

Brèves de l'ARH

> Inauguration CROIX ROUGE FRANCAISE

Centre de Médecine Physique et Réadaptation "Le Clousis"



Centre de Médecine
Physique et Réadaptation
"Le Confluent"

◀ **Monsieur Bernard HAGELSTEEN**, Préfet de Région des pays de la Loire
Le Professeur Jean-François MATTEI, Président de la Croix-Rouge Française
Monsieur Jean-Christophe PAILLE, directeur de l'ARH
Monsieur Philippe RIAANT, Président de la Délégation Régionale des Pays de la Loire de la Croix-Rouge Française

> Plateforme santé sur Internet

Fruit d'une réflexion menée par l'ensemble des acteurs de santé de la région Pays de la Loire, Télésanté a pour ambition de faciliter le travail des professionnels de la santé tout en apportant au grand public des informations fiables et de proximité. Côté soignants, on peut y trouver une messagerie sécurisée pour acheminer des données confidentielles (résultats d'examen par exemple). Mais aussi un dossier patient partagé, pour un travail en commun sur un même patient reçu dans différents services. Des espaces de travail collaboratifs et protégés, destinés à des groupes (réseau de santé, experts...) partageant de l'information. Un annuaire régional interne, classé par type d'acteurs (professionnels, établissements, communautés, réseaux de santé). Par ailleurs, un espace professionnel en accès libre réunit des données d'aide à la pratique. Côté grand public, on trouve des outils pratiques : annuaire des acteurs de santé, guide des démarches, droit des patients, fiches santé, information sur les maladies. Avec un espace spécifique par département listant les gardes, numéros utiles, événements santé...

www.telesante-paysdelaloire.fr - Extrait de Nantes Passion - MAI 2008

Des nouveautés concernant les usagers :

2 nouveaux outils sont apparus sur le site du ministère de la santé :

- > Rédiger le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.
 - > Élaborer et diffuser le livret d'accueil des personnes hospitalisées.
- Par ailleurs, l'ARH a réalisé en 2007 la première synthèse des informations transmises par les établissements au titre de l'année 2006. Cette synthèse qui a alimenté le «rapport 2007 sur les droits des usagers» de la conférence régionale de santé, est consultable (en mode de connexion e-pmsi) sur le site www.parhtage.sante.fr (région Pays de la Loire) dans la rubrique de «la politique sanitaire», sous-rubrique «usagers».

Antoine AUGER, Inspecteur DRASS en charge de la politique USAGERS.

Annonces

La Fédération Française de Cardiologie organise à Nantes en partenariat avec l'Institut du thorax une campagne d'information grand public sur le thème :

« Arrêt cardiaque : 1 vie = 3 gestes »
à la cité des congrès de Nantes
samedi 27 septembre 2008 de 14h à 19h.
- Conférences
- Ateliers de formation aux gestes qui sauvent.

Brèves

> La plateforme Télésanté Pays de la Loire continue sur la voie du déploiement : pour vous tenir régulièrement informés de l'avancement des travaux, une lettre d'information semestrielle permet de suivre l'évolution de la plateforme régionale e-santé à l'adresse suivante :

http://www.telesante-paysdelaloire.fr/portail-pdl/lettre_semestrielle_mai_08.pdf

> La nouvelle version du serveur régional de veille et d'alerte, intégrant la possibilité pour les établissements d'envoyer leur Résumés de Passage aux Urgences (RPU) est installée sur la plate-forme régionale de télésanté. Pour mémoire son accès est réservé aux personnes habilitées des établissements et des DDASS :

<http://www.telesante-paysdelaloire.fr>

La Lettre de l'ARH est téléchargeable sur le site : parhtage.sante.fr

Édito

Sommaire

- > **Le SIOS**
p. 2 à 3
- > **La Campagne tarifaire 2008**
p. 4
- > **L'Assurance Maladie à la rencontre des hôpitaux**
p. 5 à 6
- > **Contractualisation CPOM Phase 2 suite...**
p. 6 à 11
- > **Brèves de l'ARH**
p. 12

11, rue Lafayette BP 90402
44004 Nantes Cedex 1

Tél. 02 40 20 64 10
Fax 02 40 35 15 68

E-mail : arh44-directeur@arh44.sante.gouv.fr
internet : parhtage.sante.fr

de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation des Pays de la Loire

Édito

Les territoires de santé, vus de Strasbourg (de l'Est du Pays)



Strasbourg accueille depuis quelques années l'Institut des Hautes Études du Développement de l'Aménagement des Territoires Européens (IHEDATE) et un groupe d'anciens - animé par le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Alsace - ont pris l'initiative d'un séminaire de réflexion sur les territoires de santé fin juin, à Strasbourg, au titre évocateur, «le territoire de santé : concept, matérialité, devenir».

Invité à y donner le témoignage d'un directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, j'y ai d'abord noté que l'esprit ligérien avait fortement inspiré les organisateurs, puisqu'y intervenaient également le président de la CME du centre hospitalier de Saumur et le directeur du centre hospitalier du Haut-Anjou.

«Le territoire de santé, qu'en avons-nous donc fait ?» s'est interrogé en introduction Emmanuel VIGNERON, précédé d'un billet d'honneur de Benoit PERICARD puisant chez Georges Brassens l'appel à inventer les services de santé dont les territoires d'aujourd'hui, quels qu'ils soient, ont besoin.

