

LES ASSOCIATIONS D'HABITANTS DU GRAND GRENOBLE LIEN ET OUVERTURE LAHGGLO

----- 0 -----

Secrétariat provisoire (lundi au vendredi, 8h30 - 13h30) : 6, rue du 4 septembre- 38000 GRENOBLE

Tél/Fax : 04.76.87.64.67 – Email Secrétaire: pschaar@mageos.com

Email Présidence: jla_perso@hotmail.com

EVOLUTIONS des STRUCTURES de SANTE PUBLIQUES et PRIVEES

Compte rendu de la réunion du mercredi 11 juin salle du conseil municipal à La Tronche. Après une présentation de R. Passy, Directeur général adjoint du CHU de Grenoble, a eu lieu un débat avec une intervention de N. Mallet chargée de la politique de prévention, santé et personnes âgées au Conseil Général.

Introduction de JL André président de LAHGGLO, regroupant les associations de quartier du grand Grenoble

De nombreuses structures de santé se déplacent ou se réorganisent, c'est pourquoi cette réunion correspond à une forte demande des unions de quartier qui cherchent à comprendre la logique d'ensemble. En particulier à La Tronche¹ qui voit se mettre en place un PIG (Projet d'Intérêt Général), le pôle couple enfant à côté de l'hôpital général.

Quelles structures médicales demain dans notre bassin de vie ?

Partie 1 : Présentation, planification et politique de santé, par R.Passy

1 - Le Régime du Financement des Hôpitaux

Contrairement à une idée encore répandue, les établissements publics de santé ne reçoivent pas leur financements courants de l'Etat, mais principalement des régimes d'Assurance Maladies dont ils accueillent les assurés sociaux et leurs ayant droit.

Suivant le principe du « Tiers Payant », les assurés sociaux sont dispensés de l'avance de frais. Pour la partie restant à la charge des assurés (ticket modérateur et forfait journalier) et sauf cas d'exonération, l'hôpital facture directement aux patients ou à leurs mutuelles.

Pour les démunis, c'est l'aide médicale de l'Etat ou des collectivités qui est sollicitée.

Depuis 1984, les Hôpitaux Publics ne sont plus rémunérés par l'Assurance Maladie et les assurances complémentaire suivant un prix de journées, mécanisme jugé « inflationniste » encourageant à augmenter l'activité, mais reçoivent une Dotation Globale de Financement forfaitaire fixée par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation après consultation des organismes d'assurances maladie et dans les limites de l'enveloppe régionale attribuée par le ministère de la Santé à la suite du vote annuel par le Parlement de l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM). Cette enveloppe est attribuée à la suite d'un « Contrat d'Objectifs et de Moyens » que chaque établissement doit passer avec l'Agence Régionale et qui prévoit la conformité aux objectifs sanitaires de l'Etat dans la Région.

Les autres recettes (Mutuelles, recettes diverses) viennent seulement diminuer la part de l'Assurance Maladie, sauf autorisation de l'Etat pour les utiliser à d'autres fins.

Le régime financier des Hôpitaux privés (« cliniques ») est différent. Les médecins y sont, la plupart du temps, non des salariés mais des praticiens libéraux rémunérés à l'acte directement par l'Assurance maladie sur base de la convention nationale établie entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés et les syndicats médicaux.

¹ Rappelons que dans cette commune de 6500 habitants ou l'hôpital occupe 27 hectares, il n'y a presque plus de surfaces constructibles, ce manque de nouveaux habitants pénalise les quartiers anciens Péage/ Petite Tronche

Les coûts de la clinique (forfait biologie, de salle d'opération, de salle d'accouchement, de médicament, frais d'hébergement..) sont réglés par les caisses d'Assurance Maladie sur des tarifs conventionnels négociés dans les limites d'un Objectif National Quantifié.

Certains hôpitaux privés gérés par des associations à but non lucratif sont assimilés aux hôpitaux publics pour le régime de financement sous le statut de « Participant au Service Public Hospitalier » (PSPH) comme la Clinique Mutualiste à Grenoble.

Cette différence de traitement entre Public et Privé, alors que la source de financement est la même et certaines missions identiques (sauf les charges spécifiques pesant sur le Public comme la permanence des urgences, l'accueil des démunis ou l'enseignement et la recherche) est nuisible à une bonne complémentarité et comparaison entre établissement.

