

SUJET : ATIH PSYCHIATRIE HOPITAL

TITRE : Financement de la psychiatrie: nouveaux groupes de travail à l'Atih

PARIS, 15 avril 2011 (APM) - Deux nouveaux groupes de travail vont être mis en place et menés par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) pour progresser dans l'élaboration d'un nouveau modèle de financement de la psychiatrie, a-t-on appris de source professionnelle.

Ces groupes techniques, dont les conclusions doivent être applicables au 1er janvier 2012, ne sont pas chargés d'élaborer ce nouveau modèle de financement, note-t-on.

L'élaboration du nouveau modèle relève d'un comité de pilotage plus "politique". La direction générale de l'offre de soins (DGOS) avait annoncé en 2010 vouloir le réunir début 2011 mais cette réunion n'a pas encore eu lieu.

Le Dr Anne Buronfosse a été désignée chef de projet sur l'ensemble des travaux relatifs au champ de la psychiatrie à l'Atih, a annoncé l'agence le 24 mars lors de la deuxième réunion du comité technique psychiatrie (cf dépêche APM HMNL3006).

Deux sous-groupes thématiques vont être mis en place, l'un traitant des sujets relatifs à la qualité des données du recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P), l'autre formulant des propositions en termes de "restitutions médico-économiques" des données.

L'Atih va solliciter les fédérations hospitalières (FHF, Fehap, UNCPSY) et le Collège national de l'information médicale (Cnim) pour désigner les membres de ces groupes. Elle souhaite que soient représentés les établissements publics, les établissements privés, les établissements mono-activité et multi-activités, la psychiatrie générale et la pédopsychiatrie.

L'objectif affiché de l'Atih sur 2011-12 est "d'acquérir une connaissance partagée du champ d'activité de la psychiatrie".

Le sous-groupe "qualité des données" comprendra des médecins de département d'information médicale (DIM). Il a pour objectif de proposer des actions correctrices pour améliorer la qualité des données.

Il poursuivra l'amélioration du guide méthodologique de production du RIM-P, dont une nouvelle version a été lancée le 1er janvier. Il s'agit de préciser les définitions ou les modalités de codage qui sont actuellement sources d'hétérogénéité du recueil. Il est prévu une nouvelle version au 1er janvier 2012.

Le sous-groupe "Restitutions médico-économiques" sera plus large, comprenant des médecins DIM, des praticiens, des gestionnaires (contrôleurs de gestion notamment), des chargés de mission d'agences régionales de santé (ARS).

L'objectif est de "mettre en relief" les données médicales, comptables et financières renseignées par les établissements et transmises à l'Atih pour apporter aux professionnels, établissements et ARS, "des éléments d'aide à la décision", a indiqué l'Atih.

L'Atih va également mener, mais hors de ces deux sous-groupes, un travail sur la qualité des données financières et comptables issues du retraitement et "une revue générale des aspects organisationnels, réglementaires, financiers sur le champ de la psychiatrie en France".

Pour 2012, l'Atih a annoncé plusieurs travaux, notamment sur le volet géo-populationnel, un des quatre compartiments du modèle de la valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP) étudié depuis 2004 et particulièrement demandé par les hôpitaux publics.

Elle mènera une description et une analyse des "déterminants du recrutement géographique des établissements", mais aussi des "analyses statistiques exploratoires" sur les trajectoires de soins, les activités "frontière" telle que l'addictologie.

L'Atih annonce également une étude des "évolutions structurelles" à apporter au recueil du RIM-P, une réflexion autour des modalités de construction d'une classification, et une évaluation de la méthodologie la plus adaptée pour caractériser les ressources mobilisées et les coûts de prise en charge.



A blue header banner. On the left, there is a logo for 'Aide ? Assistance Publique Hôpitaux de Marseille'. In the center, the text reads 'APM - Agence de Presse Médicale'. On the right, there is a logo for 'APM INTERNATIONAL A REUTERS Company'. Below the banner, there are navigation arrows and a 'Sommaire' button. At the bottom right, there is a 'Version imprimable' icon and text.

SUJET : *PSYCHIATRIE HOPITAL PROJET DE LOI SENAT CONTRAINTE RESSOURCES HUMAINES*

TITRE : **Effectifs en psychiatrie: pas de moyens en plus prévus avec la réforme des soins sans consentement, indique Nora Berra**

PARIS, 15 avril 2011 (APM) - La secrétaire d'Etat chargée de la santé, Nora Berra, a indiqué mercredi qu'il n'y aurait pas de moyens supplémentaires concernant les professionnels de santé pour accompagner la réforme de l'hospitalisation sous contrainte, lors d'une audition par la commission des affaires sociales du Sénat.

Lors d'une réunion mercredi consacrée au projet de loi sur les droits et protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, plusieurs sénateurs de la commission des affaires sociales ont critiqué "la précipitation" du gouvernement pour préparer et faire appliquer cette réforme et ont interrogé la secrétaire d'Etat chargée de la santé sur les moyens d'accompagnement.

