



Hôpital

d'île de france

revue trimestrielle de la FHF Île-de-France N°42 - novembre 2007

dossier
L'Hospitalisation à domicile



L'invité

Professeur Brücker

*"Ne lâchons rien de nos exigences de qualité
sur nos valeurs"*

Journée régionale Ile-de-France

lundi 26 novembre 2007 - Espaces CAP 15 – 1-13 Quai de Grenelle – Paris 15^{ème}

Programme

- 9h15** Accueil des participants à l'Assemblée Générale de la FHF - Ile-de-France
- 9h30** Assemblée Générale FHF- Île de France
- Ouverture - Yves TAVERNIER, Président de la FHF - Île de France
- Présentation du rapport moral - Jean-Pierre BURNIER, Secrétaire Général
- Présentation du rapport financier - Emmanuelle QUILLET, Trésorière
- 9h45** Accueil des participants à la Journée régionale
- 10h00** Ouverture de la journée régionale
- Intervention d'Yves TAVERNIER, Président de la FHF- Île de France
- Présentation des objectifs et des enjeux
Etat diagnostic et perspectives à l'horizon du SROS IV par Monsieur Claude EVIN, Président de la Fédération Hospitalière de France et Monsieur Gérard VINCENT, Délégué Général, Fédération Hospitalière de France
- Intervention de Benoît LECLERCQ, Directeur Général de l' AP - HP
- 11h30** Les perspectives du SROS IV
Diagnostic présenté par Patrick LEJEUNE, Consultant du groupe Montaigne
- 12h30** Déjeuner sur place (Buffet)
- 14h00** Mise en place des 6 ateliers
- ATELIER 1 : Cancérologie et chirurgie carcinologique // Animé par :**
Pr Laurent HANNOUN - Chef de service de chirurgie digestive / Pitié-Salpêtrière
Dr François MORVAN - Chef de service de cancérologie / CH de Pontoise
Mme Andrée BARRETEAU - FHF
- ATELIER 2 : Cardiologie interventionnelle // Animé par :**
Pr Gilles MONTALESCOT - Responsable de l'USIC / Pitié Salpêtrière
Dr Simon CATTAN - Chef de service de cardiologie / CHI Le Raincy-Montfermeil
M. Patrick LEJEUNE - Groupe Montaigne

- ATELIER 3 : Santé Publique – Prise en charge de l'obésité et du diabète Animé par :**
Pr Arnaud BASDEVANT - Chef de service d'endocrinométabolisme / Pitié Salpêtrière
Dr Guillaume CHARPENTIER - Chef de service endocrinologie et diabétologie/ CH Sud Francilien
Mme Marie-France WITTMANN - FHF
- ATELIER 4 : La démographie médicale en Ile-de-France // Animé par :**
Dr Sylvia PONTONE - Chargée de mission prospective médicale à la DPM
Mme Michèle DECAILLON - AAH / CH de Versailles
Mme Fabienne MERY - Affaires médicales / CH de Poissy-Saint-Germain en laye
Mme Hélène BOYER - FHF
- ATELIER 5 : Fluidité de la prise en charge : SSR, HAD, médico-social // Animé par :**
M. Jean Baptiste HAGENMULLER - Directeur HAD / AP-HP
Dr Olivier DRUNAT - PH / CH Bretonneau
Mme Zaynab RIET - Directeur de l'établissement de Gériologie de Marines
M. David CAUSSE - FHF
- ATELIER 6 : Pilotage // Animé par :**
Mme Eve PARIER - Directrice NSI – Domaine Pilotage
M. Michael GALY - Directeur des affaires financières / CH de Longjumeau
M. Dominique PELJAK - Directeur des affaires financières / CH de Melun
M. Yves GAUBERT - FHF
- 16h30** Retour en réunion plénière
Mise en commun des travaux des ateliers
- 17h30** Clôture de la journée

La FHF- Ile de France se lance dans la formation...

Nos premiers stagiaires seront les administrateurs des hôpitaux et plus particulièrement les représentants des usagers.

Les 6 et 7 décembre nous accueillerons au centre hospitalier Sainte-Anne, 50 administrateurs désireux d'acquiescer des connaissances juridiques et économiques en matière de santé afin de mieux appréhender les principaux sujets sur lesquels ils sont amenés à voter en conseil d'administration.

Les thèmes traités sont les suivants :

- Place des représentants des usagers à l'hôpital - Tim GREACEN
- Statut juridique des EPS - François BERARD
- Le Directeur et les instances consultatives
- Les compétences et le rôle du Conseil d'Administration

- Nouvelle Gouvernance - Gérard COTELLON
- Droits des patients - Valérie GASSER
- Démarche qualité et accréditation - Valérie GASSER
- Politique Régionale d'offre de soins et rôle des ARH Gilles ECHARDOUR
- Projet médical et projet médical de territoire - Dr Guy RENO
- Financement de l'hôpital et vie budgétaire du Conseil d'Administration - Michaël GALY

Le Docteur Michel BUSSONE, vice-président, Jean-Pierre BURNIER, secrétaire général et Gérard COTELLON, délégué permanent, assureront la présentation et la clôture de la formation et procéderont à son évaluation.

Forum Régional des Métiers hospitaliers

Palais des congrès de Versailles - 13 décembre 2007

Le Centre Régional pour l'Information sur les Professions Paramédicales (CRIPP) en partenariat avec l'Académie de Versailles et divers acteurs du monde de la santé et notamment la FHF-Île-de France, lance une opération de communication, d'information et de valorisation des métiers hospitaliers.

L'objectif est de permettre une rencontre entre un maximum de lycéens franciliens et des professionnels de l'hôpital : soignants,

administratifs et logistiques.

Cette action se déroulera en 3 temps : un forum sur l'Académie de Versailles en décembre 2007, sur l'Académie de Créteil en 2008 et sur l'Académie de Paris en 2009.

Le forum sera composé d'une trentaine de stands animés par des professionnels et 3 zones dédiées : aux métiers de l'urgence, de la gériatrie et de la petite enfance.

Des animations sont également prévues : prises de tensions, contrôles de glycémie...

En préambule, les élèves seront accueillis par un discours introductif et une projection présentant le milieu de la santé et de l'hôpital. Seront conviés également à ce forum, des professeurs, des conseillers d'orientation et des parents d'élèves désireux de mieux connaître les métiers de l'hôpital.

Sommaire

Actualités

2. Journée régionale Île-de-France
La FHF- Ile de France se lance dans la formation...
Forum Régional des Métiers hospitaliers

L'invité

4. Professeur Gilles Brucker,
Directeur de l'Institut de Veille Sanitaire

Dossier

- L'hospitalisation à domicile**
- 6-9. HAD : une alternative à l'hospitalisation appelée à se développer
 10. Ouverture du service HAD du post partum de l'hôpital Simone Veil

Actu médicales

11. Syndrômes coronariens aigus ST +
- 12-15. Urgences ambulatoires
- 16-17. Équipage
- 18-19. Rencontre entre le Resah-IDF et une délégation Québécoise
20. Système d'information - Plan Hôpital 2012

En direct des établissements

21. Mise en place d'une démarche qualité concernant l'allaitement
70 ans du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil
22. Le CNO d'aujourd'hui et de demain
ITEP 77
23. La journée mondiale contre la douleur
Un tout nouveau bâtiment pour abriter 2 unités de prise en charge hospitalière et psychosociale des personnes âgées

Hôpital d'Île-de-France

- Directeur de la publication : Yves Tavernier
- Rédacteur en chef : Gérard Cotellon (FHF-IDF)
- Comité de rédaction :
Jean-Marie Barbot (Versailles)
Gilles Calvet (Saint-Ouen)
Isabelle Cormenier (Gonesse)
Vincent Errera (Eaubonne-Montmorency)
Jean-Marie Karman (Moisselles)
Daniel Lemesre (Boulogne-Billancourt)
Bénédicte Motte (Sainte-Anne - Paris)

- Maquette et édition : vu intégral
- Impression : SB Graphic
- 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 Photos : Couverture :
C.H. Simone Veil - Eaubonne // Franz Pfluegl - Fotolia
- Illustrations : Gilles Calvet
- Intérieur : Patrice Jones / Hôpital Simone veil GHEM / X-DR

La croisée des chemins

Le 26 Novembre prochain, les responsables (administrateurs, directeurs) de l'ensemble des établissements publics de santé d'Île-de-France, y compris ceux de l'AP-HP, se réuniront pour une journée de réflexion sur le devenir de l'offre hospitalière régionale.



Cette initiative, fortement soutenue par la FHF niveau national, est une première, du jamais vu dans notre histoire collective !

Elle n'est pas un risque mais une opportunité à saisir !

Elle n'est pas formelle (une simple opération de communication !) mais vise, par les choix de son cahier des charges (cancérologie, cardiologie, démographie médicale, éducation et prévention sanitaire, fluidité de la prise en charge du patient, systèmes de pilotage), à des positionnements de fond.

Elle n'est certainement pas un aboutissement mais le début d'une démarche voulue concrète, cohérente et lucide par ses promoteurs.

À la mesure des enjeux, des périls et de toutes les interrogations actuelles ressenties par les professionnels hospitaliers !

Car il faut dire objectivement les choses :

- Affaiblis par des années de sous financement, les hôpitaux publics d'Île-de-France sont, pour reprendre les propos de notre Président Claude EVIN dans la Lettre de la FHF du 8 Octobre 2007, en état de « faillite virtuelle ». Certes, d'un établissement à l'autre, les situations sont contrastées, mais il n'empêche que les réalités comptables s'imposent et ne pourront, à très court terme, être masquées plus longtemps par l'assèchement des fonds de roulement et l'épuisement des possibilités d'investissement.

- S'ajoute à ce lourd passif, la perspective désormais certaine d'application au 1^{er} Janvier 2008 de la T2A à 100 %.

Sans enthousiasme excessif, nous la pensons techniquement justifiée mais nous savons que, contrairement à la plupart des autres régions, elle sera défavorable en Île-de-France à une très grande majorité des établissements.

Notre fédération régionale attend, de la part des pouvoirs publics et de l'ARHIF, une action mesurée, progressive, équitable entre les composantes de l'offre et concertée, pour l'application de la réforme avec prise en compte de ses possibles conséquences sociales.

- Et puis, il nous faut compter avec les effets, déjà perceptibles dans nombre de disciplines, de la chute de la démographie médicale mais aussi avec la concurrence d'un secteur privé commercial, puissant, dynamique et présent désormais sur tous les segments d'activité MCO, soins de suite et d'accueil de la personne âgée.

Donc, vient le temps pour la communauté des hôpitaux publics d'Île-de-France de réagir ! de s'adapter une fois encore !

Elle a su le faire depuis une dizaine d'années où les personnels hospitaliers ont été confrontés à un déferlement ininterrompu de réformes structurelles (mise en place des ARH, accréditation, certification, lois sur les sécurités sanitaires, T2A, EPRD, gouvernance, etc).

Elle a su le faire lorsqu'ont été appliqués les dispositifs de péréquation interrégionale.

Sans doute, les changements qui nous attendent sont plus lourds, plus fondamentaux car de nature structurelle.

Sachons ne pas les subir, Mais les anticiper pour mieux les maîtriser,

Et chercher avec intelligence à potentialiser les forces du CHR-CHU de Paris avec la vitalité des hôpitaux généraux de la couronne francilienne, et défendre, sans complexe, nos valeurs communes pour un hôpital public fort et confiant dans son avenir au service de chacun de nos concitoyens.

C'est le vœu que formule la FHF - Île-de-France pour cette journée importante.

Jean-Pierre Burnier,
Secrétaire Général

L'invité
Professeur Gilles BRÜCKER

Professeur Gilles Brücker, Directeur de l'Institut de Veille Sanitaire



Hôpital d'Île-de-France :
Professeur BRÜCKER, vous êtes à quelques jours de votre départ de l'INVS, quel bilan tirez-vous de l'action menée à la tête de cette institution ?

Professeur Brücker : Je crois que l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) a acquis ces dernières années grâce au formidable travail d'expertise et de surveillance mené dans de très nombreux domaines par les épidémiologistes de l'InVS une visibilité très importante. Il constitue aujourd'hui l'agence de sécurité sanitaire indispensable à l'identification des priorités de santé et à la gestion des risques.

HIDF : Quelles ont été vos priorités ?

