

Page_06

Médico-social

Propositions pour
un budget adapté /

Page_16

Hospitalisation à domicile

Quelles complémentarités
avec les Ssiad et Ehpad ? /

Page_21

Le guide

La participation des usagers
dans les hôpitaux /

INTERACTIONS



FHF

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

LE MAGAZINE D'ACTUALITÉ DE LA FHF

Numéro 6_Février 2012



Le développement durable :
un atout dans la gestion de l'établissement

22 ► 25 mai 2012

ViParis | Porte de Versailles | Pavillon 1

| Se rencontrer | Imaginer | Proposer | Débattre | Décider |



HOPITAL EXPO 2012



**ENSEMBLE
pour CONSTRUIRE**

Hit Paris 2012
Health Information Technologies
Technologies de l'Information et Santé

► **Événement associé**

Congrès européen des systèmes d'information de santé

I ORGANISATION I

I CONFÉRENCES I



www.hopitalexpo.com



Édito

LE SERVICE PUBLIC DE SANTÉ, UNE AMBITION POUR LA FRANCE

L'ESSENTIEL : La Fédération hospitalière de France a présenté le 11 janvier sa plate-forme politique 2012-2017, dans laquelle elle détaille ses propositions pour mettre en place un véritable service public de santé à l'échelle territoriale.

Les explications de **Frédéric Valletoux**, président de la FHF.



Quelle est l'ambition de cette plate-forme politique ?

→ Dans un sondage récent¹, les Français ont exprimé leur souhait de voir la santé publique devenir l'un des trois enjeux majeurs de la campagne présidentielle, après l'emploi et l'éducation. Ils sont en effet inquiets pour la pérennité de notre système de santé, inquiets de voir se développer des déserts médicaux et des risques croissants d'inégalités dans l'accès aux soins. C'est pourquoi, à l'occasion d'échéances électorales capitales, la FHF a décidé d'élaborer une plate-forme correspondant à sa vision de l'évolution du système de santé, et du service public qu'elle incarne. Fruit d'une réflexion collective menée en 2011 par toutes les composantes de la communauté hospitalière

" Nous demandons l'abandon de la politique de convergence tarifaire public-privé. "

et médico-sociale, cette plate-forme a pour « fil rouge » les valeurs du service public : la qualité et l'éthique dans les soins, leur accessibilité financière et géographique, le souci d'équité des

moyens dans tous les territoires, la pérennité et la permanence du service public. Elle propose la mise en place d'un véritable « service public de santé » sur chaque territoire, regroupant les énergies et les compétences des différents acteurs dans un maillage territorial organisé autour du patient. Adressée à tous les candidats à l'élection présidentielle, cette « feuille de route » conduira notre action pour les années à venir.

Quelles sont les priorités qui doivent animer ce service public de santé ?

→ J'en distinguerais trois. En premier lieu, l'usager – son état de santé, son bien-être –, qui est la raison d'être du service public. Nous proposons de renforcer sa place dans la gouvernance du système et dans son évaluation. Les représentants des usagers doivent être reconnus et bénéficier de programmes de formation, notamment dans le cadre d'un « Institut des patients », qui sera créé auprès de l'École des hautes études en santé publique (EHESP). Les conseils de surveillance des établissements pourraient aussi ouvrir au public une séance au moins par an. Parallèlement, les enjeux de santé publique doivent être placés au cœur des préoccupations des professionnels. Des stratégies de prise en charge des patients par filière sont désormais nécessaires, incluant la prévention, →

1. Sondage LH2 pour *Le Nouvel Observateur*, novembre 2011.

Sommaire

Le fil d'info

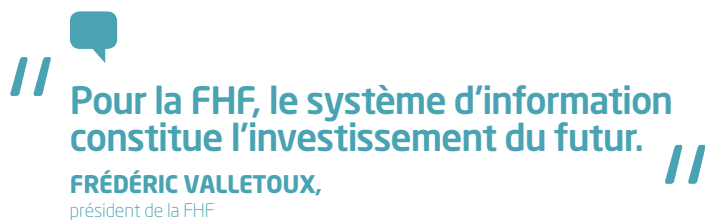
P.05_Médical
P.06_Médico-social
P.08_Finances
P.09_Offre de soins
P.10_RH

Grand angle

P.12_Le développement durable, un atout dans la gestion de l'établissement
P.16_HAD, Ssiad et Ehpad : quelles complémentarités ?

Le guide

P.20_Agenda
P.21_Communication



→ l'éducation pour la santé, le traitement aigu de la maladie, mais aussi son suivi.
Troisième priorité, l'innovation technique, organisationnelle et managériale. Comme le montre l'émergence de la télésanté, les innovations thérapeutiques ont un impact de plus en plus fort sur nos organisations et nos métiers. Cette dynamique doit être observée, évaluée et accompagnée afin d'en faire bénéficier les patients et d'améliorer la performance du système de santé.

Comment ces priorités se traduisent-elles dans l'organisation du service public à l'échelle territoriale ?

→ L'hôpital public et les établissements médico-sociaux ont vocation à constituer la « colonne vertébrale » des réseaux et filières de soins sur le territoire, lesquels doivent se développer à l'image des filières gériatrique et psychiatrique. Nous proposons qu'ils élaborent un projet médical et médico-social de territoire, en association avec les Unions régionales des professionnels de santé (URPS). Afin de conforter la stratégie de groupe du service public, le régime des coopérations entre établissements doit être simplifié. En cas de carence constatée des libéraux à organiser le maintien d'une offre de soins au sein d'un territoire, nous demandons l'autorisation pour les établissements publics d'organiser cette permanence des soins, en recrutant les professionnels de santé nécessaires. Le financement de cette mesure sera assuré par un prélèvement forfaitaire sur l'enveloppe de ville. Par ailleurs, la santé publique doit constituer un volet de chaque projet d'établissement et du projet médical de territoire, d'après les priorités définies par les Agences régionales de santé (ARS). Concernant les établissements lucratifs, la délégation de service public – donc le financement afférent à l'Assurance maladie – ne peut se concevoir que dans le cadre d'un contrat avec un établissement public, garant de la continuité du service public.

Comment le management des personnels de santé peut-il s'adapter aux évolutions de l'offre de soins ?

→ Ces évolutions impliquent non seulement une adaptation des métiers et des compétences, mais aussi une mise en réseau des équipes à l'échelle du territoire. C'est un véritable changement de paradigme pour les professionnels, qu'il convient d'accompagner et de rassurer. C'est pourquoi la plate-forme propose des initiatives fortes consistant à la fois à assouplir le statut des établissements, à proposer aux personnels des mesures d'amélioration de leurs vies personnelle et professionnelle, et à favoriser des démarches d'intéressement en complément des rémunérations statutaires.

Dans quelle mesure le financement du système de santé doit-il évoluer ?

→ Si la tarification à l'activité (T2A) a été un révélateur positif pour les hospitaliers, elle doit maintenant être adaptée afin de mieux rémunérer les missions de service public, être modulée en fonction des réalités territoriales (via des objectifs de dépenses régionalisés) et financer non plus des actes mais des séjours dans les filières de soins. Nous demandons l'abandon de la politique de convergence tarifaire public-privé, initiée par les pouvoirs publics au mépris de nos besoins et de nos missions différentes. Conduite par la Haute Autorité de santé (HAS), l'évaluation de la pertinence des actes doit par ailleurs être placée au rang de priorité nationale. Le service public a un devoir d'exemplarité dans ce domaine.

Quelles sont les autres grandes recommandations formulées dans la plate-forme ?

→ Concernant les CHU, notre volonté est à la fois de leur donner un rôle d'appui aux structures hospitalières et médico-sociales de leur territoire, mais aussi de mobiliser les compétences des acteurs régionaux pour partager, sous leur impulsion, les missions de recherche et d'enseignement. Nous proposons également la création de véritables « universités des savoirs » rassemblant enseignants et

“ Cette plate-forme a pour ‘fil rouge’ les valeurs du service public : la qualité et l'éthique dans les soins, leur accessibilité financière et géographique, le souci d'équité des moyens dans tous les territoires, la pérennité et la permanence du service public. ”

chercheurs multidisciplinaires. Le passage du système d'information hospitalier à un système d'information en santé est un autre point clé dans l'évolution de l'organisation des soins. Sur la base des projets médicaux et médico-sociaux de territoire, les établissements publics proposent de créer une plate-forme régionale de services, commune à l'ensemble des acteurs. Pour la FHF, le système d'information constitue l'investissement du futur. En matière d'architecture hospitalière et médico-sociale, une réflexion sur une conception moderne, humaine et évolutive de l'espace en santé s'impose. Une école française, voire européenne, d'architecture pourrait être créée. Enfin, la plate-forme de la FHF réaffirme ses priorités politiques liées à trois grandes causes nationales : la réponse aux besoins du grand âge et la compensation de la perte d'autonomie ; l'intégration des personnes en situation de handicap ; et la prise en charge de la santé mentale dans le cadre du service public.

