



Hôpital

d'île-de-france

revue trimestrielle de la FHF Île-de-France N°44 - Novembre 2008

dossier

Le décret du 21 août 2008
sur la Formation Professionnelle
Tout au Long de la Vie (FPTLV)



L'invitée

Florence Lustman

Alzheimer : Plan 2008-2012



Journée d'automne de la FHF Île-de-France

Jeudi 13 novembre 2008 - Palais des Arts et des Congrès
25, avenue Victor Cresson - 92130 Issy-les-Moulineaux

Programme

9h30	Accueil des congressistes - Foyer Debussy	
10h00	Assemblée Générale Statutaire Approbation du rapport moral et du rapport financier	
10h30	Questions régionales d'actualité Interventions de : Monsieur Yves TAVERNIER, Président de la FHF - Île-de-France Monsieur Jacques METAIS, Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Débat avec la salle	
11h45	Questions nationales d'actualité Interventions de : Monsieur Claude EVIN, Président de la Fédération Hospitalière de France Madame Annie PODEUR, Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins Débat avec la salle,	
13h00	Déjeuner - salle Menand	
14h30	Actualités régionales → - Information sur le modèle de financement des activités de soins de suite en 2009 - Contribution de la Conférence des directeurs des	
		affaires financières à la réflexion sur le processus de convergence tarifaire. Par Michael GALY, responsable de la Conférence des directeurs des affaires financières
		→ Le décret formation du 21 août 2008 : des objectifs ambitieux, des dispositions innovantes mais une gestion complexe. Par Jean-Marie BARBOT, responsable de la Conférence des directeurs des ressources humaines et Martine MANDOPOULOS-CLEMENTE, déléguée régionale ANFH
		→ Intégration des dispositifs médicaux et enjeux pour les EHPAD concernés Par Zaynab RIET, responsable du secteur médico-social
		→ Cancérologie : Problématique des sites associés et solutions pour une stratégie de groupe Par Céline VIGNÉ, responsable de la Conférence des directeurs des affaires médicales
		→ Mutualisation des achats des hôpitaux franciliens : résultats 2008 et nouveau programme d'action Par Dominique LEGOUGE, directeur du GIP Resah-idf
		17h30 Clôture du Congrès

Première nationale : Ouverture à Sainte-Anne au 1^{er} novembre 2008 d'un Service d'Aide à la Vie Sociale (SAVS) pour les patients épileptiques



Les SAVS, au sens du décret de février 2004, ont pour vocation de contribuer à la réalisation d'un projet de vie par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

Le projet de SAVS Epilepsie porté par le Centre Hospitalier Sainte-Anne et l'équipe de neurophysiologie du Dr Bernard Guéguen, a reçu l'agrément de la DASES de Paris et du CROSM au mois de septembre 2006. Il ouvrira ses portes le 1^{er} novembre 2008. Ce SAVS, qui disposera de 40 places, a pour objectif de prendre en charge les patients épileptiques des arrondissements de Paris. Service ouvert, l'orientation vers le SAVS Epilepsie devra être validée par les MDPH (Maisons Départementales des Personnes Handicapées).

Les personnes admises dans le SAVS sont des personnes qui vivent de façon autonome à leur domicile ou dans leur famille. Les éducateurs rencontrent très régulièrement la personne épileptique dans son milieu de vie et l'aident à avancer dans son projet selon un programme pré-établi. Ce SAVS Epilepsie disposera de bureaux et d'une salle de réunion au rez-de-chaussée du bâtiment 23, allée Gaston Bachelard sur le site de l'hôpital Sainte-Anne.

Ce SAVS Epilepsie est le premier du genre en France. Reposant sur le principe que la prise en charge de l'épilepsie ne doit pas être que médicale ou chirurgicale, il préfigure ce que devra être l'hôpital de demain, à savoir un endroit où l'on soigne effectivement les personnes mais où l'on a également tous les moyens de prendre en charge l'ensemble des éléments qui sont "autour" de la maladie ce qui contribue à les aider à aller vers ce bien-être tel qu'il est défini par l'OMS...

Dr. Bernard GUÉGUEN,
Responsable de l'Unité de neurophysiologie du CHSA
et porteur du projet SAVS-Epilepsie

Actualités

2. Journée d'automne de la FHF Île-de-France
2. Première nationale : Ouverture à Sainte-Anne au 1^{er} novembre 2008 d'un Service d'Aide à la Vie Sociale (SAVS) pour les patients épileptiques

L'invité

- 4-5. Florence Lustman
Inspecteur Général des finances,
Chargée du Plan Alzheimer
- 6-7. La réforme hospitalière :
Présentation de l'avant-projet de loi
Hôpital, Patients, Santé et Territoire

Dossier

Le décret du 21 août 2008 sur la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie (FPTLV)

- 8-9. Interview de Jean-Marie BARBOT
10. Comment concilier les aspirations personnelles et les besoins collectifs ?
- 11-13. L'avènement de la télétransmission généralisée : la facturation hospitalière à la croisée des chemins
- 14-15. SHAM
- La revalorisation tarifaire
- Les visites de risques
16. Education de patient - santé