Le projet de tarification à l'activité, prévu pour mise en œuvre progressive à partir de janvier 2004 devrait rapprocher les régimes.

Une des difficultés de cette réforme sera de bien identifier les charges spécifiques du secteur public, et notamment des CHU, qui sont des hôpitaux d'importance régionale qui sont liés par convention avec une Université comportant des Unités d'Enseignement et de recherche de Médecin et de Pharmacie (« Facultés ») : Comment estimer les coûts supplémentaires engendrés par l'accueil des étudiants (enseignement), par les travaux de recherche ? Dans les CHU, une partie du personnel médical est également personnel enseignant et chercheur des Universités.

2 - Statut et Pouvoir Décisionnel

Les agents hospitaliers non médecins ne sont ni fonctionnaires de l'Etat, ni des collectivités territoriales, mais appartiennent à la 3^{ème} grande fonction publique, « hospitalière ».

Les personnels médicaux disposent de statuts particuliers qui en font des « agents publics » relevant, pour la discipline déontologique, du même Conseil de l'Ordre des Médecins que les praticiens libéraux.

Chaque hôpital public est un établissement autonome qui dispose de son Conseil d'Administration présidé généralement par le maire de la commune siège (**exception faite de la Tronche**), de son directeur et de son budget.

Cependant, et compte tenu des enjeux économiques et sociaux importants ainsi que du rôle de l'Etat en matière de Santé Publique, les Hôpitaux Publics sont soumis à une étroite tutelle, notamment financière, de la part des représentants de l'Etat dans la région (Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation) et dans le département (Préfet).

3 - Place dans la planification sanitaire

a - L'organisation Sanitaire Générale

L'organisation sanitaire de la région est structurée par :

- Un cadre « qualitatif » : le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire qui décrit les types d'activités, leur implantation et leur complémentarité.
- Un cadre « quantitatif » : la Carte Sanitaire, qui fixe des indices démographiques pour les activités et les équipements (ex : lits de néonatalogie/population d'un secteur).

Pour cette planification, la région est découpée en secteurs sanitaires et les acteurs publics et privés de la santé sont associés à la préparation des décisions prises par la Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, (ou par le ministre de la Santé pour les opérations d'importance inter régionale et nationale) au sein des conférences sanitaires de secteur et de la Commission Régionale de l'Organisation Sanitaire ou de la Commission Nationale de l'Organisation Sanitaire)

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire actuel qui porte sur la période 1999-2004 a cherché à définir des « pôles » majeurs, et hiérarchisés entre eux autour d'établissements ou de groupes d'établissements importants. Par exemple, dans la région Rhône-Alpes, des pôles de référence universitaires, autour des Hospices Civils de Lyon, du CHU de Grenoble et du CHU de St Etienne, et

des pôles hospitaliers importants autour de Bourg en Bresse, Voiron, Bourgoin, Vienne, Chambéry, Annecy,...jusqu'aux pôles « de proximité renforcée» et « de proximité » d'établissements plus modestes (st Laurent du Pont, la Mûre, etc..).

Au sein de ces pôles sont décrites les activités autorisées, et le Schéma Régional prévoit les mises en réseau entre elles. Il est tenu compte des capacités des établissements privés pour établir cette organisation.

Chaque établissement public de santé doit élaborer un **projet d'établissement** (qui associe projets médical, social, de gestion, du système d'information, et des soins infirmiers..).

Sur cette base, il passe un contrat d'objectifs et de moyens (COM) avec l'ARH, qui prévoit la mise en œuvre des orientations du SROS et les aides financières apportées en contre partie, notamment pour compenser les sur-coûts d'investissements (frais financiers, amortissements).

Le plan « Hôpital 2007 » a été ainsi l'occasion d'apporter un appui aux hôpitaux publics et privés pour leur modernisation.

b - Exemples d'organisation sanitaire dans le secteur 4

Les Urgences :

Les services d'urgence hospitaliers subissent une augmentation régulière d'activité de plus de 4% par an. Le SROS prévoit une prise en charge graduée par plusieurs niveaux d'Accueil :

- Service d'Accueil des Urgences (SAU) en CHU, du niveau le plus élevé (permanence 24/24 d'anesthésistes et de chirurgiens adultes et enfants, dans un grand nombre de spécialités)
- Unités de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU), permanentes mais plus généralistes et devant orienter vers le SAU dans les cas les plus graves (Clinique Mutualiste, CH de Voiron).

