

INTERACTIONS

LE MAGAZINE DE LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE



Page_15

**Hôpital
numérique :
la révolution
est en marche !**

Page_10

**Une ablation totale
du côlon en
ambulatoire**

Page_19

**Les hôpitaux soignent
leurs indicateurs**



SALONS SANTÉ AUTONOMIE



19-21 MAI 2015

PARIS EXPO - PORTE DE VERSAILLES

EXPOSITION - CONFERENCES - ANIMATIONS



EQUIPEMENTS,
SOLUTIONS & STRATÉGIES
POUR LE FONCTIONNEMENT
ET LA TRANSFORMATION
DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

REJOIGNEZ-NOUS



salons-sante-autonomie.com

UNE MANIFESTATION



UNE ORGANISATION



ACTEUR DE LA
SILVER ECO

SOMMAIRE



ACTUALITÉS ET INITIATIVES

- 04_Ressources humaines
- 07_Management
- 08_Finances
- 09_Développement durable
- 10_Médical
- 12_Médico-social
- 14_Offre de soins



GRAND ANGLE

- 15_Société
Hôpital numérique : la révolution est en marche !
- 19_Offre de soins
Les hôpitaux soignent leurs indicateurs



+ D'INTERACTIONS

- 22_Guide / International

ÉDITO

ANTICIPER PLUTÔT QUE VOIR VENIR LA VAGUE NUMÉRIQUE



Le président de la FHF,
Frédéric Valletoux

Le délégué général de la FHF,
Gérard Vincent

© BSIP

Progrès médicaux et technologiques, nouvelles exigences économiques, attentes accrues des patients ou des résidents... Le service public hospitalier et médico-social a su, à maintes reprises, s'adapter et répondre aux nombreux défis et mutations du système de santé.

Avec le digital, le Web 2.0, l'accès facilité aux données et à l'information les relations entre tous les acteurs du système se trouvent modifiées. Dans ce cadre, la Fédération hospitalière de France, en véritable « maison commune » des hospitaliers, entend accompagner les établissements et leurs professionnels pour tirer le meilleur parti des changements en cours et à venir.

Anticiper plutôt que voir venir. Telle est la position de la Fédération hospitalière de France vis-à-vis de la e-santé qui, de l'hôpital au domicile, du patient au professionnel ou entre les professionnels, est omniprésente. En témoignent les exemples cités dans le dossier central de ce numéro.

« PROPOSER UNE VISION CONSTRUCTIVE, QUI TIRE PARTI DES INNOVATIONS. »

Proposer une vision constructive, fédératrice, qui tire parti des innovations, qui anticipe les changements plutôt que de les subir. Dépasser les craintes, parfois légitimes, sur la

confidentialité, la sécurité des données, la fiabilité du dispositif, pour que l'hôpital ne manque pas la formidable opportunité de proposer au patient un service public de qualité et toujours plus personnalisé. C'est cette ambition que porte la Fédération hospitalière de France, c'est cette vision qu'elle souhaite transmettre aux acteurs hospitaliers et médico-sociaux.

Anticiper plutôt que voir venir. Cet état d'esprit a présidé à l'élaboration du programme d'Health-ITExpo qui propose, dans le cadre de l'édition 2015 des Salons de la santé et de l'autonomie, de décrypter les nouvelles tendances : mutualisation des systèmes d'information, applications de télémédecine, exploitation des big data... Nous espérons vous retrouver nombreux du 19 au 21 mai prochain à Paris à l'occasion de cet événement majeur du secteur qui regroupe, pour la troisième fois, les salons HopitalExpo, GerontHandicapExpo et Health-ITExpo.

Ressources humaines

ACTUALITÉS

RÉGIME D'ASSURANCE CHÔMAGE : QUELS CHANGEMENTS ?

La loi HPST du 21 juillet 2009 a modifié le statut juridique des établissements publics de santé en les qualifiant d'établissements publics d'État. A contrario, les établissements sociaux et médico-sociaux ne sont pas concernés par cette évolution. Cette nouvelle qualification implique une conséquence juridique majeure : l'impossibilité d'adhérer au régime d'assurance chômage de l'Unédic. Afin de permettre aux établissements concernés de basculer dans le régime d'auto-assurance, une période transitoire

avait été accordée jusqu'au 31 décembre dernier. La FHF a interpellé la DGOS sur les conséquences de la fin du conventionnement Unédic. Dans sa réponse en date du 18 novembre 2014, la ministre indique avoir sollicité une ultime prolongation de délai jusqu'au 1^{er} septembre 2015. Les établissements concernés seraient de facto en auto-assurance, avec la possibilité de conclure une convention de gestion avec Pôle emploi. Celle-ci permet à l'établissement de se décharger de la gestion administrative de l'indemnisation du chômage et de supporter in fine la charge financière.

Urgentistes : le principe d'un décompte horaire généralisé

La circulaire du 22 décembre 2014 résultant de la négociation entre la ministre de la Santé, Marisol Touraine, et les représentants des urgentistes sur leur temps de travail acte les points suivants :

- la généralisation du principe de décompte horaire du temps de travail dans toutes les structures d'urgences, SAMU et SMUR, au plus tard le 1^{er} juillet 2015 ;
- la mise en place d'un référentiel national de gestion du temps de travail identifiant un temps dédié au travail clinique posté de 39 heures et un temps forfaitisé réservé aux activités non cliniques, dont le contenu reste à définir. Le travail posté réalisé au-delà du plafond de temps clinique donnera lieu à rémunération complémentaire ;

→ le principe de réorganisation territoriale des urgences.

La question du financement de l'engagement ministériel vis-à-vis des urgentistes demeure entière.

La FHF sera particulièrement vigilante quant à la reconnaissance des impacts en termes de temps médical et de charges budgétaires de cette réforme.



UN NOUVEAU STATUT POUR LES SAGES-FEMMES



Les textes relatifs au nouveau statut des sages-femmes et aux emplois fonctionnels de coordonnateurs en maïeutique ont été publiés le 26 décembre 2014. Les sages-femmes des hôpitaux relèvent désormais d'un corps de statut médical classé en catégorie A et géré par la direction des Affaires médicales. Deux cents postes ont, en outre, été reconnus comme emplois fonctionnels : certains postes d'assistant de chef de pôle, de responsable d'unité de physiologie et de directeur des structures de formation en maïeutique les plus importantes au regard du nombre d'étudiants. La nomination pour ces emplois fonctionnels se fait par voie de détachement pour une durée maximale de cinq ans renouvelables, sans que la durée totale d'occupation du même emploi ne puisse excéder dix ans.



Participez aux Salons de la santé et de l'autonomie et aux conférences de la FHF du 19 au 21 mai à Paris.
www.salons-sante-autonomie.com

INITIATIVE

BREST



UN RENDEZ-VOUS EN TROIS CLICS

L'ESSENTIEL_ Le CHRU de Brest propose sur son site Internet un formulaire de prise de rendez-vous en ligne. Une évolution naturelle qui a rapidement été adoptée du côté des patients comme du côté des secrétariats.

Musiques d'attente interminables et postes toujours occupés... Les patients du CHRU de Brest en ont fini avec les désagréments des prises de rendez-vous téléphoniques. Depuis le mois de septembre, il leur est possible de les prendre en ligne pour cinq spécialités : l'ophtalmologie, la gynécologie, l'obstétrique, la chirurgie vasculaire et le centre de vaccination. Pour cela, il suffit de se rendre sur la page d'accueil du site et de remplir les quelques cases d'un formulaire. Celui-ci comprend une partie sur les informations personnelles du patient (nom, numéro de téléphone, handicap éventuel, etc.), et une sur la demande de consultation en elle-même (spécialité, symptômes, raison de l'examen, disponibilités, etc.). Des informations précieuses pour le secrétariat du service qui traitera la requête. Le futur patient reçoit un message sur son téléphone lui proposant un créneau de rendez-vous. Il peut alors l'accepter ou le refuser et s'en voir proposer un autre. Enfin, un SMS de rappel lui est envoyé trois jours avant la date de la consultation.

PAS DE CONTRAINTE HORAIRE

« Les établissements de soins doivent s'adapter aux nouveaux usages. La demande de prise de rendez-vous est souvent le premier contact que l'on a avec l'usager. Qu'il puisse nous faire part de sa demande via son ordinateur, son smartphone ou sa tablette, donne l'image d'un service public moderne », estime Christelle Collec, chef du pôle Relation patient du CHRU de Brest. Côté patients justement, le nouveau système a très vite été adopté : plus de 200 demandes de rendez-



Module de prise de rendez-vous sur le site du CHRU, www.chu-brest.fr

vous sont envoyées via le Web chaque mois. « Le fait de ne plus être contraints d'appeler aux heures de bureau pour prendre rendez-vous est le principal avantage pour eux », note Christelle Collec. Grâce au message de rappel, le nombre de consultations non honorées commence à diminuer progressi-

vement. Côté secrétariats, les cinq services ouverts à la prise de rendez-vous en ligne se sont portés volontaires pour construire les formulaires, et les valider. Une courte formation a permis aux secrétaires de maîtriser le traitement des demandes en ligne.