P.B. : La difficulté des choix à opérer en matière de priorité tient à la nature même de la mission de l'InVS : surveiller toute la population en permanence sur tous les risques quels qu'ils soient et alerter les pouvoirs publics devant l'émergence d'une menace. Ce souci de percevoir au plus tôt des risques émergents nous a conduit à construire des systèmes de surveillance au niveau national et international car les menaces peuvent venir très vite de très loin. La veille internationale est de ce point de vue très importante. Nous avons également conçu et développé des systèmes de surveillance des activités au niveau des urgentistes qu'il s'agisse

des urgentistes hospitaliers ou libéraux. Nous renforçons, dans un souci de proximité, notre présence dans les régions avec le développement des CIRE (Cellule Inter-Régionale d'Epidémiologie) et nous contribuons également de façon très active à la construction d'une Europe de la santé et à la sécurisation dans cet espace de la circulation des biens et des personnes. Nous avons également voulu améliorer la veille sanitaire dans nos départements d'Outre-Mer en renforçant les outils et les équipes de veille sanitaire particulièrement à la Réunion et à Mayotte, aux Antilles et en Guyane.

Un des points majeurs auquel je me suis attaché est la modernisation de nos systèmes d'information car il faut aujourd'hui pouvoir recevoir et traiter chaque jour des milliers de données, les interpréter, les partager avec tous ceux qui contribuent à ces réseaux de surveillance. L'accès à ces données, leur expertise et leur restitution en temps réel est un des enjeux majeurs de l'alerte.

En matière de surveillance de la population, il faut également accorder la plus grande attention aux groupes les plus vulnérables ou les plus exposés : personnes âgées, nouveau-nés, mais également populations exposées du fait de leur habitat, de leurs conditions de travail ou de leurs conditions de vie, doivent constituer des priorités sur lesquelles des programmes spécifiques de surveillance peuvent être nécessaires. Nous n'avons sans doute pas aujourd'hui tous les outils souhaitables d'évaluation de l'impact sanitaire en raison d'un manque de moyens consentis pour que nous puissions mettre en place tous les programmes qui nous semblent nécessaires.

Je tiens aussi à souligner l'importance des questions sociologiques que pose la gestion des risques en santé et la nécessité d'améliorer la communication avec les citoyens sur cette perception des risques. Les menaces semblent partout, la surenchère médiatique ou la confusion des messages d'expertise méritent aujourd'hui de développer un débat, et une contribution des citoyens, à la gestion des risques.

HIDF : Le système de veille sanitaire tel qu'il fonctionne actuellement nous met-il à l'abri d'une catastrophe sanitaire de grande ampleur ?

P.B. : En 10 ans le développement des agences de sécurité sanitaire et singulièrement de l'InVS a permis des progrès majeurs dans la gestion des risques. Cependant il convient de rester modeste malgré ces progrès face aux risques émergents : la survenue brutale du SRAS ou de la canicule de 2003, le Chikungunya en 2006, et d'autres crises comme la menace d'une pandémie grippale soulignent combien les questions environnementales, l'émergence de nouveaux virus, le franchissement de la barrière d'espèce, la circulation des biens et des personnes, rendent possible le développement d'une épidémie nouvelle. La grande distribution des produits consommables ou la diffusion via internet peut avoir un effet amplificateur rapide. Rien n'est jamais gagné définitivement mais l'identification précoce des risques et les plans de santé publique conçus dans le contexte de ces risques émergents sont aujourd'hui de nature à en réduire les conséquences. L'évaluation de l'impact sanitaire de la canicule de 2006 en a témoigné. Cette veille sanitaire prospective est indispensable. Elle nécessite une articulation forte avec des équipes de recherche pour développer nos approches de modélisation des risques. On ne nous demande plus seulement de dire quels sont les risques aujourd'hui, mais quels seront les risques de demain et quelles seront leurs conséquences sur la santé des populations en fonction des mesures de contrôle proposées.

HIDF : Quelques mots sur la place et le rôle des hôpitaux, particulièrement ceux de l'Île de France dans ce système ?

P.B. : Les hôpitaux prennent en charge une population de plus en plus vulnérable : malades âgés, souvent porteurs de maladies graves et objets de soins invasifs ou lourds. Les risques liés aux soins constituent une priorité. La lutte contre les infections nosocomiales a connu en 20 ans des progrès incontestables dont témoignent les travaux coordonnés

par l'InVS notamment les résultats de l'enquête nationale de prévalence de 2006. Pour autant des inquiétudes demeurent et les épidémies récentes de Clostridium difficile O 27 ou d'entérocoques résistants à la vancomycine ont montré l'importance de la surveillance, de la notification des cas mais aussi de l'organisation des soins dans un souci de contrôle de la circulation de ces germes. La mise en place prochaine de la surveillance, par l'InVS, des événements indésirables graves liés aux soins viendra en compléter ce dispositif de veille pour améliorer la qualité et la sécurité.

En Île-de-France une démarche très active de surveillance a été développée, autour de réseaux : je pense notamment à la surveillance des activités des urgences dans le cadre du programme intitulé CERVEAU, et de façon très concertée avec l'InVS.

Chaque jour l'analyse des flux des patients dans les services d'urgence permet de repérer ou d'identifier des phénomènes nouveaux dans un contexte épidémique naissant. La surveillance de la grippe ou de la bronchiolite s'en trouve renforcée.

HIDF : Il semble que la menace d'une pandémie grippale de type H5N1 s'éloigne de la France, qu'en est-il exactement ?

P.B. : Je ne crois pas que l'on puisse dire que la menace s'éloigne. La circulation du H5N1 demeure importante dans de nombreux pays du monde ; l'Europe et la France ont été directement concernées. On peut relever la qualité du dispositif de dépistage chez les oiseaux touchés et la réactivité du plan pour empêcher la propagation dans la faune domestique. Il n'y a pas eu à ce jour d'évolution du virus susceptible de permettre une pandémie grippale nouvelle mais le risque demeure. Nous continuons de nous y préparer à travers le renforcement du plan national de lutte.

HIDF : Quels sont les principaux risques auxquels nous aurons à faire face pour les années à venir ?

P.B. : J'ai évoqué des problèmes de circulation de biens et de personnes. La mondialisation

des échanges, la production de biens dans des pays qui ne sont pas toujours à même d'assurer la sécurité de la production constituent aujourd'hui un risque notable dont témoigne différentes alertes internationales notamment sur la circulation des médicaments, des biens alimentaires ou d'autres produits de consommation.

Mais ce sont probablement les risques environnementaux liés à la pollution, aux évolutions climatiques, aux traitements des déchets notamment radioactifs qui peuvent constituer des risques émergents qui justifient l'importance qu'il faut accorder à la protection de l'environnement. Il s'agit là d'une priorité évidente aujourd'hui et pour le futur.

Il faut aussi développer une veille sanitaire face aux nouvelles technologies : c'est le cas des nanotechnologies dont nous ne savons pas si elles représentent un risque sanitaire. Nous devons aussi prendre en compte les évolutions démographiques de nos populations et les questions sanitaires liées aux vulnérabilités des personnes âgées ou très âgées : c'est la qualité de vie aujourd'hui, plus peut-être que l'espérance de vie, qui pose question. La surveillance des maladies chroniques, des maladies neurodégénératives, de la santé mentale, aussi sont des enjeux actuels et à venir.

La Ministre de la Santé a annoncé au mois de septembre dernier votre prochaine nomination à la direction du réseau ESTHER, comment appréhendez-vous cette nouvelle fonction ?

P.B. : J'avais décidé après deux mandats passés à la tête de l'InVS de ne pas solliciter un troisième mandat. Je crois essentiel pour nos politiques de santé de favoriser la mobilité des personnes. Je voudrais dire ici combien ces années à l'InVS ont été extraordinaires : ce fût une aventure scientifique, sanitaire, politique mais surtout humaine exceptionnelle. Tenter de couvrir le champ sans limite de la veille sanitaire à l'InVS ne peut être qu'une stratégie collective : elle a permis d'ouvrir des synergies nouvelles entre les professionnels de santé, les administrations

sanitaires, les décideurs politiques et les citoyens. Je voudrais après ces deux mandats recentrer mon action sur une priorité, un combat, le sida. La question du VIH reste pour moi exemplaire tout à la fois au niveau national, européen et international. J'ai tenu à travers l'InVS, mais aussi à travers mes activités médicales et associatives à maintenir cet engagement, avec beaucoup d'amis dans les hôpitaux, dans la société civile. Les engagements sont là d'une exceptionnelle qualité. Je suis très heureux que Bernard Kouchner, qui a conçu en 2000 le programme ESTHER auquel j'ai contribué à cette époque comme conseiller dans son Cabinet pour les questions de santé publique, m'ait proposé de diriger ce réseau ESTHER. Ce jumelage entre les hôpitaux du Nord et les hôpitaux du Sud, cette coopération entre les équipes hospitalières est une démarche indispensable pour assurer la qualité de la prise en charge des malades. Elle vient en complément de l'action internationale pour assurer le financement des antiviraux sous l'autorité du fond global que préside le Pr M. Kazatchkine. C'est une grande responsabilité mais je sais l'énorme volonté qui anime nos équipes hospitalières de partager cette compétence et ce savoir faire au service des malades où qu'ils soient. Je sais aussi l'attente considérable des pays du sud en Afrique ou en Asie dans ce domaine. L'engagement de leurs médecins traduit la naissance d'une nouvelle exigence de qualité et d'efficacité. Nous devons là aussi assumer notre responsabilité, et renforcer notre présence.

Quel message souhaitez-vous faire passer aux lecteurs de « hôpital d'Île-de-France » ?

L'hôpital doit rester un lieu exemplaire de recours. Les hôpitaux sont le reflet de la qualité d'une société, notamment en matière d'accueil, d'écoute, de soutien et de solidarité pour les soins et l'accompagnement face à la maladie et à la mort. Ne lâchons rien de nos exigences de qualité sur nos valeurs.

Propos recueillis par Gérard Cotellon

L'hospitalisation à domicile : une alternative à l'hospitalisation complète appelée à se développer



René DRIVET,
directeur général de santé service

L'hospitalisation à domicile en général

UN MODE DE PRISE EN CHARGE EN PLEINE EVOLUTION :

L'hospitalisation à domicile est entrée dans une phase de développement qui vient combler le retard accumulé par ce mode de prise en charge en raison notamment du taux de change qui hypothéqua sa croissance. Retard, alors que l'HAD présente des atouts essentiels du fait de son positionnement entre les soins de ville et les soins hospitaliers, et du fait aussi de la prise en charge globale des patients.

Au cours de ces dernières années, les pouvoirs publics ont compris que l'HAD constituait une piste d'évolution du système hospitalier et une réponse à l'aspiration des patients d'être soignés chez eux au milieu de leur entourage. Une série de mesures ont été adoptées en ce sens pour faciliter son développement et permettre un fonctionnement en rapport avec ses finalités. On peut citer à cet égard : le passage à la tarification à l'activité à 100 %, la suppression du taux de

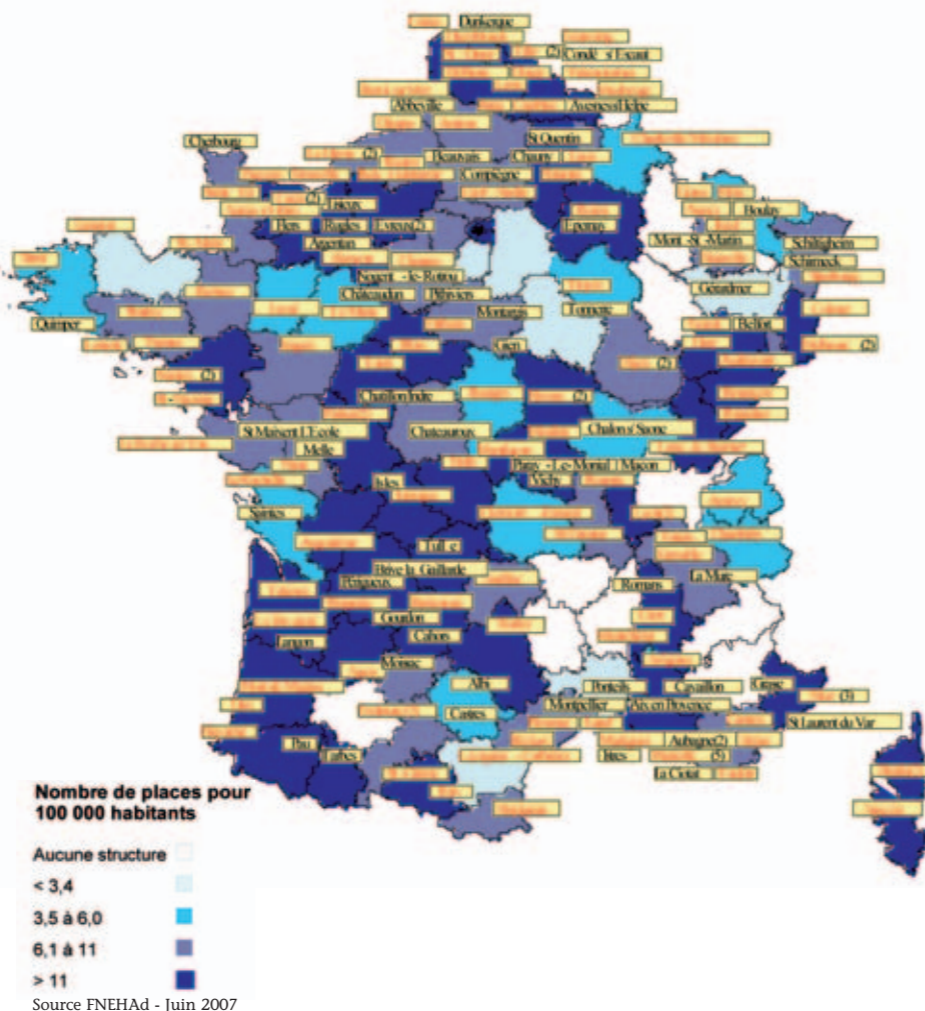
change, l'absence d'opposabilité des objectifs quantifiés, la présence d'un volet spécifique consacré à l'HAD dans les schémas de 3^{ème} génération.

