



UHRIF
HOPITAL D'ILE DE FRANCE



Hôpital

d'île de france

revue trimestrielle de l'UHRIF - N°40 - novembre 2006

dossier
**Formation médicale :
de l'ENC à la FMC**



L'invité
**Jacques
Métais**



Congrès d'automne de l'UHRIF lundi 27 novembre 2006

Palais des Arts et des Congrès, Issy-les-Moulineaux

Programme des congressistes

9h30 **Accueil** des congressistes

10h00 **Assemblée Générale Statutaire**

Approbation du rapport moral et du rapport financier

11h00 **Questions régionales d'actualité** - Interventions de :

- Monsieur Yves TAVERNIER, Président de l'UHRIF
- Monsieur Jacques METAIS, Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation
- Monsieur Benoît LECLERCQ, Directeur Général de l'AP-HP

12h00 **Questions nationales d'actualité** - Interventions de :

- Monsieur Claude EVIN, Président de la FHF
- Madame Annie PODEUR, Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

13h00 *Déjeuner*

14h30 **Actualités régionales**

Nouvelle gouvernance : quels impacts les délégations auront-elles sur les acteurs ?

- **État d'avancement dans la mise en œuvre de la Nouvelle gouvernance au sein des hôpitaux franciliens.**
Marie-Pierre OUSSET, Directrice du Centre de ressources de l'ARHIF
- **Les enjeux de la délégation et les attentes d'un chef d'établissement**
Jean-Yves LAFFONT, Directeur du Centre hospitalier de Versailles

• **Les acteurs et leurs rôles dans les pôles**

- L'approche d'une équipe exécutive : Pôle BAMT (Biologie et Activités Médicales Transversales) de l'Hôpital Paul Brousse (AP-HP) : Catherine HEDIN, cadre paramédical du pôle, Béatrice THIMONIER, cadre administratif du pôle
- L'approche d'un directeur de soins : Danièle Cadet Coordinatrice générale des soins - Hôpital Simone Veil
- L'approche d'un directeur du personnel

La problématique de la facturation et du recouvrement des recettes à l'hôpital

par Martine BARBET, Directeur des Finances de l'hôpital de Meaux

Le Réseau des Acheteurs Hospitaliers d'Ile-de-France (RESAH - IDF) :

premier bilan et plan d'actions 2007

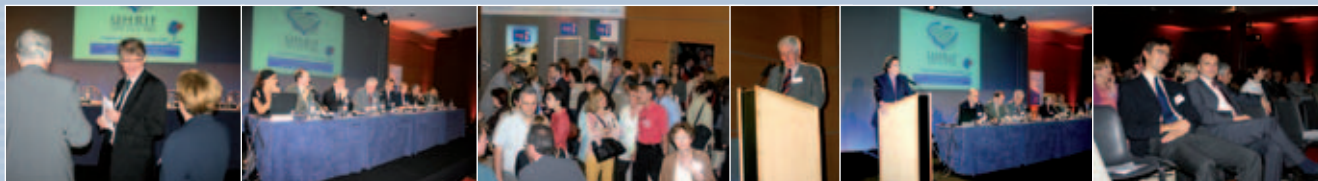
par Dominique LEGOUGE, Directeur de l'hôpital de Nemours et Zaynab RIET, Directeur de l'hôpital de Marines

La décentralisation des IFSI deux ans après ! Etat des lieux et perspectives.

Questions au Conseil Régional

par Danielle ROCHE, directrice adjointe du développement social, de la santé et de la démocratie régionale - conseil régional d'Ile de France

17h30 **Clôture du Congrès**



Vues congrès juin 2006

Pourquoi faut-il vacciner contre la grippe le personnel hospitalier en contact avec le public ?



Dr Marc Genest,
centre hospitalier
Léon Binet, Provins.

A l'hôpital, les principales personnes susceptibles de disséminer le virus sont les professionnels de santé et en particulier le personnel en contact avec des patients à risque. Ceci est d'autant plus insidieux que chez les soignants, l'infection par le virus de la grippe peut être asymptomatique dans 28 à 59% des cas.

Le personnel hospitalier malgré lui diffuse l'épidémie auprès de patients fragiles, en pâtit lui-même ainsi que ses proches et l'absentéisme consécutif chaque hiver désorganise les institutions et grève leur budget.

L'intérêt de cette vaccination est triple : Individuel, économique et collectif.

Position du problème

La grippe est une infection respiratoire aiguë très contagieuse due au Myxovirus influenzae A ou B. Chacun croit bien la connaître et dans la population générale elle a une réputation de bénignité car trop souvent

assimilée à une banale infection virale d'autre nature.

C'est pourtant une maladie grave pour les personnes âgées de 65 ans et plus et pour les personnes à risque (sujets atteints d'affections cardiaques graves, de pathologies

bronchopulmonaires chroniques, de néphropathies graves, de diabète et de déficit immunitaire), non vaccinées bien que le vaccin soit gratuit pour toutes ces personnes. Chaque hiver elle évolue sur un mode épidémique et tue en moyenne 2500 personnes en France et on rappelle les 18000 morts de la dernière pandémie en 1968 (pour mémoire chiffre proche de celui de la canicule de 2003), et aux USA elle occasionne annuellement 36000 décès et provoque 225000 hospitalisations.

La contamination se fait principalement par voie aérienne d'individu à individu. Le virus reste contagieux plusieurs heures dans les gouttelettes de salive, dans l'air et sur les surfaces. La transmission se fait également par les mains contaminées, par la salive et les sécrétions nasales.

(suite p16)

Actualités

2. Congrès d'automne de l'UHRIF
 2-16. Pourquoi faut-il vacciner contre la grippe le personnel hospitalier en contact avec le public ?

L'invité

- 4-5. Jacques Métais

Dossier

- 6-7. Formation médicale : de l'ENC à la FMC
 8-9. Démographie et situation des internes en Ile-de-France
 10-11. La Formation Médicale Continue Obligatoire

Actualités Congrès de l'UHRIF**Nouvelle gouvernance**

- 12-13. Intéressement, délégation de gestion et contrats de pôle : les outils de la nouvelle gouvernance au CH de Rambouillet
 13-14. « Nouvelle gouvernance » : le tableau de bord régional

Expériences citoyens - ville - hôpital

- 14-15. La maison de la santé de Saint-Denis Midi-santé / Journées prévention

En direct des établissements

17. Centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger à Aulnay sous Bois
 18. Centre hospitalier intercommunal André Grégoire - Montreuil
 19. CH de Saint-Denis Hôpital Delafontaine
 20. CH de Saint-Denis : Hôpital Casanova
 21. Hôpitaux de Saint-Maurice
 21. EPS de VILLE EVRARD
 22. Centre hospitalier Intercommunal de Poissy/Saint-Germain-en-Laye
 22. Centre hospitalier de Versailles
 23. Centre hospitalier du Vexin

Hôpital d'île-de-France

Directeur de la publication : Yves Tavernier
 Rédacteur en chef : Frédéric Boiron (Provins)
 Comité de rédaction :
 Jean-Marie Barbot (Versailles) • Pierre Bertrand (Eaubonne - Montmorency) • Frédéric Boiron (Provins) • Gilles Calvet (Saint-Ouen) • Jocelyne Chatron (Saint-Denis) • Isabelle Cormenier (Gonesse) • Gérard Cotellon (Gonesse) • Vincent Delivet (Dourdan), Corinne Gondran (Agence Transfaire) • Marie Houssel (Saint-Maurice) • Bénédicte Motte (Sainte-Anne - Paris) • Anne-Laure Schardt (Montreuil) • Cécilia Zafari (Issy-les-Moulineaux)

Maquette et édition : vu intégral
 Impression : Napoléon Alexandre
 Tirage : 10 000 ex. - ISSN : 1166-3340

Secrétariat :
 Union Hospitalière de la Région Ile-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. d'Esquirol,
 © Yuri Arcurs - FOTOLIA
 Illustrations : Gilles Calvet
 Intérieur : © Marc Boulenaz,
 vu intégral/X-DR, X DR

FMC - EPP - AUDIT - CERTIFICATION V2 Quel intérêt pour l'hôpital d'Ile-de-France

Ce nouveau numéro d'Hôpital d'Ile-de-France est en partie consacré à la formation continue médicale et à son intégration dans la démarche qualité.

Si depuis longtemps l'institution hospitalière s'est saisie, a investi, a structuré le champ de la promotion professionnelle des personnels non médicaux, force est de constater que jusqu'alors, s'agissant du corps médical, les actions en la matière relevaient plus d'initiatives individuelles que d'un projet collectif.



Les Lois du 04 Mars 2002 et du 13 Août 2004 changent la donne en formalisant l'obligation de la formation continue médicale et de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Ainsi, sous la double contrainte de l'amélioration de la qualité des soins poussée par des influences sociétales (Usagers, Assurance Maladie, Mutuelles et Assureurs Privés) et par l'obsolescence de plus en plus rapide des connaissances scientifiques, le législateur (en France, certes, mais aussi partout dans les pays développés) contraint les médecins à la mesure de la qualité des soins et à la vérification continue des connaissances.

Comme le démontre Jean-Michel Chabot, Chef du Service Evaluation des Pratiques à l'HAS (voir article dans le n°3 de septembre 2006 de la nouvelle revue Dimension Médicale de la FHF), il est désormais admis que la qualité des soins dépend de deux composantes principales :

- Celle liée au savoir et à la compétence individuelle de chaque médecin,
- Celle plus collective de l'organisation du système de soin auquel il appartient et qui lui permet l'exercice de son art, ce que les Britanniques ont depuis quelques années promu sous le concept de « Clinical Governance ».

Si de nombreuses initiatives contribuent, depuis quelques années, à améliorer les différentes composantes de la qualité, elles sont plus souvent implicites qu'explicites, spontanées, individuelles que coordonnées ou mises en cohérence institutionnelle.

Au moyen des recommandations de pratiques professionnelles et des audits, les cliniciens développent la dimension : « evidence based », de leur activité.

De leur côté, les Cadres de Direction et les Qualitiens organisent les procédures d'accréditation ou de certification et s'impliquent dans les systèmes d'informations médicalisées.

Ces initiatives doivent, à l'avenir, s'inscrire dans une politique construite et réfléchie qui positionne les activités diagnostiques et thérapeutiques dans le processus institutionnel d'évaluation et d'amélioration par la formation continue.

D'un point de vue pratique, il est essentiel que les médecins se retrouvent dans ces procédures, qu'elles ne soient pas perçues comme chronophages, bureaucratiques et élitistes.

D'un point de vue culturel, il faut qu'ils admettent que l'évaluation n'a pas pour finalité le contrôle, la sanction mais l'amélioration, dans un cadre conçu et bâti collectivement, du service rendu au malade.

A nous, acteurs hospitaliers, d'en prendre conscience et d'élaborer des stratégies pertinentes.

Jean-Pierre Burnier,
 Secrétaire Général

L'invité

Jacques Métais

Deux mois après sa prise de poste en Ile-de-France,

Jacques Métais, directeur de l'agence régionale d'hospitalisation a bien voulu répondre à quelques unes des interrogations des hospitaliers de la région.

Jacques Métais, qui était précédemment directeur de l'ARH de la région Rhône-Alpes est président de la conférence des directeurs d'ARH.



Hôpital d'Ile-de-France : Deux mois après votre arrivée à la tête de l'ARHIF, quel regard portez-vous sur le système hospitalier en Ile-de-France ?

