



**Bordeaux** 13<sup>es</sup> **Assises nationales**  
**hospitalo-universitaires**  
6 et 7 décembre 2012

Cité Mondiale Centre de Congrès

Le CHU accueille de nouveaux patients, plus informés, plus exigeants, plus âgés aussi car soignés plus efficacement. Pour répondre à leurs besoins, les hôpitaux universitaires conçoivent des modalités de soins nouvelles et adaptent leurs capacités d'accueil. De profondes transformations sont anticipées et programmées dans les projets d'établissement qui préfigurent le « nouveau CHU de demain ». Quelles valeurs fondamentales portera-t-il ?

Quelles stratégies engagera-t-il pour relever les défis des financements contraints et de la démographie médicale tendue ? Quels seront ses atouts face au privé ?



**Nouveau  
patient,  
nouveau  
CHU**



**Abstracts**



## 10h00 Accueil des participants et visite de l'exposition

### 10h30 Allocutions d'ouverture

**Alain HÉRIAUD** Président de la Conférence des directeurs généraux de CHU  
**Pr Guy MOULIN** Président de la Conférence des présidents de CME de CHU  
**Pr Dominique PERROTIN** Président de la Conférence des doyens de facultés de médecine  
**Alain JUPPÉ** Maire de Bordeaux, ancien Premier ministre, président du conseil de surveillance du CHU de Bordeaux  
**Alain ROUSSET** Président du conseil régional d'Aquitaine  
**Marisol TOURAINE** Ministre des Affaires sociales et de la Santé

### 11h30

### Introduction Philippe VIGOUROUX

Coordonnateur des Assises hospitalo-universitaires, directeur général du CHU de Nancy

### Le nouveau patient

Discussion et présidence **Pr Guy MOULIN**  
 Président de la Conférence des présidents de CME de CHU

- Un usager avec de nouvelles exigences ?  
**Nicolas BRUN** Coordonnateur pôle protection sociale-santé, Unaf, président d'honneur du Ciss
- Les grandes tendances de l'évolution des prises en charge dans les CHU entre 2002 et 2011  
**Dr Fabienne SÉGURET** Unité d'évaluation des bases nationales d'activité hospitalière, DIM, CHU de Montpellier  
**Jean-Olivier ARNAUD** Directeur général du CHU de Nîmes

Buffet déjeunatoire 13h00

### 14h30 Le CHU dans la société et au sein du territoire

#### Développement durable et responsabilité économique

**Guy GIGNAC** Directeur général adjoint à la logistique hospitalière du CHU de Québec

#### Parcours de soins et territoire

Discussion et présidence **Pr Alain VERGNENÈGRE** Vice-président de la CME du CHU de Limoges

- Parcours de soins : quelle place pour le CHU ?  
**Yvonnick MORICE** Directeur général du CHRU de Lille  
**Dr Vincent RENARD** Président du Collège national des généralistes enseignants, professeur des universités
- Le maillage territorial hospitalier : une vision par la formation  
**Pr Dominique PERROTIN** Président de la Conférence des doyens de facultés de médecine
- Le secteur de psychiatrie : quel devenir en CHU ?  
**Dr Jean-Claude SAMUELIAN** Vice-président de la CME de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille
- Maison de santé : une approche fédératrice ville/CHU  
**Dr Bertrand RIFF** Médecin généraliste et hospitalier, département de médecine générale, faculté libre de médecine de Lille, attaché CHRU de Lille Maladies infectieuses

Pause 16h00

### 16h30

### Qualité de la prise en charge et respect du patient

Discussion et présidence

**Alain HÉRIAUD** Président de la Conférence des directeurs généraux de CHU

- Les compétences génériques au service du patient  
**Pr Jean-Luc DUMAS** Doyen de la faculté de médecine de Paris-XIII
- La promotion de la santé et l'éducation du patient  
**Pr Fabrice BRUNET** Directeur général du CHU Sainte-Justine, Montréal

### La promotion de la recherche

Discussion et présidence **Mireille FAUGÈRE**

Directrice générale de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris

- L'évaluation de la recherche clinique  
**Pr Gérard BRÉART** Délégué scientifique, AERES
- Impact du programme d'investissement d'avenir (PIA) et perspectives d'avenir  
**Robert PLANA** Chef du service de la stratégie de la recherche et de l'innovation, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche
- La nécessité d'une coordination régionale et interrégionale  
**Pr Olivier CLARIS** Président de la CME des Hospices civils de Lyon
- À quoi pourrait servir la structuration en DHU ?  
**Pr Antoine MAGNAN** Chef du service de pneumologie du CHU de Nantes

**Jeudi 6  
décembre  
2012**

Fin de la première journée 18h10

### 20h00

### Dîner de gala

Palais de la Bourse de Bordeaux





**Bordeaux 13<sup>es</sup>** Cité Mondiale Centre de Congrès  
**Assises nationales hospitalo-universitaires**  
 6 et 7 décembre 2012

**9h00 Le CHU et l'organisation du chemin clinique**

**Le circuit du patient programmé**

Discussion et présidence *Pr Dominique PERROTIN*

*Président de la Conférence des doyens de facultés de médecine*

- Chirurgie ambulatoire, médecine ambulatoire, consultations externes, des moyens dédiés et regroupés: vers un « CHU ambulatoire »

*Véronique ANATOLE-TOUZET Directrice générale du CHR de Metz/Thionville*

*Pr Jean-Pierre TRIBOULET Président de l'Association française de chirurgie ambulatoire*

- Des plateaux techniques regroupés vers des plates-formes de compétences mutualisées et virtuelles

*Jean-Jacques ROMATET Directeur général du CHU de Toulouse*

*Dr Martine SERVAT Chef de projet politique médicale du CHU de Toulouse*

**À la frontière du programmé et du non-programmé**

Discussion et présidence *Pr Benoît VALLET*

*Président de la CME du CHU de Lille*

- Développer par la délégation de tâche l'accès direct sans passer par les urgences

*Pr Michel MORICHAU-BEAUCHANT Doyen de la faculté de médecine de Poitiers*

- Qu'attendre d'une maison médicale de garde en CHU ?

*Pr Dominique DALLAY Président de la CME du CHU de Bordeaux*

*Pr Philippe MORLAT Membre de la CME, président de la Cops du CHU de Bordeaux*

- Prise en charge de l'odontologie

*Pr Jean-François PELI Doyen de la faculté d'odontologie de Bordeaux*

**Pause 11h00**

**Le circuit du patient non programmé**

Discussion et présidence *Pr Dominique DALLAY*

*Président de la CME du CHU de Bordeaux*

- Les 30 minutes et la gestion des flux aux urgences

*Pr Jean DE LA COUSSAYE Président de la CME du CHU de Nîmes*

*Pr Gilles POTEL Président de la CME du CHU de Nantes*

- Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques

*Pr Jacques BRINGER Doyen de l'université Montpellier-1, faculté de médecine*

- Place du CHU dans le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

*Philippe VIGOUROUX Directeur général du CHU de Nancy*

*Pr Claude JEANDEL Président du Collège national professionnel de gériatrie, CHU de Montpellier*

**12h45 Discours de clôture**

*Intervention des présidents des trois conférences*

*Geneviève FIORASO*

*Ministre de l'Enseignement supérieur et de la recherche*

**Cocktail  
Buffet de clôture**

**13h30**

**Vendredi 7  
décembre  
2012**



Les trois conférences représentatives des CHU (Conférence des doyens de faculté de médecine, pharmacie et odontologie, Conférence des directeurs généraux de CHU et Conférence des présidents de CME de CHU) organisent, tous les deux ans, leurs assises afin de présenter leur analyse des évolutions en cours dans les centres hospitaliers universitaires, et de formuler des propositions aux citoyens et aux pouvoirs publics. De manière générale, le travail qui sera présenté lors des Assises est le résultat d'une importante mobilisation, menée au sein de différents groupes de travail associant doyens, directeurs généraux et présidents de CME.





# Jeudi 6 décembre 2012

## 10h30 Allocutions d'ouverture

**Alain HÉRIAUD** Président de la Conférence des directeurs généraux de CHU

**Pr Guy MOULIN** Président de la Conférence des présidents de CME de CHU

**Pr Dominique PERROTIN** Président de la Conférence des doyens de facultés de médecine

**Alain JUPPÉ** Maire de Bordeaux, ancien Premier ministre, président du conseil de surveillance du CHU de Bordeaux

**Alain ROUSSET** Président du conseil régional d'Aquitaine

**Marisol TOURAINE** Ministre des Affaires sociales et de la Santé

## 11h30 Introduction

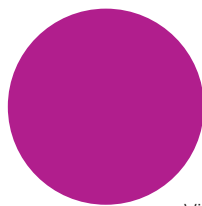
**Philippe VIGOUROUX** Coordonnateur des Assises hospitalo-universitaires, directeur général du CHU de Nancy

### Thème 1

## Le nouveau patient

Discussion et présidence

**Pr Guy MOULIN** Président de la Conférence des présidents de CME de CHU



## Un usager avec de nouvelles exigences ?

**Nicolas BRUN** Coordonnateur pôle protection sociale-santé, Unaf, président d'honneur du Ciss

### Un usager avec de nouvelles exigences ou un allié porteur de progrès ?

Viellissement de la population, prévalence des maladies chroniques, explosion des technologies de l'information et de la communication appliquées, nouvelles organisations des soins, reconnaissance de droits spécifiques aux malades, affirmation d'une parole collective des usagers de la santé..., le nouveau patient évolue dans un univers plus complexe et plus ouvert. Il s'implique dans son traitement et sait influencer l'organisation du système de santé.

Confronté à des pathologies chroniques au long cours, il apprend à vivre avec sa maladie, à être soigné et plus encore « accompagné » – non pas par un expert mais par une équipe où chaque maillon a son importance, où le dialogue est une composante essentielle de la qualité de la prise en charge. Son prolongement est l'éducation thérapeutique, déterminant pour la compliance au traitement ; une dimension du soin qui ne peut faire

l'économie d'une connaissance véritable de la personne, de la prise en compte de son expérience. Cette compréhension mutuelle viendra enrichir le contenu du savoir, la dimension interactive de l'enseignement.

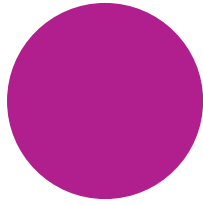
La parole du patient est précieuse dans le cadre de la relation soignant/soigné. Elle l'est aussi dans les nombreuses commissions hospitalières. Loin d'être une contrainte administrative supplémentaire, cette participation gagne à être perçue comme un levier d'une démarche qualité. Sur ce plan, beaucoup de chantiers restent ouverts comme le renforcement des coopérations entre le milieu hospitalier et le milieu ambulatoire afin que l'expression « parcours de soins » prenne tout son sens. Ou encore comme le rapprochement entre la commission médicale d'établissement et la commission des relations avec les usagers en vue d'élaborer ensemble un programme accueil, sécurité, qualité...

De cette capacité collaborative naîtra le nouveau CHU, un établissement en phase avec les attentes de la société et les besoins individuels et de proximité des patients.





Jeudi 6 décembre 2012



## Les grandes tendances de l'évolution des prises en charge dans les CHU entre 2002 et 2011

**Dr Fabienne SÉGURET** Unité d'évaluation des bases nationales d'activité hospitalière, DIM, CHU de Montpellier

**Jean-Olivier ARNAUD** Directeur général du CHU de Nîmes

**Hervé AUBE** Département d'information médicale, CHU de Dijon

**Marie-Christine TURNIN** Département d'information médicale, CHU de Toulouse

**D**ans le contexte des évolutions des caractéristiques démographiques et épidémiologiques des patients (vieillesse de la population, augmentation des pathologies chroniques, augmentation de la consommation des services d'urgence, nouvelles pathologies) et de l'évolution des formes de prise en charge des patients liée notamment aux contraintes économiques, les CHU et CHR souhaitent répondre à la fois aux attentes nouvelles de la population et aux orientations des pouvoirs publics en intégrant dans leur réflexion la notion de « juste » hospitalisation pour une prise en charge de qualité. Dans ce but, les conférences des directeurs généraux, des doyens de facultés et des présidents de CME de CHU ont souhaité appuyer leur réflexion prospective sur l'analyse rétrospective des données d'activité recueillies lors des séjours hospitaliers.

L'objectif de notre étude descriptive est d'évaluer les tendances évolutives des caractéristiques des séjours ou des patients, pris en charge dans les établissements CHU et CHR au cours des 10 dernières années.

À partir des données PMSI de la Base InterCHR/U et de la Base nationale publique et privée, l'analyse historique a porté sur l'ensemble des séjours annuels, pour décrire des indicateurs généraux tels que la durée de séjour (continue ou en classes : 0 nuit/1 nuit, 2 nuits et plus), le type de prise en charge (médicale ou chirurgicale), le mode d'entrée en transfert ou en urgence, l'âge des patients/des séjours, les disciplines médicales par les groupements Atih<sup>(1)</sup>. L'évolution du taux de chirurgie ambulatoire a été évaluée en reprenant les méthodes exposées par la HAS<sup>(2)</sup> : sur l'ensemble des séjours chirurgicaux (GHM en « C ») ou sur la liste de racines utilisée par l'Atih dans les analyses MAT2A<sup>(3)</sup>. Une analyse ciblée sur l'activité de pathologies chroniques que sont le cancer ou le diabète et ses complications est également présentée. Les traitements ont été effectués globalement et par classe d'âge (< 18 ans, 18-59 ans, 60-74 ans, 75-84 ans, > 85 ans).

Au cours des 10 dernières années, les CHU ont effectué près de 48 des 232 millions de séjours enregistrés dans la Base nationale, soit 11 803 772 patients.

Le nombre moyen de séjour par patient et par an est resté stable, 50 % des patients effectuant 1 seul séjour (médiane = 1). L'âge médian des patients est de 44 ans pour une médiane nationale à 47 ans, également stable sur la période 2004-2011.

En ce qui concerne l'analyse des séjours, ce travail montre que les CHU réalisent 70 % de leurs prises en charge au cours de séjours de 2 nuits au plus (60 % hors séances), mais ces séjours courts ne représentent que 16 % des journées (9 % hors séances).

Le taux de séjours en 0 nuit a augmenté de 31 % à 37 %

entre 2002 et 2006 pour diminuer après 2006, probablement en raison de la mise en place de la circulaire sur les modes de prise en charge frontalières<sup>(4)</sup> (des séjours en hospitalisation de jour ont été transférés en consultations externes).

