

Page_04

Dossier médical personnel

Où en sommes-nous ? /

Page_18

Les IHU :

un nouveau pont
entre recherche et innovation /

Page_22

BDHF

Le module
« Coopération territoire » /

INTERACTIONS



FHF

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

LE MAGAZINE D'ACTUALITÉ DE LA FHF

Numéro 3_Juin-juillet 2011

PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Pourquoi les coopérations tardent-elles à se mettre en place ?



4^e édition

mardi 15 novembre 2011

PÔLES ET MANAGEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

- Optimisation du temps de travail
- Délégation de gestion
- Concertation interne au sein du pôle
- Contrat de performance
- Mesure de la satisfaction des personnels
- Dimension universitaire des pôles en CHU
- Rôle nouveau des DRH et directeurs de soins...

LIEU : Maison de la Mutualité - Paris

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTION :

www.fhf.fr, rubrique communication – Tél. : 01 44 06 84 61

en partenariat avec :

avec le soutien de :

Édito

COOPÉRATION: UNE NÉCESSITÉ IMPÉRIEUSE

Le système de santé français souffre depuis longtemps d'un manque de coordination des différents acteurs qui concourent à la prise en charge des patients, et qui n'ont longtemps été guère incités à coopérer, pour des raisons qui tenaient en partie à certaines dispositions réglementaires, comme celles qui fixent de manière rigide les compétences des professionnels de santé, mais aussi à une culture de « splendide isolement » largement partagée. Cette situation évolue peu à peu, du fait des mutualisations engendrées par la contrainte financière et du manque de professionnels qualifiés dans de nombreux territoires de santé, mais aussi de l'importance croissante des affections de longue durée. Dans ce cadre, la coopération entre établissements devient une nécessité impérieuse, afin de mutualiser les ressources et d'organiser au mieux les filières de prise en charge. Cette coopération doit être organisée au plus près des territoires et associer de manière large les professionnels libéraux, en utilisant le levier des hôpitaux locaux. C'est pourquoi la FHF publiera prochainement un guide sur les expériences conduites avec succès par les hôpitaux locaux pour organiser les filières gériatriques et organiser des maisons de santé pluridisciplinaires.

La FHF prendra également des initiatives pour favoriser la « coopération entre professionnels de santé » introduite par la loi HPST, afin de déroger à la demande des acteurs de terrain aux limites de compétences entre professionnels. Le dispositif choisi, qui repose sur un avis de l'ARS concernée et une décision de la HAS, reste lourd alors que les attentes des professionnels sont importantes, en ville comme à l'hôpital. Plus que jamais, nous sommes donc invités à multiplier les coopérations pour répondre aux défis qui nous sont posés.



Le délégué général,
Gérard Vincent

Le président,
Jean Leonetti

Sommaire

Le fil d'info

P.04_ **Offre de soins**
P.06_ **Médico-social**
P.07_ **Médical**
P.08_ **RH / Europe**
P.10_ **Finances**

Grand angle

P.12_ **Professionnels de santé :**
pourquoi les coopérations
tardent à se mettre en place ?
P.15_ **Entre médecine de ville
et médico-social :** le rôle clé
de l'hôpital local
P.18_ **Les institutions hospitalo-
universitaires : un nouveau pont
entre recherche et innovation**

Le guide

P.20_ **Agenda**
P.21_ **Communication**
P.22_ **Banque de données
hospitalières de France**

Le fil d'info

OFFRE DE SOINS

DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL OÙ EN SOMMES-NOUS?

L'ESSENTIEL: Après de nombreux revers, le dossier médical personnel (DMP) entre enfin dans une phase d'expérimentation. Cinq régions pilotes ont été désignées, au sein desquelles des hôpitaux ont été chargés de commencer à alimenter les DMP. Pour y parvenir, deux impératifs: disposer d'un système d'information adéquat et d'une carte de professionnel de santé (CPS).

Le dossier médical personnel devient peu à peu une réalité. Depuis le 22 mars, quatre régions pilotes ont l'une après l'autre demandé à des hôpitaux de l'alimenter, dans le cadre du programme « Amorçage ». Ces pionniers sont le CHU de Besançon (Franche-Comté), le CHU de Strasbourg, les CH de Saverne et Sélestat (Alsace), le CH de Beauvais (Picardie), le CHU de Bordeaux et le CH de Mont-de-Marsan (Aquitaine). Et, d'ici au mois de juin, plus d'une trentaine d'établissements de soins devraient leur emboîter le pas et lancer leur connexion au DMP.

Or, un tel dispositif nécessite une logistique lourde. Les éditeurs de logiciels montent donc en charge pour être « DMP compatibles ». Dix logiciels de gestion administrative des malades (GAM)

et 20 dossiers patients devaient ainsi être « DMP compatibles » au cours du 1^{er} semestre 2011. Cet objectif devrait être respecté grâce à l'homologation récente de trois concentrateurs (sortes de serveurs centraux, ndlr), Enovacom, Santeos et Sqli, qui permettent de stocker l'ensemble des données. Le secteur libéral se prépare aussi puisque trois gros éditeurs de logiciels destinés aux libéraux prévoient de mettre à jour plus de 2 000 postes sur les quatre régions avant fin juin, et l'ensemble de leur parc sur tout le territoire d'ici à la fin de l'année.

Les relations entre éditeurs et l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip) sont donc denses. 159 candidats sont inscrits à la mailing-list DMP Compatibilité, 37 éditeurs ont participé aux réunions de travail DMP Compatibilité, 54 candidats ont signé le contrat éditeur pour la DMP Compatibilité et 47 éditeurs accèdent à un environnement de tests de l'Asip. Et, de façon à faciliter l'avancement du projet, l'Asip propose aux éditeurs comme aux professionnels de santé une grande variété d'outils de communication : affiches, dépliants, kakémonos, lettres d'invitation, etc.

HÉBERGEMENT DE DONNÉES DE SANTÉ : COMMENT ÇA MARCHE ?

Les établissements de santé tiennent à jour un dossier hospitalier pour chaque patient pris en charge. Ces dossiers sont conservés pendant vingt ans à compter du dernier séjour du patient dans l'établissement. Ils peuvent être conservés au sein de l'établissement de santé ou confiés à un hébergeur agréé. Si l'établissement héberge lui-même les dossiers hospitaliers, il n'a pas besoin d'obtenir un agrément. En revanche, si l'établissement met son système d'hébergement au service d'autres établissements de santé, il est soumis à la procédure d'agrément. Et il en est de même pour les établissements de coopération sanitaire (groupements de coopération sanitaire, communautés hospitalières, etc.) qui mettent à la disposition de leurs membres leur système d'hébergement. Dix-neuf décisions d'agrément ont à ce jour été rendues par le ministre de la Santé dans le cadre de la procédure d'agrément des hébergeurs de données de santé (HDS) à caractère personnel, précisée par le décret du 4 janvier 2006.

ENQUÊTE

LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

Au moment des débats sur la permanence des soins, sur le rôle de l'hôpital public, contesté dans ses missions de service public et malmené par les arbitrages budgétaires, il nous avait semblé intéressant de vous interroger sur l'impact de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) sur vos établissements. En effet, c'est bien l'ensemble du dispositif, et notamment le premier recours, qui permet d'analyser la réponse apportée au patient en matière de continuité et de permanence des prises en charge. 182 établissements, que nous tenons à

remercier vivement, ont répondu à l'enquête dont nous vous donnons ici les premières conclusions. Au total, plus de la moitié des répondants considèrent que l'organisation de la PDSA n'a pas réduit le nombre de passages aux urgences pendant les périodes de garde. Au contraire, certains constatent une augmentation, notamment dans les secteurs ruraux, où le nombre de médecins diminue, et sur la période de nuit profonde. Au-delà des expériences réussies d'une réelle coordination entre la médecine de ville et l'hôpital sur l'organisation de la permanence de soins qui

sont à encourager, l'hôpital reste bien souvent le « seul recours » pour les patients, d'autant que les structures de garde libérale ne pratiquent pas toutes le tiers payant. Ces enseignements convergent d'ailleurs avec ceux de l'enquête du Conseil national de l'ordre des médecins sur « l'état des lieux de la PDS en médecine générale » (janvier 2011). Cette enquête a ainsi révélé la mise en place progressive de la réorganisation de la PDSA dans les territoires ainsi qu'une « pénurie de médecins volontaires et de médecins tout court ».

87 %

C'est le taux d'établissements

qui fonctionnent dans un environnement où il existe une garde libérale opérationnelle.

Dans 96 % des cas, elle fonctionne aussi le samedi après-midi et, dans 91 % des cas, elle est régulée par le centre 15

Source : enquête sur la permanence des soins ambulatoires



VERS UNE CARTE CPS 3

Concernant l'accès au DMP d'un patient, rappelons un point important : la carte professionnelle de santé (CPS) est obligatoire pour accéder à un DMP. Peu présente dans les hôpitaux, elle devrait l'être davantage, et 2011 a vu la naissance de la CPS 3. Sa diffusion sera gratuite. L'inscription au tableau de l'Ordre déclenchera l'enregistrement du professionnel au Répertoire partagé

des professionnels de santé (RPPS), certifiera l'identité du professionnel au niveau de l'Asip ainsi que l'émission et l'envoi de la CPS 3. Le Répertoire est en place pour les pharmaciens et les sages-femmes ; les chirurgiens-dentistes doivent suivre en mai, puis les médecins cet été, la date d'entrée des infirmiers dans le dispositif n'étant pas encore fixée. Parallèlement, les hébergeurs de données de santé (HDS) ont été mis en place. Objectif : organiser et encadrer le dépôt, la conservation et la restitution des données de santé à caractère personnel dans des conditions propres à garantir leur confidentialité et leur sécurité.

Enfin, pour aider les établissements de santé à se préparer dans les meilleures conditions à offrir le service DMP à leurs praticiens et à leurs patients, le *Guide pratique du projet DMP en établissement de santé* est paru. Il synthétise toutes les informations à connaître ainsi que la démarche à suivre. ●

POUR EN SAVOIR +

Pour toute information complémentaire et pour consulter le *Guide pratique du projet DMP en établissement de santé*, n'hésitez pas à aller visiter le site de l'Asip : <http://esante.gouv.fr/>

LA FHF RESTE VIGILANTE

SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS (SROS/PRS)

• Élaboration du schéma régional d'organisation des soins - projet régional de santé (Sros-PRS)

La FHF a demandé, par l'intermédiaire de son président, un calendrier d'élaboration des Sros-PRS compatible avec l'exercice de la démocratie sanitaire en région. Un léger assouplissement a été consenti par le ministre.