MODERNISER L'ACCÈS À L'HÔPITAL

Par ailleurs, ce nouveau dispositif fait partie d'un plan plus large de modernisation de la politique de service menée au CHU. Par exemple, l'établissement travaille à la refonte de son site Internet pour y intégrer de nouvelles fonctionnalités : paiement en ligne, résultats de laboratoires consultables à distance, etc.

EN CHIFFRE

200

demandes de rendez-vous en ligne sont postées chaque mois sur le site du CHRU de Brest.

Ressources humaines

DÉCRYPTAGE

UNE JOURNÉE POUR PARLER DU RÔLE DES CADRES

L'ESSENTIEL_ La troisième édition des Rencontres annuelles FHF des cadres du secteur de la santé se sont tenues le 4 février dernier. Cet événement, organisé par SPH Conseil, la filiale de la FHF, fait le point sur les enjeux de l'organisation du management et sur le rôle des cadres dans les établissements.



La nouvelle formule proposée (plénières le matin et ateliers l'après-midi) a permis de répondre aux besoins des 300 participants : des cadres, des cadres supérieurs et des directeurs des soins en grande majorité. Cette journée a été l'occasion pour les participants de débattre de plusieurs sujets :

- les enjeux de la nouvelle loi de santé ;
- les approches managériales inter-culturelles et intergénérationnelles ;
- la prévention et la gestion de l'absentéisme ;
- le pilotage de l'organisation des soins et le parcours patient ;
- les pratiques managériales du co-développement.

Des points de vue divergents ont alimenté les échanges, notamment sur :

- la définition réglementaire de l'équipe pluridisciplinaire ;
- la création des groupements hospitaliers de territoire ;
- les enjeux du virage ambulatoire annoncé par la Stratégie nationale de santé ;
- la création de l'exercice en pratique avancée pour les paramédicaux ;
- la simplification du système de santé ;
- la réingénierie de la formation des cadres de santé.

POUR EN SAVOIR +
Retrouvez la nouvelle rubrique « Encadrement paramédical » sur www.fhf.fr



LUTTE CONTRE L'ABSENTÉISME : DES FICHES-REPÈRES UTILES ET MODERNES

Parce qu'il est une problématique recouvrant des réalités multiples et complexes dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, l'absentéisme a fait l'objet d'un travail de recherche commun entre l'ARS Pays de la Loire, le Fonds national de prévention et la FHF. Résultat : quatre outils ludiques ont été créés qui permettent de mieux comprendre l'absentéisme, d'établir un diagnostic et de proposer des actions concrètes propres à chaque établissement.

Les fiches sont téléchargeables sur le site www.fhf.fr (Accueil > Presse / Communication > Supports de communication FHF > Fiches repères pour comprendre et agir contre l'absentéisme)

Management

INITIATIVES

AMIENS

Simuler avant de déménager

Pour préparer son déménagement dans 120 000 m² de nouveaux locaux en septembre dernier, le CHU d'Amiens a mis en place des simulations de soins pour permettre à ses professionnels de s'approprier leur futur environnement de travail. C'est le CPA-SimUsanté (Centre

de pédagogie active-simulation en santé), véritable plate-forme de simulation intégrée au CHU, qui s'est chargé d'organiser cette démarche participative pendant tout l'été 2014. « L'objectif n'était pas de juger des compétences des professionnels, raconte le Pr Christine Ammirati, fonda-

trice du CPA-SimUsanté et chef du pôle Médecine d'urgence au CHU d'Amiens. *Il s'agissait de leur donner toute latitude pour détecter d'éventuels dysfonctionnements organisationnels dans leur nouvel espace de travail mais aussi des emplacements de mobilier qui seraient inadaptés à une bonne prise en charge du patient.* »

Quatre parcours de soins types ont été testés, dont l'arrêt cardiaque jusqu'en cardiologie interventionnelle et l'accouchement avec hémorragie de la délivrance, impliquant la réanimation du nouveau-né. Une centaine de personnes – gynéco-obstétriciens, urgentistes, cardiologues, radiologues, sages-femmes, infirmiers ou brancardiers – ont participé à ces séances filmées. « L'idée est que ce modèle soit publié et puisse servir à d'autres établissements soucieux d'anticiper leur déménagement pour augmenter la qualité, la sécurité des soins aux patients, mais aussi le confort et la sécurité des soignants », ajoute le Pr Ammirati.



Une plate-forme de simulation est intégrée au CHU d'Amiens.

ANGERS

Apprendre à accueillir les patients en situation de handicap

Dans le cadre de son projet d'établissement 2014-2018, le CHU d'Angers met en place des mesures pour mieux adapter ses pratiques aux personnes présentant un handicap ainsi qu'à leur entourage. Tout commence en 2013 avec la diffusion, auprès des personnels de l'établissement, du « passeport santé », créé par une association locale. « Cet outil, doté de nombreux pictogrammes, permet aux personnes handicapées cognitives de mieux communiquer avec les soignants », précise Stéphanie Lebreton, cadre de santé et responsable de la sous-commission des personnes handicapées au sein de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT).

Puis, le CHU décide de passer à la vitesse supérieure et d'élaborer un véritable projet autour de la personne handicapée, de ses proches et aidants. « Ce projet se décline en sept points allant de la mise en accessibilité des locaux à l'amélioration des outils de communication en passant par la formation des personnels », ajoute Marie-Claude Lefort, coordonnatrice des soins au CHU. La formation se révèle cruciale pour lever les peurs que génère trop souvent le handicap ». Ainsi, il est prévu que soit, dans les formations initiales et continues (y compris pour l'encadrement), instauré un volet sensibilisation. Plusieurs groupes de travail, associant des personnes handicapées en tant que formateurs, sont chargés de préparer

ces sessions. De plus, le thème du handicap va être intégré au plan de formation de l'établissement pour l'ensemble des professionnels.

« Nous souhaitons, par l'évolution de nos pratiques, permettre à la personne handicapée d'être véritablement co-actrice de sa prise en charge »

Marie-Claude Lefort, coordinatrice des soins au CHU d'Angers



Finances

ACTUALITÉ

LA DÉGRESSIVITÉ TARIFAIRE EN TROIS POINTS

De nombreux effets positifs sont attendus de la mise en place du système de dégressivité tarifaire. Voici quelques clés pour comprendre ses mécanismes.

UNE ÉVOLUTION TARIFAIRE DE PLUS EN PLUS ÉLOIGNÉE DES COÛTS

Le système actuel est basé sur la stricte régulation comptable prix-volume. Cette situation se traduit par une baisse constante des tarifs, ainsi la valeur faciale des tarifs est inférieure en 2014 à celle de 2005. Le maintien de la ressource repose donc uniquement sur le volume d'activité. Pour les établissements n'ayant pas la croissance moyenne d'activité, le complément de financement intervient le plus

souvent par un complément en dotation sur des fonds de fait mutualisés : les aides à la contractualisation (AC). Le risque de dépassement global du fait de l'activité a pour conséquence de geler des crédits sur l'ensemble des champs et d'afficher des évolutions de volume élevées pour éviter toute surprise. Ceci se traduit notamment par une évolution tarifaire souvent négative et de plus en plus éloignée des coûts.

LES AVANTAGES D'UN PILOTAGE PAR DÉGRESSIVITÉ TARIFAIRE

Un système de dégressivité permet de corriger l'effet volume et de réduire les mesures de précaution visant à garantir le respect de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam). Des effets positifs sont attendus, à savoir

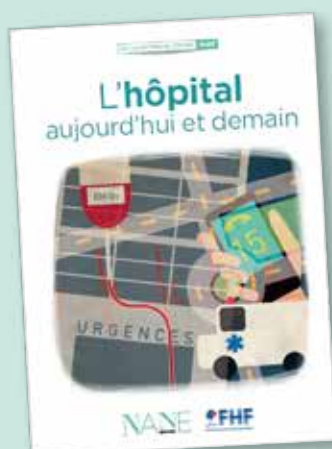
un tarif plus près des coûts, des missions d'intérêt général mieux financées et ce en début de campagne, des crédits dits d'aide à la contractualisation qui pourraient être réaffectés dans les tarifs.

LES CLÉS DE LA RÉUSSITE

Pour intégrer la réponse au besoin de la population et à la réalité de la dégressivité des coûts, une médicalisation de la régulation s'impose.

De plus, la mise en œuvre technique de cette mesure doit être réalisée en toute transparence, ce qui est incompatible avec l'opacité actuelle en matière d'enveloppes de financement.

Enfin, la dégressivité ne doit pas être une mesure d'économie, mais de redistribution.



NANE
ÉDITIONS

Éditeur: NANE Éditions
Format: 15 x 21 cm, ouvrage relié
ISBN: 978-2-84368-080-9

Prix: 9,90 € TTC l'exemplaire
De 100 à 499 ex.: 6,00 € TTC
À partir de 500 ex.: 4,50 € TTC

Parution: 15 mai 2015

www.lacollectionducitoyen.fr
Tél. 01 53 83 95 78

BON DE SOUSCRIPTION

à retourner à NANE Éditions: 16 rue de Marignan, 75008 Paris,
ou par email: contact@nane-editions.fr ou par fax: 01 53 75 36 80

Organisme
Nom
Adresse
CP Ville
Tél. E-mail

Je commande exemplaire(s)
de « L'Hôpital, aujourd'hui et demain »
x € TTC
Total = € TTC

Conditions de paiement: règlement par mandat administratif, virement
ou chèque à la réception des ouvrages.