La médiane de durée de séjour diminue sur la période, en particulier sur les séjours de sujets de plus de 60 ans. La part des séjours longs diminue, avec une augmentation des séjours de 3-4 nuits ou moins (18-59 ans), de 8 nuits ou moins (60-84 ans), de 10 nuits ou moins (> 85 ans) et le gain consécutif en journées semble d'autant plus marqué que les sujets sont âgés.

Dans les CHU, 70 % des séjours sont des séjours médicaux, le taux de chirurgie se situant entre 26 et 27 % sur la période. Le taux de chirurgie ambulatoire a augmenté de façon substantielle quoique variable selon la méthode : l'augmentation passe de 30 % si l'on considère les séjours de 0 nuit parmi l'ensemble des séjours chirurgicaux, à 60 % si le calcul se fonde sur les seuls séjours groupés dans les racines d'activité ambulatoire de l'Atih.

Le taux de certains indicateurs dits de « lourdeur » semble augmenter sur la période. Ainsi, la part des sujets très âgés (> 85 ans) est passée de 5 % en 2002 à 7 % des séjours (10 % des journées) en 2011, même si elle reste peu élevée comparée aux tranches d'âge inférieures. De même, la part des séjours avec une entrée par les urgences a augmenté de 41 %, passant de 24 % en 2006 à 34 % en 2011. Le taux de séjours, enregistrant (en plus du diagnostic principal) deux pathologies associées ou plus, a également augmenté de 40 % entre 2002 et 2011. Toutefois ces deux derniers indicateurs, et en particulier le taux de polyopathologies, sont probablement sensibles aux modifications de règles et de qualité de codage du PMSI.

Les séjours avec une entrée en urgence sont plus souvent plus lourds que ceux hors entrée en urgence : patients plus âgés, séjours plus longs (écart de 2 jours sur la médiane entre 60 et 84 ans) ; plus souvent médicaux, avec plus de pathologies associées, plus de passages en réanimation, soins intensifs, ou surveillance continue.

Les disciplines médicales les plus représentées en CHU sont les pathologies digestives, comme dans les autres catégories d'établissements, mais leur particularité réside dans la prise en charge des pathologies neurologiques qui sont à la deuxième place en termes de proportion de séjours.

L'activité de cancérologie dans son ensemble est stable sur la période (20 % des séjours d'une nuit et plus et 56 % des séances) et, si l'on observe une légère augmentation de la file active des patients, le nombre de nouveaux patients pour les CHU reste voisin de 150 000 par an. La chimiothérapie est réalisée plus fréquemment





en ambulatoire (83,5%) en 2011 qu'en 2002 (72%). L'analyse de la chirurgie montre que la part d'oncogériatrie (séjours de sujets de 75 ans et plus) reste faible (environ de 13% pour le sein et la prostate, et 34% pour le colon/rectum en 2011). Elle est stable sur la période pour les trois localisations présentées hormis pour le cancer du sein où la part des séjours de chirurgie pour des femmes de plus de 75 ans passe de 9 à 13%.

L'analyse des séjours pour prise en charge d'un diabète montre l'augmentation de la part des enfants et adolescents (< 18 ans), de 6% à 10% entre 2002 et 2011.

La part des hospitalisations pour complications parmi les hospitalisations pour diabète est stable lorsqu'il s'agit des sujets jeunes (avant 75 ans), et en légère augmentation au sein des séjours de patients de plus de 75 ans. Il s'agit principalement des prises en charge de l'artérite des membres inférieurs (12,6 à 14,2%), du pied diabétique (2,7 à 4,2%), de l'amputation (4,6% à 6,7%). Les complications cardiaques sont les plus fréquentes mais semblent stables autour de 58% sur la période, quoique fluctuantes depuis 2006, témoignant peut-être d'un artefact lié aux règles de codage. Ces séjours pour complications de diabète sont plus lourds que les séjours pour diabète (durée plus élevée, patients plus souvent âgés, en entrée urgence plus fréquente, avec plus de pathologies associées, plus de décès).

Au total, l'étude montre une évolution marquée par deux types de séjours : des prises en charge de patients plus souvent en urgence et de patients très âgés, à côté de séjours courts de 2 nuits au plus. Au sein de ces séjours, la chirurgie ambulatoire a nettement augmenté.

Ces tendances doivent être interprétées avec les réserves qu'imposent les éventuelles variations de *case-mix*, les modifications des classifications des séjours, des règles de codage, et l'amélioration de la qualité des données PMSI sur la période. Elles sont retrouvées dans les établissements publics non CHU, et parfois dans les établissements privés, mais dans ces derniers les taux de séjours dits « lourds » restent à un niveau plus faible que dans les CH et les CHU.

#### Notes

(1) Base de données des CHR/U français créée en 1996 sous l'égide des directeurs généraux et présidents de CME.

(2) Banque de données de la Fédération hospitalière de France (source Atih).

(3) Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, « Regroupements de GHM », accès le 14 nov. 2012 : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0002500032FF>

(4) Haute Autorité de santé, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé, « Chirurgie ambulatoire – Socle de connaissances », accès le 14 nov. 2012 : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport\\_-\\_socle\\_de\\_connaissances.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport_-_socle_de_connaissances.pdf)

(5) Agence technique de l'information

sur l'hospitalisation, « Guide de lecture des tableaux MAT2A », Lyon, Atih, 2011 [http://sap.atih.sante.fr/epmsi/doc/guides/lecture/guide\\_lecture\\_mat2a\\_mco\\_dgf\\_2011\\_stc.htm#\\_Toc292113376](http://sap.atih.sante.fr/epmsi/doc/guides/lecture/guide_lecture_mat2a_mco_dgf_2011_stc.htm#_Toc292113376)

(6) Cancer en diagnostic principal, diabète/complication de diabète en diagnostic principal.

(7) Circulaire Dhos/F1/MTAA/2006 n° 376 du 31 août 2006, accès le 14 nov. 2012 : [http://www.parrhtage.sante.fr/re7/docdhos.nsf/\\$AII2/circ376\\_310806](http://www.parrhtage.sante.fr/re7/docdhos.nsf/$AII2/circ376_310806)

Instruction DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010, accès le 14 nov. 2012 : <http://www.atih.sante.fr/?id=0001000038FF>

(8) À différencier de l'incidence au sens de l'épidémiologie de population.

(9) Colon/rectum, prostate, sein.

14h30

## Le CHU dans la société et au sein du territoire

### Thème 2

## Développement durable et responsabilité économique Parcours de soins et territoire

Discussion et présidence

Pr Alain VERGNÈGRE Vice-président de la CME du CHU de Limoges

### Développement durable et responsabilité économique

Guy GIGNAC Directeur général adjoint à la logistique hospitalière du CHU de Québec

**A**u Québec, la loi sur le développement durable (LRQ, c. D-8.1.1) définit le développement durable comme « [...] un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs ». Le développement durable s'appuie sur une vision à long terme qui prend en compte le caractère indissociable des dimensions environnementale, sociale et économique des activités de développement. Aussi, le développement durable est une démarche qui repose sur la certitude qu'il faut reconsidérer nos façons de faire au regard de trois priorités indissociables, qui constituent les dimensions légalles de la démarche.

Le développement durable est donc un processus continu qui vise à développer la connaissance, à promouvoir l'action responsable et à favoriser l'engagement, c'est-à-dire la responsabilité partagée des parties prenantes sur l'organisation et sur la collectivité.

Dans un contexte organisationnel, et en tenant compte des principes de développement durable, la prise de décision doit se faire en assurant la viabilité de l'organisation à court, moyen et long termes, tout en prenant en considération la communauté et la société dans laquelle elle s'insère. En ce sens, il importe de démontrer la performance économique tout en considérant les performances sociales et environnementales.





Ainsi, le concept de responsabilités sociétales vise la responsabilisation intégrée des sphères sociale, environnementale et économique. Autrement dit, la responsabilité sociétale se définit comme la responsabilité d'une organisation vis-à-vis des impacts de ses décisions et de ses activités sur la société et sur l'environnement, se traduisant par un comportement éthique et transparent qui contribue au développement durable, y compris à la santé et au bien-être de la société.

Au Québec, la loi sur le développement durable (LRQ, c. D-8.1.1) a été adoptée en 2006. Elle oblige les ministères et les organismes du gouvernement du Québec à élaborer des plans d'actions en développement durable. Qui plus est, les établissements de santé et de services sociaux sont invités à être proactifs et à commencer volontairement une démarche en ce sens, car ils ne sont pas assujettis à la loi, mais ils pourraient le devenir par décret gouvernemental. À cet effet, plusieurs établissements de santé et des services sociaux ont entamé une démarche.

Le CHU de Québec a amorcé une démarche de développement durable depuis 2008, notamment par la réalisation d'un diagnostic, l'adoption d'une politique organisationnelle, le dépôt d'un plan d'actions et l'introduction du développement durable dans son énoncé de vision.

Par sa mission, le CHU de Québec doit reconnaître les impacts que peuvent avoir ses activités, ses services et ses produits sur la collectivité. Aussi, par sa responsabilité corporative et citoyenne, le CHU de Québec se doit de guider ses actions en vue de préserver et d'améliorer la qualité de vie des personnes dans le respect de celle d'autrui et de celle des générations à venir.

Comme établissement de santé, le CHU de Québec doit viser à bâtir, pour l'organisation et avec sa collectivité, un avenir sain, durable et responsable, tout en

maintenant un souci constant d'équité intra et inter-générationnelle.

À titre d'exemple, plusieurs initiatives sont issues des différentes sphères du développement durable, comme la mise sur pied de programmes et d'activités de reconnaissance, le développement d'un programme de qualité de vie au travail, d'un programme d'accompagnement des nouveaux cadres en 2010 (pratique exemplaire reconnue par Agrément Canada), etc.

Aussi, des projets d'efficacité énergétique afin de réduire significativement les émissions de gaz à effet de serre (GES) et de gestion des matières résiduelles sont en cours dans trois bâtiments.

D'un point de vue économique, il importe de rappeler que le système de santé québécois fait face à plusieurs enjeux, notamment le financement provenant des fonds publics. La saine gestion demeure donc une préoccupation afin de protéger et de servir notre communauté, notamment par l'administration efficace, durable et judicieuse des fonds attribués, tout en assurant la pérennité de la mission de soins. Cela se traduit par la création d'emplois, l'atteinte des cibles budgétaires fixées par le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'utilisation judicieuse des ressources et la prise de conscience des impacts de nos activités sur notre environnement.

Le CHU de Québec a donc réalisé un exercice de révision des grands générateurs de coûts. Cette saine gestion des deniers publics nous permet de continuer à améliorer la qualité des services à nos patients dans le respect des cibles budgétaires fixées par l'État, et ce pour la dixième année consécutive.

Comme centre hospitalier, les défis à venir résident dans la poursuite de la gestion des matières résiduelles, la réflexion quant aux processus d'approvisionnement et la qualité du milieu de travail afin de demeurer attractif tout en retenant notre main-d'œuvre de plus en plus rare.

## Parcours de soins : quelle place pour le CHU ?

**Yvonnick MORICE** Directeur général du CHRU de Lille

**Dr Vincent RENARD** Président du Collège national des généralistes enseignants, professeur des universités

### Problématique

Dans un contexte où les pathologies se chronicisent et où les prises en charge nécessitent une approche à la fois plus globale et plus personnalisée du patient, l'enjeu d'une meilleure coordination du parcours de soins du patient est devenu majeur pour l'ensemble des acteurs de santé.

Les CHU, dans le cadre de leurs missions de soins de recours mais aussi de proximité, constituent un maillon important de la « chaîne » des professionnels de santé qui prennent en charge le patient. Pour eux, la question d'une meilleure coordination du parcours de soin du malade se pose à la fois à l'intérieur même de leurs organisations, mais aussi en aval et en amont des prises en charge hospitalières en cohérence avec les mis-

sions respectives des différents acteurs et de la structuration nécessaire d'un système efficient entre soins primaires, secondaires et tertiaires.

En interne, tout d'abord, parce que l'hyperspécialisation des équipes et des plateaux médico-techniques qui font l'excellence de la qualité des soins qu'ils proposent, posent dans le même temps de vrais défis organisationnels pour préserver une approche globale et coordonnée du patient.

Au-delà de leurs murs, une plus forte articulation avec les autres acteurs de santé s'avère également de plus en plus nécessaire. L'enjeu est certes de mieux préparer l'admission du patient et sa sortie, mais aussi d'inscrire le temps de l'hospitalisation dans un parcours cohérent et coordonné, en particulier en lien étroit avec





son médecin référent en distinguant ce qui relève des soins primaires d'une part, ce qui relève des soins secondaires et tertiaires d'autre part.

Or, force est de constater que même si les hôpitaux d'une manière générale et les CHU en particulier ont fortement développé ces dernières années la coopération interhospitalière, les liens ville/hôpital et les partenariats avec les établissements médico-sociaux demeurent à renforcer. Il faut également noter que les coopérations interhospitalières ont parfois vu leur développement freiné par des difficultés d'ordre économique à l'occasion de la mise en place de la tarification à l'activité.

Si chacun s'accorde sur le rôle du médecin généraliste comme pivot du parcours de soins du patient, cela implique alors pour les professionnels de l'hôpital de se positionner comme contributeurs d'une prise en charge qui s'organise en amont et en aval de temps d'hospitalisation de plus en plus courts, notamment avec le développement de l'ambulatoire ; mais aussi potentiellement de plus en plus fréquents, avec la chronicisation des pathologies. La difficulté pour les CHU réside notamment dans l'articulation des liens entre médecins spécialistes hospitaliers, médecins spécialistes et médecins libéraux.

Il s'agit donc de s'interroger sur les modalités concrètes d'une contribution des CHU à un parcours de soins des patients à la fois mieux coordonné, plus personnalisé et également plus efficient. L'enjeu est également d'utiliser de la façon la plus adaptée et la moins coûteuse pour notre société les différentes expertises et ressources que constituent l'ensemble des professionnels de santé.

### Réponses susceptibles d'être apportées

La meilleure coordination du parcours est un objectif qui implique un effort important de tous les acteurs du système de santé ; il s'agit de mieux préciser la gradation des niveaux de soins, d'améliorer le maillage territorial de l'offre de soins pour réduire les inégalités territoriales parfois importantes et, enfin, d'œuvrer au décroisement des secteurs (sanitaire, médico-social), des institutions, des organisations de santé telles que les établissements publics et privés, des acteurs, professionnels de santé, grâce à une nouvelle dynamique de coopérations et de coordination. La question de l'optimisation du parcours de soins se pose de manière aiguë pour les admissions en urgence et non programmées. Elle implique une réflexion partagée pour définir et organiser ce qui ressort de la permanence des soins ambulatoires et de l'accueil aux urgences. L'enjeu au sein de l'hôpital réside ensuite en un accueil adapté aux urgences et une gestion fluide des flux.

