

Autonomic 2004 Autonomic 2004 Autonomic 2004 Autonomic 2004

Colloque 2004

Sommaire

| | |
|--|----------|
| <u>10H30 / 11H30 : TABLE RONDE HOSPITALISATION A DOMICILE – ANIMEE PAR PASCAL BEAU, DIRECTEUR DE LA REVUE ESPACE SOCIAL EUROPEEN.</u> | 4 |
|--|----------|

| | |
|---|----------|
| <u>14H00 / 15H00 : TABLE RONDE CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT DU HANDICAP – ANIMEE PAR PASCAL BEAU.</u> | 7 |
|---|----------|

| | |
|---|-----------|
| <u>15H30 / 16H00 : TABLE RONDE DEMARCHE QUALITE – ANIMEE PAR PASCAL BEAU</u> | 10 |
|---|-----------|

| | |
|-------------------------------|-----------|
| <u>16H00 : CLOTURE</u> | 12 |
|-------------------------------|-----------|

| | |
|--|-----------|
| ANNEXE – HOSPITALISATION A DOMICILE | 13 |
|--|-----------|

| | |
|-----------------------------|----|
| ▪ INTERVENTION DE M. DRIVET | 13 |
|-----------------------------|----|

| | |
|---|-----------|
| ANNEXE – CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT DU HANDICAP | 19 |
|---|-----------|

| | |
|-------------------------------|----|
| ▪ INTERVENTION DE M. MAUDINET | 19 |
|-------------------------------|----|

| | |
|------------------------------|----|
| ▪ INTERVENTION DE M. LE ROCH | 20 |
|------------------------------|----|

| | |
|------------------------------|----|
| ▪ INTERVENTION DE M. ABOIRON | 21 |
|------------------------------|----|

| | |
|----------------------------------|----|
| ▪ INTERVENTION DE M. CHARPENTIER | 21 |
|----------------------------------|----|

Monsieur BEAU ouvre cette journée en présentant les différentes tables rondes.

L'ouverture du colloque au salon Autonomic est faite par Sylvie MANSION, Directeur de l'animation du réseau des UGECAM suivie de Marie Antoinette Chaplain, Directeur de l'UGECAM Ile de France introduisant les tables rondes,

Sylvie MANSION est chargée des Ugecam et de toute la politique des établissements que l'assurance maladie gère.

Le travail réalisé par le conseil d'administration autour des orientations stratégiques visait à savoir comment mettre en valeur cette offre et constituer une plus-value, un renforcement de l'offre en terme de volume et d'expertise, de qualité. L'orientation générale était de faire des établissements de l'assurance maladie un lieu d'expérimentation, d'innovation, de thérapeutique, mais également d'excellence.

Des collaborations pourront demain être bien identifiés comme acteur de l'offre de soins.

Les Ugecam restent dans l'assurance maladie mais le champ est différent, ce qui est une difficulté pour l'assurance maladie. il faut articuler la régulation du système de soins et la position d'offreur. ceci est la grande difficulté. Cela est une plus-value pour l'assurance maladie en terme notamment d'expérimentation.

Dans la réforme, la tutelle est la CNAMTS.

Moins d'un an après l'adoption d'orientations stratégiques de la CNAMTS, Madame MANSION rappelle des données du problème. L'assurance maladie gère de 15 000 lits répartis dans 156 établissements à la fois dans le champs sanitaire et médico-social. Ce qui est très particulier, c'est que l'offre, autour du handicap, dans les deux champs est majoritaire. Dans le sanitaire, 80 % concerne le soins de suite et rééducation et médico-social autour de enfance inadaptée et 30 % CRP.

Madame CHAPLAIN – directeur général – introduit la problématique de ce colloque. Les Ugecam ont démontré en 5 ans, depuis leur installation, et malgré toutes les incertitudes et les interrogations posées sur le maintien des Ugecam dans l'assurance maladie, qu'elles se posent en terme d'excellence dans le champ du handicap.

Le partage entre sanitaire et médico-social sont, vis-à-vis des partenaires, un atout et un levier d'action qui amène à une prise en charge globale .

Les trois tables rondes ont vocation à permettre des débats et réflexions sur la prise en charge globale et non pas toujours sur l'hospitalisation complète. Pour l'hospitalisation à domicile, cela permettra de réfléchir sur une spécialisation ou non. Le soins de suite et rééducation, très méconnus dans leur action par rapport au résultat obtenu par le patient.

La 2^{ème} table ronde, concerne le champ de la prise en charge. La 3^{ème} portera essentiellement sur la démarche qualité, l'objectif étant toujours le patient au centre de la rééducation. C'est l'exemplarité du réseau interne avec la pluridisciplinarité des professionnels.

10h30 / 11h30 : Table ronde Hospitalisation à domicile – Animée par Pascal Beau, Directeur de la revue Espace Social Européen.