Signature:

Développement durable



Participez aux Salons de la santé et de l'autonomie et aux conférences de la FHF du 19 au 21 mai à Paris.
www.salons-sante-autonomie.com

INITIATIVES

BAPAUME

Avec le soutien de  et de 



DES FLUX DE TRÉSORERIE ZÉRO PAPIER

L'ESSENTIEL Depuis juin 2014, le CH de Bapaume (Nord - Pas-de-Calais) a dématérialisé ses documents comptables. Une petite révolution en accord avec le Protocole d'échange standard V2, un format obligatoire pour l'ensemble des établissements depuis janvier.

Les kilos de parapheurs qui font la navette entre les CH de Bapaume et d'Arras, c'est fini ! La direction commune aux deux établissements a souhaité anticiper l'obligation légale de mise en conformité avec le Protocole d'échange standard V2 (PES V2), une solution de dématérialisation des titres de recettes, des mandats de dépense et des bordereaux récapitulatifs. À la clé, des économies de papier, de transport de documents, un confort de travail et un gain de temps.

PAS PLUS DE TROIS MOIS

Il n'a pas fallu plus de trois mois pour que la comptabilité de cet établissement de 240 agents passe du « tout papier » au « zéro papier ». Les clés du succès ? « La motivation de chacun des intervenants. Et, sur un plan technique, le fait que l'éditeur du logiciel comptable déjà installé était compatible

avec le nouveau protocole nous a facilité la tâche », indique Bertrand Prudhommeaux, directeur adjoint Finances, pilotage médico-économique et système d'information du CH d'Arras. Au final, la plus grosse part du travail est revenue à l'éditeur. « Il a dû paramétrer son outil pour l'adapter à nos contraintes, et faire quelques ajustements par rapport à la version en place, comme créer une signature électronique par exemple », note Dominique Demolin, attaché d'administration à la direction des Finances.

SCANNERS ET FORMATIONS

Le CH a, lui, investi – mais de façon limitée – dans du matériel, comme des scanners. Le personnel a suivi trois demi-journées de formation, notamment pour apprendre à scanner les documents et à se servir des nouveaux paramètres du logiciel. En définitive, tous les acteurs gagnent du



temps : la durée des processus peut être raccourcie de trois jours. « On aimerait que tous nos projets soient menés aussi efficacement, et fassent l'objet d'un tel consensus ! » conclut Bertrand Prudhommeaux.

Vous avez dit COP 21 ?

Chaque année, dans le cadre des Nations unies, une conférence des parties (COP) est organisée pour mettre en place des politiques communes de lutte contre le changement climatique. En 2009, la COP 15 de Copenhague avait décidé de reporter à 2015 la signature d'un accord contraignant pour tous les pays. C'est l'enjeu majeur de la COP 21, qui aura lieu à Paris du 30 novembre au 11 décembre prochain.

La COP 21 devra donc marquer une étape

décisive dans la négociation du futur accord international sur le climat pour l'après 2020, à l'issue du protocole de Kyoto.

Depuis plusieurs années, la FHF est leader dans cette démarche de progrès à long terme et a mené, avec les autres fédérations hospitalières, un travail de sensibilisation, d'information et de déploiement d'outils méthodologiques. La COP 21 représente une opportunité pour les établissements publics de

santé et médico-sociaux de démontrer leur engagement dans ce domaine.



Engagez-vous dans des démarches de réduction de votre empreinte carbone et faites-le nous savoir dès maintenant !

Écrivez pour cela à Florence Martel, du pôle Organisation sanitaire et médico-sociale de la FHF, f.martel@fhf.fr

Médical

INITIATIVES

SAINT-ÉTIENNE



UNE ABLATION TOTALE DU CÔLON EN AMBULATOIRE

L'ESSENTIEL_ Une équipe du CHU de Saint-Étienne a réalisé une colectomie totale sur une patiente en ambulatoire. Une première européenne, résultat de plusieurs années de travaux, qui vise à écourter la durée d'hospitalisation pour cette intervention.

Réduire la durée de prise en charge d'un patient opéré pour une colectomie totale de dix jours à moins d'une journée : c'est le défi relevé par l'équipe du service de chirurgie digestive du CHU stéphanois. En septembre dernier, une patiente de 60 ans atteinte d'une polypose intestinale du côlon (pathologie pouvant entraîner un cancer du côlon) a ainsi été prise en charge en ambulatoire pour une ablation du côlon.

« NOUS N'AVONS RIEN INVENTÉ »

Le changement n'a pas eu lieu du jour au lendemain. Les D^{rs} Gabriele Barabino (chirurgien digestif) et Brigitte Beauchesne (anesthésiste), à l'origine de la performance, travaillaient depuis deux ans sur un programme de réhabilitation précoce post-chirurgical. « *Nous n'avons rien inventé. Il s'agit plutôt d'optimiser tout ce que l'on fait habituellement, en tenant compte des connaissances apportées par la littérature* », estime le D^r Barabino.

La prise en charge a en fait commencé plusieurs semaines avant l'intervention, avec plusieurs séances de kinésithérapie respiratoire. Objectifs : améliorer la capacité pulmonaire de la patiente et, par conséquent, l'oxygénation de ses tissus. Une boisson destinée à renforcer son système immunitaire lui a également été administrée. Elle est arrivée à l'hôpital à 7 heures, sans être à jeun et sans préparation colique, ce qui aurait ralenti sa récupération post-chirurgicale. La pré-



Le retrait du côlon est réalisé grâce à des micro-incisions sur l'abdomen.

paration et l'anesthésie ont également été optimisées, afin que la patiente se réveille sans douleur, sans sonde naso-gastrique ou urinaire, et sans drain.

LE MÊME GESTE AU BLOC

« *Nous avons retiré le côlon par cœlioscopie, en pratiquant des micro-incisions sur l'abdomen, comme c'est souvent le cas pour ce type d'intervention. Nous avons particulièrement soigné le geste pour éviter tout risque d'hémorragie et n'avons pas perdu de temps, pour ne pas retarder la sortie de la patiente* », explique le chirurgien. Au final, le passage au bloc n'aura duré que trois heures. À 13 h 30,

la patiente a rejoint sa chambre, à 15 heures, elle a repris une alimentation normale et à 19 heures, elle a pu rentrer chez elle.

Cette mobilisation au plus tôt n'est pas risquée, au contraire. Elle stimule le transit intestinal et diminue le risque de complications, notamment l'apparition de fistules. Et le bénéfice est aussi psychologique. « *Il est prouvé que la bonne condition psychologique d'un patient contribue à son bon rétablissement. Un patient qui ne se perçoit pas comme malade, qui ne sent pas la lourdeur de l'opération qu'il vient de subir, est forcément mieux dans sa tête* », conclut le D^r Barabino.

NICE

Des explorations ultrasonores au lit du patient

Les patients de gériatrie du CHU de Nice n'ont plus à se déplacer pour passer leurs échographies. Doppler rénal, échographie thyroïdienne, échographies endocavitaires (prostate), échographie cardiaque, ponctions et infiltrations sous guidage échographique... En décembre dernier, l'hôpital a acquis une nouvelle plate-forme d'explorations ultrasonores mobile permettant de pratiquer tous les examens échographiques et Doppler. « Elle est particulièrement adaptée aux contraintes que peuvent poser des patients âgés et fragiles, car l'un de ses deux modules est déplaçable jusqu'au lit du patient. Il est très maniable, tactile, dispose d'une batterie longue durée et communique par Wifi avec

la plateforme fixe », détaille le Dr Charles-Paul Raffaelli, responsable du département d'ultrasons du CHU de Nice. Le second module, fixe, offre des explorations ultrasonores de très haut niveau et peut être utilisé pour des travaux de recherche. Ces appareils sont venus étoffer l'équipement du département multidisciplinaire d'ultrasons fraîchement ouvert au sein de l'hôpital Pasteur 2 du CHU de Nice. Le projet de création de ce centre d'ultrasonographie visait à éviter les déplacements de patients âgés sur les autres établissements, parfois privés, pour passer leurs examens. À la clé, moins de délais d'attente, un meilleur confort pour les patients et des économies de transports.



La plate-forme d'exploitation ultrasonore de l'unité gériatrique du CHU de Nice.

POUR EN SAVOIR +

Écrire au Dr Charles-Paul Raffaelli, raffaelli.c@chu-nice.fr

PARIS

Un score pour orienter les patients souffrant d'une appendicite aiguë

Une équipe de chirurgiens et d'anesthésistes de l'hôpital Saint-Antoine (AP-HP) a mis au point un score permettant d'identifier rapidement les patients présentant une appendicite aiguë et pouvant être pris en charge en ambulatoire. « Ce score nous permet d'orienter le patient au plus tôt, car l'hospitalisation et l'ambulatoire sont deux services distincts », explique le Dr Jérémie Lefèvre, du service de chirurgie digestive de l'hôpital. Pour établir le score et le valider, plus de 400 dossiers de patients ayant subi une appendicectomie ont été passés en revue. Cinq critères associés à une sortie précoce, dès le lendemain de l'intervention, ont été isolés. Ils représentent les cinq points de ce score : pas de surpoids, pas de signes d'inflammation (selon deux marqueurs d'inflammation : les globules



Le score est mesuré juste après le diagnostic.

blancs et la protéine C-réactive), pas de signe radiologique de perforation (scanner ou échographie) et un diamètre de l'appendice inférieur à 1 cm. Le « Saint-

Antoine's score » a été appliqué à tous les patients du service d'urgence souffrant d'une appendicite aiguë. Une prise en charge en ambulatoire a été proposée à ceux ayant 4 ou 5 points. Selon l'heure du diagnostic, l'opération est programmée le jour même ou le lendemain matin.