Les CHU doivent s'organiser en interne mais aussi avec leurs partenaires externes pour structurer des parcours de soins lisibles pour les patients, conciliant qualité, sécurité, proximité et efficacité.

- En interne, il s'agit de proposer une offre de soins plus intégrée, notamment avec la mise en place

d'intervenants pivots permettant de mieux coordonner la prise en charge du patient par l'ensemble des spécialistes. Les soins de support seront également développés.

Les CHU doivent articuler l'hyperspécialisation des prises en charge tout en garantissant au patient un parcours de soin personnalisé et adapté à sa pathologie. Il s'agit donc de proposer une prise en charge du patient à la fois globale et personnalisée, réunissant des hyperspécialistes autour de plateaux communs de pointe dans le cadre de filières internes lisibles.

- En externe, l'objectif est de construire avec les établissements de santé des projets médicaux partagés et de constituer durablement des équipes médicales communes permettant une prise en charge graduée et garantissant la permanence et la continuité des soins.

Il s'agit également d'établir un partenariat avec la médecine de ville, notamment le médecin généraliste dont les missions doivent être comprises et appropriées ; en tant qu'interlocuteur référent dans le parcours de soins du patient, associé ou *a minima* informé à chaque étape du parcours, le passage hospitalier du patient doit être envisagé comme une période importante mais transitoire dans un ensemble qui dépend de l'amont et de l'aval.

Un certain nombre d'outils peuvent également être déployés afin d'améliorer le parcours de soins ; ces outils ne pourront répondre à cet objectif d'amélioration que s'ils s'inscrivent dans une structuration efficiente du système de santé ; à défaut, ils risquent de reproduire voire d'amplifier les défauts d'un système inorganisé :

- d'une part la télémédecine dont le développement contribue à améliorer l'accessibilité de tous à des soins de qualité, améliorer le parcours de soins des patients, et améliorer la coordination entre les professionnels et les structures de soins, hospitaliers et médico-sociaux.

Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

- d'autre part, le DMP, outil moderne et performant qui permet d'améliorer la coordination, la qualité et la continuité des soins grâce à la traçabilité de l'information à une meilleure communication médecin/malade, et à la transmission des informations entre professionnels de santé. Conçu pour faciliter l'accès du patient à ses données de santé, il entend aussi l'inciter à participer davantage à sa prise en charge et à devenir acteur de sa propre santé.



**Préconisations**

- **Instaurer dans chaque CHU un comité de liaison ville/hôpital** : il existe une attente forte d'une meilleure communication et articulation entre CHU et médecine de ville, dans le cadre de relations à la fois plus équilibrées et plus fluides. Ce comité pourrait regrouper des médecins hospitaliers et des médecins de ville et pourrait associer aussi d'autres professionnels non-médecins – dont des professionnels paramédicaux et sociaux. Il aurait notamment pour mission :
  - d'améliorer la communication en aval et en amont du passage hospitalier du patient avec ce dernier et son médecin traitant ;
  - de redéfinir le périmètre d'intervention de chacun des acteurs auprès du patient dans un souci d'efficacité médicale et économique.
- **Développer des outils de communication et de coordination pour améliorer l'accessibilité au CHU** : une plate-forme téléphonique dédiée aux médecins généralistes pour accéder à des avis de spécialistes seniors et éviter un passage par le service d'accueil des urgences pourrait notamment être proposée et, *a fortiori*, un portail Internet dédié pourrait être mis en œuvre.
- **Développer des outils de communication et de coordination pour optimiser l'entrée et la sortie du malade** : le parcours de soins doit être compris et construit comme un parcours de vie conciliable avec d'autres réalités et initiatives au-delà de la maladie. La complexification des parcours de soins requiert une « ingénierie » de leur organisation pour coordonner une multiplicité d'intervenants. En effet, le parcours du patient manque de continuité entre la ville et l'hôpital : une vraie coordination est nécessaire pour éviter les perceptions de rupture et d'abandon. Cette coordination pourrait être renforcée par des compétences spécifiques sous forme de poste infirmier chargé prioritairement de l'articulation entre la ville et l'hôpital (ex : intervenant pivot en oncologie, intervenant pivot en ambulatoire...).
- **Adapter la prise en charge en urgence des patients** :
  - en développant l'articulation avec la médecine de ville dans le cadre de la PDSA afin de favoriser un recours adéquat aux urgences et donc une régulation pour y accéder ;
  - en mettant en place des circuits et des modalités de prise en charge différenciés (circuit court/circuit long ; unité mobile de gériatrie aux urgences) ;
  - en favorisant la fluidité de l'aval de l'urgence (unités de posturgence et contractualisation avec tous les pôles de l'établissement).
- **Mettre en place des modalités médico-économiques favorisant les coopérations interhospitalières** en proposant des dispositions permettant un partage des recettes d'activité générées par les partenariats médicaux, au-delà du simple remboursement du temps médical.
- **Évaluer la qualité du parcours du patient** en déployant des méthodes telles que celle qui est expérimentée par la HAS (« méthode du patient traceur ») qui permet, pour un patient, d'évaluer les modalités de sa prise en charge, les processus et les organisations qui s'y rattachent et permet de comprendre les différentes étapes du parcours de soins.
- **Développer des projets de recherche sur la coordination des parcours des patients** : ces travaux de recherche pourraient être développés non seulement en interne au sein des CHU, mais aussi en articulation ville/hôpital. L'objet serait de produire des guides méthodologiques autour de la prise en charge de pathologies ciblées (exemple des maladies chroniques : BPCO, insuffisance cardiaque, maladie de Parkinson, insuffisance rénale...).

**Le maillage territorial : une vision par la formation**

Pr Dominique PERROTIN Président de la Conférence des doyens de facultés de médecine

La formation médicale associe une formation universitaire et une formation clinique professionnalisante. Si la première souffre toujours du concours de fin de première année et du classement de fin de deuxième cycle, qui empêchent toute innovation pédagogique et l'intégration dans un vrai LMD européen, la seconde bénéficie toujours d'une image positive dont la qualité est universellement reconnue. Elle est pourtant en danger ! À cela plusieurs raisons : l'évaluation de l'étudiant ne porte que sur des connaissances déclaratives. L'étudiant doit être un stratège individualiste pour réussir, puisqu'il est en compétition avec ses semblables. L'enseignant a souvent l'obligation de produire de la T2A et a plus intérêt à publier qu'à encadrer les étudiants. Mais la raison majeure en est l'augmentation du nombre d'étu-

dants par enseignant et la diminution du nombre de lits par étudiant. En effet, les malades sont incontournables pour une bonne formation clinique. C'est autour des malades et face à des situations concrètes que se construit au mieux la compétence médicale qui englobe, entre autres, le raisonnement clinique, la mise en responsabilité et la participation à la décision. On doit cependant distinguer deux types de terrain de stage où malades, plateaux techniques et prises de décisions sont différents : le milieu hospitalier et l'ambulatoire (où exercent plus de 50 % des praticiens).

Il est donc urgent d'ouvrir de nouveaux terrains de stage clinique dans les hôpitaux généraux d'une part et chez les praticiens de proximité d'autre part. Cet engagement dans la formation clinique doit être acté dans un contrat pédagogique entre le doyen et

le praticien hospitalier ou le médecin de proximité et doit être reconnu par des moyens budgétaires fléchés à cet effet. Cette coopération permettra de renforcer les liens entre CHU et CHG, dans un réseau où recherche clinique et formation clinique se développeront parallèlement à la qualité des soins. Elle permettra aussi une collaboration nouvelle entre CHU et médecine ambulatoire de proximité, en respectant la place et le rôle de chacun au sein du système de santé.

### Trois objectifs

- Sauvegarder la formation clinique des futurs médecins.
- Renforcer la collaboration entre CHU et CHG d'une part et entre CHU et médecine ambulatoire de proximité d'autre part.
- Ouvrir de nouveaux terrains de stages pour la formation clinique en milieu hospitalier dans les CHG et en ambulatoire chez les médecins généralistes et chez les spécialistes de proximité.

## Le secteur de psychiatrie : quel devenir en CHU ?

Dr Jean-Claude SAMUELIAN chef du pôle psychiatrie centre, AP-HM, vice-président de la CME

La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales est le texte originel relatif à la sectorisation en psychiatrie. Cette organisation de maillage du territoire par un système de santé public permettait de ne pas laisser des zones et des populations éloignées d'un lieu de soins, assurant ainsi ce que nous pourrions appeler actuellement un programme antidésertification.

Depuis les origines, la mise en application de cette organisation dans les CHU est aussi disparate que la situation des services de psychiatrie dans ces établissements. En effet, toutes les hypothèses se rencontrent, allant de l'absence de service de psychiatrie, de services HU en établissement spécialisé, à la présence de services non universitaires dans les CHU.

Les objectifs de ce programme d'organisation étaient visionnaires en créant une filière de soins où le malade est suivi par une même équipe pluridisciplinaire afin de traiter à un stade précoce, de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu, d'assurer une posture évitant les hospitalisations multiples.

Malheureusement, au fil des ans et avec une relative diminution des moyens due à la multiplication des missions dans le domaine de la santé mentale, le système s'est quelque peu rétracté pour n'assurer que le niveau de proximité et la prise en charge de l'hospitalisation, délaissant dans la plupart des régions la fonction de prévention et d'articulation avec les autres structures de soins et de réadaptation.

Les activités hospitalières que l'on pourrait qualifier de niveau 3, d'excellence et de recours en psychia-

trie, spécifiques des CHU, sont la coordination de soins, les missions transsectorielles, la prise en charge des maladies rares, les soins de recours (sismothérapie, TMS...), la psychiatrie de liaison dans les services MCO des CHU.

Pour cela, des partenariats privilégiés avec les neurosciences, la médecine légale (hospitalisations sans consentement et expertises) et la santé publique se sont développés et justifient une approche intégrée.

Depuis quelques années, sous l'égide de la fondation FondaMental, des centres experts spécialisés dans la schizophrénie, les troubles bipolaires et la maladie d'Asperger se sont créés dans de nombreux CHU et ont permis de développer dans un même lieu la structuration hospitalière et universitaire permettant d'articuler les soins et la recherche et de créer des plates-formes de recherche clinique.

La sectorisation en psychiatrie pose finalement le même problème que l'accueil des urgences au CHU, celui de l'influence du non-programmé sur le programmé.

### Conclusion

L'intérêt de la sectorisation pour le CHU :

- participer à la lutte contre la désertification (maillage du territoire) ;
- assurer la proximité et permettre la formation des personnels médicaux et non médicaux ;
- s'inscrire dans l'organisation du parcours de soins : CHU Recours.

Le risque de la sectorisation pour le CHU : comme pour le MCO, le risque est que l'activité non programmée empêche les activités d'excellence et de recours.

## Maison de santé : une approche fédératrice ville/CHU

Bertrand RIFF Médecin généraliste et hospitalier

Lors de la création des réseaux ville/hôpital dans les années 1990, nous nous étions posé la question suivante : « Pourquoi l'hôpital ne se pense pas en ville et pourquoi la ville ne pense pas que l'hôpital soit inclus en elle ? »

Depuis, nous participons de ce chantier qui est de permettre à l'hôpital de se penser hors les murs, et à la ville, la cité, de penser l'hôpital comme élément d'elle-même.

Avec Foucault, penser l'enfermement et les murs pour pouvoir les abandonner, avec Deleuze penser la « déterritorialisation ».

Depuis sa création en 1986, la maison médicale expérimente avec des services du CHU des nouveaux modes relationnels, des nouvelles propositions de soins comme d'accès aux soins. Partir de ces expériences, en témoigner et tenter une réflexion, voilà mon projet pour cette communication.

### Éléments clés

- Vers une disparition des frontières ville/hôpital.
- Ouvrir des espaces de concertation.
- Écrire et expérimenter des délégations de compétence.

### Présentation de la MDS

- Un service de médecine générale.
- Un pôle universitaire de médecine générale.
- Un espace d'expérimentation.
- Trois axes de travail.
- Une écriture soignant/soigné

### Relation CHU/MDS : vers une disparition des frontières

- VIH en ville : ou de l'hôpital en ville, dossier commun, assistante sociale commune.
- Réseau « ombrelle périnatalité » : dossier commun partagé/réflexion sage-femme en ville.
- Pôle universitaire de MG

### Espace de concertation

- Écriture de la MSP Lille Sud à quatre mains (CHU, mairie, MDS, université).
- Les intervisions : Réseau Lille addiction.
- collectif Santé trans.

### Écriture en commun de délégation de compétence

- Délégation de compétence en addictologie.
- Délégation de compétence IST.
- Délégation de compétence VIH.

## Thème 3

16h30

## Qualité de la prise en charge et respect du patient

Discussion et présidence

Alain HÉRIAUD Président de la Conférence des directeurs généraux de CHU

## Les compétences génériques au service du patient

Jean-Luc DUMAS Doyen de la faculté de médecine de Paris-XIII

L'introduction universitaire d'objectifs de formation médicale basés sur l'acquisition de compétences professionnelles transversales, dites « compétences génériques », est une démarche conduite au service du patient. La formation professionnelle devient plus attentive aux évolutions du système de soins et de la société. Le CHU qui occupe une place centrale dans la formation médicale, par les stages hospitaliers proposés, se situe d'emblée au centre de cette nouvelle démarche, en partage avec la formation par l'exercice ambulatoire et la médecine générale. Par son potentiel pluriprofessionnel et territorial, le CHU acquiert une visibilité reconsidérée au regard des nouvelles compétences dans la formation professionnelle au service du patient.

Les compétences génériques forment un socle de compétences dont l'acquisition est nécessaire pour l'apprentissage professionnel dans le troisième cycle du cursus médical, quelle que soit la spécialité

d'exercice. Ces compétences génériques sont déclinées en différents thèmes. Elles correspondent à la compétence de « clinicien » avec une approche centrée sur le patient, la compétence de « communicateur » confirmant les enjeux de la relation interpersonnelle, la compétence de « coopérateur » identifiant le travail en partenariat interprofessionnel, la compétence « d'acteur de santé publique » avec la prise en compte de l'efficacité et de l'efficience du système de soins, la compétence « réflexive » illustrée par la capacité d'autoévaluation, la compétence « scientifique » par l'actualisation des connaissances et la compétence « éthique » correspondant à un comportement responsable aux plans éthique et déontologique.

