

Page_06

Bilan chiffré

Les hôpitaux publics :
acteurs majeurs
de la cancérologie /

Page_18

Radiologie

Échos d'une profession
décidée à se restructurer /

Page_22

Le guide

Communication /

INTERACTIONS



FHF

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

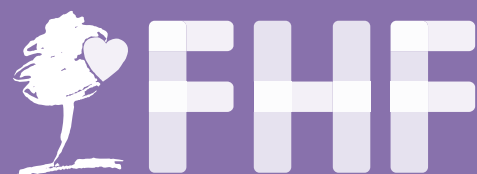
LE MAGAZINE D'ACTUALITÉ DE LA FHF

Numéro 4_Octobre 2011

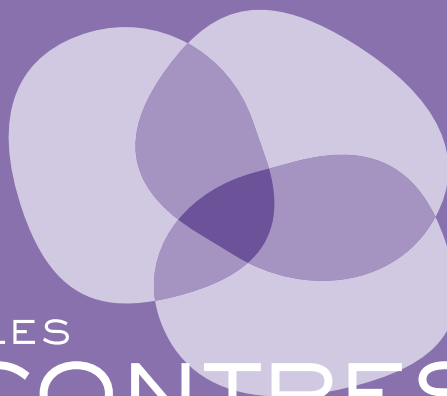
E-santé à l'hôpital :

UNE NOUVELLE RELATION
AVEC LES PATIENTS





FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE



LES
RENCONTRES
DU MANAGEMENT DE PÔLES

4^e édition

mardi 15 novembre 2011

**PÔLES ET MANAGEMENT
DES RESSOURCES HUMAINES**

- Optimisation du temps de travail
- Contractualisation
- Délégation de gestion
- Concertation interne
- Nouveaux processus de décision
- Mesure de la satisfaction des personnels
- Dimension hospitalo-universitaire des pôles...

LIEU : Espace Vianey - 98, Quai de la Rapée - 75012 Paris

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTION :

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

en partenariat avec :



avec le soutien de :



Édito

ANTICIPER PLUTÔT QUE SUBIR

Le service public hospitalier et médico-social a su, depuis plusieurs années, répondre aux défis et aux mutations du système de santé et faire évoluer les prises en charge pour plus de qualité, de continuité et d'efficacité. Dans ces temps de crise et d'interrogations sur le devenir de notre modèle social, il a surtout apporté à nos concitoyens une offre à la fois humaine, accessible et désintéressée, toujours à la pointe du progrès.

Pour autant, notre système hospitalier et médico-social est aujourd'hui à un tournant de son histoire. Il est appelé à s'adapter aux progrès scientifiques, aux évolutions des pratiques soignantes et médicales, à de nouvelles exigences économiques mais surtout à de nouvelles attentes des patients et des résidents.

Dans ce contexte, les responsabilités de la Fédération hospitalière de France sont lourdes : anticiper plutôt que subir et accompagner les établissements pour tirer le meilleur parti des changements. Parce qu'elle est la « maison commune » des hospitaliers, réunissant médecins, élus, directeurs, usagers, la FHF est le creuset où doit se forger une vision partagée de notre avenir. La FHF doit proposer cette vision du système hospitalier et médico-social aux professionnels bien sûr, mais également aux Français. Une vision à la fois confiante

et exigeante du service public, basée sur l'interaction des établissements avec leur environnement, sur la coopération entre les professionnels et entre les structures mais aussi sur la complémentarité entre les prises en charge sanitaires et médico-sociales. Cette vision, c'est avant tout celle qui replace l'homme au cœur de notre engagement, de nos missions et de nos actions. Car ces missions doivent nourrir une conviction profonde : notre diversité fait notre richesse, notre professionnalisme est notre force. C'est cette approche renouvelée du service public qui devra être défendue à l'occasion des prochaines échéances électorales et dans le cadre de la nouvelle plate-forme de la FHF. Son adoption en décembre prochain, à l'issue d'une large concertation, doit en effet nous permettre de dessiner ensemble l'avenir que nous souhaitons à nos établissements sanitaires et médico-sociaux.



Le délégué général,
Gérard Vincent

Le président,
Frédéric Valletoux

Sommaire

Le fil d'info

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

Grand angle

P.12_ **Réforme de la dépendance:**
quand verra-t-elle (enfin) le jour ?
P.15_ **E-santé à l'hôpital:** une
nouvelle relation avec les patients
P.18_ **Radiologie:** échos d'une
profession décidée à se restructurer

Le guide

P.20_ **Agenda**
P.21_ **Communication**

Le fil d'info

MÉDICAL

FORMATION

UN CENTRE DE SIMULATION MÉDICALE OUVRE À MARSEILLE

L'ESSENTIEL: Un centre de simulation médicale est disponible pour des formations depuis janvier 2011, au sein du Centre d'enseignement des soins d'urgence (Cesu) de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille. Son créateur, le Dr Pierre Rostini, en explique le fonctionnement.

• Quelles sont les particularités de ce centre ?

Il existe actuellement sept centres de simulation en France, mais ceux-ci sont axés sur la formation initiale. Le nôtre a la particularité de s'adresser en priorité à des infirmiers et des médecins qui ont déjà une pratique professionnelle, sur le modèle des nombreux centres de simulation présents dans les pays anglo-saxons. Il nous a fallu un an et demi pour valider cet outil de formation, qui exige un important investissement humain et financier (environ 200 000 euros de budget de fonctionnement par an). Mais, la création de ce centre répondait à la nécessité de limiter la survenue des incidents à l'hôpital, dont 40 % sont d'origine humaine.

• Comment cela se passe-t-il, en pratique ?

Le centre dispose de trois salles : une salle de simulation qui peut être équipée pour être transformée en bloc opératoire, box d'urgence, salle de naissance, cabinet dentaire ou même domicile, une salle de régie avec le poste de pilotage et une salle de débriefing. Les professionnels, formés par groupe de six à huit, sont soumis à une situation d'urgence sur mannequin, qui est filmée et dont tous les paramètres sont enregistrés. La simulation est ensuite projetée en salle de débriefing et toutes les composantes du comportement du professionnel analysées et commentées avec le groupe.



• Quelles situations d'urgence abordez-vous ?

Des situations très variées. Nous avons, par exemple, formé des dentistes à mieux prendre en charge un choc anaphylactique, des médecins du travail à faire face à une crise d'asthme, des anesthésistes à répondre à un arrêt cardiaque au bloc opératoire, des radiologues à mieux réagir en cas de difficulté lors d'une épreuve de stress cardiologique, etc. Notre centre est aussi le seul en France à organiser la formation en cinq jours à l'emploi des infirmiers des services d'urgence. Vingt infirmiers ont déjà été formés, et nous avons un projet pour quatre-vingts autres.

• Qui finance les formations et comment les professionnels réagissent-ils à la simulation ?

Le financement peut être assuré, selon les cas, par la formation continue réservée au personnel hospitalier ou la formation des salariés du secteur privé, la formation médicale continue. L'accueil des professionnels est enthousiaste. Ils arrivent au centre avec beaucoup de réticences et de stress, car ils ont peur d'être jugés. Mais, ensuite, tous reconnaissent l'intérêt de la simulation pour améliorer leurs pratiques. ●

POUR EN SAVOIR +

Contactez le Dr Pierre Rostini, responsable du Cesu de Marseille, prostini@ap-hm.fr



SOURDS ET MALENTENDANTS

OUVERTURE D'UNE CONSULTATION À POITIERS

Une consultation d'accueil pour personnes sourdes et malentendantes a ouvert le 10 mai au CHU de Poitiers. « Cette consultation, organisée les mardi matin, mercredi après-midi et vendredi toute la journée, répond à une forte attente des sourds et malentendants de Poitiers. Cette communauté est particulièrement importante dans la région, en raison d'une recrudescence de surdités génétiques et de la présence d'institutions spécialisées et d'établissements scolaires avec enseignement bilingue en français et en langue des signes », explique le Dr Jérôme Laubret, responsable de cette consultation et formé à la langue et aux pratiques des sourds et malentendants. « Cette consultation connaît un grand succès, ajoute-t-il, car elle permet aux déficients auditifs de parler de leurs problèmes médicaux directement avec un praticien qui connaît leur culture. » Toutes les pathologies sont concernées, et les malades sont ensuite dirigés, si besoin, vers une consultation de spécialiste à l'intérieur de l'établissement, où ils peuvent bénéficier gratuitement des services d'une interprète. « Ces consultations, au nombre de 14 en France, sont importantes, car ces patients sont souvent mal informés des questions de santé. Ils rencontrent de grosses difficultés pour accéder aux soins, et beaucoup ont besoin d'un soutien psychologique. Elles permettent aussi à des parents sourds d'enfants non sourds de communiquer avec le médecin sur le suivi médical de leur enfant », précise le Dr Laubret.