« Les premiers résultats montrent que les patients pris en charge en ambulatoire pour une appendicectomie ont un taux de complications aussi faible que ceux hospitalisés, et qu'ils passent en moyenne huit heures et demie à l'hôpital », conclut le Dr Lefèvre.

POUR EN SAVOIR +

Voir l'étude publiée par les professionnels de l'hôpital Saint-Antoine dans la revue *Annals of Surgery*, en juillet 2014 : « Management of Acute Appendicitis in Ambulatory Surgery: Is It Possible? How to Select Patients? ».

Médico-social

ACTUALITÉS

MIEUX ACCUEILLIR LES PERSONNES ÂGÉES À L'HÔPITAL

L'ESSENTIEL La FHF et la Fondation Médéric Alzheimer (FMA) lancent, pour la troisième année, un appel à prix intitulé « Hospitalisation en services non gériatriques et aux urgences des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. Pour un meilleur accueil et une nouvelle prise en charge ». Présentation des initiatives déjà distinguées.

La prévalence du déclin fonctionnel observé chez les personnes âgées hospitalisées s'accroît lorsqu'elles sont atteintes d'une altération des fonctions cognitives. Au déclin fonctionnel s'ajoutent une perte de repères et un traumatisme liés au changement brutal de cadre de vie (hospitalisation en urgence, intervention chirurgicale, etc.) qui génèrent de l'anxiété et de l'agitation chez des personnes déjà fragilisées. Dès lors, quand il n'existe pas de dispositif de prise en charge hospitalière ad hoc pour leur accueil, ces personnes peuvent voir leur autonomie durablement compromise.

INITIATIVES EXEMPLAIRES

C'est dans ce contexte que la FHF et la FMA se sont associées pour distinguer des initiatives ayant su répondre à ces enjeux. Aussi, pour la troisième année consécutive, un établissement public de santé sera distingué, à l'instar du CHU de Bordeaux et du CH de Douai, lauréats des deux précédentes éditions.

Pour améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes âgées fragiles aux urgences du CHU de Bordeaux, une cellule de coordination gériatrique constituée de médecins urgentistes, gériatres et de cadres infirmiers a été créée. Sous son égide, des protocoles et formations sont diffusés, et des contacts établis avec les services en amont et en aval, ce qui permet d'éviter ou de fluidifier les hospitalisations des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs.



Une prise en charge adaptée des personnes âgées préserve leur autonomie.

Quant au CH de Douai, il promeut une expertise gériatrique pour la prise en charge globale de ces patients. La formation des équipes soignantes du service de chirurgie aux spécificités gériatriques permet de diminuer le risque de décompensation lors de l'hospitalisation en chirurgie. Une prise en charge adaptée est proposée aux personnes âgées souffrant de troubles cognitifs.

POUR EN SAVOIR 

Retrouvez toutes les informations pour candidater sur www.fhf.fr > Autonomie

Personnes handicapées : la FHF signataire de la charte Romain Jacob

Trente-et-un acteurs, dont la FHF, ont signé la charte Romain Jacob à l'occasion d'un colloque sur l'accessibilité aux soins organisé par la Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social (MNH) à Paris, le 16 décembre dernier. Un engagement salué comme une « *partition ensemble* » par Pascal Jacob, l'auteur, en 2013, d'un rapport sur l'accès aux

soins des personnes handicapées. Les douze articles du texte ont pour ambition de promouvoir l'insertion sociale des personnes en situation de handicap. Rappelons que c'est la FHF Océan Indien qui a été à l'origine de la première charte régionale consacrée à l'accès aux soins des personnes handicapées, signée le 16 juin dernier, qui a permis l'émergence d'une véritable dynamique

autour de cette question. De nombreuses autres régions lui ont emboîté le pas.

La MNH a par la suite élargi la réflexion au niveau national. « *Mon souhait est que cette charte soit généralisée à toutes les régions* », a indiqué la secrétaire d'État au Handicap, Ségolène Neuville. Les signataires se sont engagés à évaluer leurs actions chaque année.



Participez aux Salons de la santé et de l'autonomie et aux conférences de la FHF du 19 au 21 mai à Paris.
www.salons-sante-autonomie.com

INITIATIVES

LILLE

Une nouvelle façon de penser l'Ehpad



« Silver Concept », tel est le nom de l'Ehpad haute technologie imaginé dans le cadre du partenariat « Concept Room by CHRU de Lille et Clubster Santé ». Ultraconnecté, l'établissement vise à favoriser l'autonomie et la mobilité des résidents tout en facilitant le travail des soignants. Pour définir les orientations initiales du projet, l'Ehpad a sollicité l'expertise médicale des équipes du CHRU de Lille. Résultat : un espace de vie et de soin personnalisable, sécurisé et connecté. « Notre concept comporte une forte dimension humaine, précise Philippe Mayjonade, coordonnateur général des pôles hôteliers au CHRU de Lille. Main-courante continue, sol à détection de chutes, bracelet connecté,



L'espace de vie de l'Ehpad haute technologie est personnalisable.

télémedecine, tables et tablettes tactiles : tout a été pensé pour maintenir l'autonomie et renforcer la communication avec l'extérieur de nos résidents. Quant aux soignants, leur travail est facilité par l'omniprésence des technologies connectées. » Facilement intégrables et adaptables, les éléments de cet Ehpad d'un nou-

« Innover est une mission de l'hôpital, au même titre que soigner »

Philippe Mayjonade coordonnateur général des pôles hôteliers au CHRU de Lille

veau genre seront commercialisés fin 2015. Troisième volet du projet « Concept Room » porté par le CHRU de Lille en partenariat avec le Clubster Santé, le réseau des entreprises de santé du Nord-Pas-de-Calais, il fait suite à la modernisation de la chambre d'hôpital et du service ambulatoire. Un quatrième volet, portera sur les soins à domicile.

POURENSAVOIR 

Écrire à Philippe Mayjonade,
philippe.mayjonade@chru-lille.fr

ARPAJON

Gériatrie : une filière de proximité exemplaire



Une filière de soin complète et pluridisciplinaire : c'est le dispositif mis en place par le CH d'Arpajon (Essonne) à destination de ses patients âgés polypathologiques. Pionnier dans le département, l'établissement s'appuie sur un réseau de structures de proximité. « Le centre hospitalier a structuré l'aide à domicile tout en développant son pôle ambulatoire, explique Philippe Barboux, gériatre et chef de pôle au CH d'Arpajon. En jouant sur ces deux leviers, nous disposons d'une meilleure visibilité pour assurer, d'une part, la prévention des hospitalisations non indispensables et, d'autre part l'accompagnement global des patients, qu'il s'agisse de la préparation d'un retour à domicile comme d'un placement en institution. » L'accent a été mis sur la complémentarité des expertises médicales et sociales. « La pluridisciplinarité fournit



Le dispositif de l'établissement concerne les patients et les proches aidants.

une vision complète de l'état d'un patient, au moyen de consultations variées permettant de déceler les troubles cognitifs, les facteurs de risque de dépression, de chute ou de dénu-

90 %

des patients âgés adressés au pôle ambulatoire le sont par les médecins de ville.

trition, et de prendre en charge la douleur chronique et les troubles trophiques [concernant la nutrition des tissus] », énumère le Dr Barboux. Le dispositif imaginé par l'établissement ne se limite pas à la prise en charge des patients. Les aidants en bénéficient eux aussi : des plates-formes d'accompagnement et de répit sont mises à leur disposition, avec un relais ponctuel assuré par une aide-soignante au domicile en cas de besoin.

POURENSAVOIR 

Écrire au Dr Philippe Barboux,
pbarboux@ch-arpajon.fr

Offre de soins

ACTUALITÉ

RECHERCHE EN PSYCHIATRIE : ÉTAT DES LIEUX

L'ESSENTIEL _ Consacré à l'actualité et aux enjeux de la psychiatrie et de la santé mentale, le colloque FHF du 29 janvier dernier a eu pour thème « Recherche en psychiatrie et santé mentale : un enjeu majeur pour la qualité des soins ». L'occasion de faire le point sur la recherche dans ces domaines.

Les enjeux de la recherche en psychiatrie et en santé mentale peuvent se traduire en quelques chiffres : 3 % des crédits publics de la recherche en santé seulement sont attribués à la psychiatrie alors que les dépenses de santé mentale sont estimées par l'Assurance maladie à plus de 22 milliards d'euros, soit 15 % de ses dépenses. Par ailleurs, une étude médico-économique de 2012 sur le financement de la recherche montre que la part du budget total de la recherche biomédicale attribuée aux maladies mentales n'est que de 2 % en France, contre 7 % au Royaume-Uni et 11 % aux États-Unis. On notera également un nombre faible de chercheurs. Les effectifs hospitalo-universitaires en psychiatrie ne représentent que 2,4 % de l'ensemble de leur catégorie. Par ailleurs, ces derniers doivent se consacrer à leurs activités cliniques et ne disposent souvent que de peu de temps pour celles de recherche.

