

ARH

info

N° 46 mars 2008

Au sommaire

Commission régionale de
Concertation en Santé Menta
Plénière

Le RIM-P et ses aléas...

“Yriba” l’arbre à palabres

Mise en place de l’espace
Ethique Rhône-Alpes

Etc...

ARH/RA

sommaire

- 04 - Commission régionale de Concertation en Santé Mentale Plénière : 3ème rendez-vous annuel
- 06 - Le RIM-P et ses aléas
- 08 - Prise en charge psychiatrique en Rhône-Alpes en 2005
- 11 - "Yriba" - L'arbre à palabres
- 14 - Infections nosocomiales : résultats des indicateurs 2006
- 16 - Fonction achat
- 18 - Mise en place de l'Espace Ethique Rhône- Alpes
- 20 à 25 - DOSSIER : Les usagers, partenaires du système de soins
- 26 - Visite guidée à l'hôpital
- 28 - Zoom sur la clinique Emilie de Vialar
- 30 - La gestion des risques en chirurgie orthopédique
- 32 - Dernière Première pierre du futur médipôle du Nord Isère!
- 35 - Quand hôpital local rime avec dynamisme...
- 37 - Extension de l'hôpital local de Bourg Saint Andéol
- 39 - Installation d'une " cellule DIM hôpital local " mutualisée





Editorial du docteur Gilbert Weil

directeur régional du Service Médical Rhône-Alpes

La gestion du risque est au cœur de notre mission avec des actions de maîtrise médicalisée des dépenses de santé, de prévention, de recherche de l'efficacité et d'une meilleure utilisation des ressources pour une amélioration de l'utilisation du système de soins.

Cette démarche doit se décliner tant au niveau de la ville qu'au sein du monde hospitalier et des usagers du système.

Dans les établissements, l'année 2007 a été marquée par une démarche d'accompagnement de la T2A avec la présentation d'un profil établissement sur la pratique de la chirurgie ambulatoire, du codage PMSI, de la facturation en dehors du GHS et de la performance qui complète celle débutée en 2006 sur les prescriptions hospitalières délivrées en ville.

Cette approche s'inscrit pleinement dans l'action de maîtrise médicalisée des dépenses de santé, alliant une meilleure utilisation des ressources allouées à une recherche de service rendu de qualité.

Le monde hospitalier est mobilisé par l'impact des réformes et le souci de maintien de l'équilibre financier des établissements.

L'approche de type "benchmarking" à partir d'une série d'utilisateurs invite les gestionnaires à réfléchir à leur gestion interne afin d'améliorer leur performance, malgré les contraintes actuelles, tout en préservant la nécessaire réponse à un service de qualité.

Nous prenons toute la mesure du défi que constituent ces enjeux.

Soigner mieux en dépensant mieux, un objectif que nous partageons et qui doit nous amener à travailler encore plus ensemble.

Commission régionale de Concertation en Santé Mentale Plénière : 3ème rendez-vous annuel

C'est dans une configuration renouvelée que se déroule la troisième session plénière de la CRCSM le 17 décembre dernier.

En effet, l'arrêté du 31 janvier 2007 modifie la composition de la CRCSM et assure de ce fait une participation plus large du corps médical au travers de la représentation de la conférence régionale des présidents des commissions médicales des établissements de santé prenant en charge l'activité de psychiatrie. A l'occasion de cette modification, l'agence souhaite faciliter la représentation des élus auprès de cette instance en leur demandant de désigner un suppléant.

La représentation de l'association des établissements de santé mentale est également sollicitée.

A noter la présence de M. Paul Monot, président de Coordination 69 : il rejoint les membres de la CRCSM comme personne qualifiée aux côtés du professeur Jacques Pellet.

Toujours élargir, toujours écouter, échanger sur les expériences et les pratiques, rassembler les forces autour du souffrant, patient ou handicapé psychique, quel que soit son état : tels sont les ressorts qui continuent à animer cette commission et à favoriser l'émergence de nouveaux projets.

La santé mentale étant un tout, plus large que la discipline médicale de la psychiatrie mais composante intégrale de "l'état d'être en bonne santé", Bernadette Devictor, présidente de la Conférence Régionale de Santé, invitée pour la première fois, accepte de clore la réunion. Le thème des dernières rencontres de la CRS était en l'occurrence dédié à la prévention de la souffrance psychique chez l'enfant, l'adolescent et le jeune. Comment ne pas y voir la marque d'un défi commun à relever ?

Cette réunion s'inscrit dans une période intermédiaire, à mi-parcours de l'exécution du plan psychiatrie et santé mentale mais également du SROS. Beaucoup a été fait, beaucoup est en voie d'être réalisé et pourtant, il faut déjà faire un bilan et se projeter dans l'avenir : l'après PPSM et la préparation du SROS 4. Dans cette période charnière, marquée par des réformes majeures, en cours ou à venir, la psychiatrie et ses professionnels s'interrogent sur leur périmètre d'intervention et ses limites.

C'est bien au travers de ce questionnement que s'inscrivent tous les travaux en cours ⁽¹⁾.

Le docteur Guisti, médecin psychiatre, présidente de CME au centre psychothérapique de l'Ain présente les travaux de la sous-commission articulation sanitaire, social et médico-social

Loin de s'inscrire dans le vide, l'espace de l'amont et de l'aval de l'hospitalisation foisonne d'associations, de projets, d'acteurs fortement impliqués mais très souvent fragilisés par l'étroitesse de leur domaine d'intervention, la parcellisation des financements disponibles et... la méconnaissance des stratégies développées dans les champs voisins. Cela s'accompagne très souvent de méfiance, de querelles intellectuelles, voire dogmatiques, et de positionnements concurrents sur le terrain. Tout cela, pourtant, au nom de l'usager.

Le groupe " Articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social " a bien pour objectif de fédérer la réflexion entre les différentes compétences.

En 2007, un questionnaire, élaboré de façon consensuelle (sanitaire, médico-social), est mis au point, afin de faire le bilan du nombre des patients déclarés sortants mais toujours hospitalisés faute de solutions adaptées d'aval. Cette estimation quantitative se double d'une évaluation qualitative pour décrire le mode de prise en charge d'aval le mieux adapté à l'état plus ou moins grand d'autonomie de la personne.

Ce questionnaire est soumis à l'autorisation de la CNIL pour pouvoir être diffusé aux établissements puis exploité.



CPA



St Egrève



CH ste Marie



Futur CPND(ex Vion)

Sur la base des résultats, l'agence rencontrera les autorités compétentes des autres champs, l'objectif étant de mettre en œuvre des projets convergents et de mutualiser des moyens.

Le docteur Lang, psychiatre au CHU de St Etienne, présente les travaux du groupe "Formation/Métiers"

Faire face aux défis contradictoires de la démographie médicale et de la pression sociale pour un mieux être mental ? Le groupe s'interroge sur le périmètre des métiers de la psychiatrie et leurs complémentarités avec les métiers de l'éducatif et du social ainsi que sur l'évolution nécessaire des formations initiales et continues pour pouvoir y répondre.

C'est donc également la question de l'évolution des pratiques professionnelles qui est posée en filigrane.

Le groupe a consacré une grande partie de l'année 2007 à élaborer un cahier des charges à destination de l'université afin de favoriser dans la formation initiale du métier de psychologue clinicien une meilleure connaissance de la santé institutionnelle et inversement faire reconnaître par la discipline son apport potentiel.

Le docteur Bobillo, pédopsychiatre au centre hospitalier Ste Marie de Privas, est rapporteur des travaux du groupe "Enfants / adolescents"

Dans ce domaine aussi, on note des avancées pour améliorer la prise en charge des enfants et des adolescents en Rhône-Alpes : la charte territoriale de pédopsychiatrie, les conditions d'accueil des jeunes en crise aux urgences, les liens à tisser avec les autres intervenants,... Autant de propositions concrètes qui restent à formaliser, à écrire, pour qu'elles trouvent place dans de nouvelles orientations stratégiques régionales.

Claire Gékière, psychiatre, chef de service au Centre du Vion, clôt les présentations avec celle des travaux du groupe "Suivi du SROS"

Le groupe "Suivi du SROS, territoires, évaluation des pratiques" comporte en sa dénomination-même un travail considérable.

Cette thématique concentre en effet toutes les études en cours :

- * une étude produite par l'assurance-maladie (DRSM-URCAM) à partir de la prévalence et l'incidence des troubles psychiatriques ;

- * une étude menée par l'URCAM sur les données de consom-

mation médicamenteuse;

- * les données de précarité établies par l'ORS à l'occasion du volet du SROS consacré à l'addictologie ;

- * étude à l'initiative de la MRS sur la démographie libérale (psychiatres et psychologues), par territoire de santé ;

- * étude sur les flux de patients en psychiatrie (données URCAM).

La montée en charge du recueil de l'information médicale pourra venir enrichir la réflexion.

Le groupe décide également de tester une grille permettant d'établir une monographie de secteur à partir du croisement de diverses données disponibles.

Une fois testée, cette grille sera généralisée.

L'objectif est de mieux décrire les incidences des facteurs sociaux, économiques, géo-démographiques sur la prévalence de la maladie psychiatrique, et/ou sur les pratiques professionnelles.

Un bilan 2007 très riche ! ⁽²⁾

C'est donc un bilan 2007 très riche et très dense qui est exposé en session plénière, si intense d'ailleurs, qu'il reste trop peu d'espace pour un échange avec la salle. Aussi au moins deux sessions plénières seront organisées en 2008.

Corinne Martinez, ARH

(1) : *Tous les travaux de la CRCSM et de la commission de la VAP depuis 2006 sont consultables sur le site de l'agence à l'adresse suivante : <http://www.parhtage.sante.fr>; région Rhône-Alpes ; rubrique "organisation des soins"; rubrique "psychiatrie et santé mentale"*

(2) : *Que les animateurs et les participants assidus des groupes en soient remerciés. Que les représentants des usagers, vigilants et présents, nous remettent toujours au cœur de nos métiers.*



Escalier Art Déco
au CHU de St Etienne



Le RIM-P et ses aléas ...

Dans la perspective de la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie (VAP), modèle de financement pluraliste en cours d'élaboration, le recueil de l'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P) s'avère indispensable. En effet le RIM-P est l'outil qui permettra de calibrer l'un des compartiments de la VAP, celui relatif aux données d'activité.

Depuis le 1^{er} janvier 2007, le recueil d'activité est obligatoire. Ce recueil est issu du programme de médicalisation des systèmes d'information en psychiatrie (PMSI) pour lequel l'ensemble des établissements de la région s'est porté expérimentateur. Toutefois, le recueil a évolué, nécessitant de nouveaux logiciels et des ajustements dans le codage des activités psychiatriques.

Ces évolutions sont potentiellement sources de difficultés, comme en attestent à la fois le nombre de transmissions relativement faible sur la plateforme e-PMSI et le pourcentage souvent élevé de non-conformité des données, notamment par rapport au chaînage, aux modes d'entrée et provenance, aux modes de sortie et destination, aux codes géographiques, aux codes des diagnostics, aux motifs de prise en charge, etc.

Etat des transmissions de l'année 2007 (constat arrêté au 6 février 2008) :

Nombre d'établissements ayant transmis	M3 (janvier à mars)	M6 (janvier à juin)	M9 (janvier à septembre)	M12 (année entière)	Nombre d'établissements inscrits sur la plateforme E-PMSI
publics ou PSPH	10	15	22	1	34
privés	6	4	3	1	16

A la lumière de ces constats, le groupe relatif au recueil de l'information médicale dans le cadre de la commission régionale de la VAP décide alors d'établir un état des lieux des difficultés du RIM-P par le biais d'une enquête. Nous vous rappelons que le rôle de ce groupe, défini par la circulaire du 15 mars 2007,

consiste notamment à organiser une réponse mutualisée aux difficultés rencontrées sur le terrain en termes d'organisation de recueil, de relation avec les SSII (..) et à encourager la diffusion de bonnes pratiques. La commission régionale de la VAP est en place en Rhône-Alpes depuis le 26 juin 2007.

Présentation de l'enquête

L'enquête est menée durant les mois d'octobre et novembre 2007.

52% des établissements concernés répondent.

Les thèmes retenus dans le cadre de l'enquête correspondent aux trois natures de prise en charge telles que définies par le RIM-P : temps complet, temps partiel et ambulatoire.

- le temps complet pose les problématiques suivantes : les permissions de plus de 48 heures, les séquences de moins de 24 heures, le recensement des sorties d'essai ;

* l'interprétation des définitions des venues, demi-venues pose problème pour le temps partiel ;

* l'ambulatoire est problématique par rapport aux notions de prise en charge du patient en CATT, la définition des réunions, le comptage des démarches, le recueil du temps par acte

Les enseignements de l'enquête

Des pratiques disparates :

Au fur et à mesure de l'exploitation des résultats, nous constatons une très grande hétérogénéité des pratiques au sein des établissements.

Le comptage des permissions de plus de 48h pose des difficultés, celui des passages en chambre d'isolement également. Souvent aucune journée n'est comptabilisée dans la mesure où les patients n'y restent que quelques heures.

La gestion des sorties d'essai est problématique du fait de la nécessité du suivi des prises en charge parallèles.

Autre exemple, le comptage des venues et demi-venues : est-ce la durée, le lieu, la prise du repas qui permettra de compter une venue ou une demi-venue ?

Des notions qui font débat :

* Sur le temps des actes : l'absence actuelle de recueil du temps des actes pour des raisons de fiabilité (temps d'attente, temps moyen appliqué par défaut) paraît préjudiciable à beaucoup d'établissements interrogés qui y reconnaissent une grande utilité.

* Sur les réunions : certains affirment que les réunions programmées ne doivent pas être recueillies, d'autres recueillent toutes les réunions, même programmées, estimant que si on parle du cas d'un patient, c'est qu'il y a un problème qui induit une réflexion spécifique sur le projet de soins du patient.

Constat :

Le recueil du numéro de sécurité sociale reste minoritaire en CATTP ou CMP or cette information est primordiale. Même anonymisée, elle permet le chaînage des données et le suivi de la trajectoire du patient entre les services au sein d'un même établissement ou entre établissements. Une sensibilisation des équipes soignantes apparaît nécessaire quant aux notions de confidentialité et d'anonymat.