POUR EN SAVOIR +

Contactez le Dr Jérôme Laubret, responsable de la consultation, tél. : 05 49 44 34 20, sas@chu-poitiers.fr

ONCO-HÉMATOLOGIE

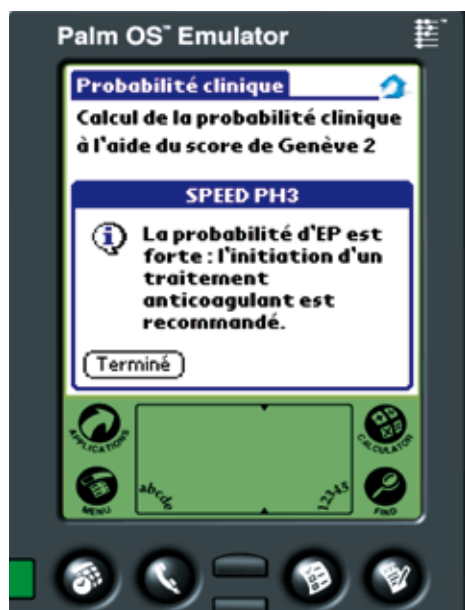
LE PREMIER PROTOCOLE DE COOPÉRATION SIGNÉ EN PACA

Le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) Provence-Alpes-Côte d'Azur, Dominique Deroubaix, a signé le 13 juillet 2011 le premier arrêté français qui autorise un protocole de coopération entre professionnels de santé, a annoncé l'agence dans un communiqué. Née de l'initiative des praticiens et des infirmières de l'Institut Paoli-Calmettes, cette démarche concerne le prélèvement et l'examen de la moelle osseuse par des infirmiers formés. La FHF accueille favorablement cette annonce, ayant déploré, dans un récent communiqué, le retard pris en matière de validation de protocoles de coopération, malgré de nombreuses initiatives des professionnels. Ce protocole, validé par la HAS, répond aux critères et exigences définis dans un guide élaboré par la HAS. Il a également fait l'objet d'un arrêté pris par le directeur de l'ARS PACA. La qualité et la sécurité de ces actes sont par conséquent assurées. Les infirmières pourront, par dérogation

aux conditions légales d'exercice, pratiquer cet acte au même titre que les oncologues, seuls habilités jusque-là, expliquent l'ARS, la HAS et le Centre de lutte contre le cancer (CLCC) dans un communiqué commun. Ils précisent que la formation, ouverte aux infirmiers ayant déjà trois ans de pratique en onco-hématologie, commencera « à la rentrée ». Elle comprendra un enseignement théorique de huit heures dispensé par des médecins spécialistes et une formation pratique sous la forme d'un compagnonnage avec un médecin hématologue. Le protocole approuvé en Paca, en application de l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 et de l'arrêté publié en janvier 2010, est « de portée nationale » et peut être repris par d'autres équipes, mais uniquement sur la base d'un arrêté d'autorisation de leur directeur d'ARS.

LE COMMUNIQUÉ DE PRESSE DE L'ARS PACA

<http://www.ars.paca.sante.fr>



EMBOLIE PULMONAIRE

SPEED: UN OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION

L'embolie pulmonaire (EP) est une pathologie fréquente et grave dont le diagnostic est difficile. Une enquête, conduite en 2006 sous la direction du Pr Pierre-Marie Roy, chef des urgences au CHU d'Angers, a aussi montré que sa prise en charge « ne respecte pas les recommandations dans plus de quatre cas sur dix », insiste-t-il. Afin d'améliorer cette situation, l'équipe d'Angers a mis au point, avec un groupe d'experts européens, un outil informatique d'aide à la décision, SPEED (Suspected pulmonary embolism in emergency department). « Ce programme aide le clinicien dans son diagnostic en lui donnant pas à pas les examens possibles à réaliser sur un patient suspect d'embolie pulmonaire », explique le Pr Roy. La capacité de cet outil à améliorer la prise en charge a été démontrée dans une étude comparative de dix services d'urgence ayant utilisé SPEED avec dix autres dans lesquels on avait juste distribué aux médecins des fiches de recommandation. Consultable sur palm ou sur des émulateurs palm sur PC, SPEED permet au clinicien d'évaluer le niveau de suspicion clinique (faible, intermédiaire ou fort). Il précise aussi quels sont les tests et examens diagnostiques les plus appropriés, jusqu'à ce que le diagnostic soit retenu (probabilité supérieure à 85 %) ou au contraire exclu (risque inférieur à 5 %). Une évolution de SPEED est prévue pour 2012 afin que l'outil fonctionne sur smartphones, qu'il intègre la démarche diagnostique lors d'une suspicion de thrombose veineuse et qu'il facilite la prise en charge et le suivi thérapeutique.

POUR EN SAVOIR +

Vous pouvez télécharger gratuitement SPEED sur le site www.thrombus.fr

OFFRE DE SOINS



BILAN CHIFFRÉ

LES HÔPITAUX PUBLICS: ACTEURS MAJEURS DE LA CANCÉROLOGIE

Désormais, 868 établissements sont autorisés à exercer une activité de cancérologie en France, selon le dernier bilan réalisé par l'Institut national du cancer (INCa). La cancérologie publique représente plus de la moitié des hospitalisations, 50 % des hôpitaux de jour et 48 % des séances hors radiothérapie. Les centres de lutte contre le cancer (CLCC) représentent, eux, respectivement 10 % des hospitalisations, 7 % des hôpitaux de jour et 12,5 % des séances.

Le secteur public, comme les CLCC, voit son activité réparti pour 2/3 en médecine et pour 1/3 en chirurgie, contrairement au secteur privé, dont les activités de chirurgie sont plus importantes.

Le secteur public assume majoritairement la prise en charge en cancérologie des personnes de plus de 75 ans. Au-delà de 85 ans, ce sont les centres hospitaliers qui assurent près de la moitié des prises en charge.

La part des séjours de scores de gravité 3 et 4 est d'environ 30 % pour les CHU, les scores des CLCC étant autour de 7 %. Les scores des CH, souvent insuffisamment reconnus dans ces prises en charge, atteignent entre 33 et 35 %.

Sur les 159 centres de radiothérapie, la moitié est privée, le secteur public représentant 35 % d'entre eux et les CLCC 11 %. En revanche, les CLCC concentrent le plus souvent les équipements innovants.

Il apparaît clairement que le secteur public est un acteur majeur de la cancérologie. Les CH exercent une activité importante dans les différentes activités de cancérologie, ainsi que les CHU, qui sont par ailleurs un moteur en matière de recherche et d'innovation dans ce domaine.

Source pour les chiffres : base nationale PMSI BDHF-FHF.

SANTÉ PUBLIQUE

SOINS PSYCHIATRIQUES: UN ENJEU CAPITAL

La réforme de la loi de 1990 sur les soins sans consentement en psychiatrie a abouti à la promulgation de la loi du 5 juillet 2011 relative « aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ». Le dispositif réglementaire a été publié dans les semaines suivantes pour une mise en œuvre au 1^{er} août. La FHF s'est exprimée à plusieurs reprises sur ce dossier, en lien avec les acteurs de la psychiatrie publique, notamment sur les modalités pratiques de mise en œuvre de certaines dispositions par les professionnels. Après quelques mois de recul dans l'application du dispositif, la FHF reste vigilante et à l'écoute de ses adhérents sur ce sujet.

Parallèlement, la secrétaire d'État chargée de la Santé, Nora Berra, a installé, le 27 juin, le comité d'orientation du Plan de santé mentale. Lors de la deuxième réunion du comité d'orientation, 5 axes de travail ont été définis :

- Garantir le parcours de soins et la proximité;
- Garantir le parcours de vie;
- Réduire les inégalités territoriales;
- Faire progresser la recherche et les formations en psychiatrie;
- Promouvoir une communication positive sur les personnes souffrantes afin de lutter contre la stigmatisation.

25%

Nombre d'Européens victimes de pathologies psychiatriques.

La santé mentale représente un enjeu de santé publique majeur. En effet, 2^e cause

de mortalité et 2^e poste de consommation de soins, les pathologies psychiatriques touchent environ 25 % des Européens. C'est pourquoi la FHF considère que la santé mentale justifie un plan de santé publique de grande envergure, à l'image du Plan cancer. La FHF participera activement à l'élaboration de ce plan, et toutes les contributions de ses adhérents seront les bienvenues.

LES ASSISES DE CANCÉROLOGIE PUBLIQUE

Les Assises auront lieu les 29 et 30 mars 2012, à Paris. Ces rencontres, organisées par la FHF et la Fédération nationale de cancérologie des hôpitaux publics (FNCHP), réunissent l'ensemble des acteurs de la cancérologie (président de CME, directeur, soignants...) dans l'objectif de faire le point et d'échanger sur les enjeux de la cancérologie.

Les thématiques abordées recouvrent les questions de démographie des professionnels, de la robotisation en chirurgie cancérologique, de la radiothérapie, des thérapies ciblées, des indicateurs qualité en cancérologie...

Inscription sur le site de la FHF : www.fhf.fr

RH

FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

LE CUMUL EMPLOI-RETRAITE

Les conditions de cumul emploi-retraite ont été successivement assouplies par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites et la loi de financement de la sécurité sociale

pour 2009. Les règles du cumul peuvent présenter des différences d'un régime à l'autre. Pour autant, il est possible de retenir deux cas de figure.

Une pension peut être cumulée sans plafonnement avec le revenu d'une activité relevant d'un autre régime. En revanche, le cumul d'une pension avec les revenus d'une activité relevant du même régime de retraite s'avère plus encadré.

Il convient de préciser que le cumul d'une pension de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) avec une activité au sein d'un établissement public sanitaire, social ou médico-social, ne peut se faire qu'en cas de recrutement contractuel.

Un ancien fonctionnaire hospitalier, titulaire d'une pension CNRACL, ne peut pas conserver sa pension et être à nouveau nommé à un emploi de fonctionnaire.