• Missions de service public

La FHF s'est fermement positionnée en lien avec les conférences contre un découpage des missions de service public (MSP) et un octroi de ces missions par appel à projets. Elle a rappelé l'esprit de la loi HPST et la notion de carence avant toute attribution à des opérateurs privés. La FHF demande que la circulaire du 24 février

2011 relative au *Guide méthodologique d'élaboration des SROS-PRS* soit modifiée en ce sens. Une rencontre a eu lieu sur ces points avec la DGOS le 23 mai, et une version modifiée du guide sera diffusée.

• Permanence des soins (PDS)

Après le refus de la méthodologie proposée par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour établir le diagnostic en matière de PDS, et notamment le remplissage du volet 3 de l'enquête, la FHF reste vigilante, en lien avec les FHR, sur le traitement de ce dossier par les ARS. L'hôpital public reste le principal acteur de la permanence des soins pour nos concitoyens ; il convient de lui donner les moyens d'assurer correctement cette mission fondamentale.

OFFRE DE SOINS

VERS DE NOUVELLES FORMES DE RÉGULATION

- Objectif de répartition de l'offre de soins (Oros)

La FHF s'est clairement positionnée pour une régulation fondée sur la pertinence des soins et a été entendue. Il s'agit maintenant d'organiser une concertation afin que, au-delà des principes, les modalités de mise en œuvre soient étudiées.

- Soins de suite et de réadaptation (OQOS SSR)

En cohérence avec l'abandon d'une régulation quantitative de l'offre de soins, confirmé par le ministre, la FHF recommande aux établissements de ne pas signer de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dans le champ du SSR, qui induiraient une réduction de l'offre publique dans un secteur où de forts besoins demeurent.

QUALITÉ

REFONTE DU DISPOSITIF QUALHAS

La Haute Autorité de santé (HAS) est engagée depuis trois ans dans la généralisation d'indicateurs de qualité. C'est sur le système d'information QUALHAS (plate-forme des indicateurs de qualité de la HAS, ndlr) que chaque établissement enregistre ses données et accède aussi à des résultats comparatifs. Un questionnaire d'évaluation a été mis en ligne sur le site de la HAS début décembre 2010 afin de connaître le niveau de satisfaction et les besoins des utilisateurs. Sur cette base, un groupe de travail de représentants des fédérations hospitalières et des ES habilités à utiliser la plate-forme QUALHAS s'est réuni afin de penser l'évolution de cette plate-forme. La refonte, prévue pour novembre 2012, vise, notamment, à améliorer l'intégration des résultats, l'ergonomie ou encore la mise à disposition d'un tableau de bord sur quatre années.

DGOS

FINANCEMENT DE LA QUALITÉ

Dans le cadre de l'évolution du modèle de financement, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a constitué un groupe de travail sur la mise en place d'un dispositif d'ajustement du financement des établissements de santé qui s'appuie sur des indicateurs qualité. La FHF est favorable à une amélioration de la qualité par une incitation financière. Toutefois, cette réflexion ne doit pas être le prétexte à une baisse des tarifs, mais bien répondre à un objectif d'amélioration de la qualité des soins. Un groupe d'experts a été constitué au sein de la FHF pour suivre ce dossier. Vos contributions sont les bienvenues...

MÉDICO-SOCIAL

BUDGET
RÉGIME RIGUEUR

La circulaire ministérielle du 22 mars 2011 adressée aux agences régionales de santé (ARS) confirme la rigueur budgétaire. Elle propose une méthodologie de gestion des enveloppes de crédits limitatifs dans les établissements et services médico-sociaux, et précise les modalités de détermination des prix de journée. Elle insiste aussi particulièrement sur la reprise des résultats excédentaires (crédits d'assurance-maladie) dans les établissements médico-sociaux pour abonder la dotation de l'année $n+1$. La FHF recommande donc à ses adhérents d'être extrêmement vigilants sur ce point et d'éviter de présenter des résultats excédentaires pour leurs sections soins. Les principaux points de cette circulaire sont :

1 Aucune convention tripartite, faute de crédits de médicalisation, ne pourra être renouvelée cette année. La circulaire indique qu'il sera précisé dès que possible aux ARS les montants des crédits qu'elles pourront engager en 2012 pour la signature de nouvelles conventions afin qu'elles puissent commencer à les prioriser et à les négocier dès cette année.

2 Poursuite de l'application de la convergence tarifaire pour les établissements au-dessus du tarif plafond.

3 Taux de reconduction des tarifs de 1 % seulement sur les dépenses de personnel. Les tarifs pour les Ehpad s'établissent donc ainsi :

- tarif partiel sans PUI (pharmacie à usage intérieur) : 9,55 €
- tarif partiel avec PUI : 10,10 €
- tarif global sans PUI : 12,44 €
- tarif global avec PUI : 13,10 €

4 La circulaire indique que la campagne budgétaire dans le secteur des personnes âgées s'effectuera à droit constant par rapport à l'année 2010, ce qui implique que le passage au tarif global est gelé.

5 Création sur six mois au lieu de neuf de : 2 085 places d'Ehpad, 1 262 places de services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), 1 200 places d'accueil de jour et 800 places d'hébergement temporaire.

6 Poursuite du développement des places du pôle d'activité et des soins adaptés (Pasa) et de l'unité d'hébergement renforcée (UHR), dont les modalités de financement ne sont pas comptabilisées dans le mécanisme de convergence tarifaire.

7 L'annexe 2 détaille les priorités du secteur des personnes handicapées.

8 La reprise des résultats excédentaires des sections soins. Ces résultats ne peuvent servir qu'à provisionner pour financer des évaluations externes, sinon, les ARS sont fortement invitées à les reprendre dans les forfaits soins en $n+1$.

9 Pas d'information sur le plan d'aide à l'investissement.

POUR EN SAVOIR + La circulaire budgétaire 2011 pour les établissements et services médico-sociaux et ses annexes est disponible sur le site de la FHF, à la rubrique Dossiers, vieillesse handicap, budget et tarification.

HPST

INTERVENTION DES LIBÉRAUX DANS LES ÉTABLISSEMENTS

Les dispositions de la loi HPST relatives à l'intervention de professionnels libéraux dans les établissements de santé ont été publiées au *Journal officiel* du 30 mars 2011. Elles concernent tous les établissements et, en particulier, remplacent les dispositions en vigueur dans les ex-hôpitaux locaux.

POUR EN SAVOIR +

Pour les consulter : www.fhf.fr

COOPÉRATION

1^{er} RECENSEMENT ET BOÎTE À OUTILS

Grâce aux retours des différentes régions et des établissements, la FHF a pu réaliser un premier recensement des coopérations. Ce classement compte 680 coopérations. Ce recensement est accompagné d'un document intitulé « Boîte à outils des coopérations », qui prodigue des conseils pour mettre en place une coopération.

POUR EN SAVOIR +

Un forum de discussion sur le sujet est ouvert <http://forum.fhf.fr>

TARIFICATION ET GOUVERNANCE

1^{er} COMITÉ OPÉRATIONNEL AGGIR ET PATHOS

Le comité opérationnel des référentiels Aggir et Pathos a pour but de suivre la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance de ces référentiels. Il intervient suite au vote de l'article 81 de la LFSS 2011, qui prévoit la mise en place d'une commission régionale de coordination médicale qui pourra être saisie des recours relatifs à ces outils. L'objectif de ce comité opérationnel est de mieux suivre la réalisation et la validation des coupes Pathos et des évaluations Aggir. En effet, comme vous le verrez dans le document joint, il existe des écarts importants entre région et les coupes sont plus souvent revues à la baisse qu'à la hausse... C'est donc une demande récurrente de la FHF

que ce comité travaille vite afin que les outils de tarification soient utilisés sans biais. Les facteurs explicatifs de validation à la baisse des coupes Pathos ont été présentés. Il en ressort que l'un des critères très importants est la qualité du contenu du dossier patient, d'où l'importance que le médecin coordonnateur travaille bien en amont ce sujet avec ses confrères libéraux. La direction générale de la cohésion sociale (DGCS) a indiqué qu'un projet de décret serait soumis dès le mois prochain à la concertation au sujet de la commission régionale de coordination médicale et viendrait également clarifier le calendrier des validations des coupes Pathos et des évaluations Aggir. S'agissant des USLD, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a indiqué que les coupes seraient refaites pour les 32 000 lits sanitaires au second semestre 2011. La DGOS a indiqué également que les unités en situation de convergence tarifaire étaient invitées à signer un contrat avec leur ARS pour étudier leur situation sans baisser leurs moyens.

POUR EN SAVOIR +

http://www.cnsa.fr/rubrique.php3?id_rubrique=171

LA FHF À VOS CÔTÉS

Face à cette situation budgétaire très tendue, la FHF a invité ses délégations régionales à relayer une action de communication organisée avec les autres fédérations (UNIOPSS, AD-PA, SYNERPA, FNAQPA, FNADEPA, etc.). Sont ainsi prévues : la diffusion d'un communiqué de presse commun et des interventions lors des débats régionaux

sur la dépendance. Enfin, il est vivement recommandé aux établissements d'informer leurs conseils d'administration, conseils de surveillance, CVS, familles, résidents et élus de cette situation, et de leur expliquer concrètement ses conséquences sur votre structure.

MÉDICAL



SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

LE LOGICIEL TRAJECTOIRE GUIDE L'ORIENTATION DES PATIENTS

L'ESSENTIEL: Médecin coordonnateur en soins de suite et de réadaptation (SSR) aux Hospices civils de Lyon (HCL), le D^r Alain Deblasi a conçu, dès 2005, Trajectoire, un logiciel d'aide à l'orientation et au transfert des patients en SSR. Projet pour lequel François Baroin, ministre du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État lui a remis, le 31 mars dernier, le prix du manager public de l'année

dans le domaine de la santé. Déployé initialement en région Rhône-Alpes, ce logiciel connaît, aujourd'hui, un important succès en France puisqu'il concerne désormais 55 000 lits de SSR sur 100 000. Il commence à être utilisé pour les demandes d'admission en SSR/HAD (hospitalisation à domicile) dans dix autres régions avec le soutien des ARS. Entretien avec le D^r Deblasi.