Jacques Métais : Je suis partagé entre une vision optimiste quand je regarde la qualité de l'offre de soins, publique et privée, le professionnalisme et la médicalisation des établissements, et l'inquiétude lorsque j'observe les déséquilibres financiers qui touchent beaucoup d'établissements publics et PSPH.

J'observe par ailleurs que la montée en charge de la T2A n'est généralement pas favorable aux établissements, alors que les cliniques d'Ile-de-France ont dû, elles, s'adapter brutalement à des tarifs nationaux.

HIF : La situation financière des hôpitaux publics est depuis longtemps préoccupante, il y a deux ans un grand nombre d'entre eux en Ile-de-France ont signé des contrats de retour à l'équilibre

(CRE), globalement quels résultats l'agence peut-elle afficher aujourd'hui ?

J.M. : Le nombre de contrats de retour à l'équilibre conclus à ce jour s'établit à 25, dont 15 avec des établissements publics et 10 avec des établissements privés (ex DG) ; 7 contrats supplémentaires sont en cours de négociation.

Avant le plan de retour à l'équilibre, le total prévisionnel des déficits 2006 des 15 établissements publics, y compris le report des charges antérieures, s'élevait à 290 millions d'euros. Dans les projections après plan, le même total se montait à 128 millions d'euros, soit une différence de 162 millions d'euros qui pouvait être décomposée en 107 millions d'euros d'aide contractuelle apportée par l'ARH et 55 millions de gains de productivité des établissements, tout ceci sur la période 2004-2006.

Le total des déficits prévisionnels des EPRD 2006, incluant les reports de charges ainsi que l'aide ARH contractuelle au titre de l'exercice, s'élève à 115 millions d'euros, soit 10 % de moins que la prévision du plan.

L'objectif de rétablissement progressif de l'équilibre est donc globalement réalisé, mais l'exercice 2006 est venu perturber l'équilibre d'autres établissements, compte tenu de la contribution demandée au redressement des comptes de l'Assurance-Maladie.

HIF : Après 35% en 2006, c'est 50% du budget des activités MCO des établissements publics qui, en 2007, sera financé par l'activité ; l'agence dispose-t-elle de scénarios d'impact de la T2A ?

J.M. : L'agence calcule et connaît l'incidence de la T2A sur les futures recettes des établissements, mais elle n'en a pas tiré pour l'instant de conséquences sur l'organisation de l'offre de soins.

HIF : Dans ce contexte, le fait qu'un établissement public de la région, l'APHP continue à négocier ses budgets directement avec le ministère des finances pose question ; on vous a entendu dernièrement évoquer la possibilité de mettre en place à l'agence une cellule APHP, qu'en est-il de ce projet ?

J.M. : Le fait d'avoir à négocier un contrat d'objectifs avec l'AP-HP, comme le précise un texte publié cet été, nécessite en effet de disposer d'une bonne connaissance du fonctionnement de cette grande structure. Ce contrat aura la même consistance que tous les autres contrats. Il déterminera des objectifs d'activité, par établissement et globalement, il comprendra en outre une annexe financière et une annexe consacrée à la qualité et à la gestion.

HIF : Dans le SROS 2006-2010 publié en mars 2006, il est avancé que les réorganisations de l'offre seront initiées, accompagnées, évaluées dans le cadre des projets médicaux de territoire selon des modalités restant à définir. Aujourd'hui l'agence peut-elle en dire plus sur les méthodes de travail envisagées, sur le calendrier de mise en œuvre ?

J.M. : Ce sont les contrats d'objectifs et de moyens qui constituent avec les autorisations, les modalités d'application du SROS. L'ARH se met actuellement en ordre de marche pour négocier les 450 contrats avec les établissements de santé d'ici à mars 2007. Les directeurs des DASS seront chargés d'animer cette négociation dans chaque territoire de santé, aidés par les autres membres de l'Agence (CRAM, service médical de l'Assurance-Maladie notamment).

HIF : L'ARH compte-t-elle adopter une politique volontariste pour favoriser les regroupements hospitaliers, pour encourager le montage de groupements de coopération sanitaire y compris public/privé ?

J.M. : Toutes les formes de coopération sont encouragées dès lors qu'elles apportent plus d'efficacité dans la production des soins.

HIF : Dans la région Ile-de-France reconnue comme bien dotée, l'agence va-t-elle disposer de moyens pour encourager les projets prioritaires du SROS et signer des contrats d'objectifs et « moyens » avec les établissements ?

J.M. : A priori, la Région n'aura ni plus ni moins de moyens que les autres régions pour financer les projets qu'elle juge prioritaires. Avec la T2A, le temps de la péréquation est révolu.

Votre interrogation pose en fait la question de la marge régionale qui est laissée aux ARH dans le cadre des campagnes budgétaires. Il est indispensable que cette marge, très réduite ces deux dernières années, redevienne consistante.

« Hôpital 2012 » devrait nous donner des moyens pour les investissements, mais il est important de disposer aussi de moyens d'exploitation, notamment pour financer des activités nouvelles non couvertes par la T2A.

HIF : En votre qualité de président de la conférence des directeurs d'agences régionales d'hospitalisation, pouvez-vous dresser un bilan de leurs activités et de leurs projets ?

J.M. : Lors d'un séminaire organisé en juin dernier par la conférence, consacré aux 10 ans des ARH, un constat positif a été fait sur leur action depuis 1997.

Sur le fond, même si les restructurations sont plus lentes que prévues en fonction des oppositions politiques, les ARH constituent des structures réactives, proches des établissements, qui ont contribué à faire progresser en quelques années un certain nombre de priorités de santé.

Sur la forme, le mode d'organisation et de fonctionnement des Agences me semble un exemple intéressant. Ce que je regrette actuellement, et qui ne va pas manquer de poser problème dans les années à venir, c'est que notre système hospitalier repose sur une régulation régionalisée de l'offre (dont les ARH sont responsables) et une régulation financière nationale. Ceci est susceptible d'induire des déséquilibres de financement injustement pénalisants pour certaines régions.

HIF : De votre point de vue, l'élaboration des SROS 2006-2010 a-t-elle permis aux parties prenantes émergentes « les élus, les usagers » de mieux appréhender le monde hospitalier et d'avoir les moyens de participer aux débats ? A-t-elle permis de mobiliser plus d'hospitaliers, plus de professionnels de terrains ? Globalement quels bilans en tirent les agences ?

J.M. : Je crois que chaque SROS est l'occasion de progresser dans la participation et la concertation de tous ceux qui s'y intéressent ou qui sont concernés.

En particulier, les ARH ont contribué à faire émerger depuis 10 ans, le rôle des usagers, qui est encore ambigu mais qui est une réalité.

Les derniers SROS ont fait émerger la notion de projet médical de territoire, qui me semble intéressant, même s'il a été inégalement développé selon les régions.

On se dirige par ailleurs vers des schémas d'organisations qui intégreront probablement l'organisation de la médecine libérale, du fait des difficultés à venir sur le plan démographique.

HIF : Qu'en est-il en particulier du projet de la transformation des agences régionales d'hospitalisation en agences régionales de santé ?

J.M. : Vous savez qu'il est possible, dans le cadre de la loi de 2004 réformant l'Assurance-Maladie, d'expérimenter des agences régionales de santé.

J'observe par ailleurs que la création d'agences régionales de santé est prévue dans le programme des deux principaux partis politiques français.

Cependant, cette réforme qui finira sans doute par s'imposer, suppose un certain nombre de préalables et une volonté politique forte.

HIF : En tant que nouveau directeur de l'AHRI, avez-vous pu faire connaissance avec les représentants de l'UHRIF et considérez-vous notre union comme un partenaire privilégié des pouvoirs publics

J.M. : Une de mes premières visites a été pour le secrétaire général de l'UHRIF. Celle-ci a vocation à représenter les hôpitaux publics et à rencontrer régulièrement l'ARH.

J'attends de l'UHRIF qu'elle soit une force de proposition, comme elle l'a fait récemment en matière d'organisation des achats, à propos de laquelle l'ARH a convenu de l'aider.

HIF : Y-a-t-il d'autres messages que vous souhaiteriez faire passer aux hospitaliers publics franciliens ?

Etant conscient des difficultés du moment, je souhaite que les hospitaliers ne cèdent pas au découragement, en se laissant aller ou en se réfugiant dans l'attentisme. Il y aura des moments meilleurs.

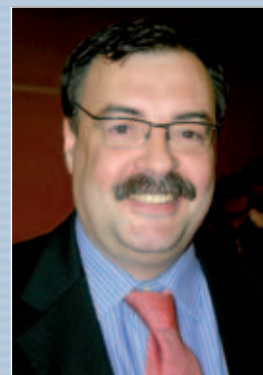
Propos recueillis par Jocelyne Chatron

L'agence a déménagé

Nouvelle adresse :
21-23 rue des Ardennes 75019 Paris
Numéros de téléphones inchangés

Formation médicale : de l'ENC à la FMC





Gilles Calvet,
Illustrateur du journal

Les textes régissant la formation médicale continue nous obligent, gestionnaires et médecins, collectivement. Mais au-delà de l'obligation réglementaire, c'est une volonté collective de rester à la pointe de l'innovation, de relever le défi de la qualité, de réussir ensemble dans la mise en œuvre des réformes (T2A, Nouvelle Gouvernance, etc...), qui nous anime.

Engagée depuis très longtemps dans la formation continue des médecins hospitaliers en Ile-de-France, la FHF-IDF compte dans cette perspective renforcer les partenariats établis avec l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) et les facultés de médecine.

La participation à l'EMAMH, le séminaire des Praticiens Hospitaliers récemment nommés, les mini-séminaires, les réflexions en cours avec les doyens des facultés de médecine suite à la mise en œuvre du D.E.S. de médecine générale, sont autant d'actions à mettre au crédit de cette collaboration.

Ce dossier fait le point sur la formation initiale (ENC, DES de médecine générale) et la formation médicale continue obligatoire qui sont, comme l'écrit notre Secrétaire Général, des éléments essentiels à la qualité du service rendu à ceux qui nous confient leur santé.

Gérard Cotellon

Démographie et situation des internes en Ile-de-France



Michèle Decaillon
Attachée d'administration
au CH de Versailles

Depuis de nombreuses années, et à l'occasion de chaque semestre d'internat, la situation et l'affectation des internes soulèvent des craintes et interrogations pour la plupart des Chefs de Service agréés pour la formation des Internes dans les Hôpitaux de l'U.H.R.I.F.

Les commissions régionales de répartition se réunissent deux fois par an afin de déterminer le nombre et la localisation des postes à proposer au choix des internes.

Plusieurs paramètres entrent en jeu dans la détermination de cette répartition :

- les effectifs d'internes présents dans le cursus,
- effectifs d'internes à affecter en tenant compte des absences au choix et des stages à réaliser en milieu extra-hospitalier,
- le taux d'inadéquation, variable d'ajustement qui permet au dernier interne de choisir parmi un nombre plus ou moins important de postes,
- les évaluations des terrains de stage dont peuvent se prévaloir les représentants des Internes.

Les effectifs d'internes dépendent, en premier lieu, de l'évolution du numerus clausus.

Depuis la fin des années 70, on a assisté à une baisse spectaculaire du numerus clausus qui est passé, au niveau national, de 7913 en 1978 à 3500 en 1992. Durant cette même période, les effectifs franciliens sont passés de 2139 à 886.

Après une période de stabilisation, la remontée a commencé à partir des années 1998-1999. De 900 places en 1999, on est passé à 950 places en 2000, 1288 en 2003 et 1608 en 2006, soit 708 places supplémentaires représentant une augmentation de près de 80 %.