1 Deux cas de figure: Le cumul libéralisé et le cumul plafonné

• Le cumul libéralisé

Depuis le 1^{er} janvier 2009*, il est possible pour un agent public, qu'il soit fonctionnaire, agent contractuel ou praticien, de cumuler intégralement retraite et rémunération, dès lors que trois conditions cumulatives sont remplies :

- être en cessation d'activité;
- avoir obtenu la liquidation de la totalité des pensions de vieillesse personnelles obligatoires;
- avoir atteint : l'âge de départ à la retraite légal, soit 60/62 ans, et avoir totalisé une durée d'assurance qui permette de bénéficier d'une retraite à taux plein, ou l'âge d'annulation de la décote, soit 65/67 ans.

• Le cumul plafonné

Lorsque les trois conditions nécessaires à un cumul libéralisé ne sont pas remplies, le cumul emploi-retraite est plafonné dans les conditions applicables avant le 1^{er} janvier 2009*.



D'autres cas de cumul emploi-retraite

2 Un cumul particulier pour des médecins et infirmiers relevant du régime général

Lorsque les médecins et infirmiers en retraite du régime général de la sécurité sociale ne remplissent pas les conditions d'un cumul libéralisé, ils peuvent cumuler leur pension avec une reprise d'activité de vacations dans des établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux, dans la limite du plafond annuel de sécurité sociale.

3 Le cumul total pour certaines activités

La pension du fonctionnaire, du praticien ou de l'agent contractuel peut être entièrement cumulée avec des revenus liés à certaines activités artistiques et littéraires ou à une participation à des activités juridictionnelles ou assimilées.

S'agissant des praticiens et agents contractuels hospitaliers, ils peuvent également cumuler leur pension avec des revenus d'activités d'hébergement en milieu rural, de parrainage ou de tutorat.

4 Le cumul total pour certains assurés du CPCM (code des pensions civiles et militaires)

La pension peut être intégralement cumulée avec des revenus d'activité pour :

- les titulaires de pensions d'invalidité;
- les titulaires de pensions ayant atteint, avant le 1^{er} janvier 2004, la limite d'âge qui leur était applicable dans leur ancien emploi.

* Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008, article 88 modifiant l'article L. 84 du code des pensions civiles et militaires (fonctionnaires) et l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale (agents contractuels de droit public et praticiens, agents publics).

RH

MÉDICO-SOCIAL

FONCTIONNAIRES
ET PRATICIENS**LA PROTECTION
FONCTIONNELLE**

Une décision du Conseil d'État du 14 janvier 2011 a précisé que les dispositions de l'article 11 de la loi n° 83-634 relatif à la protection fonctionnelle des fonctionnaires n'étaient pas applicables aux praticiens hospitaliers et praticiens en général qui exercent en tant qu'agents publics dans un établissement public.

Le Conseil d'État a en effet eu l'occasion, dans un arrêt du 26 avril 1963, de poser un principe général du droit (PGD) portant protection fonctionnelle des agents publics. Si les praticiens hospitaliers ne sont pas régis par les règles de protection fonctionnelle applicables aux fonctionnaires, il n'en reste pas moins que ce PGD leur est applicable.

La détermination de l'établissement en charge de la protection fonctionnelle

La loi de simplification et d'amélioration de la qualité du droit du 17 mai 2011 est venue modifier la rédaction de l'article 11 de la loi n° 83-634. Antérieurement, les fonctionnaires bénéficiaient, « à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par la collectivité publique dont ils dépendent ». Dorénavant, ils bénéficient « à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par la collectivité publique qui les emploie à la date des faits en cause ou des faits ayant été imputés de façon diffamatoire au fonctionnaire ».

Ces nouvelles dispositions de l'article 11 mettent un terme à la jurisprudence du Conseil d'État, qui retenait que la mise en œuvre de la protection fonctionnelle incombait à la collectivité publique dont relevait l'agent au moment où il était statué sur sa demande de protection.



Nathalie Maubourguet, présidente de la FFAMCO et Jean Léonetti, ancien président de la FHF.

GÉront EXPO-HANDICAP EXPO

**LA FFAMCO ET LA FHF
OFFICIALENT LEUR
COLLABORATION**

La FHF et la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs* en Ehpad (FFAMCO) ont formalisé leur collaboration à l'occasion de Géront Expo-Handicap Expo, en mai dernier. Les deux institutions ont signé une convention qui prévoit les actions de coopérations suivantes :

- l'organisation et la participation à des journées thématiques communes ;
- des prises de positions communes sur des

sujets partagés, portées à la connaissance des pouvoirs publics ;

- l'élaboration et la diffusion d'outils à destination des établissements adhérents à l'une ou l'autre des deux fédérations ;
- la recherche et les enquêtes cliniques, épidémiologiques et médico-économiques en Ehpad.

* La FFAMCO fédère 45 associations de médecins coordonnateurs sur 50 départements, et représente environ 1 800 médecins coordonnateurs.

EHPAD

ANALYSE DE LA CONVERGENCE TARIFAIRE

Suite à la transmission par le cabinet de Roselyne Bachelot-Narquin, le 16 mai dernier, de la liste des Ehpads en convergence tarifaire, la FHF a interrogé tous les établissements publics concernés afin d'obtenir des éléments plus qualitatifs sur leur situation.

Il en ressort que seuls 1,6 % des Ehpads publics en situation de convergence ont des ratios d'encadrement de soignants supérieurs à 0,5. À l'inverse, 57 % des Ehpads publics en situation de convergence tarifaire ont des ratios d'encadrement de soignants inférieurs à 0,3.

Certains Ehpads dont le taux d'encadrement est particulièrement bas, compris entre 0,2 et 0,3 %, sont pourtant en situation de convergence tarifaire supérieure à 10 %.

En outre, 80 % des établissements en situation de convergence tarifaire disposent au mieux d'une aide-soignante ou d'une aide médico-psychologique pour la toilette d'au moins huit résidents très dépendants. Pour 38 % d'entre eux, il n'y a qu'une seule aide pour plus de douze résidents, alors qu'ils voient leurs moyens se réduire. Enfin, la majorité des établissements ne dispose pas d'infirmière la nuit, ni sur place, ni en astreinte.

Cette analyse est disponible sur le site de la FHF : www.fhf.fr, rubrique Dossiers > Vieillesse-handicap > Budget et tarification. Est également consultable le courrier que la FHF vient d'adresser à la ministre.



INVESTISSEMENT

UN NOUVEL ARRÊT CONDITIONNE LE FINANCEMENT DES CRÉDITS

L'arrêté, paru au JO du 9 juillet 2011, fixe les conditions d'utilisation et le montant des crédits pour le financement d'opérations d'investissement immobilier dans le secteur médico-social pour 2011. Cet acte précise les types d'opérations éligibles à l'aide à l'investissement, les établissements concernés (Ehpads, USLD conventionnées et établissements médico-sociaux dans le champ du handicap), ainsi que les travaux éligibles.

Le texte précise également les crédits disponibles pour l'aide à l'investissement, lesquels sont en forte baisse :

- 46,4 M€ pour les Ehpads et USLD conventionnées, dont 21,4 M€ pour les seuls Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) ;
- 46,4 M€ pour les établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées.

SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE

RÉFORME DE LA TARIFICATION

Lors de sa réunion du 20 juillet, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) a explicité les futures règles de la nouvelle allocation des ressources envisagée pour les Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad). Elle a ensuite présenté les résultats de la simulation tarifaire effectuée à partir du nouvel algorithme sur tous les Ssiads (utilisation des données de l'enquête de l'automne dernier : données utilisables pour 87 % des Ssiads soit 92 % des places autorisées).

Le changement de modèle tarifaire s'effectuera progressivement, et non sur une seule année. La DGCS ignore encore si ce nouveau modèle sera utilisé pour calculer la dotation des Ssiads ou seulement pour la rééquilibrer, en prenant mieux en compte l'activité et la lourdeur de la prise en charge des patients. Le modèle budgétaire restera quant à lui inchangé pour ce qui concerne la campagne 2012.

Il ressort des simulations effectuées par la DGCS que 46 % des Ssiads sont bénéficiaires par rapport à leur tarification actuelle, que 22 % sont stables et que 32 % sont déficitaires. Cependant, la DGCS a constaté que les bénéficiaires se situent majoritairement dans les Ssiads de petites tailles, ruraux ou mixtes et dans ceux ayant un fort taux d'occupation.

POUR EN SAVOIR +

Les documents remis lors de cette réunion sont téléchargeables sur le site de la FHF : www.fhf.fr, rubrique Dossiers > Vieillesse-handicap > SSIAD.

FINANCES

HÔPITAUX

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE EPRD

• **Représentativité:** 565 établissements ont répondu, soit 92 % du volume financier

• **Déficits/Excédents:**

Déficit 2010 : 428 millions (déficit 598 M, excédent 170 M) / Extrapolé: 433 M

Déficit 2009 : 478 M (déficit 625 M, excédent 147 M) / Extrapolé: 466 M

• **Hausse des charges: + 2,70 %**

Titre 1 : + 2,42 % / Titre 2 : + 3,64 % / Titre 3 : + 3,66 % / Titre 4 : + 2,13 %

(titre 1 : charges de personnel; titre 2 : charges à caractère médical; titre 3 : charges à caractère hôtelier et général; titre 4 : charges d'amortissement de provision et dépréciation et charges financières et exceptionnelles)

• **Évolution des produits: + 2,82 %**

Titre 1 : + 2,43 % / Titre 2 : + 5,32 % / Titre 3 : + 3,76 %

(titre 1 : produits versés par l'Assurance maladie; titre 2 : autres produits de l'activité hospitalière; titre 3 : autres produits)

• **CAF** (capacité d'autofinancement): 3,5 Mds (+ 0,8 % par rapport à 2009), soit 6,3 % des recettes

ANALYSE

T2A À L'HÔPITAL LOCAL EN 2012

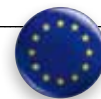
Si les hôpitaux locaux doivent être financés sur la base de la tarification à l'activité (T2A) à compter de 2012, les modalités pratiques de passage ne sont pas encore élaborées par le ministère de la Santé.