En direct des établissements

17. Le resah-idf : un levier essentiel d'amélioration de la performance achat au service des EPS et EPSMS franciliens
18. Ouverture d'une unité d'hospitalisation complète de médecine physique et de réadaptation neurologique à Sainte-Anne
18. L'EHPAD Emile Gérard à Livry-Gargan
19. Recueil de performance pour l'amélioration de la qualité hospitalière dans les établissements de soins de courte durée
19. Au 1^{er} janvier 2009, le RPPS se substitue au numéro ADELI

Hôpital d'Île-de-France

- Directeur de la publication : Yves Tavernier
- Rédacteur en chef : Fanny Martin-Born (FHF-IDF)
- Comité de rédaction :
Jean-Marie Barbot (Versailles)
Isabelle Cormenier (Gonesse)
Vincent Errera (Eaubonne-Montmorency)
Jean-Marie Karman (Moisselles)
François Leloup (IME Saint-Denis)
Bénédicte Motte (Sainte-Anne)
François Simon (Saint-Denis)

- Maquette et édition : *vu* intégral
- Impression : Grafikplus
- Tirage : 10 000 ex. - ISSN : 1166-3340
- Secrétariat : FHF - Île-de-France - Centre Hospitalier de Gonesse - 25, Rue Pierre de Theilley 95503 Gonesse
Tél. : 01 34 53 20 71 / Fax : 01 34 53 21 90
- Crédits Photos :
- Couverture : Fotolia - pressmaster / XDR
- Illustrations : G. Bernon (*vu* intégral)
- Intérieur : X-DR

Est-il encore permis d'espérer ?

Au moment où j'écris ces mots, s'annonce dans quelques semaines le grand examen de ce qui déterminera la santé des français et des franciliens pour les prochaines années : discussion du projet de Loi de Finances de la Sécurité Sociale et surtout présentation de la Loi « Hôpital, patients, santé et territoires ».

C'est l'heure de vérité, le moment pour le gouvernement d'indiquer comment orienter, maîtriser les 160 milliards d'euros que la nation consacre, annuellement, à ce sujet vital.

Essayons, à cette occasion, un paradoxe !

Sachant que les propos rassurants des autorités quand ils surabondent sur une réforme à venir sont le meilleur moyen d'inquiéter les populations beaucoup plus expérimentées qu'on ne le croit,

Sachant que lorsque cette autorité vous dit « qu'il n'y a rien à craindre » ou que « la situation est sous contrôle » cela veut généralement dire qu'il faut commencer à prendre ses précautions (la crise financière dans laquelle nous sommes plongés nous en offre l'évidente illustration !), Sachant que les assurances données n'engagent, comme les promesses, que ceux qui les entendent, Sachant donc tout cela,

Pourquoi ne pas espérer, ne pas imaginer que l'inverse, ou le symétrique soit vrai et puisse fonctionner de la même façon ?

Cela voudrait dire que tous les oiseaux de mauvaise augure qui piaillent depuis des années que tout est fichu pour l'hôpital public, qui se répandent en sous-entendus, en doctes déclarations sur son incapacité à se réformer et ne professent pour tout remède que l'étatisation extrême du système de régulation de l'hôpital et la privatisation de ses modes internes de management, ont tort.

Méthode Coué peut-être ? Mais il y a de cela dans ce paradoxe !

Ne négligeons pas que l'espoir est aussi enfant de la sagesse, produit de l'expérience accumulée, de l'intelligence, du calme « des vieilles troupes », dont la communauté des hospitaliers de terrain dans ses pratiques professionnelles, dans la diversité de ses composantes, sérieuses, efficaces, généreuses fait preuve au quotidien.

Il devient plus clair chaque jour d'avantage que la roue tourne, que les certitudes d'hier deviennent fragiles, tout comme la morgue de ceux qui les ont exprimées.

Quelques données issues de récentes enquêtes d'opinion viennent le démontrer :

- 74% des français estiment que le système de santé se détériore d'année en année dans notre pays. ⁽¹⁾
- 50% d'entre eux déclarent pour cette raison s'occuper de moins en moins régulièrement de leur propre santé⁽¹⁾ et délaissent le soin.
- 81% déclarent faire confiance, néanmoins, à l'hôpital public⁽²⁾.
- Comme le constatent régulièrement les représentants de la Fédération Hospitalière de France dans les instances régionales⁽³⁾, les associations d'usagers, à toute occasion expriment sur tous les sujets, leur volonté de voir préservée dans chacun des territoires de notre région, une offre de service public et ne veulent se résoudre au monopole d'une offre privée commerciale marquée par la généralisation du secteur 2 et des dépassements d'honoraires.

Alors espérons et travaillons pour que la prochaine réforme hospitalière permette, sans esprit partisan ni idéologie de conforter une offre de service public hospitalier, renouvelée, solide, pérenne au bénéfice de nos concitoyens.

Yves TAVERNIER
Président de la FHF - Île de France

⁽¹⁾ Sondage IFOF KIRIA Piliplis – Le Nouvel Observateur – Octobre 2008

⁽²⁾ Sondage TNS Sofres-FHF – Les Français et l'hôpital réalisé les 23 et 24 Avril 2008

⁽³⁾ CROS-IDF – Copil ARHIF

l'invitée
Florence Lustman

Alzheimer : Plan 2008 - 2012



Florence Lustman,
*Inspecteur Général des Finances,
Chargée du Plan Alzheimer*

Hôpital d'Île-de-France : Quelles sont les principaux objectifs qui ont été assignés à la Mission de pilotage du plan Alzheimer ?

