**Projet Médical**

**Hôtel-Dieu de Mont Saint-Martin**

**ALPHA SANTE – GROUPE SOS**

**INTRODUCTION**

L’Hôpital « Hôtel-Dieu » de Mont St Martin (MSM) est le seul hôpital implanté sur un bassin de 120 000 habitants et 26 communes. La population est âgée et une partie importante est en situation de précarité.

1. Géographie – Implantation - population

Mont-Saint-Martin est une commune située dans le département de Meurthe-et-Moselle et la région Lorraine, voisine de la ville de Longwy. La commune est délimitée à l’ouest et au nord par la frontière belge, ainsi qu’à l’est par les frontières belge et luxembourgeoise où se trouve le « tripoint » France-Belgique-Luxembourg. Mont Saint Martin, en tant que ville frontalière, partage cette zone avec les communes voisines de Athus (Belgique), et de Rodange (Luxembourg), nommée « Pôle Européen de Développement ». Cette zone est très fréquentée notamment grâce à la présence d'un grand centre commercial (Auchan-Pôle Europe).

L’INSEE relève : « Le territoire de Longwy renaît. La population est en hausse, événement inconnu depuis 40 ans, et les zones commerciales et de loisirs se développent, témoins d'un passé qui s'éloigne et d'un avenir qui se construit. Le moteur de ce dynamisme retrouvé est le développement du travail frontalier au Luxembourg qui vient au secours de l'emploi local encore déficient, et est désormais une composante structurelle de l'environnement économique et social. L'enjeu pour demain est d'accroître le rôle du territoire, pour passer d'un bassin d'emploi à un bassin de vie transfrontalier.

Contrairement aux prévisions, depuis 1999, la population du territoire est en hausse, ce qui n'était pas arrivé depuis la fin des années 1960. Cette augmentation, relative, est surtout le fait de la nette réduction du déficit migratoire, signe que le territoire redevient attractif. Dans le même temps, le solde naturel s'améliore également. Depuis dix ans, les naissances connaissent en effet une hausse régulière, pour un nombre de décès annuel de l'ordre de 750 à 800. Ceux-ci devraient toutefois à terme augmenter car le profil démographique du territoire reste marqué par une part importante de personnes âgées (les plus de 60 ans représentent 23% de la population, contre 20% en Meurthe-et- Moselle en 2005).

L’hôpital belge d’Arlon est l’hôpital le plus proche et dispose de ressources médico-chirurgicales nécessaires à la population de notre bassin d’implantation. Il dispose surtout de praticiens qui sont volontaires pour trouver une activité sur le bassin et ainsi combler, en partie, le désert médical français sur cette zone. Il est situé à 19 km (15 mn par la route).

Le CHR de Metz Thionville est notre partenaire français le plus proche. Il se situe à 48 km (40 mn par la route) et surtout semble ne pas disposer, en tout cas à ce jour, d’un nombre de praticiens suffisants pour soutenir la reprise d’activité de l’hôpital de Mont Saint Martin.

1. Le SROS-PRS Lorraine - Rappel :

Ce projet médical s’inscrit dans les priorités du SROS-PRS Lorraine :

«  Il s’agit de répondre aux enjeux de santé de la région et à l’évolution des besoins de la population

lorraine marquée par les pathologies cancéreuses, les pathologies neurocardiovasculaires,

les maladies chroniques, ainsi qu’à l’organisation de filières de soins spécifiques telles que la prise en charge de l’AVC. Les objectifs visent à mobiliser les différents acteurs et conjuguer leurs actions sur ces problématiques en identifiant des parcours et filières de prises en charge plus lisibles.

Il s’agit pour réduire les inégalités d’accès à la santé des lorrains, de développer des actions de prévention adaptées aux besoins des personnes, de structurer l’offre de soins et la rendre accessible; ce dernier enjeu est essentiel au vu de la répartition et de la concentration des activités et des équipements sur le sillon lorrain alors que les perspectives démographiques des professionnels de santé apparaissent défavorables et en particulier sur certains territoires.

Dans ce cadre, les établissements et services sont invités à s’inscrire dans des coopérations pour optimiser leurs ressources et savoir-faire et développer davantage de lisibilité de l’offre de soins. Les hôpitaux locaux ainsi que les établissements de proximité sans plateau technique devront ainsi faire évoluer leur positionnement dans l’offre de prise en charge à l’aube de la tarification à l’activité, en diversifiant leur panel d’interventions au delà des seules activités sanitaires traditionnelles, en investissant les soins ambulatoires, la prévention et autres actions médicosociales, afin de mieux se positionner en acteurs de proximité répondant au besoin de la population locale » :

C’est l’objet même d’alpha santé et de ce projet médical qui s’inscrit dans un souci de collaboration et de partenariat avec la ville, les hôpitaux proches, et le secteur médicosocial.

Enfin, la particularité de la région Lorraine est d’être frontalière puisqu’elle partage ses frontières avec trois Etats : La Belgique, le Luxembourg et l’Allemagne ; en effet, trois de ses départements jouxtent la Rhénanie-Palatinat, la Sarre, le Luxembourg et la Wallonie. Cette particularité se traduit en termes d’orientations dans les différents schémas pour assurer la couverture particulière des lorrains et étrangers résidants près des frontières (frontaliers) tant sur le champ sanitaire que médico-social.

La problématique des ressources humaines des métiers de la santé est particulièrement prégnante en région Lorraine compte tenu des densités régionales plus faibles qu’au plan national, des fortes disparités géographiques infrarégionales dans la répartition des professionnels de santé mais également du vieillissement accru du corps médical et de la faiblesse du renouvellement générationnel (les effets de la hausse du *numerus clausus* ne sont pas encore visibles).

Ce constat est tant porté à l’égard des professionnels de premiers recours que de second recours.