Dans l'état actuel des conditions de la tarification à l'activité, les spécificités de l'activité médicale des hôpitaux locaux sont mal appréhendées et une application brute du modèle se traduirait par une perte de ressources substantielle. Des modalités de transition

doivent donc être mises en œuvre. Mais surtout, comme pour d'autres particularités de l'hôpital public, la nature du financement doit être corrigée afin de tenir compte de certaines contraintes liées à la médecine gériatrique dans les hôpitaux locaux.

Enfin, dès la mise en place du nouveau mode de financement, la restitution des créances dites de « l'article 58 » devrait être versée aux établissements.

EUROPE



DÉVELOPPEMENT

COOPÉRATION SANTÉ FRANCE - VIÊT NAM

Dans le cadre de sa mission de coordination confiée par l'Agence française de développement (AFD), la FHF a souhaité réunir l'ensemble des acteurs de santé présents au Viêt Nam, le 12 mai 2011, à Lorient. Préparée avec le centre hospitalier de Bretagne-Sud et l'association humanitaire L'Appel, la journée du 12 mai 2011 venait s'inscrire dans l'événement « Mai 2011, le Viêt Nam à Lorient ».

POUR CONSULTER LE RAPPORT

www.fhf.fr, rubrique Dossiers > Europe-international

COMMISSION EUROPÉENNE

DIRECTIVE SUR LA RECONNAISSANCE DES QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES

Le 22 juin 2011, la Commission européenne a publié un livre vert dans le cadre de la modernisation du système de reconnaissance des qualifications professionnelles. Les propositions de la Commission sont soumises à une consultation publique, qui demeure ouverte jusqu'au 20 septembre 2011.

POUR EN SAVOIR +

http://ec.europa.eu/internal_market/consultations/2011/professional_qualifications_directive_fr.htm

SERVICES SOCIAUX D'INTÉRÊT GÉNÉRAL

ADOPTION DU RAPPORT DE ROSSA

Le 5 juillet 2011, le Parlement européen a adopté le rapport De Rosa sur l'avenir des services sociaux d'intérêt général. Celui-ci ne demande pas une directive-cadre Services d'intérêt économique général, mais une adaptation du droit des marchés publics et des aides d'État aux spécificités des missions imparties aux Services sociaux d'intérêt général (SSIG) et à leur mode d'organisation.

POUR EN SAVOIR +

<http://www.europarl.europa.eu>

ÉVOLUTION DE LA TARIFICATION EN SSR

Pour les soins de suite et de réadaptation (SSR), le passage à la tarification à l'activité devrait prendre effet en 2013. En 2012 seront également poursuivis les aménagements de la dotation globale (DGF) sur la base de points d'indice de valorisation de l'activité (IVA), mais également d'un financement spécifique des molécules onéreuses et des missions d'intérêt général.



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



Médico-social

RÉFORME DE LA DÉPENDANCE: QUAND VERRA-T-ELLE (ENFIN) LE JOUR?

Pendant six mois, quatre groupes d'experts ont réfléchi à la question du vieillissement de la population française. Leurs travaux serviront à préparer la réforme de la dépendance, désormais reportée à début 2012. Présentation des quatre rapports et des premières réactions. /

15



Organisation

E-SANTÉ À L'HÔPITAL: UNE NOUVELLE RELATION AVEC LES PATIENTS

Grâce aux technologies de l'information et de la communication (TIC), les établissements hospitaliers peuvent maintenant personnaliser les relations avec leurs patients et simplifier les formalités administratives. Rencontre avec ces précurseurs des services e-santé. /

18



Médical

ÉCHOS D'UNE PROFESSION DÉCIDENT À SE RESTRUCTURER

Sollicités à toutes les étapes du diagnostic et des interventions médicales, les radiologues du secteur public peinent à reprendre leur souffle et à susciter des vocations. Les professionnels ne sont pourtant pas à court d'idées. La loi Fourcade, votée cet été, concernant le suivi de la loi HPST, ouvre la porte à une expérimentation en région souhaitée par les radiologues. /

MÉDICO-SOCIAL | Pendant six mois, quatre groupes d'experts ont réfléchi à la question du vieillissement de la population française. Leurs travaux serviront à préparer la réforme de la dépendance, désormais reportée à début 2012. Présentation des quatre rapports et des premières réactions. /

Réforme de la dépendance: quand verra-t-elle (enfin) le jour?

Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) seraient transformées en maisons départementales de l'autonomie. Les CLIC, ou centres locaux d'information et de coordination, regroupent des professionnels sociaux, médico-sociaux ou de santé, et un coordinateur. Ils accueillent et informent les retraités et leur entourage.



Les quatre groupes de travail constitués pour préparer la réforme sur la dépendance ont remis leur rapport à Roselyne Bachelot-Narquin, ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale, le 21 juin dernier.

- Pour le groupe 1, « Société et vieillissement », le cadre de vie, l'habitat et le logement doivent constituer un nouvel axe fort des politiques du bien vieillir chez soi. Pour cela, la mixité des générations, la proximité des services et des équipements doivent être pensées dès les projets locaux d'urbanisme. Le développement de logements intermédiaires entre le domicile et l'établissement et, en premier lieu, l'adaptation des logements privés à la perte d'autonomie se révèlent essentiels. Ils répondent à un souci préventif et au souhait des Français de

vieillir chez eux. Le groupe insiste par ailleurs sur une politique de prévention mieux ciblée, associant médical, médico-social et social, conduite par les Agences régionales de santé (ARS), avec les départements et les communes. Il recommande l'instauration d'un « guichet unique », piloté par les ARS ou les départements, afin d'améliorer la coordination des acteurs vis-à-vis des personnes âgées et de leur famille.

- Les préconisations du groupe 3 « Accueil et accompagnement des personnes âgées », vont dans le même sens. Elles soulignent la nécessité d'une organisation axée sur « le parcours de vie » et recommandent un dispositif de coordination placé sous une autorité unique de type Maia (Maison pour



RÉACTION |

Yves Daudigny, président de la commission des affaires sociales et familiales de l'Association des départements de France et sénateur de l'Aisne.

"Un projet d'envergure nationale constamment reporté"

Que pensez-vous des propositions faites par les groupes de travail ?

→ Ces constats corroborent d'une part, avec les rapports du CESE, du HCAAM et du HCF (Haut conseil de la famille), la perspective d'une évolution modérée du nombre de personnes âgées dépendantes, et d'autre part la capacité à assurer le financement de cette évolution pour la solidarité nationale. Ils confirment également l'urgence de réformes déjà préconisées. Notamment les critères d'entrée en dépendance, de tarification, du développement de modes d'hébergement intermédiaires, de structures de répit et d'aides aux aidants, de l'augmentation du taux d'encadrement en Ehpad et de formation professionnelle, des services d'aide et de soins à domicile, de prévention et de coordination. Un projet d'envergure nationale structurant, assorti de financements pérennes, est d'autant plus fortement attendu et nécessaire qu'il est constamment reporté depuis quatre ans. Les arbitrages annoncés pour juillet, d'abord reportés à septembre (différés depuis à 2012 par François Fillon, ndlr), se limiteront vraisemblablement à quelques mesures financières. Mais, nous n'en connaissons toujours pas la teneur.

Quels points sont à approfondir ?

→ Un sujet majeur est la mise à l'écart des personnes handicapées et la perspective du maintien d'une barrière d'âge purement administrative. Comment, dès lors, prétendre appréhender de manière globale et transversale la perte d'autonomie ? Quel sort pour les personnes handicapées vieillissantes ? Il s'agit de problématiques identiques, auxquelles doit répondre un droit universel mis en œuvre dans le temps par des prestations différenciées. En matière de financement, si l'évaluation du coût de la dépendance estimée par le groupe 4, qui agrège soins, hébergement et accompagnement, n'est pas recevable, les constats relatifs à l'assurance individuelle privée confirment leur nature inadéquate, coûteuse et injuste. La perte d'autonomie s'inscrit dans une problématique globale de financement de la protection sociale. Les principes fondateurs de 1945, qui ont fait leur preuve, doivent vivre dans une gouvernance pilotée nationalement par un organisme pluridisciplinaire. Ce que fait actuellement la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), déclinée localement au niveau des départements et dotée de ressources publiques sanctuarisées.

l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) ou la création d'une structure dédiée, à partir d'institutions comme les MDPH, les CLIC... Le rapport insiste sur la priorité du libre choix des aînés, le soutien à domicile, les hébergements intermédiaires, etc. Il indique des pistes pour gagner en maîtrise des coûts des maisons de retraite médicalisées. Selon le groupe de travail, l'offre de soins doit être organisée autour de la personne et s'appuyer sur des professionnels libéraux et de nouveaux protocoles et outils.

• Le groupe 2 était chargé d'identifier les « Perspectives démographiques et financières ». À partir des années 2020, le nombre de personnes âgées dépendantes et les dépenses devraient s'accroître, a-t-il souligné. En hypothèse intermédiaire, il note que le nombre d'aînés dépendants (plus de 80 ans) en France métropolitaine passerait de 1,15 million en 2010 à 1,55 million en 2030 (+ 35 %)* et à 2 millions en 2040. Dans ce cas, les dépenses publiques de dépendance, en particulier l'APA (allocation personnalisée d'autonomie), indexées sur les prix, évolueraient de façon limitée jusqu'en 2025 et modérée jusqu'en 2040, tandis que la part à charge des ménages augmenterait plus rapidement. En revanche, si celle-ci était indexée sur les salaires, c'est la dynamique de la dépense publique qui serait plus importante.