L'HAD connaît aujourd'hui une croissance rapide depuis bientôt 7 ans. À peine plus de 80 dans les années 2000, on compte aujourd'hui 215 structures d'HAD sur l'ensemble du territoire français (soit plus de

8 000 places autorisées). L'objectif est de faire en sorte que 15 000 places soient à la disposition de la population en 2010. Malgré ce développement significatif, l'HAD occupe encore un place marginale au sein du dispositif hospitalier, et plusieurs départements - ainsi qu'en témoigne la carte ci-après - ne disposent toujours d'aucune place d'HAD.

HAD	Nombre de structures	Nombre de places autorisées
Publiques	91	2213 soit 26,9 %
Privées non lucratives	102	5432 soit 66,2 %
Privées lucratives	22	563 soit 6,9 %
TOTAL	215 structures	8208 places

Source FNEHAD - Juin 2007



Bien qu'existant depuis la fin des années 50, l'HAD a été reconnue pour la première fois par la loi hospitalière de 1970. Depuis, la réglementation s'est largement précisée et enrichie, en particulier depuis le début des années 2000 avec une série de circulaires qui sont venues préciser les activités susceptibles d'être mises en œuvre par les structures d'HAD (voir encadré).

UNE PRISE EN CHARGE GOBALE ET COORDONNÉE :

L'HAD concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés. Elle s'adresse à des personnes de tous âges. Sa vocation est donc très large. Les structures d'HAD doivent en principe être polyvalentes et généralistes, de façon à pouvoir répondre à la diversité des besoins de la zone géographique desservie, sous réserve que les compétences appropriées soient mobilisées.

Ce mode alternatif à l'hospitalisation se caractérise essentiellement par le fait qu'il prend en charge dans sa globalité le patient en lui apportant non seulement des soins médicaux et paramédicaux mais également un suivi psychosocial. Il se caractérise aussi par la fourniture des matériels médicaux, médicaments et dispositifs médicaux nécessaires à la prise en charge. Le métier de l'HAD se compose ainsi de deux volets : la prise en charge de la personne, la fourniture des biens et produits liés à l'intervention. Les soins prodigués sont complexes et fréquents. Ils se différencient donc de ceux fournis par d'autres structures intervenant au domicile, comme par exemple les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

La circulaire de mai 2000 précise que l'HAD peut prendre en charge trois types de soins : des soins ponctuels destinés à des patients ayant une pathologie non stabilisée avec

CADRE REGLEMENTAIRE DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE

La loi Hospitalière de 1991 et ses décrets d'application sur les alternatives à l'Hospitalisation de 1992 définissent actuellement le cadre réglementaire de l'Hospitalisation à Domicile. À cela, se sont ajoutés :

- En mai 2000, une circulaire qui est venue préciser les conditions d'amélioration de la qualité de prise en charge en HAD,
- Un complément daté du 11 décembre 2000 fixant 19 modes de prises en charge HAD,
- Une circulaire du 4 février 2004 vient compléter le dispositif en donnant un cadre réglementaire à la psychiatrie, à la pédiatrie et à la périnatalité en HAD,
- Une circulaire du 1^{er} décembre 2006 qui définit le rôle spécifique de l'hospitalisation à domicile et sa place dans le dispositif sanitaire.

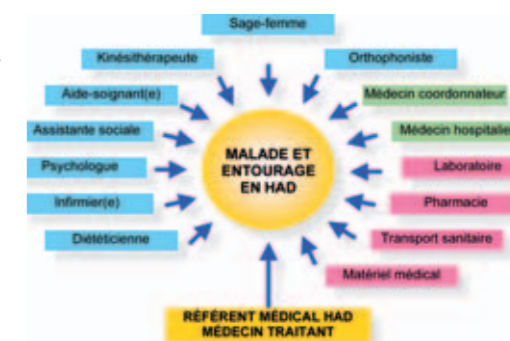
des soins techniques lourds et complexes ; des soins continus plutôt destinés à des patients ayant une pathologie évolutive associant des soins plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime ; des soins de réadaptation destinés à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après une phase aiguë d'une pathologie neurologique, cardiologique ou d'une polyopathie.

L'hospitalisation à domicile se réalise sur prescription médicale soit d'un médecin hospitalier, soit d'un médecin de ville. Elle nécessite, lorsque le médecin traitant n'est pas le prescripteur, l'accord de ce dernier ainsi que le consentement du patient. Ce dernier est admis en HAD sur la base d'un projet thérapeutique qui a pour objectif de formaliser l'ensemble des soins dont il a besoin à savoir cliniques, psychologiques et sociaux. Ce projet est élaboré conjointement entre le médecin coordonnateur de l'HAD, le médecin traitant et le médecin hospitalier. L'originalité de l'hospitalisation à domicile est de coordonner l'ensemble des soins et des services dont le patient a besoin en amenant à son chevet tous les corps de métier utiles à une prise en charge de qualité, y compris des professionnels de santé libéraux.

Activité par mode de prise en charge principal

Mode de prise en charge	Nb de journées	Répartition %
soins palliatifs	428 921	22%
pansements complexes (escarres, ulcères, brûlés...)	344 994	18%
soins de nursing lourds	175 490	9%
nutrition entérale	139 936	7%
autres traitements	95 975	5%
post traitement chirurgical	90 668	5%
traitement / voie veineuse : anti-infectieux ou autre	85 126	4%
assistance respiratoire	76 080	4%
nutrition parentérale	75 652	4%
chimiothérapie	65 982	3%
surveillance post chimiothérapique	58 453	3%
éducation du patient et de son entourage	50 522	3%
surveillance de grossesse à risque	50 449	3%
rééducation neurologique	47 648	2%
rééducation orthopédique	37 572	2%
post-partum pathologique	37 054	2%
prise en charge de la douleur	32 746	2%
post-partum physiologique	29 922	2%
prise en charge du nouveau-né	24 885	1%
surveillance d'aplasie	5 097	0%
radiothérapie	2 583	0%
transfusion sanguine	428	0%
Tous modes de prise en charge	1 956 183	100,00%

Source ATIH - Année 2006 - France entière



L'hospitalisation à domicile (suite)

L'hospitalisation à domicile en Île-de-France

UNE OFFRE SUPERIEURE AUX AUTRES REGIONS INEGALEMENT REPARTIE :

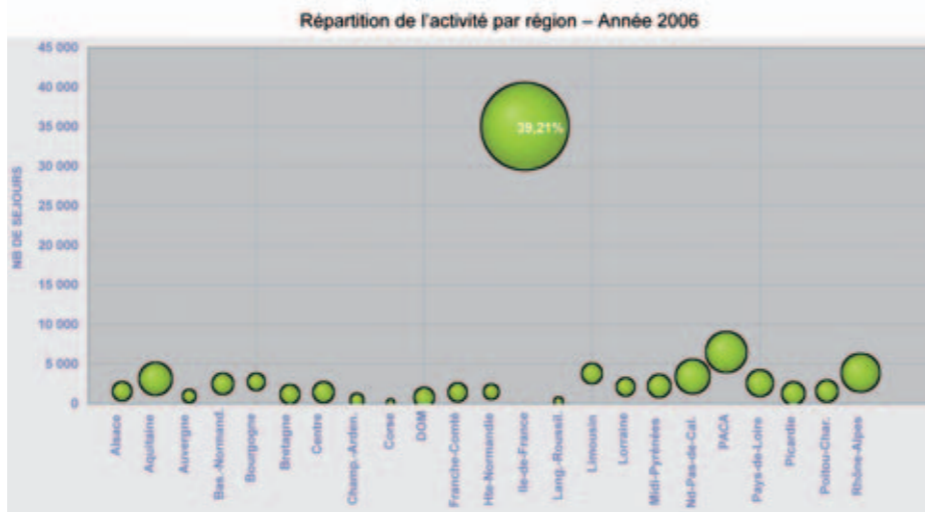
L'Île-de-France est une région relativement bien équipée en places d'hospitalisation à domicile, puisqu'elle comptabilise, sur l'ensemble de son territoire, l'équivalent de 2 437 places d'HAD réparties principalement sur trois établissements (HAD de l'AP-HP, HAD de la fondation de la Croix St Simon, HAD de l'association Santé Service). Elle totalise donc 30 % des capacités pour 18 % de la population. En 2006, elle a réalisé pratiquement 40 % de l'activité nationale.

L'activité d'HAD, comme tout autre activité sanitaire, doit répondre aux exigences du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS 3). En Île-de-France, le SROS 3 s'est donné pour objectifs dans le domaine de l'HAD :

- d'offrir à tous les Franciliens qui le désirent, quel que soit leur lieu de résidence, la possibilité de recourir à l'hospitalisation à domicile,
- de parvenir à une répartition homogène de l'offre de soins pour favoriser la proximité des prises en charge,
- d'assurer la continuité de la prise en charge en amont (au niveau du prescripteur) et en aval (avec les structures médico-sociales ou sanitaires).

Pour répondre à de tels enjeux et optimiser l'organisation de l'offre de soins en HAD, a été introduite la notion d'implantation territoriale. Celle-ci présente deux caractéristiques : elle coïncide avec une zone bien déterminée, plusieurs structures peuvent intervenir sur la zone en question.

Pour clarifier cette nouvelle notion, l'Agence régionale de l'hospitalisation de l'Île-de-France (ARHIF) a souhaité, à partir d'un territoire de santé test - le 94.1 - conduire une



réflexion avec les institutions et acteurs concernés pour définir l'organisation de l'HAD au sein d'un territoire de santé. Pour mener à bien cette démarche, un comité de pilotage a été installé et un consultant a été choisi pour animer les groupes de travail mis en place.

Au terme de ce travail débuté en 2006, il en est ressorti l'ébauche d'un système d'accompagnement du développement de l'HAD fondé sur un double objectif :

- la promotion de l'HAD auprès de ceux qui n'ont pas l'habitude de faire appel à cette alternative à l'hospitalisation,
- la mise en place d'un partenariat entre (dans l'immédiat) les trois principales structures d'HAD de la région (AP/HP, Croix St Simon, Santé Service) pour tester une nouvelle modalité de réponse aux besoins.

Dans cette perspective, une expérimentation vient d'être lancée sur 3 territoires de santé (75.2 - 93.1 - 94.1). Chacun des 3 établissements précités a la charge d'un territoire et a désigné un référent. Ce dernier est notamment chargé de répondre aux appels émanant d'acteurs n'ayant pas l'habitude de travailler avec l'HAD, et de solliciter

l'HAD dont c'est le tour pour prendre en charge le patient, après s'être assuré qu'il relevait bien de ce type d'activité. Si l'HAD sollicitée ne peut répondre, le référent doit s'adresser à l'HAD suivante. L'idée est de créer un guichet unique par territoire et de chercher une réponse en fonction d'un tour organisé entre les HAD intervenant sur un même territoire.