Les effectifs d'internes dépendent, en second lieu, de la décision ministérielle annuelle fixant le nombre de postes d'internes au concours de l'internat ou à l'**examen classant national**.

Depuis 2004, le concours de l'internat a été remplacé par un examen classant national (ECN). Un arrêté ministériel fixe chaque année le nombre de postes offerts à cet examen, par discipline et par interrégion, la Médecine Générale étant désormais considérée comme une spécialité à part entière et ayant fait l'objet de la **création d'un DES de Médecine Générale**.

Jusqu'en 2004, l'accès au 3ème cycle des études médicales en Médecine Générale s'opérait par différentiel en fonction des résultats au concours de l'internat. Du fait de la mise en place de l'examen classant national, la possibilité est maintenant offerte aux candidats d'opter, en fonction de leur rang de classement, pour la discipline et la région de leur choix.

Les places offertes, en Ile de France, au concours de l'internat puis à l'examen classant national ont suivi globalement l'évolution du numerus clausus. Toutefois, la part relative de la région s'est notablement réduite, depuis 1978, au profit des autres régions, l'Ile-de-France ne représentant plus

que 17 % du total des postes d'internes contre 20 % en 1999.

Cette réforme a profondément bouleversé la situation en Ile-de-France. Les évolutions ont été variables selon les filières, avec un impact positif concernant les spécialités médicales et les spécialités chirurgicales et un impact négatif pour la Médecine Générale affectant tout particulièrement les hôpitaux de la région.

Après une très forte chute du nombre d'internes de spécialités médicales entre les années 1992 à 2001, une remontée a été observée depuis 2002. Cette augmentation a d'abord touché les spécialités filiarisées (Anesthésie, Pédiatrie, Gynécologie Médicale) puis, depuis deux ans, l'ensemble des spécialités médicales.



Dans le même temps, la baisse du nombre de postes en chirurgie a été un peu moins marquée mais la remontée a été plus forte puisqu'en 2005, on dépassait déjà nettement les effectifs de 1992. Ceci s'explique en grande partie par la filiarisation de la Gynécologie-Obstétrique en 2002, avec une croissance rapide des postes réservés à cette spécialité.

Les effectifs d'internes en Médecine Générale ont été, quant à eux, profondément affectés par la mise en place de l'examen classant national.

L'attrait pour les spécialités a entraîné une désaffectation immédiate pour la Médecine Générale au niveau national et notamment en Ile-de-France. Ainsi en 2004, sur 450 postes ouverts en Médecine Générale, chiffre qui correspondait au nombre moyen d'entrées de nouveaux résidents dans le cursus observé les années précédentes, seuls 208 résidents sont entrés dans le cursus. En 2005, le constat a été identique : 294 nouveaux internes pour 474 postes ouverts.

En ce qui concerne la rentrée 2006, 380 postes ont été proposés et pris en Médecine Générale. Cependant environ 150 résidents en cours de cursus et ayant déjà effectué la majorité de leurs stages, ont présenté l'examen classant national pour valider le DES de Médecine Générale. Ces résidents figurent parmi les 380 internes issus de l'examen classant national, ce qui a diminué d'autant le nombre d'internes de Médecine Générale à affecter en novembre 2006.

Dans ce contexte de désaffectation pour la Médecine Générale, l'application de la **nouvelle maquette du DES** a créé de plus grandes difficultés encore dans les services de spécialités médicales des hôpitaux franciliens.

En effet, la nouvelle maquette du DES prévoit six stages, dont un stage auprès d'un praticien exerçant en cabinet et un stage en ambulatoire.

Les quatre stages hospitaliers doivent être réalisés en :

- Médecine d'adultes (médecine générale, interne ou polyvalente),
- Médecine d'Urgences (SAU),
- Pôle Mère-Enfant (Pédiatrie ou Gynécologie).

Le quatrième semestre est un semestre libre qui peut également être effectué dans un service de spécialité médicale agréé.

Ces orientations pédagogiques, conformes aux priorités de santé publique (préserver une offre de soins de proximité et mettre en place la réforme du médecin traitant) ont donc engendré des difficultés supplémentaires pour les services de spécialité.

Compte tenu de la part prépondérante des internes de médecine générale dans les hôpitaux généraux en Ile-de-France, ces changements ont affecté tout particulièrement les établissements de l'U.H.R.I.F.

Depuis la réforme de l'examen classant national, l'Ile-de-France se caractérise par un accroissement significatif des internes de spécialités médicales et chirurgicales contrastant avec un effondrement des effectifs d'internes de médecine générale. Cette évolution a tout particulièrement pénalisé les hôpitaux hors AP-HP. En effet, si, depuis mai 2006, on a pu constater pour la première fois dans ces établissements, une légère augmentation du nombre des internes de spécialités, ceci s'effectue dans un contexte de forte diminution du nombre des internes de Médecine Générale.

Les propositions au choix des spécialités médicales ont augmenté de 18 postes entre novembre 2005 et novembre 2006 dans les hôpitaux généraux tandis que les postes proposés aux choix des internes de Médecine Générale diminuaient de 71 dans le même temps. Le nombre d'internes réellement affecté diminuait de 31 (+7 internes de spécialités médicales mais -38 internes de médecine générale).

Afin de tenir compte de l'augmentation du nombre d'internes de spécialités affectés dans les établissements hospitaliers, le Ministère de la Santé a prévu un financement spécifique appelé "sac à dos".

Ce financement est exclusivement destiné à financer les postes d'internes liés à l'augmentation du numerus clausus et doit être attribué en fonction de l'affectation réelle des internes afin de leur permettre une mobilité inter ou intra régionale pour accomplir les stages prévus dans la maquette de leur DES. Ce financement partiel s'effectuera dans le cadre de la dotation "Aide à la Contractualisation", les deux premières années d'internat étant financées intégralement, les années suivantes à hauteur de 50 % seulement. En effet, le Ministère a estimé logique de prévoir un financement supplémentaire correspondant au coût de formation de l'interne, durant les deux premières années, et de demander aux établissements de prendre en charge, dans le cadre de la T2A, la partie de soin effectif dispensée par l'interne, pour les années suivantes.

En novembre 2006, le financement prévu atteignait 500 000 euros (soit environ 15 postes) pour les centres hospitaliers généraux et les P.S.P.H et 750 000 euros pour l'A.P.-H.P.

Ainsi, lors des commissions de répartition, il a été possible de proposer, pour les hôpitaux de l'U.H.R.I.F., 6 postes supplémentaires en spécialités médicales, 9 en spécialités chirurgicales et 3 en biologie.

Enfin, le Secrétaire Général de l'U.H.R.I.F. et le Président de la Conférence des Présidents de Commission Médicale d'Etablissement ont sollicité une rencontre avec les Doyens de Médecine afin d'évoquer avec eux les conséquences pour la région de la mise en place de la nouvelle maquette de l'Internat de Médecine Générale, celles de l'examen national classant et de l'évolution démographique des DES de spécialités.

Michèle Decaillon

La Formation Médicale Continue Obligatoire

50% des connaissances médicales acquises sont obsolètes en moins de 10 ans !

Avec une telle estimation annoncée, aucun praticien ne peut prétendre exercer son métier tout au long de sa carrière professionnelle en s'appuyant sur les seuls acquis de sa formation initiale. La formation médicale continue devrait être naturelle chez les médecins, et l'obligation introduite ne serait qu'une formalisation de cette démarche qui s'inscrit vers un but à long terme de certification des professionnels de santé.

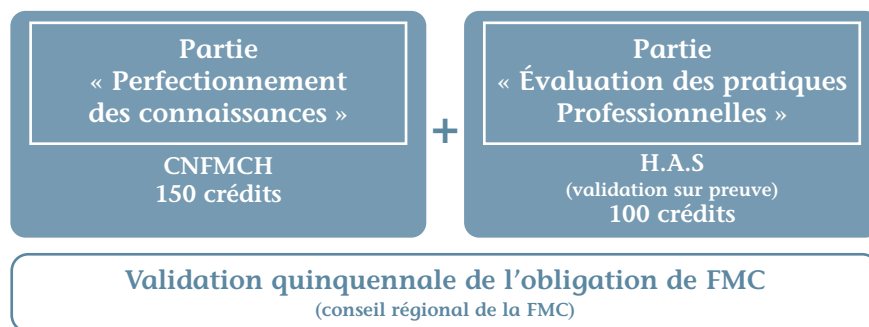
1. Le périmètre de la formation médicale continue (FMC)

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé a formalisé l'obligation de formation médicale continue en ces termes : « La formation médicale continue a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique. La formation médicale continue constitue une obligation pour les médecins (...) ainsi que pour les personnels mentionnés à l'article L. 6155-1 ».

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a complété ce texte par une obligation nouvelle et complémentaire, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Le décret du 14 avril 2005 a parfaitement intégré et résumé dans son article premier l'articulation des deux dispositifs : « L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue ». Le Conseil National de la Formation Médicale Continue des Hospitaliers (CNFMCH) avait demandé cette rédaction. De fait, l'ancienne dénomination FMC s'élargit pour inclure l'EPP. Pour résumer, l'ancienne utilisation du mot FMC est restreinte à l'amélioration et au perfectionnement des connaissances.

2. Les domaines concernés par la FMC

Les domaines éligibles au titre de la FMC obligatoire sont variés et s'étendent du perfectionnement des connaissances



médicales stricto sensu au développement personnel tel que l'apprentissage des techniques de rédaction d'articles médicaux. La santé publique et les connaissances en organisation, fonctionnement et gestion de l'hôpital sont également éligibles.

3. La réponse à cette obligation

Les actions de perfectionnement des connaissances retenues sont variées :

- soit présentiels, c'est-à-dire participations à des séminaires, des congrès, des enseignements post-universitaires, etc.
- soit individuelles ou à distance, c'est-à-dire les abonnements à des revues, l'acquisition de connaissances sur des supports électroniques, etc.
- soit d'autres situations professionnelles formatrices comme les staffs hospitaliers, l'accomplissement de missions d'intérêt général au service de la qualité, la rédaction d'articles médicaux ou de communications scientifiques, etc.

L'EPP peut être réalisée sous plusieurs modalités, définies par la Haute Autorité de Santé. Pour les hospitaliers, la reconnaissance de la réalisation d'une action d'EPP sera faite par la CME.

Un barème affecte des crédits à chacune de ces actions. 250 crédits devront être obtenus sur 5 ans : 150 en perfectionnement des connaissances, par l'addition de chaque action ; et 100 pour l'EPP mais cette validation est de type binaire, EPP satisfaite (100 crédits) ou non réalisée (0 crédit).