• Quelle stratégie adopter pour la « Couverture de la dépendance des personnes âgées » ? Le groupe 4 présentait sur ce thème trois scénarios d'évolution. Le premier, retenu par la majorité des membres, propose la consolidation du système actuel, soit le maintien d'un socle d'aides publiques dégressives en fonction du revenu, complété par des produits financiers contrôlés par l'État. Le groupe avance plusieurs propositions pour améliorer l'APA à domicile ou en établisse-

LE POINT DE VUE DE LA FHF

Formule mathématique qui permet de définir le tarif soins des établissements. Elle tient compte du niveau moyen de handicap et de pathologie des résidents et du nombre de places. Elle est jugée insuffisante par les professionnels et les usagers.

La FHF a participé aux travaux des groupes 3 et 4 et du HCAAM (Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie). Elle a salué la recommandation du groupe 3, qui préconise d'augmenter les taux d'encadrement en établissement selon le volet qualitatif du plan solidarité grand âge (un agent pour un résident de GIR 1, etc.) et le gel de la convergence tarifaire en Ehpad. Mais elle ne partage pas la recommandation qui « priorise » le soutien à domicile, ni celle qui suggère d'améliorer les gains de productivité des Ehpad par une mutualisation entre établissements, une standardisation de la construction... Concernant le groupe 4, la FHF a émis des réserves quant au scénario 1. Il lui semblerait intéressant si, dès à présent, il se concrétisait par un renforcement conséquent des moyens des établissements et des services, et par une baisse significative du reste à charge pour les résidents en établissement. Cela dans l'attente d'une réforme créant un droit universel pour la perte d'autonomie, quel que soit l'âge. Les propositions du groupe 4 reprennent par ailleurs les préconisations du conseil d'administration de la FHF d'octobre 2011 en matière de hausse de la CSG, de taux de CSG des retraités, de taxation des successions... Le consensus s'est dégagé autour du rapport du HCAAM. Après quatre reports, il reste à espérer que ces travaux déboucheront réellement sur une réforme. La FHF peut comprendre que celle-ci s'inscrive dans un contexte économique difficile. Toutefois, il s'agit d'une réforme sociétale majeure, pour laquelle les pistes de financement évoquées restent pertinentes.



3 QUESTIONS À |

Joëlle Le Gall, présidente de la Fédération nationale des associations de personnes âgées en établissement et de leurs familles (Fnapaef)

"Modifier le reste à charge est une priorité"

ment et abaisser le reste à charge pour les aînés et leur famille. Le deuxième scénario élabore un régime de sécurité sociale se substituant au dispositif actuel, géré par sa branche assurance maladie. Le troisième est fondé sur une assurance privée universelle obligatoire et en capitalisation. Une piste incompatible avec la règle fixée par le gouvernement.

Le Conseil économique, social et environnemental (CESE) et le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) adhèrent aux préconisations des groupes de travail en matière de continuité entre offre de soins et aide à l'autonomie, de coordination des interventions, de renforcement de l'aide à domicile, etc. Pour améliorer la qualité des soins et la maîtrise des dépenses publiques, l'HCAAM recommande des préfigurations, sur la base de « projets pilotes », menées sous l'égide des ARS. Côté subventions, le CESE conseille de conforter le financement public par de nouveaux prélèvements, afin de réduire le reste à charge. Il propose une taxe sur les successions et donations de 1 % et un taux de CSG des retraités aligné sur celui des actifs, excepté pour les petites pensions. Le groupe 4 parle, lui, d'ajustements ponctuels et limités. Les arbitrages seront finalement rendus « d'ici le début de l'année 2012 », a déclaré le Premier ministre. Le temps pour le gouvernement de « trouver des ressources adaptées », a-t-il ajouté.

Pourquoi la Fnapaef n'a-t-elle pas souhaité participer aux groupes de travail ?

→ Nous refusons le mot de dépendance associé à la réforme, auquel nous préférons celui d'autonomie et de perte d'autonomie. Nous sommes contre le maintien de la barrière de l'âge, qui consiste à dire que la demande des personnes de moins de 60 ans en situation de handicap n'est pas la même que celle des plus de 60 ans, car elle donne lieu à deux dispositifs très inégaux. Nous avons néanmoins participé aux débats régionaux, mais ils réunissaient essentiellement des professionnels et très peu de personnes âgées avec leurs familles.

Quelles sont les recommandations qui vous semblent aller dans le bon sens ?

→ La prévention est une très bonne chose. Il faut donner aux personnes les

moyens en matière d'activités physiques, de logement, d'alimentation. Disposer d'établissements diversifiés pour accueillir des personnes en perte d'autonomie ou non est excellent. Cependant, on parle là de foyers logements, après les avoir supprimés en 2000 ! Mais l'idée est bonne et permet de conserver le lien social. Enfin, après nous être battus contre l'assurance privée, nous ne pouvons que souscrire à l'abandon de cette voie, à condition qu'il ne s'agisse pas d'un effet d'annonce.

Quels points doivent être revus, selon vous ?

→ Il est inacceptable qu'une personne de plus de 60 ans en perte d'autonomie soit obligée, pour bénéficier d'un minimum d'accompagnement, d'utiliser la totalité de ses revenus. Modifier le reste à charge est une priorité, conditionnée par la suppression de la barrière de l'âge. D'autre part, nous disons que la meilleure façon d'aider l'autonomie passe par la création d'une nouvelle couverture de protection sociale, ou « 5^e risque ». Enfin, que la personne puisse choisir de rester chez elle ou de partir en établissement est une bonne chose, mais cela suppose une quantité suffisante de personnel formé pour accompagner ses gestes au quotidien et non pour les faire à sa place. Il faut davantage de personnel, comme le prévoyait le Plan grand âge.

* Projections réalisées avec le concours de la DREES et de l'Insee.



Audrey Le Roux, directrice de la maison de retraite Delante, à Nogent-le-Bernard (72).

TÉMOIGNAGES

« LE NIVEAU DE DÉPENDANCE DEMANDE DES MOYENS PLUS IMPORTANTS »

La maison de retraite Delante, à Nogent-le-Bernard (72), accueille 64 personnes âgées dépendantes pour 41 équivalents temps plein. « Le niveau de dépendance augmente et demande des moyens plus importants », déclare Audrey Le Roux, directrice de cet établissement. La grande dépendance suppose un accompagnement qui mérite d'être renforcé. Nous avons développé par exemple la gymnastique douce, les travaux manuels, la balnéothérapie... En septembre nous ouvrirons une UPAD* de 14 résidents. Nous avons sollicité 14 équivalents temps plein, l'ARS nous en accorde 6. »



Marina André, directrice de la résidence Les Glycines, à Mansigné (72).

À la résidence Les Glycines, à Mansigné (72), le plan Solidarité grand âge a permis la création de postes de soignants. L'établissement, de 92 personnes âgées pour 57,5 équivalents temps plein, a obtenu le tarif global et renouvelé sa convention. « La résidence a un profil qui se rapproche du long séjour, et ces moyens supplémentaires compensent à peine les besoins », indique la directrice, Marina André. Qu'en est-il du reste à charge ? « Les agriculteurs doivent souvent vendre leur patrimoine, précise Marina André, ou dépendent de leurs enfants. » « Les ratios du plan Solidarité grand âge sont le meilleur compromis, ajoute Audrey Le Roux, mais il faut aussi tenir compte de ce que peuvent payer les retraités. Avec les modalités de financements actuelles, ne se prépare-t-on pas à des structures trop chères pour les résidents ? »

* Unité pour personnes âgées désorientées.

ORGANISATION | Grâce aux technologies de l'information et de la communication (TIC), les établissements hospitaliers peuvent maintenant personnaliser les relations avec leurs patients et simplifier les formalités administratives. Rencontre avec ces précurseurs des services e-santé. /

E-santé à l'hôpital: une nouvelle relation avec les patients

Chaque année, en juillet, les établissements hospitaliers les plus innovants se voient décerner des « Victoires des acteurs publics »¹, lesquelles distinguent leurs actions en matière de service et d'organisation. C'est ainsi que les initiatives e-santé du CHU de Grenoble, du CH de Villefranche-sur-Saône ou encore du CHU de Caen ont été mises à l'honneur. Qu'ont-elles en commun ? Ces hôpitaux ont décidé de mettre la technologie et leurs systèmes d'information directement au service du patient, au profit d'une relation renouvelée tant avec les secrétariats qu'avec les médecins et soignants.

LES TIC AU SERVICE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

- Comment s'assurer qu'un patient prend correctement son traitement ? En lui envoyant un SMS aide-mémoire, tout simplement, puisque ces courts messages délivrés sur téléphone mobile font maintenant partie de la vie courante de la plupart des Français. C'est en tout cas ce qu'a mis au point le service de cardiologie de l'hôpital de la Timone, à Marseille, dirigé par le Pr Jean-Louis Bonnet, en collaboration avec le laboratoire d'hématologie et l'Observatoire régional de la santé. Il faut dire que le service a évalué à 15 % le nombre de patients qui stoppent la prise d'aspirine, multipliant ainsi par 50 leur risque d'infarctus après la pose d'un stent. Plus de 30 malades ont déjà bénéficié de ce dispositif depuis le mois de juin, avec de bons résultats.
- Le suivi d'un régime sans sel ou la surveillance des signes d'alerte rebutent souvent les patients insuffisants cardiaques sortant d'une hospitalisation. Or une éducation thérapeutique imparfaite conduit à une réhospitalisation dans un cas sur deux. D'où l'initiative prise par le service de cardiologie du CHU de Caen de leur mettre à disposition un appareil équipé d'un écran tactile branché sur la ligne téléphonique, par lequel ils communiquent avec une infirmière et/ou leur médecin traitant : les patients prennent une dizaine de minutes chaque jour pour répondre à un questionnaire, et reçoivent en échange conseils et informations adaptés à leur état de santé.