L'objectif du recueil doit également leur être rappelé, ainsi que le fait que ce dernier n'a pas vocation à mesurer la charge de travail.

Les premiers résultats de cette enquête mettent en évidence un manque de clarté sur certaines définitions et des interprétations et pratiques très différentes d'un établissement à l'autre.

Beaucoup de difficultés, notamment techniques, sont imputées aux éditeurs de logiciel (manque de communication et de réactivité).

Les premières analyses devraient aboutir à des préconisations que le groupe régional fera remonter aux instances nationales dans le but de clarifier certaines notions du guide méthodologique.

Florence Jason (DRASS), Anne-Sophie Danguin (GRAM)

En bref...

Second forum régional "Culture, hôpital et territoires" Lyon, le mardi 13 mai 2008

En quoi les expériences culture et hôpital conduites à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital démultiplient les rencontres actives dans d'autres domaines de la cité ?
 Conjointement organisé par l'ARH, la Région, et la DRAC Rhône-Alpes, ce temps d'échanges, pensé sur un mode radiophonique, donnera la parole à des porteurs de projets, des directeurs d'établissements, des artistes, des élus, des soignants ou des usagers, tous engagés dans la mise en œuvre d'actions culturelles en milieu hospitalier. Des temps de débat et des apartés artistiques viendront également ponctuer la journée.

Renseignements :

Entrée libre -

Inscription obligatoire

Contact : Séverine Peruzzo

Hi.culture - CH Le Vinatier -

95 bd Pinel - 69677 - BRON

Tél. 04 37 91 51 11

Fax : 04 37 91 53 38

E-mail :

hi.culture@ch-le-vinatier.fr

Site Internet :

<http://www.culture.gouv.fr/rhone-alpes/hopital/index.htm>

Prise en charge psychiatrique en Rhône-Alpes en 2005

OU

La consommation de soins dits de psychiatrie

Le SROS de troisième génération, offrant un cadre commun de planification à l'ensemble des activités de soin, favorise l'intégration de la psychiatrie dans l'offre générale de soins. Cette évolution vise à encourager la complémentarité et l'articulation entre les soins somatiques et psychiatriques. De fait, le secteur psychiatrique n'est plus reconnu que dans sa part fonctionnelle. Les dimensions organisationnelles et régulatrices relèvent maintenant du bassin de santé, territoire de planification commun aux activités du champ somatique et psychiatrique.

Dès lors se doter d'indicateurs de planification et d'outils de référence relatifs aux besoins en santé mentale, au niveau du bassin hospitalier, s'avère indispensable, tout en n'oubliant pas la planification médico-sociale qui, elle, se décline au niveau départemental.

Aussi, à la demande la sous-commission "suivi du SROS" de la CRCSM, l'URCAM, en 2007, réactualise une étude réalisée en 2000 par les caisses primaires d'assurance maladie de Rhône-Alpes sur la base des actes et prestations remboursés par les caisses.

L'étude

Indicateurs et champ

Il s'agit de l'étude descriptive de la consommation de l'offre de soins en psychiatrie générale et infanto-juvénile, en médicaments, consultations et hospitalisations.

L'analyse, effectuée par bassin de santé (13), porte sur les données 2005.

Chaque indicateur est décliné en nombre de personnes bénéficiant de l'offre de soins et en nombre de personnes bénéficiaires rapportés à 100 000 protégés du régime général.

Cet indicateur, rapporté à la population, permet d'établir une comparaison objective des pratiques constatées (liées au taux d'équipement et /ou aux pratiques professionnelles) dans chacun des bassins.

L'indicateur Consommation de médicaments fait la distinction entre 3 catégories de médicaments et le type de prescripteur. Concernant les catégories de médicaments nous relevons des neuroleptiques, indiqués pour les états psychotiques aigus ou au long cours, des normo thymiques, utilisés pour les troubles bipolaires graves et les psychostimulants, prescrits pour les troubles de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). Les prescripteurs sont soit des médecins généralistes, soit des psychiatres libéraux (y compris les psychiatres des cliniques), soit des médecins hospitaliers (quelle que soit la spécialité du

médecin et quel que soit l'établissement psychiatrique ou pas).

L'indicateur sur les hospitalisations comprend également le nombre moyen de journées d'hospitalisation par personne.

Le champ de l'étude couvre les établissements psychiatriques publics et privés de la région Rhône-Alpes ayant une discipline médico-tarifaire : psychiatrie générale, psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie en milieu pénitentiaire sont concernées.

Ses limites

Les limites générales

Ces limites sont liées essentiellement à l'exhaustivité de l'étude, par rapport à la population concernée et au découpage territorial.

* L'exhaustivité des bénéficiaires : seuls ceux du régime général, hors section locale mutualiste, sont pris en compte. La population ainsi " exclue " du champ de l'étude peut représenter une part variable de la population totale, selon les départements, allant jusqu'à 30 %.

* Le découpage par bassin : l'analyse qui en résulte est plus fine que celle par département, toutefois, l'information par bénéficiaire n'est pas toujours disponible. " L'exclusion " de population du champ de l'enquête pour cette raison peut, elle, représenter 1 à 3 % de la population protégée par le régime général.

Maintenant observons les tranches d'âge choisies : 0 - 16 /17ans - 20 /21 ans et plus.

La tranche 17 - 20 ans suscite des débats. Selon les pratiques, cette tranche d'âge est rattachée aux 0 - 16 ans ou aux adultes. C'est pourquoi, il semble opportun de l'isoler, même si, subséquemment, le nombre d'occurrences de soins en psychiatrie est faible par bassin.

Les statistiques sont donc à manier avec prudence sur cette tranche d'âge car la population concernée est peu importante.

Les limites spécifiques

* Concernant la consommation médicamenteuse, la catégorie normo thymique comprend aussi les traitements pour épileptiques. Aussi, le bassin de Valence doit-il être analysé avec prudence dans les comparaisons avec les autres bassins du fait de l'implantation, dans ce bassin, de l'établissement de la Tepe dont une grande part de l'activité est spécialisée dans le traitement de l'épilepsie.

La faiblesse de l'indicateur hospitalisation tient au fait que les journées d'hospitalisation ne distinguent pas l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation complète. Or cette distinction est particulièrement importante, surtout en pédopsychiatrie.

La dispersion apparaît plus importante en psychiatrie infanto-juvénile qu'en psychiatrie adulte pour les consultations neuropsychiatriques et les médicaments...

Moyenne arithmétique du nombre de consommateurs rapporté à 100 000 protégés par bassin de santé		Consommateurs Neuroleptiques	Consommateurs Normothymiques	Consommateurs psychostimulants	Consommateurs consultations neuropsychy	Bénéficiaires d'au moins une journée d'hospitalisation
Pop bassin 0-16 ans	Moyenne	191	95	130	853	105
	Ecart - type	54	18	44	312	30
	Ecart-type relatif*	0,28	0,19	0,34	0,37	0,28
Pop bassin 17-20 ans	Moyenne	593	340	29	1 249	424
	Ecart - type	83	69	15	321	112
	Ecart -type relatif	0,14	0,20	0,53	0,26	0,26
Pop bassin 21 ans et plus	Moyenne	1 979	879	5	2 690	662
	Ecart - type	266	73	1	770	176
	Ecart-type relatif	0,13	0,08	0,26	0,29	0,27

*L'écart-type relatif (écart-type divisé par moyenne) permet de comparer des séries statistiques qui n'ont pas le même ordre de grandeur.

La dispersion apparaît plus importante en psychiatrie infanto-juvénile qu'en psychiatrie adulte pour les consultations neuropsychiatriques et les médicaments. En revanche la dispersion est stable quelle que soit la tranche d'âge en ce qui concerne le nombre de bénéficiaires de journées d'hospitalisation.

Prise en charge psychiatrique en Rhône-Alpes en 2005 (suite)

L'indicateur relatif aux consultations neuropsychiatriques :

Ces données ont vraisemblablement un lien direct avec l'offre de soins (nombre de psychiatres libéraux). Quelle que soit la tranche d'âge, le bassin de Bourg se distingue par un taux faible alors que Grenoble, Lyon Centre et Nord ont les taux les plus élevés de la région.

L'indicateur relatif aux hospitalisations :

Le Bassin Lyon Centre et Nord, quelle que soit la tranche d'âge apparaît comme le bassin où on hospitalise le plus alors que Roanne est celui où l'on hospitalise le moins.

Les fuites de bénéficiaires par rapport à l'hospitalisation publique ou PSPH sont étudiées par bassin de santé. Globalement, les patients se font hospitaliser dans un établissement de leur bassin de résidence. Toutefois, l'interprétation est malaisée, surtout pour l'agglomération lyonnaise où, le découpage par bassin étant une construction liée aux flux de patients en MCO, il ne coïncide guère avec le découpage des secteurs psychiatriques.

L'indicateur relatif aux consommations de médicaments :

La structure de consommation des médicaments par catégorie neuroleptique, normo thymique et psychostimulant est liée à l'âge. La consommation de neuroleptique et normo thymique est croissante avec l'âge alors que la consommation de psychostimulant, au contraire, régresse avec l'âge.

Si on raisonne par tranche d'âge :

Pour la tranche des 0 - 16 ans, une constante se dégage quelle que soit la catégorie médicamenteuse : le bassin de Roanne connaît les taux les plus faibles.

Pour la tranche des 17 - 20 ans, le bassin de Roanne fait toujours partie de la queue de peloton mais de manière moins flagrante que pour la tranche d'âge 0 - 16 ans.

En revanche le bassin d'Annecy paraît atteindre, pour toutes les catégories médicamenteuses, des taux parmi les plus élevés de la région.

Enfin, pour la tranche de 21 ans et plus, quelle que soit la catégorie médicamenteuse, le bassin de Montélimar se distingue par le plus grand taux de consommateurs de médicaments. Annecy apparaît comme le bassin où le taux de consommateurs de 21 ans et plus est le plus faible, Villefranche également sauf pour les psychostimulants (mais cette catégorie de médicaments ne concerne qu'une dizaine de personnes par bassin).

Si on raisonne, tranches d'âge confondues, par catégorie de médicaments :

Si aucun bassin ne se distingue pour la consommation des neuroleptiques, en revanche les bassins 3 et 4 (Montélimar et Grenoble) se distinguent par de plus forts taux de consommations de normo thymiques. Le bassin 3 (Montélimar) se distingue le plus fort taux de psychostimulants.

Cette étude : Premier pas dans la démarche d'objectivation des besoins et des pratiques en psychiatrie...

Cette étude est un premier pas dans la démarche d'objectivation des besoins et des pratiques en psychiatrie. Faire le lien avec les autres études, notamment celles de la DRSM sur la prévalence des troubles psychiatriques à partir de l'analyse des affections longue durée sera un second pas. Le même objectif de mesure des incidences des facteurs sociaux, économiques, et géo-démographiques sur la prévalence de la maladie mentale sera poursuivi avec les monographies de secteurs au programme de travail de la CRCSM " Suivi du SROS ".

Ces résultats, en cette période de balbutiement de la réflexion sur les indicateurs à utiliser pour objectiver les prises en charge psychiatriques, sont davantage porteurs d'interrogations que de réponses. En effet, en l'absence de normes ou de protocoles en la matière, comment interpréter les valeurs extrêmes : est-il souhaitable d'avoir des niveaux de consommation plus élevés ou plus faibles ? Quelle influence sur la qualité de prise en charge ? Les caractéristiques géo-populationnelles influencent-elles les prises en charge ? Dans quelle mesure ? Les différences entre les bassins sont-elles liées aux pratiques professionnelles, aux équipements ou aux caractéristiques de la population ? Et dans quelle proportion ?

Seule l'articulation avec d'autres données de type socio-économique permettra d'apporter des réponses à l'ensemble des questions soulevées ou, à minima, un nouvel éclairage.

Florence Jason, DRASS Rhône-Alpes

Yriba L'arbre à palabres

Tel est le titre de l'exposition que l'on peut voir à la Ferme du Vinatier jusqu'au 15 juin 2008.

Rappel :

Depuis 1997, la Ferme du Vinatier développe et met en œuvre un projet culturel dont la caractéristique est de constituer une interface originale entre l'hôpital et la cité. Intégrée à l'hôpital psychiatrique le Vinatier et ouverte à tous les publics, elle déploie trois axes de travail : mémoires et patrimoine, recherche en sciences sociales, pratique, création et diffusion artistique. [...]

Dans ce contexte, la ferme du Vinatier présente depuis le 15 janvier et ce jusqu'au 15 juin prochain, l'exposition de société Yriba - l'arbre à palabres qui relate la mutation du département de psychiatrie du CHU du point G, à Bamako, des années 80 à nos jours [...]

Yriba - l'arbre à palabres présente ainsi les conditions de définition et de mise en œuvre de la politique de santé mentale au Mali et s'intéresse particulièrement aux initiatives interculturelles menées dans ce contexte. (extrait du "dossier pédagogique" émis par la Ferme du Vinatier)

L'exposition

Cette exposition est réalisée en partie grâce à des documents d'archive déposés par la fille de Jean-Pierre Coudray, psychiatre, mais aussi sociologue et humaniste, et coopérant français à l'hôpital du point G de Bamako de 1981 à 1987.

L'hôpital du point G est un hôpital colonial construit au début du siècle par les Français. Dans le service de psychiatrie, en 1981, la situation est terrible. Ce service, conçu selon un modèle carcéral pour 100 malades, est appelé communément "le cabanon". Jusqu'au début des années 80, plus de 600 personnes y sont enfermées sans aucun soin. Pour les psychiatres qui arrivent en 1981 dans ce contexte, avant même d'imaginer "soigner" il faut nourrir, vêtir, redonner un visage humain à ces personnes comme au service.

Aussi, après avoir géré l'urgence, pour Jean-Pierre Coudray se pose la question : comment développer une politique de santé mentale adaptée au Mali ? En se basant sur les habits et la langue bambara quels soins de santé mentale faut-il développer ?