Raisonner «territoire», c'est donc accepter la diversité, prendre en compte l'habitant («l'homme est bien là où il va tout entier»), dialoguer avec les réalités. Le président Adrien Zeller a souligné combien la santé intéresse tous les territoires et tous les élus ; le projet de loi à venir n'est il pas baptisé «patients, santé, territoire ?».

Les ligériens - donc - ont pu illustrer les bienfaits des démarches de coopération et de réseaux, mises en œuvre avec succès localement, tout en soulignant les ingrédients de la réussite : crédibilité + créativité.

Pour ma part, j'ai pu «vendre» le projet médical de territoire du territoire du Mans, sans minorer les objectifs partiellement atteints (PDS...), mais en valorisant l'engagement de l'ensemble des acteurs locaux.

Au moment où des nouvelles communautés hospitalières de territoires (cf. rapport Larcher) sont en réflexion tandis que se dessinent des pôles de santé de proximité (cf. le discours de Mme Bachelot, Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, lors du colloque sur les maisons de santé pluridisciplinaires et l'approche sanitaire territoriale, le 11 juin au Sénat), les Pays de Loire me paraissent avoir l'expérience, les outils et l'envie de faire vivre en bonne intelligence les territoires de santé.

Xavier DUPONT
Directeur Départemental des affaires
Sanitaires et Sociales de la Sarthe

Le SIOS

Le constat sur lequel s'appuient les préconisations et recommandations de ce premier SIOS objective des éléments communs à plusieurs des activités concernées (les activités du SIOS sont reprises intra) :

- > 1er constat, l'étude des flux des populations de patients montre que **l'accessibilité à ces activités peut être améliorée**, notamment dans les régions Centre et Poitou Charentes.
- > 2ème constat, **l'activité est dispersée** pour certaines de ces activités avec des niveaux d'activité faible pour beaucoup de sites : 68 sites avec moins de 100 actes annuels de neurochirurgie, 1035 séjours pour brûlures dans 98 établissements différents.
- > 3ème constat, **les activités innovantes** sont souvent **en situation de fragilité**. C'est le cas de la neurochirurgie fonctionnelle ou de la neuroradiologie interventionnelle, discipline très exigeante en terme de temps médical, de compétences, de permanence des soins.
- > 4ème constat, **le caractère pluridisciplinaire** de la plupart de ces activités : la neuroradiologie mobilise neurochirurgien, neuroradiologue, anesthésiste réanimateur.

> Le sens des préconisations faites dans le SIOS face à ce constat :

- > Compléter l'offre de soins, améliorer son organisation pour mieux répondre aux besoins, améliorer l'accessibilité et ainsi limiter les fuites de patients hors de l'inter région.
- > Concentrer l'offre de soins lorsque la qualité des soins doit et peut primer sur la proximité.
- > Consolider l'offre existante dans les activités innovantes.
- > Améliorer l'accessibilité, la fluidité du parcours du patient par la construction de réseaux et de filière. A ce titre, le développement de structures d'aval spécialisées est nécessaire pour les grands brûlés, les suites de chirurgie cardiaque, de neurochirurgie...

> Neuroradiologie interventionnelle

- > Un site par région avec une évolution vers une activité interventionnelle pour chaque site de neurochirurgie autorisée avec des complémentarités entre régions.
- > Un développement de l'offre en respectant les contraintes techniques, humaines.

> Neurochirurgie

- > Recentrer l'activité sur 7 sites pour les adultes et 4 pour les enfants.
- > Limiter le nombre de sites pour la neurochirurgie fonctionnelle : 3 sites pour la maladie de Parkinson et 2 pour l'épilepsie.
- > Accroître l'offre de soins en radiochirurgie pour le traitement des tumeurs cérébrales.

> Chirurgie cardiaque

- > Maintenir le maillage existant en renforçant ses moyens, son organisation pour répondre aux objectifs d'accroissement d'autonomie inter régionale (+5% en chirurgie adulte, +30% en chirurgie pédiatrique), délai opératoire de 3 semaines.
- > Mieux articuler la cardiologie interventionnelle adulte et pédiatrique avec les sites de chirurgie cardiaque.

> Greffes d'organes

- > Atteindre la cible de 30 donneurs prélevés / 1 000 000 habitants en développant l'information, la formation, le travail en réseau, la protocolisation, les organisations, les techniques nouvelles (prélèvement sur coeur arrêté, sur donneur vivant)
- > Optimiser l'utilisation des greffons : développer la double greffe hépatique à partir d'un greffon unique, raccourcir les délais d'intervention dans la greffe rénale.
- > Poursuivre la politique d'amélioration de la qualité dans les domaines du prélèvement et de la greffe, notamment en prenant en compte les référentiels de l'Agence de biomédecine.

> Greffes de cellules hématopoïétiques

- > Un site supplémentaire d'allogreffe adulte à Tours et d'une banque de sang placentaire à Poitiers pour faire face aux besoins.
- > Une concentration de l'activité d'allogreffe pédiatrique sur 2 sites (Nantes et Rennes) pour atteindre le seuil de

20 greffes par unité sur 2 ans avec une réunion de concertation pluridisciplinaire inter régionale d'hématologie pédiatrique.

> Traitement de grands brûlés

- > Deux centres autorisés pour les cas les plus graves coordonnant un réseau composé des structures des urgences, des centres labellisés, des services de chirurgie de proximité, des structures de soins de suite et réadaptations spécialisées pour ces patients.

