

Historiquement, St Saulve, comme on l'appelle, a toujours fait preuve d'innovation. Peut-être pour aller à l'encontre de l'image rattachée aux services psychiatriques ou pour pallier à la distance géographique qui le sépare du Centre hospitalier de rattachement mais les 3 secteurs du Centre psychothérapeutique sont devenus, avant l'heure, coutumiers de la mutualisation de moyens humains et budgétaires.

Aujourd'hui, dans une logique de territoire, c'est avec les CH de St Amand et de Denain que le partenariat se construit.

L'occasion pour Pierre Houriez, président de la Conférence territoriale du Hainaut-Cambrésis d'appeler les participants à rejoindre le groupe de travail qu'il préside à la Conférence.

La demi-journée du 20 octobre 2011, ouverte par Patrick Jacson, directeur général adjoint du CH de Valenciennes, a été l'occasion de revenir sur des fonctionnements singuliers résultats d'un effort médical, soignant et administratif pour une meilleure prise en charge des patients.

En effet, l'axe fort du projet médical du pôle de psychiatrie est la future localisation des bâtiments d'hospitalisation dans l'enceinte du CH de Valenciennes.

Comme le rappelle le docteur Jean-Jacques Révillon, l'efficacité a donné corps au projet : rapprochement du plateau technique, modernité des futures constructions, modification de l'image de la psychiatrie... C'est pourquoi, si le secteur demeure toujours le principe de base de l'organisation des services, ils ont choisi de ne pas dupliquer les unités mais de les organiser en fonction de durée prévisible de séjour.

La mutualisation de moyens prévaut d'ailleurs déjà dans l'organisation de la prise en charge des patients se présentant à l'urgence, en addictologie et pour les troubles anxio-dépressifs.

La prise en charge des personnes anxio-dépressives révèle notamment une autre particularité : au sein du pôle de psychiatrie, l'Usad est une unité de 17 lits de médecine générale soumis à la tarification à l'activité. Le docteur Michaël Prévot, en comparant différentes pathologies, indique la difficulté d'appliquer la T2A à la psychiatrie. Il pointe également le fait que l'orientation de la cotation du diagnostic principal peut modifier largement les résultats chiffrés.

Beaucoup d'interrogations sur la notion de cotation ont été soulevées également par le docteur Alexandre Pouchet dans son intervention sur le codage « diagnostic ». La cotation à l'acte oriente-t-elle l'hôpital dans une logique mercantile ? Là où le Dossier Médical Partagé (DMP) construit une histoire du patient, le codage ne catégorise-t-il pas ? Codage et DMP ne sont-ils pas des doublons ? Faut-il envisager un « droit à l'oubli » lorsque l'on sait que le code reste accolé au nom du patient tout au long de la période d'archivage du dossier ? L'alternative restant le « droit au changement » qui rappelle le besoin de reposer, régulièrement, un diagnostic.

En conclusion, le docteur Martine Lefebvre, présidente du CA de la F2RSM, a insisté sur le caractère descriptif et évolutif du PMSI. Au delà de son versant budgétaire, il présente un intérêt fondamental : celui du recueil d'arguments de négociation en faveur d'une meilleure répartition des moyens pour l'intérêt du patient.

Changement de sujet enfin avec la dernière intervention qui a permis d'aborder un point de clinique : les dyspraxies développementales. Mélanie Blot, psychologue, Christine Maladry, psychomotricienne et Emilie Walczak, interne ont présenté ce trouble méconnu qui affecte chaque enfant différemment et dont le diagnostic précoce permet de prévenir les difficultés psychologiques et les comorbidités associées à l'âge adulte.