Avec son homologue le psychiatre Baba Koumaré, la réponse se traduit par la mise en place de "concepts opératoires" :

- * Distinguer la folie, le "fa", de la maladie mentale en reprenant à leur compte le concept populaire de "jiné bana" : la maladie des esprits ;
- * Créer un village thérapeutique avec des cases pour malades accompagnés ;
- * Construire une case à palabre : la Coupole ;
- * Inventer un Kotéba thérapeutique ;
- * Inclure les tradipraticiens comme relais de postcure.

L'exposition, à travers des textes, des documents sonores, des photos, des films... illustre en quelque sorte ces concepts et témoigne d'une réelle coopération entre deux cultures.

"Cette exposition de société interroge les apports réciproques entre anthropologie, sociologie et psychiatrie dans le cadre de relations franco-africaines. Elle tente également de rendre compte de l'importance de la dimension artistique et de la place de la culture dans la prise en charge psychiatrique au mali" (extrait du "dossier pédagogique" émis par la Ferme du Vinatier)



NB : L'exposition, visible à La Ferme du Vinatier est ouverte à tous les publics du mardi au vendredi de 14 à 17 heures, samedi et dimanche de 14 à 18 heures. Fermé les jours fériés et du 8 au 12 mai.

Entrée : 2 €, gratuit pour les patients et les personnels du CH Le Vinatier, les étudiants et les demandeurs d'emploi.

Accueil des groupes sur rendez-vous.



masque Dogon Kanaga



Inauguration de l'exposition : au centre, Baba Koumaré

A l'occasion de l'inauguration de l'exposition le 14 janvier dernier, le professeur Baba Koumaré, chef du service de psychiatrie de l'hôpital national du Mali est présent.

Interview de Baba Koumaré

ARH Info : *Professeur Koumaré, depuis 1982, vous dirigez le service psychiatrique du Point G à l'hôpital de Bamako.*

Vous avez travaillé et collaboré avec le Dr Coudray. Qu'est ce qui, pour vous, est le plus marquant de cette collaboration ?

B.K. : Lorsque le docteur Coudray est arrivé à l'hôpital de Bamako il a trouvé une situation difficile avec une psychiatrie de type asilaire. La collaboration a permis d'humaniser le service, de le faire passer d'un espace de gardiennage (proche de la détention) à un lieu où l'espoir pouvait renaître. C'était une véritable coopération dans laquelle chacun apportait quelque chose de sa propre culture.

ARH Info : *Si la psychiatrie "occidentale" est utilisée dans la prise en charge des malades en Afrique, est-ce que les pratiques des tradithérapeutes pourraient être adaptées en occident ?*

B.K. : Je ne dirais pas cela dans ces termes. Il ne s'agit pas "d'adaptation". La thérapie des tradithérapeutes interroge la culture, interroge ce qui est à l'intérieur de l'être. Il ne s'agit pas d'utiliser un modèle venu d'ailleurs. Il ne s'agit pas d'adapter une psychiatrie occidentale à des patients africains ou bien la tradition à des occidentaux. Il faut trouver, dans chaque culture, les éléments qui permettent à chacun d'être le plus efficace possible.

ARH Info : *Quel est leur apport principal et pourquoi "ça marche" au Mali ?*

B.K. : Notre attitude face aux tradithérapeutes a évolué. Avant, nous les considérons plutôt comme des "concurrents" qui donnaient des recettes. Aujourd'hui, notre perception a changé. Ils sont issus de la tradition, de la culture et leurs outils, s'ils sont différents des

nôtres, sont complémentaires. Et puis, rien n'est statique. Les tradithérapeutes ont également évolué mais, dans certaines situations, ils ne s'y reconnaissent plus, par exemple face à des toxicomanes. Donc il faut plutôt les percevoir comme des "collègues" avec lesquels, à partir de cas concrets, nous échangeons sur nos pratiques. C'est le malade qui doit rester au centre et en être le bénéficiaire. Le tradithérapeute est un acteur incontournable et pas quelqu'un à qui on va soutirer des savoirs.

ARH Info : *Revenons à l'exposition organisée à la Ferme du Vinatier, intitulée "YIRIBA- L'ARBRE A PALABRES" et qui décrit une expérience clinique et culturelle en santé mentale dans votre pays, le Mali.*

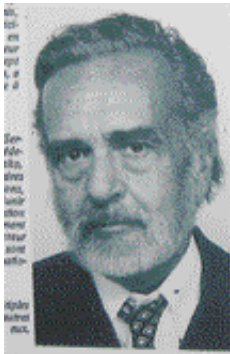
Vous vous êtes déplacé pour l'inauguration de cette exposition. Qu'en pensez-vous ?

B.K. : Cette exposition nous interroge tous. Elle met en exergue une collaboration réussie car actuellement on parle beaucoup de coopération mais une véritable coopération c'est ça : chacun apporte quelque chose à l'autre mais reste détenteur de son propre savoir. Cette exposition est réussie si elle permet d'interroger chacun sur le fait que, s'ouvrir à une autre culture, ne peut être qu'un enrichissement. Cette exposition retrace aussi tout un parcours, depuis une psychiatrie avilissante vers une psychiatrie humaine, pratiquée avec des techniques nobles permettant de rendre à l'homme sa dignité. Et ceci en très peu de temps. C'est la coopération avec le Dr Coudray qui a permis de raccourcir le trajet et, ce qui s'est passé chez vous en presque un siècle, s'est réalisé chez nous en seulement quelques années.

ARH Info : *"Culture et hôpital" est désormais en France un volet reconnu dans l'organisation de l'offre de soins. Pouvez-vous nous parler de la dimension artistique et de la place de la culture dans la prise en charge psychiatrique au Mali ?*

B.K. : Le principe de base est le suivant : nous avons à prendre en charge une personne, insérée dans son milieu, baignant dans sa culture. En psychiatrie, tout problème humain fait ressortir une problématique culturelle. C'est "la coloration locale". La culture est vraiment une dimension de la personne. C'est dans ce sens que nous avons utilisé le Kotéba, forme théâtrale proche de la commedia Del ARTE ou du théâtre de Guignol. Proche aussi du psychodrame, le Kotéba permet de partager quelque chose avec les autres. Les malades sont alors considérés comme des êtres humains, sensibles, capables d'exprimer des sentiments, et non plus comme des objets. Les acteurs sont des malades et des "non-malades" : tout est partagé.

ARH Info : *Enfin, dernière question : vous avez visité l'hôpital du Vinatier. Que retirez-vous de cette visite et des rencontres avec vos "pairs" ?*



Jean-Pierre Coudray

Le "Kotéba", théâtre traditionnel Malien a aussi vocation civique et thérapeutique.



L'exposition présente aussi un ensemble de photos remarquables, tant d'un point de vue esthétique que "culturel", de Alioune Bâ.

Depuis 1982, le service psychiatrique de l'hôpital du point G à Bamako accueille chaque semaine la troupe des acteurs de Kotéba conduite par Adama Bagayoko. Accueillie en résidence par La Ferme du Vinatier, cette troupe proposera une initiation à la pratique du Kotéba aux soignants et aux patients de l'hôpital tout en partageant son expérience d'intervention avec des personnes en situation d'handicap mental.

Le kotéba, c'est quoi ?

Le kotéba est une forme de théâtre burlesque qui se donne dans l'aire mandingue (le Mali et les régions environnantes). La nuit du koté, chaque groupe se réunit sur la place publique, les enfants, les femmes, les hommes, en cercles concentriques (kotéba signifie "grand escargot" par référence à la spirale de la coquille d'escargot). Le spectacle peut commencer.



Les "acteurs" de ces farces pratiquent l'improvisation et jouent essentiellement sur le registre du burlesque et du picaresque. Comme dans la Commedia dell'arte, la dénonciation prend appui sur quelques personnages stéréotypés. On y met en scène les tares de la communauté : tel père abusif, telle épouse médisante, tel avaro invétéré, tel abus du chef de village... Le kotéba provoque le rire, un rire d'autodérision. Ce rire-là réunit acteurs et spectateurs dans une émotion commune. Il juge, mais console aussi. Il corrige, mais en provoquant de la joie. Il ne culpabilise pas inutilement et provoque immédiatement une décharge libératrice.

Le kotéba est un art populaire. Pas de public réservé. Des paroles importantes pour tous sont dites à tous. Le spectacle ne se joue pas dans des lieux réservés, mais dans des espaces publics où se constitue la communauté.

B.K. : J'ai eu l'occasion d'aller souvent en France ainsi qu'en Italie lorsqu'on a fermé les hôpitaux psychiatriques. En France, avec toutes les structures externes mises en place, le constat que je ferais est que la famille se retrouve "disqualifiée", voire culpabilisée dans certains cas, ces structures se substituant à la famille. Les règles sont faites de telle façon qu'à partir d'un certain âge (les ados) le patient ne peut plus être "obligé" de suivre des soins et on ne fait plus confiance à la famille. On craint qu'elle ne vienne perturber l'organisation mise en place à l'hôpital. Au Mali, c'est le contraire. Non seulement nous faisons confiance à la famille mais nous ne pourrions rien faire sans elle. Lorsque nous envisageons la réinsertion d'un patient, sans sa famille, ce serait impossible. // *Propos recueillis par JF*

Infections nosocomiales : résultats des indicateurs 2006 et perception des usagers

Pour la seconde fois, en février 2008, le ministère de la santé vient de publier les résultats annuels d'indicateurs de qualité en matière d'infections nosocomiales pour les établissements de santé français. Dans le cadre de la démarche de transparence vis-à-vis des usagers, initiée dès 2004 par les pouvoirs publics, les données individuelles de chaque établissement sont accessibles sur le site Internet du ministère chargé de la Santé et permettent désormais de suivre leurs progressions dans leur mise en œuvre de la lutte contre les infections nosocomiales (www.icalin.sante.gouv.fr). Des efforts importants ont été déployés pour faciliter l'interprétation de ces informations par le public, avec notamment cette année la création d'un score agrégé. Outre l'effet mobilisateur et incitatif de ces indicateurs au sein des établissements, l'un des enjeux de la démarche est en effet de restaurer la confiance des usagers face au problème sensible des infections nosocomiales.

...l'un des enjeux de la démarche est de restaurer la confiance des usagers face au problème sensible des infections nosocomiales ...

Composition du tableau de bord 2006

Le tableau de bord est constitué de quatre indicateurs :

- * l'Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales : ICALIN qui objective l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre ;

- * l'indicateur de consommation de produits ou solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains : ICSHA. L'hygiène des mains est la première mesure de prévention des infections nosocomiales et l'utilisation des produits hydro-alcooliques est depuis 2001 fortement recommandée pour la désinfection des mains lors des soins ;

- * l'indicateur SURVISO qui indique la proportion des services de chirurgie de l'établissement qui se sont impliqués au cours de l'année dans une surveillance épidémiologique des infections du site opératoire ;

- * l'indice composite de bon usage des antibiotiques : ICATB, qui objective l'organisation mise en place dans l'établissement pour promouvoir le bon usage des antibiotiques, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre. Ce bon usage associe des objectifs de bénéfice individuel pour le patient (meilleur traitement possible) et de bénéfice collectif (limitation de l'émergence de bactéries résistantes, conservation de l'efficacité des antibiotiques).

Chacun des indicateurs donne lieu au calcul d'une classe de performance décroissante allant de A, correspondant aux structures les plus en avance pour l'indicateur, à E, correspondant à celles les plus en retard. La classe F correspond à l'absence de transmission par l'établissement d'informations nécessaires à l'élaboration des indicateurs,

malgré l'obligation qui leur en est faite.

Pour faciliter aux usagers l'interprétation du tableau de bord, le ministère chargé de la santé vient de développer un score agrégé élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs. Ce score agrégé, lui-même exprimé sous forme d'une classe de A à E et d'une note sur 100, est construit à partir des quatre indicateurs précédents : ICALIN 40%, ICSHA 30%, ICATB 20%, SURVISO 10%.

La situation en Rhône-Alpes... Mobilisation des établissements excellente !

En premier lieu, la mobilisation des établissements est excellente en 2006, avec seulement 1,4% environ d'établissements non répondants. Les résultats régionaux 2006 (tableau I) présentent une répartition assez semblable à celle des résultats nationaux (56 % de classe A pour ICALIN, 37,5 % de classe C pour ICSHA, 36,0 % de classe C pour ICATB, 66,7 % de classe C pour le score agrégé). L'ICALIN montre une importante progression, avec 46,0 % des établissements en classe A en 2006 versus 25,0 % en 2005. En revanche, les scores ICSHA, ICATB restent moyens (classe C ou D) pour les deux tiers des établissements. Parmi les 102 établissements ayant une activité chirurgicale, 65,7 % d'entre eux réalisent une surveillance épidémiologique des infections du site opératoire dans au moins un service. De façon globale, le score agrégé reste moyen (classe C) pour 61,3 % des établissements.

Répartition des établissements (pourcentage) en fonction du résultat des indicateurs du tableau de bord

Indicateurs	Classe %					
	A	B	C	D	E	F
ICALIN	46,0	31,4	16,4	3,5	1,4	1,4
ICSHA	5,4	8,3	39,9	33,0	10,9	2,5
ICATB	11,7	16,2	39,5	19,9	11,3	1,5
Score agrégé	3,8	22,3	61,3	10,1	1,0	1,4

Evolution des ICALIN de 2004 à 2006 en Rhône-Alpes

Année	Classe %					
	A N(%)	B N(%)	C N(%)	D N(%)	E N(%)	F N(%)
2004 n = 301	23 (8)	66 (22)	93 (31)	35 (12)	14 (5)	81 (27)
2005 n= 284	71 (25)	89 (31)	86 (30)	21 (7)	4 (1)	13 (4)
2006 n = 287	132 (46)	90 (31,4)	47(16,4)	10 (3,5)	4 (1,4)	4 (1,4)



Les usagers et la perception du risque infectieux nosocomial

L'enquête Nicolle, réalisée de décembre 2005 à février 2006 avec la collaboration scientifique de l'Institut de veille sanitaire (InVS), interroge le grand public sur sa perception du risque infectieux, dont les infections nosocomiales. Concernant le risque de contracter une IN, 46 % des personnes interrogées le considèrent en augmentation depuis 10 ans, 37 % stable et 12 % en diminution. Près de deux tiers (60 %) des personnes interrogées pensent qu'il est possible de maîtriser complètement le risque nosocomial. La perception des usagers de l'ICALIN et des autres indicateurs est donc une question importante. Selon une étude réalisée en Haute-Normandie auprès des patients et des usagers (Tavolacci 2007), 39 % d'entre eux comprennent que l'ICALIN n'est pas un indicateur de résultats. 78 % des 376 répondent qu'ils trouvent important de connaître l'ICALIN d'un établissement avant d'y être hospitalisé. Cependant, l'ICALIN n'apparaît qu'en sixième position sur les sept critères de choix d'un établissement. Enfin, si l'établissement pressenti pour leur hospitalisation a un ICALIN faible, 55 % des interrogés demanderont l'avis de leur médecin et 24 % choisiront un autre établissement.