UNE INTERDISCIPLINARITÉ À DÉVELOPPER

Si la recherche en psychiatrie est une activité transversale, l'interdisciplinarité est encore peu développée. Les sciences humaines et sociales spécialisées dans la psychiatrie sont très peu représentées, alors même que les troubles psychiatriques sont liés également à des facteurs environnementaux. Pour autant, et en dépit de ce constat, la France réussit à obtenir de très bons résultats dans plusieurs domaines. Les publications françaises représentent 3 % de la production mondiale et se situent au quatrième rang européen et au neuvième rang mondial selon des chiffres de 2010. Ces bons résultats sont le fruit de partenariats réussis avec des universités mais également avec l'Inserm ou le CNRS. La France est également à la pointe de la recherche génétique : elle a par exemple identifié des gènes de vulnérabilité à la schizophrénie.

ORGANISER LA RECHERCHE

L'organisation de la recherche a fait l'objet de plusieurs présentations. La recherche doit s'appuyer sur un dispositif souple de coordination, comme celui du Nord-Pas-de-Calais, avec la Fédération régionale de recherche en santé mentale. Pour structurer l'ensemble du processus, le Dr Müller et le Pr Pierre Thomas ont annoncé la création d'une coordination nationale de recherche en psychiatrie et santé mentale. L'idée est de développer une politique de valorisation des travaux et d'améliorer la diffusion des savoirs. En effet, la recherche est un facteur d'attractivité médicale pour les établissements. Si, pendant longtemps, la recherche a été réservée aux CHU, aujourd'hui, les CH et les CHS doivent également s'inscrire dans cette démarche, en commençant par exemple à être centres d'inclusion.

POUR EN SAVOIR +

Consultez le compte rendu de la Journée sur www.fhf.fr > Offre de soins/Qualité > Psychiatrie et santé mentale



Michel Girard, vice-président de l'Unafam, Claude Finkelstein, présidente de la Fnapsy, le Dr Dominique Januel, responsable de l'unité de recherche clinique de l'EPS Ville-Evrard, Bernard Jounnaud, animateur du colloque, et Jocelyne Chatron, directrice de la communication de l'EPS Ville-Evrard, évoquent les contributions et attentes des patients et de leurs familles en matière de recherche en psychiatrie et santé mentale.

Grand angle

SOCIÉTÉ

Hôpital numérique : la révolution est en marche !

L'ESSENTIEL_ Les objets connectés ont fait leur entrée à l'hôpital depuis maintenant plusieurs années. Avec, à la clé, de nouvelles questions liées à la confidentialité des données recueillies et au respect du secret médical...



Hôpital connecté, intelligent, **2.0...** Quel que soit le nom qu'on lui donne, l'hôpital numérique est en marche ! Dans dix ou quinze ans, tous les établissements de santé utiliseront des objets connectés pour faciliter le parcours du patient, transmettre automatiquement les résultats d'examen aux différents professionnels de santé concernés, ou encore suivre les personnes atteintes de pathologies chroniques à leur domicile. Inscrit dans la Stratégie nationale de santé, l'hôpital numérique fait d'ailleurs l'objet d'un programme national spécifique (lire page suivante).

POURQUOI DES OBJETS CONNECTÉS ?

Mais qu'est-ce qu'un hôpital intelligent ? Et à quoi peuvent servir les objets connectés ? Les exemples ne manquent pas. En effet, certains établissements investissent depuis plusieurs années dans ces outils 2.0. Ainsi, le CHR de Metz-Thionville a installé des bornes d'orientation permettant aux personnes qui viennent pour la première fois en consultation à l'hôpital de visualiser leur parcours en 3D. Plusieurs hôpitaux pédiatriques utilisent des tablettes et des programmes adaptés pour calmer l'anxiété des enfants et diminuer la prise de sédatifs. Des personnes âgées peuvent rester en contact avec leur famille grâce à des connexions via le logiciel Skype ! Le centre hospitalier Alès-Cévennes, dans le Gard, a lancé dès 2003 le service Bébé on line. Les mamans qui viennent d'accoucher et ne peuvent quitter leur

Suite page 16 →

Grand angle

Suite de la page 15 →

800

établissements ont atteint les prérequis tels qu'ils sont définis dans le programme « Hôpital numérique ».

248

établissements ont été financés pour 401 projets (un hôpital pouvant mener plusieurs projets).

61

millions d'euros ont été dépensés, dont 25,5 millions en amorçage et 35,6 millions en soutien à l'usage.

Source : Direction générale de l'offre de soins (DGOS), à l'occasion de la 3^e Journée de l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap).

Glossaire

Big data : le terme désigne la collecte d'un nombre important de données (de santé par exemple) et leur analyse pour en tirer des informations utiles.

Open data : littéralement, il s'agit de « données ouvertes », mises à la disposition du public.

Santé 2.0 : le terme désigne l'utilisation, par les médecins et surtout les patients, de toutes les ressources Internet (sites généralistes et spécialisés, applications, forums, etc.) pour améliorer leur état de santé.

chambre ont un lien visuel permanent avec leur nouveau-né hospitalisé dans le service de néonatalogie. « Quatre caméras ont été installées dans les box. Les mamans disposent de terminaux multimédias, ou de tablettes, pour voir leur bébé en permanence, sauf lorsque le personnel procède à des soins, explique Philippe Laurent, responsable du service Informatique du centre hospitalier. Ainsi le lien n'est quasiment jamais rompu. À terme, le dispositif permettra également aux mamans de parler à leur bébé afin que la relation passe aussi par la voix. »

D'autres outils vont plus loin en améliorant la prise en charge médicale des patients. Le service de cardiologie de l'hôpital de La Timone, à Marseille, envoie des SMS aux personnes sorties de l'hôpital afin qu'elles pensent à prendre leurs médicaments – ce qui évite des réadmissions en urgence en cas de non-observance des traitements.

SUIVI DES MALADES CHRONIQUES

Il y a aussi tous les objets connectés qui permettent aux patients diabétiques de mesurer leur taux de glycémie à domicile et d'envoyer les résultats à l'équipe hospitalière, qui dispose ainsi de données fiables pour un suivi personnalisé sur le long terme. Même chose pour les tensiomètres proposés aux personnes atteintes d'hypertension, comme c'est le cas à l'hôpital Georges-Pompidou, à Paris. D'une manière générale, les objets connectés favorisent le maintien des personnes atteintes de maladies chroniques à leur domicile, en évitant les hospitalisations inutiles et les consultations redondantes. Dans l'idéal, l'hôpital numérique améliore l'organisation des soins et la qualité de vie des patients tout en permettant de réaliser des économies ! L'hôpital 2.0, c'est aussi une gestion technique des bâtiments dite « intelligente », où l'information (résultats d'imagerie, comptes rendus de consultations, prises de rendez-vous) circule automatiquement, ramenant les personnels soignants au lit du patient.

LES HÔPITAUX SE SONT APPROPRIÉS LE SUJET

Où en est-on aujourd'hui concrètement ? Les hôpitaux se sont-ils emparés du sujet ? « Oui, incontestablement, affirme Cyrille Politi, directeur financier de l'hôpital de Sevrey, en Saône-et-Loire, et conseiller numérique à la FHF. Même si certains établissements de santé sont plus en retard que d'autres, un discours émerge sur le numérique au niveau national, qui est désormais repris par tous les acteurs. La FHF s'intéresse au sujet depuis 2007, les Agences régionales de santé se sont aussi appropriées cette question... Les financements sont là, les solutions technologiques aussi : tout converge pour que l'hôpital numérique existe. » Selon Cyrille Politi, le numérique a le mérite d'ouvrir un peu plus les établissements de santé sur l'extérieur : « L'hôpital le fait déjà, avec le développement de l'HAD et du secteur médico-social, mais le numérique va l'y aider encore davantage. À cet égard, la notion de territoire de soins numérique est tout à fait pertinente, même s'il est encore en gestation. Grâce au numérique, l'hôpital de demain aura moins d'unités d'hospitalisation complète, davantage de lits en ambulatoire et d'équipes mobiles connectées, en lien avec les maisons de santé pluri-disciplinaires, etc. » Selon Guy Vallet, ancien directeur de l'AP-HM, « les freins, quand ils existent, sont moins financiers que la conséquence d'une méconnaissance du numérique par les générations les plus anciennes. Ils sont également liés à la très grande complexité de certaines solutions techniques, comme la digitalisation des dossiers des patients par exemple. Mais les jeunes générations, élevées au digital, arrivent à l'hôpital, et le numérique va se développer très rapidement ! »

Quant aux médecins, ils sont convaincus à plus de 90 % de l'utilité des objets connectés dans le suivi des patients, notamment ceux souffrant d'affections longue durée ou de pathologies chroniques. C'est ce que révèle un sondage réalisé, en décembre dernier,

QU'EST-CE QUE LE PROGRAMME « HÔPITAL NUMÉRIQUE » ?