**Il faut renforcer l’attractivité de notre territoire**

* Développer la télémédecine pour lutter contre l’isolement des professionnels de santé et alléger la charge de la permanence des soins en établissements de santé tout en soutenant le développement de nouvelles pratiques professionnelles et la qualité des diagnostics. Les exemples de la télé-radiologie (Briey – Metz) et de la neurologie (Bar le Duc – Nancy) proposent deux illustrations concrètes des possibilités offertes par ces nouveaux outils. Ces outils sont d’ores et déjà en place entre les hôpitaux de Mont-Saint-Martin et Arlon.
* Développer les consultations avancées de spécialités, en particulier dans les établissements de proximité comme le nôtre. Pour cela, les maisons et pôles de santé peuvent constituer des lieux privilégiés d’accueil des spécialistes libéraux des établissements de santé ; apportant ainsi une logique territoriale dans la gradation des soins. Dans ce sens, nous nous rapprochons de la Maison médicale de Longwy (même si ce travail semble complexe avec le peu de médecin généraliste et leur surcharge de travail).
* Accompagner l’installation des professionnels de santé libéraux ; cette priorité est déclinée dans le schéma ambulatoire : elle l’est au travers des maisons de santé pluri-professionnelles bien sûr, mais également *via* les pôles de santé qui constituent un outil souple de coordination entre les professionnels de santé libéraux qui peuvent ainsi continuer à gérer seul leur outil professionnel, tout en coopérant avec les acteurs de santé alentour pour une meilleure coordination du patient (systèmes d’information partagés), mais également pour offrir une plus grande plage horaire de présence sur le territoire (gestion des congés notamment). Notre hôpital se veut une plateforme indispensable à la formation des médecins libéraux et à leur intégration dans nos activités, pour un meilleur travail en filière, profitable aux patients.
* Développer les cadres juridiques de coopération dans le secteur médico-social pour mieux faire face aux besoins de personnels spécifiques et partager l’expertise. Une phase importante de ce projet consiste en une communication dirigée vers le secteur médicosocial afin de permettre une prise en charge optimale des résidents de ces établissements chez nous ou grâce à notre HAD/SSIAD.

**Notre projet intègre également les priorités régionales du PRSP :**

1. Agir sur les principales causes de mortalité notamment prématurée en Lorraine :
* Compléter et développer l’observation des maladies chroniques en Lorraine et sur le territoire du haut pays Meurthe et mosellan,
* Agir sur les principaux déterminants comportementaux (le tabac, l’alcool, la sédentarité, l’alimentation) et les facteurs de risque d’origine professionnelle,
* Développer le repérage et l’accompagnement de la souffrance psychique,
* Dépister les pathologies responsables des principales causes de mortalité,
* Développer l’éducation thérapeutique,
* Organiser une prise en charge adaptée aux besoins de la personne sur le champ des tumeurs, des maladies cardioneurovasculaires, des maladies respiratoires et du suicide.
1. Réduire les inégalités d’accès à la santé :

Promouvoir des actions de prévention adaptées aux besoins des personnes :

* Promouvoir des actions de prévention sur le champ de la périnatalité et de l’enfance.
* Promouvoir des actions de prévention sur le champ des populations en difficultés sociales
* Promouvoir des actions de prévention sur le champ des maladies chroniques
* Promouvoir des actions de prévention sur le champ de la santé mentale

La pauvreté (part de la population de moins de 65 ans vivant sous le seuil de bas revenu) est la moins élevée de la région mais voisine celle observée au niveau national. À une pauvreté urbaine liée à la localisation des logements sociaux et des zones urbaines sensibles (au nombre de neuf, dont six dans l'agglomération nancéienne, les autres à Lunéville, Mont-Saint-Martin et Toul) s’ajoute une pauvreté rurale.

L’espérance de vie est la plus élevée de la région mais elle demeure inférieure à celle observée en France. Les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs demeurent les deux causes médicales majeures de décès. Les territoires de Longwy, du Val de Lorraine et de Briey se distinguent par une surmortalité masculine par tumeur de la trachée, des bronches et du poumon.

Il est indispensable de proposer à cette population un service public de proximité, sécurisé et de qualité.

1. Maintenir et développer l’autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap : Grace à des conventions avec les établissements médico-sociaux et les partenaires du secteur.
* Préserver la santé des aidants et développer les structures de répit,
* Sensibiliser les personnes, les professionnels et les aidants sur les situations à risque de perte d’autonomie,
* Développer des actions d’éducation à la santé adaptées aux besoins des personnes,
* Favoriser l’accès au dispositif de droit commun,
* Viser la réhabilitation psychosociale,
* Adapter et diversifier l’offre dédiée aux personnes âgées et handicapées,
* Améliorer les coordinations et coopérations entre les acteurs de santé,
* Développer les filières de prise en charge.

Pour exemple, et entre autre, la filière gériatrique que nous proposons ci-après ou l’activité actuelle du secteur psychiatrique sont la traduction de fait de ces recommandations du SROS-PRS de Lorraine.

**Notre ambition est** :

* de proposer un accès de soins de proximité et de niveau 1 et 2 à toute la population du bassin de Longwy/MSM sans discrimination financière aucune,
* d’offrir des solutions adaptées et organisées en filière, grâce à nos partenaires, dans les spécialités dont nous ne disposons pas sur place (Niveau 3).

Pour ce faire, nous devons consolider nos équipes et recruter des médecins et chirurgiens (français et/ou belges et/ou autres) permettant d’offrir à MSM l’ensemble des spécialités médicales et chirurgicales d’une prise en charge de proximité.

Consolider les équipes médicales de Mont Saint-Martin :

*Ouverture aux praticiens de l’hôpital d’Arlon et à l’exercice libéral*

Le positionnement géographique de l’Hôtel Dieu ne le rend pas attractif pour les praticiens français. La désertification médicale du bassin de Longwy ne fait que confirmer ce constat. Le CHR de Metz et les autres acteurs publics ont montré les difficultés qu’ils avaient à nous proposer un appui médical même ponctuel. A l’inverse, une vision transfrontalière permet de clairement identifier une « Communauté Hospitalière de Territoire » englobant le sud de la Belgique jusqu’à Arlon.

L’Hôpital d’Arlon a besoin d’étendre sa zone d’influence et souhaite s’affirmer en tant que structure de recours. Les équipes médicales belges cherchent à développer leur activité et les praticiens sont très demandeurs d’exercer en France.

C’est donc tout naturellement que des liens se sont créés ces derniers mois de part et d’autre de la frontière. Ils ont débouché sur des réalisations concrètes qui permettent à la population du bassin d’être mieux ou de nouveau prise en charge sur le site de Mont Saint-Martin.

Les équipes sont ainsi constituées :

* Urologie (3 chirurgiens belges)
* Orthopédie (1 chirurgien français et 2 belges)
* Digestif (2 chirurgiens français et 1 luxembourgeois)
* Pneumologie (1 pneumologue française et 1 belge 01/10/12)
* Gastro-entérologie (1 français et 3 belges)
* Imagerie en coupe (2 radiologues français et 7 belges)

En projet avancé :

* Digestif (2 chirurgiens belges)
* Radiologie conventionnelle (mêmes équipes)

En réflexion :

* Néphrologie – toute modalité de prise en charge (3 néphrologues français et 3 belges)

Ces différents praticiens interviennent dans le cadre strict de la loi HPST qui permet de *« recourir à des professionnels médicaux … dans la mise en œuvre de ses missions de services publics et de ses activité de soins … »*. C’est l’hôpital qui rémunère ces praticiens. L’accès aux soins pour tous est assuré et les dépassements d’honoraires interdits.

Conformément aux dispositions du décret 2011-344 du 28/03/2011, nous sollicitons l’accord du Directeur Général de l’Agence Régionale de Santé pour ces recrutements.