Le fil d'info

MÉDICAL

SÉCURITÉ DES SOINS

COMMENT « CONCILIER » LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX ?



L'ESSENTIEL : La conciliation médicamenteuse fait partie des projets phares retenus par l'Organisation mondiale de la santé et la Haute Autorité de santé pour améliorer la sécurité des soins à l'hôpital. « Ce processus consiste, en pratique, à interroger le patient, sa famille, son pharmacien habituel et son médecin traitant sur les médicaments qu'il prend à la maison, de façon à concevoir une fiche de conciliation qui guidera les médecins hospitaliers dans la rédaction de leur première ordonnance », explique Édith Dufay, responsable du service de pharmacie au centre hospitalier de Lunéville. Le CH de Lunéville a servi, dès février 2010, de site pilote pour tester ce dispositif chez les patients de plus de 65 ans hospitalisés après un passage aux urgences. 40 % des malades « conciliés » y présentent au moins une erreur médicamenteuse, susceptible

d'être corrigée. 60 % de ces erreurs sont des oublis de traitement et, pour 10 % de ces cas, les oublis concernent des médicaments indispensables (insuline, anticoagulants...). Médecins, pharmaciens, infirmiers et patients semblent donc beaucoup apprécier ce dispositif, qui rend un véritable service. En effet, il est souvent difficile de savoir quel traitement reçoit un malade, « et ce, d'autant qu'il n'est pas forcément observant ou qu'il recourt à l'automédication », précise Édith Dufay. Environ 20 % des 2 500 patients âgés qui constituent la cible de ce procédé en ont bénéficié depuis sa mise en place à Lunéville. Désormais, ce programme est appliqué dans huit autres hôpitaux, auprès de 5 000 patients.

POUR EN SAVOIR + www.ch-luneville.fr/actualites.php

CHECK-LIST

À L'HEGP, ILS FONT BLOC !

À l'hôpital européen Georges-Pompidou, à Paris, les professionnels de santé étaient convaincus de l'intérêt de la check-list opératoire. Pour autant, les audits révélèrent que l'échange d'information à voix haute, pendant que le malade est endormi, pour vérifier des points de sécurité (partie du corps à opérer, étapes critiques de l'intervention...), n'était pas réalisé comme il devait l'être. Le bureau du conseil de bloc opératoire de l'établissement a donc déployé « les grands moyens » et tiré parti de la Semaine nationale de la sécurité des patients, du 21 au 25 novembre 2011, pour prendre cette décision : interdire aux coordonnateurs de check-list (en l'occurrence, les infirmiers de bloc opératoire) de donner le bistouri au chirurgien tant que les critères de sécurité ne sont pas respectés. Parallèlement, posters et fascicules d'information ont rappelé ce credo aux chirurgiens, anesthésistes, infirmiers et aux patients consultant en chirurgie : « Pour la check-list, on fait tous bloc ! » Résultat : « L'objectif est aujourd'hui atteint », se félicite Alain Bentounsi, coordonnateur général des soins.

POUR EN SAVOIR + www.lewebzine.aphp.fr/spip.php?article896



MÉDICO-SOCIAL

CAMPAGNE

PROPOSITIONS POUR UN BUDGET MÉDICO-SOCIAL ADAPTÉ



L'ESSENTIEL: Le Conseil de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui a adopté le budget prévisionnel 2012, s'est tenu le 15 novembre dernier. La FHF n'a pas pris part au vote. Elle estime que, si le budget est moins catastrophique cette année, il reste largement insuffisant au regard des besoins du secteur. La campagne budgétaire se traduira donc par :

1 140 M€ de crédits pour signer les conventions tripartites des établissements en attente de renouvellement (première convention signée entre 2000 et 2006) ou de premier conventionnement. Cette somme correspond à un peu moins de la moitié des besoins de financement estimés par la CNSA pour le renouvellement de toutes les conventions tripartites en attente. La FHF recommande donc aux établissements dans cette situation, qui ont intérêt à renouveler leur convention, de se rapprocher rapidement de leur Agence régionale de santé (ARS). Toutefois, il est prévu, simultanément, le maintien du gel du passage en tarif global. Par conséquent, si le renouvellement de la convention tripartite conduisait l'établissement à perdre des moyens, la FHF conseille à ses adhérents de ne pas s'engager.

2 48 M€ d'aide à l'investissement répartis, à parts égales, entre le secteur des personnes âgées et celui des personnes handicapées, ce qui est très peu et ne devrait qu'aider au financement de pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) en Ehpad.

3 Le maintien de la convergence tarifaire, sauf pour les 20 % d'Ehpad qui ne disposent pas d'un pathos moyen pondéré (PMP) validé. La FHF reste très opposée à ce mécanisme.

4 La création de places de PASA, de service de soins infirmiers à domicile (Ssiad), d'accueil de jour en nombre identique à celui de 2011.

5 Un taux de reconduction des moyens de seulement 0,8 %, ce qui est très faible et conduit à un appauvrissement de l'existant. Toutefois, les mesures catégorielles pour les IDE – passées de la catégorie B à la catégorie A – et la revalorisation des actes des infirmiers libéraux en Ssiad devraient être également financées.

6 Une aide d'urgence de 25 M€ pour le maintien à domicile.

LÉGISLATION

LES IMPACTS DE LA LFSS 2012
SUR LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2012, publiée au *Journal officiel* du 22 décembre 2011, comprend différentes mesures qui intéressent les structures médico-sociales et les unités de soins de longue durée (USLD).

► Expérimentation des indicateurs de qualité et de performance en Ehpad

L'article 67 prévoit qu'en fonction de critères de qualité et de performance le forfait global relatif aux soins puisse faire l'objet d'une « majoration » dans le cadre d'une expérimentation auprès d'Ehpad volontaires. La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) réfléchit actuellement à la mise en place de cette expérimentation.

► Parcours de soins des personnes âgées dépendantes

L'article 70 du PLFSS propose de mettre en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins. L'objectif : optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et permettre des prises en charge plus légères que l'hospitalisation pour certains résidents en Ehpad. L'article 65, qui institue un Fonds d'intervention régional (FIR) ayant pour but de décloisonner les circuits financiers entre le sanitaire et le médico-social, devrait permettre de financer ces expé-

érimentations. Elles pourront déroger au mode de tarification et de facturation actuelle. Elles doivent débuter en début d'année, pour une période n'excédant pas cinq ans, dans quatre régions dont le choix n'est pas encore arrêté.

► Conventions pluriannuelles des Ehpad et USLD

Afin d'éviter tout vide juridique en cas de refus, par l'ARS ou le conseil général, du renouvellement de conventions tripartites arrivées à échéance, l'article 68 prévoit que ces conventions soient réputées prorogées pendant un an maximum.

► Financement des évaluations des Ehpad et des établissements pour adultes handicapés

L'article 73 prévoit de répartir les amortissements des coûts des évaluations internes et externes mises en place dans les Ehpad et les établissements pour adultes handicapés entre les différentes sections du budget des établissements.

FACTURATION DES INDUS

CONSEILS DE LA FHF AUX EHPAD

La FHF a été alertée par plusieurs Ehpad des contrôles effectués par les Caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM) sur la consommation médicale (dispositifs médicaux) de leurs résidents. Dans le cadre de ces contrôles, certains établissements se voient facturer des prescriptions de matériel médical réalisées avant l'admission des résidents dans l'établissement par des médecins de ville n'ayant aucun lien avec l'établissement. La FHF a donc rédigé une note juridique qui analyse la situation et donne des conseils aux Ehpad. Un exemple de mémoire de recours devant le Tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS) y est annexé.

POUR CONSULTER CETTE NOTE

www.fhf.fr > Dossiers d'actualité > Vieillesse-handicap.

EUROPE



INFIRMIERS

COMMENT LUTTER
CONTRE LA PÉNURIE ?

Comment recruter des infirmiers pour pallier la pénurie de main-d'œuvre ? L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) présente ses solutions à travers son étude intitulée *L'impact des augmentations de salaire sur le marché du travail des infirmiers*.

POUR EN SAVOIR +

www.oecd-ilibrary.org

QUALIFICATIONS

DE NOUVELLES
PROPOSITIONS
DE LA COMMISSION

Le 19 décembre dernier, la Commission européenne a adopté une proposition législative pour moderniser la directive 2005/36/CE. L'objectif est de rendre le marché du travail plus flexible, de faciliter la reconnaissance des qualifications et de simplifier les procédures administratives, afin de favoriser la mobilité des professionnels dans l'Union européenne. Les propositions de la Commission sont désormais soumises au Parlement et au Conseil européens.

POUR EN SAVOIR +

http://ec.europa.eu/index_fr.htm

SERVICES SOCIAUX D'INTÉRÊT GÉNÉRAL

LA COMMISSION
EUROPÉENNE FAVORABLE
AUX AIDES D'ÉTAT

Le Collège des commissaires européens a adopté, le 20 décembre, une décision de compatibilité a priori des aides d'État à certains services d'intérêt économique général, dont l'hôpital. Cette nouvelle décision, appliquée depuis le 31 janvier, conforte la sécurité juridique du financement de l'hôpital public en tant que service d'intérêt économique général au regard des règles européennes de concurrence.