L'ICALIN semble avoir un impact favorable sur l'engagement des établissements de santé dans la lutte contre les infections nosocomiales...

La publication d'indicateurs s'inscrit dans une démarche globale d'amélioration de la qualité des soins. Il n'existe cependant pas à ce jour de consensus sur le fait que la diffusion publique d'indicateurs permette une plus grande amélioration des pratiques que les initiatives à l'usage des seuls professionnels.

Dans le cas de l'ICALIN, la démarche semble avoir un impact favorable sur l'engagement des établissements de santé dans la lutte contre les infections nosocomiales puisque près de la moitié des établissements atteignent un niveau d'organisation jugé adapté dans ce domaine en 2006. Concernant les usagers, l'information délivrée par le tableau de bord reste complexe et demande un accompagnement actif de la part des établissements et des professionnels de santé. L'avenir dira si cette démarche aura contribué à améliorer les pratiques de soins et à faciliter la communication entre patients et professionnels dans le domaine des risques liés aux soins.

V. Chaudier-Delage, DRASS, T. Prost, DDASS 74

Fonction achat

Les hôpitaux de la région se veulent performants et mettent en place "un portail achats"

Depuis 2006, de nombreux travaux réunissent les acheteurs publics hospitaliers de la région Rhône-Alpes.

Les projets d'achats groupés au niveau régional pour le textile, la droguerie, les domaines de l'incontinence et de l'alimentation sont devenus réalité grâce à un travail collectif concrétisé par de nombreuses réunions préparatoires permettant à chacun d'exprimer ses objectifs, ses connaissances et de partager son vécu en termes d'organisation et de résultats. Très vite la mise en place d'un lieu d'échange " télématique " est devenue indispensable et incontournable.

C'est ainsi qu'est créé un portail achats pour la Région Rhône Alpes.

Rappelons le contexte

Sous l'impulsion de l'ARH, à l'occasion d'une assemblée générale le 20 avril 2007, un groupe d'établissements de santé prend l'initiative de mettre en commun ses forces d'achats.

Les objectifs de cette démarche sont alors de prendre en compte les éléments économiques dans une perspective de réduction des dépenses de santé, de développer une réelle "politique achats", de mettre en place de véritables acheteurs professionnels, de prévenir le risque juridique, enfin, de créer une dynamique de groupe enrichissante pour les adhérents.

A qui le portail est-il destiné ?

Le portail est ouvert à l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, ainsi qu'aux établissements d'hébergement et plus particulièrement aux acheteurs hospitaliers de la région Rhône-Alpes qui l'utilisent en qualité d'acteurs ou d'utilisateurs.



Qui fait quoi ?

Le centre hospitalier d'Annecy, maître d'ouvrage, assure la création du portail, sa maintenance et son exploitation ainsi que l'assistance aux utilisateurs. Il en est l'animateur et coordonne la mise en ligne des données issues des acheteurs régionaux et de la base de données.

Le maître d'ouvrage assure la collecte d'informations, la création des logins et mots de passe et garantit la cohérence de l'ensemble des informations. Il veille également à ce que le portail des achats hospitaliers soit "vivant" en assurant une

dynamique de participation de la part des établissements.

Le groupe de travail mis en place, représentant l'ensemble des acheteurs de la région, est l'organe de réflexion, de propositions et de concertation. Il définit les priorités et les axes à suivre, choisit les thèmes de discussion du forum et définit l'architecture globale du portail (convivialité, ergonomie...).

Les professionnels de santé de Rhône-Alpes sont au cœur des achats hospitaliers. Ils alimentent l'outil en envoyant au fur et à mesure leurs cahiers des charges, leurs prévisionnels d'achats, leurs documents, leurs coûts d'achats et leurs évaluations de fournisseurs.

Ils s'informent et échangent sur les achats hospitaliers et ils mutualisent au maximum leurs expériences.

L'ARH RA, organisme initiateur du projet, réalise le financement de départ et gère la transmission de l'expérience de Rhône-Alpes vers la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisations des soins (la DHOS).

Le Centre Hospitalier de la Région d'Annecy héberge désormais le portail Achats Santé-Rhône-Alpes.

Quelle est la procédure de participation ?

- * Chaque établissement adhérent à un groupement de commande régionale, au minimum, est adhérent de fait à la plate-forme ;
- * Pour bénéficier d'un accès direct et sécurisé à la plate-forme, chaque établissement doit s'inscrire en ligne ;
- * L'administrateur est chargé de la création des comptes utilisateurs dans l'annuaire des professionnels de santé.

Comment exploiter les données ?

Pour préserver la visibilité des informations, seules les personnes disposant de codes d'authentification peuvent accéder aux informations de la plate-forme "achats".

Chaque utilisateur souhaitant consulter des informations doit se connecter au portail achat Rhône-Alpes en utilisant son navigateur Internet.

L'utilisateur membre peut notamment consulter :

- * des documents communs : cahiers des charges, procédures, bonnes pratiques ... ;
- * des prévisions d'achats pour l'année en cours et/ou pour les années à venir sur l'établissement ;
- * des travaux en cours afin de lancer de nouveaux achats groupés ;
- * des informations sur les fournisseurs avec un outil d'évaluation ;
- * des informations sur les coûts d'achats avec un outil de comparaison ;
- * des retours d'expériences avec un forum de discussion et une foire aux questions ;
- * des informations à caractère juridique fiables et actualisées garantissant une véritable veille juridique.

En contre partie, chaque établissement adhérent doit s'engager !

Il est en effet tenu de mettre régulièrement à disposition ses données en cours et en fin de procédure ainsi que son calendrier prévisionnel et d'assurer le suivi des données transférées (coûts d'achats, évaluations fournisseurs).

Un espace réservé pour les hôpitaux locaux

La rationalisation des achats hospitaliers avec la constitution de groupements de commandes plus importants, soit au niveau national (GCS des CHU), soit au niveau régional, peut conduire à laisser livrées à elles-mêmes les plus petites structures, notamment les hôpitaux locaux et les établissements médico-sociaux, jusque là associés à des groupements départementaux.

Une réflexion spécifique a été menée dans ce cadre en Rhône-Alpes, avec les représentants des hôpitaux locaux, afin de créer une espace particulier sur le site pour ces structures. Il permettrait, en particulier, de fournir un appui à leurs acheteurs en termes de définition et référencement de produits, connaissance du marché fournisseurs, prix pratiqués.

Jean-Luc Guderzo, CHRA



de G à D : M. Sala (CH de Romans), Chantal Boudet et Patrick Vandenberg, ARH, Serge Bernard, Jean-Luc Guderzo et Véronique Abodance, CHRA, Mme Madec, CH de Valence



Dans l'amphithéâtre du nouvel hôpital d'Annecy

Mise en place de l'Espace Ethique Rhône- Alpes

Situé à l'Hôtel-Dieu à Lyon, l'Espace Ethique Rhône-Alpes prend progressivement ses marques. Les acteurs œuvrant dans ce secteur dans la région se sont d'ores et déjà mis à la tâche.

En quoi consiste cet espace ?

La loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique prévoit la création d'espaces de réflexion éthique au niveau régional ou inter-régional, avec de forts liens avec les Centres Hospitaliers Universitaires. De tels espaces sont préexistants à la loi (Espace éthique méditerranéen ou celui de l'AP-HP) ou sont en cours de constitution dans les autres régions françaises. La région Rhône-Alpes est l'une des régions qui viennent de mettre en place "leur Espace".

Conformément à la loi, un projet de constitution d'un Espace sur le périmètre de l'éthique en santé a été élaboré au niveau de la région Rhône-Alpes, associant les 3 CHU de la région (Hospices Civils de Lyon, CHU de Grenoble et CHU de Saint-Étienne) qui ont des liens avec les acteurs impliqués dans la réflexion relative à l'éthique médicale (Universités, Conseil de l'Ordre, URML, Collectivités territoriales, usagers...). Un comité de pilotage associant médecins, soignants et administratifs des 3 CHU fonctionne depuis début 2007. L'ARH Rhône-Alpes suit et accompagne ce projet depuis plusieurs mois.

L'hôtel Dieu



Dans un deuxième temps, l'objectif sera d'étendre le périmètre de l'Espace au niveau de l'interrégion, c'est-à-dire avec la région Auvergne.

Il est important de noter que l'Espace Ethique Rhône-Alpes n'a pas vocation à se substituer aux comités d'éthique ou aux structures de réflexion éthique en place dans les

établissements de la région et qui conservent leur rôle propre. L'Espace est avant tout une structure de coordination et un centre de ressources permettant de fédérer les énergies existantes.

Le public ciblé et les missions

L'Espace Ethique concerne un large public : les personnels de santé, mais également les patients et leurs familles. Il s'adresse plus généralement à la société civile, à tous les citoyens susceptibles de poser des questions d'ordre éthique relatives à la santé.

Cet Espace a quatre missions principales :

- * Formation : il s'agit de la coordination de la formation initiale et continue des acteurs de santé (paramédicaux, médecins, administration...). C'est le rôle premier de l'espace ;
 - * Information : elle vise la population et les citoyens ; elle est complexe car elle se trouve à la croisée de données scientifiques, médicales, philosophiques, psychologiques, économiques, juridiques, théologiques, anthropologiques... L'objectif est d'organiser des débats publics d'échanges relayant toutes ces questions ;
 - * Documentation : il s'agit de mettre en commun les documentations existantes en matière d'éthique médicale et de créer une documentation dédiée spécifique à Lyon ;
 - * Réflexion et recherche interdisciplinaire : cet axe doit permettre la mise en commun des réflexions relatives aux pratiques éthiques au niveau régional ; cela recouvre également la fonction d'observatoire des pratiques au regard de l'éthique et la fonction recherche.
- Plusieurs thématiques de réflexion sont déjà ciblées : douleur et souffrance, confidentialité, fin de vie, limitation et arrêt des thérapeutiques actives en réanimation, soins palliatifs, recherche clinique, éthique inter-culturelle...



L'hôtel Dieu lors de la fête des Lumières du 8 décembre

Concrètement

D'un point de vue juridique, l'Espace fonctionnera sous le mode conventionnel. Une convention constitutive pluripartite est en cours de rédaction et devrait être signée courant 2008 ; elle associera les 3 CHU de la région (Lyon, Grenoble, Saint-Étienne), l'ARH RA et les universités de médecine. Les autres partenaires précités seront associés dans l'organisation administrative de l'Espace Ethique et participeront, selon des modalités en cours de définition, à la structuration de l'entité, " Conseil d'administration " et " Conseil scientifique ". Les structures équivalentes de la région Auvergne sont d'ores et déjà informées de la mise en place de l'Espace ; une première réunion d'échanges a d'ailleurs eu lieu courant 2007.

L'ARH RA soutient ce projet depuis 2007 avec l'allocation de premiers crédits afin de lancer officiellement et rapidement l'Espace Ethique Rhône-Alpes. Des recherches de financements extérieurs complémentaires sont en cours.

Loin de représenter une couche supplémentaire dans l'édifice éthique régional ou interrégional, cette nouvelle structure devrait être un élément moteur essentiel. L'Espace éthique en permettant la coordination des moyens et la diffusion des productions participera à la qualité des soins et à l'amélioration du niveau de prise en charge des patients.

Anne Badonnel et François Chapuis, HCL

Secrétariat (Mme Elisabeth Vernay)
espace.ethique@chu-lyon.fr
Tél : 04 78 92 09 90

Espace Ethique Régional Rhône-Alpes
Hôpital Hôtel-Dieu (Porte E)
1, Place de l'Hôpital
69288 Lyon Cedex 02

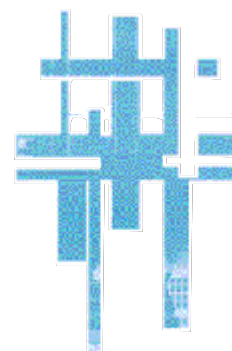
En bref...

Connaissez-vous SISRA ?

*Vous connaissez SISRA,
vous connaissez le dossier
régional du patient ...
mais pas assez pour informer
vos patients ou répondre à
leurs questions ...*

*Pour appréhender l'essentiel
à savoir, et tester vos
connaissances, le GCS SISRA
met à votre disposition un
module de formation en ligne
(e-learning).*

*Pour connaître les modalités
pratiques d'accès via
INTERNET ou de mise à
disposition de cédérom,
rendez-vous sur [www.sante-
ra.fr](http://www.sante-ra.fr) rubrique "formation".*



Les usagers : partenaires à pa

Force est de constater la montée en puissance, le rôle et l'implication croissante des représentants d'usagers aux niveaux régionaux, territoriaux et locaux.

Les représentants d'usagers sont présents dans de très nombreuses instances : au sein des établissements dans les conseils d'administrations, dans les CRUQS et autres commissions (certification, CLIN, CLUD, CLAN, ...) ; au niveau territorial et départemental, ils participent aux CODAMUPS, aux conférences sanitaires de bassin, aux CPP, aux CPAM, ; au niveau régional, ils sont présents au comité de révision du SROS, au CROS, au CROSMS, etc...