Notre hôpital assure parmi les missions de service public :

* la permanence des soins,
* la prise en charge des soins palliatifs (équipe mobile de soins palliatifs),
* l’enseignement universitaire et postuniversitaire (internes),
* le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non-hospitaliers,
* la formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leur domaine de compétence,
* les actions d’éducation et de prévention pour la santé et leur coordination,
* l’aide médicale urgente,
* la lutte contre l’exclusion sociale (consultation PASS = permanence d’accès aux soins de santé),
* les actions de santé publique (Prévention, Campagne de dépistage),
* la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement.

L’objectif est de créer avec nos collègues belges d’Arlon (VIVALIA) une véritable Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) Transfrontalière.

Une communication ciblée vers les professionnels de santé de ville, la population générale et les hôpitaux partenaires est absolument nécessaire. Notre partenariat avec nos confrères et collègues belges se veut plus large que l’aspect administratif offert aujourd’hui par la ZOAST. Nous allons mettre en place une communication commune et concomitante avec Arlon/VIVALIA et avec le CHR afin que la population sache comment s’orienter et trouver une réponse adaptée, sécurisée et de qualité.

La ZOAST nous permet déjà d’organiser le service auprès de la population, de suivre les flux de patients entre les 2 hôpitaux transfrontaliers, mais il est possible d’imaginer mieux encore. Il nous faut également travailler à l’élargissement de cette ZOAST aux communes limitrophes de la Meuse et faire un projet médical commun entre nos hôpitaux au bénéfice de la population transfrontalière.

L’expérience du GIE en radiologie et le secteur de chirurgie urologique, par exemple, démontrent que des activités entières peuvent être maintenus grâce à ce partenariat. L’expérience en orthopédie démontre que des équipes mixtes (franco-belges) offrent aussi une solution efficace.

Nous souhaitons créer, à terme, des associations de service pour les spécialités les plus courantes (équipes partagées, formations inter-établissement, staffs communs, RCP communs, etc.…).

Le groupe SOS, groupe de l’économie sociale et solidaire et Vivalia (Vivalia est une Association intercommunale de statut public) partage une vision de service publique. Le coût pour les patients sera le même des deux côtés de la frontière. Vivalia (Arlon) et le Groupe Sos (Hôtel-Dieu de Mont Saint Martin) ont trouvé un accord commun visant à prendre en charge l’éventuel surcoût pour une prestation de soin sans spécificité (chambre individuelle ou autre). D’ores et déjà, Vivalia a recruté pour les patients français une assistante sociale qui permettra de s’assurer que le différentiel de coût est bien de zéro. Le comité de pilotage réunissant les deux instances contrôlera cela chaque trimestre et la CRUCQ (Comité des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge) de l’hôpital d’Arlon disposera de ces éléments chiffrés.

Le SROS – PRS Lorraine souligne (page 338) :

Les frontières communes de la Lorraine avec la Belgique, l’Allemagne et le Luxembourg et l’importance du nombre de travailleurs transfrontaliers rendent une politique de coopération transfrontalière incontournable.

L’un des principes de la coopération est la prise en charge des urgences pré hospitalières, dans une perspective de gain de temps ou de renforcement des moyens locaux pour faire face à des situations de crise sanitaire.

Après des échanges avec le Président de la CME du CHR de Metz-Thionville pour développer nos partenariats, il apparaît qu’à l’heure actuelle, les réorganisations et déménagements des différentes activités laissent au CHR peu de vision et de marges de manœuvre. Une réunion avec les chefs de service du CHR doit avoir lieu prochainement.

Le partenariat dans certaines spécialités doit être amélioré et donner lieu à des conventions actualisées.

Il existe deux portes d’entrée à l’Hôtel-Dieu pour la population : les consultations et les urgences.

1. **Les consultations**

Elles sont organisées dans toutes les spécialités.

* Celles présentes actuellement : Pneumologie, ORL, Ophtalmologie, Chirurgies, consultation mémoire, diabétologie, gastroentérologie,
* Celles à développer : Dermatologie, endocrinologie, néphrologie, cardiologie.

Des consultations ouvertes de médecine générale sans RDV (2 ou 3 demi-journées par semaine) sont à créer pour permettre un accès aux soins simplifié. **Cette consultation serait proposée aux médecins généralistes de ville, dans le but de les associer à l’activité de notre hôpital et leur faire connaître notre fonctionnement.** Ils pourraient ainsi utiliser plus facilement notre plateau technique. Ces consultations seraient intégrées aux autres consultations. Nous renforcerons ainsi le maillage ville – hôpital. **Un lien privilégié doit être créé avec la maison médicale de Longwy.**

Le bassin Longwy/MSM est une des zones les plus démunies en médecins généralistes (5 à MSM et 16 à Longwy pour mémoire) et en spécialistes en Lorraine. L’hôpital doit rester le recours d’accès aux soins. D’ailleurs, la consultation PASS serait, de fait, intégrée à cette consultation ouverte.

Des consultations externes mais également internes (avis spécialisés pour les patients hospitalisés) doivent être proposées dans toutes les disciplines accessibles sur le site de MSM.

Ces consultations constituent à la fois un apport de compétences supplémentaires et un point d'entrée des parcours patients pour une prise en charge ambulatoire ou hospitalière sur le site de MSM ou l'hôpital d'Arlon en fonction des besoins des patients et des plateaux techniques en place.

Les consultations spécialisées sont assurées par les équipes médicales communes chaque fois que possible.

1. **Les urgences**

L'équipe médicale du pôle Urgences est en charge du SU (service d’urgence), du SMUR et l’UHCD.

1. SU (Service des Urgences) :

Le SU doit pouvoir accueillir et prendre en charge tous les patients de sa zone géographique et leur proposer une prise en charge adaptée de proximité et sécurisée. Seconde porte d'entrée pour le parcours de soins du patient, il doit disposer des ressources d'aval nécessaires (hospitalisation, plateau technique d’exploration, consultations spécialisées) et les utiliser à bon escient.

L’organisation actuelle du service des urgences doit permettre de maintenir une activité forte entre 20.000 et 23 000 passages ces dernières années.

Il faut en permanence un médecin senior aux urgences. Le fait de solliciter ponctuellement le service pour une deuxième ligne de garde SMUR est incompatible avec un fonctionnement sécurisé puisque cela mobilise les deux seniors, ainsi que deux infirmières, et laisse ainsi le service sans médecin senior. Ce d’autant que les autres services sont également peu fournis et les médecins qui y sont affectés peuvent difficilement venir en renfort dans ce contexte.

La consultation PASS sera délocalisée vers les consultations car sa place n’est pas aux urgences.

Dans le même sens, une réflexion est menée pour fluidifier le parcours du patient pour la prise de RDV entre les urgences et les consultations. Nous avons déjà mis en place une nouvelle organisation pour les RDV urgences/traumatologie/orthopédie.

1. SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) :

Le SMUR de l'Hôtel Dieu dispose d'une équipe unique (1 ligne de garde) qui peut suffire à la prise en charge des urgences sur le bassin de Longwy et dans le cadre de l'expérimentation de la zone ARLWY (Arlon/Longwy). Pour être parfaitement efficace, elle nécessitera une organisation tenant compte d'un nouveau projet médical partagé entre les sites hospitaliers de Mont Saint Martin et d'Arlon.

Avec l'accord de l'ARS, la régulation française des appels d'urgences doit intégrer, au même titre que le CHR de Metz, l'hôpital d'Arlon comme hôpital de référence pour des patients pris en charge sur le territoire français pour des pathologies ne pouvant être orientées vers le site de Mont Saint Martin.

De la même manière, la régulation belge doit prendre en compte les possibilités d'accueil de l'Hôtel Dieu pour des patients pris en charge sur le territoire belge en cas d'impossibilité d'accueil sur le site d'Arlon et sous réserve que la pathologie le justifie et le permette.

Consolider et sécuriser la prise en charge des urgences sur le bassin :

*Autonomie financière et clarification de la mission du SMUR*

L’Hôtel Dieu accueille chaque année plus de 20.000 urgences. Jusqu’à la reprise de l’hôpital d’Hayange par le CHR de Metz, les 10.000 urgences réalisées sur ce second site d’Alpha Santé étaient comptabilisées sur Mont Saint-Martin avec l’accord de l’ARS. C’est une recette de l’ordre de 700 K€ qui disparait sans aucune contrepartie en réduction de charges.

La ligne de garde du SMUR enregistre 900 sorties primaires et 170 sorties secondaires. Son enveloppe MIG réactualisée en 2010 représente 1.160 K€. Le personnel médical a été valorisé sur la base de 140 K€ brut chargé par ETP d’urgentiste pour un total de 810 K€ et 5.75 ETP. En 2011, à effectif strictement identique, le coût du personnel médical a été de 1.300 K€, soit un écart de près de 500 K€ qui explique à lui seul l’essentiel du déficit du SMUR de Mont Saint-Martin qui se monte à plus de 550 K€.

Cet écart tient au fait qu’il faut payer cher les praticiens pour les attirer dans ce bassin éloigné (vacations et intérim). Nous sommes de fait confrontés à une contradiction puisque le SMUR est mis en place pour couvrir un déficit d’offre hospitalière sur le bassin, mais que le financement omet de prendre en compte le manque d’attractivité de ce désert médical et ses conséquences en termes de coût.

A cette impasse financière, s’ajoute une grande difficulté de fonctionnement, puisque dans les faits ce sont 2 lignes de garde qui peuvent être sollicitées. Le service des urgences perd alors son médecin senior et l’hôpital doit alors organiser une permanence médicale précaire avec les praticiens des autres services en astreinte. Ces derniers ne sont pas toujours habilités à prendre la responsabilité d’un service d’urgences et sont peu nombreux dans chaque spécialité. Après 38 sorties en 2011, nous sommes tombés à 7 à fin juillet 2012, ce qui semble confirmer que ce besoin est extrêmement ponctuel.

Pour pouvoir poursuivre cette mission dans de bonnes conditions et ce sans fragiliser l’hôpital, nous avons besoin d’un positionnement de l’ARS à propos de la 2ème ligne de garde et d’une révision de notre enveloppe MIG à hauteur du déficit constaté, soit 560 K€.

1. UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) :

Encore appelée "Lits-porte", elle prend en charge les patients accueillis au SU ou adressés par le SMUR, sur une durée limitée (48 heures maximum), en vue de la stabilisation de l'état clinique des patients ou de la mise en œuvre d'investigations cliniques et paracliniques permettant l'orientation du patient soit vers un retour à domicile soit en hospitalisation (Hôtel Dieu ou Arlon). Sept lits sont actuellement installés sur le site de l'Hôtel Dieu.

La prise en charge médicale des patients de l'UHCD relève de l'organisation de l'équipe des urgences.

* La définition de la pathologie d'orientation à la sortie d'UHCD est de la responsabilité du médecin d'UHCD, dans le respect de procédures de prise en charge définies préalablement conjointement entre urgentistes et médecins cliniciens d'aval.
* Les lits d’aval spécialisés et/ou polyvalents doivent permettre une fluidité de la filière de prise en charge.

**3. Les services de proximité et de niveau 1**

Pour le confort et l’intérêt des patients, certaines pathologies chroniques doivent être prises en charge au plus près de leur lieu de vie.

1. La filière Néphrologie / Dialyse : Un partenariat ALPHA SANTE / VIVALIA / ALTIR

L’insuffisance rénale chronique est une des pathologies pour lesquelles la prise en charge de proximité est logique et nécessaire. L’hôpital dispose d’un service d’hémodialyse en centre de 14 places. La file active des patients pris en charge est de 54 actuellement. Les besoins du bassin sont de l’ordre de 90. Nous pouvons améliorer notre efficience de deux façons, en proposant des séances en soirée et/ou en accroissant notre capacité en nombre de postes.

L’ALTIR est titulaire des autorisations d’UDM (Unité de dialyse médicalisée) et d’ADA (auto-dialyse assistée), mais ne les pas mises en œuvre à ce jour. MSM s’engage à activer ces autorisations et compléter l’offre telle que prévue dans le SROS.

* Ouverture de l’UDM,
* Ouverture de l’ADA,
* Support à la dialyse à domicile et à la
* Dialyse péritonéale.

Le développement et la complétude de la prise en charge de l'insuffisance rénale du bassin de Longwy dans tous ses modalités (hémodialyse en centre, UDM, dialyse péritonéale, auto-dialyse assistée, dialyse à domicile, éducation thérapeutique) passe par une réactivation du partenariat avec ALTIR et la coopération avec les services (hémodialyse, auto-dialyse, néphrologie) et les équipes d'Arlon. Les échecs successifs de mise en œuvre de ces autorisations s’expliquent d’abord par le manque de néphrologues que ce partenariat permettrait de dépasser.

Deux RDV avec ALTIR ont eu lieu (avec le Directeur Médical et le Président). Altir est un établissement de santé de type PNL (Privé Non Lucratif) qui a 150 salariés et gère 14 établissements sur les 4 départements de la région.

Le dépistage et l’éducation thérapeutique des patients insuffisants rénaux nécessitent la création d’une consultation spécifique organisée par les équipes médicales et paramédicales.

Insuffisance Rénale Chronique :

*Compléter enfin la filière IRC en activant les différentes modalités de PEC*

Avec une file active de 55 patients, l’activité d’hémodialyse en centre de Mont Saint-Martin est loin de répondre au besoin du bassin qui est proche des 90. Il est de l’intérêt de tous que cette demande soit satisfaite en minimisant les transports pour le confort des patients et les comptes de la sécurité sociale. Nous souhaitons logiquement accroître l’activité de cette modalité de prise en charge.