- Bruno Pollez, Docteur, CH La Bassée – l'expérience d'un service de soins coordonnés hôpital-ville de rééducation et réadaptation fonctionnelle,
- René Drivet, Directeur Général, santé services,
- Laurence Sgard, Coordinatrice de soins infirmiers, la Croix Saint Simon
- Philippe Vassel, Médecin coordonnateur, Centre Coubert Médecine Physique de réadaptation.
-

Ce jour, se déroule à Lille un colloque sur l'hospitalisation à domicile. il y a une volonté politique à cette forme alternative de l'hospitalisation.

Monsieur DRIVET – directeur général de Santé Service – rappelle quelques fondamentaux et références sur l'hospitalisation à domicile. Il représente P. J. Cousteix. Santé service est spécialisé en hospitalisation à domicile.

Les données générales sur l'hospitalisation à domicile indiquées sont tirées de l'IDES (anciennement CREDES).

Il est nécessaire d'avoir le consentement de la personne pour prendre en charge en hospitalisation à domicile ainsi que du médecin traitant pour l'approche clinique du patient.

Dans le cadre de la prise en charge, il est fait appel à certaines disciplines de ville (kinésithérapeutes, sage-femmes, pharmacie...).

En matière de ressenti sur la qualité des soins, globalement, la satisfaction est assez élevée. Les points faibles portent sur la coordination médicale qui n'est pas ressentie comme complètement assurée ainsi que pour le respect des horaires. C'est un mode alternatif très apprécié des personnes. On s'aperçoit souvent qu'il existe une réticence des structures hospitalières de cette possibilité qu'est l'hospitalisation à domicile.

1 % en potentiel par rapport aux lits hospitaliers en hospitalisation à domicile. Une étude réalisée montre que les structures hospitalières privilégiaient ce mode à partir du moment où elle rencontraient du surencombrement. Un frein administratif, début 1990 a été mis. La Belgique est un pays qui n'a pas d'hospitalisation à domicile. Quant aux Etats-Unis et au Canada, il existe une vraie culture d'hospitalisation à domicile.

Monsieur POLLEZ présente une expérimentation en terme d'hospitalisation à domicile et médecine de réadaptation.

Graduation en 3 niveaux : rééducation, réadaptation, réinsertion. Deux caractéristiques s'appuyant sur une interdisciplinarité médico-paramédico-technico-psycho sociale qui doit s'exercer sur le lieu d'hospitalisation mais également sur le lieux de vie.

Les besoins augmentent du fait de l'efficacité du système de santé.

Il y a un apport de pluridisciplinarité (ergothérapie, kinésithérapie...) sur le lieu de vie. Ce n'est pas toujours par l'hospitalisation à domicile mais également par les équipes mobiles et les réseaux.

Avantages : motivation, activation, association des proches qui doivent être impliqués et éduqués et accompagnés dans un travail de réadaptation.

Ce service ne remplace la rééducation sur le plateau technique.

Les hospitalisations à domicile et les réseaux de santé sont des réponses à développer dans la lutte contre le handicap. Il faut une hospitalisation à domicile capable de répondre aux besoins spécifiques de personnes. Cela pourrait être une hospitalisation à domicile polyvalente.

Le prix de journée à 100 €. Sans cela, les personnes seraient hospitalisées ou resteraient à domicile sans soins particuliers. L'évaluation est importante, l'hospitalisation à domicile est formidable mais très éclatée. En travaillant à domicile, la relation avec les personnes est différente, cela permet des synthèses "couloir" avec la famille.

Monsieur VASSEL précise que le site Coubert comporte 3 établissements qui ont le même concept de la prise en charge de la personne même s'il existe 3 spécialités (géronto, réadaptation fonctionnelle et réadaptation professionnelle). Très tôt sur ce centre, il était identifié la nécessité de ne pas rester dans des soins de rééducation technique mais intégrer, un projet de vie. C'est le point de départ de la réinsertion. Historiquement, la MPR et la géronto ont senti la nécessité de s'affranchir de la structure en allant vers d'autres formes de prise en charge (hospitalisation à domicile, équipes mobiles) pour prendre en compte la réalité sociale des patients et repartir vers un projet de vie cohérent. L'analyse est multidimensionnelle pour la situation du patient et même de la famille.

Les rééducateurs, les ergothérapeutes, les éducateurs, les orthophonistes,... sont importants mais également les travailleurs sociaux. On retrouve une équipe pluridisciplinaire. La base du travail est la synthèse patient où l'on a à la fois l'équipe, le patient et au mieux son entourage. L'articulation dans l'établissement se fait mais la carence est de se déplacer au-delà de 50 km, voir du département. L'important est de travailler avec les équipes libérales et locales. L'objectif est d'installer un dispositif, puis de se retirer. Une des insatisfactions en Ile

de France est d'être trop tournée vers la cancérologie.

La formation des professionnels à ce mode de prise en charge : les médecins (MRP et géronto) ont la base mais tous ont été attirés de voir ce qu'il se passe chez le patient, c'est une autre dimension de la médecine. Le projet est en cours.