Le praticien est en charge de construire son dossier.

dossier

Formation médicale : de l'ENC à la FMC

4. Les crédits attribuables

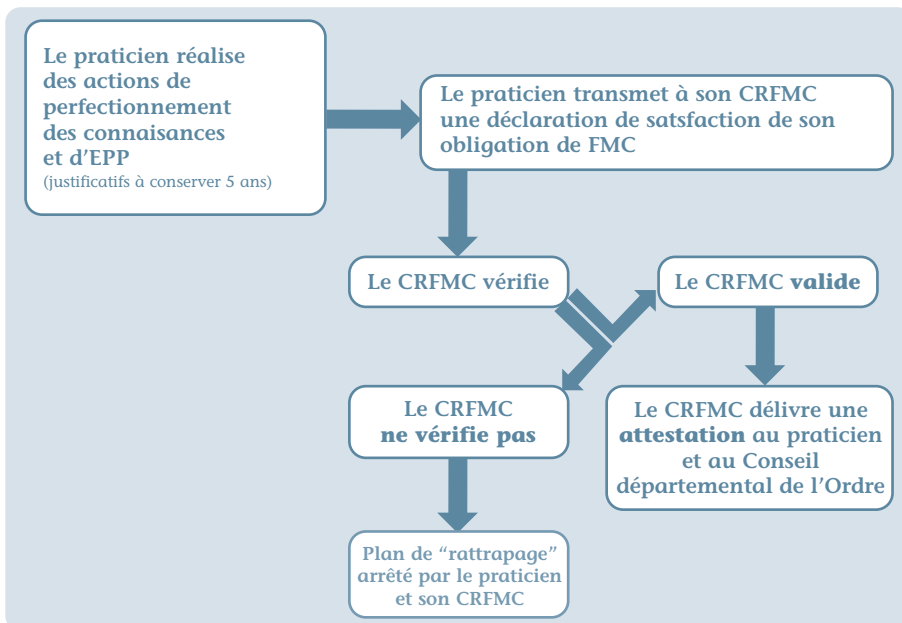
Le tableau ci dessous résume les crédits attribuables selon la formation suivie par les praticiens.

Catégories de formation	Nombre de crédits	Commentaires
Catégorie 1 : Formations présentielle*	8 crédits par journée 4 crédits par demi-journée ou soirée	*Formations par des organismes agréés publics ou privés, nécessitant la présence du praticien sur le lieu d'enseignement
Catégorie 2 : Formations individuelles et à distance	2 crédits par an pour l'achat d'un ouvrage 2 à 4 crédits pour l'abonnement à une revue*	*dans la limite de 10 crédits (pour toute revue) à 40 crédits (pour les revues répondant aux critères de qualité définis par les Conseils Nationaux de FMC), par période de 5 ans
Catégorie 3 : Situations formatrices Groupe 1 formation avec travail personnel et staffs Groupe 2 missions d'intérêt général (y compris électives) : qualité, organisation des soins et prévention. Groupe 3 activités de formateur : enseignement, jurys. Groupe 4 travaux de recherche et publications	Pour tous les groupes : 8 crédits par journée 4 crédits par demi-journée	Maximum de 100 crédits dont un maximum 50 crédits par groupe et par période protocolisés de 5 ans. *Les staffs protocolisés seront définis dans une prochaine rubrique
Catégorie 4 : Dispositifs d'évaluation	100 crédits	EPP : Evaluation des pratiques professionnelles

Les crédits attribuables sont majorés de 20% lorsque les actions de formation s'inscrivent dans les orientations nationales de FMC.

5. La procédure de validation de la FMC

La déclaration des actions de formation et d'EPP se fera sur un portail internet, en phase d'élaboration. Le conseil régional de la formation médicale continue(CRFMC), regroupant les médecins hospitaliers, libéraux et salariés, validera ce qui a été réalisé et délivrera une attestation de validation au praticien et au conseil de l'ordre, pour la période de 5 ans concernée.



Stéphane DAVID,
Assistant Hospitalier et Universitaire,
Chef du Département de la Formation Continue
des Médecins, Assistance Publique - Hôpitaux de
Paris, Université Paris 7 - Denis DIDEROT
Vanessa LAIFAT, chargée de mission,
CNFMCH
Dominique BERTRAND,
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier,
Président du CNFMCH

Intéressement, délégation de gestion et contrats de pôle : les outils de la nouvelle gouvernance au CH de Rambouillet

Interview d'Emmanuelle QUILLET, Directrice et Philippe BOUCAUT, Président de CME



Emmanuelle QUILLET,
Directrice et **Philippe BOUCAUT,**
Président de CME

RHF : *Le CH de Rambouillet a été reconnu au travers de l'accréditation comme particulièrement avancé dans le domaine de la nouvelle gouvernance. Quels outils avez-vous mis en œuvre ?*

Philippe Boucaut : Le CH de Rambouillet fait effectivement partie des établissements expérimentateurs et nous avons essayé de mettre à profit cette période pour tester le plus grand nombre d'outils. Nous avons mis en place le Conseil Exécutif en 2004, qui se réunit mensuellement depuis 2005, et les pôles ont été validés par le CA fin 2004. Ils sont au nombre de 8, ce qui est trop important mais permettait d'aborder la gouvernance en respectant les souhaits de regroupement exprimés par les chefs de service. Les chefs de pôle ont été nommés en 2005, puis les cadres de pôle sur proposition conjointe du chef de pôle et de la DSSI.

Emmanuelle Quillet : Nous avons utilisé l'année 2005 pour travailler sur les projets de pôle, les contrats de pôle, l'intéressement et les délégations de gestion. Les projets de pôle n'ont suscité que peu de débats dans la mesure où le projet d'établissement avait été voté peu de temps auparavant et ces projets s'en inspirent largement, en mettant toutefois davantage l'accent sur les indicateurs de qualité. Les contrats de pôle ont fait l'objet de négociations avec chaque chef de pôle, cadre de pôle, parfois accompagnés

de tous les médecins du pôle. Ils ont une trame commune et des clauses spécifiques. Chaque pôle s'engage sur des objectifs d'activité (nombre d'entrées et DMS) et de qualité, lesquels sont directement inspirés des observations relevées au cours de l'accréditation fin 2005. La direction s'engage quant à elle à fournir les informations nécessaires sur une base régulière (EPRD de pôle).

Elle s'engage également à apporter aux pôles une aide méthodologique via les référents administratifs (3 référents communs aux 8 pôles).

Elle s'engage enfin à intéresser les pôles aux résultats : une enveloppe de 100 000 euros a été provisionnée à cet effet et sera attribuée en fonction de trois critères : résultats (performance économique, réservé aux pôles excédentaires), progrès (amélioration de la performance économique, même dans le cas d'un pôle déficitaire) et qualité. Par ailleurs, une délégation de l'enveloppe hôtelière a été attribuée à chaque pôle.

RHF : *comment ces outils ont-ils été accueillis dans l'établissement, par les médecins notamment ?*

P.B. : ils n'ont pas suscité de rejet même si aujourd'hui les médecins « attendent de voir », car peu d'entre eux ont le temps, l'appétence et la formation suffisante pour s'y intéresser de très près.

L'aide méthodologique est très importante et l'aide tout court car il ne faut pas décourager les praticiens face à des chiffres peu compréhensibles ou des outils difficiles à maîtriser. En ce sens, les tableaux de bord fournis par la direction sont utiles mais trop complexes.

La notion d'intéressement, même collectif, a d'abord suscité une certaine incrédulité, beaucoup de médecins ne croyant pas que la direction allait tenir ces promesses compte tenu de la situation déficitaire de l'établissement !

Cependant, les critères retenus ont été appréciés : la crainte était que

l'intéressement soit réservé aux seuls pôles performants au plan économique.

E.Q. : Nous avons justement voulu éviter un outil brutal qui conduirait à décourager certains pôles qui, quoique déficitaires, répondent bien à leur mission de service public. La T2A ne peut pas être le seul critère et il est important au plan pédagogique de rappeler que la solidarité doit s'exercer entre les pôles. Tout comme pour la délégation de gestion, l'aspect le plus motivant de l'intéressement consiste en la liberté pour le pôle d'utiliser comme il l'entend les sommes allouées, dans le respect de la réglementation bien entendu, et de pouvoir les économiser pour l'année suivante : les services financiers jouant le rôle de « banque ».



RHF : *après une année d'expérimentation, quel regard portez-vous sur ce nouveau fonctionnement ?*

E.Q. : Les négociations relatives aux contrats de pôle ont permis de se mettre d'accord sur des principes communs et de familiariser les équipes avec une démarche contractuelle qui a été acceptée et dans l'ensemble prise au sérieux. C'est donc en soi un progrès, cela dit, la démarche s'est avérée très chronophage du fait du nombre important de pôles et du travail représenté par la mise en place de budgets de pôle dans un contexte où la comptabilité analytique est encore insuffisamment développée dans l'établissement. Les outils doivent être consolidés et simplifiés pour que les médecins se les approprient.

« Nouvelle gouvernance » : le tableau de bord régional



P.B. : Certains aspects de la nouvelle gouvernance restent encore à développer : la mutualisation au sein des pôles, difficile aujourd'hui du fait de la taille insuffisante des pôles, et une meilleure définition du rôle et des pouvoirs du chef de pôle qui aujourd'hui n'ont pas une autorité suffisamment reconnue pour organiser réellement leur pôle.

E.Q. : Oui, les délégations pourraient être davantage développées, notamment en termes de gestion du personnel. Nous n'avons pas souhaité le faire dans un premier temps, d'autant que la taille des pôles s'y prête effectivement peu en rendant difficile la couverture du « risque absentéisme ». Mais cette délégation figure aux objectifs de la DRH en 2007. J'estime moi aussi que les attributions du chef de pôle devraient être plus clairement établies, et son autorité hiérarchique sur le pôle reconnue.

RHF : En conclusion ?

E.Q./P.B. : Un bon accord entre la direction et le président de CME est indispensable pour la mise en place des pôles et de la contractualisation, et se formalise notamment via le Conseil Exécutif. Ainsi, la constitution des pôles doit répondre à une logique médicale pour que ces pôles soient légitimes et effectifs, mais aussi à une logique économique. De même, les objectifs fixés à chaque pôle sont à la fois des objectifs médicaux, et de gestion. En l'occurrence, nous avons été d'accord sur un calendrier progressif visant à permettre l'appropriation de la démarche au sein de pôles consensuels. Nous constatons aujourd'hui que des réflexions sur des regroupements plus larges commencent à émaner des pôles eux-mêmes, ce qui est positif, car nous estimons que la constitution des pôles actuels devra être revue en 2008 au plus tard.

Propos recueillis par Frédéric Boiron

Le centre régional de ressources (C2R), missionné par l'agence régionale de l'hospitalisation pour suivre la mise en œuvre de la réforme nouvelle gouvernance hospitalière dans les hôpitaux de la région, présente au congrès d'automne un état des lieux.

Quelle méthode avez-vous retenu pour suivre cette mise en œuvre ?

Ce qui nous intéresse est d'apporter une aide aux acteurs des établissements qui permette à chacun d'alimenter sa réflexion en suivant la montée en charge de la réforme au fil du temps et en organisant des temps de partage d'expériences.

Le contenu du tableau de bord régional a été défini en étroite collaboration avec les établissements. Il recèle une trentaine d'indicateurs sur 3 dimensions : la mise en place de la nouvelle gouvernance, les instances et l'organisation en pôles. L'établissement indique comment il se situe sur chacun de ces indicateurs. Tous les établissements de plus de 100 lits, concernés par l'ordonnance, sont interrogés périodiquement (ils le seront trois fois entre fin 2005 et fin 2006) par voie d'enquêtes envoyées par mail. A ce jour, deux vagues ont été menées : une première fois fin 2005/début 2006, une seconde fois au 3 trimestre 2006. Les données recueillies constituent le tableau de bord régional. Conformément à notre engagement pour chaque enquête que nous réalisons, nous transmettons ce tableau de bord détaillé ainsi qu'une analyse à tous les établissements qui ont participé.

Il avait été envisagé que le C2R mette en place un groupe de travail de partage d'expériences sur ce thème. Pour ne pas créer de doublon, le groupe de travail UHRIF APHP, institué à l'occasion du congrès de Printemps 2005, a pris le relais. Le tableau de bord régional lui est transmis. Le C2R l'a sollicité pour définir une grille d'appréciation du degré d'avancement de la mise en œuvre de la réforme, un des indicateurs du tableau de bord, qui figurera dans la troisième édition.

