevoie/Neuilly-sur-Seine
Fontenay aux Roses - Issy les Moulineaux
Levallois-Perret Montrouge - Nanterre
Puteaux - Rueil-Malmaison - Santé Service
Sceaux - Sèvres/Saint-Cloud - Suresnes
Vanves - Villeneuve-la-Garenne

Seine-Saint-Denis (93)

Aubervilliers - Aulnay-sous-Bois
Le Blanc Mesnil - Livry Gargan
Montreuil-sous-Bois - Neuilly-sur-Marne
Pantin - Le Raincy/Montfermeil
Saint-Denis - Saint-Ouen

Val de Marne (94)

Alfortville - Bry-sur-Marne - Créteil
Fontenay-sous-Bois Fresnes - Gentilly
Le Perreux-sur-Marne - La Queue-en-Brie
L'Hay-les-Roses - Saint-Mandé
Saint-Maur des Fossés - Saint-Maurice
Sucy-en-Brie - Villejuif - Villeneuve Saint-Georges

Val d'Oise (95)

Argenteuil - Beaumont-sur-Oise
Eaubonne/Montmorency
Gonesse - L'Isle Adam
Louvres - Luzarches
Magny-en-Vexin - Marines - Moisselles
Cergy - Saint-Christophe - Cergy-Pontoise
Saint-Martin-du-Tertre - Taverny
Viarmes - Marly-la-Ville

**La FHF Île-de-France a un site internet :
n'hésitez pas à nous rejoindre sur le web
<http://fhf-idf.org>**



**Secrétariat Général de la FHF Île-de-France
Centre Hospitalier de Gonesse
• 25 rue Pierre de Theilley • 95503 GONESSE**

**Téléphone : 01 34 53 20 71 • Télécopie : 01 34 53 21 90
e-mail : contact@fhf-idf.org**