- > Développer et participer aux campagnes de prévention : le risque de brûlure est multiplié par 3 chez les enfants de 1 à 4 ans.

> Quelques remarques et définitions

Le schéma inter régional d'organisation sanitaire ou SIOS 2008 - 2013 de l'inter région ouest présente 6 volets : chirurgie cardiaque, neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle, greffes d'organes, greffes de cellules hématopoïétiques et prise en charge des grands brûlés.

La radiochirurgie est une technique de radiothérapie stéréotaxique délivrant en une seule dose toute l'irradiation nécessaire au traitement de lésions inopérables par chirurgie classique (appareils Gamma Knife, Ciber Knife ou Novalis comme au centre René Gauducheau).

La neurochirurgie fonctionnelle permet de traiter des affections neurologiques comme la maladie de Parkinson, certaines épilepsies, par une stimulation cérébrale profonde à l'aide d'électrodes intra cérébrales.

L'Agence de biomédecine a été créée par la Loi Bioéthique du 6 août 2004 et a repris les missions de l'Etablissement français des greffes. L'Agence de biomédecine donne un avis sur les volets greffes des SIOS.

Rennes est le seul site autorisé pour les greffes hépatiques
Nantes est autorisé pour les greffes rénales, cardiaques, cœur-poumons, rein-pancréas et cela chez l'adulte et l'enfant.

Allogreffe : prélever des cellules souches hématopoïétiques auprès d'un donneur et les injecter à un receveur en respectant une compatibilité tissulaire.

Autogreffe : le donneur et le receveur sont identiques.

Sources des cellules souches hématopoïétiques: Moelle osseuse - Sang périphérique - Sang de cordon.

Orientation des brûlés			
	0 à 5 ans	6 à 74 ans	75 ans et plus
Ventilation assistée liée aux brûlures	Structure autorisée		
20% et plus de surface cutanée brûlée	Structure autorisée (2 ^{ème} ou 3 ^{ème} degré)		
10 à 19% de surface cutanée brûlée	Structure autorisée	Structure autorisée (3 ^{ème} degré) Service labellisé (2 ^{ème} degré)	Structure autorisée
Moins de 10% de surface cutanée brûlée	Service labellisé	Service labellisé (3 ^{ème} degré) Autre service (2 ^{ème} degré)	Service labellisé



Dr Jean-Yves GAGNER
Conseiller Médical ARH

La Campagne tarifaire 2008

Les paramètres nationaux de la campagne tarifaire sont précisés dans la circulaire tarifaire du 3 mars 2008.

Quatre éléments forts caractérisent l'exercice 2008 :

- > Une évolution de l'ONDAM hospitalier supérieure à l'ONDAM pour la ville (+3,1% contre 1,9%).
- > Le passage à la T2A à 100% pour les établissements ex-DG.
- > L'accent mis sur le retour à l'équilibre budgétaire et financier des établissements.
- > Le souci de favoriser un parcours de soins plus efficient pour les malades par un renforcement des SSR.

> Une évolution de l'ONDAM hospitalier supérieure à l'ONDAM pour la ville (+3,1% contre 1,9%)

La campagne tarifaire 2008 poursuit le double objectif de répondre aux enjeux démographiques et sanitaires et d'incitation à la recherche d'efficience.

La progression de 2,8% de l'ONDAM pour le MCO ne doit pas masquer l'effort poursuivi dans la dotation MIGAC (+6,12%) et le soutien au secteur USLD pour accompagner la réforme dans ce secteur.

> Montée en charge de la T2A et une politique tarifaire renforcée

Montée en charge de la T2A

- Secteur ex DG : 100% et taux moyen de convergence à 30 %
- Secteur ex OQN : Taux moyen de convergence à 25%

Une politique tarifaire renforcée

- 0,5 % d'évolution moyenne au 1er mars hors mesures ciblées
- Des mesures tarifaires ciblées communes aux secteurs ex-DG et ex-OQN avec notamment une incitation à la chirurgie ambulatoire par le rapprochement des tarifs de 15 couples de GHM de l'hospitalisation de + 2 jours vers les tarifs de - 48 h et la création de nouveaux GHM (épilepsie, aphérèse, cathétérisme cardiaque, irradiation corporelle totale, sevrage pour addictions non liées à l'alcool, chimiothérapie non tumorale, assistance ventriculaire et thermocoagulation utérine)
- La création de nouveaux forfaits pour mieux prendre en charge les prélèvements d'organes, les dialyses à domicile et les saignées thérapeutiques
- Des mesures tarifaires ciblées pour le secteur ex-OQN : obstétrique et forfait de haute technicité.

> Le retour à l'équilibre budgétaire et financier des établissements

Le retour à l'équilibre budgétaire et financier des établissements de santé est un impératif qui s'impose pour faire face aux enjeux nationaux de maîtrise des dépenses publiques et garantir à nos concitoyens une offre de soins de qualité.

Les articles L 6143-3 et L 6161-3- du Code de la Santé Publique modifiés par la Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2008 sont venus renforcer les possibilités pour le directeur de l'ARH d'impliquer plus fortement les établissements dans le retour à l'équilibre lorsque la dégradation financière le justifie.