Aujourd'hui à quelques semaines d'une échéance réglementaire (31 décembre 2005, tous les services cliniques et médico-techniques en pôles d'activité) quels résultats peuvent être affichés ?

Tout d'abord, la plupart des établissements se sont engagés dans la mise en œuvre de la réforme en créant à minima un conseil exécutif. Il ne resterait plus que 11% d'établissement contre près du tiers début 2006 qui n'auraient pas démarré.

Pour le reste si 60% des établissements ont d'ores et déjà défini leurs pôles, ils ne sont qu'un peu plus des deux tiers à les avoir réellement mis en exercice. Le nombre de pôles varie de 1 à 10 avec un découpage en pôles d'activité, fruit de croisement de différentes logiques : par organe, par filière patient, par localisation géographique et sans doute aussi par « affinités ».

Enfin 13% ont établi des contrats de ces pôles et quelques expériences de délégation de gestion sont déjà en place.

Pour les établissements les plus avancés, quel type de délégation de gestion et quelles formes d'intéressement ont été choisis ?

Il y a une quinzaine d'établissements qui ont d'ores et déjà défini sur quoi portera la délégation de gestion.

6 d'entre eux l'ont mise en place ; elle porte sur :

- un a ciblé la restauration,
- un, la gestion des ETP et des mensualités de remplacement plus des achats de petite fourniture
- un, les investissements (équipements et travaux) crédits d'intérim, autorisations /ordres de missions
- un, les travaux d'entretien courant
- un, l'ensemble des commandes du groupe 2 et 3
- un, l'ensemble des dépenses d'exploitation

5 établissements ont défini un intéressement dans le cadre des pôles ; il est dans la plupart des cas collectif et porte souvent sur les dépenses d'investissement en contrepartie de l'atteinte d'objectifs assignés aux pôles.

Comment le C2R compte-t-il favoriser le transfert de savoir faire et d'expérience ?

La diffusion du tableau de bord à tous les établissements qui ont répondu avec les choix pris par chacun doit aider chacun à se situer et se comparer aux orientations prises par ses homologues. Ensuite bien entendu par des rencontres où l'interaction est possible. Nous avons déjà organisé 2 partages d'expérience sur cette réforme, l'un en 2005 entre anticipateurs

(...)

« Nouvelle gouvernance » : le tableau de bord régional (suite)

franciliens, l'autre à l'occasion des « 1 an du C2R », le 31 mars dernier, sur « l'évolution du management, un enjeu pour les établissements de santé » avec en toile de fond comment mieux faire travailler médecins et direction ensemble, l'un des enjeux de cette réforme. Assurément nous poursuivrons les partages d'expériences sur la nouvelle gouvernance en 2007 puisque nous venons de solliciter les établissements sur les sujets prioritaires que devra traiter le C2R en 2007 et que la nouvelle gouvernance est très souvent demandée. 70 établissements franciliens (50 publics et 20 AP-HP) ont répondu à la deuxième édition.

Composition du groupe de travail

Le groupe UHRIF/AP-HP sur la Nouvelle gouvernance est composé d'établissements expérimentateurs de la mise en œuvre de la réforme.

A l'origine piloté par Pascal Forcioli pour l'UHRIF et Annelore Coury pour l'AP-HP, ce groupe (composé de représentants des centres hospitaliers de Eaubonne-Motmorency, Melun, Aulnay/Bois, Sainte Anne, Villeneuve St Georges pour l'UHRIF et Paul Brousse, Saint Antoine et du siège pour l'AP-HP) avait animé la journée de Printemps de 2005.

Par la suite, sous l'impulsion de Chantal de Singly, les intervenants ont continué à se rencontrer. Aujourd'hui élargi à d'autres établissements (Rambouillet, Pontoise et Gonesse pour l'UHRIF, Lariboisière, l'HEGP, Tenon et la Pitié pour l'AP-HP), le groupe a arrêté le programme de travail suivant pour l'année 2006-2007 :

27 novembre 2006 : intervention lors du Congrès d'automne de l'UHRIF

20 décembre 2006 : les contrats de pôle et leurs indicateurs

9 mars 2007 : les délégations de gestion

8 juin 2007 : les conseils de pôle

Sur chacun des sujets, l'ambition du groupe est de confronter les approches et méthodologies adoptées par les uns ou les autres et d'en proposer une synthèse lors du congrès de l'UHRIF ou par l'intermédiaire du Centre de ressources de l'ARHIF.

*Propos recueillis par Jocolyne Chatron
auprès de Marie-Pierre Ousset,
Directrice du C2R*

expériences
citoyens - ville - hôpital

La maison de la santé de Saint-Denis

Créée en 2001, sur une initiative de la ville, soucieuse de faire participer les professionnels et les habitants aux prises de décision concernant la santé, la maison de la santé de Saint-Denis est devenue un lieu de conseils et d'informations pour le public et un espace de débats, d'échanges et de rencontres pour les professionnels. Sa structure est associative ; ses administrateurs sont la ville, le centre hospitalier, le réseau des médecins de ville et plusieurs associations. A côté des subventions des administrateurs, son financement est pour l'essentiel lié aux projets engagés : ministère de la ville pour les « ateliers ville hôpital » ; conseil général, conseil régional et DDASS pour des actions de prévention et de formation.

Au fil des années et des opportunités, la maison de la santé a, conduit des opérations assez diverses visant les publics professionnels de santé, le grand public (et ses segmentations jeunes, femmes, personnes âgées etc.) mais aussi les associations et structures « relais ». Elle a contribué à mettre du lien entre les acteurs de santé de la ville et créer une dynamique sur des sujets sensibles.

Pour ce qui concerne les hospitaliers, elle a au début mobilisé les services qui avaient le plus besoin de formaliser des relais avec la ville comme le service des maladies infectieuses (réseau VIH), le service de gastro-entérologie (alcool-centre de cure ambulatoire) et le service des urgences. A travers les « midi-santé », une initiative qui a démarré plus récemment en 2005, elle a réussi à impliquer d'autres équipes médicales comme celles de toxicomanie, neurologie, chirurgie des spécialités, l'hôpital de semaine de diabétologie, de l'hôpital de jour de médecine.

Les midi santé réunissent chaque mois une vingtaine de professionnels de santé de la ville pour un déjeuner débat à la maison de la santé. La programmation est construite à partir d'une enquête faite auprès des libéraux et des propositions des administrateurs



Maison de la Santé
*En centre ville face au siège de l'Humanité,
d'un restaurant inter entreprise et
au rez de chaussée d'un HLM*

de la maison de la santé. Variée, elle a été ouverte sur certaines thématiques à des publics professionnels hors santé comme les animateurs de quartiers ; l'intervention sur l'actualité de la prise en charge des consommateurs de cannabis a ainsi attiré une cinquantaine de personnes.

A côté des midi-santé d'autres actions sont portées par la maison de la santé. Dans le cadre des « ateliers santé ville », le service promotion de santé de la ville mène des travaux sur les « situations limites », la grippe aviaire, les addictions. Le pôle professionnel organise des formations et travaille sur des projets collaboratifs, le groupe des généralistes libéraux finalise actuellement son projet de cabinet de permanence des soins. Le pôle associatif coordonne les actions menées auprès des habitants par les différents partenaires associatifs et institutionnels sur les campagnes de prévention en santé publique : VIH, handicap-téléthon, cancer du sein, diabète, tabac etc. Parmi les projets originaux, on peut citer également un « café de filles » qui a attiré pendant près de deux ans chaque mois des adolescentes sur les questions de sexualité, de violence et de mariage forcé.

Parmi les conditions de réussite d'une structure comme la maison de la santé, il y a bien évidemment l'implication forte des partenaires et gestionnaires, leur capacité à

être l'affût des opportunités de financements de projets, à «sentir» les demandes des habitants et professionnels mais vraisemblablement aussi la localisation de la structure. Celle de Saint-Denis située en centre ville est d'accès facile pour les professionnels mais aussi pour les habitants. Récemment, elle a reçu la visite d'une délégation de professionnels et élus des villes de Vaux en Velin et Saint-Priest (69) désireux de monter une structure comparable.

Pour les élus soucieux de maintenir une offre diversifiée de soins sur la ville de Saint-Denis, cette maison de la santé est un service de plus rendu aux professionnels de santé.

Contacts :
maison.santé@laposte.net
tel. 01 42 43 80 55

Midi - santé

2006 - PROGRAMMATION

- 21 février : consommation de cannabis, intervenant hospitalier
- 23 mars : dépistage du cancer du sein, intervenant médecin de ville
- 25 avril : drépanocytose homozygote, intervenant hospitalier
- 13 juin : épidémiologie cancer ORL, intervenant hospitalier
- 11 juillet : prévention du mélanome, intervenant médecin de ville
- 12 septembre : accidents vasculaires cérébraux, intervenant hospitalier
- 10 octobre : hémochromatose, intervenant hospitalier



Midi santé-drépanocytose
Dr Marc Schoene, administrateur de la maison de la santé et directeur du service promotion de la santé à la ville de Saint-Denis intervient à l'issue d'un midi santé proposé par le chef de l'hôpital de jour de médecine **Dr Pierre Margent**.

Journées prévention

Le 31 mai 2006, dans le cadre de la journée mondiale sans tabac, 200 personnes recrutées en centre ville par les bénévoles des associations ont pu bénéficier d'une opération de dépistage du risque cardio vasculaire menée par les professionnels des centres de santé,

du centre cardiologique du nord et du centre hospitalier dans les locaux de la maison de la santé en centre ville. Une opération identique avec les mêmes partenaires est organisée le 15 novembre prochain dans le cadre de la journée mondiale sur le diabète.

Recrutement par les bénévoles des associations :
femmes solidaires, ASBE .



Entretien patient / médecin.
Dr François Fraisse, responsable du pôle urgences réanimation du centre hospitalier.

Dr Henri Licht, président de la maison de la santé et gastro-entérologue au centre hospitalier de Saint-Denis,
Dr Patrick Aeberhard, chef de service au centre cardiologique du Nord,
Jocelyne Chatron.

Dépistage

Pourquoi faut-il vacciner contre la grippe le personnel hospitalier en contact avec le public ?

(suite)

Les symptômes apparaissent un à deux jours après la contamination, mais pendant cette période d'incubation, l'individu infecté peut déjà transmettre le virus et un adulte transmet des virus encore 3 à 5 jours après le début de la maladie.

Les enfants qui sont très sensibles à l'infection sont les premiers atteints et parmi eux les décès ne sont pas impossibles bien au contraire (voir encadré 1). Aux cours des dernières épidémies (1996-2000) la proportion des moins de 15 ans variait de 33 à 42% (1 801 527 à 3 448 090), celle des 15 à 64 ans de 50 à 54% (1 382 575 à 4 786 612) et celle des 65 ans et plus seulement de 7 à 14% (277 146 à 1 097 391).

La vaccination n'est complètement efficace chez le sujet âgé (couverts actuellement à 70-75%) qu'une fois sur deux (elle diminue cependant les formes graves) et ils ne doivent donc pas être considérés comme protégés totalement même quand ils sont vaccinés.

Paragraphe dédié aux DRH et directeurs des finances mais aussi et peut-être d'abord aux collègues surchargés par l'absentéisme :

L'impact économique de la grippe est élevé tant en raison de la morbidité (soins médicaux, hospitalisation) que de l'absentéisme au travail et de la désorganisation éventuelle de la production de soins. Le coût d'une épidémie de grippe (hors hospitalisation) varie selon l'intensité de l'épidémie de 229 à 840 millions d'euros. Le poste le plus important est maintenant représenté par les arrêts de travail qui représentent 2,4 à 12 millions de journées perdues. En effet une épidémie peut toucher 2 à 9 millions de personnes par an en France : En rapportant le nombre d'agents de son institution aux 60 millions de français chacun peut extrapoler le nombre d'agents touchés dans son établissement chaque hiver.

