



Direct info



La Renaissance
Sanitaire

Edito

Les Lumières, en affirmant le droit au bonheur pour tous ont introduit une révolution mentale

Mais parmi les facteurs sociaux qui jouent un rôle important dans le bien-être, le travail est l'un d'eux.

Au delà du salaire, il donne accès à une reconnaissance sociale. Sans travail, l'Homme subit une perte d'estime de soi. Etre satisfait de son travail est le moteur de la démarche qualité et celle-ci vaut tous les combats, plus que la proximité, plus que le corporatisme.

Enquête de satisfaction

La dernière enquête de satisfaction des patients révèle que 99,7 % des patients interrogés – taux de participation 74 % - estiment être très bien ou bien soignés.

Parmi ces points forts nous pouvons citer l'accueil (administratif et service de soins) des patients et l'attention réservée à leur entourage, le respect de l'intimité et de la confidentialité, la prise en charge de la douleur, la logistique (transport et linge), l'accessibilité des locaux, l'aide dans la vie quotidienne, les explications concernant le traitement ou l'état de santé sans être obligé de le demander : 69 % en reçoivent « toujours » ou « souvent », la compréhension des réponses données par le médecin : 74 % comprennent les réponses, et enfin les repas et la variété des plats : 80 à 86 % de « très satisfaits » ou « satisfaits ».

EPRD 2009

Le rapport préliminaire à l'EPRD 2009, doit être adressé à l'Agence Régionale d'Hospitalisation pour le 31 octobre 2008, après présentation aux instances et délibération du Conseil d'Administration. Ce rapport doit contenir les prévisions d'activité, et toutes informations que l'établissement juge nécessaire de porter à la connaissance du Directeur de l'ARH. Aussi, pour notre établissement, compte tenu des éléments connus à ce jour, nous présenterons un rapport préliminaire qui tiendra compte :

- des OQOS (Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins),
- du CPOM

(Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens), - ainsi que des perspectives dans la poursuite de réorganisation du travail entamée en 2008 et de mutualisation au titre du GCS du Sud de l'Aisne. Les OQOS à 2010, pour l'hôpital Villiers Saint Denis, sont passés de 129.726 à 135.800 journées maximum.

Aussi pour 2009 nous pouvons prévoir un objectif intermédiaire qui se situerait à 131.000 journées, hormis les fermetures pour travaux.

L'annexe 13 du CPOM, ajouté par l'ARH en 2008, comporte un accompagnement financier. Outre, les crédits reconductibles alloués en 2008 (700.000 €) pour 2009 il est prévu à hauteur de 300.000 € non reconductibles. En plus, l'ARH accompagnera l'établissement dans la phase 1 de ses travaux de soutien à l'activité (mise en sécurité du site, plateau technique MPR et aménagement de l'unité Alzheimer dont accueil de jour), soit l'amortissement sur 20 ans pendant la durée du CPOM, (350.000 € par an).

L'hôpital Villiers Saint Denis certifié au niveau le plus élevé par la Haute Autorité de Santé

La Haute Autorité de Santé (HAS), sur la base d'un rapport et de conclusions très favorables, a certifié en octobre dernier l'hôpital Villiers-Saint-Denis sans mesure de suivi.

En obtenant ce plus haut degré de décision (constitué de 4 niveaux : certification sans mesure de suivi – certification avec mesure de suivi – certification conditionnelle – non certification), l'hôpital fait la preuve de la qualité des prestations offertes à ses patients, de sa sécurité sanitaire et du respect des droits des malades. Le dernier rapport d'activité de la HAS, pour l'année 2007, indiquait que 52% des établissements certifiés l'étaient avec une mesure de suivi et la fixation d'une échéance rapprochée pour l'examen des actions correctives réalisées au titre de ce suivi*.

Rappelons que du 9 au 13 juin derniers, l'hôpital Villiers Saint Denis a accueilli les experts visiteurs de la Haute Autorité de Santé (un médecin, un directeur d'établissement, un cadre rééducateur, une biologiste – responsable qualité - et un cadre de santé en tutorat) dans le cadre de la deuxième procédure dite "certification V2".

