

MAPAR 2003

Evolution des plateaux techniques, Hôpital 2007

Quel avenir pour l'hôpital public?

Eléments du dossier

**GROUPE SUR
L'IMPLANTATION
ET
L'ORGANISATION
DES PLATEAUX
TECHNIQUES**

DHOS

Sociétés savantes

Syndicats

Institutionnels

Avril 2002/Décembre 2003

- **Hôpital 2007:**

- **Rapport COUANAU**

(rapport parlementaire)

- **Mission Ministérielle:**




Perrin/Debrosse/Vallancien

(Mars 2003)

+

Rapport Domergue

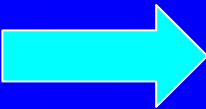
IMPLANTATION ET ORGANISATION DES PLATEAUX TECHNIQUES

- **Définition:** inclut la chirurgie, l'obstétrique, la pédiatrie, l'anesthésie- réanimation, les explorations fonctionnelles et les disciplines interventionnelles, l'imagerie et la biologie.
- **Buts :** accès à des soins de qualité 24 heures sur 24 pour la population du territoire .  Volet médical
- **contraintes fortes en terme de disponibilité et de pénibilité**  Volet social
- **corollaire en terme de « ressources » médicales et paramédicales**  Volet démographique et financier

Principes généraux d'organisation

- **Nécessité d'une approche globale et territorialisée:**
 - projet médical de territoire, devant permettre de mutualiser les réponses aux besoins de la population couverte .
 - développer l'exercice pluri-établissements des praticiens hospitaliers
 - projets et contrats d'objectifs et de moyens communs à plusieurs établissements
 - Organisation de gardes alternées et/ou gardes sur site unique au sein du territoire

Principes généraux d'organisation

- **Mettre en place au sein de ces projets médicaux une graduation des soins à partir d'une approche des besoins d'une population et d'une évaluation des risques :**
 - remise à plat des missions, des activités et ressources de l'ensemble des établissements du territoire .
 - évaluation des risques à maintenir ou ne pas maintenir certaines activités.
-  garantir à la population du territoire l'accès à des équipes compétentes, disponibles 24 heures sur 24, et réactives aux situations d'urgence.

Principes généraux d'organisation

- **Renforcer le maillage des transports sanitaires et assurer les transferts directs vers le plateau technique le plus adapté:**
 - organiser des filières permettant le transfert direct et immédiat des patients (ex:IDM, AVC)
 - Etude sur l'IDM de 99: **taux de mortalité est inversement proportionnel au nombre d'infarctus hospitalisés dans l'établissement**
(Mortalité globale : 8,3%.)

Principes généraux d'organisation

- **Allocation des ressources humaines dans le secteur public:**

- l'allocation des ressources médicales liées à la RTT ne doit pas être définie au prorata des effectifs et d'une organisation existante.
- l'allocation des ressources de la RTT doit être prioritairement corrélée, avec le travail de réorganisation des plateaux techniques, dans le cadre des projets médicaux de territoire, et avec l'amélioration de l'organisation interne

Principes généraux d'organisation

- **Communication avec les élus et la population:**
 - **la population doit être associée aux choix du projet médical du territoire : principe de démocratie sanitaire**
 - **L'acceptation par la communauté politique est indispensable bien avant la réalisation des projets.**

Le bloc opératoire

- **un outil collectif au service du patient !**
 - éviter toute hégémonie d'une discipline sur les autres
 - mieux utiliser les moyens humains et techniques
 - arriver à une programmation opératoire concertée
 - garantir le fonctionnement des conseils de bloc car ils sont les garants de cette programmation concertée
 - regrouper les blocs opératoires d'un même établissement

Le bloc opératoire



centre de responsabilité



Le bloc opératoire

- **Les équipes du bloc opératoire :**
 - L'organisation de la permanence des soins à l'échelle d'un territoire peut conduire à réduire le nombre de sites qui l'exercent.
 - Pour assurer la qualité et la sécurité des soins 24h/24 et une meilleure qualité de vie professionnelle aux équipes, la permanence des soins s'exerce sur moins de sites
 - la mise en place de coopérations entre établissements publics et privés peut permettre une organisation collective de la permanence des soins

- **l'allocation des ressources en personnel doit s'effectuer sur une base comparée d'activité des professionnels.**



- **connaître la répartition des personnels hospitaliers sur le territoire selon leur qualification en parallèle avec l'activité produite**