- C'est un plan de développement et de modernisation des systèmes d'information hospitaliers, mené sur cinq ans (2012-2017) ;
- L'ensemble des acteurs (établissements de santé, ARS, industriels, ministère de la Santé) travaille autour d'une feuille de route commune pour les systèmes d'information hospitaliers ;
- Les établissements doivent atteindre trois prérequis (en termes d'identité, de fiabilité et de confidentialité) pour pouvoir ensuite prétendre à des financements de projets ;
- Les projets financés relèvent de cinq domaines fonctionnels considérés comme prioritaires : les résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie ; le dossier patient informatisé et interopérable ; la prescription électronique alimentant le plan de soins ; la programmation des ressources et l'agenda du patient ; le pilotage médico-économique.

LE BIG DATA ET LA MÉDECINE DE DEMAIN

La multiplication des objets connectés et la numérisation croissante des données de santé (dossiers médicaux, consultations, résultats d'examen, comptes rendus d'hospitalisation) mettent à la disposition des médecins et des établissements de santé une quantité gigantesque d'informations (**big data**) sur la santé des Français. Une véritable manne pour améliorer nos connaissances en épidémiologie. Les Américains ont montré que la lecture de simples courriels, échangés par une population à l'échelle d'une commune, permet de détecter plus rapidement l'arrivée d'une épidémie de grippe (évoquée par les patients dans leurs messages) que les réseaux classiques de surveillance ! De plus, la médecine de demain sera, on le sait, de plus en plus personnalisée, grâce à l'étude des caractéristiques propres de chaque individu et notamment de son patrimoine génétique. Les données sur le génome de millions d'individus représentent à l'heure actuelle un véritable gisement, pour la recherche et la prise en charge des malades. Avec, à la clé, la question de savoir si les citoyens pourront monnayer l'utilisation de toutes ces informations qui les concernent au premier chef !

par l'Institut Odoxa pour Orange Healthcare et la MNH. 73 % estiment aussi que ces objets constituent un très bon outil d'éducation thérapeutique. Mais cette même enquête montre que 49 % des médecins interrogés craignent que les objets connectés représentent une menace pour le secret médical.

SECRET MÉDICAL ET HÉBERGEMENT DES DONNÉES

C'est en effet l'un des enjeux majeurs de l'hôpital numérique. Quid du partage des données et du secret médical ? L'article 1110-4 du code de la santé publique garantit au patient le droit au respect de sa vie privée et le secret des informations qui le concernent (lire ci-contre l'entretien avec la Cnil). Avec l'apparition des objets connectés, les données de santé atteignent des proportions gigantesques (lire ci-contre). Dans les mois qui viennent, les parlementaires devront se prononcer sur la création d'un grand système national des données de santé, tel qu'il est prévu dans le projet de loi Santé porté par Marisol Touraine (article 47). Il regrouperait le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) et les données hospitalières contenues dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Toute la question sera de savoir qui aura accès à ces milliers d'informations et à quelles fins. Pour l'instant, la ministre de la Santé considère que les données anonymisées doivent être mises à la disposition du public, selon le principe de l'**open data**. Alors que les informations présentant un risque d'identification des personnes devront être rendues accessibles mais de façon plus restreinte, à des fins de recherche par exemple. Aujourd'hui, le projet de loi évoque la

_3 QUESTIONS À



Délia Rahal-Löfskog,
chef du service Santé de la Commission
nationale de l'informatique et des
libertés (Cnil)

"La Cnil a entrepris un travail prospectif sur les objets connectés"

L'avènement du numérique en santé met-il en péril les règles de confidentialité existantes ?

Le numérique est une formidable révolution qui apporte indéniablement des bénéfices et qui modifie les usages. La Cnil apparaît comme le régulateur naturel de ces questions, et agit pour concilier la nécessaire protection de la vie privée des personnes et l'ouverture vers l'innovation dans le but d'améliorer la prise en charge des personnes et réduire les dépenses de santé. La législation actuelle¹ permet de répondre aux questions de confidentialité, les nouveaux usages peuvent néanmoins induire une adaptation afin de renforcer la garantie de l'effectivité des droits des personnes.

Quel est le rôle de la Cnil en termes d'hébergements des données de santé ?

En application des articles L.1111-8 et suivants du code de la santé publique, la Cnil donne son avis sur les demandes d'agrément des hébergeurs de données de santé et le transmet au Comité d'agrément des hébergeurs (CAH). La Cnil travaille également en concertation avec le ministère de la Santé à l'élaboration d'une politique générale de sécurité des systèmes d'information en santé. Il est prévu qu'un certain nombre de référentiels de sécurité et d'interopérabilité soient publiés par voie d'arrêté. Consciente que la procédure d'agrément est longue, la Cnil est favorable

à des procédures simplifiées qui maintiendraient néanmoins la garantie d'un haut niveau de sécurité et de confidentialité.

Quel est le point de vue de la Commission sur les objets connectés ?

La Cnil a entrepris un travail prospectif sur les objets connectés de santé. Elle a publié l'an dernier un cahier *Innovation et Prospective* relatif au « quantified self »². Concernant les bracelets de géolocalisation des patients dans les établissements de santé, par exemple, ce peut être une bonne chose de géolocaliser des personnes qui courent un réel danger... si la procédure est assortie de garanties en matière de sécurité et de confidentialité. Équiper tous les patients d'un établissement de santé d'un bracelet de géolocalisation apparaît disproportionné. La loi pose un principe de pertinence et de proportionnalité au regard de la finalité poursuivie. Il est du rôle de la Cnil de se prononcer sur ces aspects. Nous travaillons actuellement sur le sujet de la géolocalisation afin d'aider les professionnels de santé à trouver un juste équilibre entre la nécessité de prendre en charge les personnes vulnérables et le respect de leurs droits.

1. L'article 1111-4 du code de santé publique garantit au patient le droit au respect de sa vie privée et le secret des informations qui le concernent. L'article 34 de la loi Informatique et Libertés dispose que le responsable du traitement est tenu de prendre toutes les précautions utiles pour préserver la sécurité des données et empêcher, entre autres, que des tiers non autorisés y aient accès.

2. « Le corps, nouvel objet connecté », in *Cahiers IP, Innovation et Prospective*, n° 2, CNIL.

Suite de la page 17 →



mise en place de garde-fous, qui seront au cœur des débats à venir.

Autre enjeu de l'hôpital numérique : l'hébergement des données. C'est le décret du 4 janvier 2006 qui définit les conditions d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel sur support informatique. Les établissements sont soit leur propre hébergeur, soit font appel à des hébergeurs externes agréés. Selon Cyrille Politi, référent numérique à la FHF, cette question doit être au cœur des préoccupations des directions des Systèmes d'information des hôpitaux. *« Aujourd'hui, il faut que chacun se demande s'il continue de tout faire ou s'il externalise l'hébergement de ses données, sachant qu'entre ces deux solutions, il existe toute une palette de solutions possibles. Un établissement peut héberger ses données tout en faisant appel à une société extérieure pour des questions de maintenance ou d'exploitation. Les différentes solutions choisies ont forcément un coût, car l'hôpital numérique nous oblige à monter en qualité, en sécurité mais aussi en rapidité : quand une direction générale décide de développer un suivi du patient à domicile, les solutions techniques – sécurisées – doivent suivre rapidement. »*

L'hôpital numérique est bel et bien en marche, même si tous les chantiers sont ouverts. Comme le dit Cyrille Politi, *« nous sommes passés, en quelques années, d'une époque où le service informatique gérât la paie et les achats, à des systèmes d'information experts qui intéressent les directions des hôpitaux car ils impactent absolument tous les axes stratégiques d'un établissement ! »* La question sera bien entendue au cœur des conférences organisées lors du prochain salon Health-ITExpo (HIT), les 19, 20 et 21 mai prochains, à Paris.

INITIATIVES



HAUTE-SAVOIE

DES PERSONNES VULNÉRABLES GÉOLOCALISÉES

De 2008 à 2011, le département Haute-Savoie a expérimenté un système de bracelets de géolocalisation, placés aux poignets de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer qui avaient tendance à errer loin de chez elles ou en dehors des Ehpad où elles résidaient. *« Notre service téléalarme exploite 15 bracelets en Ehpad et à domicile, précise le Dr Nicole Vidal, médecin départemental à la direction de la Gérontologie et du Handicap au conseil général de Haute-Savoie. Une alarme sonne lorsque la personne sort d'un périmètre de sécurité et un professionnel de l'Ehpad intervient alors pour la retrouver. »* Ce sont surtout des questions éthiques qui se sont posées aux acteurs de cette expérimentation. *« Il ne s'agit pas de gardiennage électronique. Nous n'intervenons que lorsque la personne est perdue, donc quand elle est hors du périmètre de sécurité, pas pour savoir où elle se trouve heure par heure »,* précise le médecin. Ces bracelets sont prescrits par un professionnel de santé. Et même si le bénéficiaire souffre de démence, son avis est nécessaire. La résidence Paul-Idier, à Veyrier, est l'un des Ehpad qui a bénéficié de ce service (facturé 65 euros par mois au patient). *« Cela permet d'assurer la sécurité des personnes les plus vulnérables, sans être obligé de fermer certains accès, ce qui limiterait les déplacements des autres résidents »,* souligne Sylviane Ligeret, directrice de la résidence.