Madame SGARD – coordinatrice à la Croix Saint Simon – précise que la contrainte est que l'on ne peut pas prendre quelqu'un uniquement sur la MPR. En 2002, 42 % des personnes accueillies dans la structure ont plus de 75 ans, 48 % en 2003. Se posait le problème d'être une étape. Il faut l'associer à un autre mode de prise en charge. Il fallait donc réfléchir sur la phase de pré-admission en formalisant le projet de vie de la personne âgée, le projet thérapeutique. L'hospitalisation à domicile est un projet limité. Il faut recueillir, évaluer les besoins du patient et de son entourage par une équipe multidisciplinaire (médecin coordonnateur, AS, soignant, gérontologue). L'analyse de situation se fait par une rencontre entre patient, entourage, équipe multidisciplinaire. Répondre aux besoins d'une personne âgée, c'est reconnaître l'entourage familiale mais également du voisinage, des professionnels de santé de ville.

Il faut identifier le projet thérapeutique et de vie. Cela permet de fédérer les équipes autour de la personne. Cela permet de valoriser le travail des personnels.

Les difficultés de recrutement tiennent à des perspectives. Il y a des choses à redéfinir dans la profession d'infirmières. la motivation au travail est fonction de la qualification. La polyvalence crée plus de polyvalence. L'image de l'infirmière est à revoir.

La coordination est un concept difficile (mettre en relation des personnels, coordonner dans le temps, dans l'espace). l'un des rôles de l'hospitalisation à domicile est de coordonner les différents intervenants en mettant au centre de cette relation, le patient.

Dans ce projet d'hospitalisation à domicile, il ne s'agit pas d'une spécialisation mais un problème de compétence en matière de gérontologie.

Q : Qui prescrit une hospitalisation à domicile ?

R : Le médecin hospitalier mais également le médecin de ville. Depuis 1992 mais les chiffres sont parlant car 97 % issus des médecins hospitaliers prescrivent une hospitalisation à domicile.

L'hospitalisation est un moyen de reconstruire une prise en charge autour du patient. On s'aperçoit que le système est terriblement cloisonné mais les choses bougent. En prenant exemple des réseaux, on s'aperçoit que ceci est une formule prenant du terrain. Les NTIC permettront de faciliter la coordination. On peut penser que l'impulsion du dossier médicalisé partagé est de nature à enrichir la coordination. Dans la pratique, cela existe déjà et le travail ne se réalise pas de manière cloisonnée. La coordination est un enjeu redoutable. Il ne faut pas perdre de vue le sens de l'action menée et, dans ce cadre, la coordination va de soi.

La coordination sur les objectifs communs (professionnels, famille, patient) est difficile mais également sur toute l'organisation logistique qui le plus souvent porte l'insatisfaction. il faudrait se comparer avec un système institutionnel.

Le domicile est le lieu où l'on peut essayer que tout le monde soit en phase car ceci est une cause de mauvaise transmission des acquis. Il y a aussi la non reconnaissance du temps de synthèse de la part des libéraux car il est important d'avoir le dialogue avec les professionnels de ville.

Q : chez l'enfant, il y a également une nécessité de coordination importante. Il faut une souplesse pour la prise en charge des enfants car les parents ont besoin de trouver la possibilité de "souffler".

R : effectivement, cela est transposable dans le domaine de l'adulte. Il faut surveiller la tolérance de cette charge pour les familles. Dans le domaine des soins palliatifs, la loi du 9 juin 1999, les médecins traitants peuvent bénéficier d'un forfait lorsqu'ils s'engagent dans le suivi et une reconnaissance du temps de coordination. Il en va de même pour les infirmières.

Q : reconnaissance des familles

R : la famille peut disposer d'un congé d'accompagnement pour cette situation de fin de vie mais ce congé n'est pas rémunéré. De ce fait, beaucoup de personnes se voient prescrire, dans ce cadre, un arrêt maladie. La nécessité de présence est parfois matérielle avec une prise en charge importante autour de la personne malade.

14h00 / 15h00 : Table ronde Classification internationale du fonctionnement du handicap – Animée par Pascal Beau.

- Marc Maudinet, Directeur du Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations
- Hervé Le Roch, Responsable de la Réadaptation Professionnelle Coubert
- Henri Aboiron, Responsable du service de Kinésithérapie Coubert
- Pascal Charpentier, Médecin Coordonnateur, ESSR Le Terrier Rambouillet
-

Monsieur MAUDINET précise que cette classification a succédé à la classification Internationale des Handicap (CIH) en 2001 suite à l'assemblée mondiale de la santé.