Le retour à l'équilibre des établissements déficitaires constitue la première priorité de la campagne tarifaire 2008. L'ARH des Pays de la Loire mettra en œuvre les dispositions législatives et réglementaires qui s'imposeront, lorsque les conditions de déséquilibre budgétaire et financier des établissements de santé publics et privés participant au service public l'exigeront. Comme les années précédentes, l'ARH accompagnera dans le cadre d'un contrat de retour à l'équilibre, les établissements qui proposeront un plan de redressement de leur situation budgétaire et financière.

Le contrat de retour à l'équilibre précise les mesures d'économies de dépenses et les recettes issues de la T2A qui peuvent être redéployées en faveur du retour à l'équilibre ainsi que les mesures de réorganisation interne destinées à conduire à une meilleure efficience.

Tenant compte des engagements au titre des contrats de retour à l'équilibre déjà conclus les années précédentes, l'ARH a prévu pour l'année 2008 une enveloppe régionale de 6,728 M d'euros pour le secteur MCO et 2,15M d'euros pour les établissements financés sous DAF.

> Le souci de favoriser un parcours de soins plus efficient pour les malades par un renforcement des SSR

Une nouvelle phase de contractualisation tenant compte de la montée en charge du SROS III et notamment de son volet SSR fait l'objet au premier semestre d'une négociation avec les établissements, en vue de la conclusion d'avenants aux CPOM avant la fin du mois de juin 2008.

Un effort important est apporté notamment par les plans de santé publique Urgences, Solidarité Grand Age et Soins Palliatifs, pour soutenir les besoins en place supplémentaires des activités SSR de la région et par une enveloppe de contractualisation.

Ainsi, le montant que l'ARH a constitué pour le financement de la poursuite de la contractualisation souligne la priorité donnée aux soins de suite et de réadaptation :

MIGAC : SROS MCO: 1 million d'€

DAF : Psychiatrie : 1,7 million d'€

Hôpitaux locaux : 2,9 millions d'€

SSR : 8,8 millions d'€

Patrick POURIAS

Chargé de Mission Finances ARH

L'Assurance Maladie à la rencontre des hôpitaux

> Bilan des actions menées depuis 2007

Poursuivre la maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières délivrées en ville, informer et accompagner les établissements dans la mise en œuvre de la tarification à l'activité. Voici les objectifs poursuivis par l'Assurance Maladie depuis la mise en œuvre en 2006 des orientations relatives à la politique hospitalière. Retour sur les résultats obtenus.

Quelles actions d'accompagnement dans les établissements ?

Les directeurs des CPAM et les médecins-chefs des services médicaux ont rencontré en 2007 les directeurs d'établissements et les Présidents de CME des 58 établissements MCO de la région Pays de la Loire. Comme en 2006, les 6 thèmes de prescriptions hospitalières (statines, antibiotiques, génériques.

ALD, arrêts de travail et transports) ont fait l'objet d'échanges avec les établissements publics et PSPH. Pour les établissements MCO y compris les privés ex-OQN, deux nouveaux thèmes sont apparus en 2007 : les pratiques du codage de la tarification à l'activité et le développement de la chirurgie ambulatoire.

Accords locaux : point d'étape

En ce qui concerne **les antibiotiques**, l'accord local sur le bon usage des antibiotiques a été présenté à tous les établissements. 18 établissements publics sur 26 ont signé actuellement un accord conclu pour une période de trois ans.

Dans la région Pays de la Loire, les prescriptions de transport des établissements de soins, dans le cadre de l'activité publique, représentent 70% des dépenses remboursées, le reste étant partagé entre celles des médecins généralistes libéraux et celles des médecins spécialistes libéraux, y compris, pour ces derniers, leur activité au sein des établissements privés. Les montants remboursés à partir des seules prescriptions hospitalières ont augmenté de 2,5% en 2007 (5,2 % au niveau national). La

progression est de 6,5 % fin avril 2008. La part des dépenses remboursées de transport en ambulance représente quant à elle 1/3 de l'ensemble des prescriptions hospitalières de transport.

L'implication des établissements entrant dans le champ de **l'accord d'initiative locale sur les transports** (publics et privés PSPH) est donc essentielle. Cet accord a pour finalité d'améliorer de façon continue la qualité de la prescription et l'adéquation du mode de transport prescrit à l'état du patient. Lors de la signature de l'accord, un profil individualisé est joint, permettant à l'établissement de connaître sa situation de référence. 6 établissements de soins (sur 26) sont signataires depuis janvier 2008.

Volet Maîtrise Médicalisée à l'Hôpital - T2A : quatre thèmes prioritaires

D'importantes disparités régionales existent d'un établissement de santé à l'autre et selon les départements dans l'application de la T2A. Le programme des visites intègre pour chaque établissement l'examen détaillé des indicateurs enregistrés. Sur ce volet MMH-T2A, l'Assurance Maladie a retenu 4 thèmes avec remise d'un profil personnalisé à chaque établissement permettant de se situer par rapport à la moyenne nationale. Il s'agit de :

- **la chirurgie ambulatoire,**
- **l'externalisation des médicaments** et la liste des

produits et prestations (LPP ex-TIPS) en ville pour les patients hospitalisés c'est-à-dire les prescriptions faites avant et après une hospitalisation avec GHS,

- **l'internalisation en hospitalisation de jour de prise en charge réalisable en ville ou en soins externes,**
- **les prestations T2A en évolution.**

Le programme de rencontres se poursuit actuellement complétée par une proposition d'intervention dans les services hospitaliers.