Florence Lustman : Le Président de la République m'a confié la mission de piloter la mise en œuvre interministérielle du plan Alzheimer sur l'ensemble de ses volets recherche-santé solidarité. Le choix a été fait de ne pas créer une structure nouvelle de type agence mais de confier à une équipe restreinte le pilotage du plan. En pratique, le rôle de la mission de pilotage est celui d'un chef d'orchestre qui anime et coordonne l'action de multiples acteurs : quatre ministres (Xavier Bertrand, Valérie Pécresse, Roselyne Bachelot et Valérie Létard), la CNAM, la CNSA, la HAS, l'ANESM, l'ANR...

Nous associons également les principaux partenaires (France Alzheimer, le conseil national des retraités et personnes âgées, la fondation Médéric Alzheimer, les entreprises du médicament, l'assemblée des départements de France, l'union nationale des professions de santé...) qui sont réunis trois fois par an dans un comité de suivi.

Ma mission comporte un volet évaluation qui consiste à définir les indicateurs permettant de suivre l'exécution du plan, d'en assurer la communication et d'en évaluer les résultats.

Enfin, le Président de la République m'a demandé de lui rendre compte tous les six mois de l'état d'avancement des 44 mesures. Notre première réunion s'est tenue le 19 septembre 2008 en présence des ministres concernés, de France Alzheimer, du Collectif Alzheimer, de la Fondation de coopération scientifique (FCS) et du Pr Ménard.

Ce mode de gouvernance permet de gérer la mise en œuvre du plan dans la plus grande transparence. Tous les éléments du pilotage sont d'ailleurs accessibles sur le nouveau site internet www.plan-alzheimer.gouv.fr.

HIDF : Quelles leçons tirez-vous de la mise en œuvre des deux premiers plans Alzheimer pour la mise en œuvre du troisième ?

F.L. : Ce troisième plan se caractérise -et c'est son originalité- par l'intégration de trois volets (recherche, santé, solidarité) qui doivent s'enrichir mutuellement pour satisfaire au mieux les besoins de la personne.

La réflexion commune qui a présidé à l'élaboration du plan est qu'il faut recentrer toute l'attention sur le malade et ses aidants. Il organise et intègre chacune des mesures dans un système global de prise en charge autour d'eux et non l'inverse.

L'enjeu fondamental de ce plan est sa déclinaison sur le terrain. On aura réussi quand, localement, les choses auront changé. Nous nous sommes donc attachés à définir des indicateurs concrets, mesurables sur le terrain.

HIDF : Quel est aujourd'hui l'état d'avancement de ce troisième plan Alzheimer ?

F.L. : Sept mois après le lancement du plan, les actions prévues ont toutes été mises en œuvre. Seule la création de l'espace de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer a démarré avec retard. Les principales réalisations du plan à ce stade sont :

- appel à candidatures pour une quinzaine de sites expérimentateurs des MAIA ;
- publication de recommandations professionnelles pour le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer par la HAS ;

- création d'une carte d'information « maladie d'Alzheimer » pour chaque malade, diffusion sur commande par France Alzheimer aux médecins ;
- circulaire DHOS/DGS du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du plan Alzheimer : création de 38 consultations mémoire et 3 centres de mémoire et de ressources (CMRR), renforcement de 122 consultations mémoire à forte activité, identification d'unités spécialisées au sein des services de SSR, appels d'offres pour un centre national de référence « malades jeunes » et pour un espace de réflexion éthique ;
- appel à projets CNSA de 180 millions d'euros pour la création d'unités adaptées dans les EHPAD ;
- création de la FCS pour stimuler et coordonner la recherche ;
- financement de 13 projets dans le cadre du Programme hospitalier de recherche clinique et de 7 projets de recherche nationaux et 3 internationaux par l'ANR ;
- mise en ligne par l'Observatoire national de recherche sur la maladie d'Alzheimer des protocoles thérapeutiques en cours en France afin d'informer les malades et leurs proches.

HIDF : Pouvez-vous nous parler du plan européen de lutte contre la maladie d'Alzheimer ?

F.L. : Le double défi du vieillissement de la population et de la prise en charge de la dépendance se présente de manière de plus en plus forte à tous les États membres. Cette situation incite à mettre au point une démarche commune, basée sur l'échange et le partage d'expérience. La présidence française de l'Union européenne organise ainsi une conférence à Paris, les 30 et 31 octobre sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Elle rassemblera politiques, experts et organisations de patients. La dimension européenne pourrait donner une impulsion significative à la lutte contre ces maladies. D'où l'annonce conjointe faite le 1^{er} juillet dernier par le président de la Commission européenne et le président

Nicolas Sarkozy de se donner comme objectif la préparation d'un plan européen de lutte contre la maladie d'Alzheimer. Il pourrait s'articuler autour de trois axes : recherche, prise en charge et qualité de vie, éthique et aspects juridiques. La présidence française souhaite soumettre sur ce thème une proposition de conclusions au Conseil.