L'évolution conceptuelle qui s'est produite tient au schéma conceptuel de la classification qui pose comme principe qu'on part toujours d'une problématique de santé, d'une maladie et que l'on intègre les fonctions. La CIFH s'intéresse aux trois niveaux fonctions et structures corporelles, activités et participation. Les facteurs personnels ne sont pas exploités et correspondent à ce que les personnes peuvent apporter dans ce schéma. C'est à chaque professionnel, dans les domaines d'application, d'intervenir sur les facteurs personnels interviennent. Cette classification peut très difficilement se faire en l'absence de la présence des personnes. Elle doit être partie intégrante du processus pour que le système dynamique puisse fonctionner correctement.

Cette classification n'est pas opérationnelle à ce jour. Dès 2005, le processus de révision de cette classification sera réalisé.

Monsieur LE ROCH donne l'exemple d'une l'approche globale de situation. Modélisation d'une situation de handicap. 4 ensembles sont constitués de facteurs pouvant être positifs et négatifs. L'idée est que l'ensemble de ces facteurs constitue une situation de handicap.

On distingue l'activité qui est plutôt ce que l'individu peut réaliser dans un contexte standardisé. La participation est la possibilité d'un individu de s'inscrire dans un milieu social. Les facteurs personnels et environnementaux. La CIFH dit que la situation de handicap se situe entre les facteurs environnementaux et les facteurs personnels

Les équipes pluridisciplinaires doivent travailler ensemble. De manière très pragmatique, cela permettrait de structurer le travail des équipes, en utilisant ce schéma.

Ex : une personne ayant une difficulté de marche (fonction organique, anatomique – problématique de la mobilité devant répondre par des aides techniques – ceci amène des problèmes environnementaux (services et systèmes mais également situation économique, aménagement du domicile, du travail...)– et il faut prendre en compte les conditions physiques.

Il faudrait structurer un modèle pour permettre le fonctionnement optimum des équipes.

Monsieur ABOIRON ajoute que l'important est le fait que les concepts sont portés par les hommes. Ils vont les utiliser et les développer. La vision globaliste va permettre de donner une place à tous les acteurs autour de la personne mais également à la personne elle-même.

Faire le lien avec la CIFH est difficile en adaptation. Il faudra réadapter tous les outils actuels CIH à la CIFH.

Les personnes qui arrivent à poser tous ces jalons, vont faire en sorte que cela continue. Le concept s'étale, se diffuse. Tout le pré-requis est posé à la prochaine classification.

Monsieur CHARPENTIER précise que les discours précédents sont politiquement corrects. Autant la première classification était centrée sur la personne, utilisable par des professionnels, autant la seconde version de CIFH est en contrepied de cette prise en compte de la personne et de l'atteinte physique, psychique ou psychologique sans tenir compte de son environnement. L'environnement est maintenant un facteur très important.

Le système de santé en France a été fondé sur un concept Pasteurien : une cause, un effet. Des structures hospitalières ont été créés dans cette même idée. Le schéma est centré sur l'aspect sanitaire avec la mise en place d'une prévention. Jusque dans les années 80, des questions se sont posées et où le système ne fonctionnait pas bien. D'autres structures ont commencées à être mise en place sur de la rééducation, puis maintenant des structures médico-sociale. Deux systèmes parallèles se sont mis en place (sanitaire et médico-social) ayant des difficultés de passage de l'un à l'autre d'autant que les systèmes de financement sont également différents.

On peut réutiliser ce modèle et réintégrer ce système dans le modèle..

Une partie des patients ne pourront pas sortir directement de l'hôpital et resteront dans d'autres structures avec le même schéma.

La deuxième lecture de la loi devrait se faire en septembre et telle que sortie en première lecture, elle devrait régler les problèmes de prise en charge, de compensation, de financement d'aide humaine, d'aide technique qui est impossible à ce jour.

Q : Degré de réalisation, de probabilité de modification, de changement des réalités en

matière de prise en charge et de suivi. N'est-il pas concevable de réaliser sans penser en amont et en aval des modes de transformation ?

R : Le phénomène de la canicule a fait réagir le corps médical et éventuellement le corps politique sur les dysfonctionnements. La première réaction a été de mettre des systèmes d'accueil d'urgence. Mais ouvrir l'hôpital, le système et financer ce système a un inconvénient en terme économique qui est de "secréter" encore plus de personnes étant en situation de difficulté. Pour ceux-là, il faut mettre autant d'effort sur les structures médico-sociales qui vont accueillir ces patients dans les mois qui suivent. C'est la problématique de la mise en place des services des SAMU dans lesquels des services d'aval ont été oubliés.

Est-ce que ce modèle est pertinent dans sa montée en puissance et impacte sur les réalités ? Concevable de se poser cette démarche similaire en amont et en aval ?

La révision de la loi de 1975 va bien au-delà de la vision conceptuelle. Cela s'arrête aujourd'hui au secrétariat d'Etat des personnes handicapées. Ce type de concept ne passera probablement pas au niveau des acteurs politiques et des acteurs médicaux.