POUR EN SAVOIR +

http://ec.europa.eu/index_fr.htm



CAISSE D'ÉPARGNE

En partenariat avec la Caisse d'Épargne

FINANCES

FACTURATION

CONTRÔLE EXTERNE: LA RÉGLEMENTATION ÉVOLUE !

L'ESSENTIEL : Deux textes font évoluer le cadre réglementaire des contrôles de tarification à l'activité (T2A). Le décret du 29 septembre 2011, entré en vigueur le 1^{er} octobre 2011, et la circulaire signée de la Direction de la Sécurité sociale et de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), publiée le 20 octobre 2011.



Ces deux textes accentuent les trois points suivants :

1. Le contrôle de T2A a un caractère contradictoire dans le cadre de la procédure de sanction financière : l'établissement peut présenter ses observations à la commission de contrôle dans un délai allongé. De plus, le pouvoir réglementaire admet que les procédures de sanction et d'indu sont liées. Il prévoit que le montant de la sanction peut être révisé en cas de rectification juridictionnelle du montant des indus.

2. Le mode de calcul du montant de la sanction est modifié. Il est désormais basé sur un taux d'anomalies. Pour prononcer la sanction financière, le directeur général de l'ARS prend en compte la gravité des manquements constatés, le caractère réitéré des manquements et ce taux d'anomalies. Le montant maximal de la sanction est calculé en fonction du taux d'anomalies et limité à dix fois le préjudice établi entre les surfacturations et les sous-facturations constatées sur cet échantillon.

3. Le recouvrement de l'indu admet le principe de compensation. Les organismes locaux d'assurance maladie procèdent à la compensation entre les surfacturations et les sous-facturations constatées sur l'échantillon.

À NOTER Ces nouvelles règles sont applicables aux procédures relatives à des faits commis avant le 1^{er} octobre 2011 qui n'ont pas fait l'objet d'une notification de sanction à cette date, sauf si ces nouvelles règles sont moins favorables que les dispositions antérieures.

AIDE MÉDICALE D'ÉTAT

PASSAGE À UNE TARIFICATION DE DROIT COMMUN

Le passage progressif de la tarification de l'aide médicale de l'État (AME) à une tarification de droit commun, basée sur les groupes homogènes de séjour (GHS), a été acté par la circulaire du 14 décembre 2011. Elle en précise les modalités de mise en œuvre et les formules de calcul.

Cette mesure s'applique aux patients sortis à compter du 1^{er} janvier 2012 des services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et d'hospitalisation à domicile (HAD).

Deux coefficients de majoration ont été mis en place : un taux pérenne de 30 % pour la prise en compte des spécificités des patients relevant de l'AME et un taux transitoire de 2 % qui disparaîtra au 1^{er} décembre 2013. La formule prévoit une facturation sur la base de 80 % sur les GHS ou sur les groupes homogènes de tarifs et de 20 % sur le tarif journalier de prestation (TJP) avec une prise en compte des coefficients géographiques, des produits en sus et de forfait journalier du jour de sortie.

LA FHF À VOS CÔTÉS

- Ce dispositif sera opérationnel le 1^{er} juillet 2012. Au cours de cette période de transition, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) procédera à la valorisation des données.
- Cela dit, aucune facturation ou flux B2 ne doit être envoyée à l'Assurance maladie pour ces patients « AME ». Il sera tout de même possible d'entrer en relation avec votre CPAM pour faire une demande d'avance de trésorerie.

POUR EN SAVOIR +

Télécharger la circulaire n° DSS/1A/DGOS/R5/2011/46 sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/12/cir_34253.pdf

OFFRE DE SOINS

SÉCURITÉ DES PATIENTS

AUTOÉVALUER LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES OU PORTEURS DE RISQUE

Analyser les accidents plus ou moins graves (accidents, complications, décès) survenus à l'hôpital: c'est l'objectif des réunions de morbi-mortalité (RMM). Ces études, réalisées de manière collective et globale, permettent de mettre en place des actions appropriées, afin d'améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. Recommandées par la Haute Autorité de santé (HAS), les réunions de morbi-mortalité figurent parmi les critères d'agrément fixés par l'Institut national du cancer (Inca) pour autoriser les établissements de santé à pratiquer la chirurgie et les traitements médicaux des cancers.

Conscient de l'enjeu, le Conseil national de cancérologie (CNC) a publié, en partenariat avec la HAS et l'Inca, un guide de recommandations des RMM en cancérologie. L'ouvrage précise les critères d'identification d'événements indésirables graves (EIG) et d'événements porteurs de risques (EPR) pouvant justifier une RMM. Il explique également comment organiser une RMM. Il souligne le rôle des Centres de coordination en cancérologie (3C), qui peuvent accompagner la démarche qualité en cancérologie et articuler les RMM avec les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP).

La Fédération nationale de cancérologie de l'hospitalisation publique souligne l'importance d'impliquer les équipes dans cette méthode d'autoévaluation des pratiques profession-



nelles. Directeurs généraux, présidents de CME, responsables de 3C des établissements publics autorisés à pratiquer la cancérologie: ce guide est fait pour vous!

POUR EN SAVOIR +
<http://conseilnationalcancerologie.fr>

GUIDE CPOM

UNE RÉACTION FERME DE LA FHF

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a soumis à la concertation des fédérations le guide d'élaboration des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qui accompagnera les agences régionales de santé (ARS) et les établissements dans la mise en œuvre de ce dispositif contractuel majeur.

Dans un courrier adressé à Annie Podeur, directrice générale de l'offre de soins, le 5 décembre 2011, la FHF s'est montrée particulièrement attentive à l'énoncé de principes clairs. Elle revient tout d'abord sur la nécessité d'inscrire le CPOM dans une cohérence territoriale et d'accompagnement de la dynamique de coopération entre établissements et ARS. Elle précise ensuite le double objectif du CPOM: transformer l'offre de soins territoriale et améliorer la performance des établissements, tant du point de vue de la qualité que de l'efficacité économique. À ce propos, la FHF insiste sur le fait qu'elle ne saurait accepter une perte d'autonomie des établissements dans leur gestion interne. Enfin, elle écarte toute idée de lien direct et univoque entre l'atteinte des objectifs du CPOM et l'évaluation des directeurs.

POUR LIRE CE COURRIER www.fhf.fr

SYSTÈMES D'INFORMATION

LANCEMENT DU PROGRAMME HÔPITAL NUMÉRIQUE

« Programme hôpital numérique »: top départ! Ce projet, piloté par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), a été officiellement lancé en novembre dernier. La FHF a salué, en décembre dernier, cette démarche essentielle pour la modernisation des établissements de soins.

Défini pour la période 2012-2016, ce programme vise à rendre les systèmes d'information hospitaliers (SIH) plus performants, notamment en termes de qualité et de sécurité des soins. Il s'inscrit dans un plan de développement et de modernisation des systèmes d'information hospitaliers, baptisé « Stratégie hôpital numérique » et engagé en avril 2010. Nous y reviendrons dans un prochain numéro.

POUR EN SAVOIR +

- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/DGOS_Guide_d_indicateurs_Programme_Hopital_Numerique_21-11-11.pdf
- <http://www.sante.gouv.fr/programme-hopital-numerique.html>
- http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/03-projets/Accompagnement_Hopital_2012_des_projets_de_SI/ANAP-Synthese_H12_campaigne_regionale_2.pdf



QU'EST-CE QUE LE CNC?

Créé en avril 2010, le Conseil national de cancérologie (CNC) a notamment pour objet, dans le respect de l'équilibre entre les différents modes d'exercice de la cancérologie, de promouvoir et de représenter auprès des autorités compétentes et de la société civile ce qui vise: le développement professionnel continu, les référentiels métiers, la participation au recensement des professions concernées, la qualité de la pratique pluridisciplinaire, l'organisation et la pluridisciplinarité de la prise en charge, la validation de recommandations et référentiels de prise en charge, et toute action permettant d'améliorer la prise en charge de la pathologie cancéreuse.

POUR CONSULTER CETTE NOTE www.conseilnationalcancerologie.fr

RH



RETRAITE

LE DROIT À L'INFORMATION RENFORCÉ

L'ESSENTIEL : Initié par l'article 6 de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, le droit des assurés à l'information sur leur retraite s'enrichit de nouvelles dispositions. Deux décrets parus le 30 décembre 2011 en précisent les modalités d'application.

→ L'information des primo-cotisants

Dans l'année qui suit la première année au cours de laquelle l'assuré a validé au moins deux trimestres dans un régime de retraite obligatoire, un document d'information générale est délivré à l'agent hospitalier, par la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) s'il est fonctionnaire, et par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) s'il est contractuel.

Ce document comporte notamment :

- une présentation du système de retraite par répartition, des règles d'acquisition de droits à pension et du mode de calcul des pensions, qui rappelle notamment le principe de solidarité intergénérationnelle ;
- une information sur l'impact potentiel sur la constitution des droits à la retraite d'une activité professionnelle réduite.