Toujours dans le cadre de cette expérimentation, il est prévu de faire évoluer les conventions déjà signées entre les structures d'HAD et les établissements de santé, afin de mieux intégrer le médecin traitant au processus de prise en charge.

L'expérimentation doit durer jusqu'en septembre 2008. Elle a été officialisée le 25 septembre dernier au cours d'une réunion présidée par le Directeur de l'ARHIF. Elle sera suivie par la tutelle sanitaire et fera l'objet d'une évaluation, avant d'être élargie aux autres territoires.

LA PLACE DE L'ASSOCIATION SANTE SERVICE :

L'histoire de Santé Service se confond pratiquement avec l'histoire de l'HAD. C'est en 1958 que Santé Service a été créé à l'initiative

de la Ligue nationale contre le cancer et du Professeur DENOIX, alors directeur de l'Institut Gustave Roussy. Au plan statutaire, Santé Service est une association loi 1901. C'est aussi un établissement de santé relevant du code de la santé publique financé selon le régime de la tarification à l'activité à 100 %. Le statut associatif lui confère à la fois force et souplesse. Force, car l'esprit associatif permet de bien traduire les valeurs humanistes de Santé Service. Souplesse, car ce statut offre la possibilité de s'adapter à la réalité de la demande et des besoins. Conformément à son autorisation, Santé Service peut intervenir sur l'ensemble de la région parisienne.

Pour assurer ses prestations, Santé Service s'appuie sur plus de 750 équivalents temps-plein. Il s'agit pour l'essentiel de personnels soignants qui représentent 70 % de l'effectif, mais aussi d'équipes sociales, de diététiciennes, de psychologues, et de médecins coordonnateurs. Par ailleurs pour répondre aux besoins des patients, Santé Service fait appel à des intervenants extérieurs comme par exemple les sages-femmes et les kinésithérapeutes. En 2006, Santé Service a travaillé avec plus de 5 000 professionnels libéraux.

Cette mission de coordination entre les intervenants s'exerce dans le cadre d'un dispositif conventionnel dense. C'est ainsi que Santé Service est lié par de nombreuses conventions

avec des hôpitaux publics et privés à but lucratifs ou non lucratifs. S'y ajoute aujourd'hui le travail mené avec plusieurs réseaux de santé, en particulier dans le domaine de la cancérologie et des soins palliatifs.

En termes d'organisation et pratiquement dès l'origine, Santé Service a privilégié la proximité en s'organisant sur une base territoriale. Actuellement, l'établissement est doté de 3 pôles géographiques (Colombes - Montreuil - Chevilly Larue) qui ont pour rôle d'organiser et de coordonner l'ensemble des prestations nécessaires à la prise en charge globale des patients. S'ajoutent à cela des antennes hospitalières réparties sur la région parisienne, dont la mission est de procéder aux admissions émanant des hôpitaux ou des médecins de ville, ainsi qu'une plateforme logistique centralisée qui prépare toutes les livraisons de médicaments et dispositifs à acheminer au domicile des patients.

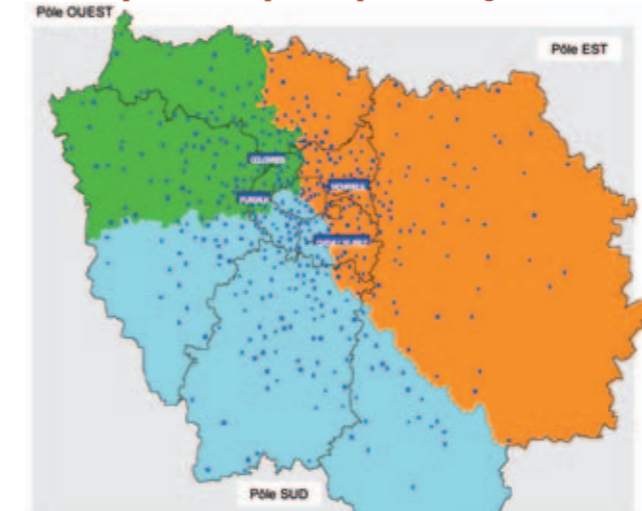
En 2006, Santé Service a accueilli plus de 9 000 patients, représentant environ 17 000 admissions. Ses activités portent essentiellement sur le traitement du cancer, la neurologie, la cardiologie et l'obstétrique. Ses principaux modes de prise en charge sont les pansements complexes, les chimiothérapies, les soins palliatifs, les traitements par voie veineuse. L'âge moyen des patients pris en

charge par Santé Service était en 2006 de 54 ans, ce qui contredit l'image parfois avancée que l'HAD ne concerne que les personnes âgées. La durée moyenne de séjour se situe aujourd'hui aux alentours de 23 jours.

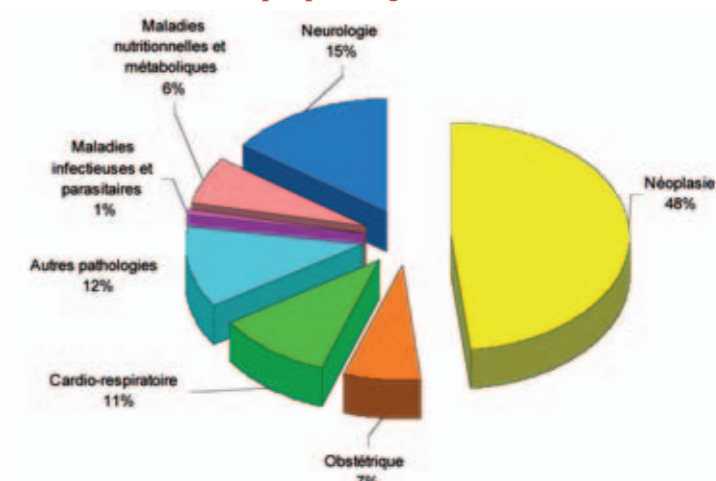
Outre la recherche d'une plus grande proximité, l'autre axe stratégique de Santé Service est l'enrichissement de sa polyvalence pour répondre à l'évolution des besoins et à la demande des prescripteurs. Pour cela, l'association s'appuie très largement sur sa gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) et s'est dotée d'une structure spécifique de formation, dont la mission est de proposer des actions de formation spécifiques aux métiers de l'HAD aux équipes de Santé Service ainsi qu'aux professionnels et établissements extérieurs.

L'hospitalisation à domicile constitue aujourd'hui une vraie réponse aux enjeux démographiques, à l'évolution des pathologies et aux attentes des malades d'être pris en charge dans leur environnement. On peut gager que le développement de cette alternative à l'hospitalisation se poursuit sans conteste, un mode de prise en charge de qualité pour les patients, dans de bonnes conditions de confort et de sécurité.

Organisation territoriale en trois pôles Répartition des patients pris en charge en 2006



Journées par pathologie - année 2006



Septembre 2007 : ouverture officielle du service d'hospitalisation à domicile du post partum de l'Hôpital Simone Veil

L'Hôpital SIMONE VEIL, Groupement hospitalier Eaubonne-Montmorency, vient de recevoir un avis favorable pour la création d'une unité d'hospitalisation à domicile (HAD) en Obstétrique.



- dans les projets du service d'obstétrique s'articulant autour de l'accompagnement des patientes, de l'information de l'éducation sanitaire, du soutien à l'allaitement maternel, de dépistage et de l'accompagnement des difficultés du lien mère enfant.

recrutement du service de gynécologie obstétrique. En dehors des plages d'ouverture, la continuité des soins est assurée par un système d'appel aux urgences pédiatriques et obstétricales disponible 24 h/24. Bien entendu, le service de gynécologie obstétrique garantit à la patiente et/ou au nouveau-né, la possibilité d'une réhospitalisation en cas de nécessité.

Marie-Josée BERTRAND,
Cadre supérieur de santé
du Pôle Femme-Enfant,
Hôpital Simone Veil

Le dossier d'autorisation déposé en début d'année a reçu un avis favorable conclu lors d'une visite de conformité en avril dernier.

Ce suivi à domicile permet aux jeunes mamans qui le souhaitent et qui satisfont aux critères très précisément définis, de quitter l'établissement seulement 3 ou 4 jours après l'accouchement. Les patientes sont informées des modalités de fonctionnement de la structure lors des visites pré-natales, puis lors de leur admission.

Ce service de prise en charge personnalisée à domicile, est assuré par les sages femmes de l'Etablissement et offre un réel avantage en terme de qualité et de sécurité des soins. De plus, la coordination avec le médecin traitant est garantie par l'envoi systématique d'un courrier dès la sortie de la structure d'hospitalisation.

Cette organisation permet d'assurer un suivi physiologique comme pathologique du post partum des accouchées et des nouveau-nés, la réalisation de soins pédiatriques et obstétricaux continus et coordonnés. La structure fonctionne de 08h30 à 18h00 et intervient sur l'aire géographique de

Depuis plusieurs années par souci d'efficacité, le système hospitalier est amené à réfléchir à des alternatives à l'hospitalisation tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins. C'est dans cette perspective que vient de s'ouvrir le service de HAD Obstétrique de l'Hôpital Simone Veil. Mais si cette création est toute récente, l'activité de soins à domicile des accouchées et des nouveau-nés a l'Hôpital Simone Veil a pourtant débuté en 1994. En effet, depuis maintenant 13 ans, le service de gynécologie-obstétrique a organisé un suivi à domicile, assuré par 1 puis 2 sages femmes, permettant des sorties précoces après l'accouchement.

Visant à officialiser l'activité existante, la demande de création d'une unité HAD de suites de couches s'inscrivait donc :

- dans les objectifs du service de maintenir le niveau de qualité de soins dans un contexte d'activité croissante et de saturation de ses capacités d'accueil.



Prise en charge par les services de cardiologie CHG et PSPH d'Île-de-France des syndrômes coronariens aigus ST+



Dr Simon Cattan,
CHI Le Raincy-Montfermeil

La Région Île-de-France est dotée de 41 centres de cardiologie interventionnelle et de 55 USIC pour une population de 12 millions d'habitants.

L'ARH d'Île-de-France a mis en place depuis plusieurs années, deux registres : ESTIM (évaluation des stratégies thérapeutiques dans l'infarctus du myocarde) et CARDIO-ARHIF, permettant l'évaluation des pratiques professionnelles des centres de cardiologie interventionnelle en Île-de-France.

Les données de ce registre sont disponibles sur le site internet de l'ARH d'Île-de-France. C'est à partir de ces données que nous avons évalué l'activité des services de cardiologie des Hôpitaux généraux et PSPH dans la prise en charge des syndromes coronariens aigus avec sus décalage permanent du segment ST.

Le registre ESTIM :

Le registre a inclus l'ensemble des syndromes coronariens aigus avec sus décalage du segment ST pris en charge en pré hospitalier par les 5 SAMU de la région Île-de-France. Sont totalisés, outre les données démographiques, l'heure du début de la douleur, l'heure de prise en charge par le SAMU, le mode de reperfusion (thrombolyse ou angioplastie primaire), l'heure d'arrivée dans le centre de cardiologie interventionnelle,

l'heure de ponction de la coronarographie, l'heure de passage du guide en cas de réalisation d'une angioplastie coronaire, enfin les données de morbi-mortalité hospitalière de cette prise en charge par le service de cardiologie interventionnelle.

Pour l'année 2005, sur les 1262 SCA ST+, 42% des SCA ST+ patients sont pris en charge par les 17 centres CHG PSPH, 33% le sont par les 9 CHU, et 25% le sont par les 15 centres privés (Tableau I).

Le registre CARDIO ARHIF :

Les 41 centres de cardiologie interventionnelle de la Région Île-de-France, participent à un registre d'évaluation des pratiques professionnelles. Sont colligés tous les actes diagnostiques et interventionnels avec leurs données démographiques, cliniques, angiographiques, procédurales, ainsi que les événements cliniques et les complications qui s'y rapportent.

3472 SCA ST+ de moins de 24h ont été inclus dans ce registre, sur un nombre total d'angioplasties de 22764 actes en 2005. On peut déjà identifier que 44% des SCA ST+ sont pris en charge par le SAMU et 56% se présente directement au SAU de l'établissement. On peut également noter que les SCA ST+ de moins de 24h représentent 15% de l'activité des centres de cardiologie interventionnelle.