Monsieur MAUDINET précise qu'aujourd'hui la CIFH se retrouve cité comme une des références à prendre à compte. Montrer que le processus était dynamique a pris 20 ans. La CIH pas plus que la CIFH ne sera appliqué totalement. La nouvelle loi voit le terme de "stratégie politique intégrée" donnant l'idée d'une logique d'harmonisation des politiques. L'existence de cette stratégie fait penser qu'un pas a été franchi. Le chemin est que les conceptions sont en train d'évoluer vis-à-vis des politiques.

Monsieur CHARPENTIER précise que le "politiquement correct" signifie que tous les termes sont devenus positifs. Le deuxième élément est que de ces concepts, on a un risque majeur de déviance de la problématique de l'individu sur son environnement. Tout est en rapport avec l'environnement en oubliant que derrière il y a des individus.

Monsieur LE ROCH précise que la CIFH est aussi la responsabilité de la personne qui est au centre. Sur la situation, on voit que s'il n'y a plus de situation de handicap, il n'y a plus d'handicapés.

Monsieur ABOIRON souligne que ce modèle va fédérer l'ensemble patient/professionnel et que la personne va être remise au centre de la société.

La mobilisation des acteurs, le niveau de connaissance, de pertinence par rapport à ses exigences : n'y a-t-il pas un chantier à ouvrir, à poursuivre pour ne pas être en décalage par rapport à des problématiques de délais que de délai de prise en charge ?

Monsieur MAUDINET inique qu'il y a mise en place prochaine d'un réseau francophone des différents professionnels intéressés afin de pouvoir travailler et échanger les outils. C'est- au travers de ce type de réseaux francophones que cela peut avancer.

Monsieur CHARPENTIER souligne que les politiques ont pris en compte le handicap. Une réflexion se met en place actuellement.

15h30 / 16h00 : Table ronde démarche qualité – Animée par Pascal Beau

- Med Benchohra, Conseiller en organisation, qualité et RH auprès de la Direction Générale de l'UGECAMIF
- Michel Grillet, Directeur de l'établissement de l'ESSR Le Prieuré Avon
- Michel Le Gall, Responsable Ergothérapie Médecine Physique et réadaptation Coubert
- Philippe Bourges, Directeur, Réadaptation Professionnelle Coubert
-

Monsieur BENCHOHRA explique les fondements de la démarche qualité au sein de l'Ugecam Ile de France tant sur la réadaptation professionnelle, sanitaire et médico-sociale.

L'accent est mis sur les axes politiques et la stratégie qui font le sous-bassement de cette fondation. Les établissements sanitaires sont dans une démarche d'accréditation. Pour les médico-sociaux, notamment les CRP, ils se sont engagés dans une démarche de certification intégrée dans une démarche globale, la démarche qualité. Il en va de même pour les instituts de rééducation.

Compte tenu de la différence des activités, des méthodes, la direction générale de l'Ugecam a émis une volonté politique, une ambition, a dessiné un projet, introduit de qualité. Cela est en voie de construction. Le socle commun est promouvoir, développer et améliorer de façon permanente le service rendu et la qualité de vie au travail. Cela repose sur un concept fondamental dessiné sous le triptyque de la performance : organisme, corps social, patients – enfants – bénéficiaires. Ils sont imbriqués dans une performance, une attente, une demande. La qualité est un équilibre des trois. Cela passe par la qualité des moyens, des hommes.

Au départ, existaient des priorités. Les efforts consacrés à ces démarches sont inégaux d'un établissement à l'autre, d'un individu à l'autre... Les démarches au sein des médico-sociaux sont plus relatifs. Les sanitaires ont des règles institutionnelles, ... Les implications sont naturellement

inégaux de la part des personnels mais elles existent.

Monsieur GRILLET fait part de l'expérience du Prieuré. Les deux démarches du pôle gérontologique étaient presque simultanées. Des groupes de travail transverses ont été organisés. La moitié du personnel a participé à ces groupes de travail. La difficulté est la formalisation non faite, la communication insatisfaisante et l'évaluation importante mais qui n'était pas culturelle. En mai 2003, des améliorations de ces défauts de fonctionnement ont été réalisés. Fin 2003 a été consacré à l'auto-évaluation. Une participation importante du personnel a eu lieu.

Le problème actuel est que la démarche d'accréditation est quasi-terminée. Le passage des visiteurs s'est déroulé dans de bonnes conditions, et il est nécessaire de glisser vers une démarche qualité pérenne et une réflexion sur le montage d'indicateurs. L'important est la perception positive de la procédure de la part du personnel.

Une certaine insatisfaction de la part du personnel oblige à tenir une réflexion.