- **renforcer les équipes qui connaissent une réelle suractivité**

Le bloc opératoire

- Développer les organisations innovantes :
 - polyvalence des personnels de bloc
 - polyvalence des salles permettant une répartition de l'activité, non pas en fonction d'une spécialité, mais à partir d'une segmentation du bloc opératoire en zones liées à l'asepsie
 - optimisation de l'activité en utilisant l'amplitude maximale d'ouverture des blocs et en affectant des tranches horaires par praticien

- regroupement du secteur opératoire sur un seul site
- coordination avec le secteur d'hospitalisation
- programmation concertée
- **développer la chirurgie ambulatoire**

- Les équipes chirurgicales, publiques et privées, pourront se constituer selon leurs complémentarités mais devront, ensemble:
 - travailler en **partenariat**
 - répondre à la **permanence des soins 24h / 24**

La CHIRURGIE

- une forte inégalité territoriale d'implantation
- une démographie médicale déjà problématique
- une pratique de chirurgie générale et polyvalente qui diminue
- une activité professionnelle, où le maintien des compétences est d'abord lié à l'activité



40 000 KC annuels 400 interventions = seuil acceptable



Le nombre de sites de chirurgie doit être réduit dans le cadre de projets territoriaux

3 types d'établissements

- Niveau 1: chirurgie viscérale et orthopédique, réalisée par des chirurgiens en astreinte opérationnelle 24h/24, ce qui correspond à un minimum de 3 ETP pour chacune de ces deux spécialités.
- Niveau 2: établissement qui offre un plateau de spécialités, intégrant chirurgie viscérale et orthopédique, vasculaire, urologique, tête et cou. (Réanimation)
- Niveau 3: établissement régional ou à vocation interrégionale, intégrant les deux niveaux précédents. La chirurgie cardiaque, la neurochirurgie et la chirurgie hyper spécialisée

L'OBSTETRIQUE

- **Garantir un accès en proximité à un suivi pré et post-natal :**
 - **Des consultations pré et post-natales et d'anesthésie** doivent pouvoir être proposées en proximité.
 - **Hospitalisation???** en suites de couches dans les **CPP**
 - **développer l'offre de suivi à domicile**

L'OBSTETRIQUE

- **Garantir la sécurité de l'accouchement pour la mère et l'enfant :**
 - La classification des maternités est **d'abord** fondée sur leur capacité à prendre en charge le risque néonatal et pédiatrique
 - La mortalité maternelle reste en France trop élevée

L'OBSTETRIQUE

- 87% des décès pourraient être évitées s'il n'y avait pas perte de temps liée à un diagnostic trop tardif et/ou des lignes de conduite inadéquates (rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle)
- 3 mesures doivent désormais être effectives dans tous les services d'obstétrique :
 - protocole écrit des mesures de surveillance
 - protocole écrit de la séquence des mesures thérapeutiques, **dont** l'accessibilité rapide à la transfusion
 - **un chirurgien capable d'effectuer sans délai les gestes qui sauvent**

L'OBSTETRIQUE

- L'équipe obstétricale doit posséder les compétences médicales et chirurgicales nécessaires
- Dans tous les cas, la disponibilité immédiate d'un anesthésiste et l'accès de proximité immédiat à la transfusion sanguine sont indispensables

L'OBSTETRIQUE

Tous les professionnels considèrent cette discipline comme le point central de la restructuration des plateaux techniques

L'ANESTHESIE

- L'anesthésie constitue une discipline clé au sein des plateaux techniques.
- Il existe des disparités d'effectifs, suivant les régions d'abord, en intra régional ensuite et entre établissements enfin.
- Les vacances de postes de PH sont déjà problématiques, en particulier dans les CHG
- de nombreux services d'anesthésie sont encore trop organisés en unités cloisonnées

L'ANESTHESIE

- L'hyper spécialisation ne doit être réservée qu'à seulement quelques spécialités
- Améliorer le maintien de la compétence initialement acquise
- favoriser une dynamique de mutualisation et évoluer à terme vers des pôles transversaux d'anesthésie réanimation
- favoriser, dans le cadre d'un projet professionnel, la mobilité des équipes d'anesthésie

L'ANESTHESIE

Regrouper les gardes

```
graph TD; A[Regrouper les gardes] --> B[Au sein d'un même établissement]; A --> C[Par mutualisation:]; C --> D[public-public]; C --> E[public-privé];
```

- Au sein d'un même établissement

- Par mutualisation:
 - public-public
 - public-privé

LA REANIMATION

Décret du Décret 5 Avril 2002

Réanimation


Soins intensifs

**Surveillance
continue**

LA REANIMATION

- Circulaire d 'application ???
- Délais de mise en conformité: 2005...2008 ?
- Réanimation: à partir du niveau 2 de la classification chirurgicale
- Absence de « normes » pour les soins intensifs et la surveillance continue

Urgences et SMUR

- Réglementés par les décrets de 97
- Disparition probable des SAU et UPATOU
- Restructuration  multiplication des transports médicalisés

- Imagerie
- Laboratoire
- Pédiatrie
- Chirurgie pédiatrique

- **accès à des soins de qualité 24 heures sur 24 pour la population du territoire .**
- **contraintes fortes en terme de disponibilité et de pénibilité**
- **corollaire en terme de ressources médicales et paramédicales**



Tout ne se fera pas partout!