HIDF : Dans sa Lettre de l'Observatoire de septembre, la Fondation Médéric Alzheimer souligne les disparités régionales de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et la difficulté pour certains de patients à trouver un établissement pour les accueillir. Quelles sont les réponses que l'on peut apporter à ces difficultés ?

F.L. : L'un des objectifs principal du plan est le maintien à domicile des malades avec notamment le renforcement d'équipes spécialisées. En période de crise ou lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, la création d'unités cognitivo-comportementales dans les services de SSR et d'unités de soins et d'activités adaptées au sein des EHPAD permettront de faire face aux difficultés d'accueil rencontrées par les malades souffrant de troubles comportementaux.

Le plan prévoit la formation du personnel intervenant à domicile et en institution à la prise en charge de ces patients : création d'une fonction d'assistant de soins en gérontologie, adaptation de la formation initiale des psychomotriciens et ergothérapeutes et formation spécifique de l'ensemble du personnel en EHPAD.

Enfin, les indicateurs du plan tiennent compte de la répartition territoriale de la mise en œuvre des mesures. Ainsi, par exemple, les 38 consultations mémoire et 3 CMRR seront créés uniquement dans les zones non pourvues.

HIDF : Quels rôles ont à jouer les hôpitaux dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer ?

F.L. : De manière générale, les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ont un accès plus difficile aux soins techniques de qualité. Le rôle de l'hôpital est donc d'assurer

à ces malades plus difficiles à prendre en charge, les mêmes soins qu'aux autres patients. L'hospitalisation peut toutefois être délétère pour ces personnes âgées fragiles. L'hôpital doit s'adapter pour accueillir ces patients. Il doit également pouvoir répondre aux situations de crise ou de confusion en assurant un bilan médical rapide et une prise en charge adaptée, notamment dans les futures unités spécialisées de SSR.

HIDF : Pensez-vous que le mode de financement de l'hôpital soit adapté au développement des activités (les consultations mémoire, par exemple) qui concourent à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer ?

F.L. : Les consultations mémoire sont actuellement financées dans le cadre des missions d'intérêt général. Le plan prévoit le renforcement de ces MIG sur 3 ans en fonction de la file active et du nombre de nouveaux patients de la consultation. Cette mesure a pour objectif d'adapter les moyens en personnel afin de réduire les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous.

De plus, des renforcements en personnel et l'adaptation des locaux sont financés par le plan tant pour les unités cognitivo-comportementales de SSR que pour les unités adaptées en EHPAD.

HIDF : Quels sont les partenariats que les établissements de santé doivent créer ou renforcer pour une meilleure prise en charge de la maladie d'Alzheimer ?

F.L. : La spécificité des personnes atteintes de la maladie Alzheimer nécessite une réelle pluridisciplinarité et un partage d'information entre le médecin généraliste et l'hôpital. La sortie d'hospitalisation doit être gérée et appréhendée dès l'admission, en concertation avec la famille et le médecin traitant. Ce partenariat doit permettre de préparer, en fonction du souhait du patient et de ses aidants, l'organisation optimale du retour à domicile ou l'admission directe en établissement d'hébergement.

HIDF : Comment s'intègrent-ils dans le dispositif des MAIA ?

F.L. : La MAIA va simplifier et améliorer l'accès aux soins, services et prestations. C'est un point d'entrée unique pour les malades. Le coordonnateur sera l'interlocuteur direct de la personne, de son aidant principal et du médecin traitant et organisera l'intervention des différents acteurs. L'hôpital s'intègre dans le dispositif au même titre que tous les autres prestataires en tant qu'acteur de la prise en charge des malades d'Alzheimer et des cas complexes. Plus spécifiquement, l'hôpital pourra apporter de la compétence médicale et gériatrique au sein de la MAIA.

HIDF : Comme toujours, pour conclure notre rubrique « invité », quels messages souhaitez-vous faire passer aux hôpitaux publics franciliens ?

F.L. : Les hôpitaux sont à l'origine de nombreuses initiatives intéressantes et innovantes dans le domaine de la maladie d'Alzheimer. L'un des atouts du plan est qu'il ne fige rien. Nous allons ainsi essayer de repérer et d'évaluer les bonnes pratiques pour les diffuser le plus largement possible. Toujours plus de coopération des hôpitaux avec les autres acteurs de santé et du médico-social en lien avec les MAIA permettront au malade de bénéficier d'une prise en charge coordonnée.

Propos recueillis par Fanny MARTIN-BORN

La réforme hospitalière

Présentation de l'avant-projet de loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire

Nous présentons ici une analyse de l'avant projet de loi Hôpital, patients, santé et territoire qui s'inspire des propositions du rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidé par M. Gérard Larcher.

Quatre titres composent cet avant-projet de loi :

- Titre I : modernisation des établissements de santé
- Titre II : accès pour tous à des soins de qualité
- Titre III : prévention et santé publique
- Titre IV : organisation territoriale du système de santé

Cet avant-projet de loi est bien entendu amené à évoluer notamment par le biais des amendements parlementaires, néanmoins il présente un certain nombre de changements majeurs pour le paysage hospitalier qu'il nous a semblé important d'évoquer dès à présent, car il suscite déjà un large débat.