En parallèle, nous sommes en discussion avancée avec l’ALTIR pour mettre en œuvre leurs autorisations d’UDM et d’auto-dialyse assistée sur le site de l’hôpital. L’association nous délèguera l’exploitation de ces activités. Notre objectif est là encore d’initier un partenariat avec les néphrologues de l’hôpital d’Arlon – centre de référence en Belgique – qui pourraient également permettre de prendre en charge les nouveaux patients en centre lourd et de développer la dialyse péritonéale.

Notre demande est de pouvoir bénéficier de la latitude d’accroître notre activité d’hémodialyse en centre lourd et de pouvoir démarrer la dialyse péritonéale.

1. La filière cancer :

Le cancer en Lorraine se caractérise par une incidence en hausse avec un impact social important. Les localisations les plus fréquentes sont les localisations : poumon, V.A.D.S. (source : ORSAS et SROS-ARS Lorraine). Il existe de plus une surmortalité par rapport à la moyenne nationale de 7%.

Il s’agit de la 4ème région française par importance du taux comparatif de mortalité par tumeurs (période 2005-2007).

a – L’activité de chimiothérapie existe et sera relancée à MSM. En effet, de nombreuses chimiothérapies peuvent être réalisées à MSM au plus près du lieu de vie des malades. En plus des spécialistes présents à l’Hôtel Dieu, l’arrivée de nouveaux praticiens dûment qualifiés pour réaliser des primo-prescriptions permettra de mieux répondre aux besoins de la population du bassin qui est trop souvent prise en charge loin de son domicile.

Les préparations des cytotoxiques sont actuellement réalisées sur le site d’Hayange (CHR).

b – La médecine oncologique est aujourd’hui assurée pour certaines spécialités (pneumologie par exemple - la file active de chimiothérapie en pneumologie est au 31 juillet 2012 de 28 patients) mais doit être complétée sur d’autres. Les cancers digestifs seront de nouveau pris en charge avec l’arrivée de nouveaux praticiens et par le biais de l’activité de dépistage relancée actuellement : gastroentérologie ou sénologie.

c – Les séances de radiothérapie sont aujourd’hui réalisées au Luxembourg à Esch-sur-Alzette. La proximité géographique (20 km pour 20 mn de trajet ; les délais courts pour les prises de RDV (8 jours au lieu d’un mois dans les autres centres en Lorraine, sont autant de bénéfices pour les patients. L’équipe de radiothérapie luxembourgeoise participe aux RCP de Mont Saint Martin.

Ce partenariat ancien et efficient avec le Luxembourg nous encourage à poursuivre cette relation gagnant-gagnant concernant uniquement les radiothérapies.

d – La chirurgie carcinologique n’est pas réalisée à Mont Saint-Martin, les autorisations par organes n’ayant pas été octroyées. Ces chirurgies sont et seront adressés aux centres référents avec lesquels nous avons passé des conventions.

Notre projet est de faire reconnaitre ce partenariat franco-belgo-luxembourgeois par ONCOLOR.

1. La filière gériatrique :

Face à un vieillissement rapide d’une partie importante de la population du bassin une vision intégrée de la prise en charge des personnes âgées s’impose. Nous nous devons de cloisonner les différentes modalités d’accueil pour une meilleure prise en charge.

Les 36 lits de médecine polyvalente et gériatrique existants sont sous la responsabilité médicale d’un seul chef de service. Seront intégrés à son périmètre de prise en charge élargie :

* Le service de SSR gériatriques de la Résidence de Mont Saint-Martin
* Les USLD dont nous disposons sur les sites Pasteur et des Peupliers
* L’EHPAD de la Résidence de Mont Saint-Martin
* une consultation mémoire,
* L’équipe mobile en soins palliatifs y serait également associée

Le service disposera d’une vision quotidienne des places disponibles en EHPAD afin de fluidifier davantage ce parcours pour les personnes âgées.

Nos places de SSIAD et d’HAD prendront le relais vers le domicile et le lien avec la ville.

L’Hôpital de Mont Saint Matin est déjà présent au sein des instances mises en placer par le conseil général. soit au sein de la commission APA, soit au sein de DOMIRESEAU Notre SSIAD intervient également dans ce cadre. Notre Assistante Sociale chef insiste aussi sur l’efficacité des dispositifs de retour au domicile (par la CRMA ou la CPAM) grâce à la rapidité de mise en place des prestations de retour à domicile.

Concernant la maladie d’ALZHEIMER, s’il existe une consultation mémoire ; celle-ci doit être étoffée et s’organiser autour de consultations pour les Aidants.

Nous pourrions à terme compléter notre offre actuelle en proposant :

* un hôpital de jour gériatrique,
* une équipe mobile gériatrique.

Les équipes du KEM seraient étroitement associées à cette démarche.

Hospitalisation à Domicile

Nous disposons actuellement de 10 places d’Hospitalisation à Domicile polyvalent. Les besoins de la population et notre volonté de consolider notre filière gériatrique, nous amènent à envisager l’accroissement de cette activité.

EHPAD

En plus des nouveaux arbitrages et répartitions relatifs aux autorisations entre SSR, USLD et EHPAD, leur localisation entre Villerupt, Longwy et Mont Saint-Martin, nous avons besoin de connaître le dimensionnement précis des structures après les réflexions initiées notamment par le Conseil Général. Les projets immobiliers doivent être amendés dans ce sens et ce le plus rapidement possible.

1. La filière cardiovasculaire :

La prise en charge de l’insuffisance cardiaque en court séjour est une nécessité sur le bassin et l’Hôtel-Dieu s’inscrit assurément dans cette logique.

En ce qui concerne les pathologies aiguës telles que l’infarctus, nous sommes en partenariat avec l’Hôpital d’Arlon qui peut procéder aux investigations nécessaires (coronarographies diagnostiques) et surtout le CHR de Metz qui pratique la cardiologie interventionnelle (angioplasties).

Afin de compléter la filière de prise en charge des pathologies cardio-vasculaires, nous souhaitons mettre en œuvre l’autorisation d’Unité de Réadaptation Cardio-Vasculaire. Cette offre complètera les modalités proposées et permettra de fluidifier la filière cardiovasculaire sur le bassin.

Unité de Réadaptation Cardio-Vasculaire (RCV) :

*Consolider et fluidifier la filière cardio-vasculaire avec une offre alternative à l’HC*

En juin 2007, l’AHBL a obtenu l’autorisation de créer une unité de réadaptation cardio-vasculaire. Dans un contexte extrêmement complexe de reprise de l’Hôpital de Mont Saint-Martin par Alpha Santé en 2009 puis d’Alpha Santé par le groupe SOS en 2012, cette autorisation n’a pas pu être mise en œuvre.