→ Un entretien information retraite à 45 ans

Les personnes âgées de 45 ans et plus qui ont relevé d'un régime de retraite obligatoire avant le 1^{er} janvier de l'année en cours peuvent bénéficier d'un entretien d'information retraite (EIR), lequel peut se dérouler sur place, par voies téléphonique ou électronique. Une condition, cependant : n'avoir pas déjà obtenu la liquidation de leur pension. À compter du 1^{er} janvier 2013, l'entretien devra être réalisé dans un délai maximal de six mois suivant la demande. Cet entretien a notamment pour objet :

- d'informer l'assuré sur les possibilités de cotiser sur une assiette correspondant à une activité exercée à plein temps en cas d'emploi à temps partiel et de compléter la durée d'assurance au titre des années d'études supérieures, de cumul emploi-retraite, etc. ;
- de répondre aux questions de l'assuré relatives aux droits qu'il a pu constituer et aux perspectives d'évolution de ses droits ;
- de communiquer à l'assuré des simulations du montant potentiel de sa future pension, qui lui sont remises au plus tard trois mois suivant la transmission par l'assuré de justificatifs sur sa situation.

→ Le relevé individuel de situation modernisé

Le relevé sera également accessible en ligne pour l'assuré à compter du 1^{er} janvier 2013.

→ L'estimation indicative globale complétée

Depuis le 1^{er} janvier 2012, l'estimation indicative globale (EIG) adressée aux personnes atteignant l'âge de 55 ans doit comporter une information sur les dispositifs de cumul emploi-retraite, de retraite progressive et sur la possibilité de cotiser sur la base d'un temps plein en cas de travail à temps partiel. Ce document doit également comporter l'estimation du montant des pensions à l'âge d'ouverture des droits et à celui du droit automatique à taux plein. Pour les générations nées en 1954 et en 1955, l'envoi de l'EIG aurait dû intervenir en 2010. Cette opération devra être effectuée à partir du 1^{er} juillet 2011. Pour les assurés dont une ou plusieurs pensions peuvent être liquidées avant l'âge légal de départ en retraite applicable dans le régime général, l'envoi de l'EIG interviendra en 2013 et non plus en 2012 comme prévu antérieurement.

EXERCICE MÉDICAL

SIGNATURE D'UN ACCORD-CADRE

Cinq organisations de praticiens hospitaliers, de chefs de clinique ou d'internes¹ ont signé, le 24 janvier 2012, l'accord-cadre sur l'exercice médical à l'hôpital. Fruit de la concertation ouverte en juillet 2011 par le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Xavier Bertrand, cet accord fait suite au rapport de la mission de Danielle Toupillier sur l'exercice médical à l'hôpital, de septembre 2011. Il s'articule autour de deux axes.

1. Identifier, organiser et valoriser les équipes médicales, c'est :

- encourager « la constitution et l'identification d'équipes médicales » en cohérence avec les structures internes et sans méconnaître la place importante du personnel non médical ;
- développer la contractualisation des missions et activités : contrats collectifs d'équipe et contrats individuels d'engagement passés par chaque praticien ;
- renforcer le dialogue social aux niveaux local, régional et national ;
- valoriser l'exercice hospitalier en développant les coopérations entre professionnels de santé, en mettant en place un dispositif d'intéressement et une labellisation de la qualité des équipes médicales.

2. Choisir, construire et adapter la carrière médicale du praticien à l'hôpital, c'est :

- s'engager dans une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) des emplois médicaux aux niveaux local, régional et national ;
- ouvrir, au cours du 1^{er} semestre 2012, une négociation statutaire pour moderniser et adapter les statuts médicaux ;
- optimiser la gestion du temps de travail médical à l'hôpital, notamment par une meilleure maîtrise des comptes épargne temps (CET). L'accord-cadre intègre la publication, « au plus tard à la fin du premier trimestre », d'un nouveau décret sur les CET afin d'apporter « des réponses adéquates au traitement du stock et du flux de jours CET » ;
- l'instauration d'un accompagnement « plus personnalisé des carrières médicales ».

Un comité de suivi de l'accord-cadre sera mis en place, composé de la directrice générale de l'offre de soins (DGOS) et de la directrice générale du Centre national de gestion (CNG) ou de leurs représentants, et des représentants des organisations syndicales représentatives, signataires du texte¹.

1. Coordination médicale hospitalière (CMH), Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics (SNAM-HP), Intersyndicat national des chefs de clinique assistants des hôpitaux (ISNCCAH), Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISANR-IMG), Intersyndicat national des internes des hôpitaux (ISNIH).



Sur Internet

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

Grand angle

12



LE DÉVELOPPEMENT DURABLE, UN ATOUT DANS LA GESTION DE L'ÉTABLISSEMENT

L'hôpital se doit de maîtriser au mieux les impacts humain, écologique et économique de ses activités. Un peu partout, des initiatives « durables » se multiplient au sein des structures hospitalières, contribuant à optimiser les coûts et à améliorer le climat social. /

16



HAD, SSIAD ET EHPAD: QUELLES COMPLÉMENTARITÉS?

L'hospitalisation à domicile (HAD) se développe de manière sensible. Mais ce mode de prise en charge reste fragile. Sa reconnaissance et son avenir dépendent étroitement de sa coopération avec les autres acteurs du système de soins. Comment s'articule-t-elle avec les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)? Comment les rapprocher? /

L'hôpital se doit de maîtriser au mieux les impacts humain, écologique et économique de ses activités. Un peu partout, des initiatives « durables » se multiplient au sein des structures hospitalières, contribuant à optimiser les coûts et à améliorer le climat social. /

Le développement durable, un atout dans la gestion de l'établissement

Politique d'achat intégrant des critères environnementaux ou sociaux dans les choix de produits ou de prestataires, en parallèle des critères de prix, de qualité...

Prévention des risques, humanisme, équité, non-discrimination...

Les hôpitaux et les établissements médico-sociaux partagent les valeurs du **développement durable**. Ouverture 24 h/24 et 7 jours/7, plateaux techniques énergivores, respect de températures minima, recours à de nombreux produits à usage unique... Ils sont aussi fortement consommateurs de ressources et particulièrement concernés par les enjeux environnementaux. En outre, l'hôpital rejette de nombreux produits dangereux : désinfectants et antiseptiques, germes pathogènes, médicaments, métaux lourds, produits radioactifs, etc. Près du quart de ces déchets sont des déchets d'activités de soins à risque infectieux (Dasri) dont le traitement, réglementé, est 8 à 10 fois plus coûteux que dans la filière classique. On le voit : les champs d'action sont nombreux pour les hôpitaux et les établissements médico-sociaux en matière de développement durable !

UN CADRE LÉGISLATIF INCITATIF

Les récentes évolutions réglementaires ont contribué, elles aussi, à la prise de conscience. En 2008, la circulaire dite « État exemplaire » impose aux établissements publics de santé une réduction des gaz à effet de serre de 50 % substantielle de leur consommation énergétique sur dix ans (voir les chiffres clés en page de droite). Plus récemment, la dernière version de la procédure de certification mise en place par la Haute Autorité de santé (HAS), dite V2010, a intégré des critères de développement durable au niveau des ressources humaines, des fonctions logistiques ou de la qualité et de la sécurité environnementales. Autre élément : le Plan national d'action des

achats publics durables, qui impose lui aussi des **critères écoresponsables**. Dernière réglementation en date : les établissements recevant du public (ERP) doivent désormais surveiller la qualité de l'air intérieur de leurs locaux. Enfin, la notion de développement durable rejoint celle de responsabilité sociale, ou « sociétale », des entreprises (RSE), inscrite dans la loi de programmation relative au Grenelle de l'environnement. La RSE impose notamment la publication d'un bilan de gaz à effet de serre à toutes les sociétés de plus de 500 salariés.



En matière de mobilité, les hôpitaux sont des espaces d'innovation intéressants.

Mode de développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs (Rapport Brundtland, ONU, 1987).



L'ENVIRONNEMENT, MAIS PAS SEULEMENT

Au-delà de la démarche éthique, ces obligations réglementaires permettent d'optimiser les coûts et, parfois, de mieux s'intégrer dans le tissu local (entreprises, collectivités, riverains). Elles peuvent aussi être bénéfiques sur le plan social. Le développement durable encourage la qualité de vie au travail : prévention des troubles musculo-squelettiques ou des douleurs dorsales, formation, réorganisation des postes de travail si besoin, achat de nouveaux équipements pour limiter les efforts physiques... La mise en place de **plan de déplacements** peut également être un atout pour les collaborateurs, surtout si elle s'accompagne d'une participation aux frais de transports en commun ou de la création d'un dispositif de covoiturage. Le développement durable, c'est aussi une sensibilisation

Un plan de déplacements entreprise (PDE) est un ensemble de mesures visant à repenser de manière globale les déplacements (trajets domicile-travail, déplacements professionnels des collaborateurs, déplacements des visiteurs) et à développer des modes de transport respectueux de l'environnement.