1329 (38%) SCA ST+ sont pris en charge par les CHG-PSPH, 999 (28%) sont pris en charge par les CHU, et 1444 (32%) par les centres privés (Tableau II).

Il est par ailleurs intéressant d'analyser la ventilation de la prise en charge des SCA en fonction du volume d'activité du centre receveur (Tableau III).

216 (6%) des SCA ST+ sont adressés dans les centres de cardiologie

interventionnelle dont l'activité est inférieure à 250 actes par an, 775 (23%) le sont dans des centres dont l'activité est comprise entre 250 et 400 actes par an et 2481 (71%) dans des centres à l'activité supérieure à 400 actes par an.

CONCLUSION

Les services de cardiologie CHG-PSPH représentent le plus important maillon de la prise en charge des SCA ST+ (42% des patients pris en charge en pré hospitalier, 38% de l'ensemble des SCA ST+ inférieur à 24 h) de la Région Île-de-France.

Essentiellement concentré sur les départements de la petite ou la grande couronne, ils assurent leur mission de proximité.

La remise en cause des centres de cardiologie interventionnelle dont l'activité est inférieure à 400 actes par an, posera le problème de la prise en charge d'environ 30% des SCA avec sus décalage du segment ST de la région. Cette analyse quantitative de l'activité devra être complétée par une analyse qualitative, dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Tableau I : Registre ESTIM 2005 - Centres receveurs des SCA ST+ pris en charge en pré hospitalier par les SAMU

	CHU	CHG-PSPH	PRIVÉ
Total : 1562	520 (33%)	648 (42%)	394 (25%)
Nombre de centres : 41	9	17	15

Tableau II : Registre CARDIO ARHIF 2005, prise en charge des SCA ST+

	CHU	PSPH-CHG	PRIVÉ
Total : 3472	999(28%)	1329(38%)	1144 (32%)
Nombre de centres	9	17	15

Tableau III : Prise en charge des SCA en fonction du volume d'activité du centre Releveur

	CHU	CHG-SPH	PRIVÉ	TOTAL
< 250	52	128	36	216 (6%)
250 à 400	12	632	131	775 (23%)
> 400	935	569	977	2461 (71%)
TOTAL	999	1329	1144	3472

Urgences ambulatoires



Dr François Venutolo,
Anesthésiste-Réanimateur
Chef de service de chirurgie ambulatoire
CH de Gonesse

L'ouverture de la chirurgie ambulatoire au CH de Gonesse a eu lieu le 25 novembre 1996.

Cette unité fonctionnelle a été associée à l'unité fonctionnelle de consultations externes de chirurgie et l'ensemble est devenu un service avec nomination d'un chef de service anesthésiste-réanimateur.

La montée en charge de l'activité s'est faite de façon très progressive, liée à un financement des hôpitaux publics encore axé sur le prix de journée et donc trop peu incitatif sur le plan tarifaire.

Une prise de conscience des chirurgiens sur un transfert d'activité vers un mode ambulatoire ayant pour conséquence, à moyen terme, une baisse potentielle des capacités d'accueil en hospitalisation n'a pas été un facteur favorable à un démarrage audacieux.

Dix années plus tard, les conditions de financement nouvelles liées à la Tarification A l'Activité, conjointement à une évolution des bonnes pratiques professionnelles, le service de chirurgie ambulatoire a eu des demandes de plus en plus fréquentes de prise en charge de patients chirurgicaux se présentant dans un cadre « d'urgence ». Le SAU et certains chirurgiens nous ont donc

proposé de prendre en charge ces patients. Devant l'augmentation de ces demandes, il paraissait impératif de structurer dans l'intérêt de tous, cette filière de soins.

Le contexte

Général : L'objectif de notre tutelle en matière de chirurgie publique est de renforcer la part d'alternative à l'hospitalisation traditionnelle en développant une chirurgie ambulatoire substitutive.

De plus en plus, les patients sont demandeurs d'une hospitalisation de très courte durée, conscient de la qualité de la prise en charge associée.

Localement : Ce projet s'intègre dans le projet médical et la perspective de fonctionnement dans le « nouvel hôpital » prévu en 2012.

Les constats

L'impossibilité d'avoir une organisation efficiente pour la prise en charge de patients relevant d'une pathologie chirurgicale légère (se rapprochant de la classification U3, cf. annexe), mais « urgente », à traiter sous contrôle anesthésique implique, de fait, une hospitalisation bloquant des lits de chirurgie, obligeant à des transferts de patients relevant de notre territoire de santé et ayant des pathologies lourdes. Il en résulte une réponse parfois non adaptée à notre mission de soins.

Modélisation d'organisation et objectifs

La modélisation d'organisation pour une prise en charge sur un mode ambulatoire, de patients nécessitant une intervention chirurgicale sous un mode anesthésique variable, en programmation rapide intègre les différents aspects nécessaires à la mise en place de cette prise en charge en partant de l'état des lieux de l'ambulatoire dans l'EPS jusqu'à une proposition de mise en place avec les équipes médicales et de soins.

Cette méthodologie se doit d'être applicable dans tous les centres hospitaliers pratiquant de l'ambulatoire, avec des adaptations à la marge, liées aux habitudes, aux dispositions géographiques des locaux et au niveau

d'expérience de la pratique de la chirurgie ambulatoire.

Les objectifs sont multiples :

- Éviter une occupation non rationnelle des lits de chirurgie par des patients relevant d'une pathologie compatible avec un traitement sur un mode ambulatoire.

- Répondre à la demande du SAU pour l'hospitalisation de patients « lourds » de chirurgie, réduisant de fait le temps d'attente de ces patients au SAU.

- Répondre aux souhaits de l'ARH IF dans le cadre du développement des filières de prise en charge des malades non programmés et d'améliorer les difficultés d'orientation.

- Proposer une méthodologie de mise en place de la prise en charge de malades « urgents » quel que soit le site, en respectant les règles de bonne pratique relative au mode ambulatoire, à la chirurgie, à l'anesthésie et en conformité avec la déontologie.

Les contraintes :

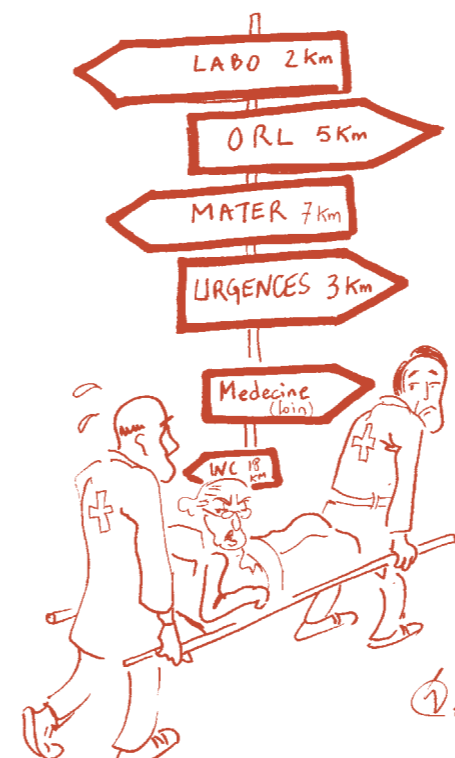
Réglementaires : rester dans le cadre des bonnes pratiques de la chirurgie ambulatoire.

Techniques : gérer de façon optimale les plages opératoires en temps réel.

Humaines : accompagner ce changement dans une démarche d'amélioration de la prise en charge des patients, en évitant des déséquilibres de « pouvoir » entre les différents acteurs.

Problématique

Il faut arriver à concilier les exigences de la chirurgie ambulatoire et les contraintes liées à une programmation rapide. Les exigences de la chirurgie ambulatoire sont clairement précisées dans les définitions de l'I.A.A.S. Les interventions chirurgicales, où diagnostiques, lourdes comme on les pratique dans les hospitalisations traditionnelles pourraient, dans la plupart des cas, être accomplies en toute sécurité sans une seule nuit d'hospitalisation.



ÇA, POUR DE L'AMBULATOIRE
C'EST DE L'AMBULATOIRE...

La chirurgie ambulatoire est par ailleurs bien adaptée aux interventions qu'il est souhaitable de ne pas pratiquer dans les cabinets médicaux.

La conférence de consensus des 22, 23 et 24 mars 1993 à Paris précise le périmètre de la chirurgie ambulatoire.

« Par chirurgie ambulatoire on entend des actes chirurgicaux et où d'exploration programmés et réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivi d'une surveillance post opératoire prolongée permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission ».

On remarque que l'« urgence » est alors exclue. Aujourd'hui, il paraît concevable de pouvoir introduire de façon adaptée des patients en programmation rapide dans un programme réglé de chirurgie ambulatoire. Il conviendra donc de transformer un flux d'urgence pour l'intégrer de façon harmonieuse dans un flux de programmation rapide.

Provenance des patients

Les patients éligibles pour ce type de prise en charge ont des origines diverses :

- Du SAU de chirurgie durant les heures d'ouverture du service de soins ambulatoires ou en dehors de ces heures.
- Du service des consultations externes chirurgicales.
- D'établissements de santé ne bénéficiant pas d'un plateau technique chirurgical.
- Des médecins libéraux en entrée directe.

Combien de patients sont concernés ?

Une étude faite en partenariat avec le SAU basée sur les données informatisées URQUAL permet d'évaluer le nombre de patients éligibles. Cette étude s'est appuyée sur les admissions par le SAU et croisée avec les

pathologies réellement traitées durant la même période en chirurgie ambulatoire. Un coefficient de minoration a été appliqué volontairement élevé (40 %). Actuellement nous traitons moins de 10% de ce potentiel.

Les ressources

La réalisation d'un tel projet ne demande aucun moyen supplémentaire humain ou matériel.

Il faut cependant proposer une organisation rigoureuse à la fois en interne (service de soins ambulatoires) et en externe (autres services pluridisciplinaires). Cette organisation doit être connue et validée par l'ensemble des acteurs, médicaux et paramédicaux. Elle doit faire l'objet d'une évaluation périodique afin de réadapter les procédures après 6 mois ou 50 patients. Ultérieurement un tableau de bord sera tenu à jour et édité de façon quadrimestrielle en harmonie avec l'EPRD.

Recettes et Dépenses**Recette directe :**

Hospitalisation de jour en chirurgie ambulatoire, valorisation de la T2A, forfaits SE.

Recette indirecte :

Bénéfice de la non hospitalisation sur

un plan hôtelier. Potentielle hospitalisation dans ce lit d'un patient générant un GHS plus important.

Surcoût :

Temps médical du coordinateur de l'UCA, à priori négligeable, pris sur une marge de disponibilité.

Les risques :**Juridiques :**

Ne pas être en mesure de prouver que ce mode de prise en charge ne s'accompagne pas de toutes les conditions de sécurité pour le patient et de bonnes pratiques professionnelles.

Financiers :

Aucun risque.

Médicaux :

Perte de temps médical en cas de mauvaise compréhension des process.

Quelle méthodologie pour la mise en place ?

Bilan de l'existant

Le recensement des plages opératoires libres sur l'ensemble des plateaux techniques chirurgicaux, validés par le Conseil des Blocs Opératoires, l'analyse de typologie du patient pouvant bénéficier de ce mode de prise en charge, en distinguant à la fois leur provenance, urgences générales, consultations externes, médecine, autres centres hospitaliers, etc. ... mais également lors de leur heure d'arrivée, en particulier aux urgences.

Evaluation de l'offre des PTO :

Un tableau doit être réalisé sur la base d'une saisie quotidienne des paramètres horaires des interventions en s'appuyant sur les recommandations de la MEAH. Il ne tient pas compte de l'activité de garde qui sera traitée indépendamment.

Analyse des cas traités sur une année :

Jour de la semaine : tous les jours sont représentés.

Heure bloc : les heures d'entrée en salle sont en fin de matinée ou début d'après midi, ce qui est en adéquation avec le circuit du patient et les possibilités d'une UCA qui programme les patients à partir du début de matinée. (...)

L'hôpital SIMONE VEIL, Groupement Hospitalier Eaubonne-Montmorency s'engage dans le projet Équipage

Le Projet « Équipage » : une nouvelle approche de la MeaH

La Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MeaH), dirigée par Mme Elisabeth Beau, a été créée en mai 2003 dans le cadre du Plan Hôpital 2007. Rattachée au Ministère de la santé (DHOS), elle aide les établissements de santé publics et privés à améliorer leur organisation pour la qualité du service rendu au patient prioritairement, mais aussi pour améliorer les conditions de travail des personnels et développer l'efficacité économique.