Pourquoi avoir créé Trajectoire?

D^r Alain Deblasi: La difficulté de trouver une place en SSR a été à l'origine de ce projet, qui a reçu l'adhésion de Philippe Ritter, qui dirigeait alors l'ARH de la région Rhône-Alpes, ainsi que celle de Philippe Castest, directeur des systèmes d'information des HCL. La mise au point de ce logiciel, qui a mobilisé une dizaine de personnes, a bénéficié d'un soutien financier de la plate-forme de santé de la région Rhône-Alpes (SISRA).

Quels sont ses avantages?

Il s'agit d'un logiciel d'aide à l'orientation personnalisé, qui permet de faire une demande d'admission en SSR/HAD en ligne et, grâce au retour d'informations, de dresser un état des lieux des besoins en SSR. Le thésaurus des situations médicales requérant des SSR est calqué sur les catégories de « pathologies » décrites dans les décrets sur les SSR. La fiche de demande d'admission est relativement détaillée, mais pas trop non plus. Ce qui permet de la renseigner assez aisément. Il est aussi possible d'adresser des documents médicaux en respectant la confidentialité. Le système est conçu pour bloquer les demandes en cas de réponse positive d'une structure de soins, ce qui évite 15 à 20 % de « pertes » de lits imputables à des doublons. **L'emploi de Trajectoire fait gagner, en moyenne, une journée d'hospitalisation en unité de soins aigus, ce qui devrait déboucher sur des économies.**

Ce logiciel devrait également nous aider à mieux ajuster l'offre de soins en SSR, qui semble abondante en orthopédie mais insuffisante en neurologie, cancérologie, gériatrie...

Qui utilise aujourd'hui Trajectoire?

En Rhône-Alpes, où ses débuts datent de 2008, Trajectoire concerne environ 300 structures de SSR. Son utilisation, qui est obligatoire dans la région, est bien acceptée, mais il est vrai que le logiciel est gratuit, car financé par l'ARS. D'autres régions ont adopté Trajectoire: l'Alsace, les deux régions normandes, la Picardie, l'Auvergne, le Nord-Pas-de-Calais, l'Île-de-France, le Poitou-Charentes et, bientôt, le Languedoc-Roussillon et le Midi-Pyrénées. En France, près de 70 structures de HAD l'utilisent, et ce sera bientôt le cas des unités de soins de longue durée.

POUR EN SAVOIR +

Contactez le D^r Alain Deblasi:
alain.deblasi@chu-lyon.fr, tél. : 04 72 11 52 60



D^r Alain Deblasi

" L'emploi de Trajectoire fait gagner, en moyenne, une journée d'hospitalisation en unité de soins aigus, ce qui devrait déboucher sur des économies. "

CUMUL D'ACTIVITÉS

LE CONSEIL D'ÉTAT CENSURE LE CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA FONCTION PUBLIQUE

Par un arrêt du 3 décembre 2010¹, le Conseil d'État a décidé de censurer pour insuffisante sévérité un avis de juin 2008 de la commission des recours du Conseil supérieur de la fonction publique.

Cet avis concernait un ouvrier professionnel qualifié stagiaire ayant cumulé ses fonctions d'agent public avec une activité privée lucrative d'agent de sécurité salarié. À cette occasion, il avait été amené à conduire un véhicule de service alors qu'il était sous le coup d'une mesure de suspension de son permis de conduire.

La commission des recours, saisie par l'agent ayant fait l'objet d'une sanction disciplinaire,

avait émis un avis qui prévoyait la substitution d'une sanction d'exclusion temporaire de deux mois à celle d'exclusion définitive prononcée par le directeur de l'hôpital à l'encontre de l'ouvrier.

Le Conseil d'État considère, au vu des pièces du dossier, que la sanction d'exclusion temporaire de deux mois proposée par la commission des recours est, « par son insuffisante sévérité, manifestement disproportionnée aux fautes commises ». Il est donc rappelé que le cumul d'activité qui serait exercé sans autorisation et en violation des règles statutaires est une faute disciplinaire pouvant conduire à des

sanctions sévères, en fonction des circonstances des faits.

En l'espèce, l'annulation de l'avis de la commission des recours datant de 2008 peut permettre au directeur du centre hospitalier de reprendre la sanction initialement prononcée pour ces faits ou bien une autre sanction à l'encontre de l'agent qui, à la suite de l'avis de la commission des recours, a dû être réintégré dans l'établissement, après son exclusion de deux mois.

1. CE, CH Le Vinatier, 3 décembre 2010, n° 320042.



CNRACL

ÉLECTION PARTIELLE POUR LE COLLÈGE 4 DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

La création des conseils de surveillance au sein des établissements publics hospitaliers par la loi HPST du 21 juillet 2009 a remis en cause les mandats des représentants des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux au conseil d'administration de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL). Ces représentants avaient été élus en 2008 en tant qu'administrateurs des conseils d'administration des

LOI HPST

UN TAUX DE REDEVANCE QUI POUSSE LES LIBÉRAUX À TRAVAILLER DANS LE PRIVÉ

La loi HPST du 21 juillet 2009 a mis en place un nouveau mode d'exercice des professionnels de santé libéraux en établissements de santé publics et privés (L. 6146-2 et L. 6161-9 CSP). Selon les termes de la loi, les établissements publics rémunèrent ces professionnels par le versement d'honoraires qui peuvent être « minorés, le cas échéant, d'une redevance ».

Les textes d'application, publiés au *Journal officiel* du 30 mars, rendent, dans les faits, obligatoire la mise en œuvre d'une redevance sur des taux figés dès lors qu'il y a mise à disposition de moyens matériels et humains, ce qui ne correspond pas à la souplesse introduite par la loi HPST. Dès lors, le niveau élevé de ces taux de redevance (60 %, 30 % des honoraires) risque de freiner la participation des libéraux dans les établissements publics de

santé au bénéfice des établissements privés, ces derniers pouvant fixer librement les taux.

Au stade des informations recueillies auprès de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), il semblerait que l'exonération totale de la redevance ne soit admise que si aucun moyen matériel et humain n'est mis à la disposition des libéraux ou qu'en cas d'intervention en hospitalisation à domicile (HAD).

La FHF vient donc de saisir les pouvoirs publics de cette difficulté pour leur demander, d'une part, une interprétation de la notion de « cas échéant » et, d'autre part, une modification des dispositions réglementaires afin que les taux publiés constituent un plafond et puissent être adaptés par le chef d'établissement en fonction des situations locales.



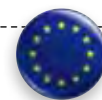
établissements publics hospitaliers. Un décret du 21 mai 2010¹ avait néanmoins permis de prolonger leur mandat jusqu'au 1^{er} janvier 2012.

La Fédération hospitalière de France a sollicité la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) le 21 avril 2011 afin d'obtenir une nouvelle prolongation du mandat des représentants des établissements publics sani-

taires sociaux et médico-sociaux. La DGOS a indiqué par courrier en date du 5 mai 2011 que le décret du 21 mai 2010 ne permettait de prolonger le mandat de ces représentants que jusqu'au 1^{er} janvier 2012, le Conseil d'État ayant considéré comme trop éloignée la date de renouvellement total des membres du conseil d'administration de la CNRACL (fin 2014). Une élection partielle pour les seuls représentants des établissements publics sanitaires et sociaux et médico-sociaux (collège 4) devra donc être organisée avant la fin de l'année 2011. Les textes prévoyant les modalités d'organisation des élections partielles seront mis en ligne sur le site de la FHF dès leur publication.

1. Décret n° 2010-540 du 21 mai 2010.

EUROPE



ESSAIS CLINIQUES

NOUVELLE BASE DE DONNÉES

Le 22 mars 2011, la Commission européenne a lancé un registre public de tous les essais cliniques en cours dans l'Union européenne, avec pour objectif de rendre la recherche pharmaceutique plus transparente pour les patients. Ce registre est intégré dans la base de données publique EudraPharm.

POUR EN SAVOIR +

<https://www.clinicaltrialsregister.eu/>

MALADIES RARES

UN NOUVEAU RAPPORT

Le rapport de l'atelier du Comité européen des maladies rares sur les initiatives et avantages des centres d'expertise pour les maladies rares est désormais disponible. Il présente les expériences pilotes des réseaux européens de référence, et leurs résultats.

POUR LE CONSULTER

www.orpha.net

CRISE ÉCONOMIQUE

IMPACT SUR LA SANTÉ

La Fédération européenne des hôpitaux et des soins de santé a étudié les effets directs et indirects de la crise économique sur les systèmes de santé européens. Ses résultats sont disponibles dans son rapport « The Crisis, Hospitals and Healthcare ». Cette analyse détaille l'impact de la crise par pays et présente les mesures prises pour l'hôpital et les services de santé, les professionnels de santé, les patients et les citoyens.

POUR LE CONSULTER

<http://www.hope.be> (en anglais)

OMS

LE SYSTÈME FRANÇAIS EN TRANSITION

L'observatoire européen de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) vient de publier en anglais le nouveau profil du système de santé français dans la série « Health Systems in Transition » (HiTs).

POUR EN SAVOIR +

<http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/news/news/2012/03/new-french-hit>

FINANCES

ENQUÊTES

LA RÉFORME DU FINANCEMENT
DU SECTEUR SSR S'ACCÉLÈRE

Les travaux relatifs à la réforme du financement du champ SSR s'accroissent. Aussi, plusieurs enquêtes ont été lancées depuis le printemps. Celles-ci portent tout d'abord sur les plateaux techniques et ateliers d'appareillage de vos structures, puis sur le futur compartiment dédié aux missions d'intérêt général. À ce stade, et la FHF le regrette, seules trois thématiques ont été retenues. Il s'agit de l'éducation thérapeutique et des spécificités des structures pédiatriques que sont la scolarisation des jeunes patients, et l'accueil des parents. Parallèlement, un appel à candidatures a permis à quelques établissements volontaires de s'engager dans une première démarche relative aux missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (MERRI), via le déploiement et le test des logiciels SIGAPS et SIGREC. Enfin, une dernière enquête porte sur les consommations de ce qui pourrait préfigurer le compartiment « molécules onéreuses ». Le sujet des dispositifs médicaux fera l'objet d'un groupe de travail spécifique constitué à la rentrée 2011.