Hôpital 2007

- Rapport COUANAU
(rapport parlementaire)

- Mission Ministérielle :
Perrin/Debrosse/Vallancien
(Mars 2003)

Constat

- cinq dysfonctionnements majeurs :
 - **Les directeurs** ploient sous les textes, règlements et autres contraintes sécuritaires
 - **Les médecins** s'inquiètent de la bureaucratie, de l'augmentation des poursuites, du manque de personnel soignant, de l'insuffisance d'investissement en matériels et plus généralement d'une pénurie qu'ils n'ont pas créée et qu'ils doivent gérer.

- **Les personnels hospitaliers** qui se dévouent au quotidien ont pris de plein fouet la réglementation des trente cinq heures qui n'a fait qu'aggraver une situation déjà précaire.
- L'absence de prise en compte de **la pénibilité** et de **la responsabilité** dans les rémunérations est régulièrement évoquée
- **Les malades et leurs familles** se plaignent d'une absence de prise en charge globale de leur cas, en insistant sur les difficultés d'information qu'ils rencontrent, sur les délais d'attente aux urgences et sur la pauvreté des établissements de soins de suite et de long séjour.

- **Les malades et leurs familles** se plaignent d'une absence de prise en charge globale de leur cas, en insistant sur les difficultés d'information qu'ils rencontrent, sur les délais d'attente aux urgences et sur la pauvreté des établissements de soins de suite et de long séjour.

16 Propositions

- **Redéfinir les missions et rôles des services de l'Etat et du Parlement dans un cadre légal et réglementaire simplifié et moins normatif**
- **Renforcer le niveau régional grâce à une Agence aux compétences élargies et des projets débattus au sein du Conseil Régional de Santé**

- **Assurer dans le cadre du territoire de santé la mise en œuvre de l'offre et la permanence des soins dans une prise en charge coordonnée des patients, de l'urgence jusqu'au retour à domicile en passant par les soins de suite**
- **Permettre à chaque établissement de définir par règlement intérieur sa propre organisation**
 - *une délégation de responsabilités,*
 - *de véritables organes de décision,*
 - *des lieux de concertation moins nombreux mais efficaces*

- **Rendre l'initiative aux équipes et responsabiliser les acteurs au sein de pôles d'activité plus autonomes, sous la responsabilité d'un médecin**
 - *autonomie financière ?*
 - *Disparition des services? Des chefs de service ?*
 - *Création de super mandarins nommés par le Directeur*
 - *La CME devient une institution-croupion avec droit de regard sur la FMC...*
 - *les pôles sont des entités qui existent légalement et qui ont fait la preuve de leur échec. Pourquoi ?*

- **Articuler le pilotage de l'hôpital entre un Conseil d'Administration garant de la politique institutionnelle et un Comité Stratégique assurant la direction**
 - *Comité stratégique globalement sous tutelle administrative (composé de personnels médicaux et administratifs nommés par le Directeur)*
 - *Comité stratégique = institution d'un comité opaque sans lien avec l'ensemble des personnels médicaux et para-médicaux*

- **Organiser la concertation au niveau des trois instances pluriprofessionnelles pour recentrer l'action sur le soin**
- **Revaloriser la fonction médicale par un vrai contrat, dynamisant un statut lourd et peu motivant**
 - *a plus ou moins court terme, disparition de tout statut collectif, seul garant d'équilibre et d'équité au bénéfice de contrats locaux certes intéressants à court terme, mais dangereux à long terme, sans aucune garantie.*
 - *Mise sous tutelle directoriale totale du corps médical*

- **élargir** le recrutement et **les compétences** des directeurs et **reconnaître la fonction de chef d'établissement** à hauteur de ses responsabilités
- **reconsidérer l'encadrement intermédiaire, clarifier ses missions et proposer un plan de carrière**
 - *ne se conçoit qu'en partenariat avec le corps médical*
- **éclaircir l'horizon professionnel des personnels au-delà des dispositifs statutaires** : évolution des métiers, formation, promotion et intéressement