Le projet d'implantation de la Clinique des Cèdres à Echirolles pourrait également comporter un UPATOU. La Clinique Mutualiste reçoit aussi certains cas pédiatriques en garde.

La médecine de ville est une composante essentielle de la permanence des soins et les évolutions des pratiques médicales des généralistes ont une influence directe sur la fréquentation des urgences par des patients qui présentent des affections sans gravité.

La Péri natalité :

Aujourd'hui le taux de mortalité péri natale en France est situé moyennement en Europe (alors qu'elle était au premier rang il y a 20 ans)²La politique actuelle vise à renforcer la qualité des soins techniques en concentrant les moyens lourds dans des structures spécialisées. Les accouchements devraient être pratiqués suivant 3 niveaux :

- Niveau 3 réanimation néonatale (permanence 24*24 d'obstétriciens, d'anesthésistes réanimateurs et de pédiatres néo natologues): création d'une structure totalement sécurisée au CHU de La Tronche, ou seront dirigées toutes les grossesses multiples.
- Niveau 2 Néonatalogie : Création de niveau 2 de sécurité à Belledonne, la mutualiste ou les Cèdres (à Echirolles)
- Niveau 1 : pas de néonatalogie

Ce système suppose un travail en réseau permettant l'orientation précoce pour l'accouchement vers l'un des 3 niveaux lors du suivi de grossesse. Le risque de grossesse multiple sera porté à la connaissance des spécialistes du CHU dès l'échographie de contrôle.

² Le handicap sévère de l'enfant augmente régulièrement au fur et à mesure que décroît la mortalité néo et postnatale.

La Cancérologie :

Deux pôles principaux se dessinent:

- Le CHU (ensemble des services intervenant en cancérologie et leur concertation)
- Un Institut privé de cancérologie : *Clinique du mail et Mutualiste (radiothérapie et traitement chimiothérapeutiques) – Clinique Belledonne (Chirurgie).*

Le travail en réseau passe par l'élaboration en commun de protocoles de prises en charge.

La Gériatrie :

A la fois :

- **médicale** (court et moyen séjour et partie médicalisée du long séjour)) relevant de l'Etat et de l'Assurance Maladie,
- **médico-sociale** (partie hébergement du long séjour) relevant des Conseils Généraux.

Les moyens en lits de Gériatrie sont insuffisant au CHU. Le pavillon Brenier sera reconstruit sur le site sud (125 lit).

Un projet de pôle gériatrique se dessine autour de la clinique Mutualiste et des Bains.

La Rééducation :

L'Hôpital Sud d'Echirolles est destiné à l'implantation d'un Institut de « l'homme en mouvement » rassemblant la traumatologie, la rhumatologie et la Rééducation (cardiaque, fonctionnelle). C'est sur ce site que se redéploiera l'activité de rééducation du Centre Médico Chirurgical des Petites Roches de Saint Hilaire du Touvet qui a fusionné avec le CHU depuis le 1/01/03.

Partie 2 : Débat des invités avec les associations de quartier et le public**1 - Une logique de concentration Intervention de F Lalande, élu à La Tronche**

Le système est géré par des techniciens et l'état. Comme tout système technocratique, il évolue vers de plus en plus de concentration. Les structures deviennent gigantesques pour des raisons d'économie d'échelle. Les collectivités ont bien du mal à y intervenir car on aboutit à un système de concentration gigantesque, d'autant plus que l'hôpital de La Tronche est le seul hôpital dont le maire n'est pas celui de la commune concernée.

Ainsi, tous les repas sont préparés à Sud donc servis en barquette, toute la buanderie est traitée à Sud. Des effets pervers se font sentir. L'effet de cette concentration et de la spécialisation des structures est une énorme génération de mouvements pour éviter des frais et pour des commodités techniques. Les effets pervers portent donc sur la circulation, la qualité des prestations n'est elle pas tributaire des conditions de circulations déjà difficiles dans notre commune ?