En 2012, la pertinence de celle-ci reste entière à la lecture des orientations du SROS-PRS *(Mesure n°5 de l’objectif opérationnel SSR n°1 – Fluidifier la filière cardiovasculaire)*. Ce point a été confirmé par Madame GEYER en réunion au mois de mai dernier.

Dans notre projet de filière cardiologique, cette modalité de prise en charge est essentielle. Elle répond de surcroît à un vrai besoin de la population belge qui ne dispose pas de telle structure à proximité. Cette nouvelle activité est tout autant importante pour notre plan global de retour à l’équilibre financier de l’hôpital.

Nous vous demandons donc de nous confirmer que nous pouvons mettre en œuvre cette autorisation et qu’elle disposera d’une DAF dédiée. Ainsi que nous l’avons évoqué en séance, nous sommes prêts à déposer un nouveau dossier qui recevra une nouvelle autorisation afin de lever la menace de caducité qui plane sur cette autorisation.

1. La Médecine :

La médecine regroupe l’ensemble des spécialités nécessaires au fonctionnement d’un hôpital ayant une réelle mission de service public de proximité. La population vieillissante et déjà assez âgée ainsi que le niveau élevé de précarité observé justifient aussi l’importance d’une prise en charge médicale multi spécialités élargie et adaptée.

Nous disposons de 134 lits installés de médecine (en comptant les 7 lits UHCD).

* Médecine polyvalente/gériatrique, *(voir supra la filière gériatrie)*
* Oncologie, *(voir supra la filière cancer)*
* Cardiologie, *(voir supra la filière cardiovasculaire)*
* Néphrologie, *(voir supra la filière néphrologie - dialyse)*
* Pneumologie : poursuite d’une activité déjà majeure pour le bassin (seulement 30 % de taux de fuite),
	+ Insuffisances respiratoires
	+ Asthme
	+ Maladies professionnelles
	+ Oncologie
	+ Maladies infectieuses (dont CLAT)
	+ Endoscopie
	+ EFR.
* Hépato-gastroentérologie : activité diagnostique participant à la filière oncologique
* Endocrinologie/diabétologie

Les spécialités les plus communes sont donc représentées. Comme nous le disions, la filière oncologique MSM/Arlon devrait être intégrée au réseau ONCOLOR (Discussions en cours avec ONCOLOR et l’ARS Lorraine).

Pour la cardiologie, le Dr Khalifé, Président de la CME du CHR, évoque l’hypothèse de la mise à disposition d’un cardiologue (½ journée par semaine) afin de débuter des consultations avancées.

1. La chirurgie hospitalisée et ambulatoire **:**

La vocation de notre hôpital pour la chirurgie doit être affirmée et le recours à la chirurgie ambulatoire développé. Le taux de fuite constaté par spécialité est parfois très important (80 % en orthopédie par exemple, et de 60 % en chirurgie digestive). Cela tient d’abord au fait que l’Hôtel Dieu a négligé depuis des années la relation avec la ville et la création de filières solides avec les médecins généralistes pour les chirurgies programmées au premier rang desquelles, la chirurgie ambulatoire. La porte d’entrée « urgences » a trop longtemps été privilégiée ce qui a privé l’hôpital d’une activité de proximité qui n’a aucune raison d’être réalisée à distance.

Les réflexes d’adressage de patients pris, l’équipe chirurgicale « historique » ne pourra répondre à ce besoin en l’état et ce pour plusieurs spécialités. Une fois encore, le partenariat avec les équipes chirurgicales de l’Hôpital d’Arlon et des modalités appropriées pour la rémunération des chirurgiens seront essentielles pour maintenir et améliorer cette offre.

Les chirurgies prises en charge seront évidemment conformes aux autorisations qui sont les nôtres. Mais elles seront aussi concordantes avec notre objectif d’une offre de proximité qui exclura de fait les pathologies et actes trop lourds et les orientera vers les structures de recours que sont le CHR de Metz et Arlon, voire le CHU de Nancy.

Inversement, nous allons tout mettre en œuvre pour que la chirurgie ambulatoire d’un maximum de spécialités soit réalisée à Mont Saint-Martin. Cette orientation est pertinente avec l’offre médicale et médico-technique de l’Hôtel-Dieu et avec les orientations du SROS pour une meilleure prise en charge des patients du bassin. Le partenariat avec Arlon permet d’ores et déjà de développer cette modalité de prise en charge, elle sera être encore amplifiée.

L’amélioration de la situation passera aussi par le dépassement d’une difficulté actuelle qui tient à un taux de débordement extrêmement important des vacations opératoires (18% en 2011 et 19% depuis le début 2012) entrainant une désorganisation et des dépenses insupportables.

**Département de soins ambulatoires**

Les soins ambulatoires méritent un développement particulier. Les spécialistes belges ont une grande habitude dans ce domaine. Les chirurgiens et médecins doivent prendre l’habitude de proposer plutôt qu’une hospitalisation classique, une hospitalisation de jour (par exemple pour les chimiothérapies).

1. **Chirurgie ambulatoire**

2 types d'activités relève de cette prise en charge: la chirurgie ambulatoire et l'endoscopie ambulatoire sous anesthésie

La chirurgie ambulatoire a été mise en place en 2010 seulement et a connu un développement important en 2011 (1215 séjours) qui se poursuit: 750 séjours déjà réalisés au 31 juillet 2012. Il s'agit en grande partie de chirurgie ophtalmologique mais également de chirurgie vasculaire (varices des membres inférieurs), de chirurgie digestive (hernie inguinales) et de chirurgie urologique.

Il existe des possibilités importantes de développement notamment en chirurgie digestive, vasculaire et orthopédique qui pourrait être réalisées avec l'arrivée de chirurgiens arlonnais prévue fin 2012.

L'endoscopie ambulatoire est réalisée par 3 endoscopistes belges (494 séjours en 2011, 182 séjours au 31 juillet 2012). Les développements possibles sont là aussi importants si cette activité pouvait s'appuyer sur un service hospitalier de séjours complet et si des possibilités de prise en charge chimiothérapique étaient développées. En effet, les pathologies néoplasiques digestives découvertes en endoscopie ambulatoire ne sont pas prises en charge actuellement à MSM. Elles le seront à l’embauche de spécialistes autorisés.

Missions: prise en charge ambulatoire (1 journée, 0 nuitée) nécessitant un acte diagnostique ou thérapeutique réalisé sous anesthésie générale en chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale, ORL, ophtalmologie, endoscopie digestive ou pulmonaire.

Moyens:

* 12 places
* 1 salle opératoire dédiée

Fonctionnement:

* Ouverture de 7h-19h; 5 jours sur 7;
* Journées ou plages dédiées par discipline (chirurgie ophtalmologique, chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale, endoscopies sous anesthésie, autres spécialités)
1. **Médecine ambulatoire**

 L'hôpital de jour médical reste peu développé à ce jour (380 séjours en 2011, 80 en 2012) accueillant des chimiothérapies non oncologiques (polyarthrite rhumatoïde) et quelques bilans de troubles cognitifs.