Aujourd'hui, l'Hôpital doit faire face à des attentes croissantes en matière de qualité des soins tout en maîtrisant les dépenses, dans un environnement très contraint et en évolution quasi-permanente.

Différentes thématiques ont d'ores et déjà été étudiées par les équipes de la MeaH en collaboration avec plus de 450 établissements hospitaliers (850 chantiers dont le dossier patient, le temps de travail médical, la restauration, les urgences ...) offrant ainsi aux établissements qui le souhaitent de véritables "boîtes à outils" pour résoudre leurs problèmes organisationnels. Cependant, l'expérience a prouvé que l'offre d'appui thématique, bien que très précieuse, offrait une réponse imparfaite aux établissements, qui, pour la plupart, voyaient leur réorganisation porter sur plusieurs thèmes.

Afin de palier le manque d'approche globale et transversale, la MeaH a donc conçu un nouveau dispositif de déploiement intégré, dénommé "Projet Équipage", supervisé par M. David Le Spégnage, de la MeaH, qui doit permettre d'aider l'établissement partenaire dans sa réorganisation en le dotant de compétences internes. Ce projet sera expérimenté en 2008 dans seulement 3 établissements au niveau national, et l'Hôpital Simone Veil, Groupement Hospitalier Eaubonne-Montmorency sera le premier d'entre eux.

L'Analyse Stratégique

Le Conseil Exécutif, assisté d'un Consultant Meah spécialisé en conduite de changement, définit les chantiers sectoriels et transversaux stratégiques qui vont être entrepris sous l'égide du projet et faire partie intégrante du programme qualité pluriannuel 2008-2011.

Un travail approfondi d'analyse stratégique a été réalisé en octobre avec la contribution plus d'une vingtaine d'acteurs clés de l'Hôpital Simone Veil (Direction, Présidente de la CME, Praticiens Responsables de Pôles, Chefs de services, PH, DSO, Cadres de Santé, Responsables des fonctions supports, ...).

Une grille de lecture intégrant des indicateurs spécifiques (amélioration de la T2A, réduction des coûts, qualité des soins, qualité des conditions de travail des soignants, ...) identifiant la contribution attendue des 22 projets potentiels à l'atteinte des objectifs stratégiques de l'Hôpital, a permis de mettre en valeur les thématiques prioritaires suivantes :

- l'accueil et la prise en charge au SAU, pour diminuer notamment les temps d'attente et faciliter les conditions d'hospitalisation,
- l'optimisation du fonctionnement du bloc opératoire en réponse aux besoins,
- la réorganisation et le développement des consultations externes médico-chirurgicales pour toutes les disciplines médicales.
- le temps de travail médical et le temps de travail paramédical

D'autres thèmes sont actuellement en cours d'évaluation par le Conseil Exécutif et compléteront cette démarche.

Le Chef de Projet Equipage

Les missions de réorganisation identifiées par le Conseil Exécutif sont pilotées par un "Chef de Projet Equipage", véritable consultant interne dans l'Hôpital. Celui-ci apporte son appui technique aux responsables des activités concernées, fournissant des élé-

ments de méthode, informant sur les bonnes pratiques en matière d'organisation hospitalière, mettant en place des outils de gestion de projets, accompagnant la mise en oeuvre des changements décidés, et participant enfin, à l'évaluation des résultats.

L'Hôpital Simone Veil (Groupement Hospitalier Eaubonne-Montmorency), dirigé par Madame Martine Ladoucette, a donc accueilli début septembre Monsieur Marc Obadia, Chef de Projet Equipage et Chargé de Missions auprès du Conseil Exécutif.

Marc Obadia a une double formation d'Ingénieur ENSA et de Manager (DEA de gestion, executive MBA HEC) et a 25 ans d'expérience dans les domaines de l'organisation, du management et de l'accompagnement de dirigeants.

Le mode de fonctionnement du dispositif

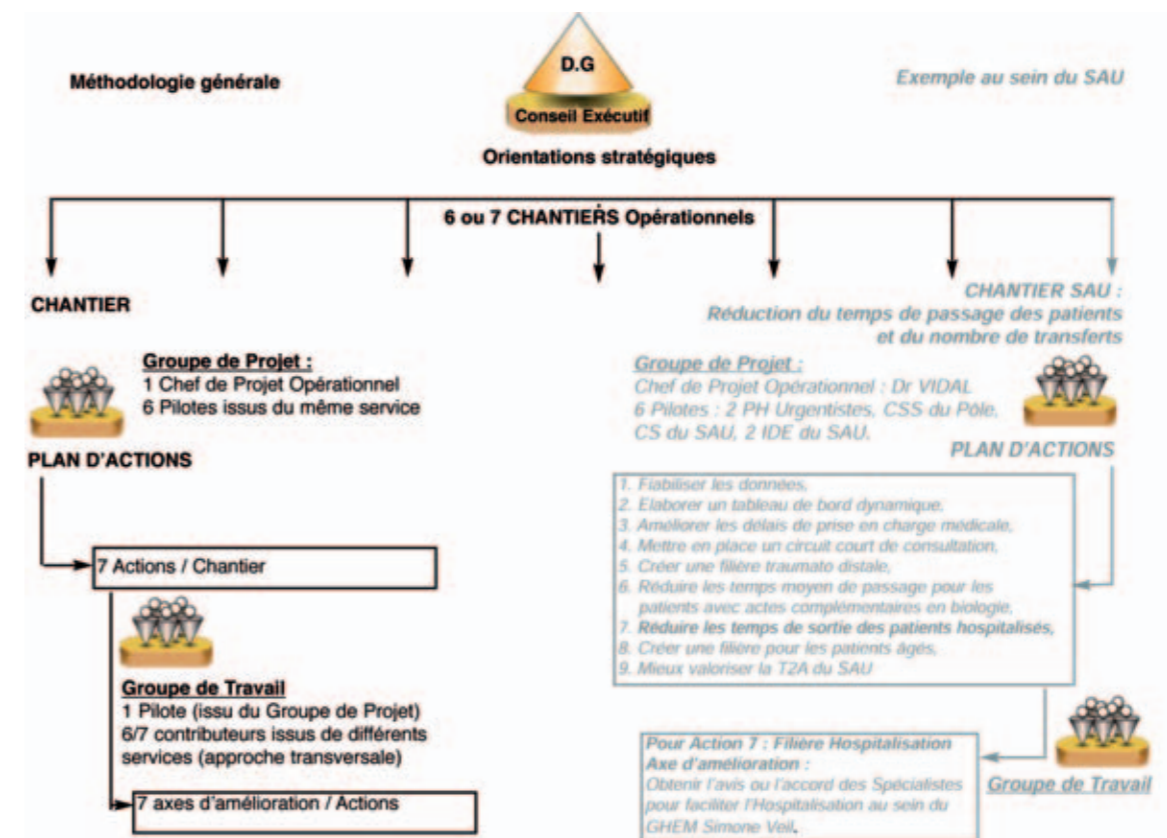
Il a été mis en place un dispositif qui favorise l'appropriation du projet par le plus grand nombre de contributeurs, la transversalité entre services et l'essaimage des bonnes pratiques au sein de l'Hôpital.

La méthode préconisée facilite les changements de comportements en impliquant et en responsabilisant les acteurs de terrain qui doivent vivre (et non subir) le changement.

L'un des points forts de la démarche équipage est l'accent mis sur la phase d'accompagnement de la mise en oeuvre des actions d'amélioration.

En effet, le temps consacré à la partie diagnostic est volontairement réduit afin que le chef de projet équipage puisse se consacrer pleinement à l'accompagnement des acteurs concernés durant les 2 ans de sa mission.

Le chef de projet équipage est, notamment, un «homme ressource» qui apporte aux contributeurs une «boîte à outil personnalisée», des méthodes et des supports spécifiques au sujet traité. Le Consultant élabore des



dossiers thématiques à l'attention de chaque pilote des groupes de travail et contribue activement à la préparation et au débriefing des réunions.

Une montée en compétences sur des thèmes spécifiques est prévue (ex. formation interne sur la gestion de projet). La gestion du temps sera ainsi optimisée (les responsabilités professionnelles du contributeur restant prioritaires).

Des «boucles courtes» seront favorisées afin de permettre d'obtenir des résultats tangibles et rapides pour maintenir le niveau d'engagement («les petites victoires des petits pas»)

L'Organisation des Chantiers d'amélioration

Pour un Chantier donné, identifié et sélectionné par le Conseil Exécutif, qui agit en tant que Comité de Pilotage, un Groupe Projet est formé sous l'égide du Chef de Projet Opérationnel assisté par le Chef de Projet Equipage.

À partir du diagnostic réalisé par le Chef de Projet Equipage, le Groupe Projet élabore un Plan d'Actions.

Chaque membre du Groupe Projet devient le Pilote d'une action et constitue alors un Groupe de Travail spécifique dédié à cette action.

Ce Groupe de Travail est constitué par des contributeurs (généralement issus de différents services) qui déterminent et mettent en oeuvre les actions d'amélioration du Groupe concerné.

Ainsi, on estime à près de 340 le nombre de contributeurs qui seront impliqués à un moment donné dans le Projet Equipage, ce qui en fait un véritable projet d'entreprise.

Le chantier "Equipage" au sein du SAU

Afin d'illustrer cette méthodologie théorique, citons le premier chantier d'ores et déjà amorcé dans le cadre du Projet Equipage au sein du SAU : "Réduction du temps de passage des patients et du nombre de transferts".

Le Chef de Projet Opérationnel est le

Dr Vidal, Chef de Service. Le Groupe Projet du SAU a défini 9 Actions prioritaires et, pour chaque Action prioritaire, 6 ou 7 Axes d'amélioration (cf. schéma ci-dessus).

En conclusion

La force du projet Equipage est donc de pouvoir, grâce à l'appui du Conseil Exécutif, mettre en oeuvre une démarche transversale au sein de l'établissement afin, notamment, de contribuer au **décloisonnement des Pôles**. Le projet Equipage est le «bras armé» du Conseil Exécutif pour accompagner les améliorations identifiées par celui-ci comme prioritaires dans un cadre stratégique.

Ce projet transverse, fédérateur et mobilisateur, contribue activement aux projets stratégiques de l'Hôpital Simone Veil qui sera ainsi en mesure de faire face à de nouveaux challenges comme celui de **défendre sa place dans le territoire de santé**.

Marc Obadia,
Chargé de Mission, Hôpital Simone Veil

Rencontre entre le Resah d'IDF et une délégation du Québec

Semaine du 1^{er} au 5 octobre 2007 : Rencontre entre le Réseau des Acheteurs Hospitaliers d'Île-de-France (Resah-Idf) et une délégation de responsables de l'approvisionnement en commun du réseau de la santé et de services sociaux du Québec



Le Resah-Idf a accueilli durant la semaine du 1^{er} au 5 octobre 2007 une délégation d'acheteurs hospitaliers et de représentants du ministère de la santé du Québec venue présenter le mode de fonctionnement et leur expérience des groupements de commandes. Cette rencontre a aussi été l'occasion de créer des liens d'échange, de coopération et de benchmarking entre les responsables du Resah-Idf et ceux de l'approvisionnement en commun du réseau de la santé et de services sociaux du Québec. Les achats hospitaliers pour l'ensemble de la province de Québec représentent, en effet, un volume d'environ 4 milliards de dollars canadiens comparable à celui de la totalité des hôpitaux publics d'Île-de-France et font l'objet d'une forme de mutualisation proche de celle choisie par le Resah-Idf.

Lors de cette semaine ponctuée notamment par la participation aux deuxièmes Rencontres Inter-Régionales de l'Achat Hospitalier au CHU de Toulouse le 2 octobre, de nombreuses conférences, et la visite d'établissements Hospitaliers franciliens comme le CHNO des Quinze Vingts, les hôpitaux de Saint Maurice, et le CH



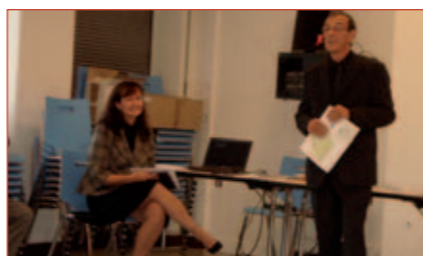
Deuxièmes Rencontres Inter-Régionales de l'Achat Hospitalier au CHU de Toulouse le 2 octobre 2007

de Saint Denis, les échanges se sont révélés très fructueux et promis à un bel avenir.