Visites en 2007, quelle perception de l'Assurance Maladie ?

La CNAMTS a mené une enquête nationale pour déterminer le niveau de satisfaction des professionnels de santé rencontrés à l'hôpital en 2007. Pour les prescriptions hospitalières, sur 111 services visités, six thèmes ont été abordés : transports (84 %), utilisation de l'ordonnancier bizonne (68%), antibiotiques et génériques (63 % pour les 2 thèmes), statines (56 %), arrêt de travail (41 %). Les profils sont jugés pertinents à 92 %. La démarche est perçue comme légitime à 97 %. Pour la T2A, l'étude porte sur 228 établissements visités. La rencontre avec la CME a eu lieu dans 12 % des cas. Parmi les thèmes abordés : internalisation

en hospitalisation de jour (88 %), la chirurgie ambulatoire (87 %), prestations T2A (86 %) et externalisation des médicaments (64 %). Les profils ont permis un choix en commun des thèmes d'effort dans 44 % des cas.

Jean-Paul HELIE

Directeur coordonnateur régional du régime général
Assurance Maladie

Contractualisation CPOM Phase 2 suite...

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ont pris effet en mars 2007. La contractualisation complémentaire doit permettre de conclure des points du contrat qui n'ont pu l'être dans la phase I (notamment prise en compte de l'activité des soins de suite et de réadaptation au titre de l'organisation sanitaire) et d'approfondir certains aspects du contrat phase I (indicateurs, harmonisation des modalités de mise en œuvre des OQOS, consolidation de la dimension qualité et gestion des risques...).

Parmi ces thématiques, deux points sont plus particulièrement développés intra.

La chirurgie ambulatoire (I) et la revue des MIG (II).

Le 30 avril dernier l'ARH a présenté auprès des établissements de santé son plan de développement de la chirurgie ambulatoire en région.

En regard de la présentation de la démarche par l'ARH

trois établissements «en pointe» dans ce domaine, le Centre Hospitalier de Cholet (cf article ci-dessous) la clinique Saint Léonard (Mme L DECOURCHELLES), le CH Nord Mayenne (MME HAMON) nous ont fait part de leur expérience en la matière.

> I- La chirurgie ambulatoire

Petit rappel règlementaire

Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire permettent d'effectuer, dans les conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire.

Leurs conditions techniques de fonctionnement sont définies par les articles D 6124-301 et suivants du code de la santé publique.

Démarche arrêtée en Pays de Loire : enjeux et contexte

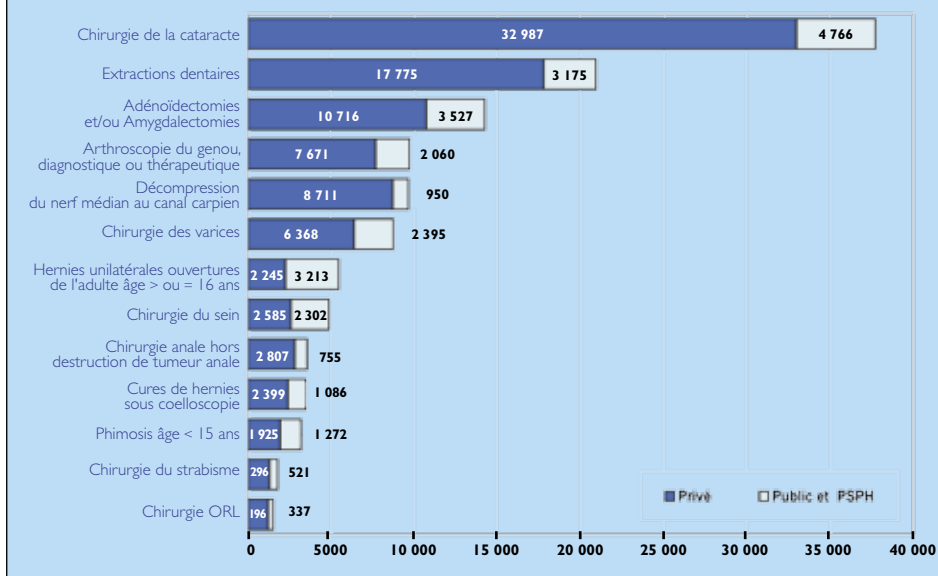
Le développement de la chirurgie ambulatoire est un des grands objectifs du SROS III des Pays de la Loire. En effet, si le taux moyen de chirurgie ambulatoire dans notre région est élevé, il présente néanmoins de fortes disparités inter-établissements.