LA FHF À VOS CÔTÉS

UN BAROMÈTRE POUR MESURER LE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Mesurez les performances de votre établissement en matière de développement durable en répondant au baromètre de la FHF. Un code d'accès a été envoyé par mail à tous les directeurs d'établissement pour les inviter à participer. Vous pouvez aussi concourir aux Awards DDH des meilleures initiatives. Il y a certainement une catégorie qui correspond à votre engagement : manager DD de l'année, plus petit investissement pour grand retour...

Vous avez jusqu'au 27 février pour participer, et les résultats seront présentés à Hôpital Expo, du 22 au 25 mai.

POUR EN SAVOIR + www.barometreddh.com

3,5%

Les hôpitaux français produisent 3,5 % du total des déchets nationaux, soit environ 700 000 tonnes.

(source : Ademe)

42

types de déchets sortent des établissements : du carton aux produits radioactifs, en passant par les médicaments périmés.

20%

des déchets hospitaliers sont des déchets d'activités de soins à risque infectieux (Dasri). 155 000 tonnes de Dasri sont produites chaque année dans les établissements de santé.

(source : Ademe)

11%

Le secteur de la santé représente 11 % des consommations d'énergie du secteur tertiaire.

35 à 40%

Les hôpitaux devront enregistrer une diminution de leur consommation énergétique de 35 à 40 % d'ici à 2018 pour répondre à la circulaire dite « État exemplaire ».

600

Plus de 600 établissements ont répondu au baromètre développement durable de la FHF en 2011!

15

milliards d'euros : c'est ce qu'ont représenté les achats hospitaliers en France en 2006.

(source : Ademe)

des collaborateurs via des éco-gestes du quotidien qu'ils pratiquent parfois aussi à leur domicile (tri sélectif, par exemple). Côté bâtiment, le patrimoine immobilier de l'hôpital étant supérieur à celui de l'État, la construction et l'aménagement de bâtiments **HQE**, respectueux de l'environnement et économes en énergie, ont aussi toute leur place !

UN INVESTISSEMENT QUI RAPPORTE

Coûteux, le développement durable ? Pas forcément. L'hôpital Plaisir-Grignon a remplacé la vaisselle à usage unique par de la vaisselle en porcelaine avec, à la clé, des économies significatives, même en tenant compte de la casse et du personnel nécessaire à la « plonge ». De son côté, le CHRU de Lille est parvenu à réduire sa facture d'eau de 20 %

depuis 2008, en analysant sa consommation, horaire par horaire.

Le développement durable est donc un principe directeur qui peut s'appliquer à de nombreux domaines, un espace de créativité dont l'imagination est la seule limite. Les Awards DDH, qui seront remis par la FHF lors d'Hôpital Expo, en mai, seront sans doute source d'inspiration. Avant le Sommet de la Terre, qui se tiendra à Rio, en juin, pour faire le point sur la mise en œuvre de ces principes à l'échelle planétaire.

Dispositif de certification des constructions et des aménagements visant à limiter leur impact environnemental et optimiser les performances énergétiques.

POUR EN SAVOIR +

- www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Dev-durable-RSE
- *Techniques hospitalières, spécial RSE et DD, n° 278, juillet 2011, en vente sur www.techniques-hospitalieres.fr*

TÉMOIGNAGES



Virginie Valentin,
secrétaire
générale
et directrice de
la coopération
et du
développement
durable, et

« DES ACHATS ÉCO-RESPONSABLES »

Nous avons adopté depuis plusieurs années une approche de développement durable, déclinée dans le cadre d'un Agenda 21, qui touche à tous les domaines. En matière d'achat, la formation, en 2009, de tous nos acheteurs à l'achat éco-responsable a été décisive. Depuis, nous essayons de faire référence au développement durable à trois niveaux de nos cahiers des charges : dans les spécifications techniques, en imposant certains labels à nos futurs fournisseurs, comme Imprim'Vert pour les travaux d'impression ; dans l'évaluation des candidats (une partie de la note finale peut porter sur l'aspect développement durable de leur proposition) ; et, enfin, dans les conditions d'exécution du marché, avec des critères concernant la provenance des produits, les emballages... Cela a beaucoup enrichi nos échanges avec les fournisseurs, notre relation ne portant plus uniquement sur les prix. Nous les aidons à mettre en œuvre certaines clauses, comme l'emploi de chômeurs de longue durée, notamment en les mettant en relation avec le Plan local pour l'insertion et l'emploi (Plie), avec qui nous avons signé un accord.



Hélios Llanas,
directeur des
achats, de la
logistique et de
l'investissement,
CHU de
Bordeaux



Florence Martel,
directrice
adjointe chargée
des services
économiques et
logistiques, et

« MAINTENIR LA DYNAMIQUE »

Notre initiative est partie d'une demande des équipes. Des volontaires ont constitué une commission qui met en œuvre des actions précises et courtes, sans élaborer des plans sur dix ans où "on perd tout le monde". Ainsi, nous avons – entre autres ! – remplacé au self la vaisselle à usage unique par de la porcelaine, mis en place un tri sélectif, notamment pour le carton et le papier. Nous avons dématérialisé notre lettre interne (7 500 € d'économies). Nous avons adapté des postes de travail et recruté des personnels handicapés, en partenariat avec le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique. Les véhicules de direction sont mis à la disposition de tous les agents quand ils sont inutilisés. Nous avons également construit un abri à vélos, installé des récupérateurs d'eau de pluie. Cette approche est très valorisante pour les personnels. Et nous essayons de créer un buzz tous les trimestres, en organisant par exemple la Semaine du développement durable, pour maintenir la dynamique...



Anne-Laure Riquet,
directrice
adjointe qualité-
communication,
hôpital
gériatrique
et médico-
social de Plaisir-
Grignon

POUR EN SAVOIR +

Contacter l'hôpital de Plaisir-Grignon pour une visite guidée des installations et des initiatives DD : www.hopital-plaisir-grignon.fr.

REPENSER LA MOBILITÉ

En matière de mobilité et d'accès, les centres hospitaliers sont à la fois des lieux où se concentrent les difficultés et des espaces d'innovation intéressants. Problèmes de saturation liés à l'utilisation de la voiture individuelle, accueil de publics variés, à des horaires variables, flux de marchandises... Les défis à relever sont nombreux. Et les champs d'action le sont tout autant: plan de déplacements, covoiturage, renforcement et adaptation des transports collectifs, promotion du vélo. De quoi contribuer à une meilleure qualité de l'air, à une baisse de l'utilisation des énergies fossiles, mais aussi augmenter l'attractivité des CH vis-à-vis des professionnels de santé. L'Institut d'aménagement et d'urbanisme Île-de-France a publié une étude sur ce sujet, qui présente de nombreuses pistes de réflexion: *Centres hospitaliers et déplacements. Accessibilité, attraction et desserte.*

POUR EN SAVOIR + www.iau-idf.fr/detail-dune-etude/etude/centres-hospitaliers-et-deplacements.html



Pascal Barat,
coordonateur
environnement,
salubrité,
propreté,
CHRU de Tours

« PLUS DE 47 000 EUROS DE RECETTES EN 2011! »

Nous avons réduit notre volume de déchets d'activités de soins à risque infectieux (Dasri) à 800 tonnes, contre 1 000 tonnes en 1999, alors que notre activité a augmenté. Compte tenu du coût du traitement de ces déchets – 455 € la tonne –, l'économie n'est pas négligeable! Mais ce dont nous sommes le plus fiers, c'est de notre démarche de tri des déchets ménagers. Les papiers de bureau, cartons d'emballages... sont recyclés en tant que matière première et non incinérés, ce qui prend tout son sens en matière de développement durable. La revente de ces déchets nous a permis de récupérer 47 000 € de recettes en 2011. L'orientation des biodéchets du self vers une filiale de compostage ne produit pas de recette mais ne nous coûte que 60 € la tonne, contre 200 € pour le traitement des ordures ménagères. En ce qui concerne le textile, nous avons scellé un accord pour le recyclage du linge hors d'usage avec Tri 37, une association locale, filiale d'Emmaüs. Cela représente 5 à 6 tonnes par an seulement, c'est donc anecdotique en termes de déchets, mais important sur le plan social.



3 QUESTIONS À | Marie-Christine Burnier,
chargée du développement durable à la FHF

“ Nous préconisons un fonctionnement **plus sobre** ”

Quelle est la position de la FHF en matière de développement durable?

→ Le développement durable est une politique publique, et nous sommes des établissements publics, nous nous devons donc de la mettre en application. Nous ne sommes pas des militants, mais nous pensons que le développement durable est le signe d'une évolution de la société – et une évolution « durable », c'est le cas de le dire! – dont nous ne pouvons pas nous détourner. À ceux qui pensent encore que c'est un « truc d'écolos » et qui ne s'y mettent pas, je dis aussi « *Ça ne pourra pas durer.* » Mais nous tendons de plus en plus à adopter le terme de RSE, qui englobe mieux les aspects sociaux et économiques et qui renvoie à une stratégie de management transversal et au reporting extra-financier.