En effet, suite à ces discussions, le Resah-Idf, la Coopérative des services regroupés en approvisionnement et la Corporation d'approvisionnement Laurentides-Lanaudière ont décidé de mettre en place des liens de coopérations réguliers notamment dans les domaines suivants :

- Stratégies à mettre en œuvre pour contrer les monopoles
- Échanges d'expertise sur des dossiers communs
- Développement de systèmes d'informations spécialisés dans la mutualisation des achats
- Méthodes d'analyse et de sélection des fournisseurs (grilles d'analyse multicritères)
- Benchmarking de prix

Constatant par ailleurs qu'il était nécessaire que les acheteurs du domaine de la santé s'associent pour construire ensemble de nouvelles stratégies d'achat pour faire face à la mondialisation des marchés, il a été décidé à cette occasion de créer l'Association Internationale des Acheteurs et Approvisionneurs Publics de la Santé (ASSIAPS). Cette association, à laquelle pourront adhérer les personnes physiques ou morales intéressées, organisera les 10 et 11 septembre 2008 à Trois-Rivières (Québec), un premier symposium regroupant les acheteurs hospitaliers de pays ou provinces francophones (Belgique, France, Québec, Suisse, etc..)



Réunion de présentation de la délégation québécoise le 1^{er} octobre 2007, au CHNO des Quinze-Vingts
De gauche à droite :
Nathalie CHARTIER, Directrice Générale de la Corporation d'approvisionnement en commun Laurentides/Lanaudière
Serge BOURGOUIN, Directeur Général de la Coopérative des Services Regroupés en Approvisionnement (CSRA) de la Mauricie et du Centre du Québec

et s'articulant autour des 3 thèmes suivants :

- Sommes nous si différents ?
- Pouvons nous mettre en concurrence de la même façon ?
- Qu'avons nous à partager ?

Ce symposium, à la préparation duquel le Resah-Idf sera associé, coïncidera avec le 400^e anniversaire de la fondation de la ville de Québec.

Pour toute information complémentaire, il vous est possible de retrouver le dossier complet de cette semaine d'échange sur le site Internet du Resah-Idf :

<http://www.resah-idf.com>, dans la rubrique événement et revue de presse.

Damien Guillaucq,
Chargé de mission au Resah-Idf



Hôpital National de Saint Maurice, le 4 octobre 2007
De gauche à droite :
Jean BRAGAGNOLO, Directeur général du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
Raymond BEAUPRE, Directeur général du centre de santé et services sociaux de Bécancour/Nicolet/Yamaska
Gérard COTELLON, Directeur adjoint du CH de Grosse Pointe & Permanent régional de la FHF Ile-de-France

Achats hospitaliers : le Québec joue regroupé

Invitée par le réseau des acheteurs hospitaliers franciliens (RESAH-IDF), une délégation québécoise est venue en France exposer les pratiques « d'approvisionnement » en usage dans la Belle Province. Création d'entités spécialisées pour porter les groupements de commande, organisation régionale, calendrier concerté des appels d'offres : de quoi donner des idées à l'hexagone.

Si les hôpitaux français peuvent se targuer d'une longue tradition de groupements de commande, le Québec a quand même une longueur d'avance en ce qui concerne la pratique et les structures. Depuis 1968, les établissements de santé de la Belle Province, confrontés à un phénomène de concentration (on n'en compte plus que 295 actuellement), ont choisi de regrouper leurs achats. À partir de 1993, des agences régionales d'approvisionnement ⁽¹⁾, entités autonomes sans but lucratif, « propriétés » des adhérents du groupement, voient le jour. Actuellement au nombre de 11 pour l'ensemble du Québec, elles sont mandatées pour organiser et faciliter la « négociation », autrement dit la mise en concurrence chez nos cousins d'Outre-Atlantique, venus expliquer, début octobre, leurs us et coutumes à leurs confrères français, à l'invitation du réseau des acheteurs hospitaliers franciliens (RESAH-IDF). Appelées « coopératives » ou « corporations » en fonction de leur statut, ces agences, qui s'autofinancent ⁽²⁾, sont progressivement montées en puissance, jusqu'à représenter 80% des commandes des établissements de santé. Elles supervisent l'acte d'achat de la définition du besoin jusqu'à l'octroi du contrat. Formées d'équipes légères (2 à 15 personnes), les groupements prennent la peine d'associer tous les acteurs de la chaîne, experts ou utilisateurs. Chaque dossier est d'ailleurs piloté par un « parrain », spécialiste d'un établissement, reconnu par ses pairs, et capable de privilégier l'intérêt général plutôt que le seul intérêt de son site. Les groupements ne se sont pas contentés de décrocher des ristournes. Progressivement, ils ont rationalisé ce qui était possible de l'être dans la chaîne d'approvisionnement. La distribution des produits a par exemple été centralisée : un seul fournisseur

est chargé de livrer l'ensemble des commandes.

Séquencez les appels d'offres

Le Québec, avec sa formule régionale, a, semble-t-il, trouvé le juste équilibre entre massification, génératrice d'économies, et le maintien d'une « saine » concurrence. La question de la pertinence d'une agence pour l'ensemble de la province s'est naturellement posée. Mais à en croire Serge Bourgoïn, directeur général de la coopération des services regroupés en approvisionnement de la Mauricie et du Centre-du-Québec, le niveau régional recèle pas mal d'avantages. Celui notamment de rester proche du besoin des utilisateurs. « On ne recherche pas seulement la meilleure économie monétaire. Notre travail est de fournir le meilleur produit qui corresponde au besoin réel du membre du groupement. Dans notre secteur, on ne joue pas avec les humains. » L'option régionale semble aussi satisfaire les entreprises. Un seul appel d'offres provincial risque de réduire la concurrence à la portion congrue. « La bouchée peut être trop grosse pour les fournisseurs », assure Nathalie Chartier, directrice générale de la coopération d'approvisionnement des Laurentides-Lanaudière. Ce qui n'empêche par les 11 agences de coopérer intelligemment. Réunies au sein d'une conférence provinciale (CPAC), elles se concertent notamment pour planifier leurs « vagues » d'achat et éviter de lancer plusieurs consultations au même moment. Cette excellente technique permet qu'une société ne rafile la mise et exacerbe la concurrence. Les perdants de la première consultation seront ainsi revanchards à l'occasion du 2^{ème} appel d'offres, et ainsi de suite.

Les groupements élargis dans la prochaine législation du Québec

En tout cas, le bilan est suffisamment positif pour que le gouvernement provincial ait pris la peine d'élargir les possibilités de groupements. Sa nouvelle législation des marchés publics - qui devrait entrer en application au printemps 2008 - autorise les groupements d'achats entre différentes personnes publiques (hôpitaux, secteur de l'éducation, municipalités, ministères), ce qui n'était pas le cas jusqu'ici. Durant leurs exposés, les

délégués québécois ont insisté sur plusieurs éléments clefs de la réussite des groupements de commande hospitaliers. Au premier rang desquels la nécessaire confiance réciproque. « Ce n'est pas naturel de faire des affaires avec les autres », a rappelé Serge Bourgoïn. L'indispensable soutien des directions générales a également été martelé. « Il faut une croyance dans l'intérêt de tous », a poursuivi l'approvisionneur québécois. Un discours relayé par Jean Bragagnolo, DG du centre hospitalier régional de Trois-Rivières. « La démarche n'est pas altruiste : le groupement nous apporte de la valeur ajoutée, de l'expertise, et nous permet de regarder les bonnes pratiques. On a toujours l'illusion d'être le meilleur. » Un retour d'expériences qui nourrira utilement, sans nul doute, l'actuelle réflexion hexagonale. Comme on dit au Québec, « je me souviens ».

Jean-Marc Binot,
© achatpublic.info

⁽¹⁾ Au Québec, le terme d'approvisionneur est utilisé pour la personne qui gère de manière transversale l'ensemble du processus d'acquisition, alors que le terme d'acheteur, plus limitatif, fait avant tout référence à la personne qui se charge stricto sensu de la commande.

⁽²⁾ Parmi les recettes de l'agence figure par exemple une contribution que doit verser chaque entreprise attributaire d'un marché.



Réussir ensemble le volet système d'information du Plan Hôpital 2012



Denis Ducasse

Chef de bureau en charge du Système d'Information Hospitalière - Hôpital 2012 DHOS - Ministère de la santé

Souvent, et parfois à tort, les systèmes d'information hospitaliers (SIH) sont associés dans notre pays à des qualificatifs peu flatteurs : archaïques, peu adaptés aux besoins des hospitaliers et de la prise en charge des patients, coûteux, peu évolutifs et ouverts sur leur environnement... etc.

Les réformes aux multiples facettes qui ont touché l'hôpital depuis quelques années ont conduit à une première dynamisation des SIH, et modifié ainsi la perception dans leur enjeu vers un rôle plus stratégique. Pour autant, la capacité des SI des établissements de santé à accompagner les évolutions de l'hôpital et à répondre aux attentes sociétales en termes de qualité, de sécurité et d'efficacité des soins reste insuffisante.

L'ambition des pouvoirs publics, au moyen du Plan Hôpital 2012, est de progresser de manière significative dans le sens d'un meilleur usage des technologies de l'information dans le cœur de métier de l'hôpital, c'est à dire les processus de soins.

Les leçons tirées du Plan Hôpital 2007

Le Plan Hôpital 2007, lancé par l'Etat, avec le soutien de la Mission nationale de l'investissement hospitalier (MAINH), visait la relance des investissements hospitaliers, plus dans le domaine immobilier que dans le domaine des SIH. Au total, plus de 400 opérations de système d'information ont été financées, représentant environ 290 millions d'euros. Du fait de la faiblesse et la dispersion des

montants investis (3% du montant total des opérations d'investissement), les résultats n'ont pas été toujours tangibles.

Les établissements ont remonté un certain nombre de difficultés de mise en œuvre. La complexité des projets à maîtriser dans un contexte d'évolution réglementaire forte, le manque de ressources métier, tant en termes de maîtrise d'ouvrage qu'au niveau du corps médical et soignant, et, en face, du côté de l'offre, un marché en cours de restructuration (rachats, fonctionnalités en cours de développement, ...) ont constitué autant d'obstacles. Face à ce retour d'expérience du Plan Hôpital 2007, il était nécessaire non seulement d'accroître l'effort national de financement, mais aussi infléchir les approches des investissements en SIH.

Un effort de méthode pour une nouvelle ambition

L'objectif pour le volet système d'information du nouveau Plan Hôpital 2012 est de promouvoir des projets efficaces, reproductibles et de créer une dynamique de succès.

La coopération des maîtrises d'ouvrage, le partage des outils ou des méthodes sont également encouragés, la mutualisation des ressources étant une condition de réussite, notamment dans les petits et moyens établissements. Outre l'impératif d'efficacité économique et fonctionnelle des projets, l'accent est mis sur la gestion. La modernisation des SIH doit être associée à une réorganisation des processus de l'hôpital. Les projets quant à eux doivent être menés selon des méthodes de conduite de projet adaptées à la nature de l'opération, et associer l'ensemble des professionnels hospitaliers concernés.

Au niveau de l'ARH et de la DHOS, les modalités d'instruction et d'analyse des dossiers reposent sur des critères exigeants en termes financiers, organisationnels et d'ingénierie de projet.

Cet effort de rigueur à tous les niveaux, peut être perçu comme contraignant, mais il vise à favoriser l'atteinte de résultats à la mesure des moyens financiers engagés.

Les SIH, une priorité du Plan Hôpital 2012

Sur un plan d'investissement estimé à

10 milliards, il est demandé aux agences régionales de l'hospitalisation de consacrer aux SIH une proportion minimale de 15 % des plans régionaux, soit 1,5 milliard d'euros au total.

La montée en charge du volet SIH du plan H2012 sera progressive. La répartition des crédits s'effectuera en deux tranches. La première, en 2008, comporte l'effort de soutien sur les SIH, elle est au moins de 10 % et équivaut à 250 000 000 €. Pour la seconde, en 2009, il est prévu un taux plancher de 20 % pour les SIH soit 500 000 000 €

De même, le calendrier de remontée et d'instruction des dossiers donne du temps aux établissements pour élaborer des projets robustes : trois fenêtres, contre deux pour les projets immobiliers.