PARIS

E-SIRIUS FACILITE LA CIRCULATION DES PATIENTES DANS L'HÔPITAL

La maternité de Port-Royal, à Paris, ce sont près de 5500 naissances et 96000 consultations de gynécologie-obstétrique par an. Avant que le système E-Sirius soit installé, en 2012, les futures et jeunes mamans se perdaient dans d'interminables files d'attente, essayant de s'y retrouver entre trois salles d'attente et 25 box de consultation ! *« Grâce à l'application E-Sirius, les patientes qui arrivent à l'hôpital présentent le code-barres de leur convocation à une borne et tout leur parcours leur est expliqué »,* explique Michel Biressi, directeur technique de la direction des Systèmes d'information de la maternité de Port-Royal. Ainsi, selon qu'elles viennent pour le suivi de leur grossesse ou pour un autre motif de consultation, le parcours est différent. Certaines doivent d'abord passer par les admissions, d'autres par la PMI. Le système en tient compte et les oriente au bon endroit. *« Les médecins peuvent visualiser sur leur écran le nom de leurs patientes, noté en vert, orange ou rouge, et savent, en fonction de la couleur, si elles sont déjà dans l'hôpital et à quel stade de leur parcours elles en sont. »* L'investissement, hors maintenance, s'élève à 70000 euros. *« L'accueil est paradoxalement plus humain, insiste Michel Biressi. Auparavant, les patientes étaient stressées et ne s'asseyaient pas car elles n'étaient jamais très sûres de préserver leur tour ou d'être dans la bonne salle d'attente. Maintenant, la circulation est fluide et plus respectueuse des futures mères. »*

Grand angle

OFFRE DE SOINS

Les hôpitaux soignent leurs indicateurs

L'ESSENTIEL_ En dix ans, les indicateurs de qualité et de sécurité des soins se sont étoffés. Les hôpitaux maîtrisent de mieux en mieux leur recueil et les scores des établissements s'améliorent. Pour encourager cette dynamique, de nouveaux outils sont créés.

Le recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) a débuté en 2003 dans certains établissements de santé français, dans deux domaines en particulier : la prévention des infections nosocomiales et la tenue du dossier patient. Depuis, le dispositif s'est généralisé et le nombre d'indicateurs a augmenté. Ces derniers sont devenus plus ciblés, avec le développement d'indicateurs par spécialité clinique. On en distingue aujourd'hui deux types : les indicateurs transversaux (par exemple la tenue du dossier patient) et les indicateurs de spécialités, qui évaluent des prises en charge médicales spécifiques, comme celle de l'AVC. Les scores moyens atteints par les établissements publics de santé progressent de façon constante depuis 2008 (voir l'interview page suivante).

RECUEIL ALTERNÉ DEPUIS 2013

Depuis 2013, le recueil des indicateurs est alterné : une année, les indicateurs transversaux ; l'année suivante, les indicateurs de spécialité. *« Cette alternance a permis d'alléger la lourdeur du dispositif pour les établissements. Auparavant, l'évaluation était annuelle, il ne restait donc que quelques mois aux établissements entre le recueil des indicateurs et la publication des résultats pour mettre en pratique des axes d'amélioration. C'était trop court »*, souligne le Dr Jean Petit, directeur du pôle Qualité au CHU de Toulouse. Aujourd'hui, entre deux recueils, le travail se poursuit. *« Il serait d'ailleurs utile, dans ces interpériodes, d'avoir de nouveaux outils opérationnels pour poursuivre l'évaluation dans les services. Car si vous ne maintenez pas un suivi constant auprès des*



_3 QUESTIONS À

Suite de la page 19 →

professionnels, vos gains en termes de qualité vont stagner », souligne le Dr Dominique Bourderont, directeur médical du pôle Santé publique du CH de Mulhouse.

UN TRIPLE ENJEU

Les résultats des indicateurs sont intégrés dans la procédure de certification des établissements de santé. L'enjeu ? Il est triple : fournir aux établissements des outils de pilotage et de gestion en matière de qualité et sécurité des soins ; apporter aux pouvoirs publics des éléments d'aide à la décision ; et enfin, répondre à la demande de transparence des usagers avec la publication des résultats des établissements. Ainsi, depuis novembre 2013, le site www.scopesante.fr, lancé par la Haute Autorité de santé (HAS), permet aux usagers de comparer les résultats de 5 500 établissements sur une vingtaine d'indicateurs concernant l'activité hospitalière, les équipements et la qualité des soins.

UN NOUVEL OUTIL : LE COMPTE QUALITÉ

Pour faciliter la procédure de certification, la HAS a créé le « compte qualité », qui remplace la grille d'auto-évaluation. « Il comporte une liste de 21 thématiques qui reprennent les référentiels du manuel de certification. Une partie de ces thématiques porte sur les indicateurs : l'établissement doit renseigner ses résultats par rapport aux IQSS et à d'autres indicateurs régionaux et nationaux », explique Véronique Marco, directrice de la Qualité et du développement durable au CHU d'Angers, l'un des premiers établissements à l'avoir expérimenté. Au CH de Mulhouse, on mise beaucoup sur ce nouvel outil. « Nous espérons que la nouvelle version V2014 de la certification, avec le compte qualité, va permettre une analyse plus approfondie des facteurs de risque et une mesure de la qualité sans rupture entre deux évaluations », souligne Sophie Feuerstein, directrice Qualité et gestion des risques au CH de Mulhouse.



Catherine Grenier,

adjointe à la direction de l'Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS) et chef du service Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) à la HAS.

“Dès que l'on met en place un indicateur, la situation s'améliore”

Quel regard porte la HAS sur l'évolution du score des établissements ces dernières années ?

Globalement, nous notons une amélioration du niveau de qualité dans les établissements. De nets progrès sont à souligner, par exemple, sur la tenue du dossier du patient (score passé de 62 % en 2008 à 80 % en 2014, secteur MCO) et sur la prise en charge de l'infarctus du myocarde. D'autres indicateurs progressent, même si leur score reste faible, c'est le cas par exemple du délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation en MCO, qui passe de 26 % (2008) à 51 % (2014).

Quelles sont les difficultés rencontrées par les établissements lors de la procédure de recueil des indicateurs ?

Le principal frein est la charge de travail que cela représente pour les établissements car les systèmes d'information clinique sont faiblement informatisés en France. La HAS a mis en place, depuis 2013, le recueil des indicateurs tous les deux ans, notamment pour alléger cette charge de travail. Dans les

établissements, l'enjeu se situe dans les ressources des services qualité, très hétérogènes, et dont le soutien au recueil est capital pour l'acceptation de la démarche par les équipes de soins.

Quelles évolutions sont à prévoir pour les prochaines années ?

En complément des indicateurs de processus, nous souhaitons une évolution vers des indicateurs de résultats. Si un résultat semble atypique, l'enjeu sera de déclencher une analyse des pratiques pour vérifier le suivi des recommandations de bonnes pratiques. Le premier indicateur qui devrait être utilisé est le taux de thrombose veineuse ou embolie pulmonaire après pose de prothèse de hanche ou de genou. Un groupe de travail « Gestion dynamique des indicateurs », qui a pour but de faire des propositions sur les évolutions du dispositif, va se mettre en place sous l'égide de la DGOS et en lien avec la HAS.

POUR EN SAVOIR +

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249986/fr/indicateurs-de-qualite-et-de-securite : le portail de la HAS dédié aux indicateurs de qualité et sécurité des soins

IFAQ : PLACE AU SECOND VOLET DE L'EXPÉRIMENTATION

Lancé en 2011 par la DGOS et la HAS, IFAQ est un programme d'incitation financière à l'amélioration de la qualité. Il utilise entre autres indicateurs, ceux de qualité et de sécurité des soins (IQSS). Le principe : le résultat obtenu par un établissement pour un indicateur et son évolution dans le temps sont traduits par un score unique, appelé « score IFAQ ». Une rémunération supplémentaire est versée aux établissements dont les scores sont élevés, afin de les inciter à maintenir leurs efforts en matière de qualité et sécurité des soins. « La première version, IFAQ 1, basée sur des indicateurs organisationnels, est terminée : sur les 185 établissements qui avaient postulé, 93 ont été rémunérés

fin 2014. Initialement, il était prévu que 30 % des établissements les mieux classés reçoivent une dotation. Les autorités de tutelle ont donc décidé d'être très incitatives pour le premier volet de l'expérimentation », indique le Dr Sandra Gomez, du pôle Finances à la FHF. Selon leur classement, les établissements ont reçu une rémunération comprise entre 0,3 et 0,5 % de leur base budgétaire MCO, dans la limite d'un plafond compris entre 300 000 et 500 000 euros. « Pour le deuxième volet IFAQ, basé sur une mesure de résultats en pratique clinique, on ignore encore le pourcentage d'établissements qui seront primés », précise le Dr Gomez.

_INITIATIVES

GRENOBLE



ÉVALUER LES RÉADMISSIONS ÉVITABLES

Dans le cadre du Programme de recherche sur la performance du système des soins (Preps, appel à projets de la DGOS pour les établissements qui veulent s'impliquer sur ce thème de recherche), le CHU de Grenoble est sur le point de lancer un projet d'évaluation des dossiers médicaux de patients souffrant d'une infection respiratoire basse et ré-hospitalisés dans le mois suivant leur sortie. « *Dans l'insuffisance respiratoire, le taux de ré-hospitalisation est évalué à 20-25 %* », explique le Pr Patrice François, responsable de l'Unité d'évaluation médicale au CHU de Grenoble. Le projet consiste à compiler les dossiers des patients hospitalisés en 2014 au CHU de Grenoble et au CH d'Annecy pour cette pathologie et à vérifier le taux de ré-hospitalisation. « *Les dossiers concernés seront analysés par des experts infectiologues et pneumologues pour statuer si la réadmission est liée à des défaillances dans la prise en charge initiale* », ajoute le Pr François. Il ne manque plus que le feu vert de la Cnil pour que le projet puisse démarrer.