Grâce au portail e-Patient du CHU de Grenoble, « le patient passe directement de chez lui à l'unité de soins », décrit Jean-Philippe Descombes, directeur du système d'information et lauréat 2011. Il n'hésite d'ailleurs pas à comparer le service de rendez-vous en ligne à la billetterie électronique des compagnies aériennes. Les consultations sont confirmées et rappelées par mail ou SMS. Tout le monde y gagne, sachant que, dans certains services, un appel téléphonique sur deux n'aboutit pas et un rendez-vous sur dix n'est pas honoré, comme le CHU de Grenoble a pu le mesurer. Le rappel et le suivi de consultation par SMS ont aussi valu au CH de Villefranche-sur-Saône d'être distingué en 2010. Là, les patients accueillis en hôpital de jour reçoivent un premier texto la veille de leur hospitalisation et un second dès leur retour à domicile. Derrière la technologie, c'est une communication personnalisée qui se met en place. « Nous espérons que le retour de votre enfant s'est bien passé. L'équipe du Dr D... lui souhaite un bon rétablissement et reste à votre disposition au 04... » Cet exemple montre comment la démarche contribue à humaniser la relation avec l'hôpital. Un an plus tôt, le même établissement était déjà récompensé pour son système de vidéosurveillance en néonatalogie, qui permet au personnel soignant de veiller en continu sur les nourrissons prématurés tout en préservant le lien mère-enfant grâce à une caméra placée au-dessus de la couveuse. La même année, le jury des « Victoires » a également nommé le CHU de Caen pour son dispositif de suivi clinique à domicile des patients insuffisants cardiaques, qui facilite leur éducation thérapeutique et limite ainsi les risques de réhospitalisation (voir encadré).

1. Organisées par le magazine *Acteurs publics* dans le cadre des Rencontres des acteurs publics.

Si elles sont exemplaires, ces démarches, certes encore isolées, prouvent que l'hôpital public relève le défi de l'e-santé et se met au diapason d'une société qui n'attend plus seulement de l'information de santé sur Internet², mais également de véritables services en ligne.

L'INNOVATION PROGRESSIVE

« S'ils continuent de faire confiance à l'hôpital public, les Français se montrent toutefois sévères côté services, remarque Jean-Philippe Descombes. Un système comme e-Patient constitue un facteur d'attractivité, il donne une image positive. D'autant plus qu'Internet a simplifié nombre de procédures

administratives... sauf à l'hôpital, jusqu'à présent! »

Il ne doute pas que ce type d'innovation gagne progressivement d'autres hôpitaux et, pour commencer, une bonne part des 70 établissements de la communauté utilisatrice du système d'information Cristal-Net, développé par le CHU. « Plusieurs sites sont intéressés, et les hôpitaux de Douai, Chalon-sur-Saône ou Valence comptent déployer le portail d'ici la fin de l'année », indique-t-il.

En un mot, le mouvement est lancé. Un bémol, tout de même : l'élargissement d'un système d'information hospitalier à ces services en direction des patients requiert un degré de « maturité » numérique loin d'être atteint partout en France.

lundi 05 septembre 2011 11:48 Jacques HCL Déconnexion ?

myHCL
Intégration 2.4.0

Bienvenue, Jacques
Dernière connexion le 25 août 2011 à 09:56

[Vous n'avez aucun nouveau message](#)

Espace privé

Ma famille

Prochains rendez-vous
15/11/2011 à 09:00 - ODETTE

Carnet de : ODETTE Comment ça marche ?

Odette Profil :
81 ans
Née le 13/02/1930

Evénements :
Nouveau traitement : adenoscan le 21/03/2011
Chute dans la rue - fracture du poignet le 21/02/2011

Suivis :
Indice de masse corporelle (IMC): 17,65
Poids: 45,2 Kg
Taille: 160 cm

IMC

Carte PassHCL
N° 11

Prendre RDV **Admission** **Contacts** **Evénements** **Poids, taille** **Examens** **Docs** **Agenda**

Dernière rubrique lue : Examens le 31/08/2011 à 18:28 par
Dernière modification : Suppression Partage le 25/08/2011 à 10:01 par

Partages : Sylvie

Boutique

En images
Hospices Civils de Lyon
+ Images et vidéos

Services plus
Après l'hôpital ?

Santé
Testez-vous!

La page d'accueil du portail myHCL des Hospices civils de Lyon.



3 QUESTIONS À |

Jean-Jacques Romatet, directeur général du CHU de Toulouse, président du Centre expert e-santé

"Gérer les malades chroniques d'une autre façon"

Vous présidez le Centre expert e-santé, créé en mars 2010 dans le cadre du CNR⁴ Santé à domicile et autonomie. Pourquoi vous paraît-il nécessaire aujourd'hui d'entraîner le monde de l'hôpital vers le développement de services e-santé?

→ Il s'agit d'une approche réaliste d'une relation clientèle qui évolue. Il faut ajouter que la pression sur les coûts nous pousse à imaginer la possibilité de gérer les malades chroniques d'une autre façon. Ce, d'autant plus que l'évolution démographique des professionnels de santé se traduit d'ores et déjà par des pénuries sur certains territoires. Les malades chroniques, en progression régulière, se transforment en abonnés de nos hôpitaux. Or, pour qu'ils soient bien soignés, ils doivent participer à leur propre prise en charge, et les outils e-santé constituent des leviers pour cette transformation.

Quelles sont les principales actions facilitées par le Centre e-santé?

→ Nous sommes en train de préparer un dossier de réponse au Grand Emprunt, concernant notamment les maladies chroniques, et nous venons d'obtenir une dotation FUI⁵ pour un projet de suivi des malades Alzheimer. Notre action repose sur deux structures : le Centre, association à vocation régionale et interrégionale qui s'adresse aux

institutions, et la plate-forme d'innovation e-santé PlatInn-eS. En cours d'agrément par le ministère de l'Industrie, elle a été conçue pour porter les projets en rassemblant tous les acteurs concernés, particulièrement les entreprises, qui se trouvent souvent désarmées face au marché de la santé. Les solutions e-santé exigent en effet de travailler sur des organisations complexes et de ne pas négliger l'évaluation ; elles ne sont pas seulement des projets technologiques.

Qu'est-ce que cette démarche a d'ores et déjà apporté au CHU de Toulouse?

→ Une dizaine de projets sont en cours de mise en place. Ils intéressent de nombreuses disciplines, de la cardiologie à la pneumologie en passant par la dermatologie, la néphrologie, l'hématologie, le suivi des AVC, etc., partout où les équipes expriment une demande. En matière de diabète, un camion itinérant nous permet de faire bénéficier les malades isolés d'un dépistage des complications, en transmettant les résultats d'examen par satellite⁶. Nous comptons également sur les technologies e-santé afin de relancer nos projets en matière de prévention de la dépendance.

4. Centre national de référence.
5. Fonds unique interministériel.
6. Diabsat.

La plupart des hôpitaux en sont encore à mener, avec plus ou moins de bonheur, leurs chantiers d'informatisation de la production de soins, comme en témoignent les 262 projets accompagnés par l'Anap³ dans le cadre du Plan hôpital 2012.

CRÉER UN LIEN AVEC LE PATIENT

Les Hospices civils de Lyon (HCL) figurent parmi les exceptions. Fort d'un dossier médical commun déployé dans plus de 95 % des unités de soins, d'une infrastructure solide et d'une équipe « recherche et développement » réactive, le CHU rhône-alpin peut maintenant donner un coup d'accélérateur à sa stratégie e-santé. « *Nous voulons créer un lien avec le patient* », déclare Philippe Castets, directeur du système d'information, qui finalise le portail MyHCL avec les premières unités de soins pilotes. Son déploiement sur l'ensemble du groupement Lyon-Sud, soit 1 200 lits, est prévu pour cet automne. L'espace personnel du patient en ligne est testé depuis le début de l'année. Il s'agit à la fois du carnet de santé, de l'agenda et d'une bibliothèque de documents pertinents pour la pathologie de l'utilisateur. Le tout est accessible par Internet, une fois l'e-patient enregistré auprès du service dans lequel il est suivi.

SUIVI DES MALADIES CHRONIQUES

L'enjeu est d'accompagner des malades chroniques, qui deviennent ainsi acteurs de leur propre santé en renseignant des « mini-dossiers documentaires », enrichis de données consignées à domicile entre deux consultations : poids, taille, questionnaires d'évaluation... Les premiers modules sont déjà développés à la demande des gériatres (concernant les troubles de la mémoire) et des urologues, ou encore pour le suivi des enfants handicapés et des femmes enceintes. Les bénéfices de ces outils en ligne ne se limitent pas aux patients. Dans le cas de la prise de rendez-vous, par exemple, l'intégration au système d'information utilisé par les secrétaires leur rend la maîtrise de la gestion de leur temps de travail. Philippe Castets a d'ores et déjà prévu bon nombre d'applications potentielles, relatives notamment à tout ce qui facilitera une réelle coordination du parcours des patients. « *Mais, il s'agit de projets qui demanderont trois à quatre ans de développement, reconnaît-il, et encore une bonne dizaine d'années avant d'entrer dans les habitudes.* »

2. Six Français sur dix ont déjà consulté Internet pour s'informer sur un problème de santé ; les trois quarts d'entre eux cherchent des informations pour se faire une première idée avant d'aller consulter un généraliste. Sondage CSA, février 2011, pour Orange et Terrafemina.