Les objectifs de la certification se distinguent de la première en plusieurs points : en effet, un plus grand accent est donné à la visite des différents secteurs d'activité de l'établissement dans le cadre des parcours patients ou des parcours logistiques ; en outre, les experts visiteurs consacrent un temps spécifique à l'évaluation des pratiques professionnelles ; enfin, est établi un suivi des conclusions de la première procédure. Les experts ont pu mesurer l'ampleur du travail accompli entre les deux procédures dans l'établissement et apprécier la qualité de l'auto-évaluation et des projets d'évaluation de pratiques professionnelles auxquels ont participé plus de 120 personnes (18% de l'effectif présent). Ils ont ainsi pu valider les efforts engagés par tous les acteurs de l'établissement, médicaux et non médicaux, dans leur travail au quotidien ainsi que dans leur extrême implication et leur attitude afin de favoriser la réussite de la procédure.

Préparer une visite de certification demande beaucoup de travail et du temps. L'ensemble du personnel et du corps médical s'est impliqué avec énergie, motivation et enthousiasme.

En témoigne le dispositif exceptionnel mis en place : création d'un comité de pilotage certification, de 13 groupes de travail, de 4 groupes de synthèse et de 9 groupes d'EPP.

Sur les 132 critères d'évaluation, l'hôpital a obtenu pas moins de 97% de cotations A et B : « satisfait totalement »

et « satisfait en grande partie », seulement 3% de cotations C : « satisfait partiellement » et aucune cotation D : « ne satisfait pas du tout ».

Ces excellents résultats couvrent l'ensemble des quatre chapitres concernés. En effet, apparaissent, d'une part, des mentions spéciales dans les deux premiers, pour la qualité du management et la gestion des ressources transversales (dont 100 % des critères ont obtenu une bonne ou une très bonne évaluation) et, d'autre part, une cotation A et B supérieure à 90% dans les deux autres ainsi que détaillé ci-dessous :

1- Politique et qualité du management : 100 % de A et B (dont 75 % de A)

2- Ressources transversales : 100 % de A et B (dont 65 % de A)

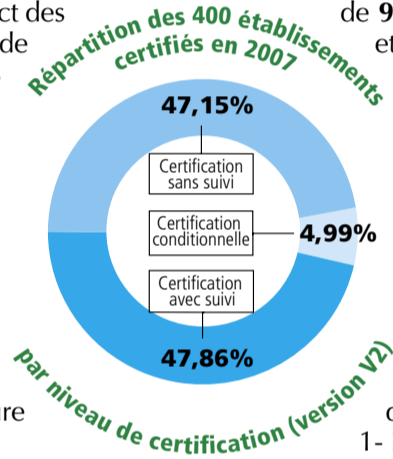
3- Prise en charge du patient : 94 % de A et B (dont 43 % de A)

4- Evaluation et dynamiques d'amélioration : 94% de A et B (dont 55 % de A).

La prochaine visite de certification aura lieu en 2012. Mais, au-delà de cette démarche qui s'est révélée être un véritable moteur de concertation pour tous les professionnels de l'établissement, l'hôpital entend poursuivre sa démarche d'amélioration des soins, en tenant compte des observations formulées par la HAS, en particulier sur les prescriptions d'examen de laboratoire, la dispensation et l'administration des médicaments.

La qualité est une politique permanente de l'établissement, qui œuvre d'ores et déjà pour satisfaire aux critères relatifs aux échéances futures.

*HAS rapport d'activité 2007, l'activité de la HAS en chiffres



Evaluation des pratiques professionnelles

Suite à l'accréditation version 1, la Haute Autorité de Santé a entamé, une deuxième itération : la certification V2.

La V2 part des acquis et des décisions de la V1 avec un référentiel allant au cœur des métiers.

Les Evaluations de Pratique Professionnelle (EPP) demeurent la principale nouveauté de la V2 : c'est une analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations selon une méthode validée. Cette méthode inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration. L'EPP est obligatoire depuis le 1^{er} juillet 2005.

Le chapitre 1 - politique et qualité du management - attend (critère 6b) l'intégration de l'EPP dans sa politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.

Au chapitre 3, l'accent est mis aussi sur la prise en charge du patient, la prise en compte de l'état nutritionnel, des conduites addictives, de la maladie thrombo-embolique, des chutes, du risque suicidaire, des escarres et de la douleur (critères 25 et 26).