Monsieur LE GALL, en terme d'ergothérapie, souligne que l'accréditation a un enjeu de percevoir. Il s'agit d'une dynamique participative et d'entreprise. La différence entre la 1^{er} et la 2^{ème} visite d'accréditation est que la 1^{ère} est un engagement politique ciblé. Ensuite, vient la description la plus juste possible des pratiques dans les établissements. Au final, pousser les

établissements à produire un plan d'actions en attendant la 2^{ème} visite. Il est important de préciser que la pré-accréditation est un moment très difficile. Il ne faut pas rester sur la satisfaction de la première visite. Cela a pour conséquence de transformer une dynamique en une stigmatisation et à une difficulté de redynamiser, à gérer une qualité de documentation et en assurer le suivi. Le troisième problème est comment faire comprendre aux personnes que l'on passe de la qualité au processus de l'amélioration continue de la qualité. Pour la deuxième visite, l'ANAES propose une version beaucoup plus précise. La particularité est la présentation de référentiels globaux et spécifiques aux 4 grands domaines (MCO, soins de suite et rééducation,...).

Ce qui est parfois choquant est de dire qu'avant l'accréditation, il n'y a rien. L'accréditation a permis uniquement d'avoir une culture d'entreprise, acquérir des notions de transversalité, que la santé s'est centrée sur un "produit" – le patient.

Philippe BOURGES rappelle qu'un décalage existe entre le sanitaire et le médico-social. La difficulté en tant qu'établissement de réadaptation professionnelle était que le métier n'était pas défini. La première démarche était de trouver un partenaire pour définir la réadaptation professionnelle et repérer les clients (Cotorep, stagiaires, entreprise). Il faut intégrer les attentes de la clientèle mais également des partenaires. Une norme est aujourd'hui existante avec l'AFNOR.

La démarche s'approche de la conception globale en s'intégrant dans une démarche portée par un réseau. 15 CRP au sein de l'assurance maladie permettent de s'inscrire dans cette même démarche. L'autre aspect est que la réadaptation professionnelle est une prestation très mal connue. L'avantage est d'avoir réussi à définir un support de communication

présentant les services de réadaptation professionnelle. Cela évite une évaluation sur autre chose que le cœur de métier.

Dans le cadre de la loi du 02.01.2002, le conseil national de l'évaluation doit prendre en compte les référentiels du métier.

Les préalables sont mis en place. Les professionnels ont commencé à travailler à la préparation de la certification.

La loi médico-sociale indique que les 25 000 établissements médico-sociaux sont en démarche auto-évaluation interne et doivent être certifiés en 2009. Chaque établissement est libre de s'inscrire dans sa démarche de certification.

Monsieur BENCHOHRA nuance les propos de Monsieur LE GALL sur la culture d'entreprise car celle-ci doit être incluse dans les pratiques quotidiennes. Elle a apporté une culture de décloisonnement. Cela bouleverse les comportements professionnels. L'accréditation a l'avantage de bousculer les habitudes.

les indicateurs doivent être simples, accessibles et être suivis. Il ne faut pas en faire une fin en soi. C'est l'amont qui est important, ce qui va produire l'action. (MB)

Un gros travail a été réalisé, à savoir le document COMPAQH qui analyse l'ensemble des indicateurs proposés par les 2 agences sous couvert du ministère de la santé et qui pourraient voir le jour dans les établissements. 8 domaines d'objectifs prioritaires ont été créés et 14 indicateurs définis apparaissent comme obligatoires. La problématique sera de voir la pertinence des indicateurs soins de suite et rééducation. Il manque particulièrement des indicateurs plus proches, à savoir dans le domaine de la réadaptation et la pertinence du retour à domicile.

16h00 : Clôture

Marie Antoinette Chaplain, directeur de l'UGECAMIF clôture les débats de cette journée, dense, en remerciant les intervenants.

Les évolutions des modes de prise en charge ont été développées tendant, aujourd'hui, à prendre en considération le patient avec la globalité de ses difficultés, voir le handicap dans un environnement donné.

Ces différentes modalités de prise en charge ne peuvent être réalisées que dans le cadre de réseaux impliquant les différents acteurs autour du patient. Cela implique une évolution culturelle car, évaluer la prise en charge, cela remet en cause les pratiques professionnelles.

Les indicateurs qualité traduisent les actions et permettent des comparaisons d'activité, de pratiques et de coûts.

Tous les participants ont pu démontrer que la pla des Ugecam est bien au sein de ce salon.