- **Affirmer L'ANAES et les sociétés savantes dans leur rôle d'évaluation de la qualité avec les conséquences positives ou négatives pour les établissements publics et privés**
- **Mettre en place dès le 1er janvier 2004 la tarification à l'activité, outil indispensable de la dynamisation du dispositif**

- **Maintenir les missions de service public sous régime forfaitaire régulièrement évalué et assoupli dans sa mise en œuvre**
 - *sous-dotation chronique organisée des missions de service public et donc de la permanence des soins*
- **Mettre un terme à la séparation de l'ordonnateur et du comptable**
- **Assouplir le code des marchés publics dans son application aux E.P.S**

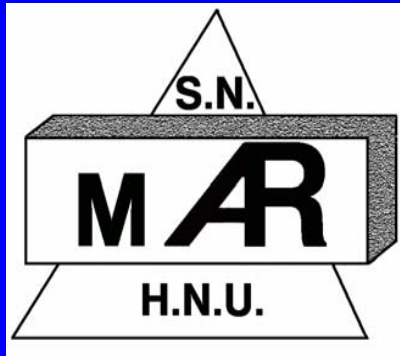
Conclusions

- « Un rapport de plus ... »
- « Les textes continuent à nous tomber dessus... »
- « La énième réforme qui ne réglera pas nos problèmes... »

Perrin/Debrosse/Vallancien

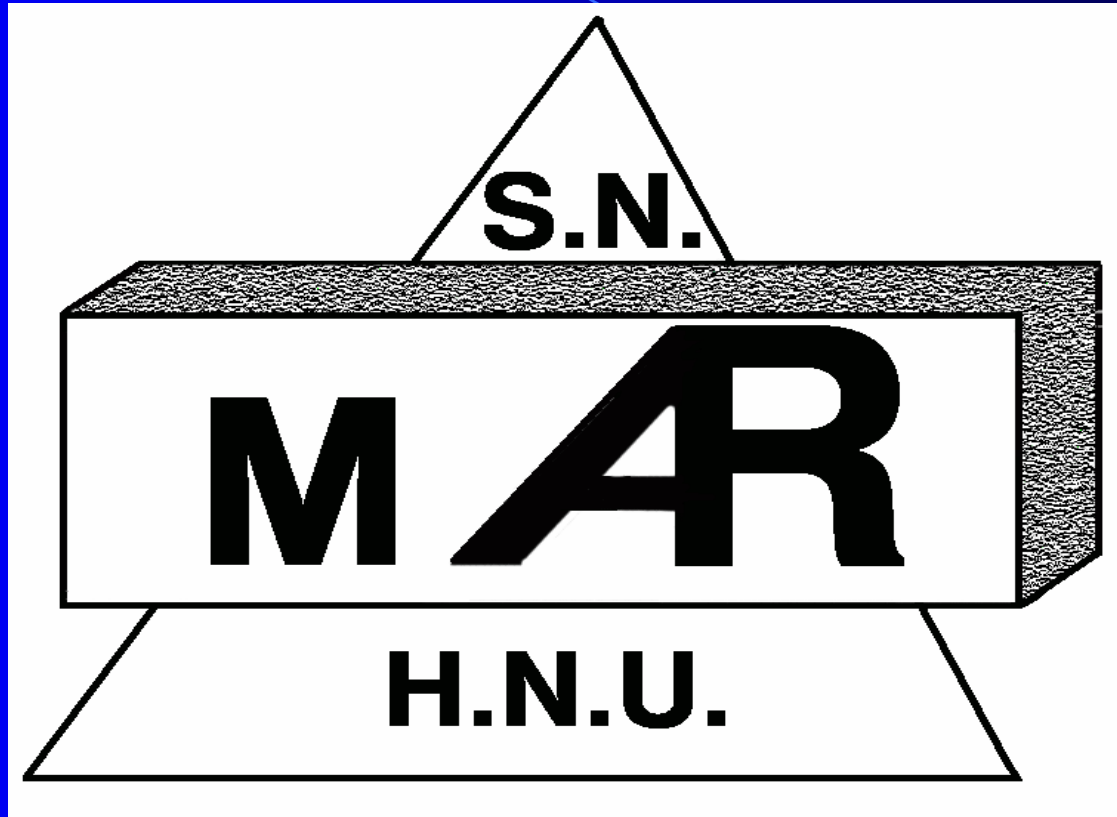
Conclusion 2

Le



a fait des propositions consultables
sur notre site:

www.snmarhnu.org



S.N.

M A R

H.N.U.