Enfin, le dernier chapitre traite de façon plus spécifique des évaluations des pratiques professionnelles (références 40, 41 et 42). Ainsi, dans la référence 40, les professionnels ont pu évaluer la pertinence de leurs pratiques :

pertinence de la prescription des soins locaux dans la prise en charge des complications podologiques des patients diabétiques ; pertinence de la fiabilité des glycémies capillaires dans la prise en charge des patients diabétiques ; pertinence de la prescription des "héparine de bas poids moléculaire" (HBPM)

chez les malades rééduqués pour prothèse totale de hanche ou de genou ; pertinence de la prescription de la contention.

Dans la référence 41, ils ont pu évaluer les risques liés aux soins : préparation de la sortie du patient atteint d'une pathologie neurologique en MPR ; prévention des troubles de la déglutition ; prévention de la dénutrition.

Dans la référence 42, ils ont pu évaluer la prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux : prise en charge de la perte d'autonomie du patient Alzheimer ; prise en charge des patients requérant des soins palliatifs par l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).

Au terme de la visite, les experts ont pu souligner la qualité de l'évaluation de ces pratiques professionnelles réalisée par des équipes pluridisciplinaires en attribuant une cotation A et B à 100 % (dont 56 % de cotation A).



Jean-François Bouteleux : nouveau président de CME



Courant 2008, la Commission Médicale d'Établissement (CME) s'est dotée d'un nouveau président en la personne du Dr J-F. Bouteleux. Le soutien de ses collègues, le contexte territorial permettant le développement du Groupement de Coopération Sanitaire avec l'hôpital public castel, mais aussi l'envie de faire évoluer son propre établissement sont autant d'éléments qui ont poussé le Dr J-F. Bouteleux à présenter sa candidature.

Succédant au Dr Renard, le Dr J.F. Bouteleux a travaillé en étroite collaboration avec son confrère, sur le départ, pour former le bureau dans la meilleure continuité possible.

De nature optimiste, le Dr J-F. Bouteleux reconnaît qu'il faut aussi développer des qualités particulières pour endosser cette responsabilité. Parmi ces dispositions, disponibilité et empathie paraissent primordiales en effet pour aborder l'avenir de l'hôpital.

S'inscrire dans les Soins de Suite et de Réadaptation est pour JFB une réelle opportunité pour l'hôpital à condition de s'inscrire totalement dans le schéma et d'en respecter parfaitement les règles.

Médiateur dans l'âme, il sait sa tâche ardue : « pour certains médecins, tout n'est pas encore parfaitement clair. Il y a un travail important de communication à mener, un travail de conviction même si nous partageons tous les mêmes vues de l'hôpital, cela fait aussi partie du mandat pour lequel j'ai postulé – précise-t-il - Aujourd'hui, les démarches sont moins directoriales. Il nous faut nous saisir des dossiers, développer les coopérations, convaincre nos confrères du bien fondé de la démarche ».

Ces convictions profondes, le Dr J.F. Bouteleux les inscrit aussi dans ses engagements plus personnels. Conseiller Municipal dans la ville-centre, ses actions s'inscrivent dans le développement du bassin de vie. « c'est la transformation que nous vivons, tant sur la région que dans le monde de la santé qui m'intéresse – ajoute le praticien - Certes, nous vivons des moments difficiles, l'enveloppe est limitée, une part des investissements va à l'hôpital public et la sécurité sociale rembourse de moins en moins ».

Ceci étant, l'idée qui consiste à rembourser des soins à 100% sous réserve que le patient fasse tous ses examens est une bonne idée et relève du bon sens. Le diabète, par exemple, est une véritable pandémie, les patients coûtent de plus en plus cher et il faut impérativement leur faire comprendre cette forme de responsabilité individuelle ».

C'est à ce titre que le nouveau président développera aussi les réseaux, notamment avec l'hôpital de Soissons. « Tous les hôpitaux doivent suivre cette démarche -précise-t-il - A Villiers, nous avons des Pôles d'excellence dont l'appareillage, la balnéothérapie, la gériatrie, les soins palliatifs, etc... le réseau est indispensable pour ne pas tarir la source des patients mais aussi pour accueillir des personnes isolées sortant du court séjour et ne pouvant rentrer chez elles. Tout le paysage s'en trouve transformé : nous avons de plus en plus de patients de 100 ans, alors qu'il y a 30 ans, ils avaient 75 ans. La prise en charge est obligatoirement différente ».