Annexe – Hospitalisation à domicile

- Intervention de M. Drivet

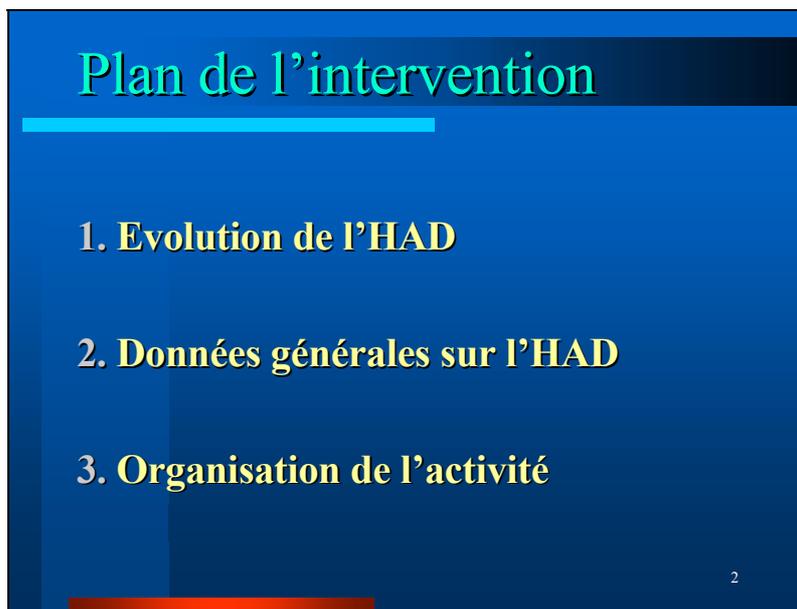


Logo: SANTÉ service
Accompagner et soigner à domicile

L'hospitalisation à domicile

HAD

René DRIVET



Plan de l'intervention

1. Evolution de l'HAD
2. Données générales sur l'HAD
3. Organisation de l'activité

2

1. Evolution de l'HAD

1.1 Les premières expériences

- L'apparition de l'HAD en France date de 1956. A l'époque, le Professeur Siguier, devant la surpopulation des services hospitaliers, décide de suivre des patients à domicile.
- En 1956, Pierre Denoix, alors directeur de l'IGR, décide aussi de tenter l'expérience de l'HAD. La formation des premières infirmières et les premières expériences, qui seront par la suite étendues, débutent à l'IGR avec la collaboration de la Ligue nationale contre le cancer.

3

1.2 Le cadre juridique

Il intervient au début des années 90. Période au cours de laquelle les autorités sanitaires définissent les alternatives à l'hospitalisation, dont l'HAD fait partie.

4 axes en ressortent :

- **l'HAD est située entre la ville et l'hôpital**

“Les structures de soins alternatives à l'hospitalisation ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée”.

- **les soins doivent être complexes et fréquents**

“Les structures d'HAD permettent d'assurer au domicile des soins médicaux et para-médicaux. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquences des actes”.

4

- “Les structures d’HAD sont tenues d’assurer la permanence.
- La coordination est assurée par le médecin coordonnateur qui veille à l’adéquation et à la permanence des prestations fournies aux patients, ainsi que par le cadre infirmier qui assure la coordination des interventions des personnels para-médicaux.

5

1.3 Le contenu de l’activité

Les activités susceptibles d’être prises en charge en HAD ont été définies récemment (circulaire mai 2000 - circulaire février 2004) :

- chimiothérapie,
- soins palliatifs,
- traitement de la douleur,
- nutrition,
- assistance respiratoire,
- ante et post partum,
- pansements complexes,
- etc...

6

1.4 Une nouvelle impulsion

- Volonté de porter à 8 000 les places d'HAD,
- En termes de planification :
 - suppression du taux de change,
 - suppression de l'imputation à la carte sanitaire,
 - obligation pour les SROS 3 d'intégrer le développement des alternatives à l'hospitalisation.

7

2. Données générales sur l'HAD

2.1 Données quantitatives

- 4 740 places autorisées,
- 33 départements ne disposent d'aucune place,
- la région parisienne comprend 2 300 places.

2.2 Données qualitatives

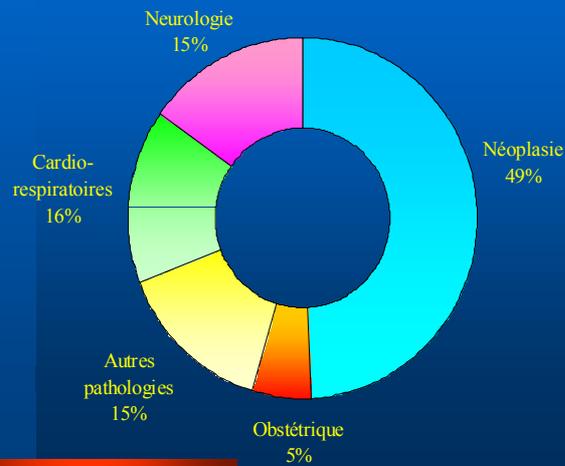
- chimiothérapie (22 %)
- soins palliatifs (18 %)
- pansements complexes (14 %)
- traitements anti-infectieux (9 %)
- obstétrique (7 %)

2.3 Données économiques

- Coût moyen \approx 150/160 €

8

Activité 2003 par pathologie (journées)



9

3. Exercice de l'activité

3.1 La prescription

Elle est faite :

- soit par un médecin hospitalier,
- soit par un médecin de ville.