Les enjeux de la reconnaissance de cette formation sont doubles. Ces compétences contribuent à prendre en charge les problématiques de santé des patients et cela de façon appropriée au nouveau

contexte du CHU et, au-delà, dans tout contexte de santé. Par ses aptitudes et son adaptation, le jeune professionnel de santé en cours de formation devient directement un acteur de la qualité du soin apporté au patient. Enfin, le CHU est un modèle de mise en situation des apprentissages qui permettent aux étudiants de construire ces compétences

au cours des premiers cycles de leurs études. Il devient alors un acteur de formation au service du patient et responsable face aux nouveaux besoins du système de soins. Par son potentiel structurant au regard de ces compétences génériques, le CHU intègre ainsi le champ de responsabilité sociale de la faculté de médecine.

## Promotion de la santé et éducation du patient

Pr Fabrice BRUNET Directeur général du CHU Sainte-Justine, Montréal

### Existe-t-il un rôle pour les CHU dans la promotion de la santé ?

Les CHU sont habituellement considérés comme des centres tertiaires de soins et de services spécialisés. La promotion de la santé, dans les CHU, se limite le plus souvent à des conseils et des programmes d'éducation des patients portant sur leur maladie et les traitements qu'ils doivent suivre afin d'éviter les complications et les récidives. La promotion de la santé est le plus souvent sous la responsabilité des médecins de famille pour le patient et des autorités de santé publique pour la population. Cependant, les CHU représentent un lieu et une opportunité extraordinaire pour identifier les risques en termes de santé et d'éducation pour les patients, du fait même de leur structure hospitalière et académique.

### Les CHU intègrent soins, enseignement et recherche pour mieux prendre en charge les patients

L'intégration des soins, de la recherche et de l'enseignement permet aux CHU d'améliorer sans cesse la qualité de la prise en charge des patients. Les données de la recherche appliquée directement aux patients grâce au transfert des connaissances permettent de mieux identifier les facteurs sous-tendant les maladies et d'adapter les traitements en conséquence. L'identification des facteurs génétiques d'un patient facilite une approche de médecine personnalisée, à la fois diagnostique et thérapeutique.

### Les CHU peuvent développer des programmes de santé personnalisés et conseiller les autorités

La même approche de médecine personnalisée peut être élargie pour offrir au patient un programme de santé personnalisé. Les facteurs déterminant la santé sont de natures génétiques et environnementales. L'identification de ces facteurs de risque lors d'un

séjour ou d'une consultation dans le CHU peut constituer la base d'une prise en charge en collaboration avec son médecin traitant. Un programme d'enseignement adapté au patient peut aussi être développé comme une extension d'un programme déjà existant pour la prévention. Enfin, les données recueillies par les CHU peuvent être utilisées pour mieux cerner les problèmes populationnels, en partenariat avec la santé publique.

### Le centre de promotion de la santé du CHU Sainte-Justine est centré sur la détection des facteurs génétiques et environnementaux de la mère et de l'enfant

Le CHU Sainte-Justine, comme les autres CHU du Québec, a inscrit la promotion de la santé comme une de ses missions. Un centre de promotion de la santé, intégrant des services personnalisés, de l'enseignement et de la recherche, a été créé en 2009 pour mieux répondre à cette nouvelle orientation. Il est centré sur la détection des facteurs génétiques et environnementaux de la mère et de l'enfant.

Des programmes de promotion de la santé existent dans le domaine des maladies cardio-vasculaires, métaboliques, du neurodéveloppement, de l'obésité et du diabète, en collaboration avec les départements de génétique, neurosciences, endocrinologie, périnatalité et cardiologie de l'hôpital et du centre de recherche. L'approche individuelle inclut des programmes d'enseignement contextualisé pour les mères et les enfants, suivis par le centre, en collaboration avec les services de soins primaires. Le centre travaille également avec les autorités de santé publique sur des thèmes comme l'allaitement, le tabagisme et autres addictions au cours de la grossesse. Des programmes de recherche spécialisés en promotion de la santé ont été conduits dans différents domaines, intégrant des données socio-économiques, culturelles et ethniques.

**Thème 4****La promotion de la recherche**

Discussion et présidence

Mireille FAUGÈRE Directrice générale de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris

**L'évaluation de la recherche clinique hospitalière**

Pr Gérard BRÉART Délégué scientifique, AERES

La recherche clinique faite à l'hôpital (recherche hospitalière) en dehors des unités labélisées ne bénéficie pas d'une évaluation par l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES). Seuls les centres d'investigation cliniques (CIC) sont évalués. Les relations CHU/universités sont examinées dans le cadre de l'évaluation des universités.

Il est proposé de mettre en place, à titre expérimental, une évaluation de la recherche hospitalière.

**Objectifs de cette évaluation**

- Évaluer la recherche qui se fait à l'hôpital, indépendamment des unités labélisées, afin d'évaluer tous les secteurs de recherche en France.
- Faire bénéficier de l'évaluation à la fois les chercheurs qui souhaitent progresser, les gestionnaires pour préciser les orientations stratégiques et prioriser des moyens, enfin les financeurs et la tutelle afin d'apprécier les résultats de l'investissement en recherche.

**Méthode envisagée****Niveaux d'analyse**

Les principaux points d'évaluation porteront sur :

- le cadrage hospitalier global : stratégie scientifique, instances de gouvernance de la recherche ;
- les modalités d'appui à la réalisation de la recherche : modalités d'accompagnement au montage et à la mise en œuvre des projets, démarche qualité en recherche... ;
- les opérateurs de recherche : producteurs directs de recherche, dont les plates-formes telles que CRC et CIC.

**Établissements proposés****dans le cadre dans la phase expérimentale**

Les CHU de Toulouse, Nancy et Lille, ainsi que les établissements liés à l'université de Versailles/Saint-Quentin-en-Yvelines ont accepté de participer à cette expérimentation.

**Calendrier**

L'expérimentation durera jusqu'en juin 2013. L'évaluation devrait se mettre en place en même temps que l'évaluation de la vague A universitaire.

**Impact du programme d'investissement d'avenir (PIA) et perspectives d'avenir**

Robert PLANA Chef du service de la stratégie de la recherche et de l'innovation, ministère de l'Enseignement et de la Recherche

**La nécessité d'une coordination régionale et interrégionale**

Pr Olivier CLARIS Président de la CME des Hospices civils de Lyon

La recherche clinique est un élément majeur des missions de CHU et justifie l'implication forte de la gouvernance, et en particulier du président de la CME.

Souvent encore, la recherche démarre à partir d'une observation clinique qui justifie des vérifications, aboutissant à des hypothèses, à l'élaboration de modèles animaux, à des tests en laboratoire, à la réalisation d'essais cliniques, aboutissant à des changements de pratique, de nouveaux traitements... Le CHU doit rester le moteur de cette recherche, mais doit l'organiser, voire la prioriser.

**Coordination décentralisée de la recherche**

Le CHU pilote sa recherche dans le cadre d'une politique

de recherche, d'où la nécessité d'une DRCI. Mais cette politique s'appuie sur le tissu régional : université, EPST, industriels, pôles de compétitivité, autres partenaires...).

La vision régionale permet de fédérer différents acteurs autour du CHU : CHG, Espic, CLCC, CHS, praticiens libéraux, ce qui permet de développer des essais et de renforcer l'inclusion de patients. C'est pour mutualiser des compétences et des moyens et susciter des collaborations interrégionales qu'ont été créés des Dirc/Girci, responsables notamment de la gestion de PHRC interrégional.

**Avantages de l'organisation interrégionale**

- Partage d'expérience : organisation, méthodologie, gestion des appels d'offres.



- Mutualisation de compétences : formation, valorisation, AO européens.
- Renforcement des liens entre établissements.
- Dynamisation des thématiques (DHU interrégional ?).

### Inconvénients de l'organisation interrégionale

- Inégalité de la répartition effective et efficace des tâches.
- Collaboration ou compétition ?
- Efficacité discutée du pilotage administratif et de l'animation scientifique.
- Gaspillage de temps.

### Problématique du PHRC interrégional

Une part importante de l'activité des DRCI est consa-

crée à la gestion de l'AO des PHRC interrégionaux. Si des collaborations scientifiques régionales ont probablement été renforcées, il n'est pas certain que d'autres aient été créées. On constate un manque d'évaluation : nombre de projets aboutis et publiés ? Implication des CHG ?

Il ne faudrait pas qu'un effort interrégional freine la dynamisation d'un secteur local en émergence, ni s'expose à une critique sur le niveau d'expertise scientifique.

La politique recherche d'un CHU justifie une grande attention. La vision régionale est importante, de même que les coopérations, mais il faut garder une rigueur scientifique, éviter de se disperser et garder une certaine indépendance.

## À quoi pourrait servir la structuration en DHU ?

Pr Antoine MAGNAN Chef du service de pneumologie du CHU de Nantes

### Les DHU : un concept préconisé par la commission Marescaux

La commission sur l'avenir des centres hospitaliers universitaires présidée par le Pr Marescaux préconisait en 2009 un certain nombre de dispositions dont certaines ont été concrétisées soit dans la loi Hôpital, patients, santé, territoires avec la création des pôles hospitalo-universitaires (PHU), soit dans les appels d'offres des investissements d'avenir avec les instituts hospitalo-universitaires (IHU). Plus exactement, la commission proposait la création de quelques IHU, « centres de haut niveau rivalisant (pour l'ensemble des trois missions) avec les références mondiales en la matière et positionnés comme des pôles d'attractivité des meilleurs talents au niveau international »<sup>[1]</sup>, et celle de trois types de départements hospitalo-universitaires (DHU) : « Les DHU de type 1 exerceraient principalement des activités de soins et d'enseignement, les DHU de type 2 se caractériseraient au surplus par une activité de recherche, notamment clinique, assez développée, et les DHU de type 3, outre les activités de soins et d'enseignement, auraient une forte activité de recherche, en s'appuyant sur les structures labellisées par les EPST ou les laboratoires universitaires partageant la même thématique de recherche ». Si l'on peut considérer que les DHU de types 1 et 2 correspondent aux PHU, les DHU de type 3 ne sont apparus dans aucun texte officiel. Pourtant, cette proposition de structuration de certains PHU avec des unités de recherche labellisées peut paraître dans certains cas pertinente, dans le but d'accélérer la recherche translationnelle et le transfert à l'application clinique des découvertes issues de la recherche fondamentale, à une échelle plus souple et plus proche des territoires que les IHU.

C'est à ce concept de DHU de type 3 que correspondent les DHU proposés d'abord en Île-de-France avec deux appels à projets en 2011 (création de 8 DHU) puis en 2012 (appel d'offres en cours), puis progressivement dans certains CHU de province (appel d'offres en cours à Nantes, réflexion en cours à Lille et en Rhône-Alpes).

Il faut souligner ici certaines initiatives préfiguratrices comme par exemple les « instituts nantais ». Dès les années 1990, plusieurs équipes du CHU de Nantes avaient en effet proposé, sous l'égide de l'université de Nantes, du CHU de Nantes et de l'Inserm, la création de trois instituts qui, en regroupant un pôle hospitalo-universitaire et une ou plusieurs unités de recherche, proposaient une structuration assez proche de celle d'un DHU. Il s'agissait de l'institut de transplantation et de recherche en transplantation (labellisé réseau thématique de recherche et de soins, RTRS, en 2007), puis de l'institut du thorax (labellisé centre thématique de recherche et de soins, CTRS, en 2006) et de l'institut des maladies de l'appareil digestif (Imad). Devant la volonté de plusieurs CHU et universités de proposer la création de quelques DHU, et celle des pouvoirs publics souhaitant voir se développer les DHU au plan national, le Comité national de coordination de la recherche (CNCR) a émis en septembre 2012 des recommandations à destination des CHU souhaitant mettre en place des DHU, dans le but de garantir la cohérence au plan national et le niveau d'exigence indispensable<sup>[2]</sup>. Ainsi le DHU est défini comme l'association au sein d'un périmètre HU défini et autour d'une thématique précise (ou d'un projet intégré de recherche, d'enseignement et de soins) d'un ou de plusieurs pôles ou parties de pôles d'un ou de plusieurs CHU, d'une université ou de plusieurs universités associées, et une ou plusieurs unités labellisées membres d'Aviesan.

### Les DHU : quelle valeur ajoutée ?

#### Une vraie contractualisation avec les trois tutelles

Par rapport à des structurations ayant fait la preuve de leur efficacité mais toutefois informelles malgré la labellisation sur appel d'offres en CTRS ou RTRS comme les instituts nantais, le DHU propose une véritable contractualisation avec les trois tutelles, université, Aviesan et CHU. Cette démarche est essentielle en engageant formellement l'ensemble des partenaires sur le projet de soins, d'enseignement et

de recherche proposé. Cette contractualisation réaffirme l'importance et l'intrication des trois missions et garantit un équilibre entre elles.

#### **Un projet commun visible et rassemblé permettant une accélération de la recherche**

De façon plus concrète, la structuration en DHU permet de réunir des acteurs autour d'un projet intégré, d'obtenir alors une masse critique permettant la mise en commun de forces humaines et matérielles, de dégager des marges de manœuvres jusqu'alors non identifiées pour optimiser les moyens dans un contexte particulièrement contraint. Avec une visibilité accrue par la masse critique étendue, le DHU devient aussi une ligne de force pouvant attirer les moyens, susciter des appels d'offres dédiés et jouer un rôle structurant dans les orientations des territoires en matière de recherche.

Au-delà, le DHU permet de provoquer, de déclencher l'imagination d'outils organisationnels, voire de projets scientifiques dont il aura permis l'émergence en rapprochant des partenaires jusqu'alors éloignés.

À partir de ce constat, la structuration en DHU peut permettre un rapprochement du soin et de la recherche plus concret et fort qu'il n'a jamais été, et dès lors créer les conditions d'une accélération de la recherche de transfert puisque ce sont les mêmes acteurs qui vont de l'hypothèse scientifique à sa vérification fondamentale et ensuite à son application clinique dans une spirale vertueuse partant du patient malade et retournant au patient mais avec une stratégie de thérapie ou de prévention.