"Du côté des professionnels de santé, nous estimons, au-delà de la question de leur inégale répartition sur le territoire, que des moyens supplémentaires ne sont pas nécessaires car, en limitant l'hospitalisation, nous permettons un transfert vers l'ambulatoire", a déclaré Nora Berra, selon le compte rendu de l'audition.

La secrétaire d'Etat a repoussé la demande de certains sénateurs de rédiger un projet de loi plus large portant sur l'ensemble de l'organisation de la psychiatrie, estimant que "beaucoup de mesures n'entr[ai]ent pas dans le domaine législatif".

Elle a rappelé que le gouvernement préparait "un plan de santé publique ambitieux pour l'organisation et les moyens de la prise en charge psychiatrique" qui sera présenté à l'automne.

En ce qui concerne la sectorisation, la secrétaire d'Etat a indiqué qu'une "réflexion [était] en cours" et que le gouvernement était "ouvert sur cette question".

Adopté en première lecture à l'Assemblée nationale le 22 mars, le projet de loi, qui doit entrer en vigueur le lundi 1er août, réforme les modalités de l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et de l'hospitalisation d'office (HO) définies dans la loi du 27 juin 1990, rappelle-t-on.

Il crée la possibilité de soins sans consentement en suivi ambulatoire. Toute modalité de soins sans consentement sera décidée après une période d'observation de 72 heures (cf dépêche APM HMOCG008). Le texte prévoit aussi un contrôle accru du juge des libertés et de la détention (JLD) sur la légalité des hospitalisations sans consentement, après 15 jours et tous les six mois (cf dépêche APM HMOCH003).

Il sera discuté en séance publique les mardi 10 et mercredi 11 mai au Sénat.

co/ab/APM polsan
redaction@apmnews.com

COODF003 15/04/2011 16:11 ACTU



A complex header banner. On the left, there is a logo for 'Aide ? Assistance Publique Hôpitaux de Marseille'. In the center, the text 'APM - Agence de Presse Médicale' is displayed. On the right, there is a logo for 'APM INTERNATIONAL A REUTERS Company'. Below the banner, there are navigation arrows and a 'Sommaire' button. At the bottom right, there is a 'Version imprimable' link with a printer icon.

SUJET : IRDES TRAVAIL ASSURANCE MALADIE AT-MP

TITRE : **Les conditions de travail entraînent une augmentation des dépenses de santé, selon une étude de l'Irdes**

PARIS, 15 avril 2011 (APM) - Les risques professionnels (pénibilité physique actuelle et passée, risques psychosociaux) induisent une augmentation des dépenses de santé engagées en ambulatoire, à l'hôpital et dans la prise d'arrêts de travail, selon une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes).

Dans cette étude mise en ligne début avril sur le site de l'Irdes, Thierry Debrand s'appuie sur un échantillon de 11.572 actifs âgés de 18 à 65 ans (dont 47,3% de femmes) extrait des données de l'enquête santé de l'Insee conduite en 2002-03.

Les indicateurs de santé retenus étaient le nombre de recours aux soins de médecins généralistes ou spécialistes au cours des 12 derniers mois, la prise d'arrêts de travail entre la première et la troisième visite de l'enquêteur, et le fait d'avoir été hospitalisé en établissement ou à domicile au cours des 12 derniers mois.

Pour les conditions de travail, les indicateurs mesuraient l'exposition aux risques physiques actuels (au moment de l'enquête), aux risques physiques passés, et aux risques psychosociaux actuels. L'un de ces indicateurs mesurait le fait d'être actuellement exposé à un risque physique ou à un risque psychosocial ou avoir été exposé dans le passé à un risque physique.

Selon cet indicateur, pour les soins ambulatoires, l'étude montre que la part du nombre de consultations annuelles attribuables aux risques professionnels est de 10,2% (11,4% pour les hommes, 9,3% pour les femmes).

L'exposition à ces risques professionnels, selon ce même indicateur, expliquerait 34,1% des arrêts de travail pris pendant les deux mois d'enquête, et induirait 19,3% des hospitalisations (23,3% pour les hommes et 16,3% pour les femmes).

L'auteur relève que le cumul de ces risques entraîne par ailleurs des effets néfastes supplémentaires. Il observe que 21,8% des travailleurs sont simultanément exposés aux risques physiques et psychologiques actuels, tandis que 13,9% ont en plus été exposés à des risques physiques.

L'étude conclut que, selon la méthode d'estimation retenue, les individus soumis à un tel cumul ont entre 22,4% et 22,51% de consultations en plus par rapport aux salariés sans exposition, entre 46,3% et 56,1% d'arrêts de travail en plus et entre 33,3% et 35,9% d'hospitalisations en plus.

Ces résultats sont, à champs comparables, supérieurs aux recours reconnus par l'assurance maladie comme étant attribuables au travail et qui constituent entre 4% à 5% des consultations ambulatoires annuelles (mais 10,2% selon l'étude), de 12% à 13% des personnes arrêtées (34,1%), et de 2% à 3% des hospitalisations (19,3%).