Depuis le début de la mise en place de la démocratie sanitaire, il y a dix ans, de nombreux professionnels de santé constatent que les représentants d'usagers sont avant tout soucieux de construire avec eux un système de santé s'organisant à partir des besoins des usagers pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Les articles que nous vous proposons permettent d'évaluer le chemin parcouru depuis la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, loi qui, entre autres, " reconnaît aux associations d'usagers de la santé la légitimité de leur implication active et de leurs actions en faveur d'une prise en charge globale de l'utilisateur, dans la démarche de soins ".

De l'Observatoire des plaintes à l'Observatoire des relations entre les usagers et les établissements de santé

Créé en 2002, à l'initiative de l'Agence Régionale d'Hospitalisation et du Comité Consultatif Régional des Usagers (CCRU), l'observatoire des plaintes se fixe alors comme objectif d'avoir une vision globale annuelle des plaintes reçues par les établissements de santé. Il est composé de représentants de l'ensemble des partenaires institutionnels, usagers, professionnels, établissements.

Le recueil des informations s'effectue auprès des établissements volontaires, aussi la participation ne dépasse-t-elle jamais 40 %.

Parallèlement à cette mise en place, la loi du 4 mars 2002 pose les fondements d'une véritable démocratie sanitaire en reconnaissant des droits individuels et collectifs aux usagers, comme la participation au fonctionnement du système de santé, notamment à la définition des politiques sanitaires, et la représentation au sein des instances décisionnaires.

Le décret du 2 mars 2005 permet la mise en application des

dispositions relatives à la représentation des usagers, par la création, dans chaque établissement de santé public ou privé, d'une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ)

Les CRUQ ont la double mission de veiller au respect des droits des usagers, de faciliter leurs démarches et de contribuer à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge, dont l'analyse des plaintes

Analyses et propositions sont reprises dans le rapport annuel CRUQ, transmis à la conférence régionale de santé et à l'ARH, l'ARH en réalisant une synthèse régionale.

En raison des innovations apportées par les textes précités, il a été décidé de faire évoluer l'observatoire des plaintes afin d'enrichir sa réflexion en intégrant les thèmes abordés par les CRUQ.

Denise Janin, CRAM

t entière du système de soins

Synthèse régionale des rapports CRUQ 2006

ARH et conférence régionale de santé (CRS) contribuent à la mission d'évaluation du respect des droits des usagers, notamment par l'analyse et la synthèse des rapports annuels rédigés par les Commissions des Relations avec les Usagers et la Qualité de la prise en charge (CRUQ).

L'analyse des rapports 2006 porte sur les rapports envoyés à l'agence jusqu'en septembre 2007. Elle souligne la nécessité d'harmoniser les rapports dans leur forme par une présentation type conforme au décret du 2 mars 2005.

Aussi, afin de faciliter la rédaction des futurs rapports par les CRUQ ainsi que la synthèse par l'ARH, l'ensemble des partenaires concernés (ARH, CRS, Etablissements de santé, associations) s'est fortement mobilisé en vue d'élaborer un modèle type de rapport, utilisable par les établissements dès janvier 2008 pour les rapports CRUQ 2007.

La lecture des documents s'effectue à travers les 7 critères issus des textes et repris dans le rapport type de l'ARH :

- * Installation et activité de la CRUQ ;
- * Observation et gestion des plaintes et réclamations ;
- * Accès à l'information générale ;
- * Accès à l'information médicale " dossier médical " ;
- * Application de la directive fin de vie ;
- * Qualité de la prise en charge ;
- * Formulation des recommandations de la CRUQ.

Le ministre lui-même vient d'élaborer un rapport-type qui reprend les mêmes items. Dans la mesure où le contenu est semblable, le rapport régional, déjà diffusé aux établissements, sera maintenu comme support, d'autant plus qu'il est présenté sous forme de document à compléter en ligne, facilitant ainsi le travail de celui qui remplit et de celui qui exploite.

Les résultats de cette première synthèse régionale, accessibles sur les sites de l'ARH RA (<http://rhone-alpes.parhitage.sante.fr> / politique sanitaire / usagers) et de la CRAMRA (cramra.fr/sante/hospitalisation/domaine_sanitaire), sont encourageants et méritent d'être poursuivis.

En effet, un nombre important d'établissements s'est engagé dans une politique d'intégration des usagers via les CRUQ et travaillent avec eux à l'amélioration du respect des droits des usagers.

Les conclusions serviront de référence pour suivre l'évolution du respect des droits des usagers dans les établissements de santé.

Néanmoins, le manque d'exhaustivité dans la transmission des rapports (89 sur 276) et la diversité des informations n'ont pas permis une exploitation optimum des rapports. Bien que le nombre de rapports transmis soit encore insuffisant, il convient cependant de noter une nette progression par rapport au nombre de rapports transmis en 2005, année d'installation des CRUQ.

La mise en ligne du nouveau rapport-type devrait permettre d'améliorer ce résultat.

Denise Janin, CRAM



La Maison des usagers du Centre hospitalier Saint Jean de Dieu : une première en Rhône-Alpes



Naissance d'un projet ...

La loi du 4 mars 2002 reconnaît les usagers comme acteurs à part entière du système de santé. Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005/2008 et le SROS 2006/2010 prévoient des actions pour développer et renforcer la place des usagers dans le système de santé.

En perspective des travaux du prochain projet d'établissement et en cohérence avec les orientations du Plan Psychiatrie et Santé Mentale et du SROS, les professionnels déjà engagés dans les actions de prévention et d'éducation à la santé se sont intéressés à des structures existantes dans d'autres établissements.

C'est ainsi, qu'accompagnés par des membres d'associations d'usagers, ils visitent, en juin 2006, deux lieux d'information ouverts à Paris :

- la Maison des usagers du Centre Hospitalier Sainte Anne,
- la Cité de la santé à la Cité des Sciences et de l'Industrie.

A l'issue de cette visite un projet spécifique à Saint Jean de Dieu s'élabore dans un souci de renforcer les synergies entre usagers, associations et professionnels.

La Maison des Usagers : c'est quoi ?

C'est un lieu d'accueil, d'écoute et d'information ouvert à toute personne ayant une préoccupation, pour elle-même ou son entourage, sur un problème de santé psychique en particulier et de santé en général. La maison des usagers est un espace libre, gratuit, indépendant et solidaire, fonctionnant dans l'esprit du service public. Elle propose des permanences animées par des associations de familles et d'usagers, par des professionnels du champ de la santé et du champ social.

Lieu d'écoute, de soutien, d'échange...

Elle est un lieu d'écoute, de soutien, d'échange pour mieux appréhender les problèmes liés à la maladie psychique,

accompagner le patient et son entourage dans les différentes étapes du parcours de soin (de l'accès aux soins à la réinsertion...). Elle est aussi un lieu d'information sur les dispositifs de soins et de réinsertion, sur les questions de santé, les droits des usagers. La Maison des usagers a aussi pour mission de soutenir la mise en place d'actions de prévention et d'éducation à la santé, en synergie avec les équipes soignantes et en partenariat avec des associations.

Une Maison des usagers pour qui ?

La Maison des usagers est ouverte à tous :

- * usagers, patients hospitalisés ou non, suivis ou non par l'établissement, appartenant ou non aux secteurs de l'hôpital...;
- * familles ;
- * associations, professionnels de santé, élus, travailleurs sociaux ;
- * toute personne en quête d'informations sur la santé, les traitements, les règles et modes d'hospitalisation, l'accès aux soins, la prévention, la législation...

Quels sont les services proposés par la Maison des usagers ?

La Maison des usagers propose des permanences d'associations d'usagers et de familles mais aussi de professionnels. Elle met à disposition de tous des brochures d'information et une borne interactive proposant une sélection de sites sur la santé, des animations ou expositions visant à l'éducation sanitaire et thérapeutique des patients.

Qui assure les permanences ?

A la Maison des usagers vous rencontrerez des associations d'usagers (OSE, Icebergs,...), des associations de familles (UNAFAM, ADAPEI,...), des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), des professionnels de la santé (Point écoute famille, actions de prévention et d'éducation santé), ou encore des professionnels du champ social (Coordination 69). Le projet de la Maison des usagers est de s'entourer d'autres associations centrées sur l'addictologie, les troubles des conduites alimentaires....

Ce n'est pas un lieu de réclamations...

Quelles sont ses limites ?

La Maison des usagers n'est ni un lieu de réclamations ou de résolution des conflits, ni un lieu de soins ou de diagnostic. Ces demandes seront réorientées vers les services et instances concernés.

Qui est garant du respect des engagements ?

La Maison des usagers est placée sous l'autorité et la responsabilité du Directeur d'établissement. Le président de la Commission Médicale d'Etablissement est étroitement associé aux décisions et au fonctionnement du lieu. Un comité de pilotage et de suivi, composé majoritairement de représentants d'usagers, de familles et de professionnels, se porte garant de la mise en œuvre des décisions prises. La coordinatrice, Monique Simond, assure, avec l'ensemble des partenaires, la gestion et l'animation de la Maison des usagers.

Texte issu de la plaquette publiée par le CH St Jean de Dieu



Lors de l'inauguration, Jacques Maresco, dteur du CH St Jean de Dieu, Jean-Louis Touraine, député de la 3ème circonscription du Rhône et 1er adjoint à la mairie de Lyon, et Jean-Louis Bonnet, Dteur de l'ARH, coupent le traditionnel ruban...

"Mieux vivre l'hospitalisation"

La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ouvre un espace internet pour favoriser le partage d'expériences et améliorer la relation entre usagers et établissements de santé.



"L'idée de valoriser les initiatives du terrain, et d'aller à la rencontre des acteurs a guidé l'approche qui vous est proposée aujourd'hui. Cet espace internet est à la disposition des établissements de santé publics et privés et des associations comme un lieu de partage d'expériences autour de l'accueil, de l'information et de la prise en charge des usagers..."

Annie Podeur, page d'accueil du site

La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ouvre un espace internet pour favoriser le partage d'expériences et améliorer la relation entre usagers et établissements de santé.

Le 5 février dernier, la DHOS annonce à la presse l'ouverture d'un espace internet, baptisé "partage d'expérience", présentant de multiples expériences menées par des établissements pour améliorer la qualité de la prise en charge des usagers et pouvant servir d'exemple à d'autres structures de soins.

Comme le souligne Annie Podeur, ce projet de partage d'expériences, nouveau pour une administration centrale, démontre que le ministère donne toute sa place au "mieux vivre" des patients hospitalisés. Il s'agit de "prendre soin" et non pas seulement "donner des soins" en diffusant une cultu-

re de l'accueil et de l'écoute. Ce projet répond aussi à la volonté de la DHOS d'impulser une politique du changement plutôt que d'imposer des normes.

Ce nouveau site démarre avec 18 expériences en ligne et son objectif, à moyen terme, est de susciter des envies pour que d'autres structures l'enrichissent en proposant de nouvelles expériences.

Pour Nicolas Brun, président d'honneur du Ciss (collectif inter-associatif sur la santé), ce projet est très positif car il permet de valoriser des expériences qui restent souvent méconnues. "Les actions de communication se font généralement autour des grandes premières médicales mais rarement sur des actes de la vie quotidienne. Mais lorsqu'on analyse le ressenti des patients après une hospitalisation, ce sont "les petits riens", "les grains de sable" qui laissent un mauvais souvenir. Ce site va permettre la valorisation des actions secondaires, actions qui souvent améliorent le séjour. "

Cet espace, ouvert sur le site du ministère, est accessible au grand public à l'adresse suivante :

www.sante.gouv.fr/experiences_usagers/accueil.htm

jacqueline Ferret, ARH

quelques expériences en ligne :

Maison des usagers : hôpital Georges Pompidou

Maison des patients et des proches : Clrcr René-Huguenin

Accompagnement du deuil périnatal : CH René-Dubo

Consultation d'annonce et DVD sur la reconstruction mammaire : Clrcr René- Gauducheau

Chaîne "TV-HM" : AP HM

Chaîne interne "Télé Tam Tam" : CHU Toulouse

Prise de commande informatisée des repas : CH de Blois

Etc...

Déploiement du dossier partagé patient : Grand public et dossier partagé patient où en sommes-nous ?

Le CISS Rhône-Alpes mène une campagne de communication à partir de mi-mars 2008 sur le déploiement du dossier partagé patient dans les bassins de la région Rhône-Alpes : Lyon, Annecy et Grenoble.



blissements de santé qui le souhaitent. Enfin une plaquette d'information sera distribuée dans les lieux de diffusion du film.

Pour tout renseignement : participation aux séances de sensibilisation/formation, conditions de mise à disposition du film et de la plaquette, merci de contacter :

**Gaëlle Pierson, Chargée de Communication et de
Formation au CISS Rhône-Alpes**
Gaëlle-pierson@wanadoo.fr
Tél. 04.78.62.24.53

Les objectifs de cette campagne sont de sensibiliser d'une part le grand public au dossier partagé patient : en quoi il contribue à l'amélioration de la qualité de la prise en charge, quelles sont les règles d'accès au dossier et les droits des patients... D'autre part, sensibiliser les représentants des usagers à la problématique du dossier partagé patient : garanties mises en place pour la sécurité et confidentialité des données ; règles d'habilitation des professionnels de santé en ambulatoire, dans les établissements et les réseaux ; rôle des représentants des usagers par rapport au développement du dossier partagé patient.

Le CISS Rhône-Alpes développe des outils de communication

Pour sensibiliser au dossier partagé patient, le CISS RA met en place 3 séances de sensibilisation/formation un après-midi par bassin. Le premier bassin concerné est celui de Lyon avec une séance programmée dès le mois de mars. Un film, d'une durée de 5,30 minutes, sera bientôt diffusé dans les salles d'attente des MMG (Maisons Médicales de Garde) du bassin de Lyon et dans les cabinets médicaux des bassins d'Annecy et de Grenoble. Le film sera également mis à disposition des éta-



Un "premier" après-midi de sensibilisation / formation sur le déploiement du Dossier Partagé Patient s'est déroulé, pour le bassin de Lyon le 7 mars au Palais de la Mutualité, Place Antonin Jutard à Lyon

Visite guidée à l'hôpital

Sortir des dossiers et aller sur le terrain permettent sans doute de mieux comprendre le fonctionnement d'un hôpital.