#### **Deux exigences : l'excellence des équipes et le sens du projet**

La première condition à remplir, pour la réussite de la structuration en DHU, est l'excellence scientifique des équipes qui le forment, qui doivent avoir l'expérience de l'organisation de la recherche fondamentale adossée à la recherche clinique et être reconnues pour leur excellence par les organismes de recherche et l'Aeres. En effet, c'est l'excellence de la recherche déjà existante qui permettra le saut structurel que constitue le DHU.

Une autre condition est que le projet du DHU doit avoir une signification évidente, avoir un sens. L'assemblage artificiel de pôles ou d'unités qui n'aurait pas un projet ensemble leur permettant de dépasser ce qu'ils font déjà et se limiterait à une logique de site ou une logique de mutualisation ne saurait être reconnu comme un DHU.

## **Nouveau patient, nouveau CHU**

#### **Au-delà du projet, d'autres effets structurants**

Sur un site hospitalo-universitaire, l'existence du DHU doit donner à celui-ci une visibilité et une force permettant d'emmener les structures de recherche et de soins avoisinantes. Par ailleurs, en irrigant le soin par la recherche, le DHU est un facteur fort de l'amélioration de la qualité des soins, par exemple en favorisant la création de nouvelles filières et en proposant de nouvelles prises en charge.

À partir de là, le DHU peut être attractif pour des étudiants, des chercheurs, venant de ses disciplines ou d'autres disciplines (venant des sciences humaines et sociales par exemple), et proposer une offre de formation originale qui correspond à son projet.

Enfin, la force du DHU doit pouvoir permettre de proposer des carrières à ses élèves, créant alors les conditions d'un édifice solide et durable.

#### **Une couche supplémentaire au « mille-feuille » ?**

Il est légitime de s'interroger sur la pertinence de la création de structures supplémentaires dans un paysage déjà décrit comme un « incroyable mille-feuilles »<sup>(3)</sup>, avec CHU, IHU, UMR, ITMO, EPST..., alors que ces structures sont déjà créées, évaluées et devraient poursuivre les projets pour lesquels elles ont été labellisées. C'est ainsi que les DHU ne doivent pas les supplanter ni les « coiffer », mais leur donner les moyens d'aller plus loin dans les projets qu'elles poursuivent en leur faisant faire un saut conceptuel et structurel, en les « transformant ».

#### **Conclusion**

Notre société est confrontée à une crise économique sans précédent depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale, durable. En parallèle, elle va être rapidement confrontée au vieillissement de la population comme jamais aucune civilisation avant elle. Ces deux constats indiquent que nous allons devoir reconsidérer nos organisations de soin, d'enseignement et de recherche et inventer de nouveaux modèles qui nous permettront de faire face sans renoncer au progrès scientifique. Les départements hospitalo-universitaires peuvent faire partie de cette réponse et préfigurer ces nouvelles organisations.

#### **Notes**

(1) Rapport de la Commission sur l'avenir des centres hospitalo-universitaires, 2009.

(2) « Recommandations à destination des CHU souhaitant mettre en place des DHU », groupe de travail DHU du CNCR

(3) *Les Échos*, 2 octobre 2012.

# Vendredi 7 décembre 2012

## 9h00 **Le CHU et l'organisation du chemin clinique**

### Thème 5

## Le circuit du patient programmé

Discussion et présidence

Pr Dominique PERROTIN Président de la Conférence des doyens de facultés de médecine

### Chirurgie ambulatoire, médecine ambulatoire, consultations externes, des moyens dédiés et regroupés : vers un « CHU ambulatoire »

Véronique ANATOLE-TOUZET Directrice générale du CHR de Metz/Thionville

Pr Jean-Pierre TRIBOULET Président de l'Association française de chirurgie ambulatoire

#### Le contexte et les enjeux : le CHU ambulatoire, pourquoi ?

Le CHU pilier de l'organisation des soins publics, de l'enseignement et de la recherche est parfois critiqué pour son hospitalo-centrisme, son attitude parfois condescendante vis-à-vis de ses correspondants médicaux (médecins de ville) généralistes et spécialistes, son retard en matière de chirurgie ambulatoire, ses délais d'attente trop longs en urgence ou pour des activités programmées.

Les « nouveaux patients », par leurs attentes de plus en plus fortes vis-à-vis du système de santé, exigent une réponse non seulement de qualité mais aussi un accueil et une prise en charge rapides et efficaces. De mieux en mieux informés, ils attendent du « nouveau CHU » la même efficacité que celle que peuvent leur offrir les cliniques privées ou les spécialistes de ville parfois plus réactifs.

Les pouvoirs publics, tout en reconnaissant la spécificité des missions de l'hôpital public et particulièrement des CHR-U et leur rôle incontournable dans le système de soins, invitent les CHU comme les autres établissements à se décloisonner, à développer leur ouverture sur la ville, à s'insérer dans une réflexion globale sur le parcours de soins et de prise en charge, du domicile aux structures de recours ou d'aval.

Les enjeux de maîtrise des dépenses et d'optimisation des moyens et des plateaux techniques, joints aux évolutions du progrès médical et technologique, convergent

également pour que les « nouveaux CHU » optent pour les organisations médicales les plus adaptées et les plus efficaces aux nouveaux besoins des populations.

Dans ce contexte, le « CHU ambulatoire » apparaît une opportunité à saisir pour l'hôpital public. Les CHU, tout en maintenant une offre de soins pour les pathologies les plus lourdes, les patients âgés et précaires, les soins aigus comme les pathologies chroniques, les soins de proximité comme de recours, doivent opérer leur révolution interne et se tourner résolument vers l'ambulatoire.

#### Le CHU ambulatoire, comment ?

Traditionnellement centré vers l'hospitalisation classique, le CHR-U doit opérer une réorganisation en profondeur et considérer que sa mission première est devenue ambulatoire, l'hospitalisation à temps complet devant devenir l'exception. Les nouvelles technologies, la télémédecine, l'évolution des plateaux techniques, la baisse de la durée de séjour, tout concourt à cet objectif. Cette évolution passe par une profonde réorganisation interne, favorisant des structures dédiées et des moyens regroupés en fonction de la typologie de la prise en charge.

#### La chirurgie ambulatoire

La France a encore aujourd'hui un retard important en matière de chirurgie ambulatoire, et les CHU particulièrement. Le taux de recours à la chirurgie am-

bulatoire a progressé entre 2007 et 2012 de 5 points globalement en France (contre 2,4 pour la chirurgie). Les CHU restent en retard dans ce domaine, avec un taux global de chirurgie ambulatoire de l'ordre de 28% (données Anap).

Le ministère de la Santé a fixé un objectif de 50% d'actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire en 2016 (contre 37% en 2011), alors que ceux-ci représentent déjà aujourd'hui 65% des interventions aux États-Unis.

Les raisons à ce retard sont essentiellement culturelles et organisationnelles.

Les travaux de l'Anap comme de la Haute Autorité de santé (HAS) et les expériences existantes permettent de cibler les facteurs clés de réussite pour que les CHU développent cette activité :

- une organisation identifiable et spécifique pour les usagers, avec des moyens et des locaux dédiés ;
- une « charte de fonctionnement » rigoureuse garantissant :
  - une large amplitude d'accueil (7h-19h),
  - une coordination médicale et paramédicale (à titre d'exemple au CHR de Metz-Thionville, un médecin anesthésiste et un cadre de santé),
  - un processus de prise en charge des patients en pré et postopératoire encadré et organisé, favorisant l'anticipation (au CHR, appel la veille et appel le lendemain) limitant la gestion des risques (protocollisation, règlement intérieur, fiches techniques, documents de sortie) et évaluant en permanence la satisfaction des patients,
  - une programmation régulée avec le bloc opératoire,
  - un pilotage par des indicateurs permettant de réajuster l'organisation (indicateurs de prise en charge : taux de satisfaction des patients, taux de transferts, taux d'annulation ; indicateurs de pilotage : taux de rotation sur les places, taux d'occupation des places par spécialité et opérateur, taux cibles des gestes marqueurs, taux de chirurgie ambulatoire foraine),
  - la responsabilisation et l'intéressement des chirurgiens par la redistribution de l'activité chirurgicale réalisée en unité de chirurgie ambulatoire au sein des Crea des pôles et la reventilation des coûts sur la base des ICR consommés pour l'activité de chirurgie ambulatoire,
  - une volonté institutionnelle forte de la direction et de la CME incitant à la réduction des lits classiques au profit de l'ambulatoire.

L'expérience du CHR Metz/Thionville, qui a mis en œuvre cette organisation depuis plusieurs années et est aujourd'hui au premier rang national des CHR-U et des hôpitaux publics (39% de chirurgie ambulatoire), montre que le retard des CHU peut être comblé dans ce domaine.

#### La médecine ambulatoire

Traditionnellement, dans beaucoup d'établissements universitaires, les hôpitaux de jour de médecine de spécialité et les structures de chimiothérapie se sont

## Nouveau patient, nouveau CHU

développés à proximité des unités classiques sans que soient toujours repensés le circuit du patient et l'organisation de la prise en charge.

Ainsi, la logique de spécialité d'organe a primé sur celle de typologie de prise en charge. Même si une telle organisation a pu révéler des avantages (limitation des déplacements pour les médecins, développement d'une compétence spécialisée chez les personnels), elle comporte des inconvénients multiples :

- complexité du parcours du patient, peu lisible,
- dispersion de moyens humains,
- absence fréquente de masse critique,
- absence d'une organisation réfléchie et dédiée à une typologie de prise en charge spécifique en ambulatoire.

De la même manière que pour la chirurgie ambulatoire, et en cohérence avec la nécessaire évolution dans l'organisation hospitalière des CHU vers la médecine ambulatoire, il apparaît nécessaire de constituer des plateaux de médecine ambulatoire dédiés regroupant :

- les activités de chimiothérapie, pour les différentes spécialités d'organe ayant recours à cette activité (pneumologie, hématologie, oncologie, etc.) ;
- les activités d'hôpitaux de jour, dans une unité de « médecine ambulatoire » pluridisciplinaire dédiée et organisée de manière spécifique.

Ce type d'organisation, qui comporte les mêmes prérequis et facteurs clés de succès que la chirurgie ambulatoire, constitue un atout pour les CHU afin :

- d'améliorer leur lisibilité et de favoriser la fluidité du parcours du patient ;
- d'améliorer la qualité de la prise en charge et l'optimisation de la gestion des ressources.

**L'exemple du CHR de Metz-Thionville :** avant même l'ouverture du nouvel hôpital en septembre 2012, dont la conception favorise une organisation spécifique en plateaux ambulatoires, deux unités dédiées pluridisciplinaires, l'une pour les chimiothérapies, l'autre pour la médecine ambulatoire hors chimiothérapie, ont été créées. La satisfaction des patients et des équipes est totale et l'activité de ces structures est en constante augmentation.

#### Les consultations externes

Autre axe du « CHU ambulatoire », les consultations externes dans les CHR-U appellent souvent les mêmes critiques et sont souvent négligées : délais d'attente, organisation peu optimale, locaux parfois peu adaptés, plages horaires souvent réduites (8h-16h) et peu adaptées aux patients ayant un emploi (peu de consultations le samedi), sans évoquer les critiques sur les différences existant parfois entre la prise en charge en secteur public et en activité libérale.

Or, au même titre que les urgences ou le plateau technique, ces activités devraient être considérées comme un axe névralgique de l'organisation de nos CHR-U, car elles constituent un élément majeur de recrutement et de l'attractivité des CHU.

Par ailleurs, elles participent au rôle des CHU dans la

prévention et la promotion de la santé, et dans le développement des programmes d'éducation thérapeutique.

Les CHR-U doivent se saisir de cette problématique et réfléchir à la mise en œuvre de véritables plateaux ambulatoires de consultation, structurés et organisés de manière spécifique afin de :

- favoriser la rapidité et la lisibilité du parcours du patient (circuit et locaux dédiés, si possible à proximité de l'entrée de l'hôpital, au rez-de-chaussée) ;
- mettre en œuvre une organisation et un pilotage spécifique de ces activités, avec des indicateurs spécifiques de suivi tant sur la qualité de la prise en charge (taux de déprogrammation ou d'annulation de rendez-vous, délais d'attente, satisfaction des patients...) que sur la gestion des moyens (amplitude horaire, gestion des « vacations médicales », gestion du personnel de secrétariat et infirmier, etc.).

Ainsi, l'ouverture d'un nouvel hôpital peut être l'occasion de repenser totalement l'organisation des consultations externes, situées dans le nouvel hôpital sur un plateau unique, organisé par zones, alors qu'elles étaient dispersées dans les services dans un ancien hôpital.

Sur les sites existants, une réflexion équivalente peut être engagée, permettant de regrouper les consultations dans des « policliniques » au rez-de-chaussée des bâtiments.

L'organisation de ces structures d'activité doit être repensée et réorganisée. Ainsi au CHR Metz-Thionville, un « conseil de consultations externes », à l'image du conseil de bloc opératoire, a été mis en place afin de favoriser la bonne gestion de ce plateau, qui réunit de nombreuses spécialités différentes et un volume de consultants importants (7 000 par jour).

En conclusion, le développement de l'ambulatoire constitue une véritable opportunité pour les CHU.

Faute de se saisir de ce sujet, dont les cliniques et la médecine de ville se sont saisies depuis longtemps,

les CHU perdront des parts de marché, y compris pour l'hospitalisation classique, car la bonne organisation de ces secteurs d'activité sera de plus en plus un élément de différenciation concurrentielle.

Le développement des pathologies chroniques, les attentes des usagers et des correspondants, notamment de la médecine de ville, le progrès médical et technologique, la télémédecine, l'enjeu de l'organisation du parcours de soins, tout invite les CHU à être non seulement le recours de la médecine hyperspécialisée, mais aussi la « tête de pont » des réseaux ambulatoires, optimisant les relations avec la médecine de ville et le parcours de santé des patients.

Gageons qu'ils sauront saisir cette opportunité, et lever les freins, avant tout culturels et d'organisation à ce nouveau CHU ambulatoire.

Le CHU ambulatoire est aussi un atout pour le développement de l'enseignement et de la recherche dans les CHU, qui peuvent trouver dans ce développement des cohortes de malades ambulatoires permettant de développer la promotion et la recherche clinique, et de former étudiants et internes à de nouvelles pratiques.

Par ailleurs, le développement des activités ambulatoires est ainsi un gage d'efficacité puisqu'il participe à la réduction des durées de séjour et à la baisse des coûts de santé. Les pouvoirs publics ont en outre mis en œuvre des solutions incitatives en terme financier à ce développement, en mettant en œuvre notamment pour la chirurgie ambulatoire des tarifs uniques pour de nombreux GHS avec l'hospitalisation à temps complet.