Une volonté de changement profond du paysage hospitalier

Premier changement majeur : la nature des établissements autorisés à exercer des missions de service public

Auparavant, seuls les établissements de santé publics et les établissements de santé privés participant au service publics hospitaliers (PSPH) ou concessionnaires du service public hospitalier étaient autorisés à assurer ces missions de service public.

L'avant-projet de loi élargit cette possibilité à l'ensemble des établissements de santé quelque soit leur statut (y compris communauté hospitalière de territoire et groupement de coopération sanitaire dans certains cas) sur la base d'un contrat signé avec l'agence régionale de santé.

Cela signifie que tous les établissements de santé y compris privés pourront exercer des missions de service public, telles que concourir

à la permanence des soins, à l'enseignement universitaire et post-universitaire ou encore à la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement.

La répartition des missions de service public se fait dans le cadre du schéma régional de l'organisation des soins.

Les principes de l'exercice du service public sont réaffirmés :

- égal accès aux soins dispensés
- prise en charge 24 h / 24 h
- non discrimination pour la qualité des soins
- possibilité d'être pris en charge aux tarifs conventionnels (notamment urgence et permanence des soins)

Second changement majeur : le statut des établissements publics de santé

Un statut unique

Les établissements de santé auront désormais un statut unique, qui entraîne la disparition de la catégorie juridique des hôpitaux locaux.

Une nouvelle structuration des organes décisionnels

Actuellement

- Un conseil d'administration présidé par le maire de la commune de rattachement de l'établissement

Ce qui est prévu dans l'avant-projet de loi

- Un conseil de surveillance, dont le président est élu parmi les membres des collèges des élus et des personnalités qualifiées (le nombre de membres ne peut excéder 12)

Actuellement

- Un conseil exécutif associant à parité les membres de l'équipe de direction (dont le directeur) et le président de CME et des praticiens désignés par celle-ci dans la limite de 12 ou 15 membres

Ce qui est prévu dans l'avant-projet de loi

- Un directoire composé de 5 ou 7 membres, cadres administratifs ou médicaux et présidé par le directeur. Le vice-président du

directoire est de droit président de la CME

Cette gouvernance est prévue pour tous les établissements de santé, y compris les communautés hospitalières de territoire.

Les établissements publics de santé auront la possibilité de créer en leur sein des fondations pour la recherche.

Des attributions modifiées, marquées par une volonté de renforcer les pouvoirs du directeur

Le directeur exerce des pouvoirs élargis. On peut noter qu'il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel et fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

Les directeurs de soins sont recentrés sur des missions transversales liées à la qualité des soins.

Les responsables de pôles deviennent chefs de pôle et ont autorité sur l'ensemble des personnels du pôle.

De nouvelles conditions de nomination

Les directeurs d'établissements pourront être recrutés par voie contractuelle.

Ils sont nommés :

- pour les CHU, en conseil des ministres
- pour les autres établissements, par le directeur du Centre National de gestion

Les chefs de pôle ne sont plus nommés par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement mais par le directeur après avis du président de la Commission médicale d'établissement, pour une durée de 3 ans.

Le directeur nomme les directeurs-adjoints et les directeurs de soins et propose au directeur du Centre national de gestion la nomination des personnels médicaux.

Un renouvellement du statut du personnel médical à l'hôpital

Un nouveau statut contractuel est créé pour renforcer l'attractivité de l'hôpital public. Les rémunérations de ces praticiens seront modulées sur la base d'objectifs et d'engagements individuels du praticien, notamment

d'activité. Ainsi, la rémunération du praticien comportera une part fixe et une part variable. Les établissements pourront recourir à ces contrats pour recruter des praticiens dans les spécialités où le recrutement est difficile. Le nombre de ces contrats est fixé dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Ils peuvent concerner des praticiens hospitaliers en détachement.

Troisième changement majeur : la coopération entre établissements de santé

La création des communautés hospitalières de territoire

Il est prévu que la Communauté hospitalière de territoire devienne la forme de droit commun des coopérations entre établissements publics de santé. L'avant projet de loi définit les communautés hospitalières de territoire comme un établissement public de santé créé à l'initiative des établissements ou à l'initiative du Directeur de l'Agence régionale de santé qui peut obliger les EPS à coopérer.

Cette communauté pourrait prendre deux formes :

- soit une communauté « tête de réseau » ou fédérative avec un des membres préexistants qui en assure le rôle d'établissement siège et une stratégie commune définie dans le cadre de la CHT de même que la mutualisation des moyens. Les établissements restent autonomes mais s'inscrivent dans une stratégie commune.
- soit une communauté hospitalière de territoire intégrée où toutes les compétences des établissements sont transférées à la CHT, mais les établissements conservent leurs instances consultatives.

La simplification du cadre juridique des groupements de coopération sanitaire

Deux types de GCS sont distingués :

- le GCS de mise en commun des moyens qui permet la gestion de moyens au nom et pour le compte de ses membres

- le GCS autorisé à exercer en son nom une ou plusieurs activités de soins (avec un statut d'établissement de santé) ou à organiser et gérer des activités de recherche ou d'enseignement (par exemple un GCS entre CHU au niveau inter-régional)

Quatrième changement majeur : une nouvelle organisation territoriale de l'offre de soins avec la création des agences régionales de santé

L'avant-projet de loi crée les agences régionales de santé. Elles répondent à la volonté de confier à une structure unique au niveau régional :

- la politique de santé publique,
- les soins ambulatoires et hospitaliers
- les prises en charge et accompagnements dans les établissements et services médico-sociaux
- les professions de santé.