Les trois tableaux ci joints portant sur l'état des lieux de la situation de la chirurgie ambulatoire en région illustrent parfaitement ce constat :

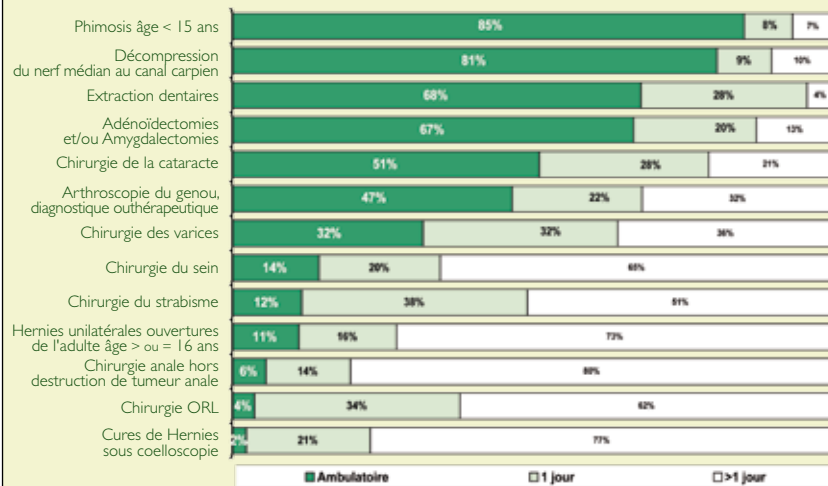


Volume* et répartition public/privé des 13 gestes marqueurs

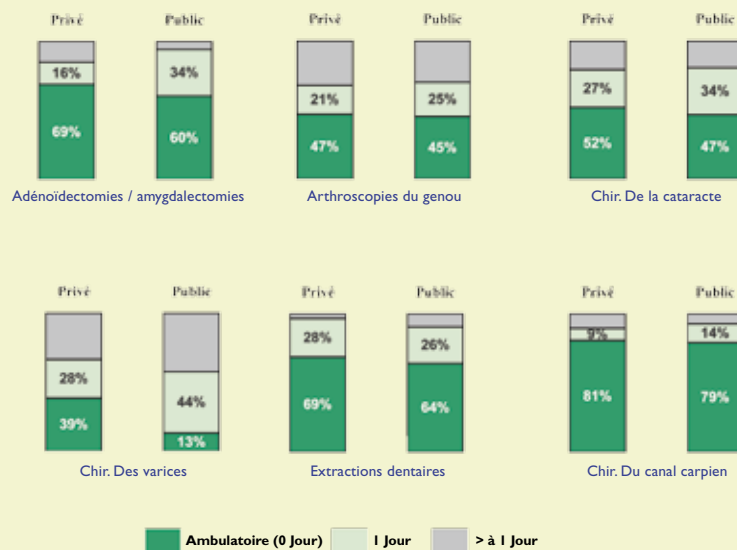
*Volume total quelque soit la durée d'hospitalisation



Répartition des durées de séjours en 2007 par geste marqueur



Répartition des durées de séjours en 2007 par geste marqueur selon le statut des établissements



Méthode retenue dans le CPOM

La nouvelle phase de contractualisation a donc été mise à profit pour progresser davantage dans ce type de prise en charge sur la base d'engagements plus ambitieux et chiffrés. Le contrat devra préciser les perspectives de développement pour 7 gestes marqueurs.

Pour ce faire, les établissements ont été bénéficiaires pour chaque geste, du pourcentage réalisé en 2007, du pourcentage cible à atteindre en 2011 et de la progression linéaire qui doit être négociée pour les 4 ans restants du CPOM 2008/2009/2010/2011.

Il s'agit des 5 gestes à fort potentiel retenus dans le CPOM PHASE I précisés des taux cibles du CONTRAT DHOS /ARH :

- Cataracte : 70 %
- Arthroscopie du genou : 75 %
- Extractions dentaires : 75 %
- Adénoïdectomies seules : 85 %
- Chirurgie des Varices : 65%

Plus les 2 gestes suivants relatifs :

- au canal carpien : 80%
- au Phimosis : 94%

L'avenant au CPOM sur la chirurgie ambulatoire traduit le résultat de la négociation suivante (extrait du guide méthodologique 2008).

1) L'établissement doit présenter de façon argumentée l'activité de chirurgie ambulatoire pour les 7 gestes marqueurs sélectionnés ainsi que les perspectives de développement selon la progression linéaire qui lui a été attribuée dans les tableaux.

2) A défaut de suivre cette progression, l'établissement devra présenter un plan d'actions qui comportera schématiquement les étapes listées ci-dessous.

a. La première étape consiste à regrouper géographiquement les places d'ambulatoire dans une ou plusieurs unités selon le volume d'activité prévisionnel.

b. La deuxième étape consiste à rationaliser l'utilisation des capacités disponibles des unités de chirurgie ambulatoire et des vacations des blocs opératoires. Le nombre de patient par place et par jour d'ouverture doit être supérieur à 1. Pour cela, divers moyens peuvent être proposés : rotations des places, arrivées échelonnées des patients, protocolisation de la durée des prises en charge dans l'unité ambulatoire et de l'aptitude à la rue, etc.

c. La troisième étape consiste à disposer d'une zone d'hébergement ambulatoire dont le dimensionnement correspond à l'activité ambulatoire cible. Ceci se traduit par la disparition de la chirurgie ambulatoire « foraine », c'est-à-dire réalisée dans les services d'hospitalisation traditionnelle.

Le préalable à ces différentes étapes est bien sûr l'adhésion des opérateurs à la démarche.

> Un éclairage MEAH apporté par Marie-Jo Passetemps, chargée de mission pour l'efficacité des organisations hospitalières, souligne les deux principaux enjeux d'une unité de chirurgie ambulatoire.

Telle une entreprise, l'Unité de Chirurgie Ambulatoire doit développer son activité et maîtriser son processus de prise en charge.