3.2 Le processus de prise en charge

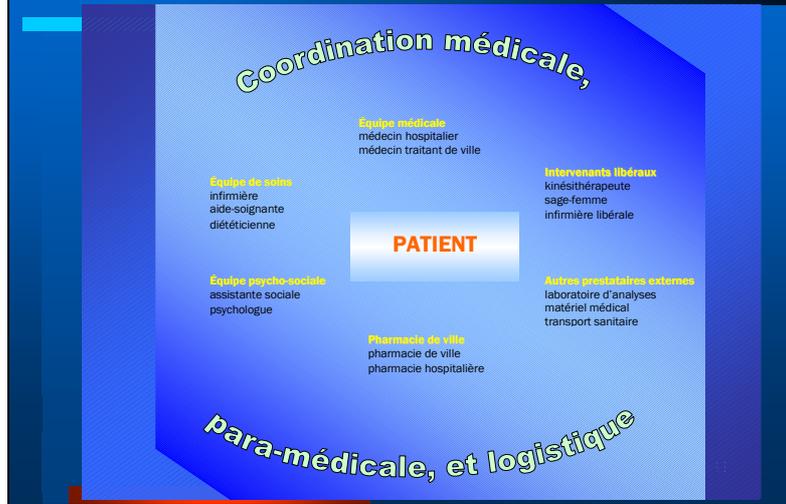
Les conditions :

- évaluation des besoins du patient,
- accord du patient,
- accord du médecin traitant.

La prise en charge globale et coordonnée :

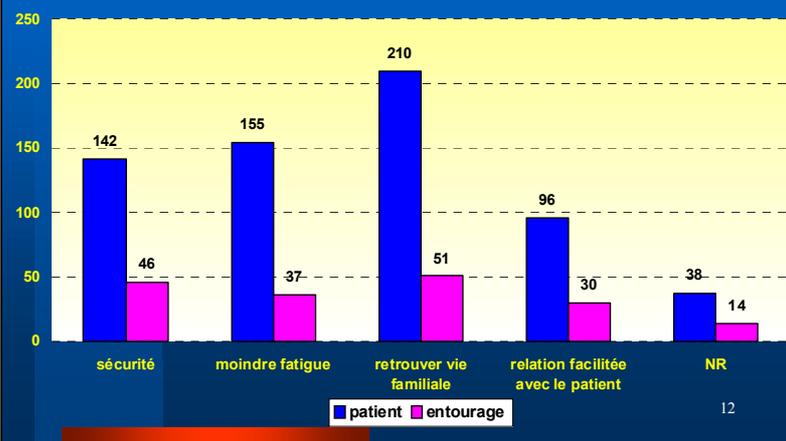
10

Une équipe pluridisciplinaire coordonnée



HAD - avantages ressentis au domicile

Répondants : 390



Annexe – Classification internationale du fonctionnement du handicap

- Intervention de M. MAUDINET

C.I.H et C.I.F

A partir du schéma : maladie ou trouble → déficience → incapacité → désavantage. *C.I.H.* 1980 « **qu'est-ce que le handicap ?** »

la *C I F du handicap et de la santé* considère le handicap comme le résultat d'une construction sociale.

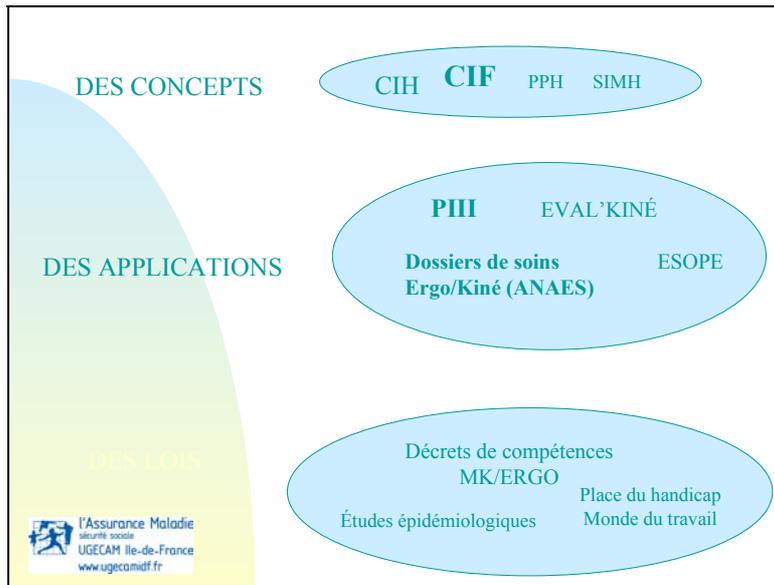
A La question précédente s'ajoute la question « **quand y a-t-il handicap ?** »

C.I.F.

Objectifs :

- Offrir une **base scientifique** pour l'identification des variations du fonctionnement humain.
- Établir un **langage commun**
- Permettre la **comparaison de données** entre :
 - pays,
 - disciplines sanitaires,
 - services,
 - périodes.
- Offrir un **schéma systématique de codage** pour les systèmes d'information sur la santé.

- Intervention de M. ABOIRON



- Intervention de M. CHARPENTIER