3. Agence nationale d'appui à la performance.

" Les malades chroniques, en progression régulière, se transforment en abonnés de nos hôpitaux. Or, pour qu'ils soient bien soignés, ils doivent participer à leur propre prise en charge, et les outils e-santé constituent des leviers pour cette transformation. "

RADIOLOGIE | Sollicités à toutes les étapes du diagnostic et des interventions médicales, les radiologues du secteur public peinent à reprendre leur souffle et à susciter des vocations. Les professionnels ne sont pourtant pas à court d'idées. La loi Fourcade, votée cet été, ouvre la porte à une expérimentation en région souhaitée par les radiologues. /

Radiologie: échos d'une profession décidée à se restructurer

Malgré l'excellence de matériels « de pointe », répartis de manière inégale sur le territoire, malgré le dévouement des praticiens sur le terrain, le constat est patent : la profession de radiologue, particulièrement à l'hôpital, est en souffrance. « Victimes » des succès et des progrès techniques liés au développement de l'imagerie en coupe (scanner, IRM), les personnels des services radiologiques sont sollicités quasiment à chaque étape du diagnostic, à chaque intervention. Parallèlement, l'obligation d'assurer la permanence des soins pèse sur l'emploi du temps et l'organisation des services de radiologie. Dans un tel contexte, la chute des vocations constatée dans la profession ne peut que creuser l'écart entre les zones géographiques, entre les différentes catégories d'hôpitaux et, enfin, entre les secteurs public et privé. Selon le G4*, le Conseil professionnel de la radiologie française, regroupant des acteurs de la santé

des secteurs public et privé, le nombre de radiologues devrait passer de 7 250 en 2009 à 5 400 en 2015. Ainsi, la baisse des effectifs devrait atteindre près de 26 % d'ici 2020, particulièrement dans le secteur public. Côté matériel, le G4 dénonce un « scandale sanitaire », concernant notamment les IRM : il y a en France deux fois moins d'IRM par habitant que dans les autres pays européens, et le temps d'attente moyen pour un rendez-vous dépasse 32 jours.

POUR UN PLAN DE SANTÉ PUBLIQUE

« Alors que l'imagerie est au cœur des révolutions médicales et que les radiologues contribuent au quotidien à l'amélioration des pratiques, alors que les grands plans de santé publique (Plans cancer, Alzheimer, AVC...) devront pour réussir s'appuyer sur une imagerie moderne et innovante, les professionnels de santé ont demandé dès l'automne 2010 la mise en place d'un plan de santé publique en dix mesures, visant à combler le retard de la France en matière d'équipement et à promouvoir la recherche médicale et l'amélioration de la qualité des soins », rappelle Jean-Pierre Pruvo, secrétaire général de la Société française de radiologie (SFR). À l'issue de deux séminaires réunissant chaque fois une soixantaine de personnes, des radiologues libéraux et publics mais aussi des experts, notamment de la FHF, les professionnels de la santé ont présenté fin 2010 un « plan d'urgence en dix mesures pour l'imagerie ». « Ce plan aborde toutes les améliorations indispensables à la mise en place d'une radiologie de qualité sur l'ensemble du territoire. La proposition de créer un plateau multiprofessionnel complet et diversifié permettrait de réduire les délais d'attente des examens d'imagerie, puis entre l'imagerie et la décision thérapeutique », explique Jean-Pierre Pruvo.



* Association à but non lucratif régie par la loi de 1901, créée en 2005, qui réunit toutes les composantes de la radiologie française. Plus d'informations sur www.g4-radiologie.com



3 QUESTIONS À |

Jean-Pascal Bauge, chef du service radiologie des hôpitaux Drôme-Nord, site de Romans-sur-Isère

“Proposer aux jeunes médecins un environnement attractif”

De la même manière, « la promotion d'une téléradiologie de qualité, s'appuyant sur les recommandations pour la télé-imagerie et la téléradiologie, publiées en collaboration avec le Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM), est aujourd'hui indispensable pour assurer permanence et qualité des soins partout en France », estime Jean-Pierre Pruvo.

UNE AVANCÉE POUR LA RADIOLOGIE ET LES PATIENTS

En août dernier l'adoption par le parlement de la loi Fourcade, modifiant certaines dispositions de la loi HPST, constitue une première « reconnaissance », selon Jean-Pierre Pruvo, des idées de la Société française de radiologie et du Conseil professionnel de la radiologie française. Surtout l'article 33 de la loi du 10 août 2011, qui va « permettre la concrétisation dans les territoires de notre projet professionnel commun », explique Jean-Pierre Pruvo. La loi autorise en effet l'expérimentation des « plateaux d'imagerie médicale mutualisés » dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins défini par les ARS. Coordination des professionnels, substitution et complémentarité des techniques d'imagerie médicale et amélioration de la pertinence des examens d'imagerie sont au cœur du projet. « L'inscription des plateaux d'imagerie médicale mutualisés au sein de la loi Fourcade a été obtenue grâce à un dialogue soutenu avec le ministère, au départ réticent à cette idée, souligne Jean-Pierre Pruvo. Le soutien et l'assistance d'experts professionnels de la santé nous ont été précieux, et à ce titre, je tiens à remercier tout particulièrement Gérard Vincent, délégué général de la FHF. »

Dans le cadre de la mise en place de la loi HPST, les G4 régionaux, composés en parité de praticiens publics et privés, constituent LA force de proposition de la discipline auprès des ARS. Tant sur les problématiques de l'organisation régionale de l'imagerie, que sur les problématiques du déploiement de la téléradiologie, les représentants du G4 régional sont appelés à être les interlocuteurs privilégiés du directeur de l'ARS.

Source : Bulletin de la Société française de radiologie n° 32, septembre 2010.

UNE DÉMOGRAPHIE FRAGILE

- Les deux tiers des quelque 8 000 radiologues en France exercent en libéral, un tiers pratique à l'hôpital.
- En 2009, 34 % des radiologues ont plus de 55 ans.
- La moyenne nationale est de 9,8 radiologues pour 100 habitants, avec une forte hétérogénéité : de 2,44 radiologues pour 100 habitants dans la Creuse à 27,9 radiologues pour 100 habitants à Paris.

→ On a pu lire que le choix des IHU était très contesté. Quel est l'état des lieux de la radiologie à l'hôpital, selon vous ?

Je parlerais d'une spécialité sinistrée, plus particulièrement dans le secteur public. L'obligation de permanence des soins et de continuité des soins et l'importance de l'activité non programmée pèsent lourdement sur l'ensemble des services hospitaliers. Concernant la radiologie, la valeur ajoutée « diagnostic » considérable apportée par l'imagerie en coupe, l'échographie, le scanner et l'IRM font que nos services sont extrêmement sollicités. Face à ces contraintes, nous constatons un déficit démographique médical dramatique. Sur l'établissement où j'exerce, nous devrions être six médecins équivalents temps plein. Or nous sommes deux titulaires et deux remplaçants. Les obligations et contraintes individuelles, notamment liées aux gardes, en sont alourdies. La conséquence est que beaucoup de nos confrères optent pour le statut de remplaçant, qui leur assure une rémunération très satisfaisante pour une activité choisie, exempte de contraintes.

→ Quelles pourraient être les solutions à cette situation ?

La téléradiologie est déjà un outil intéressant, qui permet de limiter la charge de travail en garde, l'astreinte ne concernant plus que la radiologie interventionnelle et l'échographie, notamment en urgence pédiatrique. La visioconférence pourrait aussi être davantage développée. En ce qui concerne l'évolution des carrières, il existe vraisemblablement un écart entre le médecin radiologue et le manipulateur radio, pour des

professionnels formés, capables d'assumer des responsabilités dans le cadre d'une délégation de tâche, comme cela existe pour les infirmières, infirmières de bloc opératoire, infirmières anesthésistes. Enfin, au sein même des établissements publics, il faut tenir compte de l'évolution de la société et des attentes de nos jeunes confrères, qui sont majoritairement des consœurs. Au-delà de la question du salaire, peu attractif en début de carrière, il faut proposer aux jeunes médecins un environnement facilitant. Adapter le temps de travail, privilégier l'accueil à la crèche de l'établissement, aider à l'accès au logement, favoriser la recherche d'emploi du conjoint et soutenir la formation continue seront des atouts à développer pour les ressources humaines des établissements, dans un contexte de concurrence exacerbée.

→ Et en ce qui concerne la mutualisation public/privé ?

Pour les établissements publics seuls, je ne vois pas bien en quoi la mutualisation de services de différents hôpitaux en difficulté de personnel radiologique permettra de mieux faire face à la demande quantitative et aux exigences qualitatives, puisque, de fait, on élargit les aires de recrutement et le volume des patients. L'idée de la mutualisation des plateaux multiprofessionnels publics et privés mérite d'être expérimentée, sous le regard attentif des ARS. Si cela apparaît nécessaire, cela ne s'avérera pas suffisant. Il faut explorer d'autres pistes complémentaires. L'inventivité et l'adaptabilité doivent prévaloir.