#### Sources

- « État de lieux sur la chirurgie ambulatoire », Atih 2010.
- « Chirurgie ambulatoire – socle de connaissances », HAS-Anap, avril 2012.

## Des plateaux techniques regroupés vers des plates-formes de compétences mutualisées et virtuelles

Jean-Jacques ROMATET Directeur général du CHU de Toulouse  
Dr Martine SERVAT Chef de projet politique médicale du CHU de Toulouse

Une première phase de mutation dans la structuration des CHU est en voie d'achèvement : le regroupement des plateaux techniques a été engagé dans l'ensemble des établissements ; il concerne les blocs opératoires, les soins critiques, les unités ambulatoires, les consultations, les laboratoires..., et permet de rationaliser le fonctionnement de structures coûteuses, en atteignant les masses critiques nécessaires à l'optimisation des moyens.

Ces efforts structurels indispensables permettent à des équipes hautement spécialisées de disposer de plateaux techniques sécurisés et performants, mais ne suffisent pas lorsqu'on veut améliorer la pertinence des soins et la coordination des parcours de patients.

Nous devons donc aborder maintenant une deuxième phase d'organisation des plateaux techniques et développer des plates-formes d'expertise qui permettent de prendre en compte :



- les spécificités des CHU liées à leurs missions de recours et de référence : l'hyperspécialisation des professionnels et la complexité des cas cliniques reçus, en particulier avec les pathologies chroniques ;
- la mutation profonde engagée par le secteur des professionnels de santé de proximité (médecins généralistes, soignants et établissements médico-sociaux).

Nous présenterons deux exemples de pratiques innovantes, de nature opposée, pour illustrer le propos.

### Projet de centre d'imagerie cardiaque

#### Les constats

On observe une place croissante des techniques d'imagerie en coupes et des perfectionnements techniques rapides de l'imagerie cardiaque non invasive au croisement de trois spécialités : cardiologie (échographies de repos, d'effort et de stress pharmacologique), radiologie (coroscanners, IRM cardiaque de repos et de stress pharmacologique), médecine nucléaire (scintigraphies myocardiques de repos, d'effort et de stress pharmacologique).

Les pratiques d'explorations sont hétérogènes et l'accès à l'imagerie en coupes est insuffisant, notamment en IRM.

Les sociétés savantes recommandent que soient privilégiées les techniques d'exploration les moins irradiantes.

#### Le projet

Compte tenu des avancées rapides en imagerie cardiaque et de la nécessité de prévoir l'évolution des équipements, il est apparu indispensable de mener une réflexion concertée entre les trois disciplines, avec l'objectif de définir les stratégies diagnostiques consensuelles permettant d'éviter les redondances d'examen et d'accélérer les bilans. Cette réflexion a conduit au projet de création d'un centre d'imagerie cardiaque.

Il ne s'agit pas de regrouper physiquement en un lieu unique l'ensemble des techniques d'imagerie cardiaque, elles resteront implantées dans leur service d'origine, mais plutôt d'identifier une surspécialité dans un secteur d'activité pluridisciplinaire.

Chaque discipline désigne ses référents imagerie cardiaque, formés et titulaires du DIU d'imagerie cardiaque, ouvert aux trois spécialités. Ainsi, chaque médecin du centre d'imagerie cardiaque aura, en plus d'un domaine d'expertise centré sur une technique, une connaissance globale de l'imagerie cardiaque permettant une approche transversale et une amélioration de la pertinence des actes.

On prévoit une discussion collégiale du devenir des équipements afin de tenir compte de l'effet substitutif potentiel de certaines techniques.

#### Les avantages attendus

- Une discussion pluridisciplinaire de dossiers complexes, visant à définir les meilleures stratégies diagnostiques.

## Nouveau patient, nouveau CHU

- Une pratique qui associe des cliniciens à des imageurs et permet ainsi de mieux répondre aux questions des cardiologues prescripteurs.
- Une surspécialité attractive pour les jeunes cardiologues et imageurs. Un centre d'imagerie cardiaque qui offre des terrains de stage aux internes des trois disciplines, ainsi qu'aux étudiants du DIU d'imagerie cardiaque.
- La possibilité de développer la recherche, en créant une base de données commune aux techniques d'imagerie cardiaque, rapprochée des bases de données cliniques existantes.
- Une image positive pour le CHU en tant que centre référent régional.

#### Les difficultés

L'exercice pluridisciplinaire des explorations peut remettre en cause certaines frontières interdisciplinaires. Il nécessite un ajustement des professionnels entre eux, parfois difficile à trouver. Cela passera par une explicitation des complémentarités des disciplines, par un travail sur la pertinence des actes et par une réflexion médicale sur le parcours du patient.

#### Conclusion

Les domaines d'expertise couverts par les CHU ont amené à développer plusieurs modalités d'exercice pluridisciplinaire, au-delà des concertations en RCP. Des activités de consultations pluridisciplinaires, de chirurgie pluridisciplinaire, de radiologie interventionnelle sont déjà opérationnelles.

Compte tenu des données épidémiologiques et des progrès en imagerie, il apparaît indispensable de lier toutes les techniques d'imagerie et d'éviter l'effet concurrentiel au sein d'un même établissement. Le concept de centre d'imagerie cardiaque est adapté compte tenu de l'importance des équipements et de l'interdépendance des projections d'avenir, ainsi que de l'hyperspécialisation concernant chacune des trois disciplines.

### Plate-forme d'évaluation de la fragilité des personnes âgées

#### Le contexte

Le vieillissement de la population et le développement de la dépendance ont conduit le ministère de la Santé à soutenir une politique de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Le gérontopole (Pr Bruno Vellas) a été chargé d'une mission sur le repérage et les modalités de prise en charge des personnes âgées fragiles et préfragiles.

#### Le projet

Il s'agit d'une plate-forme de compétences pluridisciplinaires, basée sur l'expertise hospitalo-universitaire de l'équipe de gériatrie : médecins gériatres, médecins MPR, psychologues, ergothérapeutes, diététicienne, infirmière, éducateur sportif, assistante sociale, associée aux médecins généralistes, qui consultent sur la plate-forme.

Les médecins généralistes utilisent une première grille de repérage de la fragilité pour leurs patients et, en



cas de positivité, prennent rendez-vous auprès de la plate-forme d'évaluation de la fragilité.

#### Les avantages

La plate-forme offre une diversité d'évaluations cliniques (peu ou pas de plateau technique) permettant une approche globale de la personne âgée. Elle agit sur demande du médecin traitant et lui adresse un rapport d'évaluation très détaillé, à forte valeur pédagogique, ainsi qu'un projet personnalisé de prévention avec des recommandations.

Ce programme fait l'objet d'une recherche évaluative, comportant un suivi de la mise en place des recommandations et des résultats.

La collaboration avec les médecins généralistes inclut le volet prévention/soins, et le volet recherche et formation (internes de médecine générale).

#### Les difficultés ou risques

Le modèle économique n'est pas encore totalement stabilisé s'agissant d'une plate-forme expérimentale, mais le contrôle de l'Assurance Maladie n'a relevé aucune anomalie de codage (modalité hospitalisation de jour à ce jour).

#### Conclusion

Il s'agit d'une structure expérimentale, sûrement modélisable pour d'autres domaines d'activités ; le modèle pluridisciplinaire et pluriprofessionnel répond aux besoins de la personne âgée et de son entourage ainsi qu'à la demande des professionnels de santé de proximité.

Le concept de plate-forme d'expertise nous semble correspondre aux attentes de la population et de nos correspondants, et permet de développer avec eux des relations de qualité.

#### Conclusion

Dans les suites des regroupements de plateaux techniques et de leur mutualisation, les CHU en lien avec l'université ont à soutenir une évolution de pratiques privilégiant la pluridisciplinarité, complémentaire de l'hyperspécialisation. Aux regroupements d'équipements succèdent des rapprochements de compétences, qui n'ont pas nécessairement de substrat matériel.

De nouvelles organisations commencent à émerger sous forme de plates-formes d'expertises, associées ou non à des plateaux techniques. Elles correspondent aux missions de recours des CHU et se déploient dans le cadre d'innovations organisationnelles. Elles ont vocation à améliorer les conditions d'accessibilité, notamment en termes de délai et de continuité des parcours.

La personnalisation des parcours de soins et de santé ne se résume plus au colloque singulier médecin/malade, mais au contraire nécessite une élaboration par un collectif de travail constitué des différentes compétences intervenant auprès du patient.

Ces nouvelles pratiques réinterrogent assez logiquement les frontières interdisciplinaires et interprofessionnelles. Il nous semble essentiel que l'université et les sociétés savantes accompagnent ces mouvements, et qu'une recherche évaluative soit développée dans le champ des organisations de soins.

## Thème 6

# À la frontière du programmé et du non-programmé

Discussion et présidence

Pr Benoît VALLET Président de la CME du CHU de Lille

## Admission directe dans un service d'hépatogastroentérologie : la délégation de tâches

Pr Michel MORICHAU-BEAUCHANT Doyen de la faculté de médecine de Poitiers

### Objectif

Le but est de réduire l'encombrement aux urgences, en facilitant par la délégation de tâche l'accès direct des patients dans un service de spécialité en dehors de l'urgence vitale.

### Introduction

L'hospitalisation directe, non programmée, dans des délais courts, des patients dans un service de spécialité, est difficile à organiser avec les contraintes actuelles. Un service de médecine comporte le plus souvent une unité dédiée à l'ambulatoire pour les actes techniques, les

bilans spécialisés ou l'administration de thérapeutiques lourdes, coûteuses et à risque, une unité dédiée à l'hospitalisation traditionnelle, et parfois une unité de soins intensifs. Les contraintes budgétaires ont imposé un taux de remplissage élevé et une durée de séjour réduite, rendant difficile l'accès direct de patients nécessitant une prise en charge en semi-urgence, à l'exception des urgences vitales. En hépatogastroentérologie, la prise en charge sera d'autant plus rapide que les actes d'imagerie seront programmés, adaptés à la situation clinique, avant la venue du patient. En effet, l'endoscopie impose deux principales contraintes : le plus souvent une anesthésie générale, ou la réalisation préa-

lable dans des délais très courts d'un scanner ou d'une IRM. Les diverses solutions essayées, de type numéro Vert ou liste d'astreinte téléphonique de jour pour l'équipe médicale, ont échoué. De fait, comme en libéral, l'hospitalisation en accès direct en semi-urgence provient le plus souvent d'un médecin généraliste ou spécialiste qui souhaite contacter très facilement l'équipe et avoir accès directement au médecin le plus compétent pour répondre au problème posé. Or, la surspécialisation des équipes hospitalières ne permet pas de répondre immédiatement à un appel téléphonique direct, à l'inverse des réseaux libéraux, le médecin n'étant pas disponible à toute heure. Pour répondre à cette attente, nous avons mis en place un accueil de jour par une infirmière coordinatrice préalablement formée, capable de répondre à l'appel du médecin demandeur et d'organiser au mieux l'hospitalisation, en vue de raccourcir les délais de prise en charge, avec une durée de séjour programmée la plus courte.

### Méthode et résultats

Le service d'hépatogastroentérologie du CHU de Poitiers comporte 50 lits (21 traditionnels, 21 jour/semaine, 8 intensifs) avec un taux d'occupation de 92 à 105 % (nombre d'entrées annuelles : 2 900 secteur traditionnel, 2 500 secteur jour). En septembre 2003, une infirmière du service, formée à l'hospitalisation et à l'endoscopie, a été désignée coordinatrice de l'unité digestive aiguë. Tout appel au secrétariat de consultation ou dans les unités d'hospitalisation pour une demande de prise en charge rapide, par un médecin ou éventuellement un malade ayant une affection chronique connu du service, est transféré à l'infirmière coordinatrice qui relève la demande précise de soin. Cette demande sera présentée au médecin de l'équipe le plus à même de prendre en charge le type de pathologie présentée et l'hospitalisation est organisée avec le planning des actes (biologie, imagerie, consultation d'anesthésie, programmation du bloc opératoire...). Le malade, le mé-

decin ou le service hospitalier demandeur sont rapidement recontactés pour la date d'hospitalisation, la consultation d'anesthésie pouvant être éventuellement effectuée dans l'établissement demandeur. L'équipe soignante amenée à recevoir le patient a à sa disposition un dossier clinique et le planning des actes. En plus des demandes d'admission extérieures au CHU, l'infirmière coordonne de manière similaire les demandes internes au CHU, à savoir les patients admis aux urgences, les hébergements et les malades présentés en réunion de concertation avec les autres services ou établissements (bilan de prégreffe hépatique, oncologie, programmation d'examen d'endoscopie).

Entre 2007 et 2011, les appels extérieurs annuels étaient de 506 à 661 et provenaient principalement des médecins traitants (50 %), et dans une moindre mesure des médecins des hôpitaux généraux (36 %), voire des patients eux-mêmes (14 %). Les hébergements représentaient 450 patients en 2011. Les patients provenant des réunions de concertation représentaient en moyenne 9 dossiers par semaine. Les délais d'admission pour le patient étaient de 1 à 24 heures pour les urgences, et de 1 à 15 jours pour les programmations non urgentes. La demande n'a pas pu être satisfaite dans en moyenne 2 % des cas, ces patients ayant dû être admis aux urgences.

### Conclusion

La délégation de tâche a permis de faciliter l'hospitalisation de malades en semi-urgence, permettant une utilisation au mieux des lits et du plateau technique du service, avec un gain très significatif en termes de prise en charge des patients pour les équipes soignantes. Cette organisation apporte une communication interprofessionnelle de qualité et surtout une relation humaine forte de soutien aux patients qui trouvent auprès de la coordinatrice une réponse à leurs inquiétudes et leur questionnement vis-à-vis de l'hospitalisation.

## Qu'attendre d'une maison médicale de garde en CHU ?

Pr Dominique DALLAY Président de la CME du CHU de Bordeaux

Pr Philippe MORLAT Membre de la CME, président de la Cops du CHU de Bordeaux

L'amélioration de l'accueil des patients aux urgences des hôpitaux et la diminution de leur temps d'attente sont des objectifs partagés par tous les établissements hospitaliers compte tenu de l'activité croissante de fréquentation des urgences hospitalières qui contribue à un moins bon fonctionnement de ces structures. Cette augmentation de l'afflux de patients s'explique par plusieurs facteurs, au premier rang desquels le vieillissement de la population qui devient donc plus demandeuse de soins, la prise en charge du premier recours H 24 effectuée moins fréquemment par la médecine libérale et la facilité économique accordée par l'hôpital public.