Ainsi en janvier dernier, le service OHMS de la DRASS, sous l'égide de son inspecteur principal Philippe Guétat, participe à une visite du centre hospitalier St Joseph-St Luc, avec comme guide la directrice de l'établissement, Mme Montégu. Christian Millet, président du CROS, est également présent.

Service des urgences, hôpital de semaine, terrasses et sous-sols de l'hôpital : à chaque étape Mme Montégu explique le fonctionnement mais aussi le pourquoi de ce type d'architecture, fait intervenir les personnels... L'hôpital sort des dossiers pour devenir une structure vivante.

Propos recueillis à l'issue de cette visite

Questions posées à Sylvie Ancel, Florence Brossat, Maria Navarro, Maria-Dolores Rodriguez, Messaouda Sassi, Christain Millet, Samia Djeballi, Guillaume Brouillard et Christian Millet

Architecture moderne privilégiant la lumière...

ARH Info : Que pensez-vous de l'architecture de cet établissement ?

- " C'est un hôpital moderne, minimaliste et dans l'esprit du moment."

" Je trouve qu'il y a une très grande optimisation d'un espace restreint.

L'architecture, résolument novatrice, privilégie la luminosité. Elle répond aussi à un souci de productivité en réduisant les trajets des personnels."

"Ce très bel établissement donne une image moderne de l'hôpital."

" Si l'aspect extérieur est assez quelconque et massif car tout le terrain disponible est occupé, les solutions retenues pour l'aménagement intérieur sont particulièrement pertinentes et fonctionnelles : puits de lumières, terrasses panoramiques, très bonne répartition entre les surfaces affectées aux activités hospitalières et celles dédiées à la fonction hôtelière."

Certains ont cependant la nostalgie du passé...

" L'ancien bâtiment avait du charme avec ses entrées voutées, ses hauts

plafonds, ses petits passages, sortes de traboules ..." :

Une organisation atypique

Contrairement à ce que nous connaissons, St Joseph St Luc n'est pas organisé en services clairement identifiés : urologie, hématologie...Lorsque vous allez voir un patient il est en médecine ou en chirurgie. Si cette organisation préserve en quelque sorte "l'anonymat de la pathologie" d'un malade, elle permet aussi d'optimiser l'occupation des lits. Les moins enthousiastes à ce changement furent sans doute les médecins chefs de service qui voient leurs malades disséminés dans l'hôpital... Mais, selon la directrice de l'établissement "ils s'y sont faits" !

ARH Info : Vous-même qu'en pensez-vous ?

" Cette organisation atypique, en dehors des schémas classiques, permet des remises en question, donc de nouvelles méthodes de travail, qui, si elles sont efficaces, ne peuvent qu'être bénéfiques pour le patient."

"Cette homogénéité des services, des bureaux, des salles de soins, du matériel a l'avantage d'optimiser les conditions et le temps de travail du personnel. Le "bien être" du malade est toujours présent. L'octroi d'une chambre, par



Lors de cette visite Mme Montégu, à l'extrême droite de la photo, sert de guide

exemple, se fait en fonction de la durée du séjour ; ainsi les chambres les plus ensoleillées, avec la plus belle vue; sont réservées aux longs séjours. L'admission se fait à l'étage, toujours dans le respect de l'anonymat... N'oublions pas l'aspect économique de cette organisation : l'optimisation des lits, dans un contexte de productivité, est indispensable à la survie des hôpitaux"

"Par l'anonymat des services, cette organisation préserve la confidentialité et l'origine de la maladie n'est pas rendue "publique". En revanche, je ne suis pas persuadée que la relation de confiance entre le malade et le médecin existe encore. "

"Si, comme la directrice l'a affirmé, l'organisation retenue ne génère aucun dysfonctionnement, je trouve particulièrement intéressant ce nouveau concept qui permet d'atténuer le traumatisme de l'hospitalisation."

ARH Info : *A votre avis, est-ce un plus par rapport à un hôpital "classique" avec des médecins chefs de services et des services clairement identifiés ? Si oui (ou non) pourquoi ?*

"Oui, je pense que cela peut-être un plus pour le patient. Tout en étant " noyé " dans la masse de l'hôpital, le fait que le médecin doive se déplacer vers lui, le ré-identifie comme personne à part entière."

"L'anonymat de la maladie est un facteur positif pour le malade. Comme nous l'avons dit, l'absence de services dédiés permettant d'optimiser au mieux l'occupation des lits, fait prendre conscience aux médecins de l'aspect financier de la vie de l'hôpital et peut-être permet de "désacraliser" leur personne."

"C'est incontestablement un plus, ne serait-ce que parce qu'il en résulte une meilleure gestion des lits et sans doute une plus grande rationalité de l'exploitation des moyens matériels et humains."

"Dans le contexte de la T2A, cette organisation est un plus car elle permet de rentabiliser au maximum les lits et places disponibles. En revanche, pour les chefs de service et leur personnel, ce fonctionnement peut s'avérer moins confortable..."

"Dans ce mode de fonctionnement, il faut que le dossier du patient soit complet et surtout informatisé."

ARH Info : *Qu'est ce qui vous a le plus étonné lors de cette visite ?*

"La vue sur la colline de Fourvière !!!"
" Cet hôpital ne sent pas l'hôpital ! Étonnant aussi le calme relatif qui régnait au service des urgences... Ou encore le calme des services de semaine qui, en ce vendredi après-midi, donnait le sentiment de bien peu d'activité dans l'hôpital !"

"J'ai été étonné mais surtout agréablement surpris par la dichotomie entre la fonction médicale et la fonction résidentielle qui permet une ouverture sur la ville avec le restaurant ouvert à tous"

"Sans que ce soit la source d'un étonnement, j'ai particulièrement apprécié la disponibilité et la gentillesse de la directrice ainsi que du personnel présent. C'était en rupture avec l'image de "l'hôpital speedé" que nous connaissons habituellement."

"J'ai été étonnée dès l'accueil avec des hôtesses portant le même uniforme : On se croirait dans un hôtel et c'est très agréable."

ARH Info : *Est-ce que cette visite vous a permis de découvrir "l'hôpital" sous un aspect que vous ignoriez ?*

"En effet, on ne se sent pas dans un hôpital mais plutôt dans une sorte d'hôtel comme l'a souligné la directrice. C'est une autre conception de l'hôpital, un hôpital où tout n'est pas centré sur le soin, un hôpital qui ne fait pas penser à la maladie"

"Par la description des choix architecturaux, des circuits, des prises en charge des malades, par la découverte des couloirs, le suivi du flux des urgences... j'ai pu découvrir l'hôpital de l'intérieur et comprendre son fonctionnement"

"J'ai découvert un hôpital plus "accessible", plus "compréhensible" et dans une ambiance moins médicale."

"C'est l'aspect organisation, "hors normes", qui m'a permis de découvrir l'hôpital autrement, dans un autre mode de fonctionnement. Il serait bien de faire d'autres visites pour connaître différents types d'organisation et comparer."

Jacqueline Ferret, ARH



Zoom sur la clinique Emilie de Vialar La seule clinique à fournir toute la chirurgie orthopédique de la naissance à la sénescence

Une œuvre de la Congrégation Saint Joseph de l'Apparition



Les soeurs de la congrégation

La Clinique Emilie de Vialar est une des œuvres fondées par la Congrégation Saint Joseph de l'Apparition.

Emilie de Vialar naît à Gaillac le 12 septembre 1797.

La nuit de Noël 1832, elle fonde la Congrégation des sœurs de Saint Joseph de l'Apparition qui, aujourd'hui, est présente dans le monde entier : France, Algérie, Tunisie, Italie, Grèce, Malte, Birmanie, Australie, Indes...

Emilie de Vialar, décédée le 24 août 1856, est béatifiée en 1939 et Pie XII la déclare Sainte le 24 juin 1951.

Historique de la création de la clinique



En 1945, trois religieuses appelées pour soigner les blessés de la guerre découvrent les ruines d'une ancienne tannerie et décident alors de les transformer en chambres pour étudiants.

Puis, en 1950, elles aménagent ces chambres en un dispensaire d'une douzaine de lits environ. Relevant de la compétence de six spécialistes et offrant des heures de consultations et de soins très accessibles au public, cet établissement connaît rapidement une grande prospérité aux dépens des médecins du quartier. Devant cet essor le Conseil de l'ordre s'oppose alors, en 1952, à la poursuite de son activité.

C'est ainsi que naît l'idée de créer une clinique dévolue à la chirurgie orthopédique, première en France, notamment pour les scoliozes et les luxations congénitales de hanche.

Elle est ouverte en janvier 1954 avec 15 lits et une salle d'opération.

En 1966, une nouvelle aile est construite ainsi qu'une nouvelle salle au bloc opératoire. Sa capacité est étendue à 52 lits.

En 2002, ouverture d'un service de chirurgie ambulatoire de 5 lits installés.

En 2004, travaux d'extension et de restructuration, permettant l'installation de 10 places de chirurgie ambulatoire.

Aujourd'hui la clinique Emilie de Vialar dispose de 72 lits et places d'hospitalisation.

Historique médical

De 1950 à 1966 :

Réalisation des premières interventions sur la colonne vertébrale et développement de la banque d'os (os de veau lyophilisé fourni par l'institut MERIEUX).

Traitement des luxations congénitales de hanche.

De 1962 à 1982 : A ces créneaux d'activité s'ajoute le traitement des arthroses.

En 1963 : Réalisation de la première opération de HARRINGTON en Europe (correction instrumentale des scoliozes) : toute l'Europe défile alors à la clinique Emilie de Vialar pour apprendre cette technique.

En 1968 : Réalisation des premières prothèses totales de hanche de type Charnley.

En 1975 : Première intervention Européenne de Dwyer (chirurgien australien) : correction de la scoliose par voie antérieure.

En 1984 : Le Docteur Jacques Caton réalise les premiers allongements de membres selon la technique d'Illizarof pour le traitement des inégalités de longueur et pour les sujets de petite taille.

En 2006 : Ouverture de 20 lits de soins de suite et de rééducation spécialisés en géro-traumatologie et en orthopédie.

Cette clinique de proximité, appartenant au bassin de Lyon EST a une zone d'attractivité qui concerne tout le département du Rhône (environ 70% de son activité), Lyon intra muros représentant environ 24,3% des patients accueillis en 2005.

Le projet d'établissement, en cours de révision, a la volonté affirmée de renforcer le positionnement de la Clinique Emilie de Vialar dans l'offre de soins en développant l'activité chirurgicale et en augmentant la capacité des SSR. //



de G à D : Jacques Caton, pdt CME, Jean Louis Bonnet, DARH, Carole Brami, dtrice de la clinique

Portrait

Thierry Rusterholtz, nouvellement recruté à l'agence en tant que chargé de mission

Praticien hospitalier dans la discipline " réanimation médicale", à Strasbourg depuis 1993 pour y valider un clinicat, je partage alors mon activité clinique entre les urgences et la réanimation (6 mois/an). Ma discipline d'origine est la santé publique. Dans ce domaine, je travaille dès l'origine à l'évaluation de la qualité des soins, intégrant aux pratiques quantitatives et normatives en vigueur, une approche qualitative et la démarche des sciences sociales. Parallèlement à mon activité clinique, je poursuis mon travail dans le domaine de l'évaluation, travaillant à l'ANAES, puis à l'HAS comme expert et chargé de projet dans le service de recommandations des pratiques cliniques puis, depuis un an, dans le service de l'évaluation des pratiques professionnelles. Une mission pour le compte du ministère de la santé menée en 2000, la "mission Darnis ", me permet d'envisager l'aspect plus politique de la santé et, surtout, de rencontrer un grand nombre d'acteurs de terrain lors de mes visites dans les hôpitaux, dont certains dans la région Rhône-Alpes.

Cette double valence "santé publique-activités cliniques" me semble intéressante pour faciliter la rencontre, indispensable, entre un monde dit administratif et régulateur et un monde consacré au soin, tous deux, in fine, étant censés œuvrer de concert pour une bonne qualité des soins.

Au sein de l'agence, je suis le référent territorial pour les bassins de Lyon, Villefranche sur Saône, Bourg en Bresse et Vienne et m'occupe, en binôme avec l'autre médecin de l'agence, Francis Fauconnier, de domaines médicaux transversaux, comme les urgences, la permanence des soins ou la gestion des crises. //



La gestion des risques en chirurgie orthopédique : une véritable révolution culturelle

A l'aube du 21ème siècle, une révolution silencieuse comme il sied dans les salles d'opérations, s'est effectuée en chirurgie. Cette véritable révolution culturelle voit les chirurgiens passer de la culture de la faute à un engagement très ferme vers la culture de sécurité.



Jacques Caton

En effet, cette culture de la faute, en grande partie à l'origine de la judiciarisation de la profession, est un des facteurs de désertification actuelle de la chirurgie ainsi que l'absence de revalorisation des honoraires depuis près de 20 ans. Cette culture de la faute atteint son acmé avec l'envolée récente des primes d'assurance en Responsabilité Civile Professionnelle (depuis 2001). Si la sécurité a toujours été la préoc-

La loi Kouchner du 4 mars 2002 sur l'information des patients, inversant définitivement la charge de la preuve, rend désormais les établissements responsables des infections nosocomiales, déchargeant ainsi les praticiens et leur apportant un soulagement certain.

L'implication grandissante des usagers dans le système de soins conjuguée à la création d'organismes d'évaluation comme la Haute Autorité de Santé modifie également l'analyse des médecins et rend nécessaire la connaissance précise des risques associés à un acte chirurgical ou à un acte médical invasif. L'état et les associations d'usagers réclamant une amélioration du processus permettant d'accroître la qualité et la sécurité des soins, les chirurgiens se sont engagés dans cette voie avec le développement d'une véritable culture de sécurité. Dès 2002 un projet visant à réconcilier "Droit et Soins" aboutit à une démarche de gestion des risques chirurgicaux, inscrite dans la loi du 13/08/04 relative à l'Assurance Maladie, (article 16).