 Il est indispensable que l'hôpital de jour médical puisse se développer autour de la gériatrie (développement des bilans mémoire, bilans gériatriques notamment au bénéfice des EHPAD du bassin de soins) mais aussi des disciplines médicales telles que la pneumologie (bilan d'insuffisance respiratoire chronique), la cardiologie ou la diabétologie, dans le respect de la circulaire frontière.

 Il est également nécessaire que soit développée la chimiothérapie anticancéreuse ambulatoire tant pneumologique que digestive.

 Hôpital de jour de médecine: 7 places

Fonctionnement:

* 8h-18h; 5 jours/7;
* journées dédiées par discipline
* appui sur des avis spécialisés disponibles sur site (voir pôle consultations)
1. Unité de Soins Continus :

Ce service propose la prise en charge de patients nécessitant, en raison de la gravité de leur état, une surveillance et des soins médicaux répétés et méthodiques. Cette unité comporte 6 lits sous la responsabilité médicale des médecins anesthésistes réanimateurs (MAR).

L’USC prend en charge des patients lourds venant des urgences de l’extérieur voire des services intra hospitaliers. En ce qui concerne les malades nécessitant de la réanimation, ils sont orientés pour 2/3 à Thionville et pour 1/3 à Metz ou Arlon (après vérification de l’appartenance à la ZOAST).

1. **Pôle Mère - Enfant**

Il est composé de 22 lits de maternité et de 11 lits de pédiatrie.

Avec moins de 600 accouchements en 2012 et une équipe médicale, notamment pédiatrique, fragile se pose concrètement la question de la pérennité de la maternité de l’Hôtel-Dieu.

La pérennité de l’activité de la maternité ne peut se concevoir sans la mise en place d’un plan de sauvegarde intégrant :

* Un financement exceptionnel (MIGAC) sur trois ans,
* Un plan pluriannuel de retour à l’équilibre,
* L’élaboration d’un contrat d’objectif avec l’équipe médicale.

Ce plan de sauvegarde sera accompagné et contrôlé par un comité de pilotage comprenant ARS, Groupe SOS (direction et équipe médicale), élus locaux.

Le service de pédiatrie : Son activité est structurellement inférieure à ce qui serait nécessaire pour équilibrer une telle unité sous contrainte de la T2A.  Elle est aussi très erratique au cours de l’année et les contraintes en termes de normes de personnel soignant ne permettent pas de s’adapter suffisamment.

Il faut également constater que nos ressources médicales, susceptibles de garantir à moyen terme sa pérennité, sont fragiles avec un seul médecin présent et ayant dépassé l'âge de départ en retraite. Il est épaulé par des médecins intérimaires également âgés. Là encore, nous sommes en situation de grande fragilité. Le CHR rencontre des difficultés à proposer une aide dans cette spécialité.

Ni le CHR ni l’hôpital d’Arlon n’ont les moyens en personnel (pédiatres et/ou obstétriciens). Ces ressources faibles et une activité fragile et très cyclique, conduisent à envisager la fermeture de la pédiatrie mais le maintien de la maternité dans les conditions susmentionnées. La présence de pédiatres ne pourra être garantie que par une rémunération plus attractive.

Ce pôle mère/enfant comprend également :

* CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale,
* CIDDIST : Centre d'information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles,
* CEDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit.

Ces activités sont actuellement gérées par une sage-femme et nécessitent d'être structurées et organisées pour une meilleure visibilité et une meilleure efficience.

Sauver la seule maternité du bassin de Longwy :

*Elaboration d’un plan de retour à l’équilibre et nécessité d’une aide pluriannuelle*

Depuis 3 ans, le nombre d’accouchements de Mont Saint-Martin est proche de 700 avec un tassement récent dû à l’incertitude quant à l’avenir du service de maternité et de l’hôpital. Ce niveau d’activité n’est évidemment pas compatible avec l’équilibre d’un service de maternité (hospitalisation et bloc obstétrical) rémunéré en T2A. Le déficit de la maternité et de la pédiatrie a été de 1.260 € en 2011. La dégradation de l’activité en 2012, - 15 % à ce jour dans le contexte délétère qu’on connaît, pèsera pour 700 K€ supplémentaires. Le déficit ne devrait néanmoins pas se dégrader d’autant, la revalorisation des tarifs des prix de journée pour les prises en charge hors T2A compensant en partie la baisse d’activité.

Néanmoins, la maternité de Mont Saint-Martin remplit une véritable mission de service public pour la population qui ne trouve les premières offres alternatives qu’à Briey et Thionville (± 50 km) puis à Metz (> 70 km).

Sur le bassin de 26 communes pour 120.000 habitants qui entoure l’hôpital, ce sont près de 1.400 naissances qui ont été enregistrées en 2011. Ce taux de fuite de 50 % traduit à nos yeux plus un échec de la prise en charge par l’hôpital, qui peut être expliquée de plusieurs façons, qu’une réalité figée.

Notre plan de retour à l’équilibre sur 3 ans s’articule ainsi :

* Reconquête de la patientèle pour atteindre 850/900 accouchements *(a)* 1.000 K€
* Mesures salariales ou sur honoraires incitatives pour les G-O et les PED *(b)* - 300 K€
* Economie de fonctionnement, notamment en personnel soignant *(c)* 300 K€
* Economie de fonctionnement : charges indirectes *(d)* 225 K€
1. *Effets très réduits sur 2013 après l’effondrement de 2012 et le climat délétère du PSE. Besoin d’accompagnement ponctuel à hauteur de l’équivalent de 250 accouchements.*
2. *Politique salariale « agressive » pour attirer les spécialistes faisant défaut et notamment les pédiatres après la fermeture de la pédiatrie. Mise en place dès 2013 pour assurer la continuité de la PEC.*
3. *Réduction d’effectif en maternité évaluée à 300 K€ en année pleine, mais seulement sur 6 mois en 2013 – et suppression de la consultation avancée de Villerupt.*
4. *Réduction progressive des charges indirectes au fur et à mesure des possibilités (réorganisation, renégociation de contrats, etc…).*

Ce projet ambitieux se devra d’être accompagné de la mise en place d’un contrat d’objectifs avec les praticiens concernés qui arrêtera les nouvelles modalités de fonctionnement du service, les conditions nécessaires au développement de l’activité et les règles de recrutements des praticiens faisant défaut.

Au terme de 3 années, la maternité devrait recouvrer son équilibre financier. Pendant la période transitoire, pour tenir compte de la montée en charge de l’activité et de la mise en place des économies sur le premier quadrimestre 2013, nous avons besoin d’une MIGAC de fonctionnement totale de 2.100 K€ qui pourrait être échelonnée de la façon suivante :

* 2013  : 1.150 K€
* 2014  : 650 K€
* 2015  : 300 K€

Un comité de pilotage regroupant l’ARS, les élus locaux et l’hôpital (direction, praticiens, encadrement) devra être mis en place pour s’assurer de la pertinence des actions entreprises et de leur efficacité.