La FHF, consciente, de la lourdeur de ces



enquêtes aux calendriers par ailleurs concomitants, vous invite à la plus grande rigueur dans leur remplissage, considérant qu'elles permettent de faire émerger les spécificités de notre secteur.

EN PROJET

HARMONISATION DES T2A

Des échanges ont été engagés avec la Direction de la Sécurité sociale en vue de la réécriture du décret Sanctions, et de la diffusion d'une instruction aux ARS, visant notamment à harmoniser les applications régionales.

La FHF, associée au collège des départements d'information médicale (DIM) de CHU et au Collège national de l'information médicale, a ainsi transmis des propositions pour ces deux projets de textes.

PATIENTS

MESURE DE LA SATISFACTION FACULTATIVE EN 2011

Le 18 avril a été publiée une note d'instruction de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), modifiant celle du 21 décembre 2010 relative aux modalités techniques portant sur les enquêtes téléphoniques annuelles. Celles-ci vont mesurer la satisfaction des patients hospitalisés au sein des établissements de santé, publics et privés et ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). Compte tenu des difficultés rencontrées par certains établissements de santé, les enquêtes téléphoniques annuelles de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés ne seront pas obligatoires en 2011.

HÔPITAUX

ENQUÊTE EPRD

Comme chaque année, les conférences de directeurs de CH et directeurs généraux de CHU se sont associées à la FHF pour conduire une enquête sur la situation financière des hôpitaux. Cette enquête nous permet de communiquer et d'alerter les pouvoirs publics sur le bilan de l'exercice 2010 et les conditions de démarrage de la campagne 2011.



Sur Internet

- > www.fhf.fr: toute l'actualité de la FHF
- > www.bdhf.fhf.fr: la banque de données hospitalière de France
- > www.hopital.fr: l'information hospitalière pour le grand public
- > www.maisons-de-retraite.fr: les Ehpad publics et associatifs
- > www.sphconseil.fr: les manifestations, colloques, formations...

Grand angle

12



Organisation

PROFESSIONNELS DE SANTÉ POURQUOI LES COOPÉRATIONS TARDENT-ELLES À SE METTRE EN PLACE ?

Délégation de tâches, transfert de tâches, coopération entre professionnels de santé sont autant de termes apparus dans le paysage médical depuis le rapport du Pr Yvon Berland sur la démographie des professions de santé en 2002. Presque dix ans plus tard, où en est la mise en œuvre de cette coopération ? /

15



Médico-social

ENTRE MÉDECINE DE VILLE ET MÉDICO-SOCIAL, LE RÔLE CLÉ DE L'HÔPITAL LOCAL

L'hôpital local occupe une place de choix dans l'organisation du parcours de soins coordonnés et de proximité. À condition de créer des coopérations avec les libéraux d'une part, et le secteur social et médico-social d'autre part. /

18



Médical

LES INSTITUTS HOSPITALO- UNIVERSITAIRES: UN NOUVEAU PONT ENTRE RECHERCHE ET INNOVATION

Parent pauvre du budget de l'État, la recherche française a du mal à figurer parmi les meilleurs mondiaux. Si la France dispose de compétences et de structures de très haut niveau, elle pâtit cependant du manque de liens avec les industries pharmaceutiques et biomédicales. Les six instituts hospitalo-universitaires (IHU) créés dans le cadre du programme Investissements d'avenir ont vocation à faire ce pont. Objectif: stimuler la compétitivité de la recherche médicale en France. /

ORGANISATION | Délégation de tâches, transfert de tâches, coopération entre professionnels de santé sont autant de termes apparus dans le paysage médical depuis le rapport du Pr Yvon Berland sur la démographie des professions de santé en 2002. Presque dix ans plus tard, où en est la mise en œuvre de cette coopération ? /

Professionnels de santé : pourquoi les coopérations tardent-elles à se mettre en place ?

Définis par la loi HPST, ces soins comprennent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social; l'éducation pour la santé.



Novembre 2002 : rapport du Pr Yvon Berland. Face au problème de démographie médicale qui touche le secteur de la médecine libérale, l'auteur encourage vivement la mise en place de coopérations entre les professionnels de santé afin de libérer du temps médical pour les médecins et permettre une meilleure prise en charge des patients chroniques. La coopération est envisagée comme un moyen de garantir un accès équitable et de proximité à l'offre de **soins de premier recours**. Sur le terrain, les réactions ne se font pas attendre. Des expérimentations de coopérations se mettent en place entre professionnels de santé volontaires, aussi bien en milieu hospitalier que libéral : infirmière experte en hémodialyse, infirmière experte pour la prise en charge des patients traités pour une hépatite chronique C, coopération entre médecin radiothérapeute et manipulateur en électroradiologie, entre ophtalmologiste et orthoptiste, entre diabétologue et diététicien pour le

traitement du diabète de type 2, entre médecins généralistes et infirmières pour l'éducation thérapeutique du patient. Ces expérimentations, encadrées par les pouvoirs publics, ont notamment pour objectif de mieux définir les compléments de formation que les professionnels paramédicaux devront acquérir pour assurer au mieux les tâches déléguées ou transférées. Mais si ces expérimentations à l'échelon local ont fait leurs preuves, les coopérations à l'échelon national tardent à être mises en œuvre. Pourtant, la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 officialise le processus, et l'arrêté du 31 décembre 2009 précise les modalités d'application de la coopération entre les praticiens. L'article 51 de la loi HPST dispose en effet que « les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs



3 QUESTIONS À |

Bernard Dupont, directeur général du CHU de Brest

"Les professionnels sont enthousiastes"

Constitué « entre des professionnels de santé, le cas échéant de maisons de santé, de centres de santé, de réseaux de santé, d'établissements de santé, d'établissements et de services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire, et des groupements de coopération sociale et médico-sociale », il assure des activités de soins de premier recours et/ou de second recours, et peut participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire.

Le CHU de Brest a déposé des protocoles de coopération à l'ARS de Bretagne. Quels sont les domaines concernés ?

→ Nos demandes de protocoles visent, entre autres, les prélèvements de cornée qui pourraient être effectués par des infirmiers formés - ce qui éviterait de mobiliser les ophtalmologistes ou les médecins -, l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre des infections sexuellement transmissibles (IST) ou encore l'extubation des malades. Nous sommes soutenus dans notre démarche par l'ARS de Bretagne, qui y voit un intérêt pour assurer la continuité des soins dans une zone touchée par les problèmes de démographie médicale. Il s'agit également d'un moyen pour enrichir les compétences de base de certains métiers. Nous avons déposé six protocoles, et notre objectif est d'atteindre une vingtaine de demandes d'ici à la fin de l'année.

La formation des professionnels est donc nécessaire ?

→ Elle est inévitable. Il ne serait pas raisonnable qu'un professionnel qui n'a pas reçu la formation visée dans le protocole puisse faire un acte parce qu'il appartient au corps de métier concerné. Les compétences ne sont pas innées. Au

CHU de Brest, nous avons développé un panel de formations initiales et continues via la création d'un centre de simulation permettant aux praticiens d'être formés sur certains actes. En s'appuyant sur cette structure, nous allons être porteurs de nouvelles compétences et les développer pour les professionnels, telles qu'elles sont envisagées dans les protocoles. Si d'autres CHU mettent en place des formations sur des thèmes qui nous intéressent, nous y adhérons également.

Que pensent les professionnels de santé du CHU de Brest de ces coopérations ?

→ Ils sont enthousiastes. Quand un infirmier est depuis longtemps sur un même poste et qu'il participe à la réalisation d'un acte, le passage à la réalisation concrète de cet acte est facilité, notamment par le compagnonnage. Bien entendu, il ne faut pas que cette évolution soit vue, par les professionnels, comme une dépossession de l'acte ou comme une charge, ou un risque juridique. Tout doit être intégré dans les fiches de postes afin d'éviter les prises de risque des soignants. Toutefois, la question qui devrait se poser à terme est celle de la rémunération des professionnels de santé en raison de l'acquisition de nouvelles compétences.

modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis dans des articles de loi ». La loi HPST va plus loin. Elle encourage le travail coordonné des acteurs de l'offre de soins de premier recours - médecins généralistes et pharmaciens d'officine -, et plus généralement des professionnels installés en libéral. Le texte incite aussi au regroupement des praticiens au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles, des centres ou encore des pôles de santé afin de mutualiser les moyens nécessaires à une bonne prise en charge des patients. Une coopération qui est toutefois encadrée par l'article 51 de cette même loi.

AUTORISATION DE COOPÉRATIONS

Les protocoles qui instaurent une coopération entre les professionnels de santé répondent à une procédure stricte. Dans ce cadre, les agences régionales de santé (ARS) sont les interlocuteurs privilégiés des professionnels de santé volontaires.

Lorsque ces derniers souhaitent organiser, entre eux, une coopération, ils doivent mettre au point un protocole de coopération selon un modèle type disponible sur le site Internet de la Haute Autorité de santé (HAS). Ils soumettent ensuite ce document à leur ARS, qui s'assure de la recevabilité du protocole (dérogation aux conditions légales d'exercice avérées, professions inscrites au Code de la santé publique) et vérifie qu'il répond à un besoin de santé régional, avant de le transmettre à la HAS. Celle-ci est chargée de valider les protocoles de coopération envoyés par les ARS. Elle doit, notamment, contrôler qu'ils garantissent un niveau d'efficacité clinique au moins équivalent à la prise en charge habituelle, un accès à des soins de qualité et une maîtrise des risques inhérents au nouveau mode de prise en charge des patients. Les professionnels de santé impliqués doivent transmettre à la HAS le résultat des indicateurs de suivi de la mise en œuvre de leurs protocoles. Enfin, au vu des résultats, la HAS peut étendre l'application de certains d'entre eux à tout le territoire national. Une procédure bien encadrée, certes, mais

Professionnels de santé : pourquoi les coopérations tardent-elles à se mettre en place ?

qui n'a pas encore abouti à des résultats concrets. À noter tout de même qu'une enquête menée par nos délégués régionaux révèle que, sur 101 établissements qui ont répondu, 25 ont un protocole soit en cours de rédaction, soit en cours d'examen pour recevabilité par l'ARS, soit transmis par l'ARS à la HAS pour validation, et 13 autres ont déclaré avoir l'intention de déposer un protocole, mais n'ont pas encore engagé la démarche.