"La sécurité a toujours été la préoccupation première des chirurgiens..."

cupation première des chirurgiens, cette évolution vers plus de sécurité était le plus souvent secondaire à la menace de sanctions et de recours des patients. De plus la justice a longtemps considéré qu'il était plus facile au médecin et à l'hôpital de prouver et justifier leur comportement qu'à la famille ou la victime d'établir la réalité d'une faute professionnelle. Ces jugements rendent ainsi les praticiens toujours responsables ; en témoignent les nombreux arrêts, notamment de la Cour de Cassation.

"Pour les chirurgiens, l'intérêt d'une culture de sécurité plutôt qu'une culture de la faute, est d'aboutir plus rapidement au changement de pratiques..."

L'accréditation des médecins et les décrets d'application du 21/07/2006 définissent les modalités d'organisation de cette accréditation. La décision HAS du 30/08/06 précise les événements porteurs de risques (EPR) ainsi que les modalités d'agrément des futurs organismes agréés. Enfin le décret du 7/12/06 et l'arrêté du 6 février 2007 mettent en place les modalités de participation financière de l'assurance maladie concernant les chirurgiens libéraux.

Pour les chirurgiens, l'intérêt d'une culture de sécurité plutôt qu'une culture de la faute, est d'aboutir plus rapidement au changement de pratiques. L'accréditation des médecins,



"11h05" correspond à la position des pieds des danseurs
Oeuvre exposée dans le hall d'accueil de la clinique E. Vialar

ORTHORISQ ?

démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des pratiques professionnelles, vise à la déclaration, à l'analyse, à l'exploitation et à la mise en commun de tout événement porteur de risques médicaux et à l'adoption des recommandations de bonnes pratiques qui en découlent.

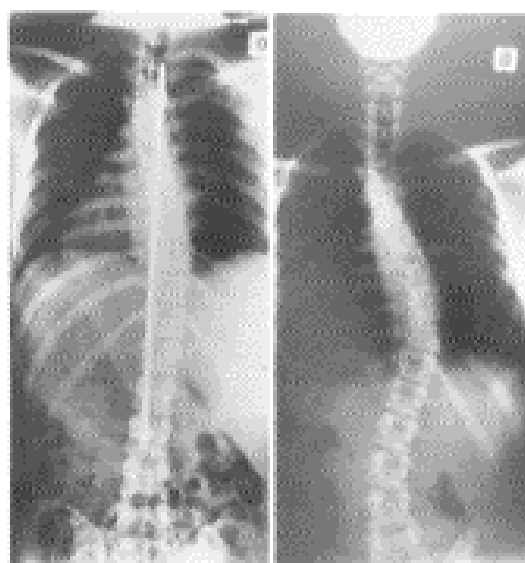
“Ce projet, voulu par les médecins, pour les médecins, doit rester un dispositif contrôlé par les médecins...”

Cette situation trouve son support dans la création des organismes agréés de gestion des risques. Ce projet, voulu par les médecins, pour les médecins, doit rester un dispositif contrôlé par les médecins, acteurs de l'accréditation. Les bénéfices attendus sont la possibilité de satisfaire aux obligations de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et à l'obligation de formation médicale continue (FMC). C'est également en lien avec ce dispositif qu'ont pu être mises en place la part variable de la rémunération des praticiens hospitaliers en chirurgie (arrêté du 28/03/07), la participation financière de la CNAM TS à la souscription de l'assurance en responsabilité civile professionnelle des médecins libéraux et au financement des organismes agréés. Tout ce processus doit à terme aboutir à la maîtrise de l'évolution des primes d'assurance par la réduction des risques. Le bénéfice pour les patients doit être une réduction du nombre et de la sévérité des événements indésirables grâce au recueil et à l'analyse des événements porteurs de risques qui échappent aujourd'hui à toute déclaration et à toute analyse formalisée.

“Le passage de la culture de la faute à la culture de sécurité doit se faire par le développement d'une culture de la déclaration.”

Les tâches d'ORTHORISQ, premier organisme agréé par la HAS en janvier 2007, sont ainsi définies : les chirurgiens qui souhaitent être accrédités doivent avoir un accompagnement par des experts de la spécialité.

Les chirurgiens orthopédistes engagés ont bien compris qu'il s'agit là d'un accord “gagnant gagnant” pour eux-mêmes, mais aussi pour les patients et les tutelles. Ils doivent cependant satisfaire à un certain nombre de pré requis : être docteur



Scoliose

en médecine et qualifié “spécialiste” par l'ordre, renseigner le questionnaire d'auto évaluation destiné à connaître les chirurgiens et les établissements dans lesquels ils travaillent, participer à la journée annuelle de formation à la gestion des risques avec évaluation, s'auto-évaluer sur le référentiel du compte-rendu opératoire et déclarer les EPR (liste définie par la spécialité), tout ceci sous couvert d'anonymisation.

Plus de 700 chirurgiens orthopédistes sont déjà engagés dans cette démarche et plus de 800 ont participé à la première journée de formation en novembre 2007.

Docteur Jacques Caton, président d'orthorisq et du syndicat national des chirurgiens orthopédistes

Dernière Première pierre du futur médipôle du Nord Isère!

Le 25 janvier dernier, la première pierre du futur hôpital Pierre Oudot est posée sur le site du médipôle (ZAC de la Maladière) : 150 M€, 400 places sur un terrain de 10 hectares...

Bref rappel :

L'ARH Rhône-Alpes décide, en 1999, de regrouper, sur un même site, l'hôpital de Bourgoin, la clinique St Vincent de Paul et le centre psychothérapique du Vion (maintenant dénommé du "Nord Dauphiné"). L'agence souhaite ainsi répondre à une redéfinition globale de l'offre de soins dans le territoire du Nord Isère. (cf articles ARH Info n° 41 et 45)

Didier Renaut, directeur exécutif du centre hospitalier Pierre Oudot de Bourgoin-Jallieu et chef de projet du nouvel hôpital, répond à nos questions.

ARH Info : Didier RENAUT, de par vos fonctions, vous suivez le projet Médipôle depuis septembre 2003. Quelles ont été les étapes les plus significatives ?

D.R. : Les grands projets ont toujours une histoire à raconter. Celle récente de ce projet débute fin 1999 lorsque l'ARH donne son feu vert pour la construction d'un Nouvel Hôpital, l'actuel étant sous-dimensionné par rapport au bassin démographique à couvrir (le Nord Isère avec ses perspectives démographiques de 220 000 habitants à horizon 2010) et non



Jean-Louis Bonnet et Didier Renaut

extensible in-situ compte tenu de l'exiguïté de sa parcelle support (2,5 hectares en centre ville).

La première étape, essentielle, est de trouver un terrain...

La première étape, essentielle, est de trouver un terrain répondant aux critères d'implantation d'un tel établissement, en particulier : superficie adaptée, localisation au cœur du bassin de

population, accessibilité aisée, foncier cessible rapidement et exempt de servitude... Cette étape est franchie de la meilleure façon possible puisque moins d'une semaine après la décision de l'ARH, la municipalité propose un terrain de 20 hectares, idéalement situé entre Bourgoin-Jallieu et L'Isle d'Abeau, desservi par une route nationale, une route départementale et à proximité immédiate de l'autoroute.

Sous l'impulsion de Raymond Gazquez, Directeur du Centre Hospitalier, le projet est lancé ; le rythme est donné ; le temps va s'accélérer !

La deuxième étape clé est menée sous l'égide de l'ARH et de la DDASS de l'Isère.

Elle consiste à promouvoir une réflexion associant tous les établissements de soins du territoire afin de définir, au regard des objectifs de prise en charge de la population du Nord Isère, les capacités futures de chacun des établissements et les conditions de faisabilité de chaque opération. Cette démarche innovante et volontariste aboutit à l'adoption d'un schéma cible à mettre en œuvre dans le calendrier 2004-2011. Le projet Médipôle est né ...

Il s'agit de créer une " Cité Sanitaire " regroupant trois établissements à vocation et statut différents mais offrant à la population, sur un même lieu, une large palette de soins.

La capacité du Centre Hospitalier Pierre Oudot passera ainsi de 232 lits et places MCO actuellement, à près de 400.

La troisième étape majeure est l'inscription, fin 2003, de l'opération " Médipôle " au Plan " Hôpital 2007 " : c'est l'une des dix plus importantes au niveau national, et la plus importante au niveau régional.

La quatrième étape, incontournable, se caractérise par les études de programmation du Médipôle que les trois établissements mènent en commun de début 2004 à mi-2005. A partir de ces études, chaque établissement conduit sa propre procédure de réalisation, en l'occurrence : procédure de Bail Emphytéotique Hospitalier avec dialogue compétitif pour le Centre Hospitalier Pierre Oudot, procédure de Conception-Réalisation pour la Clinique Saint Vincent de Paul et procédure de Maîtrise d'Œuvre pour le Centre Psychothérapique du Vion.

La cinquième étape, marquante pour notre hôpital, est celle du dialogue compétitif et du choix de l'emphytéote. Après un peu

plus de 12 mois de discussions, permettant notamment de préciser les besoins de l'établissement et le champ d'intervention de l'opérateur privé dans le domaine de l'exploitation-maintenance-énergie, le BEH est signé le 16 avril 2007 avec la société HÔNORIS (GFC Construction, EXPRIMM, CDC et FIDEPPP). Dans le même temps, le terrain du futur hôpital (10 hectares) est mis à disposition par la ville de Bourgoin-Jallieu pour 1 €, engagement capital, désormais porté également par la nouvelle Communauté d'Agglomération Porte de l'Isère (CAPI) créée début 2007.

Depuis, les étapes s'enchaînent : dépôt des dossiers, permis de construire et ICPE en juin 2007 ; approbation du PC, clôture de l'enquête publique ICPE et démarrage des travaux en octobre 2007.

La mise à disposition du Nouvel Hôpital par la société HÔNORIS est programmée au 26 octobre 2010, l'accueil des patients prévu pour mai 2011.

ARH Info : Avez-vous rencontré des difficultés ?

D.R. : La rencontre a été celle de la complexité..... Elle était attendue : elle a été au rendez-vous ! Reconstruction d'un Nouvel Hôpital de 400 lits et places MCO avec plateau technique complet, procédures innovantes du BEH et du dialogue compétitif à l'époque jamais menées à cette échelle d'opération hospitalière, démarche Haute Qualité Environnementale, optimisation des coûts, course contre la montre permanente, ... Il convient alors de se donner les moyens de dénouer cette complexité, en particulier avec la constitution, dès le début de l'opération, d'une équipe projet dédiée composée d'un direc-



Le nouvel hôpital de Bourgoin-Jallieu est positionné pour être l'établissement de santé pivot du territoire du Nord Isère...

teur d'hôpital, d'un ingénieur hospitalier, et d'un cadre supérieur de santé, avec la désignation et la coordination d'équipes spécialisées d'assistants à la personne publique, avec la constitution et le management de près de 20 groupes de travail pluri-professionnels internes à l'hôpital ... avec encore la conduite du dialogue compétitif avec trois consortiums, la mise au point du contrat de BEH avec le lauréat, soit plus de 5 000 pages, 25 kg de documentation, ...

C'est tout un hôpital qui se mobilise et qui transpire allègrement ! Mais ne dit-on pas que "changer de souci fait autant de bien que prendre des vacances "...?

ARH Info : *Des modifications sont-elles intervenues depuis le projet initial ?*

D.R. : Non justement, et l'un des facteurs de réussite de cette opération réside certainement dans la stabilité des données d'entrée du projet et des équipes constituées, tant en phase programmation qu'en phase de dialogue compétitif et, actuellement, en phase de réalisation et de préparation du transfert.

Toute modification importante dans le déroulé et le périmètre de ce type d'opération la fragilise obligatoirement ; tout changement d'équipe (équipe projet ; équipes médicale, soignante, technique et administrative référentes au sein de l'hôpital; équipes d'APP ; équipes extérieures de contrôle ou partenaires : ARH, DDASS, Mairie, Aménageur foncier, ...) est de nature à introduire une dose d'incertitude toujours défavorable à la maîtrise d'une opération dans un calendrier serré.

J'oubliais, tout de même : le BEH a été signé avec plus de trois mois d'avance sur le calendrier prévisionnel. Cette modifica-

tion n'a pas été proscrite !

ARH Info : *Quelles ont été vos plus grandes satisfactions ?*

D.R. : Sans nul doute, la richesse des relations humaines tissées tout au long de l'opération. L'hôpital nous ramène en permanence à l'essentiel, à l'humain, et c'est heureux.

La maîtrise des coûts et des délais aussi, bien sûr, avec surtout la conviction que le nouvel hôpital répondra par sa fonctionnalité, sa technicité, sa modernité aux attentes, autant des patients et de leurs familles, que des professionnels qui y exerceront.

ARH Info : *A l'horizon 2011, comment envisagez-vous la position du Nouvel Hôpital dans le bassin de santé ?*

D.R. : Le Médipôle est né d'une ambition collective en réponse à la nécessité de redimensionnement des établissements de santé du territoire du Nord Isère où vivront, au début des années 2010, près de 220 000 habitants. Les trois établissements du Médipôle, en proximité, répondront plus efficacement aux besoins de la population et pourront développer leurs actions de coopérations.

Le nouvel hôpital de Bourgoin-Jallieu est positionné pour être l'établissement de santé pivot du territoire du Nord Isère. Avec une capacité de 400 lits et places, une palette complète d'activités (médicales, chirurgicales, obstétricales), un plateau technique de grande technicité, une organisation par pôles d'activité, des conditions d'accueil et d'hébergement des patients chaleureuses et confortables, un cadre de travail repensé et efficace, une attention portée au développement durable, les facteurs de réussite sont nombreux, la responsabilité est grande.

Dans cette terre de rugby qu'est Bourgoin-Jallieu, la conclusion est aisée : l'essai est marqué, il reste à le transformer en 2011 par le fonctionnement efficient du Nouvel Hôpital

ARH Info : *et si c'était à refaire ?*

D.R. : Sans hésitation, avec enthousiasme !