Chez l'adulte en bonne santé, l'efficacité du vaccin est de 70 à 90%. On constate également grâce au même vaccin une diminution de 25% des atteintes des voies aériennes supérieures (VAS), de 44% du

nombre de visites chez le médecin pour une affection des VAS, de 43% du nombre de jours de maladie par atteinte des VAS et de 36% du nombre de jours de maladie toutes pathologies confondues.

Malheureusement en France, seulement 15 à 21% des professionnels de santé sont vaccinés contre la grippe selon l'enquête SOFRES 2003 et le passage à l'obligation est en cours (voir encadré 2), or deux études écossaises ont montré l'intérêt de vacciner les personnels de santé pour protéger leurs malades en soin de longue durée (la vaccination du personnel en soins de longue durée est plus efficace que celle des patients eux-mêmes)..

Légendes urbaines et vaccination antigrippale :

Il s'agit d'un vaccin tué qui ne peut donc pas donner la grippe (Autant prétendre avoir été mordu par la peau d'ours devant la cheminée...). Il est efficace en 10 jours et donc d'autant plus qu'administré tôt dans la saison cependant il reste rentable de le faire jusque et y compris les premiers mois de l'année. Les effets secondaires consistent essentiellement en une réaction inflammatoire locale débutant 6 à 12 heures après la vaccination et pouvant persister 2 jours et ils peuvent être atténués par la prise de paracétamol le jour de l'injection.

La seule contre-indication connue est la rarissime allergie aux protéines de l'œuf. Un cas très particulier a fait l'objet en son temps d'un commentaire de l'AFSSAPS (voir encadré).

Conte du pays Provenois :

Il était en 2002 un CHG comme tant d'autres (sans doute un peu mieux que les autres au moins pour ceux qui y travaillent) où le vaccin antigrippe était depuis longtemps mis gratuitement chaque année à la disposition du personnel ce qui montre d'ailleurs que la direction était déjà sensibilisée au problème ce qui est loin d'être indifférent.

Néanmoins le taux de vaccinations n'y dépassait guère la moyenne nationale des hôpitaux jusqu'au jour où des cardiologues pour des raisons a priori obscures (voir encadré)

se sont investis dans les campagnes de promotion du vaccin antigrippal par tous les moyens possibles : Rencontres directes du personnel aux heures de transmission, articles dans le journal interne, intranet, affichages... En 2005 le taux de couverture était de plus de 50% (chiffre confirmé par les retraits de vaccin effectués en pharmacie, avec du coup d'ailleurs parfois quelques problèmes d'approvisionnement). On voudra bien noter que les promoteurs de cette démarche n'étaient spécialistes ni du sujet ni de la communication et que la démarche et ses résultats - encore bien perfectibles d'ailleurs - peuvent donc a priori être reproduits partout.

La grippe est une maladie nosocomiale comme les autres, plus fréquente que les autres et qui tue plus que les autres. Elle est facilement évitable à faible coût.

L'étude d'impact, méthodologiquement bien difficile à réaliser, de ces campagnes d'informations sur le vaccin antigrippal est en cours à Provins. Notre propos ici est de souligner leur faisabilité et leur acceptabilité partout à l'aide d'un argumentaire simple, d'un peu de bonne volonté et de constance.

Pourquoi des cardiologues s'intéressent-ils tant à la grippe ?

C'est l'étude FLUVACS en 2002 (E. Gurfinkel et al. Circulation 2002 ; 105 : 2143-2147) et son suivi en 2004, essais de vaccination antigrippale des athéromateux avec diminution franche de la morbidité qui ont décidé les praticiens provenois à prendre en charge ces campagnes mais il est vrai initialement en pensant d'abord à leurs coronariens. Cette attitude a été validée (enfin !) tout récemment par les recommandations américaines ACC/AHA pour qui la vaccination antigrippale chez tout athéromateux fait partie des mesures de prévention des récurrences exactement au même titre que la prise en charge du cholestérol ou de l'hypertension par exemple.

Département du 93 - (Seine Saint-Denis)

Centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger à Aulnay sous Bois

Septembre 2006 : ouverture de la maison médicale

Extrait du rapport Afssaps du
22 septembre 2003 : Innocenté
dans le Guillain-Barré

Le rapport de l'Afssaps du 22 09 03 faisait le point sur le lien supposé entre vaccination grippale et syndrome de Guillain-Barré, une augmentation de la fréquence de ce syndrome ayant été observée suite à l'utilisation du vaccin de la grippe porcine (souche A/New Jersey/8/76 - swine flu) en 1976 aux Etats-Unis. Or, ce type d'épidémie n'a plus été observée depuis. Bien que l'étude de Lasky et al. ait suggéré une augmentation modérée du risque de syndrome de Guillain-Barré à la limite de la signification statistique ($p=0.04$) avec les vaccins grippaux actuellement utilisés (soit 1 cas /million de personnes vaccinées aux USA), des études confortent plutôt l'absence d'association causale entre la survenue de cette atteinte neurologique et la vaccination grippale.

Une maison médicale, implantée à proximité des urgences, a ouverte en septembre 2006 avec une permanence médicale assurée par des médecins généralistes libéraux des secteurs d'Aulnay sous Bois, Sevran, Tremblay en France, Villepinte et Vaujours. Elle fonctionnera les jours de semaine de 20h à minuit, le samedi après-midi de 18h à 24h et les dimanches et jours fériés de 08h à 24h. Elle est ouverte aux patients ne relevant ni du plateau technique des urgences, ni d'une prise en charge spécialisée : urgentiste ou pédiatrique. En facilitant le ré-adressement des

patients présentant des pathologies légères vers la médecine libérale. Elle devrait permettre de désengorger l'activité du service des urgences

Ces travaux ont été cofinancés par l'Etat (Politique de la Ville) et la région Ile de France.

Les frais de fonctionnement de la maison médicale sont à la charge de l'association regroupant les médecins libéraux au plan local. Un bilan de l'activité de la maison médicale est prévu tous les ans.



Rénovation de la psychiatrie C

Les travaux de restructuration des 40 lits de psychiatrie C ont été lancés en janvier 2006. Cette opération vise en priorité à améliorer le niveau de confort des locaux d'hébergement, le service de psychiatrie C ayant été construit il y a plus de trente ans, sans rénovation lourde depuis. L'objectif est donc d'améliorer la prise en charge hôtelière (suppression des chambres à 3 lits, des WC et douches communs) et d'élever le niveau de sécurité des patients et des soignants.

Les travaux devraient être terminés en février 2007.

Après l'ouverture de la Psychiatrie B habilitée (fin d'année 1999) et la Psychiatrie A réhabilitée et ouverte (fin d'année 2004), nous fêterons en 2007 l'ouverture de la nouvelle Psychiatrie C. Il nous restera ensuite à entreprendre les travaux d'aménagement du parc (allées etc.) pour parachever la réhabilitation des secteurs de Psychiatrie adulte.

Gravité potentielle chez l'enfant : Autant que le méningocoque ?

A titre d'illustration chez l'enfant et en nombre de décès le méningocoque aux US est responsable par an de la mort de 250 enfants (P. Gardner, New Engl J Med 2006; 355 : 1466-1473) contre 150 pour la grippe dont la moitié n'avaient aucune pathologie chronique favorisante (N. Bhat, J. Wright, K. Broder et al. New Engl J Med 2005; 353 : 2559-2567) : L'ordre d'idée est proche même si stricto sensu si on rapporte la létalité au nombre d'infection la grippe bien plus fréquente est bien moins souvent mortelle bien évidemment.

Caractère obligatoire de la vaccination

Le caractère obligatoire de la vaccination des personnels des établissements public et privé est affirmé dans la loi de financement de la sécurité sociale 2006 mais la parution des décrets d'application est retardée au moins jusqu'à la prochaine campagne 2007-2008.

*Drs Marc Genest & Gilbert Pochmalicki,
centre hospitalier Léon Binet, Provins.*

Novembre 2006 : ouverture d'un nouveau bloc obstétrical

Pour améliorer la prise en charge de l'activité périnatale qui a plus que doublée depuis l'ouverture du bâtiment Mère/enfant en 1987 (2125 naissances en 2005), et pour répondre aux normes applicables en matière de périnatalité et de sécurité anesthésique, un nouveau bloc obstétrical est désormais installé à la place de l'ancien bloc orthopédique.

Ce nouvel emplacement représente une superficie d'environ 730 m² contre 502 dans les anciens locaux. Les normes retenues sont celles applicables au nombre de naissances compris entre 2000 et 2500 naissances.

Le nouveau bloc comprend notamment :

- deux salles de césariennes :
l'une pour les césariennes programmées,
l'autre pour les urgences,
- deux salles de pré-travail,
- cinq salles de travail,
- une salle d'examen obstétrical,
- une salle de réanimation bébé.
- La salle de réveil utilisée
sera celle construite
dans le bloc opératoire
polyvalent.

Inauguré en octobre, le bloc devrait être opérationnel en novembre.



*Emile Richard Linares, directeur chargé de la communication, de la qualité,
des systèmes d'information et des affaires générales,
Hoda Kharrat, chargée de missions*

Département du 93 - (Seine Saint-Denis)

Le centre hospitalier intercommunal André Grégoire - Montreuil

Un hôpital en plein développement

Ouvert en juillet 1965 avec essentiellement des services de proximité (médecine, chirurgie et obstétrique), le Centre hospitalier Intercommunal André GREGOIRE a développé depuis des pôles de spécialités : centre de périnatalité (de type III avec des services de maternité, de gynécologie de pédiatrie et réanimation néo-natale), réanimation polyvalente adulte, maladies du rein : néphrologie, hémodialyse.

L'hôpital de Montreuil est le seul établissement public du département de la Seine Saint Denis à disposer d'un centre de dialyse, cardiologie : unité de soins intensifs cardiologiques et plateau technique performant dont un appareil d'angiographie numérisée, SAU. L'hôpital est classé service d'accueil et de traitement des urgences.



La zone d'attraction de l'établissement couvre outre les neuf communes ayant participé à sa création : Bagnolet, Fontenay sous Bois, Les Lilas, Montreuil sous Bois, Noisy le Sec, Romainville, Rosny sous Bois, Villemomble, Vincennes, une partie des 11^{ème} et 20^{ème} arrondissement de Paris.

En moyenne l'hôpital assure en moyenne par an 80.000 consultations externes, 52.000 passages aux Urgences. 22.000 patients hospitalisés.



Le centre hospitalier a entrepris dès les années 1990 la restructuration complète de ses services cliniques et installations techniques.

Cette restructuration s'est poursuivie avec : l'ouverture du plateau médico technique de 12000 m² (1^{ère} phase du plan directeur) en 1998, la construction d'un plateau médico technique complémentaire de 6500 m², destiné à l'Anapath, le laboratoire de biologie, la pharmacie, le département d'informations médicales, la dialyse et les services logistiques.

Le bâtiment en fin de travaux sera réceptionné à la fin de l'année 2006 et ouvert en février 2007, Le pôle Femme - Enfant (18000 m²) sera lancé dès la mise en service du plateau technique sus visé, dans le cadre du plan Hôpital 2007.

Outre le secteur gynécologie-obstétrique, la pédiatrie et la réanimation infantile, le futur bâtiment abritera les Urgences et la réanimation polyvalente, Concomitamment, un important programme de réhabilitation de ce qui reste de l'ancien bâtiment des années 65 est conduit avec détermination.