Elle a pour mission de définir et mettre en œuvre la politique régionale de santé afin de répondre aux besoins de la population

Il faut également souligner que l'organisation de l'accès aux soins de premier recours est confiée à l'Agence régionale de santé.

L'agence régionale de santé est dirigée par un directeur général et comporte un conseil de surveillance présidé par le préfet de région. Elle s'appuie sur une conférence régionale de santé chargée de participer à la définition des politiques de santé régionales.

Un comité de coordination du système de santé est créé pour piloter les ARS au niveau national.

Quelques interrogations...

Certaines préconisations du rapport Larcher qui avait pour objectif de permettre une gestion plus souple des établissements publics de santé et donc de leur permettre de répondre à la concurrence (assouplissements des achats publics, suppression de la séparation

de l'ordonnateur et du comptable par exemple) n'ont pas été complètement reprises par l'avant-projet de loi alors qu'ils constituent de nouveaux leviers d'efficience pour les établissements publics de santé.

De même, l'avant-projet de loi n'organise pas d'incitations fortes pour les établissements à se regrouper en communautés hospitalières de territoire, comme le recommandait également le rapport Larcher et qui permettrait de favoriser une politique d'accompagnement de ces rapprochements permettant un juste équilibre entre les établissements de santé, quels que soient leur taille et leur nature.

Le texte de loi définitif, modifié par les amendements parlementaires permettra peut-être de répondre à ces interrogations. La promulgation des textes définitifs devrait intervenir au cours du printemps prochain.

Fanny MARTIN-BORN
*Délégué permanent
de la FHF - île-de-France*

Le décret du 21 août 2008 sur la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie (FPTLV)

L'ANFH Île-de-France a multiplié, toute l'année dernière, les actions de communication et d'information afin de préparer les établissements à la mise en oeuvre du nouveau décret dit « FPTLV ; Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie ».

Paru avec retard, ce décret abroge le cadre familial mais vieux de 18 ans des anciennes dispositions. Il introduit de très nombreuses nouveautés, en donnant une cohérence aux diverses réformes et innovations (VAE, Bilan de Compétences, Fonds mutualisé pour les Etudes Promotionnelles) qui se sont succédées depuis quelques années.

Le nouveau décret, qui doit être complété d'une circulaire, ne s'appliquera réellement dans les faits qu'en 2009 pour la préparation du plan de formation 2010. Il rend nécessaire un travail de préparation technique assez important par les services de formation et par l'ANFH, qui doit également adapter l'outil informatique.

Ambitieuse pour les agents mais complexe pour les gestionnaires, la réforme met aussi l'accent sur la professionnalisation des services de formation, qui trouvent en l'ANFH un partenaire indispensable et de plus en plus spécialisé.

Emmanuelle QUILLET
Présidente de l'ANFH Ile de France

Interview de Jean-Marie BARBOT

DRH du Centre Hospitalier de Versailles
Président de l'ADRHSS



hôpital d'Île-de-France : Le décret formation était attendu depuis longtemps. Selon vous, répond-il aux attentes des responsables des ressources humaines ?

Jean-Marie BARBOT : Ce texte était en effet attendu depuis longtemps et devenait un peu l'Arlésienne !

Sa longue gestation aura en tout cas permis qu'il s'améliore un peu au fil des différentes versions et gagne, un peu, en lisibilité...

Bien évidemment, les responsables des ressources humaines ne peuvent que partager les objectifs ambitieux et généreux de la Formation Tout au Long de la Vie (FTLV). Le développement professionnel de nos agents, le renforcement de leurs compétences et

la politique promotionnelle sont de vrais enjeux, surtout dans le contexte démographique actuel.

Mais, la vérité m'oblige à dire que ma première réaction à la lecture de ce texte, est celle d'une grande perplexité au regard notamment d'un formalisme de plus en plus contraignant pour la gestion de la formation.

HIDF : Quelles sont les contraintes que vous évoquez ?

J.-M.B. : Je prendrai l'exemple du Droit Individuel à la Formation (DIF) qui est très emblématique de cette réforme.

Je crains qu'il ne soit pas très aisé pour nos chargés de formation de faire le tri entre les

actions « difables » et celles qui ne le seront pas, car la frontière entre la formation, l'adaptation à l'emploi (hors DIF) et la formation liée à l'évolution de l'emploi (DIF) n'est pas toujours évidente !

De plus, la mise en place du DIF s'accompagne d'un formalisme excessif (ex : accord écrit entre agent et hôpital) qui risque d'aboutir à une gestion contentieuse de la formation.

Toute la difficulté pour nos chargés de formation va être de bien analyser ce qui relève du plan de formation « institutionnel » et ce qui relève du DIF.

HIDF : Ce DIF ne constitue-t-il pas une avancée pour le personnel hospitalier ?

J-M.B. : Sans doute, mais il ne faut pas oublier que les modalités de la FTLV ont aussi été conçues pour obliger les entreprises, et notamment les petites et moyennes, à faire davantage de formation. Or, dans le secteur hospitalier, nous consacrons depuis longtemps des moyens importants, et parfois supérieurs à l'obligation légale, pour la formation continue de nos agents.