Développer son activité

La MEAH accompagne les établissements à la recherche de gisements internes de développement qui, d'une manière générale sont les suivants :

Principaux gisements par spécialité

Gastro-entérologie
Chirurgie infantile
Orthopédie
ORL
Stomatologie

Potentiel pour UCA + 30% sur le forain et + 22% sur les séjours d'une nuit

Principaux gisements par catégories d'actes

Endoscopie
ORL/Stomato
Hernies
Rhumato/orthopédie
Chirurgies main/poignets
Stimulateurs/défibrillateurs

Potentiel pour UCA + 31% pour le forain et + 20% sur les séjours d'une nuit

Une équipe d'opérateurs motivés, la constitution d'équipes dédiées au bloc sont des facteurs clés de succès !

Maîtrise du processus de prise en charge

Les principales étapes-clés sont l'arrivée des patients (de la consultation de chirurgie à l'ordre de passage au bloc) et la sortie des patients (de l'étape de la signature pour la sortie à l'accompagnement éventuel à son domicile).

D'une manière générale, un chantier « chirurgie ambulatoire » permet de renforcer les techniques de management de ce type d'activité, notamment par la mise en place d'outils de pilotage de l'activité.

> La Chirurgie ambulatoire en pratique... l'expérience du CH de Cholet

Dans le cadre de son Projet d'Établissement, le Centre Hospitalier de Cholet a défini ses objectifs stratégiques en matière d'offre de soins, en conformité avec les orientations du SROS et du PMT :

1. Améliorer la qualité de la prise en charge des patients :

- > par une réponse mieux adaptée de l'urgence.
- > par un accueil spécifique des personnes âgées et des personnes atteintes de maladies chroniques.
- > par une offre de soins qualifiée en cancérologie, notamment en oncologie médicale.

2. Favoriser les solutions alternatives :

- > par le développement de l'hospitalisation de semaine.
- > par la création d'une unité dédiée de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire.

3. Augmenter le nombre de lits d'aval :

- > par l'accroissement des capacités en lits de soins de suite.
- > par la mise en place d'une hospitalisation à domicile bénéficiant d'un statut associatif.

Tout en veillant à préserver l'équilibre de l'exercice budgétaire, le Centre Hospitalier de Cholet s'est engagé dans une politique active de coopération au sein de son territoire de santé. Le développement de son activité de chirurgie ambulatoire en est une brillante illustration.

Développer la chirurgie ambulatoire à l'hôpital public est un challenge à la portée de tous...

Le Centre Hospitalier de Cholet a ouvert en Septembre 2007 une Unité autonome de Chirurgie Ambulatoire qui affiche un taux d'occupation de plus de 85%, dès la première année.

de patients pris en charge a littéralement explosé entre 2006 et aujourd'hui. En effet, plus de 2800 patients ont été pris en charge cette année contre 1800 en 2006.

Grâce à la mobilisation de tous les acteurs, médecins, chirurgiens, équipe paramédicale et administratifs, le nombre

Mais qu'est ce qu'une structure autonome ?

Une structure autonome comprend une zone d'accueil avec un secrétariat et un bureau de consultations d'anesthésie, une zone de repos comprenant 6 chambres simples, une chambre double et un salon. Elle comprend également une zone opératoire, accolée à la zone d'hébergement, et comprend deux salles d'opérations ainsi qu'une salle de surveillance post-interventionnelle dédiées. Cet espace de 675 m² communique avec le bloc opératoire conventionnel ce qui permet la mutualisation du matériel lourd et la communication entre les 2 plateaux techniques qui se partagent les mêmes opérateurs.



Une équipe dédiée

Il faut ajouter à ce concept architectural une équipe médicale et paramédicale entièrement dédiée managée par un binôme cadre de santé / coordinateur médical qui se porte garant du bon fonctionnement de la structure.

Le recrutement de l'équipe médicale et paramédicale dédiée a été réalisé sur la base du volontariat, de l'expérience et de

la motivation. Le projet de service repose sur la qualité des soins avec une durée de séjour de quelques heures, adaptée à chaque patient (4 heures en moyenne).



Quel type d'activité ?

Toutes les spécialités présentes au Centre Hospitalier de CHOLET y sont représentées (ORL 33% - orthopédie 28%

- endoscopies digestives 18% - viscéral 10% - vasculaire 7% - gynécologie 5 %).

«Un circuit patient sans faille»

Le bon fonctionnement de la structure repose sur le concept d'un «circuit patient sans faille». Chaque étape a été revue, de la consultation chirurgicale au lendemain de l'intervention et chaque intervenant a été informé de son rôle à tenir (consultation de chirurgie, consultation d'anesthésie, pré-admission, appel la veille de l'intervention, admission dans

l'UCAA, intervention, sortie avec double signatures, courrier et ordonnances systématiques en temps réel avec télétransmission cryptée au médecin traitant et rappel du lendemain systématique). Les principes qui régissent l'organisation du service sont colligés dans le règlement intérieur lequel a été validé par l'ensemble de la communauté médicale.

Informier pour convaincre

L'information en interne a été soutenue afin de convaincre les opérateurs, notamment sur les actes traceurs et afin de diffuser les critères d'éligibilité des patients. L'information a également été divulguée à nos collègues de ville et appuyée par le Dr BOURDALLE BADIE représentant de l'AFCA (association

française de chirurgie ambulatoire) présent à la soirée "Portes Ouvertes". Le partenariat ville hôpital trop souvent négligé est pourtant fondamental en chirurgie ambulatoire et permet de garantir la continuité des soins et d'élargir les inactions chirurgicales vers des actes plus lourds.