La création, à proximité de services d'urgences hospitaliers, de maisons médicales de garde (MMG), dévolues à l'accueil de patients présentant des pathologies de premier recours non graves et relevant d'une pra-

tique médicale non spécialisée, semble pouvoir participer à l'accomplissement de cet objectif. Au-delà de l'amélioration attendue de l'accueil des patients, on peut attendre de cet aménagement une amélioration de la qualité des soins dans les structures d'urgence et la mise en place de meilleures conditions de travail des médecins et personnels soignant y travaillant. Plus de 200 MMG existent actuellement en France : elles sont essentiellement implantées en milieu rural pour permettre le maintien d'une permanence des soins dans des environnements où la démographie médicale est faible et sont environ pour moitié établies à proximité d'un service d'urgence. Il faut distinguer les MMG des maisons de santé (souvent pluriprofessionnelles) qui permettent principalement le maintien d'une prise en charge de proximité des maladies chroniques et des activités de prévention.

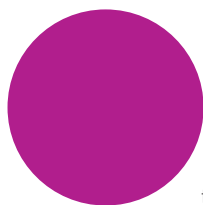
L'intérêt pour l'amélioration de la prise en charge sanitaire d'une population sollicitant de plus en plus les structures hospitalières se conjugue, principalement en CHU, à un potentiel bénéfique en termes de formation. Si l'on considère que l'activité médicale dans ces MMG relève d'une pratique de soins primaires ambulatoire, il apparaît que ces structures pourraient permettre de créer des terrains de stages de médecine générale pour les étudiants en médecine du deuxième cycle et pour les internes de médecine générale qui y travailleraient aux côtés de médecins généralistes senior. On peut en effet favoriser la présence, grâce à un partenariat avec le département de médecine générale (DMG) des facultés, de praticiens généralistes, qu'ils soient maîtres de stage, enseignants associés ou titulaires de médecine générale, ou chef de clinique de médecine générale. Ces généralistes enseignants pourraient y exercer une part de leur activité de soins. Le Languedoc-Roussillon est pionnier en la matière puisque sept maisons médicales universitaires de garde (MMUG) se sont ouvertes ces dernières années en lien avec le DMG de la faculté de Montpellier-Nîmes et plusieurs hôpitaux de la région.

Il est légitime de s'interroger sur la gêne que la création de ces MMG pourrait générer sur les ressources budgétaires des CHU à l'heure de la T2A. Celle-ci semble peu probable si l'on considère que la valorisation économique perdue suite au « détournement » des recettes perçues pour ces patients vus jusqu'alors en consultation dans les services d'urgences devrait être facilement compensée par l'augmentation des recettes générée par l'admission ultérieure au CHU d'un flux de patients adressés en seconde intention en consultations spécialisées voire en hospitalisations. Il apparaît en effet raisonnable d'anticiper que la création même de ces MMG (attirant de nouveaux patients, éventuellement beaucoup si l'on choisit des implantations « stratégiques ») et leur fonctionnalité (permettant par exemple des prises de rendez-vous facilitées) permettraient d'augmenter, par rapport à la situation actuelle, ces recours différés à l'hôpital. Au CHU de Bordeaux, une étude préliminaire estime que la perte des recettes induite par l'ouverture d'une MMG pourrait être compensée par les ressources moyennes annuelles induites par l'hospitalisation différée de 1% des patients qui y seraient vus en consultation (ceux ayant le profil pour s'y présenter représentant actuellement 15% des admissions au sein des services d'urgence). Cette augmentation d'activité hospitalière devrait également permettre de couvrir les frais de fonctionnement de la structure, sachant que la prise en charge des médecins seniors y travaillant ne relèverait pas du budget hospitalier. On peut penser également à une participation des ARS et des collectivités territoriales ou locales au fonctionnement de ces structures surtout si celles-ci adoptent un cahier des charges permettant son intégration à l'organisation de la permanence des soins dans la région.

L'approche qualitative et quantitative du travail dans les services d'urgence de notre CHU a permis de noter que le dysfonctionnement induit par l'accueil des patients en consultations externes « généralistes » est principalement ressenti par les praticiens et par les patients en soirée et début de nuit en semaine et le week-end. Ces moments correspondent aux heures où la médecine de ville répond moins aux demandes de soins d'urgence et où le personnel hospitalier est moins nombreux. Il nous semble donc approprié, au moins en première approche, d'envisager l'ouverture de la MMG entre 18 h et minuit les jours ouvrables et dans la journée le week-end et les jours fériés. C'est d'ailleurs dans ce type de configuration que la MMG peut réglementairement s'intégrer au schéma régional de la permanence des soins. Le flux des patients y consultant serait constitué par la régulation à partir du Centre 15, l'orientation réalisée par l'infirmière recevant l'ensemble des personnes se présentant au service d'accueil des urgences et sans doute également par une venue directe de patients attirés par la notoriété de la structure.

Le tiers payant au titre d'une activité d'urgence devrait être accordé aux patients afin de ne pas créer de discordance de prise en charge économique entre la prise en charge des patients dans cette structure et dans le service d'urgence. Les praticiens participant à la prise en charge médicale seraient des médecins généralistes dont la rémunération serait effectuée à l'acte (CS + supplément de nuit + forfait éventuel lié à la régulation antérieure de l'appel). L'activité dans la MMG devrait être intégrée, au moins pour certains praticiens, aux obligations de permanence des soins appliquées aux praticiens libéraux et à ce titre les médecins devraient pouvoir bénéficier du forfait d'astreinte. On peut penser que les généralistes participant au fonctionnement de cette MMG auraient la satisfaction d'assurer leurs activités de permanence des soins dans un environnement serein et sécurisé, et de plus à proximité d'un plateau technique minimal. Cet environnement leur permettrait en outre de requérir plus facilement que dans leur cabinet un avis spécialisé auprès des confrères hospitaliers de garde ou d'astreinte au CHU. Nous n'ignorons néanmoins pas que le nombre de médecins généralistes concernés par les contraintes de garde dans l'environnement immédiat de la MMG ne suffira pas au fonctionnement quotidien de ces structures et qu'il faudra, au-delà des enseignants généralistes, attirer des praticiens tentés par un exercice de soins primaires aigus dans un environnement favorable.

Au total, il nous semble raisonnable de promouvoir une démarche institutionnelle régionale associant CHU, université, ARS et représentants de la médecine générale, et destinée à favoriser la création des MMUG en CHU ou à proximité de ceux-ci. Celle-ci devrait permettre d'améliorer l'accueil des patients, le fonctionnement des structures d'urgence, la formation initiale des médecins, de renforcer le lien ville/hôpital et finalement d'optimiser le positionnement des CHU dans leur environnement.



## Prise en charge de l'odontologie

Pr Jean-François PELI Doyen de la faculté d'odontologie de Bordeaux

**E**n odontologie, les patients sont accueillis essentiellement dans les services d'odontologie constituant avec l'UFR d'odontologie une structure particulière désignée « centre de soins, d'enseignement et de recherche dentaires » (CSERD).

Les services ou unités médicales (UM) constituent à eux seuls des pôles transversaux purement odontologique ou sont intégrés dans des pôles type « tête et cou ».

Un pôle d'odontologie peut être divisé en unités médicales réparties sur différents sites hospitaliers d'une ville ou de sa proche banlieue.

D'autres structures existent hors CHU. Il s'agit de services d'odontologie au sein de CHR comme c'est le cas par exemple à Dijon, Limoges..., et plus récemment au Havre et à Rouen. Ces deux derniers exemples répondent à des besoins de santé publique : besoin en soins bucco-dentaires de la population, personnes défavorisées, CMU, handicapés, personnes âgées, voire détenus.

Une des spécificités de la prise en charge des patients dans les services d'odontologie reste l'implication directe des étudiants dans les soins dès leur quatrième année d'études. Ils reçoivent pour cela une formation préclinique théorique et pratique adaptée. Ces étudiants sont encadrés par des enseignants hospitalo-universitaires qui par ailleurs peuvent prendre en charge des malades au sein de consultations plutôt spécialisées. Les internes en odontologie sont aussi impliqués dans la prise en charge des patients. Depuis deux ans, ce sont des internes de spécialités dans trois domaines : chirurgie orale, orthopédie dento-faciale et médecine bucco-dentaire.

Dans les services d'odontologie hors CHU, l'encadrement clinique est assuré par des PH. À Rouen ou au Havre, le contact pédagogique avec l'UFR d'odontologie référente est effectué par visioconférence. Cette expérience pourrait se développer dans d'autres régions avec comme objectifs de réduire l'étendue des « déserts odontologiques ».

Le plateau technique odontologique est très spécifique et nécessairement constitué de cabinets dentaires. Cela pose souvent le problème de l'insuffisance du nombre d'équipements au regard des *numerus clausus* étudiants et du nombre d'enseignants hospitalo-universitaires ou de praticiens hospitaliers impliqués dans les soins.

Au niveau des prises en charge programmées, les malades viennent à l'hôpital en consultation externe sur rendez-vous :

- soit spontanément, comme ils le feraient dans un cabinet dentaire libéral de ville ;
- soit adressés par des chirurgiens dentistes pour des missions de recours en fonction des compétences particulières des personnels voire du plateau technique (microscope, laser, bloc opératoire, Meopa) ;
- soit orientés par des services sociaux (exemple : permanence d'accès aux soins de santé avec du personnel dédié pour l'odontologie : praticien contractuel, assistante sociale, infirmière).

En consultation externe, les patients intègrent les services en passant soit par une unité médicale d'urgence et consultation, soit par des cabinets dentaires dédiés aux consultations et plans de traitement.

## Nouveau patient, nouveau CHU

Les prises en charge programmées concernent aussi les consultations internes au CHU sur la demande d'autres services. Il peut s'agir de problèmes bucco-dentaires directement liés au parcours de soins pour lequel le malade est hospitalisé ou plus simplement de problèmes bucco-dentaires qui doivent être réglés si possible pendant l'hospitalisation.

En dehors des consultations spécialisées déjà induites par la réforme récente de l'internat (chirurgie orale, orthopédie dento-faciale et médecine bucco-dentaire) il existe en odontologie beaucoup d'autres consultations ciblées : odontologie pédiatrique, odontologie gériatrique, soins adaptés pour les handicapés (voire sous anesthésie générale ou sédation consciente), soins conservateurs sous microscope opératoire, implantologie, occlusodontie et dysfonctions crânio-mandibulaires, odontologie du sport, voire consultation d'esthétique (éclaircissement dentaire, facettes...).

De nouvelles relations s'organisent entre les services d'odontologie et les pôles de médecine : prévention et hygiène bucco-dentaire au lit du malade, bilans prégreffe, suivis des conséquences bucco-dentaires de certaines maladies, incidences de maladies bucco-dentaires sur la santé des patients (cardiologie, parodontopathies et diabète, parodontopathies et obstétrique...).

Beaucoup de consultations conjointes peuvent exister : dermatologie buccale, consultation douleur, bruxisme et injection botulique, génétique pour les conséquences bucco-dentaires des maladies génétiques nécessitant des soins odontologiques complexes avec des centres de référence, prothèses maxillo-faciales.

Pour les prises en charge non programmées, en journée, les patients sont accueillis directement dans les services d'odontologie soit dans les unités « urgence et consultation », soit dans des cabinets dentaires dédiés aux urgences lorsque le fonctionnement est en polyclinique.

La nuit, la permanence des soins odontologiques n'est pas assurée dans tous les CHU. À Bordeaux, par exemple, elle est prise en charge (sauf urgence pédiatrique) par l'hôpital d'instruction des armées (en convention avec le CHU) par les étudiants de sixième année et sous astreintes des chirurgiens-dentistes des armées. Les week-ends, la prise en charge est essentiellement effectuée par le secteur libéral de ville sous organisation des conseils départementaux de l'ordre.

En conclusion, les patients en odontologie dans le cadre des CHU ont quatre sources principales : l'odontologie « sociale », les soins de recours pour le secteur libéral, les consultations spécialisées externes ou en interne avec les autres services du CHU, voire la permanence des soins la nuit.

L'accueil des patients est optimisé par l'augmentation significative ces dernières années du nombre des enseignants hospitalo-universitaires à temps plein et l'arrivée des nouveaux internes de spécialités. Cependant, le nombre de praticiens hospitaliers d'odontologie reste encore trop limité.

Le développement des consultations spécialisées d'odontologie et les relations avec l'ensemble des services de médecine font que l'odontologie est, aujourd'hui, parfaitement intégrée dans les CHU.

**Thème 7****Le circuit du patient non programmé**

Discussion et présidence

Pr Dominique DALLAY Président de la CME du CHU de Bordeaux

**Les 30 minutes et la gestion des flux aux urgences**

Pr Jean DE LA COUSSAYE Président de la CME du CHU de Nîmes

Pr Gilles POTEI Président de la CME du CHU de Nantes

**L**es services d'urgence de CHU sont confrontés (entre autres) à deux obligations qui font (en partie) leur spécificité au sein de l'établissement :

- organiser l'accessibilité de leur structure en moins de 30 minutes pour tous les citoyens,
- optimiser l'organisation de « l'aval » des urgences hospitalières dans « les meilleurs délais », dès lors que les patients ont pu y être accueillis.

Le recours croissant aux services d'urgence est un phénomène mondial dans les pays développés. Le passage par les urgences représente une étape (de plus en plus) obligatoire pour 30 à 50 % des séjours d'un hôpital.

L'objectif des 30 minutes suppose une analyse, territoire par territoire, des moyens existants et de leur articulation (urgences de proximité, médecins mobiles ou correspondants du Samu, contribution éventuelle de la médecine libérale). Le CHU doit être la tête de réseau de cette réflexion et de l'organisation générale du système. La constitution de communautés hospitalières de territoire doit permettre une juste répartition des moyens, en encourageant l'activité multisite (ou activité partagée) des praticiens concernés, en renonçant aux pratiques actuelles de *dumping* de la part de certains établissements.