COOPÉRATIONS BLOQUÉES

Plusieurs freins, pointés du doigt par le ministère de la Santé, expliquent en partie ce retard. Le ministère rappelle que les décrets d'application de la loi HPST n'ont été publiés que l'année dernière et, de fait, que leur entrée en vigueur prend du temps. De plus, les coopérations demeurent des délégations d'actes que les professionnels n'ont normalement juridiquement pas le droit d'accomplir. Il s'agit donc de dérogations à des interdictions que le ministère souhaite maintenir. Le formalisme qui entoure l'autorisation des coopérations paraît alors normal aux yeux du ministère. Plus concrètement, d'autres limites ont été portées à l'attention du ministère, notamment par les professionnels

de santé, comme la complexité du montage des dossiers. Le principe de coopération est construit nominativement entre deux professionnels de santé qui déposent un protocole pour obtenir l'autorisation d'une délégation d'acte ou d'activité. Néanmoins, lorsque le protocole est autorisé, la HAS peut l'étendre au niveau national, et l'intégrer dans la formation initiale. Une situation qui impose à la Haute Autorité de s'assurer du caractère reproductible de cette délégation. En raison de cette extension immédiate, il existe un niveau de qualité et d'exigence très élevé reposant sur les professionnels qui déposent le protocole. Aussi, parallèlement aux protocoles locaux, le ministère envisagerait de travailler sous forme de protocoles nationaux, via des appels d'offres, afin d'instaurer une plus grande reproductibilité.

MODIFIER LES TEXTES LÉGISLATIFS ?

Autre difficulté d'ordre législatif : la réalisation des actes médicaux par les praticiens est définie par la loi. Il est donc nécessaire, pour leur permettre d'accomplir de nouveaux actes, de modifier les textes législatifs. Le ministère s'interroge sur la manière d'envisager leur modification, sans pour autant ralentir le développement des protocoles.

Ces nombreux problèmes obligent le ministère de la Santé à trouver des solutions afin d'éviter que cette situation ne freine les professionnels dans le développement de coopérations. Le ministère mène d'ailleurs cette réflexion avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Direction de la Sécurité sociale (DSS), le secrétariat général des ministères sociaux, la FHF, l'Assurance-maladie et la Fédération des spécialités médicales.

Ce blocage institutionnel n'empêche pas pour autant l'instauration, par les professionnels de santé, de formations complémentaires dans certains CHU ou universités, afin de former les praticiens à de nouvelles compétences en attendant la validation des protocoles. C'est le cas, par exemple, avec le master de pratiques avancées en soins infirmiers à Marseille, ou le DIU d'infirmière experte en urologie à Rouen. Par ailleurs, le rapport du Pr Berland, coécrit avec le député UMP de Meurthe-et-Moselle Laurent Hénart, et Danielle Cadet, coordonnatrice générale des soins à l'AP-HP sur les « métiers en santé de niveau intermédiaire », encourage l'émergence de nouveaux « praticiens » prenant en charge le suivi des pathologies chroniques. Ces nouveaux métiers seront peut-être à l'origine de nouvelles coopérations.

POUR EN SAVOIR +

- La loi HPST : <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- Les outils pratiques pour les professionnels de santé : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1027326/des-outils-pratiques-au-service-des-professionnels
- Revue hospitalière de France N° 541 Juillet-Août 2011, dossier « Coopérations entre professionnels de santé : état des lieux et perspectives. À lire sur <http://rhf.fhf.fr>



Pr Philippe Grise,
chef du service
urologie au CHU
de Rouen

« 125 infirmières sont titulaires du diplôme interuniversitaire (DIU) en urologie mis en place en octobre 2002 au sein du CHU de Rouen. La formation, composée de six modules sur une période de deux ans, leur permet de devenir les "référentes" au sein des équipes d'urologie de leur service, notamment pour encadrer les stagiaires. La coopération entre les professionnels de santé, prévue par la loi HPST de 2009, nous permet d'assurer le continuum de ce DIU. Il y a un mois, nous avons déposé un dossier, pour la délégation du bilan urodynamique, à l'ARS de Haute-

Normandie, qui l'a transféré à la HAS. Nous attendons la réponse. Parmi les critères requis pour postuler à cette extension des compétences, les infirmières devront être titulaires du DIU et avoir des connaissances spécifiques de ce domaine. Nous allons déposer deux autres dossiers pour l'instillation intravésicale de chimiothérapie et les injections intracaverneuses pour les cas d'insuffisance caverneuse. Il est nécessaire de progresser dans les pratiques avancées. »

MÉDICO-SOCIAL | L'hôpital local occupe une place de choix dans l'organisation du parcours de soins coordonnés et de proximité. À condition de créer des coopérations avec les libéraux d'une part, et le secteur social et médico-social d'autre part. /

Entre médecine de ville et médico-social, le rôle clé de l'hôpital local

La loi « **Hôpital, patients, santé et territoires** » (HPST) a bientôt deux ans. Le législateur voulait réorganiser l'offre de soins, afin d'améliorer la prise en charge de la santé des Français dans le cadre d'un service public rénové. Celui-ci se fonde désormais sur des projets médicaux de territoire, établissant des parcours de soins complets et cohérents. Dans ce cadre, l'hôpital de proximité ou de premier recours est le bon échelon pour mettre en œuvre la réorganisation territoriale. Situés le plus souvent dans des zones rurales, insulaires ou de montagne, dans des régions souvent peu peuplées et isolées, les 250 hôpitaux locaux ont bien un rôle de pivot à jouer. Ils mobilisent autour d'eux tous les acteurs d'un territoire de santé, notamment les

médecins de ville et les établissements sociaux et médico-sociaux. Les coopérations entre l'hôpital local et les médecins libéraux d'une part, et l'hôpital local et le secteur médico-social d'autre part, sont déjà une réalité dans certaines régions. Mais la loi HPST offre désormais l'opportunité de renforcer les coopérations existantes, de les rendre plus efficaces quand c'est nécessaire, et, surtout, d'en créer de nouvelles.

SOINS INFIRMIERS, FILIÈRES GÉRIATRIQUES ET PHARMACIES À USAGE INTÉRIEUR (PUI)

Les exemples de collaborations possibles entre l'hôpital local et les établissements sociaux et médico-sociaux ne manquent pas. Ainsi, les liens entre les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et les hôpitaux locaux s'expriment, pour l'instant, de façon très différente d'une région à l'autre, mais l'intérêt de leur rapprochement paraît évident : le partage de professionnels, la gestion en commun des remplacements de personnels et l'utilisation de dossiers médicaux communs favorisent une meilleure coordination des soins et une proximité naturelle pour les patients. Cela évite de constituer des Ssiad trop importants pour leur périmètre géographique, qui imposent des temps de transport mal maîtrisés. Autre exemple : l'organisation de filières gériatriques. La requalification en Ehpad de nombreuses unités de longs séjours et le refus de créer des soins de suite en gériatrie ont affaibli la place des hôpitaux locaux dans l'organisation de ces filières. Il est possible, et essentiel, de corriger ces effets en faisant des hôpitaux locaux le siège d'équipes spécialisées en gériatrie, ayant une vocation interétablissements, comme cela se fait au niveau des équipes opérationnelles d'hygiène. Enfin, les pharmacies à usage intérieur (PUI), fragilisées

LA FHF À VOS CÔTÉS

CONFORTER L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ

La FHF soutient la plate-forme des hôpitaux locaux, élaborée par l'Association nationale des hôpitaux locaux (ANHL) et l'Association nationale des médecins généralistes des hôpitaux locaux (AGHL), qui vise à conforter une offre de soins de proximité et décrit les modes de coopération possibles. Il importe pour la FHF que le rôle spécifique des hôpitaux de proximité soit reconnu, et leur financement, adapté, afin de garantir un aménagement du territoire compatible avec un service public accessible partout et pour tous.

Entre médecine de ville et médico-social, le rôle clé de l'hôpital local



Maison de santé de Mouthe (Jura).

au sein des hôpitaux locaux, peuvent gagner en efficacité grâce à une organisation commune entre établissements (lire ci-contre l'entretien avec Jean-Yves Blandel, président de l'Association nationale des hôpitaux locaux).

RENFORCER L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ

Quant à la collaboration entre l'hôpital local et les médecins libéraux, elle permet de renforcer l'offre de soins de proximité (lire ci-dessous le témoignage du Dr Pascal Gendry, président de l'Association nationale des généralistes des hôpitaux locaux). Il est donc essentiel de resserrer ces liens qui existent déjà, mais ne sont pas toujours satisfaisants. Parmi les différentes formes de rapprochements possibles, les maisons de santé pluridisciplinaires, adossées à un hôpital local, semblent être l'une des plus pertinentes. C'est le cas de l'hôpital local de Mouthe, dans le massif du Jura. Cette commune de 2 500 habitants compte une maison de santé construite dans le même bâtiment que l'hôpital local. Elle réunit trois médecins généralistes, un kinésithérapeute, une infirmière dans le cadre d'un Ssiad, une orthophoniste, une sage-femme et un médecin du travail. L'hôpital local dispose de 57 lits d'Ehpad, 6 lits de médecine et 7 lits de soins de suite et de réadaptation. *« Compte tenu de la démographie médicale en milieu rural, la maison de santé attire des libéraux qui ne seraient pas venus s'installer ici sans ce dispositif »*, explique la directrice des hôpitaux de Pontarlier, Mouthe et Nozeroy, Gaëlle Fonlupt.