De plus, nous avons su, depuis plusieurs années, mettre en œuvre des dispositifs de soutien et d'accompagnement personnalisés, notamment dans le cadre de la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE), du Congé de Formation Professionnelle (CFP) et du bilan de compétences.

Or, il faut bien constater qu'avec le DIF, on entre dans une procédure assez compliquée de comptabilisation des droits (20 H par an et par agent) avec notamment des possibilités de consommation par anticipation des droits acquis ! Si l'on ajoute à cela que le DIF est transférable, on imagine aisément les problèmes que va inévitablement poser la gestion de ce nouveau « compte épargne formation... ».

HIDF : Que pensez-vous des autres outils prévus par la nouvelle réglementation tels que les périodes de professionnalisation et le passeport formation ?

J-M.B. : S'agissant des périodes de professionnalisation, je pense que c'est une bonne réponse à un vrai problème qui est celui de la nécessaire reconversion de certains de nos agents à qui devrait pouvoir être proposée une seconde carrière. Cependant, le dispositif d'intégration dans le nouveau corps doit, de mon point de vue, être encore précisé. Sur le passeport formation, l'idée de garantir une traçabilité du parcours de formation est intéressante : j'observe d'ailleurs que ce passeport pourra être utilement utilisé lors des entretiens de formation qui devront désormais compléter les entretiens annuels d'évaluation.

HIDF : Que pensez-vous des possibilités prévues par le décret de faire réaliser, sous certaines conditions, la formation hors temps de travail ?

J-M.B. : D'une manière générale, les nouvelles dispositions devraient faciliter la participation du personnel aux actions de formation et ce, d'autant qu'une allocation sera versée aux agents réalisant leur DIF en dehors du temps de travail.

Mais je n'ignore pas que c'est un sujet sensible que nous devons traiter avec les représentants du personnel.

HIDF : Quels moyens faut-il mettre en œuvre pour gérer demain la FTLV à l'hôpital ?

J-M.B. : Il faudra s'appuyer bien évidemment sur tous les dispositifs existants (CFP, VAE, bilan de compétences...)

Mais je voudrais aussi souligner l'importance du programme pluri-annuel de formation qui va nous conduire à inscrire nos plans de formation dans une vision plus prospective s'appuyant sur les orientations stratégiques de l'établissement.

Enfin, la formation continue doit s'appuyer davantage sur les nouveaux moyens pédagogiques tels que l'e-learning.

La formation assistée par ordinateur est

aujourd'hui une vraie réponse aux problèmes que nous connaissons bien (manque d'effectifs, RTT, absentéisme...)

L'e-learning favorise aussi l'accès à la formation de ceux qui en ont le plus besoin (ex : personnels de catégorie C), mais qui participent peu, en réalité, aux actions de formation « présentielle ».

Au Centre Hospitalier de Versailles, le développement de l'e-learning nous a permis, l'année dernière, d'augmenter de 40% le nombre d'heures de formation alors que le budget formation n'a progressé que de 1%. Quant aux agents de catégorie C participant à la formation continue, le taux a progressé de 14% entre 2006 et 2007.

HIDF : Et les chargés de formation ?

J-M.B. : Ils vont avoir un rôle essentiel à jouer dans la mise en œuvre de ce décret.

Chacun sait que ce métier requiert des compétences de plus en plus larges (juridiques, financières...)

Les chargés de formation vont aussi devoir s'investir davantage dans des missions d'appui et de conseil sur le plan individuel et collectif.

Il nous appartient donc, comme responsables des ressources humaines, de veiller à la professionnalisation de nos responsables de formation dont va largement dépendre la réussite de cette importante réforme.

Propos recueillis par Isabelle CORMENIER

Comment concilier les aspirations personnelles et les besoins collectifs ?

Le décret du 21 août 2008, relatif à la formation continue abroge le décret du 5 avril 1990 et y substitue la formation professionnelle tout au long de la Vie FPTLV. Il fait suite au protocole d'accord du 19 octobre 2006 et a été pris en application de la loi de modernisation de la fonction publique du 2 février 2007.

Les principales innovations de ce texte sont dans la transposition dans la fonction publique hospitalière des dispositifs créés dans le secteur privé en 2004, notamment le droit individuel à la formation.

1. Financement de la formation

Le financement de la formation dans la fonction publique hospitalière reste inchangé avec 3 enveloppes de cotisations :

- 2,1% de la masse salariale pour le plan de formation
- 0,2% de la masse salariale pour le congé de formation professionnelle et les bilans de compétences
- 0,6 % de la masse salariale pour le fonds mutualisé des études promotionnelles (enveloppe créée en 2007 avec une montée en charge progressive sur 3 années.

5 types d'actions peuvent être inscrites au plan de formation : formations initiales, actions de développement des compétences, préparations aux concours et examens, études promotionnelles, actions de reconversion.

Les actions de développement des compétences se déclinent en 3 catégories : adaptation au poste de travail, adaptation à l'évolution de l'emploi et développement des compétences. Ces 2 dernières actions peuvent être organisées en tout ou partie sur le temps de travail.