Le financement, à titre exceptionnel et temporaire, de dépenses de conduite et la mise en œuvre des projets témoignent de la volonté d'accompagner les établissements dans les différentes composantes de leur projet et de leur permettre de mobiliser les compétences internes et externes indispensables.

Des outils d'aide à la décision d'investissement au cœur d'un dialogue de gestion entre les établissements et les ARH.

Il a été demandé à la Mission nationale de l'investissement hospitalier (MAINH) de concevoir un outil d'aide à la décision d'investissement SIH pour aider les établissements dans leur construction puis leur gestion de projet et les ARH dans l'analyse des dossiers.

Cet outil s'intègre dans une logique globale d'évaluation et de recherche d'amélioration de la qualité et de la performance. La MAINH mettra ainsi en œuvre des outils de suivi des projets et de leur financement, de même qu'un observatoire des coûts des projets informatiques.

La mise en œuvre d'un dispositif de connaissance des SIH, à l'instar de ce qui a été récemment fait en Ile de France, est aussi nécessaire pour mesurer les progrès réalisés à l'issue du plan et justifier la capacité collective de notre système hospitalier à répondre aux attentes légitimes de nos concitoyens.

Mise en place d'une démarche qualité concernant l'allaitement

Centre Hospitalier de Coulommiers 77 - Service de Gynéco-Obstétrique



Le pôle mère enfant du centre hospitalier de Coulommiers a débuté ce projet depuis quelques années. Des formations ont été faites régulièrement sur ce thème. L'objectif est d'améliorer la prise en charge des patientes désirant allaiter et de les soutenir dans leur projet.

Une enquête a été réalisée auprès des patientes en 2006 et un plan d'amélioration mis en place. Ce projet a été présenté dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles lors de la certification de l'établissement.

Les équipes motivées en assurent la mise en place, soutenues par leur encadrement médical et soignant ainsi que par le directeur de l'établissement.

Dans ce cadre, le pôle Mère Enfant s'est adjoint depuis 6 mois, les services d'une sage femme consultante en lactation, formatrice en allaitement maternel, experte auprès des mères et des professionnels, qui y exerce deux demi-journées par semaine.

La plupart des mères allaitantes bénéficient d'une consultation d'allaitement lors de leur hospitalisation dans le service. Elles ont aussi la possibilité d'être revues, en externe dans le service, ou à domicile après leur sortie par la Sage Femme Consultante en lactation (qui exerce également en libéral). Le relais est pris ensuite par les puéricultrices de secteur formées aussi à cette pratique et avec qui nous travaillons en réseau.

L'équipe bénéficie par ailleurs de formations en interne et travaille avec la consultante à l'évolution des pratiques sur la base des recommandations de l'HAS : Allaitement

Maternel, Processus Evaluation de juin 2006. Une nouvelle enquête avec les critères de la haute autorité de santé sera faite en 2008 pour mesurer les écarts entre les recommandations et les améliorations mises en place. Ainsi nous pourrions poursuivre notre deuxième plan d'action qualité concernant l'allaitement.



70 ans du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC)

Le centre hospitalier intercommunal de Créteil a fêté ses 70 ans les 5 et 6 octobre derniers. Ces journées étaient destinées tant aux usagers, qu'aux médecins de ville et au personnel du CHIC.

Le programme a été élaboré au travers de quatre axes abordant chacun une facette de l'évolution de l'établissement : évolution de l'architecture, évolution des technologies médicales, évolution de la prise en charge du patient et évolution des métiers.

Ces festivités ont été l'occasion d'inaugurer officiellement le nouveau bâtiment de pneumologie et de pathologie professionnelle, dernière innovation architecturale du CHIC.

Dix-sept conférences médicales se sont déroulées tout au long de ces deux journées, ponctuées de temps musicaux.



Le CHNO d'aujourd'hui et de demain

Le Centre Hospitalier National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingts est, selon le code de la santé publique, un établissement public national qui contribue à assurer en matière d'ophtalmologie les missions du service public hospitalier, c'est-à-dire non seulement les soins, mais aussi l'enseignement et la recherche, tout en conservant depuis le Roi Saint-Louis sa vocation d'hébergement des personnes aveugles ou malvoyantes.

S'agissant de la recherche en ophtalmologie, l'hôpital a déjà montré sa détermination : il a obtenu la labellisation de son CIC (Centre d'Investigations Cliniques) en 2004. Il coordonne plusieurs PHRC (programme hospitalier de recherche clinique). Il accueille un « centre de référence de maladies rares » : les dystrophies rétinienues héréditaires. Toutefois, l'allongement de l'espérance de vie impose désormais une forte mobilisation des chercheurs pour lutter contre ses conséquences, en particulier l'aggravation des altérations de la rétine, le risque de cécité après 80 ans. Le CHNO des Quinze-Vingts a décidé de relever ce défi : un bâtiment totalement dédié à la recherche sur le site de l'hôpital, « l'Institut de la Vision », sera opérationnel en janvier 2008, accueillant à la fois la recherche académique et une pépinière d'entreprises. Une unité locative permettra aux structures publiques, semi-publiques ou privées impliquées dans le domaine de la santé de se rapprocher de ce nouvel ensemble. Enfin, une résidence hôtelière accueillera les patients du CHNO, leurs familles et les chercheurs étrangers.

Les dispositions récentes de l'ordonnance du 4 septembre 2003 ont permis de lancer cette opération d'investissement dans le cadre original d'un partenariat public-privé.

Ainsi, sera créé, en plein cœur de Paris, un pôle d'excellence, à vocation nationale et internationale, dans le domaine de la vision.



ITEP 77

L'Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique 77 (ITEP) est un établissement médico-social de l'UGECAM Île-de-France.

Il accueille des enfants et adolescents présentant des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces jeunes se trouvent malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées de professionnels de la prise en charge médico-sociale et à un accompagnement personnalisé.

La prise en charge se réalise à la demande des parents et sur notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

Pour chaque enfant est mis en place un projet personnalisé d'accompagnement qui a pour objectif de lui permettre une évolution relationnelle, une intégration sociale et scolaire adaptée.

Les familles sont étroitement associées à toute décision concernant le projet de leur enfant tout au long de sa prise en charge.

L'établissement a une vocation départementale. Il a obtenu de la part de la DDASS, un agrément en janvier 2005 qui a autorisé la restructuration de l'établissement intégrant :

- La fusion de 2 Instituts de Rééducation (un au Nord à Dammartin sur Tigeaux et un au sud à Bois le Roi)
 - La transformation de ces 2 structures en un I.T.E.P.
 - Une augmentation de capacité,
 - Une diversification des prises en charge (création de sessad),
 - Une délocalisation de deux sites de Dammartin sur Tigeaux et Bois le Roi pour rapprocher les lieux de prise en charge de centres urbains
- Aujourd'hui l'ITEP 77 dispose d'une capacité d'accueil de 168 jeunes, garçons et filles âgés de 0 à 18 ans, selon quatre modalités sur différents sites au Nord et au Sud de la Seine et Marne :
- Un internat séquentiel de 24 places pour enfants de 6 à 12 ans : 16 à Coubert, 8 à Bois le Roi



- Un semi-internat de 44 places pour garçons et filles de 6 à 16 ans : 28 à St Thibault des Vignes, 16 à Bois le Roi.
- Un Centre d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS) de 20 places pour garçons et filles de 0 à 18 ans à Bois le Roi.
- Un Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD) de 80 places pour garçons et filles de 6 à 18 ans : 30 à Noisiel, 30 à Melun et 20 à Coulommiers.

Une unité d'enseignement de l'Éducation Nationale est intégrée à l'ITEP sur chacun des sites du semi internat au nord, comme au sud.

Des enseignants détachés de l'Éducation nationale interviennent également au sessad.

Le travail auprès des jeunes conjugue des interventions thérapeutique, éducative et pédagogique et des temps d'articulation entre tous les intervenants pour évaluer la réponse apportée aux besoins des enfants

Les enfants pris en charge au CAFS sont accueillis chez les assistants familiaux et accompagnés par une équipe pluridisciplinaire. Comme pour les autres modalités d'accueil, un projet éducatif, thérapeutique et pédagogique est défini pour et avec chaque enfant admis.

Le SESSAD propose un ensemble d'activités de soins, d'éducation et de soutien à la scolarité dans une dialectique de confrontation aux réalités sociale, familiale et scolaire des enfants et adolescents. Il s'agit d'une prise en charge individuelle avec un soutien de la place de l'enfant et de sa famille au sein des institutions et un partenariat avec les intervenants extérieurs.

ITEP 77 - 4, rue Jean-Paul Sartre - 77186 Noisiel
Tél. : 01 60 53 65 00 - www.ugecamidf.fr

La journée mondiale contre la douleur

Centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain-en-Laye

A l'occasion de la journée mondiale de lutte contre la douleur, le grand public était invité sur des stands d'informations tandis que les professionnels de santé ont pu participer à des ateliers pratiques. Une conférence sur le thème « Rites et cultures autour de la douleur » a clôt cette journée.



Cette manifestation était organisée pour la 3^e année consécutive afin de favoriser la rencontre et le dialogue des professionnels de santé hospitaliers et libéraux, des bénévoles et des usagers du Centre hospitalier, autour de la douleur et des moyens humains et

médicaux utilisés pour la soulager. Journaux municipaux et locaux, site Internet du Centre hospitalier, mailing, affichage dans les pharmacies et sur les sites hospitaliers, communiqué interne : le programme et ses nouveautés ont été relayés largement.

Inédits jusqu'alors, des ateliers pratiques ont été proposés aux professionnels pour se familiariser avec les techniques qui soulagent comme les postures antalgiques, la neurostimulation ou les soins de bouche, et pour assister à la démonstration d'outils comme les pompes analgésiques auto-contrôlées par les patients (voir photo) ou encore le MEOPA (mélange contenant 50% de protoxyde d'azote et d'oxygène). Comme chaque année, les hospitaliers et les bénévoles sont allés à la

rencontre des usagers au départ de stands installés sur les deux sites de Poissy et de Saint-Germain-en-Laye : le Comité de Lutte contre la Douleur, le Groupe Douleur, les Equipes Mobiles, l'Unité d'Évaluation et de Traitement de la douleur chronique rebelle, mais aussi l'Espace de Réflexion Ethique et plusieurs associations comme l'Association pour le Développement et Formation de Soins de Support et Palliatif en Yvelines, la Ligue Contre Le Cancer, les Amis Des Malades, l'Association Soins Palliatifs, et enfin, les Aumôniers.

Egalement présents, plusieurs laboratoires pharmaceutiques présentaient leurs spécialités antalgiques et leurs dispositifs médicaux contre la douleur, utilisées dans les services du Centre hospitalier : pompes analgésiques auto-contrôlées par les patients, MEOPA ...

Le soir venu, des hospitaliers et des professionnels de santé de ville ont assisté à une conférence -table ronde sur le thème « Rites et cultures autour de la douleur ». Le Dr Jean Maisondieu, psychiatre, animait cette soirée au cours de laquelle sont intervenus Brigitte Mabe, anthropologue, Arthur Dasilva, ethno psychologue et le Dr Joséphine Loteteka, médecin de l'Unité Mobile Soins Palliatifs de l'hôpital de Plaisir.



Pour en savoir plus :

Dr Marie de Beauchêne, 01 39 52 16 - Dr Laura Arassus, 01 39 27 45 23 - Dr Karine Lobjoit, 01 39 27 41 91
Centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain-en-Laye

Un tout nouveau bâtiment pour abriter 2 unités de prise en charge hospitalière et psychosociale des personnes âgées.

Hôpital Simone Veil, Groupement Hospitalier Eaubonne Montmorency

À compter d'octobre 2007, les unités PIAGET & WALLON, sont regroupées dans un tout nouveau bâtiment sur le site d'Eaubonne.

L'unité de psycho gériatrie J. PIAGET et l'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) H.WALLON, occupaient jusque là un bâtiment loin des standards actuels de confort hospitalier. Les patients et résidents disposent désormais d'une infrastructure neuve de 2 500m², dédiée à la prise en charge de pathologies psychiatriques et des troubles du comportement des sujets âgés.

Grands espaces, lumière, patio central et chambres individuelles sont les maîtres mots de ce tout nouveau bâtiment.



*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
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*