Propos recueillis par J.F



Quand hôpital local rime avec dynamisme...

" Quel avenir pour les hôpitaux locaux ? "

Peut-être une réponse sera-t-elle apportée lors du colloque co-organisé par l'Association Nationale des Hôpitaux Locaux (l'ANHL) et l'IFROS, qui se déroulera à Lyon le 9 avril 2008

ARH Info : Monsieur Martinez, vous êtes directeur de l'hôpital intercommunal Neuville-Fontaines depuis 2002. Vous êtes aussi délégué régional de l'association nationale des hôpitaux locaux.

Pouvez-vous nous préciser quel est le rôle de cette association ?

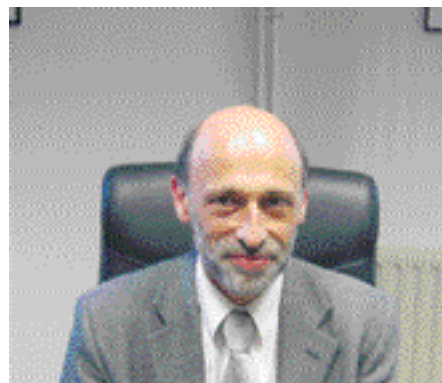
Michel Martinez : Créée je crois en 1992, cette association, déclinée au niveau régional, vise surtout à fédérer les établissements, discuter des problématiques les concernant et en référer aux représentants de l'Etat. Je partage cette fonction avec Denis Gosse, directeur de l'hôpital local de Meximieux. Il y a également des délégués départementaux pour assurer le relais. Par le biais de l'association nous organisons des réunions et des formations. Une fois par an nous réunissons tous les directeurs d'hôpitaux locaux de la région. D'ailleurs, lors de la dernière, en octobre 2007 à l'hôpital de Belleville, le directeur de l'agence est intervenu. Le délégué de région participe également au conseil d'administration et au bureau national, chargé de coordonner les actions des régions et d'intervenir auprès du ministère.

ARH Info : Que pensez-vous de l'audit des hôpitaux locaux mené actuellement ?

M.M. : Cette méthode permet d'appréhender le fonctionnement de nos structures, facilitant ainsi la discussion sur des bases concrètes. C'est à la fois un point d'ancrage pour la contractualisation et une reconnaissance. La discussion avec l'ARH est devenue plus réaliste. Rappelons que cela procède de la volonté du DARH de s'intéresser aux hôpitaux locaux et c'est pour nous très important. Nous savons aussi que l'on a besoin de nos structures pour assurer l'aval et permettre la continuité des soins.

ARH Info : En 2008, on arrivera au terme du plan de développement des hôpitaux locaux mis en place dans le cadre du plan Urgence. Quel est votre avis sur ce plan ?

Michel Martinez
directeur de
l'hôpital local
de Neuville



M.M. : Sur le contenu, on peut avoir des avis divergents : "c'est assez", "pas assez". Pour moi c'est avant tout la preuve que nos établissements intéressent. En Rhône-Alpes, nous avons appliqué la politique de développement avec une adaptation régionale. Nous l'avons vécu comme une période de réelle concertation avec l'ARH, et dans la transparence.

ARH Info : Et sur la constitution de la filière gériatrique ?

M.M. : Je faisais partie du groupe thématique sur ce thème lors de l'élaboration du SROS 3. Dans la mesure où il s'agit du passage de l'hôpital au domicile, il est dommage que seuls les acteurs "sanitaires" aient participé à ces ateliers. Il faudrait impliquer le social et le médico-social. En ce sens, je pense que la création des ARS sera une bonne chose. D'autre part nous ne pouvons répondre à aucun des cahiers des charges conçus par les gériatres des CHU. Il faudrait raisonner à partir des zones de territoires, et non pas établir des normes calibrées sur les services des CHU, car ensuite plus personne n'est capable de définir ce que font les établissements périphériques. L'hôpital local, avec un minimum de plateau technique, de rééducation et de compétence gériatrique, a toute sa place dans la filière gériatrique. Je pense que la concentration des plateaux techniques doit s'accompagner d'un déploiement des lits accueillant des patients chroniques ou gériatriques. Sans quoi elle ne produira pas les effets attendus.

“Je conçois le rôle de l'hôpital de Neuville dans son bassin dans une double articulation : celle de l'offre de soins de proximité et du plateau technique, et celle des prises en charge sanitaire et médico-sociale...”



l'hôpital local de Neuville



ARH Info : Comment concevez-vous le rôle de votre établissement dans son bassin de santé et quel est pour vous le grand défi pour 2008 ?

M.M. : Pour moi, je conçois le rôle de l'hôpital de Neuville dans son bassin dans une double articulation : celle de l'offre de soins de proximité et du plateau technique, et celle des prises en charge sanitaire et médico-sociale. L'établissement fait partie de la filière gériatrique Lyon Nord, regroupant le pôle gériatrique HCL, le CH du Mont d'or. 95% des patients du SSR proviennent des courts séjours des hôpitaux de Lyon, 50% des HCL et environ 20% de la clinique de Rillieux. Les coopérations avec cette clinique sont diverses, réciproques et de qualité. Nous recourons également à l'offre libérale du Val de Saône pour la cardiologie, la radiologie et les examens biologiques. Quand au "grand défi 2008", pour ma part, c'est la création des ARS que j'attends avec impatience. En effet les ARS permettront que notre activité soit prise en compte globalement, sous l'angle à la fois sanitaire, médico-social et ambulatoire. Cela nous permettra d'avoir des discussions sur la notion de territoire. Les découpages sanitaires et médico-sociaux doivent en effet être articulés

ARH Info : Le 9 avril prochain vous allez organiser un colloque intitulé "quel avenir pour les hôpitaux locaux?". Dites nous brièvement quel en sera le programme et quel est son objectif ?

M.M. : Ce colloque est organisé par l'association et l'IFROSS, département de l'université Lyon 3. Son intérêt réside surtout dans la dimension conceptuelle et réflexive que l'on souhaite lui donner. La première partie de la journée sera consacrée à la présentation de différents aspects de l'hôpital local : par exemple, "hôpital local et activité sanitaire", "hôpitaux locaux et perception de la population", "hôpital local et permanence médicale"...En deuxième partie nous essaierons de répondre à la question suivante : "quelle stratégie pour quel hôpital local ?"

Rendez-vous le 9 avril, Amphi Malraux, Université Lyon 3
Vous pouvez consulter le programme sur le site de l'IFROSS ou de l'ANHL //

Extension, humanisation, restructuration de l'hôpital local Don Vierna à Bourg Saint Andéol : une opération attendue depuis longtemps...

Jean-Luc Montagne, directeur de l'hôpital, nous parle de "son projet" et de son implication dans cette aventure

"Il a donc fallu soulever des montagnes pour que ce projet puisse voir le jour..."

ARH Info : Au tout début de cette année a eu lieu la pose de la 1ère pierre du futur hôpital. En tant que directeur de l'établissement, Jean-Luc Montagne, que représente pour vous cet événement ?

Jean-Luc Montagne : C'est un acte symbolique pour la population de la commune et du canton de Bourg Saint Andéol, et plus spécifiquement pour les patients, les personnes âgées, le personnel de l'Hôpital, les élus locaux...

Ce projet fut long à mûrir principalement à cause des difficultés techniques et financières de l'établissement.

Il faut savoir que ce lieu représente un patrimoine hospitalier sans nul doute le plus conséquent du département de l'Ardèche. Certaines parties des bâtiments sont classées, avec des périodes allant de 1471 à 1791 ...à nos jours.

Il a donc fallu soulever des montagnes pour que ce projet puisse voir le jour.

ARH Info : Quelles furent les étapes à franchir ?

JLM : Lorsque je prends la direction de l'établissement le 1er septembre 2004, le premier avant projet sommaire (APS) vient d'être rejeté par la commission exécutive de l'ARH. Je rencontre alors les autorités compétentes (DDASS et Conseil Général) pour fixer de nouvelles orientations et un coût d'objectif recadré.

J'ai la chance aussi de bénéficier de l'aide technique de l'ingénieur de la DRASS et de son expérience dans ce domaine.

La situation financière globale de l'établissement étant préoccupante, nous réalisons un diagnostic et une analyse avec l'agence et signons, avec son directeur, un plan de redressement comptable de l'hôpital en février 2006.

La capacité d'accueil en soins palliatifs passe, en 2006, de 2 à 5 lits dédiés, grâce à la coopération fructueuse engagée par les médecins de notre hôpital local avec le Centre Hospitalier de Montélimar et son équipe mobile de soins palliatifs.

En septembre 2008, nous ouvrirons 6 places d'accueil de jour,



Le chantier du futur hôpital a déjà démarré



Pascal Terrasse, président du conseil général de l'Ardèche, à gauche, et Jean-Luc Montagne, lors de la pose de la 1ère pierre.

“Ce projet a été notre priorité avec l'ensemble du personnel de l'hôpital, les médecins, les équipes, les familles...”

spécialisées dans la prise en charge de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Pour en revenir à notre projet de restructuration, le 2ème APS est approuvé en juin 2005. Deux appels d'offres sont ensuite nécessaires avant l'avant projet définitif.

L'opération qui démarre aujourd'hui représente environ 12 000 000 d'€ TTC pour les travaux et les équipements. La répartition des coûts est de 74.21 % relevant de l'EHPAD et 25.79% relevant du sanitaire de court séjour.

Les surfaces aménagées vont doubler, passant de 3 500 à 7 000 m².

ARH Info : *Avez-vous été suivi dans ce projet ?*

JLM : Ce projet a été notre priorité avec l'ensemble du personnel de l'hôpital, les médecins, les équipes, les familles... La présidente et les membres du conseil de la vie sociale ont d'ailleurs été associés à la finalisation des besoins.

Tout le personnel, soignant et administratif, fait preuve d'un engagement total pour l'aboutissement de cette opération, mais aussi pour la réussite de l'hôpital local intercommunal qui permet d'unir les forces de l'hôpital local de Viviers avec le nôtre.

Depuis le 1er janvier 2008, nous sommes dans une nouvelle ère.

ARH Info : *Et pour les patients ?*

ARH Info : Pour les résidents de l'unité du 2ème Salavert, vivant actuellement dans des chambres à 4 lits, prenant leurs repas dans les couloirs ... la page se tourne enfin vers un avenir plus confortable et surtout plus humain !

Pendant les travaux, des mesures seront prises pour réduire au maximum les nuisances environnementales du chantier et pour assurer la sécurité des malades, du personnel et des riverains.

En attendant l'ouverture du nouvel hôpital en 2011, j'ai d'autres projets : signature d'une convention tripartite, retour à l'équilibre financier, poursuite de l'engagement dans la démarche qualité... Aidé et soutenu par mon équipe !

Je pense vraiment que l'hôpital local est sur la bonne voie pour réussir et apporter de meilleures conditions d'accueil, de confort et de prise en charge aux patients et aux résidents.

Propos recueillis par JF



L'hôpital local de Bourg St Andéol, c'est aussi un patrimoine architectural



Installation d'une " cellule DIM hôpital local " mutualisée

Dans le cadre de l'enveloppe dédiée au plan de développement des hôpitaux locaux (HL), l'association des HL propose à l'ARH la création d'une cellule mutualisée d'information médicale des hôpitaux locaux en région Rhône-Alpes (CMIM)

Cette cellule sera composée d'un médecin DIM à temps plein et d'une secrétaire médicale à mi-temps, postes financés par l'ARH. Son rôle sera d'aider les HL adhérents à produire leurs données PMSI, à les contrôler et à les télétransmettre dans les délais. Elle sera également chargée de la formation, de l'information des personnels et de l'exploitation des données. Elle sera localisée dans un hôpital local doté d'un informaticien et pouvant proposer les locaux nécessaires.

Suite au courrier adressé aux HL pour les informer de la création de cette cellule et pour connaître les volontaires pour l'héberger, neuf établissements se sont portés candidats : les hôpitaux locaux de Méximieux, Villeneuve de Berg, Lamastre, Tournon, St Félicien, Joyeuse, Morestel, Belleville et HLI Bourg de Thizy-Thizy-Cours la Ville. Le " comité de sélection " a dû ajouter des critères pour choisir parmi ces établissements : situation géographique permettant des déplacements dans toute la région et établissement fournissant déjà régulièrement des données PMSI. C'est l'hôpital local de Belleville qui est finalement retenu.

Hôpitaux locaux et PMSI

Au 1er janvier 2008 sur 46 établissements, 32 ont à la fois une activité de médecine et une activité de SSR et devraient donc participer aux 2 recueils, 8 ont une activité de SSR sans médecine et 6 une activité de médecine sans SSR.

Une douzaine d'établissements transmettent leurs données PMSI de médecine régulièrement chaque mois : les HL de Pont de Vaux, Pont de Veyle, L'Argentière, Joyeuse, Vallon Pont D'Arc, Bourg St Andéol, Le Cheylard, St Félicien, Tournon, La Tour du Pin, St Bonnet le Château, Condrieu et La tour (Dufresne Sommeiller). Ce sont généralement des établissements dans lesquels intervient un médecin DIM de centre hospitalier. Les autres établissements rencontrent des difficultés pour absorber les contraintes informatiques liées au PMSI MCO.

Le PMSI en SSR, moins contraignant au niveau logiciel informatique et à fréquence encore trimestrielle est plus régulièrement transmis : seuls 2 établissements sur 40 ne fournissent pas leurs données.

C'est donc en priorité la qualité des remontées d'informations de médecine que la CMIM devra améliorer, surtout en vue de la mise en œuvre de la T2A dans les HL.

Françoise Bourgoïn, ARH et Messaouda Sassi, DRASS



L'hôtel Dieu à Belleville, ancien hôpital, qui se visite lors des journées du patrimoine



Hôpital local de Belleville



Rendez-vous en mai 2008

Dans le n° 47 d'ARH info, nous vous proposerons :

Bench Marking des blocs opératoires

Hôpital 2012

Gestion des contrats

Enquête SROS

etc, ...