TÉMOIGNAGE



Dr Pascal Gendry, président de l'Association nationale des médecins généralistes des hôpitaux locaux

« IL FAUT DÉVELOPPER DES MAISONS DE SANTÉ ADOSSÉES À L'HÔPITAL LOCAL »

« L'implication des généralistes au sein de l'hôpital local est essentielle. Il ne s'agit pas, pour nous médecins libéraux, de devenir praticien hospitalier, mais de jouer notre rôle de médecin traitant et coordonnateur de soins. Nous connaissons bien nos patients, leurs antécédents, leurs conditions de vie... il est logique que nous les voyions à l'hôpital pour éviter une rupture dans leurs parcours de soins. En outre, nous savons anticiper le retour à domicile et faisons le lien entre les différents professionnels concernés. À cet égard, développer des maisons de santé

pluridisciplinaires adossées à l'hôpital local me semble une bonne formule. Tous les libéraux sont présents au même endroit et mutualisent des moyens pour la maintenance informatique, les normes d'hygiène, le secrétariat, etc. Les généralistes profitent de l'expertise des compétences hospitalières : gériatres, consultations avancées de spécialistes, paramédicaux ; et la présence des généralistes libéraux permet à l'hôpital local de maintenir et consolider son activité médicale. Même si elle n'est pas parfaite, c'est la solution qu'il faut développer. »



3 QUESTIONS À |

Jean-Yves Blandel, président de l'Association nationale des hôpitaux locaux (ANHL)

"L'hôpital de proximité lie le sanitaire et le médico-social"

« Ainsi, tout le monde y gagne. Les libéraux peuvent avoir une activité plus complète en exerçant à la fois à titre libéral au sein de la maison de santé et en tant que médecins sur les lits de médecine SSR ou Ehpad de l'hôpital local. Et nous, nous profitons de leur compétence médicale. »

QUAND ISOLEMENT RIME AVEC INNOVATION

Parmi les trois généralistes, deux sont salariés une partie de leur temps pour assurer leur rôle de médecin coordonnateur. « Cela leur procure une rémunération supplémentaire sous la forme d'un forfait, calculé en fonction du nombre de résidents en Ehpad et en médecine », précise la directrice. Qui ajoute : « Cette solution permet d'assurer un certain niveau de médicalisation des Ehpad. La tarification à l'activité, qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2012 pour les hôpitaux locaux, va fragiliser la partie sanitaire de ces établissements ayant un très faible volume de lits de médecine. Pour autant, compte tenu de l'évolution du profil des résidents, les Ehpad auront toujours besoin de médecins. D'où l'intérêt de conserver les compétences médicales dans nos territoires ruraux, en prévoyant un fonctionnement en synergie entre la maison de santé et l'hôpital local. » A contrario, il semblerait que certaines maisons de santé aient de vraies difficultés à fonctionner lorsqu'elles ne sont pas adossées à un hôpital local. À Mouthe en tout cas, l'hôpital local attire des étudiants en médecine : « Ils postulent pour une vacation estivale d'aide-soignant, curieux de voir comment cela fonctionne en hôpital local », explique Gaëlle Fonlupt. En effet, notre approche a ceci d'intéressant qu'elle intègre tout le parcours de soins du malade, et pas seulement la phase aiguë. De quoi susciter des vocations de médecins en milieu rural. »

Afin de répondre aux besoins des patients « là où ils se trouvent », deux équipes mobiles, l'une de gériatrie, l'autre de soins palliatifs, du centre hospitalier de Pontarlier, viennent également dans les hôpitaux locaux « au lit du patient » une fois tous les quinze jours environ. Comme le précise Gaëlle Fonlupt, « en milieu rural, on ne peut pas vivre sans coopération. Notre isolement nous pousse à innover ».

Ces coopérations entre l'hôpital local, les médecins libéraux et les institutions sociales et médico-sociales font l'objet d'un certain consensus parmi les acteurs concernés. À cet égard, la plate-forme conçue en octobre 2010 par l'Association nationale des hôpitaux locaux (ANHL) et l'Association nationale des médecins généralistes des hôpitaux locaux (AGHL) constitue un outil précieux. Elle offre un état des lieux des hôpitaux de premier recours, mais aussi une série de propositions pour renforcer les coopérations entre les uns et les autres. Parmi celles-ci, on retrouve la nécessité de resserrer les liens avec les libéraux et d'élargir la palette des services de soins proposés à la population (télémédecine, consultations avancées, etc.). Selon l'ANHL et l'AGHL, c'est justement au moment où l'hôpital local disparaît comme catégorie juridique qu'il convient, plus que jamais, d'affirmer la place particulière qu'il occupe dans le tissu hospitalier de notre pays.

Quelle est la place de l'hôpital local par rapport aux établissements médico-sociaux ?

→ Les hôpitaux locaux ont une sensibilité naturelle au médico-social. On trouve des Ehpad dans la totalité d'entre eux, et plus de la moitié de nos 250 établissements disposent de places de Ssiad. L'hôpital de proximité s'inscrit dans une articulation entre le sanitaire et le médico-social.

Quelles pourraient être ces collaborations ?

→ Je pense aux thèmes qui ont été soulignés par les pouvoirs publics comme essentiels pour la qualité des soins dans les Ehpad : le médicament, les escarres, la dénutrition... Sur l'iatrogénie médicamenteuse, les pharmacies à usage intérieur (PUI) des hôpitaux locaux peuvent constituer le socle d'une organisation de proximité qui associerait nos organisations. Elles sont fragiles, car faiblement dotées en personnels. Or, la volonté des pouvoirs publics de mettre en place un tarif global de soins qui inclurait la fourniture des médicaments dans les

Ehpad est une opportunité. Les PUI pourraient être mutualisées pour desservir à la fois l'hôpital de proximité et les Ehpad. Cela permettrait de les consolider, d'améliorer la distribution des médicaments et de diminuer le risque iatrogène. Bien sûr, il ne faut pas mettre en danger les pharmacies d'officine, vulnérables dans les territoires ruraux. Il y a un juste équilibre à trouver.

Un autre exemple concret ?

→ Oui, les programmes de lutte contre les infections nosocomiales. Les hôpitaux de proximité ont des infirmiers spécialisés, pas les Ehpad. On pourrait imaginer d'employer un infirmier à plein temps, et non plus à temps partiel, qui se partagerait entre les différents établissements. Les obligations en matière de qualité des soins sont en train d'émerger au sein des Ehpad : l'hôpital local a forcément une carte à jouer. Dans le cadre des territoires de santé, l'hôpital local me semble l'échelon pertinent pour des actions de proximité, en lien, évidemment, avec les centres hospitaliers et les Ehpad.

" Les obligations en matière de qualité des soins sont en train d'émerger au sein des Ehpad : l'hôpital local a forcément une carte à jouer "

MÉDICAL | Parent pauvre du budget de l'État, la recherche française a du mal à se hisser aux 1^{ers} rangs mondiaux. Si la France dispose de compétences et de structures de très haut niveau, elle pâtit cependant du manque de liens avec les industries pharmaceutiques et biomédicales. Les six instituts hospitalo-universitaires (IHU) créés dans le cadre du programme « Investissements d'avenir » ont vocation à faire ce pont. Objectif : stimuler la compétitivité de la recherche médicale en France. /

Les instituts hospitalo-universitaires : un nouveau pont entre recherche et innovation

Faire émerger des centres d'excellence « qui renforceront l'attractivité de la France dans le domaine de la recherche en santé », tel est l'objectif poursuivi par le gouvernement avec la création des IHU. Ces six projets d'excellence ont été retenus à l'issue d'un appel d'offres lancé dans le cadre du programme « Investissements d'avenir » par un jury international présidé par le Pr Richard Frackowiak, directeur du service de neurologie à l'université de Lausanne (cf. tableau des lauréats).

L'objectif : « Concevoir les thérapies du futur » et rivaliser avec les meilleurs mondiaux dans le domaine de la recherche médicale en associant, autour d'une même pathologie, une université, un établissement de santé et des établissements de recherche. « Avec un principe cardinal, comme l'a rappelé la ministre de la Recherche Valérie Pécresse, réunir toutes les compétences et tous les talents au plus près des besoins des malades. »

SIX PROJETS D'EXCELLENCE RETENUS

> Institut de neurosciences translationnelles de Paris.

A-ICM, Paris.

Financement total : 55 000 000 €. Programme de recherche, formation et soins sur les maladies du système nerveux (Parkinson, Alzheimer, épilepsie, etc.) pour comprendre leur mécanisme et développer des outils de diagnostic, de prévention et de traitement.

PORTEURS DU PROJET : université Pierre-et-Marie-Curie, Inserm, CHU Pitié-Salpêtrière (AP-HP).

> Institut de cardio-métabolisme et nutrition.

Ican, Paris.

Financement total : 45 000 000 €. Ican a pour but de créer un institut international pour la recherche et les soins dans les maladies cardio-métaboliques (diabète, insuffisances cardiaques, obésité). Le projet vise une approche intégrée de la recherche fondamentale et expérimentale à la recherche clinique

dans le domaine du cardio-métabolisme.

PORTEURS DU PROJET : université Pierre-et-Marie-Curie, Inserm, CHU Pitié-Salpêtrière (AP-HP).

> IHU des maladies génétiques.

Imagine, Paris.

Financement total : 64 260 000 €. Imagine est centré sur les maladies rares, leurs structures génétiques et leurs conséquences sur la vie des patients. Il abordera les défis lancés par les maladies rares, au nombre de 7 000, qui affectent 3 à 4 % de la population. Le projet a vocation à approfondir les connaissances et à apporter des solutions innovantes sur ces maladies.

PORTEURS DU PROJET : université René-Descartes, Inserm, CHU Necker (AP-HP).

> Institut de rythmologie et modélisation cardiaque.

Lyric, Bordeaux.

Financement total : 45 000 000 €.

Cet institut va permettre de développer un programme multidisciplinaire de recherche, de formation, de soins et de transfert unique au monde. Il associera un large éventail de compétences afin de comprendre, identifier et traiter les troubles du rythme cardiaque, qui sont une des premières causes de décès.

PORTEURS DU PROJET : université de Bordeaux, Inserm, CHU de Bordeaux.

> Institut de chirurgie mini-invasive guidée par l'image.

MIX-Surg, Strasbourg.

Financement total : 67 300 000 €. Ce projet d'institut permettra de réaliser des interventions chirurgicales hybrides qui combinent gestes chirurgicaux et guidage par l'image. L'objectif est d'installer une plateforme de 17 blocs opératoires mixtes dédiés aux soins, à la recherche et à la

formation, capable d'attirer les experts mondiaux du domaine et les industries du dispositif médical pour développer de nouvelles procédures et une nouvelle instrumentation.

PORTEURS DU PROJET : université de Strasbourg, Inserm, CHU de Strasbourg.

> IHU en maladies infectieuses.

Polmit, Marseille.

Financement total : 72 300 000 €. Le projet permettra la prise en charge de patients infectés et éventuellement extrêmement contagieux, et aura pour cible l'observation et la lutte contre la contagion. Six axes seront privilégiés : lutte contre la contagion et prise en charge, diagnostic, épidémiologie, recherche fondamentale, valorisation et enseignement.

PORTEURS DU PROJET : université de la Méditerranée, Inserm, CHU de la Timone (Assistance publique - Hôpitaux de Marseille).