Réponse de R.Passy :

Les décisions de regroupement sont prises notamment sous la pression de la démographie médicale et de la nécessité d'utiliser au mieux des ressources rares, mais l'évaluation des résultats demandera un certain temps (pas de recul suffisant aujourd'hui).

L'effet des « numerus clausus » dans les études de médecine se fait durement sentir : il est difficile de recruter dans certaines spécialités. Le relatif effort fait aujourd'hui en matière de formation de médecins ne produira ses effets que dans 8 ou 10 ans, avec le décalage des durées d'étude. De plus, la réduction du temps de travail médical et l'obligation de respecter un repos compensateur à l'issue de chaque garde sont des facteurs contraignants supplémentaires récents.

La rareté des infirmières, aggravée par la réduction du temps de travail, sera plus aisément compensable dans le temps. Afin de faire face à la diminution inéluctable du nombre de médecins, les projets actuels présentés au Ministre de la Santé s'orientent vers des formations complémentaires des infirmières et autres auxiliaires du médecin (ex orthoptistes, psychologues,..) pour créer un niveau intermédiaire de compétence leur permettant de pratiquer des actes techniques.

La « concentration » hospitalière publique devra être surtout qualitative (ressources spécialisées performantes, activités coûteuses et complexes) et non quantitative : les missions de base peuvent être exercées par d'autres structures (ex les accouchements sans complications peuvent être réalisés en clinique). Ainsi le CHU ne devrait pas accroître sensiblement ses capacités mais mieux les articuler.

Intervention du public :

6000 personnes ont demandé, par pétition, le maintien de la maternité à Sud, ils n'ont pas été écoutés.

2 - Décentralisation, spécialisation, mise en réseau par N.Mallet : responsable de la politique de santé, des handicapés et des personnes âgées au conseil général

Décentralisation, conventionnement :

En Isère, la politique du département est une politique de conventionnement avec des associations (ex : office départemental de lutte contre le cancer...).

Le résultat de la première décentralisation a induit une décentralisation des compétences santé dans le domaine de la prévention (Protection Maternelle et Infantile), vaccination, cancer et dans la politique de maintien à domicile (handicap, personnes âgées).

Des hôpitaux médico-social différenciés des structures d'hospitalisation à haute technicité :

Un travail constant se fait avec l'état par le biais de l'interface avec les personnels de santé qui dispense les soins à ces populations. Ce qui a permis de constater que des populations demandent des soins médicaux répétitifs sans hospitalisation (crainte aller-retour hôpitaux), en particulier les personnes âgées, les personnes connaissant des problèmes psychologiques et les maladies chroniques.

Or, les temps de présence à l'hôpital sont aujourd'hui très réduits (il arrive de rentrer à domicile avec un plâtre encore mouillé) ; même les structures de rééducation deviennent des centres pointus ou ce n'est plus le temps mais la rapidité des soins qui devient le critère d'efficacité.

Ce n'est pas le cas pour les personnes âgées dont les pathologie (ex hémiplégié) demandent du temps (3 / 4 mois...). Comme on n'a pas aujourd'hui de solution de moyen séjour gériatrique, on occupe des long séjours qui jouent un rôle tampon (st Geoirs en Valdaine).

Il a donc été décidé *d'opérer un transfert par le biais de vases communicant des personnes qui relèvent de traitements chroniques vers des structures médico-sociales*. Les hôpitaux locaux deviendront des hôpitaux médico-sociaux, plus humanisés.

Ainsi en gériatrie, l'existence d'un pôle hospitalier important à la Tronche n'est pas sans importance sur la politique des personnes âgées. *La clinique des bains deviendra un pôle gériatrique et 120 lits seront créés sur l'hôpital Sud à Echirolles*. Une maison d'accueil spécialisée en psychiatrie verra le jour dans la vallée du Grésivaudan.

L'enjeu de la deuxième décentralisation est d'interfacer la politique communale et départementale. La loi de janvier 2002 conseille de mettre en place des schémas départementalisés concernant l'enfance, les personnes âgées, les handicapés qui devraient se croiser avec les SROSS de l'A.R.H.

Intervention du public

La logique de spécialisation et de mise en réseau de la politique de santé aboutit à une concentration sur La Tronche de structures de hautes technicités.