Quels sont, selon vous, les avantages de la démarche?

→ La RSE est au service d'un fonctionnement plus sobre, sans gâchis, qui permet même parfois de faire des économies. C'est aussi l'idée de s'assurer du bien-être des patients, mais aussi des personnels qu'on emploie, des fournisseurs, etc. Et c'est parfois un gain très concret et direct pour l'environnement: quand on contrôle mieux ses effluents liquides, par exemple. C'est une manière de répondre de ses responsabilités vis-à-vis de la collectivité territoriale, et de la collectivité en général.

Quels changements notez-vous depuis que cette notion est largement diffusée?

→ Quand la FHF a organisé son premier colloque sur le sujet, en 2006, autant l'avouer, il n'y avait quasiment personne dans la salle. Aujourd'hui, nos réunions remplissent des amphithéâtres. De même pour le « baromètre développement durable » que nous avons mis en place avec l'ensemble des fédérations et la société PG promotion. La première année, nous avons reçu quelques dizaines de réponses. Aujourd'hui, nous en avons près de 600! Et nous constatons que les actions des établissements sont très diverses: certains adoptent une stratégie de management durable globale qui s'applique à toute l'activité hospitalière, d'autres multiplient les initiatives dans plusieurs domaines. D'autres encore se concentrent sur de grands projets comme la construction de haute qualité environnementale (HQE). Tous, ou presque (plus de 250 salariés), devront avoir effectué un bilan des émissions des gaz à effet de serre pour la fin 2012. La parution du décret RSE pris en application de l'article 225 de la loi Grenelle 2 est imminente. La nécessité de rendre compte s'imposera aussi bien aux entreprises privées qu'aux établissements publics selon des normes internationales et européennes. La FHF se tient à l'entière disposition de ses adhérents pour toutes ces questions et livre nombre d'informations sur son site internet.

L'hospitalisation à domicile (HAD) se développe de manière sensible. Mais ce mode de prise en charge reste fragile. Sa reconnaissance et son avenir dépendent étroitement de sa coopération avec les autres acteurs du système de soins. Comment s'articule-t-elle avec les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)? Comment les rapprocher? /

HAD, Ssiad et Ehpad: quelles complémentarités?

L'HAD évolue en plein paradoxe : reconnue juridiquement, bénéficiant d'une appellation protégée depuis la loi HPST de juillet 2009 et poursuivant sa croissance d'année en année – près de 100 000 malades ont été pris en charge en 2010 par les quelque 300 établissements d'HAD autorisés en France –, cette modalité d'hospitalisation peine à s'imposer dans le paysage sanitaire et connaît d'importantes difficultés financières. Selon une enquête interne de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad), 38 % des établissements d'HAD étaient en déficit en 2010 et tout porte à croire qu'ils l'étaient aussi en 2011. *« L'absence de revalorisation des tarifs (T2A HAD) depuis 2005, l'augmentation des charges et des contraintes réglementaires, des prises en charge de plus en plus lourdes et élaborées sans traduction adaptée dans la tarification : tout cela nous étouffe progressivement »*, confirme Olivier Paul, délégué national de la Fnehad. Lequel reconnaît que la notion de « *taille critique* » des établissements d'HAD est aussi à prendre en compte : *« Les deux tiers d'entre eux effectuent moins de 10 000 journées par an, et sont à la limite ou en dessous du seuil d'équilibre. L'objectif n'est donc pas tant d'augmenter le nombre d'autorisations HAD, que d'augmenter la capacité des structures déjà existantes. »*

Les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes (loi HPST du 21 juillet 2009).

UN SYSTÈME PARFOIS MÉCONNU

Dans ce contexte, le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) sur l'HAD, paru en décembre 2010¹, a relevé les fragilités de ce mode de prise en charge mais a également constitué un plaidoyer en faveur de son développement, saluant sa pertinence. Pas moins de 16 recommandations y sont émises pour « *conforter la place de l'HAD dans les parcours de soins* ». Parmi elles, une réforme de la T2A HAD et une meilleure intégration de l'HAD dans les schémas régionaux d'organisation des soins élaborés par les agences régionales de santé. Mais aussi l'élaboration de référentiels nationaux permettant de clarifier son

24

modes de prise en charge (dont 14 en Ehpad) peuvent donner lieu à une HAD : assistance respiratoire, nutrition parentérale, traitement intraveineux, soins palliatifs, chimiothérapie...

(Guide méthodologique de l'Atih)

20,5 %

En termes de séjours, la périnatalité arrive en première position (20,5 %) des soins pris en charge par l'HAD, suivis des soins palliatifs (19,1 %), des soins de pansements complexes (10,1 %) et de la chimiothérapie (8,6 %).

100 %

Les établissements d'HAD sont financés à l'activité (T2A) à 100 %. Le groupe homogène de tarif (GHT) moyen brut s'établit en 2010 à 196,70 €, en baisse de 0,6 % par rapport à 2009.

LA FHF À VOS CÔTÉS

RÉFORME DE LA TARIFICATION DES SSIAD : UN PROJET INTÉRESSANT... À CONFIRMER

Cette réforme, qui devrait entrer en vigueur en 2013, implique le passage d'une tarification en dotation globale à un modèle basé sur l'allocation d'une dotation mixte constituée d'une part fixe et d'une part variable. La part fixe venant couvrir les charges « structure », et la part variable, les charges « terrain », calculées en fonction du profil des bénéficiaires et de l'implantation du service (rural, mixte ou urbain). Menée par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), une enquête de simulation montre que certains Ssiad seront gagnants (46 %), d'autres perdants (32 %). Les Ssiad mixtes ou ruraux, de petite taille (moins de 50 places) et avec un fort taux d'occupation (90-100 %), seront privilégiés.

La FHF estime que cette réforme pourrait être intéressante mais fait l'impasse sur les besoins non couverts, et qu'elle ne règlera donc pas la problématique des patients trop lourds pour le Ssiad mais pas assez pour l'HAD, car elle prévoit de se faire à moyens constants. De nombreuses incertitudes techniques sont également à souligner : non prise en compte, dans l'enquête de la DGCS, des troubles du comportement et du nombre de passages des infirmiers et aides-soignants, opacité dans le financement de la part « structure », périmètre de l'application de la réforme et suivi dans le temps non connus... La FHF demande donc la réalisation d'une vraie étude de besoins, et la définition d'un accompagnement financier pour qu'aucun Ssiad ne soit perdant.

POUR EN SAVOIR + www.fhf.fr



rôle dans l'offre de soins, et le développement de la coordination avec les autres acteurs : médecins traitants, Ssiad et Ehpad. « *De fait, l'HAD et son champ d'action sont encore méconnus de beaucoup de professionnels, sans compter les problèmes juridiques qui freinent les coopérations* », relève Olivier Paul.

HAD-SSIAD : UNE NÉCESSAIRE CONTINUITÉ

Le continuum de soins et la collaboration de personnels de Ssiad au profit des patients dont l'état nécessite l'HAD, sont les deux grands défis à relever pour ces deux acteurs. « *Un patient âgé, malade chronique connaissant des phases plus ou moins aiguës, devrait pouvoir passer du Ssiad à l'HAD dès que son état l'exige, tout en gardant le même aide-soignant s'il le souhaite* », commente le délégué national de la Fnehad. Mais plusieurs obstacles nuisent, aujourd'hui, à cette coordination. Le cadre juridique actuel ne permet pas aux personnels de Ssiad et d'HAD d'intervenir conjointement auprès d'un même patient, sauf à appliquer, au cas par cas, un dispositif complexe de « mise à disposition à but non lucratif » de personnels de Ssiad au profit de l'HAD. Des discussions ont été menées en 2009 par la Fnehad avec l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA), l'Aide à domicile en milieu rural (ADMR) et les fédérations de Ssiad. Un projet de convention dite « d'intervention conjointe » autour du patient, signée non plus pour une personne en particulier mais entre les deux entités juridiques (HAD et Ssiad), a été présenté aux pouvoirs publics... Sans suite à ce jour.

Le mode de financement des Ssiad, en dotation globale jusqu'à maintenant (la réforme de la tarification devrait entrer en vigueur en 2013, voir encadré ci-dessus), empêche également toute souplesse vis-à-vis de l'HAD. Si le Ssiad confie un de ses patients à l'HAD, il ne peut conserver la place vacante et n'est donc pas certain de pouvoir reprendre le malade en cas de besoin.