LE TRIPTYQUE SOINS, FORMATION, RECHERCHE

Les IHU réuniront des équipes de chercheurs et de médecins autour d'un projet de soins, de formation, de recherche et de valorisation. Ils auront pour missions de développer la recherche translationnelle en amplifiant les liens entre la recherche fondamentale et ses applications et de favoriser le développement de produits innovants. Leur expertise, leurs prestations de qualité et leur visibilité internationale permettront d'attirer les partenariats industriels du monde entier. Les IHU auront ainsi un impact structurant majeur en stimulant la compétitivité de la recherche française en santé, en améliorant la qualité des soins et en proposant des formations d'excellence pour les professionnels de la santé et de la recherche. Ils renforceront le transfert des connaissances vers la pratique médicale. Les étudiants se formeront auprès des plus grands scientifiques aux dernières avancées médicales qu'ils contribueront à diffuser, mais aussi à enrichir par de nouvelles découvertes. Les retombées économiques attendues sont considérables.

VERS UN AUTOFINANCEMENT

Ces pôles de recherche seront financés par l'Agence nationale de la recherche (ANR) à hauteur de 850 millions d'euros. « Une bonne nouvelle », se réjouit Alain Hériaud, directeur du CHU de Bordeaux, porteur d'un des projets récompensés, le Lyric. « C'est la première fois que l'État décide de mettre des sommes importantes dans la recherche médicale », poursuit-il. Par le biais du programme « Investissements d'avenir », anciennement appelé « Grand emprunt », la recherche semble retrouver de sa superbe dans le budget de l'État. Pour atteindre ce but, les IHU vont être financés sur un nouveau mode : la dotation. Un modèle économique déjà en vigueur dans les universités américaines. Sur les 850 millions de capital prévus, 170 millions vont être utilisables immédiatement. Le reste

TÉMOIGNAGES



Alain Hériaud, directeur du CHU de Bordeaux et président de la Conférence des directeurs généraux de CHU.

QUE VA APPORTER CE LABEL D'EXCELLENCE ?

On a pu lire que le choix des IHU était très contesté. Que répondez-vous à cela ?

Je comprends la déception de ceux qui n'ont pas été retenus. Mais on va toujours chercher des excuses à un échec. Alors, c'est sûr, mon CHU a été choisi parmi les 19 candidats... Mais, pour moi, le jury a travaillé de façon indépendante.

Que va apporter ce label d'excellence à la recherche française ?

Il va permettre de la structurer, de créer les liens entre la recherche fondamentale et l'industrie pharmaceutique et biomédicale. Si les IHU ne sont pas la pierre philosophale, ils peuvent fortement contribuer à créer des passerelles entre ces deux activités. La bonne nouvelle, c'est que la recherche médicale devient une priorité de l'État.



Vincent Berger, président de l'université Paris-Diderot, seule faculté de médecine de Paris qui n'ait pas obtenu d'IHU.

« JE REGRETTE QU'IL N'Y AIT PAS D'IHU EN CANCÉROLOGIE »

Que pensez-vous des résultats de l'appel d'offres sur les IHU ?

Ce sont les membres de la commission Marescaux-II qui ont désigné la composition de la commission IHU. Et tous les porteurs de projet qui ont été sélectionnés figuraient dans la commission IHU-Marescaux.

Que pensez-vous de l'absence d'IHU en cancérologie ?

Je trouve incroyable qu'aucun IHU n'ait été retenu en hématologie/cancérologie alors qu'un Français sur deux va mourir du cancer. Est-ce que cela signifie que le cancer n'est pas une priorité de notre politique de santé publique ?

N.B. : le commissaire général à l'investissement, René Ricol, a déjà rectifié le tir en annonçant un second appel à projets restreint sur le cancer.

« va être placé et devrait rapporter, selon l'ANR, 215 millions d'intérêts sur dix ans, qui seront versés progressivement aux IHU ». Soit environ 30 millions d'euros par an pour chacun. Au total, les IHU devraient donc percevoir 385 millions d'euros. De plus, ils auront un statut de fondation de coopération scientifique et pourront recueillir des fonds de personnes physiques ou d'entreprises. L'objectif est que ces IHU parviennent à s'autofinancer rapidement grâce aux contrats qu'ils devraient passer avec les industries pharmaceutiques et biomédicales, friandes d'innovations médicales et matérielles. À noter que six autres projets recevront, sur les recommandations du jury, une aide financière ponctuelle en tant que projets prometteurs. Une enveloppe globale de 35 millions d'euros leur sera allouée.

Le guide

— AGENDA

JEUDI 22 SEPTEMBRE 2011 À PARIS ACTUALITÉS ET ENJEUX DU SSR - 2^E ÉDITION

La matinée sera consacrée aux questions d'actualité avec l'intervention de la DGOS, le point de vue d'une ARS sur ce thème, suivi d'un état d'avancement de la réforme du financement, présenté par le pôle Finances de la FHF et par l'ATIH. L'après-midi débutera par une présentation de l'offre privée en soins de suite et réadaptation (SSR) et se poursuivra par des témoignages qui viendront nourrir la réflexion autour de l'approche par filière et les évolutions du SSR, notamment par rapport à la mise en place des CHT. Le programme définitif, en cours de conception et intégrant l'actualité, sera disponible au second trimestre 2011.

Programme et inscriptions:
www.sphconseil.fr

LUNDI 14 OCTOBRE 2011 À PARIS BILAN ET PERSPECTIVES DES COOPÉRATIONS ENTRE ÉTABLISSEMENTS

Plus de deux ans après la promulgation de la loi HPST, quel bilan peut-on dresser des coopérations, un enjeu fort de cette réforme? La loi HPST avait pour ambition la modernisation du système de santé, notamment par une meilleure coordination des parcours de soins. La FHF a soutenu cette ambition en promouvant les stratégies de groupe afin d'assurer un maillage de l'offre permettant un accès pour tous et partout à des

prises en charge de qualité. Mais où en sommes-nous aujourd'hui: réalité ou mirage, complexité, efficacité? Le colloque dressera un bilan institutionnel des coopérations par la DGOS et la vision d'une ARS. Puis des acteurs de terrain qui se sont engagés dans l'aventure sous des formes et dans des domaines variés (MCO, psychiatrie, médico-social, imagerie, biologie, public/privé, offre de premier recours, etc.), viendront témoigner en racontant leur expérience, et concluront par un bilan et les perspectives de cette nouvelle approche.

Information et inscriptions:
www.sphconseil.fr

1^{ER} ET 2 DÉCEMBRE 2011 À GRENOBLE 15^E COLLOQUE ENC SUR L'HÔPITAL PERFORMANT

L'hôpital doit s'adapter en permanence à l'évolution de la science médicale, aux attentes justifiées des patients et aux contraintes économiques. Désormais soumis aux règles générales de la production génératrice de ressources, il ne cesse d'améliorer son efficacité. Le séminaire a pour objet de dégager de nouvelles marges de progression, mais également de mettre en évidence des aspects de production qui seraient insuffisamment décrits et mesurés. La variable performance est celle qui couvre l'ensemble des contraintes. Nous tenterons au cours de ces deux journées de les préciser.

Informations et inscriptions:
www.sphconseil.fr



4^{ES} RENCONTRES DU MANAGEMENT DE PÔLES

LES INSCRIPTIONS SONT OUVERTES!

Le thème retenu pour les prochaines Rencontres du management de pôles, le 15 novembre 2011, est « Pôle et management des ressources humaines ».

Informations et inscriptions:
www.fhf.fr
Contact: k.rambach@fhf.fr

→ **RETROUVEZ L'INTÉGRALITÉ
DE L'AGENDA SUR WWW.FHF.FR**

ÉPILEPSIE

20^e ANNIVERSAIRE DE LA FFRE

À l'occasion de ses 20 ans, la Fondation française pour la recherche sur l'épilepsie (FFRE) lance une campagne nationale de communication afin de redynamiser la mobilisation autour de cette maladie neurologique méconnue et de lever des fonds pour la recherche. Parmi les actions d'envergure qui ponctuent cette année anniversaire: la campagne nationale d'affichage qui met en scène le comédien Christian Rauth depuis avril et un festival de théâtre en octobre. Ce festival, Epsilon créations, invite de jeunes comédiens et metteurs en scène à présenter devant un jury de professionnels, présidé par Robert Hossein, une création originale dans laquelle s'exprimeront tous les sentiments que leur inspire la maladie.

Pour en savoir + : www.fondation-epilepsie.fr

— COMMUNICATION

SOINS POUR ENFANTS

COMMENT LES DISTRAIRE ?

Distraire un enfant lors de soins douloureux ou inquiétants est un moyen efficace pour diminuer la douleur. L'association Sparadrap présente un DVD de formation pour encourager les équipes pédiatriques à s'investir dans cette démarche qui a fait ses preuves. Le film et les bonus présentent les expériences de six services différents. Des interviews d'experts dans le domaine de la douleur ou de la psychologie de l'enfant complètent et enrichissent le propos. Ce film s'adresse aux professionnels qui souhaitent se lancer dans cette approche des soins.

Comment se procurer le DVD ?

- Offre gratuite de lancement de la Fondation CNP Assurances dans la limite d'un stock de 700 exemplaires.

Demande à adresser directement à la Fondation CNP Assurances, 4, place Raoul-Dautry, 75716 Paris Cedex 15; fondation@cnp.fr

- Commande auprès de l'association Sparadrap - 35 € frais d'envoi inclus. Réf. DV29. www.sparadrap.org > Catalogue ou par courrier accompagné d'un chèque à Association Sparadrap, 48, rue de la Plaine, 75020 Paris.

Pour visionner la version courte du film :

www.sparadrap.org > Parents ou Professionnels > Ressources > Vidéotheque.



MUSIQUE

DU ROCK À MONTFORT-L'AMAURY

Ils avaient créé la surprise avec leur morceau de rap, voilà qu'ils reviennent avec une chanson rock. Les pensionnaires et le personnel de l'hôpital de Montfort-l'Amaury viennent de sortir leur dernier opus, *Viens à Montfort!*, à grand renfort de blousons en cuir, de bandanas et de guitares électriques. Un titre réalisé pour l'occasion et qui permet d'estampiller cet Ehpad établissement hospitalier le plus rock de France!