L'objectif est toujours d'offrir les prestations de qualité, conformes aux exigences de la profession et des règles de l'art.

Le Centre Hospitalier Intercommunal André GREGOIRE aura triplé ses surfaces dédiées à la prise en charge et soins aux patients dès l'achèvement de son plan directeur en 2010. Le dernier chantier ouvert est d'ordre immatériel et concerne la bonne gouvernance. Il mobilise depuis plusieurs mois, médecins, cadres soignants, médico-techniques et la direction de l'hôpital pour organiser au mieux l'établissement et les équipes afin d'en tirer le meilleur parti des investissements opérés.

Le comité de pilotage mis en œuvre à cet effet, travaille avec détermination et devra rendre bientôt ses propositions fin novembre. Elles permettront aux instances consultatives et délibératives de l'institution de se déterminer avant le 31 décembre 2006 et de mettre en place la nouvelle organisation de l'hôpital dès janvier 2007.

*Jean-Bosco Peleket,
Directeur des affaires juridiques et
de la communication*

CH de Saint-Denis - Hopital Delafontaine

Une unité pour les AVC



Dr Thomas de Broucker
chef du service de Neurologie

Suite aux travaux du SROS neurologie animés par le Dr France Woimant, plusieurs unités neurovasculaires (UNV) dédiées à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ont été créées ou vont l'être dans les hôpitaux généraux de l'Ile de France. En Seine Saint-Denis, le SROS prévoit deux sites dont un au centre hospitalier de Saint-Denis. Les critères requis pour les établissements d'accueil sont d'accueillir plus de 200 AVC par an, de disposer d'un SAU, d'un service ou d'une unité de neurologie et d'une IRM.

Au CH de Saint-Denis, la mise en place de cette UNV pilotée par le service de neurologie, a été programmée en deux phases justifiées par les circonstances et la configuration des unités de soins.

La première phase a démarré en novembre 2005. Elle a compris l'organisation d'une astreinte opérationnelle 24h/24 en neurologie vasculaire et la mise à disposition de 12 à 16 lits d'hospitalisation dédiés aux AVC dans le service de neurologie. Des protocoles d'évaluation, de surveillance et de traitement ont été mis en place soit en vue d'une thrombolyse en extrême urgence soit de la meilleure prise en charge immédiate et ultérieure des patients neurovasculaires par les services d'urgence, de radiologie et de biologie sous la responsabilité conjointe du

senior des urgences et du neurologue d'astreinte. L'accueil des patients thrombolysés en urgence ou des patients instables étant assuré dans le service de réanimation.

L'ouverture de lits de soins continus neurovasculaires est prévue à court terme dans le service de réanimation. Ces lits fonctionneront sous la co-responsabilité des deux équipes médicales (réanimation et neurologie) pour assurer à la fois la continuité des soins et les décisions neurovasculaires spécifiques. Un poste de PH a été attribué au service de neurologie pour renforcer l'équipe et permettre d'assurer la coordination de l'ensemble de la filière.

Ce dispositif, qui s'intègre pour l'établissement dans un objectif de développement de la filière de soins urgences/neurologie/médecine physique et de réadaptation ou suites de soins/moyen séjour, se heurte à l'absence de structures de prise en charge de malades dépendants jeunes en Ile-de-France et à une offre de soins de suite non gériatriques très insuffisante. Déjà sensible auparavant, notamment dans le 93 parce qu'amplifié par les difficultés socio-familiales souvent majeures de nombreux patients, le problème du site d'accueil des malades dépendants

jeunes est loin d'être résolu, et donc pour partie celui des soins de suite. L'affichage neurovasculaire accentue le risque de recrutement de ce type de patients et, un an après l'ouverture, ce sont 4 à 6 lits de neurologie qui sont « gelés » de ce fait contre un lit en moyenne auparavant. La création de structures d'accueil pour ce type de patients lourdement dépendants et ne rentrant pas dans le cadre institutionnel du long séjour traditionnel est urgente sous peine de voir l'effort d'amélioration de la prise en charge neurovasculaire réduit à néant par défaut de capacité d'aval (et défaut d'efficacité médico-économique, à l'heure de la T2A).

En premier bilan, 10 mois après son ouverture, le nombre d'AVC pris en charge par le service de neurologie a néanmoins doublé : le service pense atteindre le volume annuel de 450 à 500 par an contre 250 les années précédentes. L'analyse en temps réel des difficultés rencontrées, la confrontation aux expériences des autres CHG ayant mis en place une UNV en Ile de France, la collaboration avec les directions et les conseils exécutifs, doivent permettre une amélioration rapide du fonctionnement de ces structures encore expérimentales : une réactivité alerte est requise !

Unités neurovasculaires en Ile-de-France

Hôpitaux UHRIF	Hôpitaux APHP
CH Meaux (77)	APHP Bichat (75)
CH Mantes (78)	APHP Henri Mondor (94)
CH Pontoise (95)	APHP Lariboisière (75)
CH Sainte-Anne (75)	APHP La Salpêtrière (75)
CH Saint-Denis (93)	APHP Tenon (75)
CH Versailles (78)	

Département du 93 - (Seine Saint-Denis)

CH de Saint-Denis : Hôpital Casanova

Poém express - un projet pour des patients sortis d'AVC

Dans le cadre d'un projet financé par la direction régionale des affaires culturelles, des patients hospitalisés dans le service de médecine physique après un accident vasculaire cérébral ont participé à des ateliers d'expression artistique à partir des œuvres du musée d'art et d'histoire de la ville.

Sur deux mois, au rythme d'une séance par semaine, les patients, ont pu « **retrouver le chemin des mots** » avec une comédienne qui leur a lu des textes et fait composer des poèmes.



Vernissage au musée en présence des élus à la santé et à la culture.

Ils ont également pu s'initier à différentes formes d'expression graphique avec une plasticienne du musée.

Des ergothérapeutes et orthophonistes du service ont accompagné la démarche en aidant les deux artistes à décoder les attentes des patients dont la plupart parlait alors à peine.

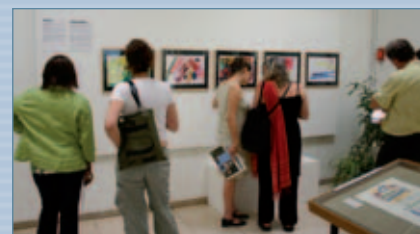
Leurs œuvres sont exposées au musée depuis juillet ; elles le seront pas la suite dans l'hôpital Casanova. Un book retraçant le projet a été édité et diffusé aux patients et à leurs proches.

Le vernissage a permis à vingtaine de patients de sortir de l'hôpital et d'arpenter

en fauteuil roulant le musée. Ils avaient convié leurs proches. Pour certains d'entre eux, cette visite guidée d'un musée était une première. Soignés, soignants, comme artistes souhaitent que le projet soit reconduit et puisse bénéficier à d'autres patients.

Un programme institutionnel « culture à l'hôpital » autour de plusieurs projets engagés par différents services avec des institutions culturelles de la ville (musée, médiathèque, théâtre) mais aussi des associations et des bénévoles devrait pouvoir être finalisé dans l'année. Il permettra d'ouvrir le champ des bénéficiaires.

Jocelyne Chatron



Exposition - œuvres. Les patients ont travaillé à partir d'œuvres du musée dont le poème d'Eluard Liberté illustré par Fernand Léger



Visite privée d'un musée. Pour certains patients, c'était une première

Département du 94 - (Val-de-Marne)

Hôpitaux de Saint-Maurice

Saint-Maurice a 150 ans



Les festivités des 150 ans de l'Hôpital National de Saint-Maurice se sont déroulées du 13 au 17 septembre. Cet événement restera dans les mémoires !

Les patients, les membres du personnel et les retraités de l'HNSM ont été les premiers à en profiter avec un concert du Conservatoire national de musique et d'art dramatique de Saint-Maurice et plusieurs démonstrations sportives. Les habitants des communes avoisinantes, ont quant à eux, pu découvrir l'histoire et les métiers de l'HNSM au travers des expositions et des ateliers découverte animés par le personnel soignant et de rééducation. La visite de la balnéothérapie, et la reconstitution de la salle de soin et de l'ancienne pharmacie, de même que l'apparition de Napoléon III, de l'Impératrice Eugénie et des soeurs de la congrégation des Augustines de Belgique, ont tout particuliè-

rement obtenu les faveurs du public. Cet anniversaire s'est achevé avec un concert d'instruments à cordes dont les thèmes étaient contemporains de la construction de l'Hôpital.



*Sandrine Bodeau,
chargée de la communication
des Hôpitaux de Saint-Maurice
s.bodeau@hopital-saint-maurice.fr*

EPS de Ville - Evrard : ouverture d'une MAS



Une maison d'accueil spécialisée (MAS) sur le site de l'EPS de Ville Evrard a ouvert ses portes en février 2006. D'une capacité de 27 lits et de 3 places de jour, Le Mas de l'isle contribue à répondre aux besoins d'accueil de personnes handicapées mentales et/ou psychiques pour le département. Elle offre un lieu de vie adapté à des personnes adultes handicapées mentales et/ou psychiques dont les troubles du comportement sont compatibles avec la vie en collectivité.

Le profil ainsi défini se distingue de celui d'une MAS dite « classique » dont la vocation est plus généralement l'accueil de personnes polyhandicapées. La MAS doit être un lieu de vie à dimension humaine permettant l'inscription des résidents dans un projet institutionnel tourné vers le maintien des acquis, la vie collective et un projet individuel personnalisé. Les rythmes de vie y sont spécifiques et le projet institutionnel comprend plusieurs dimensions : éducative, soignante dans le sens du « prendre soin », et d'accompagnement dans la vie quotidienne.

Un lieu de vie à dimension humaine

C'est un ancien pavillon situé à l'extrémité ouest du site de Ville-Evrard à Neuilly-sur-Marne qui a été retenu pour y implanter la nouvelle structure. Composée de deux bâtiments, le premier, autour d'un patio, héberge la partie « séjour », consacrée aux activités proposées aux résidents l'activité médicale, soignante et administrative ; le second est réservé à l'hébergement des résidents avec des chambres individuelles ou à deux lits. Cette partie hébergement est

composée de trois « appartements » de 9 résidents chacun. Cette disposition en petits modules favorise un contexte apaisant propice à l'élaboration d'une vie de petit groupe.

Le projet de vie

Rappelons qu'étymologiquement, handicap signifie jeu de hasard (la main dans le chapeau). En l'occurrence, il s'agit de créer un heureux hasard par la rencontre et le partage d'un espace commun, adapté, dont la vocation conviviale et thérapeutique est à imaginer à partir des talents, des capacités, mais aussi des limites de chacun des résidents.

Le projet de vie se décline, selon trois axes

- L'axe éducatif, avec ses dimensions culturelles et de socialisation adaptées aux handicaps et/ou pathologies rencontrées,
- L'axe de la vie quotidienne, dans sa dimension d'accueil, d'écoute et de prise en compte des attentes des résidents,
- L'axe du soin, dans sa dimension pluridisciplinaire, de partenariat incluant à la fois les soins somatiques, relationnels et le « prendre soin »,

Approcher solidairement ces trois axes, afin de structurer une alternative pour des sujets ayant eu, pour la plupart, des parcours chaotiques faits d'exclusion, ou à l'inverse d'hyper protection, peut permettre l'émergence d'une réelle intentionnalité et une prise en compte de la personne dans son intégrité physique, psychologique et sociale. Cette voie constitue la pierre angulaire d'un travail qui repose sur des valeurs telles que la tolérance, l'acceptation de l'autre en tant que sujet, le respect et la générosité dans les actions.