NI SSIAD NI HAD : DES PATIENTS HORS CADRE

Par ailleurs, faute de référentiels transversaux, la question de l'évolution de la prise en charge d'un Ssiad vers l'HAD est souvent posée. Ou encore, certains patients n'entrent dans les critères ni de l'un ni de l'autre : trop lourds pour les Ssiad, mais pas assez pour l'HAD. Comme l'illustre cet exemple du Dr Christine Grange-Leymonie, gériatre, membre du collège de la Fnehad et coordinatrice de l'établissement d'HAD Oikia, près de Saint-Étienne : « *Un patient paralysé, sous perfusion et nécessitant le passage d'une infirmière matin et soir, soit une heure de soins par jour, c'est trop pour un Ssiad, qui sera déficitaire. Mais le nursing lourd ne commence en HAD qu'à partir de deux heures de soins quotidiens, et s'il est associé à un autre motif de prise en charge. Alors, que faire de ce patient ?* »

Néanmoins, il semble possible de contourner ces difficultés lorsque Ssiad et HAD sont regroupés sous une même entité juridique, comme le groupement de coopération sanitaire (lire le témoignage de Michel Bey, page 19).

HAD EN EHPAD : UN NOUVEAU CHAMP D'ACTION

Depuis un décret du 22 février 2007, l'hospitalisation à domicile est autorisée à intervenir en Ehpad dans le but d'éviter des hospitalisations et d'écourter les séjours hospitaliers des personnes âgées dépendantes. Ici, « *La plus-value de l'HAD réside notamment dans les soins requérant des prescriptions hospitalières (pompes à morphine, sédation en fin de vie, certaines antibiothérapies...) et les pansements très complexes* », explique le Dr Christine Grange-Leymonie. Ce type d'intervention obéit à des règles strictes qui doivent être formalisées : convention de partenariat avec l'Ehpad, protocole de prise en charge entre les médecins coordonnateurs, collaboration avec le médecin traitant, qui demeure le médecin prescripteur et continue à suivre son patient. Le patient doit « rentrer » dans l'un des critères d'admission en HAD (14 critères retenus en Ehpad).



Si l'activité en journées des HAD en Ehpad a plus que doublé entre 2008 et 2010, elle reste encore très marginale.

CROISSANCE RALENTIE : UN SIGNE DE MATURITÉ ?

L'activité de l'hospitalisation à domicile a progressé moins vite en 2010, selon les données croisées de l'Atih et de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad).

Le nombre de journées réalisées est en hausse de 10,06 % contre 18,73 % en 2009, celui des séjours complets de 10,10 % contre 15,24 %. Logiquement, le nombre de patients pris en charge suit le mouvement : + 12,63 % en 2010, contre + 20,81 % l'année précédente.

Cette tendance n'inquiète cependant pas la Fnehad, qui y voit un signe de maturité : « *Pour la première fois, tous les départements français ont eu une activité d'HAD au 31 décembre 2010, même très résiduelle (Haute-Marne et Aude). Un premier palier de développement pour l'HAD a été atteint.* »

Désormais, c'est sur les inégalités régionales que se penche la fédération : l'écart entre le département le moins doté et celui le mieux doté est de 1 à 21, et les zones rurales et montagneuses ne sont pas encore (ou peu) desservies.

292 établissements d'HAD

autorisés ont pris en charge
97 624 patients lors de 142 859 séjours
(3,6 millions de journées) en 2010.
10 939 places étaient installées,
soit près de 145 % de plus qu'en 2005.

(Source: PMSI HAD – Atih – exploitation
Observatoire de la Fnehad)

Les données PMSI² 2010 soulignent que l'activité d'HAD en Ehpad est fortement concentrée sur deux modes de prise en charge : les pansements complexes (60,5 % des journées) et les soins palliatifs (21,9 % des journées). D'après l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), près des deux tiers des établissements d'HAD recensés interviennent en Ehpad – avec de grandes disparités selon les régions. Mais, si l'activité en journées des HAD en Ehpad a plus que doublé entre 2008 et 2010, elle reste encore très marginale (2,7 % du nombre de journées et 1,9 % des séjours en 2010). Globalement, les responsables d'Ehpad ont besoin d'un peu de temps pour intégrer cette évolution des pratiques (lire le témoignage de Michel Brizzi, ci-contre). De plus, la tarification n'incite guère l'HAD à intervenir dans ce cadre : « À la dégressivité tarifaire habituelle s'ajoute un abattement immédiat de 13 % en Ehpad », précise Olivier Paul. Et la méconnaissance de l'HAD par les personnels des Ehpad peut constituer un frein : « Quand nous avons pris en charge nos premiers patients en Ehpad, nous avons parfois été perçus comme des "cow-boys", des donneurs de leçons, sourit Christine Grange-Leymonie. Nous avons dû faire nos preuves. Aujourd'hui, les Ehpad sont demandeurs. » En avance dans ce domaine, l'HAD Oikia a signé pas moins d'une quarantaine de conventions avec des maisons de retraite médicalisées. Harmoniser les interventions, revoir les tarifications, améliorer la connaissance de l'hospitalisation à domicile... Autant de défis que vont devoir relever l'HAD et ses partenaires, pour unifier la prise en charge des patients et clarifier le travail des professionnels de santé. Affaire à suivre.

1. Le rapport de l'igas sur l'HAD est consultable sur le site de La Documentation française : www.ladocumentationfrancaise.fr
2. Programme de médicalisation des systèmes d'information.

TÉMOIGNAGES



Michel Bey,
directeur adjoint
du Centre
hospitalier
de Niort
(Deux-Sèvres)



Notre hôpital a ouvert un Ssiad en 2005 et une structure d'HAD l'année suivante, afin d'améliorer la fluidité du parcours du patient sur un territoire d'abord assez limité autour de Niort. En concertation avec l'association des infirmières coordinatrices de Ssiad, nous avons opté pour la création d'un groupement de coopération sanitaire (GCS), qui réunit aujourd'hui 9 Ssiad et 3 HAD du département. Ce GCS présente plusieurs avantages. Les Ssiad mettent leurs aides-soignants à disposition de notre HAD quand cela est nécessaire, dans un cadre formalisé (l'hôpital paie d'avance à chacun des Ssiad un forfait de temps aide-soignant). L'hôpital réalise ainsi 9000 journées de HAD par an, dont 2000 avec l'intervention de personnels

extérieurs, dans plus de 15 localités différentes. Le parcours du patient à l'intérieur du GCS a lui aussi été formalisé : l'HAD prend le relais du Ssiad

" Nous avons créé un groupement de coopération sanitaire "

pour les patients lourds dont la situation relève de l'hospitalisation à domicile ; inversement, le Ssiad s'occupe des patients ne relevant plus de l'HAD. Et si un des Ssiad est saturé, un autre peut être appelé en renfort. Parmi les patients en soins palliatifs, les taux de décès à domicile ont augmenté en HAD et sont supérieurs à 50 % en Ssiad.



Michel Brizzi,
directeur du pôle
social et médico-
social des Centres
hospitaliers de
Roye, Montdidier
et Philippe Pinel
(Somme)



J'ai été amené à « gérer », fin 2010, une intervention de l'HAD en Ehpad qui n'avait pas été formalisée. Il s'agissait d'une résidente âgée de 90 ans, transférée aux urgences du CH de Montdidier et rentrée le jour suivant avec intervention de l'HAD pour un traitement intraveineux nécessitant la présence d'une infirmière de nuit. Elle est malheureusement décédée le lendemain. Cette première expérience nous a incités à mieux

" Nous formalisons le partenariat HAD/Ehpad "

formaliser le partenariat HAD/Ehpad/médecin traitant : articulation des

besoins et responsabilités, modalités de tenue du dossier de soins et de sa confidentialité, détermination du circuit du médicament, critères d'évaluation du partenariat, ce qui a permis de nettement améliorer les interventions suivantes de l'HAD dans l'Ehpad. Le CH de Roye disposant d'un service d'USLD de 35 lits, de 6 lits identifiés soins palliatifs et de professionnels formés à la prise en charge de la douleur, notre recours à l'HAD est limité. Mais nous y ferons appel si des résidents nécessitent des traitements intraveineux, des pansements adaptés ou des soins spécifiques. Cette alternative à l'hospitalisation doit se développer, en particulier dans les Ehpad autonomes.

Le guide

— AGENDA

MERCREDI 21 MARS 2012, À PARIS UNE JOURNÉE SUR LES SERVICES SUPPORTS

Le premier colloque « F3S : Fonctions et services supports en santé » se tiendra ce printemps à Paris. Longtemps relégués au rang de services annexes, les services logistiques, supports et hôteliers sont devenus des rouages essentiels de l'organisation des hôpitaux. Ils participent à l'efficience des établissements et ont des incidences sur l'organisation, l'économie, l'hygiène... Cette rencontre, qui vise à devenir un rendez-vous annuel, apportera un éclairage sur cette thématique et permettra le partage de bonnes pratiques, l'analyse et la comparaison des coûts, au moyen, notamment, de témoignages et d'interventions de terrain.

Informations et inscriptions :
www.sphconseil.fr

MARDI 27 ET MERCREDI 28 MARS 2012, À PARIS RENCONTRES DE LA COMMUNICATION HOSPITALIÈRE

Voir brève page 21.