VITRY-LE-FRANÇOIS



LES VERY QUICK AUDITS

Depuis mai 2014, une méthode innovante se déploie au CH de Vitry-le-François (Marne) : le « very quick audit ». Tous les quinze jours, un auditeur du service qualité passe dans les services pour évaluer une liste d'indicateurs sur la base de trois dossiers patients en moyenne. « *Nous y allons crescendo pour ne pas décourager les équipes. Par exemple, l'indicateur "mesure de la douleur" a été décomposé en deux niveaux, à savoir la "présence d'une mesure avec échelle dans les 24 heures" et ensuite, lorsque ce niveau est acquis, "présence de deux mesures de la douleur chez le patient algique"* », explique Sophie Pique, responsable qualité. À ce jour, 60 indicateurs sont suivis. Si les résultats du service sont bons, le rythme d'évaluation est allégé, ce qui permet de focaliser l'évaluation sur les services qui ont plus de difficultés. « *Le passage rapide mais régulier dans les services donne d'excellents résultats* ». Un outil indispensable, qui sera très utile pour renseigner le compte qualité de la certification V2014.

_EN CHIFFRES

66 INDICATEURS DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ DES SOINS EXISTENT DONT :

53

indicateurs transversaux et de spécialités

13

indicateurs optionnels ajoutés en 2013

LE CONSORTIUM CLARTÉ

Expérimenter des indicateurs de qualité et de sécurité des soins hospitaliers, en vue de leur généralisation : tel était l'objectif du consortium CLARTÉ, qui s'est déployé entre 2011 et 2013, en réponse à un appel à projets du ministère de la Santé. Cette expérimentation associait les compétences des Hospices civils de Lyon (HCL), du Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) et du CHU de Nantes. Le consortium a développé des indicateurs dans deux thématiques : l'amélioration du management des ressources humaines (taux d'absentéisme, turn-over, satisfaction des personnels au travail) et l'amélioration de la sécurité des patients (événements indésirables liés aux soins et culture de sécurité chez les professionnels de santé). « *Cette expérimentation a permis de valider les indicateurs "RH" et "culture de sécurité", qui vont être proposés en régions dès 2015* », indique le Dr Catherine Pourin, codirectrice du CCECQA avec le Dr Jean-Luc Quenon.



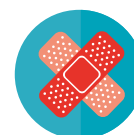
Score qualité moyen atteint par les établissements MCO¹ en 2013 pour l'indicateur de tenue du dossier patient :

79 %

Score qualité moyen atteint par les établissements MCO¹ en 2013 pour l'indicateur de délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation :

51 %

Score qualité moyen atteint par les établissements SSR² en 2013 pour l'indicateur de traçabilité de l'évaluation de la douleur :

83 %

Score qualité moyen atteint par les établissements HAD³ en 2013 pour l'indicateur de traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres :

73 %

(1) Médecine, chirurgie, obstétrique (2) Soins de suite et de réadaptation (3) Hospitalisation à domicile

[Source : HAS]

+ d'interactions

GUIDE

HOPITALEXPO MÉDITERRANÉE : UNE PREMIÈRE ÉDITION RÉUSSIE



Le salon HopitalExpo Méditerranée, qui s'est déroulé les 3 et 4 décembre dernier à Marseille, a réuni 1263 visiteurs (14 % d'étrangers), dont 432 congressistes (22 % d'étrangers). Les participants ont pu découvrir une centaine d'exposants et échanger, lors de tables rondes, autour des enjeux de santé pour les pays du bassin méditerranéen. Le bilan de cette première édition fait apparaître que le

salon a atteint, et même dépassé, ses objectifs. La rencontre inédite de la communauté hospitalière française avec les décideurs des systèmes de santé du bassin méditerranéen a permis d'exprimer à haute voix les défis et besoins auxquels ils font face, et d'établir les bases d'une coopération accrue. Par ailleurs, de nombreux contrats se sont conclus du côté des exposants, permettant au savoir-faire médical français de rayonner au-delà des frontières nationales.

UN FONDS DE DOTATION POUR LA RECHERCHE ET L'INNOVATION



Désireuse de renouer avec une tradition de mécénat qui a donné vie à l'hôpital, la FHF a créé un fonds de dotation Recherche & Innovation le 16 août dernier et l'a officiellement lancé lors du salon HopitalExpo Méditerranée.

Prenant appui sur la force du réseau de la FHF, le Fonds FHF Recherche & Innovation s'articule autour de trois missions principales :

- Favoriser l'émergence d'approches nouvelles en rassemblant et impliquant tous les acteurs de l'hôpital autour de thématiques transversales ;
- Valoriser la cause de l'hôpital, tant en France que sur la scène internationale ;
- Accélérer le changement en soutenant des projets innovants à forte valeur ajoutée pour les malades, en favorisant la diffusion de nouvelles pratiques.

Plus d'informations : www.fonds-fhf.fr

RENCONTRES DE LA COMMUNICATION HOSPITALIÈRE

La FHF organise, le 9 avril 2015, les neuvièmes Rencontres de la communication hospitalière à la Maison du sport français (Paris). Cette édition fait de l'attractivité sa thématique « fil rouge ».

Pour la première fois, le programme s'articule autour de deux conférences plénières en matinée, intitulées « le digital au service de la communication » et « la communication au service de l'attractivité des établissements ».

L'après-midi, deux sessions de trois ateliers sont proposées aux participants. Comme chaque année, notre partenaire la MACSF remettra les prix de la communication hospitalière.

Plus d'informations : www.fhf.fr > Presse/Communication.

Inscriptions : www.sphconseil.fr

INTERNATIONAL

INITIATIVE EUROPÉENNE SUR ALZHEIMER

La Commission européenne a récemment publié un document de travail présentant la mise en œuvre de l'initiative européenne sur la maladie d'Alzheimer et les autres démences, sur ses principales activités depuis 2009 et sur un certain nombre d'autres à venir concernant ces pathologies.

Plus d'informations : http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/alzheimer/index_en.htm

CRÉATION DE RÉSEAUX EUROPÉENS DE RÉFÉRENCE

La création de réseaux européens de référence de prestataires hautement spécialisés en soins de santé prévus dans la directive 2011/24/EU sur l'application des droits des patients aux soins transfrontaliers a fait l'objet d'une conférence le 23 juin dernier à Bruxelles, conférence dont le compte rendu vient d'être publié. Par ailleurs, l'appel d'offres pour la construction du manuel d'évaluation de ces réseaux a été gagné par EURORDIS (le réseau européen des maladies rares) et HOPE (la Fédération européenne des hôpitaux).

Plus d'informations : http://ec.europa.eu/health/ern/docs/ev_20140623_mi_en.pdf

LA CONSOMMATION D'ANTIMICROBIENS SURVEILLÉE EN EUROPE

Le troisième rapport annuel de la surveillance européenne du Réseau de consommation d'antimicrobiens a été publié par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Le document se fonde sur les données de consommation antimicrobiennes de 2012. Dans le secteur hospitalier, la consommation des antibactériens pour les données systémiques d'utilisation variait de 1,0 dose quotidienne définie (DDD) pour 1000 habitants et par jour aux Pays-Bas à 2,8 en Finlande.

Plus d'informations : <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-consumption-europe-esac-net-2012.pdf>

Jeudi 9 avril 2015
CNOSF, 1 Av. Pierre de Coubertin, Paris 13



les **9^e** Rencontres de la
COMMUNICATION
HOSPITALIÈRE

..... inscription en ligne sur www.sphconseil.fr

OUF !



JE ME DEMANDE
COMMENT JE FERAIS S'IL
M'ARRIVAIT QUELQUE
CHOSE ?

JE SERAI
LÀ.

ET LA MNH AUSSI,
EN TE VERSANT
UN COMPLÉMENT
DE REVENU.

MNH PREV'ACTIFS*: REVENUS ET PRIMES GARANTIS EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE.

2 MOIS OFFERTS**



RASSURÉE ?



L'ESPRIT HOSPITALIER EN PLUS

* MNH PREV'ACTIFS propose aussi un capital en cas d'invalidité totale et définitive ou décès, et des rentes conjoint et/ou éducation. Pour le détail de l'offre, nous consulter.

Devis gratuit sur **mnh.fr** et au **N°Cristal 09 72 72 00 34**

APPEL NON SURTAXE

** Offre réservée exclusivement aux nouveaux adhérents à MNH Prev'actifs (n'ayant pas été adhérents MNH Prev'actifs au cours des 12 derniers mois) valable pour tout bulletin d'adhésion signé entre le 1er mars 2015 et le 31 décembre 2015 (date de signature faisant foi), renvoyé à la MNH avant le 31 janvier 2016 (cachet de la poste faisant foi), pour toute adhésion prenant effet du 1er mars 2015 au 1er mars 2016 : 2 mois de cotisation gratuits.