Un sujet l'alerte particulièrement : celui des situations sociales préoccupantes. « L'aide à domicile réclame des moyens et outre les réseaux sanitaires, il faut aussi développer des filières de services à la personne en les professionnalisant car la prise en charge à domicile, en ruralité est difficile à mettre en œuvre ».

Et si on lui demande quel serait le risque majeur aujourd'hui, il répond sans l'ombre d'une hésitation : « que nous ne parlions plus le même langage et que l'hôpital refuse de changer ou ne sache pas évoluer ».

Le nouveau PMSI SSR et la Tarification à l'Activité

Par leur étendue et leur diversité, les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) représentent un secteur clé de l'offre de soins hospitalière.

Leur position, entre soins de courte durée (MCO), retour à domicile, unités de soins de longue durée ou encore secteur médico-social, leur confère une mission fondamentale : la participation compétente à l'animation des filières de prise en charge des patients.

La prise en charge des patients, selon une approche globale prenant en compte toutes les dimensions personnelles et environnementales, s'est développée de façon moderne, et particulièrement en ce qui concerne la médecine physique et de réadaptation (MPR) et la gériatrie. Mais des difficultés structurelles existent : adaptation de l'offre de soins, niveaux de ressources, répartition territoriale, hospitalisation de jour (HDJ) ou à domicile (HAD), etc., sont autant de facteurs à souligner. Sans oublier, d'une part, l'importance stratégique quotidienne des SSR en articulation avec l'aval, d'autre part, la pression financière du secteur MCO d'amont, conséquence directe de la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) dans ce secteur.

L'application de la T2A au secteur SSR, à l'instar du MCO, repose sur la description fine et exhaustive de l'activité et sur son prix. Le mode de fonctionnement de près de 110.000 lits et places pour environ 2.500.000 séjours (représentant 11% des dépenses de santé en Public et 14% en Privé), est si complexe qu'il est préalablement nécessaire de définir le plus précisément possible le champ d'activité SSR et de tenir compte des diverses spécificités développées.

L'éventail des activités est si large et le développement scientifique des techniques est si rapide qu'il apparaît nécessaire de repenser le modèle actuel devenu inadapté.

Mais il faut bien dire que parallèlement les contraintes budgétaires ne sont pas absentes et que la révision de l'Echelle Nationale des Coûts qui s'impose tiendra compte de la maîtrise des dépenses de santé. Devant être équitable également, la construction du nouveau modèle devra tenir compte des spécificités décrites plus haut et qui composent la mosaïque SSR.

Afin de s'assurer de la faisabilité et de la cohérence du nouveau système (et partant de sa crédibilité et de son acceptation), un modèle transitoire a été élaboré par l'Agence Technique de l'Information Hospitalière. Il est applicable au 1^{er} janvier 2009, avec prévision de montée en charge, basé sur une collecte quasi identique des informations, mais avec un algorithme de groupage différent, lequel orientera donc le patient vers une classification qui, elle aussi sera différente (et partant de la crédibilité du système et de son acceptation).

Quatre compartiments seront répertoriés : l'Activité (avec T2A), les Missions d'Intérêt Général (MIG), les Molécules Onéreuses (MO), les Dispositions Médicales Implantables (DMI) et les Plateaux Techniques Spécialisés (PTS).

Pour ce qui est de l'activité proprement dite, une notion nouvelle apparaît : l'Indicateur de Valorisation de l'activité (IVA). L'IVA sera basé sur 70 Groupes de Morbidité Dominante (GMD) qui remplaceront les Groupes Homogènes de Journées ; les Catégories Majeures Cliniques étant, pour leur part, redéfinies. Selon la description médicale du patient, un certain nombre de points est attribué au GMD : il s'agit là d'une valorisation de base. Des majorations s'appliquent ensuite en fonction de l'âge du patient, des pathologies associées, des dépendances physique et cognitive (ce qui constitue un progrès dans la reconnaissance du travail des équipes infirmières et aides soignantes), du nombre d'activités de rééducation-réadaptation (en cours d'études, avec réflexion sur la redéfinition éventuelle des items du Catalogue des Actes de Rééducation-Réadaptation), enfin, du type de prise en charge et de celui d'hospitalisation.