*Vous trouverez en annexe : (3) Comptabilité analytique des services de maternité et de pédiatrie 2011 et (4) Détail des mesures du plan de retour à l’équilibre.*

1. **Psychiatrie**

Les activités de psychiatrie (hospitalisation, prises en charge ambulatoires, CMPP…) sont maintenues dans leur forme actuelle.

24 lits sont autorisés (22 lits + 2 lits d’ « apaisement »)et le service gère :

 - la couverture du IXème secteur de psychiatrie,

 - 3 secteurs : Longuyon, Villerupt, MSM et 1 CATTP à Villerupt),

 - le Centre de crise,

 - l’UMGC : unité mobile de gestion de crise,

 - 2 appartements thérapeutiques (5 places),

 - lien avec les familles d’accueil,

L’équipe médicale est constituée de 4,5 ETP de psychiatres. Il s’agit d’un des services dans lequel les besoins sont importants et où les moyens (vu la taille du bassin de population) ne nous semblent pas suffisants à ce jour.

Un projet d’UPM (unité de psychologie médicale) a été récemment déposé à l’ARS.

Mont Saint-Martin fonctionne avec une équipe complète de psychiatres français et n’a aujourd’hui pas besoin de partenariat dans ce domaine.

Un projet d’HDJ psychiatrique pourrait compléter notre filière et une demande d’autorisation sera déposée dans ce sens à l’ARS.

1. **Santé Publique : Prévention – Dépistage – Autres soins**
2. La consultation PASS (« Permanence d’accès aux soins de santé ») :

La consultation PASS sera maintenue. Elle est indispensable dans un bassin de population comme le nôtre. Cette consultation sera intégrée aux autres consultations et ne se fera plus au sein des urgences.

Il serait à terme judicieux de réfléchir à la création d’une équipe mobile assurant le suivi et les soins des personnes en situation de précarité dans leur lieu de vie. Il n’existe aucune équipe de ce type en Lorraine. (SROS –PRS Lorraine – Page 209).

1. CIDDIST/CEDAG :

- CIDDIST: Centre d'information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles.

Le CHR gère grâce au service de dermatologie un CIDDIST. Un partenariat dans ce domaine est imaginable. Un dermatologue pourrait (hypothèse à ce jour) être mis à disposition du CIDDIST de Mont Saint-Martin.

- CDAG: Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

L’expérience de certaines associations du Groupe SOS dans ce domaine sera mise à disposition de l’hôpital de MSM : utilisation de tests de dépistage rapide avec résultats immédiats, « counseilling », suivi post exposition.

Un audit du fonctionnement de ces deux consultations sera réalisé avant la fin de l’année 2012. L’audit réalisé par une des associations spécialisées (Le Kiosque Info-sida-toxicomanie) du Groupe SOS sera transmis à l’ARS.

1. CSAPA et tabacologie :

Concernant le CSAPA : il est prévu un audit afin de s’assurer que le CSAPA remplit l’ensemble des missions réglementaires d’un CSAPA. Cet audit sera réalisé par l’Association « Prévention et Soins des Addictions », 1ere association française de prévention et de soins en addictologie et membre du Groupe SOS. Cet audit sera remis à l’ARS avant la fin de l’année 2012.

Concernant la tabacologie : Il est prévu le maintien des consultations de tabacologie dans le respect des moyens attribués. L’audit nous dira si le transfert de l'activité de tabacologie vers le CSAPA est utile. Le CSAPA doit, en effet, pouvoir répondre à l’ensemble des problèmes d’addiction.

1. Education thérapeutique :

Une école de l’asthme doit pouvoir être construite par le service de pneumologie et grâce à une participation active de l’équipe paramédicale déjà acquise à ce projet.

Le line avec la médecine de ville, la médecine scolaire, permettra de créer une « formation » adaptée aux patients suivis en ville et/ou à l’hôpital.

D’autres thématiques devront faire l’objet de ce travail de prévention : Insuffisance rénale chronique, diabète, autres maladies chroniques.

1. **Autres offres de niveau 1**

Pour rappel, ce niveau propose outre l’offre de soins de proximité, une offre de soins regroupés sur un pôle hospitalier et accessible en 30 à 45 mn.

1. Prise en charge de l’insuffisance cardiaque est réalisée soit à MSM, soit en fonction de la demande des patients et des disponibilités vers ARLON ou le CHR.
2. Prise en charge des AVC assurée par le CHR, Arlon pouvant se positionner en recours, là aussi en fonction des disponibilités.
3. Périnatalité : Le CHR est notre seul partenaire possible.
4. Ambulatoire : Le département de soins ambulatoire doit être maintenu et développé (cf. supra). Il regroupe l’UCA (unité de chirurgie ambulatoire en ophtalmologie, orthopédie, viscérale, orl, endoscopies, autres…), l’HDJ (hôpital de jour de médecine en diabétologie, cardiologie, ophtalmologie, pneumologie). Le plateau d’endoscopies est maintenu ainsi que le plateau des explorations fonctionnelles.
5. **Offre de niveau 2**
6. Réanimation : Nous avons une convention avec Arlon et le CHR. L’orientation se fait en fonction des places disponibles.
7. La Chirurgie vasculaire artérielle est réalisée à Arlon.
8. La neurochirurgie « lourde » peut être orientée vers le CHU de Nancy. La neurochirurgie réglée (Canaux carpiens par exemple) se font en ambulatoire à Mont Saint Martin. La chirurgie de la colonne vertébrale peut également se faire à Arlon.
9. Néonatologie et réanimation pédiatrique sont toutes deux réalisées au CHR.
10. Réadaptation cardiovasculaire se fera à MSM (cf. filière cardiologique supra).
11. Prise en charge de la douleur : se ferait au CHR. La convention existant entre le Kem et le Dr Wary (CHR Thionville) sera élargie à Mont Saint Martin.
12. Biologie médicale (biochimie, hématologie, bactériologie, virologie, immunologie et parasitologie, laboratoire d’anatomopathologie) : externalisée à ce jour.
13. **Offre de niveau 3 – Niveau Régional**
14. Centre de référence des maladies rares : CHU de Nancy.
15. Maladies infectieuses et hématologie : CHU de Nancy.
16. Chirurgie complexe, chirurgie thoracique : CHU de Nancy.
17. Grands brulés : CHR de Metz.
18. Transplantation : Hépatique à Strasbourg, cœur et rein à Nancy.
19. Postcure « addictologie » : le CSAPA de Mont Saint-Martin bénéficiera prioritairement des réseaux de l’Association Prévention et Soins de Addictions du Groupe SOS.
20. UNV : Le CHR est le partenaire officiel.