"Nous trouvons donc un effet important de la minoration de la prise en compte des conditions de travail dans les dépenses de l'assurance maladie. Cette sous-estimation a donc comme conséquence un transfert des charges entre les ménages et les entreprises", souligne l'auteur.

Il invite la commission d'évaluation de la sous-déclaration des accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP), présidée par Noël Diricq, à s'appuyer sur de telles études afin de calculer la compensation entre la branche maladie et la branche AT-MP, et suggère de renforcer l'efficacité de la prévention des risques professionnels.

(Rapport consultable sur:

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT41InfluenceConditionsTravailDepensesSante.pdf>)

vg/ab/APM polsan
redaction@apmnews.com

VGODF002 15/04/2011 18:39 ACTU



[Aide apHm](#) | [Intranet](#) | [Informations légales](#)

REUTERS 

Prévention de la violence en milieu hospitalier Plusieurs démarches expérimentées

15.04.11 - 18:09 - HOSPIMEDIA |

De la signature d'un protocole de coopération entre l'hôpital et les forces de l'ordre à la mise en place d'une politique d'établissement dédiée, des établissements de santé ont mis en place des stratégies destinées à prévenir et gérer les violences en milieu hospitalier. Plusieurs retours d'expériences ont été présentés lors d'une manifestation organisée le 14 avril à Paris par la FHF.

Le terrible drame de l'hôpital psychiatrique de Pau a accéléré la prise de conscience des pouvoirs publics avec la création d'un [observatoire national de la violence en milieu hospitalier](#) et la signature d'un protocole national entre le ministère de la Santé et le ministère de l'Intérieur. Pour autant, seuls 450 établissements publics et privés ont signé à ce jour un protocole santé-sécurité-justice, outil mis à leur disposition depuis 2005. "La signature d'un tel protocole permettrait pourtant aux directeurs des établissements de bénéficier des conseils d'un référent santé, un policier ou un gendarme formé qui peut apporter sa connaissance de professionnel de la sécurité", a plaidé le Lieutenant-colonel Jean-Michel Bigot de la Gendarmerie nationale. Si la culture hospitalière et soignante ne facilite pas forcément le rapprochement avec les forces de l'ordre, des établissements de santé ont cependant opté pour une politique concertée, notamment avec le Comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail (CHSCT) de l'établissement, autour de la problématique violence.

Une commission "violence" au CHU de Besançon

Le CHU de Besançon a choisi d'aborder la question de la violence sous l'angle de l'amélioration des conditions de travail. Suite à un vote du CHSCT, une commission violence a été créée au sein de l'établissement. Elle regroupe des délégués syndicaux, les médecins du travail, des cadres soignants mais aussi des représentants de la direction. Lydie Froment, DRH au CHU, a détaillé la démarche mise en œuvre suite aux travaux de cette commission. En premier lieu, l'établissement a mis en place une procédure de déclaration des situations de violence par intranet. Ces déclarations sont communiquées aux médecins du travail, qui en font une synthèse annuelle devant le CHSCT. "En 2010, nous avons comptabilisé 253 déclarations. Contrairement aux chiffres de l'observatoire national, c'est le personnel de gériatrie qui déclare le plus d'actes de violence. Enfin, un tiers de ces

déclarations concernant des violences entre personnels", a précisé Lydie Froment. Soucieux de mieux prendre en charge ces situations de violence, l'établissement a recruté deux psychologues à temps partiel : entretiens individuels avec les agents, soutien des équipes, groupes de paroles... Plusieurs procédures ont été élaborées, comme l'accompagnement des agents par la direction en cas de dépôt de plainte ou encore les conduites à tenir pour les cadres soignants, les chefs de service ou les témoins des actes de violence. Les formations du personnel à la gestion de la violence font partie des priorités du plan de formation de l'établissement. "L'intérêt de la démarche est qu'elle s'inscrit dans le dialogue social", a souligné la DRH de l'établissement. "Toutefois, nous avons comme perspective de signer un protocole santé-sécurité-justice".

Sécurité des personnels mais aussi des patients

A l'hôpital de Lanmeur dans le Finistère, c'est une bataille meurtrière entre deux résidents de long séjour qui a conduit la nouvelle direction de l'hôpital à opter en urgence pour un plan de prévention de la violence : téléphones portables avec des numéros pré-enregistrés pour les agents de nuit, rédaction de procédures de signalement des actes de violence, formation des agents, signature d'un protocole d'intervention avec la gendarmerie... Partant du constat que la sécurité des patients et celle des personnels sont indissociables, les urgences de l'hôpital Bichat-Claude Bernard à Paris ont pour leur part inscrit la prévention de la violence comme projet qualité du service. Selon les données de l'observatoire nationale, les soignants des urgences et de psychiatrie sont ceux qui sont les plus exposés aux situations de violence. "Ces situations entraînent une dégradation des conditions de travail et de fait une diminution de la qualité des prestations pour les patients accueillis", a souligné le Pr Enrique Casalino, chef de service des urgences de Bichat. Un travail en équipe a notamment permis de formaliser là aussi une conduite à tenir devant un patient en situation de crise qui insulterait par exemple une infirmière.

Joëlle Maraschin