Des vacances suffisantes et une régulation des flux

La mise en place des vacances opératoires (jours et nombre dédiés par spécialité) a été réalisée en collaboration avec les chirurgiens selon l'activité escomptée et en corrélation avec le bloc conventionnel. Un planning opératoire informatisé partagé

accessible aux différents secrétariats de chirurgie permet l'optimisation des plages et la régulation des flux via une cellule hebdomadaire.

Démarche qualité

Le dernier point à mettre en évidence est la « recherche qualité » qui nécessite la mise en place d'outils de planification, de suivi d'activité et de qualité :

> questionnaire du lendemain informatisé permettant l'évaluation des pratiques professionnelles.

- > programmation opératoire sur planning informatisé.
- > tableau de suivi d'activité recommandée par la MEAH et tableau de suivi d'évènements indésirables.

Un challenge réussi !

Après 9 mois d'ouverture, la satisfaction des patients n'est plus à démontrer. L'équipe soignante est motivée avec toujours comme objectif de mieux soigner demain qu'aujourd'hui. La création d'une unité autonome est certes un atout mais elle doit s'accompagner de changements majeurs dans les modes de fonctionnement et nécessite une adhésion de tous les acteurs ainsi qu'une organisation rigoureuse orchestrée par le binôme cadre/coordonateur. Aujourd'hui, l'établissement se mobilise pour parvenir à implanter au sein de cette unité 3 places supplémentaires, s'ajoutant aux 10 déjà existantes.

Le Centre Hospitalier de Cholet n'est pas un exemple isolé, bon nombre d'établissements ont pris conscience du retard de la France dans le domaine de la chirurgie ambulatoire et remettent en cause leurs pratiques. Soyons tous convaincus et alors nous saurons convaincre : « la chirurgie ambulatoire n'est pas une façon de soigner c'est la meilleure façon de soigner » (Simone Veil 1994).

Denis MARTIN
Directeur

Dr Barreau Aguilera Maryse
Médecin Anesthésiste Réanimateur

et coordinateur de l'unité de chirurgie ambulatoire du CH de CHOLET

> II- Missions d'Intérêt Général (MIG)

Résultats de la remise à plat des MIG (Phase I)

ENJEUX

Suite aux préconisations de la DHOS (guide méthodologique MIGAC) et au constat de l'hétérogénéité des financements, la remise à plat des MIG est une priorité régionale pour 2008, les

MIG constituant un élément essentiel dans la mise en œuvre de la réforme de financement des établissements de santé.

OBJECTIFS

En concertation avec les fédérations hospitalières, l'objectif de la méthode déployée a été de définir une politique régionale **homogène, transparente et équitable** entre les établissements. Ainsi, l'approche méthodologique consiste à déterminer pour chaque MIG, un calibrage financier sur la base

de ressources standards variant selon des paliers d'activités. Cette étude concerne, à ce stade, les MIG (hors MERRI et AC) et se décline en deux phases : la première qui s'est achevée au 1^{er} semestre 2008 et la seconde qui sera conduite au cours du 2nd semestre 2008.

RESULTATS

La 1^{ère} phase de remise à plat a abouti au calibrage de 15 MIG (sur un total de 37 MIG existantes en Pays de la Loire) :

Calibrage par la DHOS

- UCSA
- CDAG
- Centre anti-poison
- CRPV CEIP
- les antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales
- les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle

Calibrage par l'équipe projet et les référents thématiques régionaux

- les équipes mobiles de soins palliatifs
- les consultations hospitalières d'addictologie
- les équipes hospitalières de liaison en addictologie
- les coordonnateurs régionaux d'hémovigilance
- les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)
- les équipes mobiles de gériatrie
- l'emploi de psychologues ou d'assistantes sociales dans les services de soins prévus par le plan périnatalité
- les consultations mémoires
- les centres de coordination des soins en cancérologie (3C)

METHODE

Les écarts entre la dotation MIG et le calibrage défini sont mis en évidence pour chaque MIG. Il s'ensuit un redéploiement des crédits pratiqué, au sein d'un même établissement, des MIG sur-financées vers celles sous-financées. Puis, une situation globale par établissement est calculée faisant état d'un sous/sur-financement (soit une globalisation des écarts par MIG).

> **En cas de sur-financement**, l'enveloppe de l'établissement est bloquée au montant des crédits alloués en 2007 et réévalués en 2008 sans possibilité d'évolution. La part sur-financée pourra

être réorientée vers un contrat de retour à l'équilibre (dans le cas d'un établissement déficitaire), vers une MIG nouvelle si le besoin le justifie (à compter de 2009) ou une AC (dans les deux cas en accord avec l'ARH).

> **En cas de sous-financement**, l'enveloppe actuelle de l'établissement sera réévaluée en 2008 pour les établissements de santé ayant des difficultés budgétaires, et, de 2009 à 2011 (fin du CPOM) pour les autres établissements de santé.

SUIVI

Un suivi annuel sera effectué sous forme de grille d'autoévaluation (remontée dans le cadre général de la revue annuelle des

contrats) pour assurer l'adéquation continue entre le niveau d'activité des MIG et les financements alloués.

Myriam LECOMTE
Contrôleuse de Gestion ARH