Par ailleurs, le projet d'agglomération définit un projet pour l'hôpital Nord axé sur le développement de la partie bio du projet de biotechnologies.

Les deux projets sont en dépassement de COS à La Tronche et cherchent à obtenir de nouveaux terrains. Les deux logiques de concentration n'aboutissent elles pas à une contradiction qui sera, à terme, nuisible tant à la politique de santé qu'à la recherche ?

Réponse de M. Passy

Le Centre hospitalier **et** Universitaire est un être « hybride », comme son nom l'indique. L'Hôpital a passé une convention avec l'Université et une importante partie de son personnel bénéficie du statut d'enseignant. C'est ainsi le cas du Président de la commission médicale d'établissement et du « Doyen » (directeur de l'UFR de Médecine). Le CHU reçoit les étudiants hospitaliers et les internes pour leur formation aux soins. L'intérêt de la recherche clinique est d'être très imbriquée avec les soins. Les instituts Universitaires entrent en jeu et se spécialisent dans de nouveaux secteurs, informatique médicale (geste assisté par ordinateur...), neurologie,...

La cohérence des deux logiques, hospitalière (Ministère de la Santé) et de l'enseignement/recherche (Ministère de l'enseignement supérieur) est assurée au niveau national (premier ministre) et au niveau régional par les représentants de l'Etat (ARH et Universités).

3 - Intervention de M. Remande, maire de la commune de la Tronche

La commune demande le respect de règles du jeu :

- Adoucir les contraintes que la structure hospitalière fait jouer sur une **petite commune**.
- Assurer une ouverture sur la ville sans nouveau débordement de l'hôpital sur la commune.

4 - Le coût pour la commune : Intervention de Mme Laverlochère, élue de La Tronche

La Tronche est fière de son hôpital mais la commune est trop petite (6500 p) pour supporter les charges de l'hôpital qui ne paye pas d'impôt locaux³. La petite augmentation de la dotation de la commune est très insuffisante.

Le pôle couple enfant devrait augmenter de 900 le nombre de naissance par an, dès septembre les accouchements de la maternité Sud viendront à La Tronche.

Il faut savoir que toute sa vie une personne née à l'hôpital de La Tronche y demande des papiers d'état civil. Ainsi, aujourd'hui, 2% des tâches de l'état civil concernent des Tronchois. Les personnes hospitalisées peuvent avoir besoin de soutien scolaire et de plus une personne qui meurt sans famille est enterrée par la commune.

Le public

A l'origine le service des urgences avait son entrée bld chantourne. Lorsque le service des urgences de l'hôpital a été déplacé de l'entrée Belledonne vers l'entrée Chartreuse, l'impact sur la circulation et le stationnement ont été considérable dans la commune, la commune a t'elle été consultée ?⁴

Réponse de M. Passy

En ce qui concerne l'interface avec la politique de la commune, la situation est spécifique puisque La Tronche est le seul hôpital de France où le maire de la commune n'est pas président du Conseil d'Administration de l'hôpital (c'est celui de Grenoble)⁵.

5 - Les problèmes de circulation et de stationnement : Intervention de M. Chavoutier, élu de La Tronche

La densification et l'étalement des travaux sur une dizaine d'années vont engendrer des perturbations importantes dans la circulation communale et de transit à La Tronche. Or, elle constitue déjà un problème majeur, surtout depuis que le quai Charpenay s'est enfoncé.

Cette phase des travaux démarre en 2004 et modifie deux voiries importantes : le quai et le chemin de l'Agnelas. Par ailleurs, le stationnement est déjà un problème crucial dans la commune et pour ses commerces. Or, le stationnement n'est plus autorisé aujourd'hui à l'intérieur de l'ancien hôpital.

³ La superficie de la commune occupée par de grands équipements non productifs d'impôts locaux est de 55 hectares dont plus de 36 pour le CHU, la faculté et le cimetière.

⁴ Ndr Aujourd'hui, beaucoup de visiteurs se garent sur le trottoir le long des quais; les urgences, les ambulances passent par le pont des hôpitaux et sont souvent en plein embouteillage.

⁵ En 1994, un permis de construire pour le nouveau bâtiment des Urgences a bien été déposé auprès de la Mairie, mais il est possible que l'implication sur les sens de circulation n'ait pas été particulièrement mise en exergue à cette occasion.