Le nombre de points obtenu est multiplié par le nombre de journées de présence du patient.

Par ailleurs, deux décrets sont parus en avril 2008, relatifs, d'une part, aux conditions d'implantation et, d'autre part, aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité SSR, impliquant la révision des SROS.

Nos compétences sont reconnues certes, mais nous vivons dans un monde concurrentiel et les décrets d'avril dernier sont bien là pour nous le rappeler : les autorisations ne sont jamais acquises !

Le recrutement des patients ne repose pas que sur le savoir-faire : le faire savoir y est directement lié !

Si le rapport Larcher marque la force d'attraction du modèle privé non lucratif dans la réflexion sur l'évolution de la gestion hospitalière publique mais également privée, il n'en demeure pas moins que le secteur PSPH doit continuer d'être reconnu dans le paysage futur de l'organisation hospitalière. Une adaptation rapide aux conditions d'évolution est indispensable.

En conclusion, l'année 2009 est le point de départ du nouveau système et l'établissement a déjà anticipé en se dotant d'un pôle spécifique T2A SSR. La prise de conscience de l'importance des enjeux est un élément fondamental. Elle se concrétise par l'implication de chaque actrice et acteur du PMSI et son application à le renseigner, quitte à se faire aider et conseiller par le DIM en cas de besoin.

EPRD 2008

La délocalisation de l'activité de court séjour a fait perdre à l'établissement les recettes T2A (4 millions d'euros). Mécaniquement, c'est cette même somme dont ne dispose plus l'hôpital dans ses dépenses. Le personnel affecté au court séjour n'ayant pas été délocalisé, l'établissement a réouvert un service de soins de suite pour développer une activité à orientation gériatrique notamment au profit des patients du centre hospitalier de Château-Thierry. Aussi, ce développement d'activité entraîne des dépenses supplémentaires, notamment en charges de personnel et en charges médico-techniques, logistiques et de structure. Malgré les réductions de dépenses déjà réalisées, l'EPRD 2008 initial présente encore un déficit de recettes de **2.314.851 €**.

C'est sur cette base que nous avons entamé durant cette année, des négociations auprès des Tutelles mais aussi des efforts en matière d'organisation du travail afin de réduire progressivement ce déficit sur les 3 années à venir en attendant la mise en application de la T2A SSR. Ainsi, l'Agence Régionale d'Hospitalisation a accordé à l'établissement au titre de la création de cette unité de soins de suite gériatriques : 700.000 € de crédits reconductibles en DAF (Dotation Annuelle de Financement) 700.000 € de crédits non reconductibles.

Ces crédits réduisent d'autant le déficit prévisionnel pour le ramener à 1.114.851€. Compte tenu des efforts de réorganisation entamés cette année, nous pouvons espérer encore réduire ce déficit qui atteindra environ **586.000 €**.



La balnéothérapie de l'établissement, inaugurée le 23 décembre 2006 par Xavier Bertrand, alors Ministre de la Santé

Tableau de bord des infections nosocomiales : la recette de notre score agrégé

Pour être classé 9^e sur 788 établissements de soins de suite rééducation (S.S.R.) de France, il nous a fallu :

- 45 % d'un très bon I.C.A.L.I.N. (Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales), ingrédient bien connu issu d'un savant mélange d'organisation (liens avec la direction et les instances, fonctionnement du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (C.L.I.N.) ...), de moyens (personnel spécialisé dédié, paramédicaux et médecins relais, actions de formation, ...) et d'actions (prévention, surveillance, évaluation, ...)

- 33 % d'un excellent I.C.S.H.A. (Indicateur de Consommation des Solutions Hydro Alcoolique), ingrédient essentiel pour une hygiène des mains efficace, élément majeur de la prévention des infections nosocomiales.

- Et enfin, 22 % d'un bon I.C. ATB. (Indicateur Composite de bon usage des Antibiotiques), dernier ingrédient pour la promotion du bon usage des antibiotiques.

- Assaisonner le tout (conviction, pugnacité, patience...)

Au total, mélangeons : ICALIN A + ICSHAA + ICATB B et nous obtenons : SCORE AGREGE A : 92,37 / 100 devenant ainsi le seul des 21 établissements S.S.R. de Picardie en « classe A » du score agrégé.