Pour voir le clip : http://www.dailymotion.com/video/xih7xw_viens-a-montfort_fun



MANAGEMENT DE PÔLE

4^{ES} RENCONTRES: LES RESSOURCES HUMAINES

La réorganisation de la gouvernance des établissements de santé a des effets restructurants sur le rôle et le positionnement des acteurs. Le pôle constitue désormais l'unité de base du management et le lieu de déclinaison de la stratégie médicale. Le contrat de pôle, qui définit le champ et les modalités de la délégation de gestion, devient l'outil privilégié du pilotage interne. Dans une organisation polaire, le management des ressources humaines constitue l'élément central du management global du pôle, en ce qu'il détermine sa capacité à s'organiser, à s'adapter aux environnements, à se mobiliser pour atteindre les objectifs fixés et répondre aux attentes des patients. Le pôle doit fédérer ses équipes autour de projets partagés et donner du sens à l'action des professionnels. C'est pourquoi le thème retenu pour les prochaines Rencontres du management de pôles, le 15 novembre 2011, est « Pôle et management des ressources humaines ».

Informations et inscriptions : www.fhf.fr

Contact : k.rambach@fhf.fr

— BANQUE DE DONNÉES HOSPITALIÈRES DE FRANCE

MODULE « COOPÉRATION TERRITOIRE »

UN OUTIL STRATÉGIQUE
POUR LES CHT

L'ESSENTIEL : Le module « Coopération territoire » permet de réaliser une photographie très précise des activités des établissements concernés et du comportement des résidents du territoire de projet. Basé sur les données du PMSI, il est une aide pour les établissements qui ont prévu de collaborer dans le cadre des CHT.

Ce module permet en quelques clics de répondre à des questions telles que : « Vers quels établissements les résidents de telle ou telle commune se dirigent-ils ? Sur quelles spécialités ? Quelle est la concurrence privée ? Vers où fuient les résidents et dans quelle proportion ? À partir des mêmes données nationales que le module « Parts de marché par territoire » (cf. BDHF *Interactions* n° 2), qui sont tout simplement les résumés de sortie des hôpitaux publics et privés, celui-ci permet de sélectionner les « communes » et les activités que l'on souhaite intégrer à l'étude selon un découpage en 71 sous-groupes. On obtient alors immédiatement les parts de marché, en hospitalisation traditionnelle ou de jour, ainsi que les taux de fuite. Grâce à la très grande simplicité d'utilisation du module – cases à cocher, menu déroulant –, il est possible de faire un bilan en quelques minutes et de vérifier si tel ou tel choix de regroupement est pertinent.

« La loi HPST étant une obligation pour nous, c'est un module phare qui permet de retracer et de témoigner de l'activité de chacun des acteurs sur le territoire », explique Yves Gaubert, responsable du pôle Finances et banque de données de la FHF. La « loi Bachelot » impose en effet de penser un redécoupage fonctionnel

CH AIX EN PROVENCE (CH - 130781040)

Outil pour étudier la destination des résidents du territoire Bouches-du-Rhône Nord et des territoires voisins (Alpes Sud, Bouches-du-Rhône Sud, Var Ouest, Vaucluse - Camargue)

TERRITOIRE CENTRAL : Bouches-du-Rhône_Nord

Sources : PMSI MC0 2009 - ATIH - BDHF - FHF

1. Sélectionner les « communes » de résidence à analyser
2. Sélectionnez l'activité à analyser
3. Appuyer sur F9 pour calculer
4. Destination des résidents des communes sélectionnées pour l'activité concernée

Attention pour qu'il y ait du sens, il convient de sélectionner au moins une commune du territoire central (commune en gras)

CHIRURGIE

Code géo	Nom
13100	AIX EN PROVENCE (Bouches-du-Rhône Nord)
13105	MIMET (Bouches-du-Rhône Nord)
13109	SIMIANE COLLONGUE (Bouches-du-Rhône Nord)
13111	COUDOUN (Bouches-du-Rhône Nord)
13113	LAMANON (Bouches-du-Rhône Nord)
13114	PUYLOUBIER (Bouches-du-Rhône Nord)
13119	ST SAVOIRIN (Bouches-du-Rhône Nord)
13120	GARDANNE (Bouches-du-Rhône Nord)
13122	VENTABREN (Bouches-du-Rhône Nord)
13127	VITROLLES (Bouches-du-Rhône Nord)
13130	BERRE L ETANG (Bouches-du-Rhône Nord)
13170	LES PENNES MIRABEAU (Bouches-du-Rhône Nord)
13250	ST CHAMAS (Bouches-du-Rhône Nord)
13300	SALON DE PROVENCE (Bouches-du-Rhône Nord)
13320	BOUC BEL AIR (Bouches-du-Rhône Nord)
13330	PELUSANNE (Bouches-du-Rhône Nord)
13340	ROGNAC (Bouches-du-Rhône Nord)
13350	CHARLEVAL (Bouches-du-Rhône Nord)
13370	MALLEMORT (Bouches-du-Rhône Nord)
13410	LAMBES (Bouches-du-Rhône Nord)
13430	EYGUIERES (Bouches-du-Rhône Nord)
13450	GRANS (Bouches-du-Rhône Nord)
13480	CABRIES (Bouches-du-Rhône Nord)
13510	EGUILLES (Bouches-du-Rhône Nord)
13530	TRETS (Bouches-du-Rhône Nord)
13560	SENAS (Bouches-du-Rhône Nord)
13580	LA FARE LES OLIVIERS (Bouches-du-Rhône Nord)

CHIRURGIE (1 nuit ou +)

Établissements de recours pour les résidents des codes géo. sélectionnés	Nbre	PdM
1 CLIN SPEC STE ELISABETH (PSPH - 130783152)	0	2.0%
2 RES DU PARC MARSEILLE (Privé - 130037922)	0	2.0%
3 CH VASSON LA ROMANIE (CH - 84000111)	0	2.0%
4 CLIN. LA CASAMANCE AUBAGNE (Privé - 130781479)	0	2.0%
5 HL DE GORDES (HL - 840000061)	0	2.0%
6 CLIN. DE LA CLOTAT (Privé - 130781867)	0	2.0%
7 CHI CAVAILLON-LAURIS (CH - 840004659)	0	2.0%
8 POLYCL. MUTUAL. WALARTIC OLLIOULES (PSPH - 830200523)	0	1.5%
9 CENTRE DE GERONTO. ST THOMAS DE VILLEN. (PSPH - 130781255)	0	1.5%
10 CH DU PAYS D APT (CH - 840000012)	0	1.5%
11 AP MARSEILLE (CHR - 130786049)	0	1.5%
12 CLIN. DU CAP D OR LA SEVINE SUR MER (Privé - 830100251)	0	1.8%
13 CTRE DIAVYSAU AUBAGNE (Privé - 130809809)	0	1.8%
14 CLIN. ST VINCENT TOULON (Privé - 830100491)	0	1.8%
15 CLIN. CHR. COUDON LA VALETTE DU VAR (Privé - 830100301)	0	1.8%
Autres établissements de la zone*	0	71.0%
Etablissements hors zone*	0	0.4%
TOTAL	0	100%

* Zone = territoires décrits dans le titre et composés des codes géo. listés à gauche

CHIRURGIE (0 nuit)

Établissements de recours pour les résidents des codes géo. sélectionnés	Nbre	PdM
1 CLIN MEDICALE JEAN PAULI (PSPH - 130002694)	0	2.0%
2 POLYCL. DU PARC RAMBOT AIX EN PROVENCE (Privé - 130786361)	0	2.0%
3 CH DE LA COTAT (CH - 130785512)	0	2.0%
4 CH HENRI DUFFAUT AVIGNON (CH - 840006597)	0	2.0%
5 INSTITUT PAOLI - CALMETTES (CLCC - 130001647)	0	2.0%
6 CTRE CHR. ST ROCH CAVAILLON (Privé - 840000400)	0	2.0%

=tx de fuite de la zone sélectionnée = 100 %

des départements ainsi qu'un regroupement des hôpitaux. Pour cela, il est nécessaire d'avoir des outils d'analyse des besoins, des habitudes et du flux des patients afin de déterminer la meilleure réponse à ces besoins.


Véritable « outil stratégique » pour la FHF, ce module permet de penser la stratégie de développement, l'équilibre financier des structures, voire la survie des hôpitaux. Ce que résume ainsi Yves Gaubert : « Le bon calcul de l'activité sera garant des revenus des hôpitaux de demain et des besoins des patients. » Les futurs CHT possèdent ainsi une base de travail solide afin d'entamer la réflexion sur l'organisation de ses coopérations.

POUR PROFITER DE
TOUS LES SERVICES
DE LA BDHF :

Rendez-vous sur le site de la FHF : www.fhf.fr


- ➔ Cliquez sur BDHF
- ➔ Entrez votre identifiant et votre mot de passe BDHF
- ➔ Accédez à vos données grâce au lien « Tous les modules »

Pour obtenir votre identifiant et votre mot de passe, envoyez une demande par e-mail à fhf@fhf.fr



"Pour des traitements innovants"

L'hôpital public,
on a toutes les raisons **pour** le choisir.



"Pour allier
recherche et soins"

À la pointe du progrès médical, l'hôpital public joue un rôle majeur dans les protocoles de recherche et l'essor des technologies du futur. Aujourd'hui, les 132 centres de référence sur les maladies rares se trouvent dans des Centres Hospitaliers Universitaires qui, en 50 ans, ont effectué 78 premières mondiales. **Autant de raisons pour choisir l'hôpital public.**

www.hopital.fr



"Performance,
régularité, fiabilité,
votre épargne
s'appuie
sur du solide."

4,05%
net en 2010*

**Professionnels de la santé, faites le choix
d'une épargne compétitive pour vous et vos proches.**

Le contrat d'assurance vie RES MACSF c'est :

- Une épargne solide depuis plus de 40 ans
- Une épargne primée par la presse professionnelle
- Des frais de gestion parmi les plus bas du marché
- 200 € suffisent à l'ouverture d'un contrat.

Contactez nous au ☎ 3233**
ou 01 71 14 32 33 ou sur macsf.fr

* Taux net de frais de gestion de 0,5% et brut de prélèvements sociaux de 12,1%, pour un encours de provisions mathématiques de 13,67 milliards d'euros, soit un taux de 3,5599% net de prélèvements sociaux. Cet encours représente 88,87 % du total des provisions mathématiques en euro gérées par Macsf épargne retraite.

**Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé



Notre vocation, c'est **vous**

Mutuelle Assurance Epargne Financement