Une amélioration de la maîtrise des flux entrants est indispensable. Mieux réguler les admissions à l'accueil des urgences doit être un objectif prioritaire, par l'optimisation des moyens dévolus au « 15 » (ce sont les malades qui appellent) et par une meilleure communication entre les médecins adresseurs et un médecin présent à l'accueil (ce sont les médecins qui appellent). L'organisation d'une filière courte est un prérequis, relevant d'une prise en charge médicale complémentaire de l'IOA, seule à même de « reprogrammer » le non-programmé (admissions directes

dans les services, immédiates ou différées, mais aussi consultations « debout », voire sortie immédiate et réorientation vers le médecin traitant). La fonction de « gestionnaire de lits » ne doit pas incomber au service des urgences, dont le temps médical doit être intégralement consacré à la prise en charge des malades présents et des nouveaux arrivants...

L'organisation de l'aval des urgences n'est pas seulement le problème des urgences : c'est celui de tout l'hôpital. Il faut prendre en compte le fait que le flux saisonnier des urgences est prévisible et peu régulable, alors que les admissions pour soins programmés doivent pouvoir être gérées de façon à toujours maintenir un potentiel de lits adapté aux besoins prévisibles des urgences et non l'inverse. De ce point de vue, l'organisation de l'hôpital en pôles peut être l'occasion de mieux structurer l'admission, notamment des personnes âgées polypathologiques, en faisant en sorte que le même pôle soit concerné par l'admission des patients tout au long de leur parcours de soins hospitaliers. Dans tous les cas de figure de composition des pôles, c'est par le raccourcissement de la durée moyenne de séjour dans les services MCO que l'on créera des lits disponibles pour les malades des urgences... Encore faut-il que ce soit un objectif partagé et contractualisé... Cet objectif de raccourcissement des DMS passe aussi par une action médico-sociale faisant en sorte de ne pas tolérer les séjours anormalement longs en MCO, le mode de sortie du patient (domicile, Ehpad, SSR, SLD) devant être envisagé et anticipé dès l'admission.

En conclusion, la question de la prise en charge des malades « en urgence » suppose de savoir réguler la demande, notamment par l'optimisation des moyens dévolus aux Samu/Centres 15, mais aussi d'optimiser le fonctionnement de tout l'hôpital, car la gestion des malades non programmés n'est pas la mission du seul service d'accueil des urgences.

**Prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques**

Pr Jacques BRINGER Doyen de la faculté de médecine Montpellier-Nîmes

**L**es maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, obésité, diabète, maladies respiratoires, cancer...) représentent le premier problème de santé du XXI<sup>e</sup> siècle en raison d'une progression « épidémique » dont l'impact humain et financier est considérable (données épidémiologiques).

La victoire sur les maladies aiguës participe à l'augmentation des maladies chroniques. L'efficacité du

traitement du HIV est l'un des multiples exemples du passage à la maladie chronique avec l'apparition de nouveaux risques qui accompagnent l'augmentation de l'espérance de vie.

Dans notre pays, le nombre de malades chroniques pris en charge dans le cadre des affections de longue durée (ALD) dépasse les 9 millions et témoigne de l'enjeu sanitaire et organisationnel au niveau des soins primaires, de l'ensemble des établissements de santé



et bien sûr des centres hospitaliers et universitaires (données de l'Assurance Maladie et des CHU).

L'organisation des soins, de la recherche et de l'enseignement au sein des CHU est essentiellement axée sur la spécificité de chaque pathologie prise isolément avec la stratégie qui lui est propre au risque d'un empilement des projets, des formations aussi bien que des explorations et des thérapeutiques, tous imparfaitement priorisés.

Même si l'apport considérable issu de la haute spécialisation dans nos centres hospitaliers et universitaires n'est pas contestable en termes d'expertise référente et de progrès des soins, il est impératif de mieux coordonner de façon réactive, efficace et convergente l'intervention des différents spécialistes dans une approche centrée sur le patient.

En effet, de plus en plus de malades, et pas seulement les sujets âgés, souffrent précocement de plusieurs maladies chroniques. Ce sont eux qui nous interpellent et soulignent les limites et écueils des parcours de soins intrahospitaliers. En effet, les patients se déplacent plus que les spécialistes au gré des plateaux techniques et des unités de soins qui interviennent. Dès lors, leur vécu est celui d'une dispersion et de multiples attentes des examens et de leur interprétation synthétique qui alimentent un ressenti de dépersonnalisation.

Il convient donc de concentrer chaque fois que cela est possible en un temps très court les actions utiles au malade en regroupant des plates-formes technologiques et locaux facilitant les interventions les plus courantes des équipes auprès d'eux. L'activation des moyens d'évaluation (plateaux techniques) et l'intervention doivent être personnalisées c'est-à-dire déployées en fonction du niveau de sévérité, de l'intrication des maladies entre elles, ainsi que des profils spécifiques des patients.

Cette mise en commun ne doit altérer en rien la souplesse face aux situations cliniques et faciliter même la personnalisation des soins en les adaptant mieux au profil des patients, à leurs projets de vie et à leur environnement.

Une équipe de coordination/régulation intervient selon le profil patient. Le diabète, l'obésité, les maladies cardio-vasculaires, l'insuffisance respiratoire, survenant chez un même patient relèvent certes de soins spécifiques mais imposent aussi une vision globale et une prise en charge parfaitement coordonnée en raison de la diversité des problèmes posés par ces malades. Cette approche intègre le fait que nombre de maladies chroniques posent des problèmes similaires en termes de profil-patient concernant l'observance ou non des traitements,

Les caractéristiques psychosociales avec les difficultés ou non d'accès aux soins, le degré de sévérité de leur maladie avec leurs décompensations et les complica-

tions ou comorbidités associées. Les choix visant à traiter, restaurer, régénérer, réhabiliter de façon efficace doivent être individualisés à partir de situations souvent complexes et de nature interdisciplinaire.

Aussi une approche coordonnée centrée sur le patient doit-elle définir les priorités avec les stratégies synergiques et bien sûr personnalisées qui en résultent. Une meilleure adéquation de l'action des équipes médicales et soignantes peut résulter de cette mutualisation. La mise en commun des moyens concernant l'évaluation habituelle, l'éducation thérapeutique et le suivi de ces patients peut mieux cibler, au niveau requis, les ressources mises en œuvre. Ainsi, les profils de malades, mal observants, à haut risque de complications sévères et d'hospitalisations multiples par décompensation de leur maladie sont similaires et relèvent d'actions communes quelle que soit la maladie chronique dont ils sont affectés.

Il faut donc une offre de soins différente, coordonnée et largement ouverte sur les filières de soins primaires, qui orchestre plus efficacement l'intervention des multiples équipes spécialisées autour du patient atteint de maladies chroniques. L'évolution épidémiologique et les coûts de ces maladies nous l'imposent. Répéter ou décréter que l'approche hospitalière doit être entièrement centrée sur les besoins et priorités des malades ne règle rien. Centrer les soins sur le malade demande d'abord une organisation des ressources humaines et des locaux conçus pour fluidifier le parcours du patient, répondre à son attente et faciliter sa sortie dans la continuité de ses soins

Le développement, très insuffisant à ce jour, d'une plate-forme mettant à disposition des outils de télé-médecine, répond à l'amélioration du suivi, de l'observance, de l'alerte et de la réactivité des soins chez ces malades autonomisés. À ce titre, les techniques de l'information et de la communication appliquées aux maladies chroniques sont particulièrement fédératrices et structurantes au niveau des soins dans la continuité avec le suivi des cohortes en région. Un CHU ne peut l'ignorer.

La recherche translationnelle portant sur certains aspects de soins innovants dans les maladies chroniques, dont la problématique est commune, conduit à évoquer des plates-formes de recherche mutualisées éventuellement dans le cadre de départements HU ou d'instituts.

La formation doit mieux tenir compte de la nécessité d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire de ces malades en favorisant notamment l'émergence de nouveaux métiers impliqués dans les soins et le management de ces patients. Les objectifs de formation doivent cibler la mise en situation des étudiants et professionnels de santé sur la problématique complexe de malades touchés par de multiples affections.



## Place du CHU dans le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

Philippe VIGOUROUX Directeur général du CHU Nancy

Claude JEANDEL Professeur de gériatrie au CHU de Montpellier, président du Collège national professionnel de gériatrie, chargé de mission « parcours de santé des personnes âgées »

**E**n référence à la circulaire du 28 mars 2007 et aux volets des Sros « personnes âgées » et SSR, le déploiement des filières gériatriques – qui englobent l'amont et l'aval de l'hôpital – est désormais effectif au sein d'une grande majorité des établissements de santé.

Si le parcours des personnes âgées de plus de 75 ans, polypathologiques et à risque élevé de dépendance est ainsi maintenant mieux organisé, celui des personnes âgées admises hors filière gériatrique, ou relevant d'une spécialité médicale ou chirurgicale (infarctus du myocarde ou fracture par exemple) justifie une attention toute particulière. Ces patients doivent en effet, eux aussi, bénéficier d'une prise en charge adaptée au risque de perte d'autonomie induit par l'hospitalisation.

### Le constat

Les plus de 75 ans ont non seulement plus recours à l'hôpital, mais ils y accèdent davantage de façon non programmée et par les urgences : ainsi les 3 millions d'hospitalisations annuelles via les urgences concernent majoritairement les très jeunes et les plus de 75 ans. Ces derniers sont également surreprésentés dans la patientèle des unités d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD). Les durées moyennes de séjour sont dans cette tranche d'âge plus élevées qu'il s'agisse d'hospitalisations au sein de la filière gériatrique ou au sein des spécialités médicales.

### L'objectif

Il faut prendre en compte le fait gériatrique dans les services de médecine et de chirurgie :

- pour des raisons de respect de ces patients âgés : leur intérêt est de ne rester que le temps strictement nécessaire, et cela alors que les CMD les concernant le plus fréquemment sont celles les plus fortement inductrices d'incapacités fonctionnelles ;
- pour des raisons d'efficacité de la prise en charge médicale : prendre en compte les spécificités de la personne que l'on soigne ne peut qu'accroître l'efficacité de la prise en charge. Et cette efficacité pourra se poursuivre demain car les étudiants hospitaliers auront, une fois installés, une forte proportion de leur patientèle âgée : cet aspect pédagogique est essentiel dans nos CHU
- pour des raisons médico-économiques de rotation plus rapide des lits et de complications et morbidités associées (CMA), beaucoup plus fréquentes et source potentielle de valorisation à l'hôpital quand elles sont bien déclarées.

Lorsque l'éthique, la qualité des soins et l'intérêt de l'hôpital convergent, toutes les raisons sont là de bien s'organiser.

Mais comment s'organiser ?

### Les propositions

#### En faire une priorité de l'établissement : projet médical, volonté de la direction générale forte

Inscrire dans le projet d'établissement et le projet médical comme priorité :

- le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ;
- la prévention de la perte d'autonomie liée à l'hospitalisation ;
- la réduction des hospitalisations évitables.

#### Développer une culture gériatrique dans l'ensemble de l'établissement de santé

Nous suggérons aux 50 % de CHU qui n'ont pas de pôle gériatrique de réfléchir à l'intérêt d'un pôle spécifique :

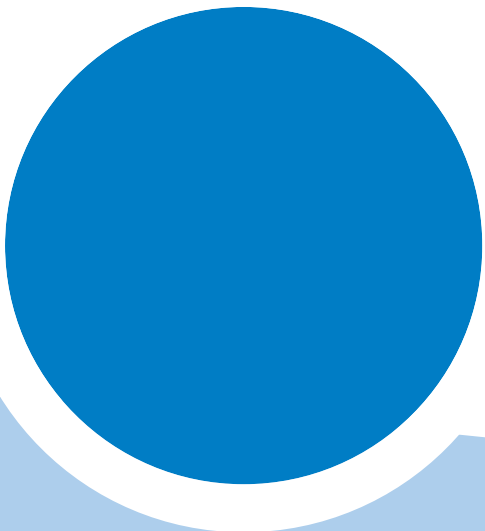
- avec un chef de pôle nécessairement gériatre ;
- et un directeur adjoint si possible issu du monde médico-social et à même de dialoguer efficacement avec ses collègues de l'amont et de l'aval.

Nous préconisons la création d'une commission de coordination gériatrique, à l'instar des Clin, Clud, Clan, placée auprès des instances de la gouvernance des CHU, associant médecins de la CME et soignants de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Cette commission aurait notamment pour fonctions de :

- coordonner des « référents » gérontologiques dans chacune des structures internes de MC accueillant des patients de plus de 75 ans (hospitalisations non programmées). Ces référents auraient vocation à appliquer les procédures d'optimisation du « parcours hospitalier » : identification précoce des patients à risque de perte d'autonomie, indication du recours à l'expertise gériatrique (équipe mobile de gériatrie et/ou de l'hospitalisation de jour gériatrique), accès aux plateaux techniques, anticipation de l'orientation post-court séjour en lien avec les structures d'aval et les acteurs du soutien à domicile... ;
- définir les orientations prioritaires des programmes du DPC et participer à leur mise en œuvre au sein des structures internes de médecine et chirurgie ;
- s'assurer de la qualité de la prise en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie hospitalisées par le déploiement, dans l'ensemble des services accueillant des personnes de plus de 75 ans, les référentiels de bonne pratique visant à réduire les pathologies nosocomiales et le risque de perte d'autonomie induit par l'hospitalisation (dénutrition, plaies de pression, risque infectieux, prévention des chutes, désafférentation sensorielle, risque iatrogène...). Il s'agit de mettre en application les référentiels de bonnes pratiques, notamment les recommandations de la HAS ;
- repérer, à partir du recensement et de l'analyse des séjours longs avec le DIM, les dysfonctionnements intra-hospitaliers susceptibles d'être corrigés.



Cité Mondiale Centre de Congrès  
**Bordeaux 13<sup>es</sup> Assises nationales  
hospitalo-universitaires**  
6 et 7 décembre 2012



Héral 01 45 73 69 20

**Ont apporté leur aimable participation à cette manifestation les entreprises :**

Aastra, Agfa Healthcare, AIA-Associés, Alcatel-Lucent Enterprise, Art & Build, Ascom, Axege, BDM Architectes, BEAH, Bouygues Construction, Cerner France, Cofely Ineo, Dalkia, Delabie, Eiffage Construction, GMF Assurances, Groupe Bovis, Groupe CSF, Groupe Snef, Icade Promotion, Ingerop CI Ingénierie, Janssen, Konica Minolta, Locatel, McKesson, Medasys, Mediance, MNH, Nextiraone, Novartis Pharma, PMSIPilot, Relais H, Roche, SEO, Sanofi, Sham, SNC-Lavalin Santé, Technip TPS, Télécom Services, Yvelin Courtier Spécialiste