Le guide

— AGENDA

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, enjeux forts de cette réforme ? La loi HPST avait pour ambition de moderniser le système de santé, notamment par une meilleure coordination des parcours de soins. La FHF a soutenu cette démarche, par la promotion des stratégies de groupe qui assurent 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 ou efficacité ? Le colloque dressera, avec l'aide de la DGOS, un bilan institutionnel des coopérations et proposera la vision d'une ARS sur ce thème. 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 raconter leur expérience. Ils concluront ensuite par un bilan et des perspectives de cette nouvelle approche.

Informations et inscriptions :
www.sphconseil.fr

MARDI 15 NOVEMBRE 2011, À PARIS LES 4^{ES} RENCONTRES DU MANAGEMENT DE PÔLES

La FHF organise, en partenariat avec l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) des établissements de santé et médico-sociaux, la 4^e édition des Rencontres du management de pôles. Elles auront lieu à l'Espace Vianey, à Paris, le

15 novembre 2011. Le thème retenu est « Pôle et management des ressources humaines ». Dans une organisation polaire, le management des ressources humaines constitue en effet l'élément central du management global du pôle. Il détermine la capacité de celui-ci à s'organiser, à s'adapter aux environnements, à se mobiliser pour atteindre les objectifs fixés et à répondre aux attentes des patients. Le pôle doit fédérer ses équipes autour de projets partagés et donner du sens à l'action des professionnels.

Pour participer à cette manifestation, le programme et le bulletin d'inscription sont téléchargeables sur www.fhf.fr (à compléter avant le 4 novembre 2011).

Contact : k.rambach@fhf.fr

1^{ER} ET 2 DÉCEMBRE 2011 À GRENOBLE 15^È 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

GUIDE PRATIQUE

ANNONCE D'UN DOMMAGE ASSOCIÉ AUX SOINS

Ce guide, publié en mai 2011 par la Haute Autorité de santé (HAS), est destiné à tous les professionnels de santé. Annoncer une mauvaise nouvelle à un patient est un moment compliqué et souvent douloureux pour le professionnel. Ce guide vise à faire valoir les droits des patients en termes d'information, et à accompagner les professionnels dans cette démarche. Élaboré avec des représentants de patients et d'usagers, des professionnels de santé et des représentants d'établissements de santé, ce guide est résolument ancré dans l'expérience de chacun d'entre eux tout en s'appuyant sur l'analyse de la littérature internationale.

Pour en savoir + : www.has-sante.fr

— COMMUNICATION



NOUVELLE PARUTION DE LA FHF

HÔPITAL LOCAL: UNE CHANCE POUR LE SERVICE PUBLIC

À l'heure où la mise en œuvre de la loi HPST dessine une nouvelle organisation de l'ensemble du système de santé français, la place des hôpitaux locaux est parfois menacée par des restructurations qui les dénaturent et brident leur potentialité.

Pour l'Association nationale des hôpitaux locaux (ANHL), l'Association nationale des médecins généralistes des hôpitaux locaux (AGHL) et la Fédération hospitalière de France (FHF), elle doit au contraire être confortée du fait de leur originalité, afin qu'ils puissent jouer pleinement leur rôle de pivot du service public hospitalier en mobilisant autour d'eux tous les acteurs d'un territoire de santé. La FHF rend compte en neuf points et à travers de nombreux exemples des bienfaits de leur fonction.

Cette plaquette a été envoyée par courrier, courant septembre, aux établissements, et peut être commandée auprès du pôle Communication, j.preira@fhf.fr

RECHERCHONS HOMMES/FEMMES D'EXPÉRIENCE, DISPONIBLES ET DYNAMIQUES. VENEZ SEUL OU ACCOMPAGNÉ. CONTACTEZ-NOUS VITE!

REJOIGNEZ LES BÉNÉVOLES DU TÉLÉTHON
Durant votre vie active, vous avez été et que vous serez encore plus de temps, aux côtés. Maintenant que vous êtes à la retraite, c'est le moment ! Le Téléthon a besoin de votre expérience pour encadrer des équipes ou organiser des événements. En devenant bénévole, vous participez à une aventure humaine inoubliable où toutes les générations travaillent ensemble dans le même but : faire avancer la recherche et combattre la maladie. Cette année, nous voulons rassembler 25 000 animations sur tout le territoire national. Alors, prêt à relever le défi ? Contactez-nous : www.coordination.telethon.fr

GENERATION(S) TÉLÉTHON
RELEVONS LE DÉFI OBJECTIF 25 000 ANIMATIONS

Téléthon **AFM**

TÉLÉTHON 2011

FUTURS BÉNÉVOLES, FAITES-VOUS CONNAÎTRE!

Le Téléthon 2011 se tiendra les 2 et 3 décembre prochain. La préparation de cette 25^e édition débute dès à présent par le lancement d'une grande campagne de recrutement de bénévoles autour d'un slogan : « Génération(s) Téléthon, relevons le défi ». N'hésitez pas à relayer l'information auprès de vos équipes,

en utilisant les éléments visuels de la campagne nationale de recrutement :

<https://reportersvideotelethon.terra-octet.fr/dl/1672coYL018olmHcmI9h7572>

Comment mobiliser son établissement pour le Téléthon?

De nombreuses formes de mobilisation sont possibles pour votre établissement.

À vous de choisir celle qui vous convient :

- l'organisation d'un événement festif et convivial pour collecter des dons ;
- la vente d'un produit-partage Téléthon ;
- la mobilisation de vos supports de communication, afin de soutenir l'appel aux dons ;
- l'e-mobilisation, avec le relais de la communication Téléthon sur votre site, votre blog, etc.

La démarche est facile!

- contactez une structure « relais » au sein de votre établissement,

qui pourra signer le contrat d'engagement avec le Téléthon ;

- prenez contact avec le coordinateur Téléthon de votre région.

La liste des contacts régionaux est disponible sur :

<http://coordination.telethon.fr/> ;

- faites-lui part de votre projet : il vous apportera des idées d'animations, vous conseillera sur l'organisation à mettre en œuvre, vous proposera du matériel Téléthon et vous informera sur les modalités de collecte et de remontée des fonds ;

- signez avec lui un contrat d'engagement. Cela permettra de rassembler les participations des établissements de santé.

Pour plus d'informations : www.afm-telethon.fr

— COMMUNICATION

INFECTIONS NOSOCOMIALES

UN GUIDE POUR LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS

Le Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de la région Ouest (CCLIN Ouest) diffuse, depuis mars 2010, un guide pratique pour les représentants des usagers, au comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ou à sa commission équivalente dans les établissements de santé (ES). L'objectif de ce guide est de rendre opérationnelle la participation des représentants des usagers dans cette instance.

Vous y trouverez :

- ce qu'il faut savoir sur la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé ;
- ce que pourrait ou devrait être le rôle du représentant de l'utilisateur ;
- comment est organisé un hôpital ;
- la définition (par rubrique) des principaux termes que vous aurez à intégrer en tant que représentant des usagers au CLIN ;
- une présentation (également par rubrique) des principaux textes réglementaires.

Ce guide est téléchargeable sur le site du CCLIN Ouest, rubrique Représentants des usagers > Informations : http://www.cclinouest.com/Pages/Representants_des_usagers3-2.html

GUIDE

L'HÔPITAL EXPLIQUÉ, ÉDITION 2011

Ce guide s'adresse aux membres des conseils de surveillance des établissements en particulier, mais également à tous ceux qui veulent mieux connaître le fonctionnement du système hospitalier public. Il a pour objet d'expliquer les principaux aspects juridiques, réglementaires et statutaires de la vie des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.

Pour le commander, rendez-vous sur www.fhf.fr > Revues et guides



INITIATIVES EXEMPLAIRES

CONCOURS 2011 « DROITS DES PATIENTS »

Dans le cadre du dispositif « 2011, année des patients et de leurs droits », Nora Berra, secrétaire d'Etat chargée de la santé, a décidé de renouveler le concours « Droits des patients » initié en 2010. Cette initiative vise à récompenser les expériences exemplaires et les projets innovants en matière de promotion des droits des patients.

Alors que l'édition 2010 avait permis de collecter plus de 70 projets d'origines diverses mais avec une prépondérance de projets hospitaliers et associatifs, cette nouvelle édition est ouverte à tous les acteurs de santé, sanitaires comme médico-sociaux. Sont admis à concourir les projets qui auront été labellisés au niveau national ou régional (dans la limite de deux projets labellisés par région), ainsi que tous les projets d'envergure nationale répondant aux critères du cahier des charges.

Les projets doivent être remis au plus tard le 1er novembre 2011 à 12h00. Le jury, présidé par Marina Carrière d'Encausse, prendra sa décision entre le 15 et le 30 novembre. Le 15 décembre, cinq prix seront alors remis par Nora Berra et ces projets victorieux feront ensuite l'objet d'une valorisation médiatique auprès du grand public, mais aussi auprès d'un public plus spécifique.

Le cahier des charges est consultable et téléchargeable sur : www.fhf.fr > Dossiers > Communication.

Vous y trouverez toutes les modalités pratiques : conditions d'éligibilité, calendrier, modalités de participation, etc.



25 ans Téléthon

et bien des victoires plus tard...

2 et 3
décembre
2011

*Raphaël se sent
de plus en plus fort
face à sa maladie.*



Faites un don au **3637** ou sur **telethon.fr**

LA LIGNE DU DON
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

LE DON EN LIGNE





"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



M. A. C. S. F

Notre vocation, c'est **vous**

Mutuelle Assurance Epargne Financement