Information et inscriptions :
www.fhf.fr

JEUDI 29 ET VENDREDI 30 MARS 2012, À PARIS ASSISES DE LA CANCÉROLOGIE PUBLIQUE

Cette rencontre, organisée par la FHF à la Maison des associations de solidarité, à Paris, concerne tous les acteurs de la cancérologie (professionnels de santé, directeurs, présidents de CME, ARS...). Cette quatrième édition permettra d'aborder l'actualité de la cancérologie : visites de conformité, démographie, primo-prescription... Elle sera également l'occasion de parler des innovations techniques et organisationnelles (nouvelles technologies en radiothérapie et imagerie, thérapie ciblée, chirurgie ambulatoire...). Les participants échangeront enfin sur le parcours patients et sur la vision politique et sociétale de la cancérologie.

Information et inscriptions :
www.fhf.fr

22 AU 25 MAI 2012, AU PARC DES EXPOSITIONS, À PARIS HÔPITAL EXPO ET HIT PARIS

Voir information page 22.



MARDI 13 ET MERCREDI 14 MARS 2012, À PARIS RÔLE D'UN PRÉSIDENT DE CME

La fonction de président de Commission médicale d'établissement (CME) a beaucoup évolué ces dernières années, notamment dans le cadre de la loi HPST. Élu de la communauté médicale, le président de CME anime une instance dont les attributions ont été redéfinies : toutes les commissions importantes de la vie hospitalière (Clin, Clan, Comedim...) lui sont rattachées et sont désormais l'émanation de cette commission. En somme, le président de CME joue un rôle crucial au sein de l'établissement de santé. Mais quels sont exactement les contours de sa mission, et comment l'assumer ? Ce séminaire-action vous permettra de tout savoir sur ses rôles et missions au regard des nouveaux textes, d'identifier les leviers de succès et les écueils à éviter dans votre prise de fonction, d'apprendre à vous positionner face à vos interlocuteurs et de récolter des conseils pour bien manager, communiquer et conduire des projets.

Informations et inscriptions :
www.sphconseil.fr

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



MÉDIA

DÉCOUVREZ LA REVUE HOSPITALIÈRE DE FRANCE

La *Revue hospitalière de France* est un magazine pluridisciplinaire traitant de la politique, du management, des ressources humaines, de l'organisation, du droit et de l'économie des hôpitaux publics et des Ehpad. Organe de référence de la FHF, elle paraît tous les deux mois. Le numéro de janvier-février traite des sujets: « Pôles et management des ressources humaines » et « Quelles évolutions pour notre système de santé ? ». Celui de mars-avril s'intéressera notamment aux systèmes d'information en santé et à la place des usagers dans le système de santé.

Pour en savoir plus: www.revue-hospitaliere.fr

— COMMUNICATION

COLLOQUE

LA PARTICIPATION DES USAGERS DANS LES HÔPITAUX



Contrôle du respect des obligations réglementaires, mise en place d'espaces ou de maisons des usagers... La participation des usagers au fonctionnement des établissements de santé peut prendre diverses formes.

Un premier colloque consacré à cette question, organisé en janvier 2009, avait permis de présenter de nombreuses initiatives (maison ou espace des usagers, CRU, comité d'usagers...) menées dans des établissements de tailles et de statuts différents. À l'occasion du dixième anniversaire de la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé, un deuxième colloque est organisé par plusieurs structures, dont la FHF. Cette manifestation aura pour thème: « Participation des usagers dans les établissements de santé: quelle évolution depuis dix ans? ». Elle s'articulera autour de trois grandes questions: « Des usagers plus citoyens? », « Des

usagers plus participatifs? », « Des usagers plus acteurs? ». Les interventions et débats s'appuieront notamment sur les résultats d'une enquête nationale réalisée auprès des établissements de santé, des représentants d'usagers et des usagers, ainsi que sur des retours d'expériences en établissements.

Armand Morazzani, délégué pôle santé du Défenseur des droits, supervisera cette journée, afin d'en dresser un bilan et d'esquisser des recommandations pour l'avenir.

Vendredi 9 mars 2012, à l'auditorium de la Cité des sciences et de l'industrie, à Paris.
Informations et inscription (dans la limite des places disponibles):
colloqueusagers2012@yahoo.fr
Pour consulter les actes du colloque de 2009, rendez-vous sur www.fhf.fr

RENCONTRES

LE RENDEZ-VOUS DES ACTEURS DE LA COMMUNICATION HOSPITALIÈRE



La FHF organise la sixième édition de ces rencontres réunissant l'ensemble des acteurs de communication des établissements du secteur sanitaire et médico-social. Cette manifestation, qui se tiendra à la Maison des associations de solidarité, à Paris, sera l'occasion pour les professionnels d'échanger, de débattre et de se former sur les enjeux et les défis de la communication hospitalière d'aujourd'hui.

Cette année, le thème « fil rouge » est « L'enjeu du recrutement ». L'objectif est de favoriser une meilleure coopération entre acteurs de la communication et acteurs des ressources humaines en établissement de santé, afin de rendre l'hôpital plus attractif et d'optimiser le recrutement. Cette édition débutera par des retours d'expériences, des benchmarks et tables rondes autour du thème du recrutement. Ensuite, les participants pourront s'inscrire à de nombreux parcours d'ateliers thématiques, parmi lesquels: la communication de crise, le référencement de site Internet, les marchés publics de communication, les nouveaux outils de communication pour le recrutement, la création de site Internet, l'évaluation de l'efficacité des actions de communication, le média training, les outils de communication interne au service des RH...

Enfin, trois prix de la communication hospitalière seront décernés, dont la mention spéciale du jury, qui récompensera un projet portant sur la thématique « fil rouge » de ces Rencontres.

Les 27 et 28 mars 2012 à la Maison des associations de solidarité (MAS), Paris 13^e. Renseignements et inscriptions sur www.sphconseil.fr

— COMMUNICATION



DISTINCTION

LA FHF, LAURÉATE
DU PRIX DES
COMMUNICANTS
PUBLICS 2011

Le jury de la rédaction d'*Acteurs publics* a décerné les prix des communicants pour récompenser le bon usage de la communication dans l'action publique. Le prix de la promotion du service public est décerné à la FHF pour sa campagne de promotion du métier de médecin à l'hôpital public (largement relayé dans le n° 5 d'*Interactions*).

Pour *Acteurs publics*, « *Habilement indirecte, cette campagne, qui s'affiche avec des allures de recrutement, est surtout une promotion du service public hospitalier.* »

Pour en savoir plus, contacter Annabelle Bocher :
a.bocher@fhf.fr



ÉVÉNEMENT

HÔPITAL EXPO 2012

Le salon Hôpital Expo 2012 se tiendra du 22 au 25 mai prochain au Parc des expositions, porte de Versailles. Rendez-vous incontournable pour l'ensemble des professionnels du secteur hospitalier et médico-social, Hôpital Expo 2012 s'annonce déjà comme une édition exceptionnelle.

Au lendemain des élections présidentielles et à la veille des élections législatives, Hôpital Expo accueillera les principaux responsables politiques, qui détailleront leur vision de l'hôpital et de son avenir.

Il permettra également à la FHF et à l'ensemble des responsables hospitaliers de présenter leurs attentes, mais aussi leurs projets.

Hôpital Expo 2012 sera également riche en thématiques et en animations élaborées, afin de répondre à vos attentes et préoccupations.

Chefs d'établissement, directeurs adjoints, directeurs de soins, présidents de CME, cadres de soins, médecins, personnels soignants, étudiants... Ce salon rassemblera de nombreuses conférences et formations conçues spécifiquement pour vous :

- les conférences de la FHF : thématiques sanitaires, RH, médico-sociales, finances, médicales..., un large panel de conférences à forte valeur ajoutée, accessibles sur inscription (ouverture prochaine des inscriptions/informations : www.sphconseil.fr);
- les ateliers (workshops) : télémédecine, qualité et gestion des risques, ressources humaines... : des ateliers courts et techniques sur des sujets précis et variés ;
- le plateau TV : au cœur du salon et pendant les quatre jours de l'événement, Hôpital Expo TV présentera en direct des interviews, des tables rondes, des innovations et des événements relayés par les médias ;
- les animations du stand de la FHF : nous vous donnons rendez-vous sur notre stand pour assister à des animations en lien avec les FHF régionales, remises de prix, mini-conférences...

Rendez-vous dès à présent sur le site de l'événement :
www.hopitalexpo.com.

Le préprogramme détaillé d'Hôpital Expo vous sera transmis très prochainement.

RENCONTRES DE LA COMMUNICATION HOSPITALIÈRE 2012

Paris, les 27 et 28 mars 2012
MAS
18, rue des Terres au curé
75013 Paris



L'enjeu du recrutement

Séance plénière

► Les principes de la communication de recrutement

► Les spécificités du secteur de la santé

Ateliers de formation

Techniques rédactionnelles, média training, publicité et santé, communiquer avec peu de moyens, réseaux sociaux et recrutement...

Assistez également aux prix de la Communication 2012

Renseignements sur www.fhf.fr > rubrique Communication

Inscription sur www.sphconseil.fr

Un évènement :



En partenariat avec :





"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'appel fixe depuis un poste fixe. Certain est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.



Notre vocation, c'est **vous**

Mutuelle Assurance Epargne Financement