Une équipe pluriprofessionnelle

L'équipe comprend des aides-médoco-psychologiques, des aides-soignants, des

agents de service hospitalier, des éducateurs spécialisés, des infirmières, une ergothérapeute et un psychomotricien, une psychologue, un médecin psychiatre et un médecin somaticien.

S'il est difficile de dresser le bilan à 9 mois de l'ouverture, il est plus aisé de repérer les difficultés et les atouts d'une ouverture. L'accueil des résidents dans une Maison d'accueil naissante est un travail de longue haleine qui met à l'épreuve tant les équipes que l'institution elle-même. L'équilibre est sans cesse à redéfinir. L'arrivée de nouveaux résidents, le travail d'adaptation progressive de chacun, les échecs, les bouleversements sont autant d'événements fondateurs. Apprendre à connaître, comprendre, travailler en équipe, savoir échanger et partager : tout un projet qui se construit quotidiennement dans le temps.

C'est une expérience enrichissante autant qu'éprouvante dont nous retirons entre autres leçons :

- L'indispensable coordination entre le sanitaire et le médico-social afin de s'assurer que chacun est partie prenante dans le projet et s'accorde sur la pertinence de celui-ci.
- La nécessité de mettre en œuvre un projet personnalisé et adapté pour l'accueil de personnes handicapées mentales et/ou psychiques, d'y impliquer l'ensemble des acteurs : le résident, ses proches, l'institution.

*Virginie HOAREAU CASTILLO,
Directrice de la M.A.S.
« Le Mas de l'Isle » - EPS de VILLEEVARD*

Département du 78 - (Yvelines)

Centre hospitalier Intercommunal de Poissy/Saint-Germain-en-Laye

Lancé en janvier 2005, le site Internet du Centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain-en-Laye a soufflé sa première bougie en ligne avec près de 300 000 visites à son actif. Et il a reçu l'un des deux Prix de la Communication Hospitalière Internet décernés cette année par la Fédération Hospitalière de France. Tourné vers les usagers de l'hôpital et les professionnels de santé de ville, le site www.chi-poissy-st-germain.fr ambitionne de leur offrir des informations précises, actualisées, pratiques et pédagogiques.



5 menus (L'hôpital, Vous et l'hôpital, Notre offre de soins, Emplois et formation, Nous contacter) et un fil d'actualités sont accessibles depuis la page d'accueil. Celle-ci propose aussi 6 raccourcis vers les numéros d'urgence, l'annuaire de l'hôpital, les plans d'accès, la charte de la personne hospitalisée, et les modalités d'hospitalisation ou de consultation. Cette arborescence est soutenue par une importante iconographie (nourrie par le photographe du centre hospitalier), et une mise en page simple pour favoriser la lisibilité,

et ce, dans le respect de la charte graphique de l'établissement.

Condition préalable, le site a été imaginé avec les membres d'un comité éditorial pluriprofessionnel, qui poursuit aujourd'hui une mission d'évaluation et de développement de l'arborescence et du contenu lors de réunions bimestrielles. Le site est animé au quotidien par un webmestre, garant de sa réactivité, de la fraîcheur des contenus (en lien avec un réseau interne de référents) et qui en stimule l'interactivité (questionnaire de satisfaction, formulaires de contact, espace emploi avec CV et lettre de motivation en ligne, ...). Il est soutenu dans sa mission par le prestataire spécialisé retenu pour la conception et la gestion du site.

Chaque mois, un internaute français sur 5 consulte au moins un site consacré à la santé, la forme ou la nutrition. On peut imaginer que pour certains usagers, pénétrer l'univers de l'hôpital par ce biais avant une hospitalisation ou une consultation peut rassurer. Mais tous les usagers de notre système de santé ne sont pas des Internautes. La vocation de ces sites et du nôtre en particulier est donc bien complémentaire à l'information et à la communication assurée par les agents et par les services. Dans leur pratique, ils remettent également aux usagers de notre cité hospitalière des supports d'information, bien tangibles ceux-là : livret des usagers, charte de la personne hospitalisée, présentations des services de soins ...

Soigner la navigation pour simplifier l'accès aux informations, rendre le contenu accessible et attrayant, s'assurer de la participation constante de tous les professionnels de santé, mesurer l'audience pour s'améliorer en permanence, se fixer des règles et des limites à travers une charte de fonctionnement du comité éditorial, des règles d'éthique et un cadre réglementaire appliqués au site Internet : telles sont les exigences des membres du comité éditorial, qui se voit récompensé par les chiffres de fréquentation. Le site connaît en effet depuis ses débuts une croissance régulière et forte de son audience. Avec par exemple 60 000 visites pour le seul mois de mai 2006, il est probable que le nombre de visites annuelles aura doublé entre 2005 et 2006.

Le Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy-Saint-Germain-en-Laye est le 1^{er} établissement public d'Ile-de-France (hors Paris) avec 1600 lits et places, près de 4000 soignants, médecins et personnels au service de la santé, et le 4^{ème} centre hospitalier général de France, avec un budget annuel de 265 millions d'Euros. Il comprend plus de 50 services de soins dans ses deux hôpitaux de Poissy et de Saint-Germain-en-Laye. Il y accueille aussi 600 élèves dans 5 écoles de formation aux métiers de la santé. Pour en savoir plus et nous contacter : www.chi-poissy-st-germain.fr

*Hélène Vidalis,
Direction de la communication*

Le centre hospitalier de Versailles

Le centre hospitalier de Versailles a organisé un 5^{ème} forum des métiers hospitaliers le mardi 24 octobre 2006.

Plus de 300 lycéens, venant d'une dizaine d'établissements de Versailles et des environs ont participé à cette manifestation destinée à présenter la diversité des métiers exercés dans un établissement de santé.

Durant toute la journée, des professionnels de l'établissement sont venus présenter leur métier (médecin, sage femme, infirmier, manipulateur...).

Plusieurs projections de films étaient proposées aux élèves dont un court métrage réalisé par le Centre Hospitalier de Versailles sur le métier d'aide soignant.

Les lycéens pouvaient également se rendre sur des stands pour dialoguer avec les professionnels et les interroger sur les cursus de formation, les conditions d'exercice du métier et les modalités de déroulement de leur carrière.

Organisée en liaison avec l'Académie de Versailles, cette manifestation coïncide cette

année avec la campagne de valorisation des métiers hospitaliers qui vient d'être lancée par le Ministère de la Santé.

Elle devrait aussi contribuer à renforcer les liens avec les établissements d'enseignement afin de mieux informer les jeunes sur les perspectives professionnelles qu'offrent les établissements de santé dont les besoins en personnel qualifié seront de plus en plus importants dans les années à venir.

Jean-Marie BARBOT, DRH

Centre hospitalier du Vexin

La dénutrition, un enjeu majeur de l'hôpital à la ville

« Tel était le sujet de la journée thématique de l'AJCHV »

L'Association "Les journées du Centre hospitalier du Vexin" cherche à promouvoir le travail effectué par les équipes médicales, médico-techniques et soignantes de l'établissement. C'est ainsi qu'elle a mis ses moyens à la disposition du Comité de Liaison sur l'Alimentation et la Nutrition, plus communément appelé CLAN, pour organiser un colloque le 21 septembre 2006 sur le thème de la dénutrition.

Lors de cette journée de sensibilisation, d'information et de formation, organisée sur le site d'Aincourt du Centre hospitalier du Vexin, les études et travaux réalisés au sein de l'établissement hospitalier ont été présentés et des intervenants extérieurs de qualité ont exposé les problèmes liés à la dénutrition chez le patient atteint de maladie neurologique, l'insuffisant respiratoire, l'obèse et le sujet âgé.

Très souvent sous évaluée dans la prise en charge des patients, la dénutrition n'est pas sans avoir d'incidence sur l'amélioration de l'état clinique. Rappelons que : « La dénutrition est un déséquilibre des apports protéino-énergétiques par rapport aux besoins, ce qui entraîne une perte tissulaire



AJCHV 1 :
Docteur Jean-Fabien Zazzo
 de l'hôpital Antoine Bécclère
Docteur Francine Boiteau - Chef de service et
 Présidente du CLAN au Centre hospitalier du Vexin
 et **Docteur Sandrine Stélianidès**
 chef de service au Centre hospitalier du Vexin

involontaire et une diminution de la masse corporelle ». Un patient dénutri a plus de risques de développer une infection post-opératoire ou des escarres et les capacités fonctionnelles pulmonaires et cardiaques sont réduites en cas de dénutrition. La dénutrition augmente donc de façon sensible la durée moyenne de séjour. Ainsi, la version 2 de l'accréditation impose de faire figurer l'évaluation de l'état nutritionnel du patient dans son dossier.



AJCHV :
Docteur Roxane Simon-Prel
 de l'Agence Régionale d'Hospitalisation
 d'Ile de France
Paul Tronchon du CNEH
Martine Noah - responsable logistique hôtelière
 du Centre hospitalier du Vexin et
Sophie Lacheny - diététicienne
 au Centre hospitalier du Vexin

Le « plan national nutrition santé II », met l'accent sur la prévention et le dépistage de la dénutrition. Celle-ci ne doit pas rester méconnue que se soit à l'hôpital où au domicile. 25 à 45 % des personnes hospitalisées sont dénutries. Les personnes âgées sont les plus touchées.

Chaque établissement de santé devra avoir en 2007 un référent nutrition.

Les études réalisées par le CLAN du Centre hospitalier du Vexin

Celles-ci ont permis d'évaluer l'état nutritionnel des patients dans un service de médecine, en services de soins de suite et de réadaptation et des résidents en EHPAD. Les taux de dénutrition, de modérée à

sévère, varient selon les services et les pathologies rencontrées. Les études démontrent entre autre, que la dénutrition est possible chez l'obèse au cours d'une prise en charge pour rééducation neurologique ou orthopédique.

Créé en mars 2003, le CLAN du Centre hospitalier du Vexin participe par ses propositions, à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients et résidents et à la qualité de l'ensemble de la prestation alimentaire. Il a un rôle de conseil et de moteur dans la politique alimentaire de l'établissement. Il agit en tant qu'incitateur transversal (inter service et interprofessionnel) pour améliorer la chaîne de la prestation alimentaire. En effet, la réflexion sur la nutrition et la restauration nécessite la concertation de tous les acteurs de l'hôpital concernés par ce sujet. Au Centre hospitalier du Vexin, les problèmes de dénutrition interviennent très souvent dans les décisions thérapeutiques de prise en charge des patients ou des résidents. Le travail du CLAN a ainsi permis de sensibiliser les soignants à l'importance de l'alimentation qui est alors devenue un soin à part entière.

Armelle Bourasseau,
 Chargée communication

**L'UHRIF 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 - Dormelles
La Ferté Gaucher - Fontainebleau
Jouarre - Lagny - Meaux
Melun - Montereau - Nangis
Nemours - Noisiel - Provins
Rozay-en-Brie - Saint-Pierre Les Nemours
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 - Groslay - L'Isle Adam
Louvres - Luzarches
Magny-en-Vexin - Marines - Moisselles
Cergy - Saint-Christophe - Cergy-Pontoise
Taverny - Viarmes - Marly-la-Ville

L'UHRIF a un site internet :

n'hésitez pas à nous rejoindre sur le web

<http://uhrif.asso.fr>



Secrétariat Général de l'UHRIF

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 : uhrif@wanadoo.fr