Le plan de formation doit faire l'objet d'une présentation pluriannuelle et s'intégrer dans la stratégie de l'établissement. Il doit être validé par les partenaires sociaux et s'intégrer dans le projet social.

2. Les nouveautés

Le Droit Individuel à la Formation

Le DIF est l'un des points principaux de la réforme : il faut l'interpréter comme un droit

individuel à demander de la formation car le droit à la formation est inscrit dans le statut des fonctionnaires.

Chaque agent peut demander à bénéficier d'un temps de formation de 20 heures par an à compter du 1^{er} juillet 2007 (date d'application de la loi du 2 février 2007).

Ce quota d'heures attribué par année de service peut être utilisé par anticipation dans la limite de 120 heures sous certaines conditions.

Il peut être exercé sur ou hors temps de travail et est transférable entre établissements et entre fonctions publiques. Il est cadré aux actions 2 et 3 du plan de formation, aux préparations aux concours et examens, bilan de compétences et VAE.

La période de professionnalisation

Elle devrait permettre de prévenir les risques d'inadaptation liés à l'évolution des métiers et favoriser l'acquisition de compétences nouvelles pour les agents souhaitant changer d'orientation professionnelle.

Elle est limitée à 6 mois alternée entre formations théoriques et activités professionnelles.

Le passeport formation

Ce document retracera le parcours professionnel de tout agent : diplômes, expériences professionnelles, périodes de formation, emplois exercés, aptitudes professionnelles mises en œuvre... cette « carte vitale » de la formation assurera la tracabilité du parcours d'un agent tout le long de sa vie professionnelle et devrait favoriser la mobilité.

L'entretien formation

Il est l'occasion pour l'agent de préparer ses souhaits en matière de formation et a lieu chaque année avec le supérieur hiérarchique selon des modalités à définir par l'établissement.

Il a pour objectif d'assurer la tracabilité des suites données aux demandes des agents, de discuter des actions de formation nécessaires.

3. Le renforcement des droits individuels

- Le congé de formation professionnelle existe depuis 1990 : c'est une demande individuelle de l'agent lui permettant de suivre une action

de formation professionnelle de son choix.

- Le bilan de compétences : il est créé un congé spécifique de 24 heures. L'objectif est de permettre aux agents d'analyser leurs compétences professionnelles et personnelles et de définir un projet professionnel. Le DIF peut être utilisé pour ce congé.

- La validation des acquis de l'expérience professionnelle est renforcée avec la création d'un congé pour validation des acquis de l'expérience professionnelle de 24 heures afin d'obtenir tout ou partie d'un diplôme, d'un titre ou d'un certificat professionnel. La VAE peut être financée sur le plan de formation, les enveloppes spécifiques d'EP ou le Cfp s'il s'agit d'un projet individuel. Le DIF peut être utilisé pour les actions de VAE.

Elles peuvent être financées sur le plan de formation, sur les fonds dédiés aux EP ou à l'initiative de l'agent sur les fonds CFP.

Conclusion

Ce texte permet aux agents de s'impliquer dans leur parcours professionnel en leur donnant un droit d'initiative à demander de la formation. Celles-ci doivent toutefois s'intégrer dans les objectifs institutionnels.

Lorsqu'il s'agit de stratégie individuelle les demandes peuvent être financées par le CFP lorsque l'agent a 3 années d'ancienneté.

La mise en place de la réforme doit être l'opportunité pour les établissements de mettre en place une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences et d'enrichir le dialogue social.

L' Association Nationale pour la Formation du Personnel Hospitalier s'est mis en disposition pour accompagner cette réforme et faciliter la formalisation administrative de ce texte qui peut paraître lourd aux établissements. Elle met à disposition des établissements franciliens son savoir faire et son expertise dans les domaines réglementaires et financiers.

Martine MANDOPOULOS-CLEMENTE
Déléguée régionale ANFH île-de-France

L'avènement de la télétransmission généralisée : la facturation hospitalière à la croisée des chemins

Dans un contexte budgétaire contraint une nouvelle fois et avec les conséquences pratiques de la mise en place de la tarification à l'activité, la question de la facturation hospitalière prend une dimension nouvelle. Longtemps laissée pour compte des questions stratégiques du fait du système de la dotation globale, la chaîne de facturation est devenue aujourd'hui un enjeu fondamental pour des établissements dont la situation financière reste déprimée. Ainsi, le déficit cumulé des établissements devrait s'établir à 800 millions d'euros pour 2008 et des évolutions récentes ne vont pas dans le sens d'une amélioration :

- La baisse des tarifs nationaux associés à la hausse du prix et/ou de la consommation des médicaments inclus dans les GHS déstabilise l'équilibre déjà précaire entre les recettes (soumises à l'évolution de l'activité et les dépenses hospitalières (en grande partie figée dans leur structure et en croissance mécanique).

- Depuis mars 2008, les forfaits accueil et traitement des urgences (ATU) et petit matériel (FFM) ne sont pas facturables aux non-assurés sociaux. Les pertes induites sont importantes, notamment pour les établissements situés dans des régions dont la population est en situation de forte précarité. Tous les établissements disposant d'un service d'urgences sont concernés et

perdent de ce fait de 10 à 30% de leurs ATU. Les démarches administratives concernant l'instruction des dossiers au titre des soins urgents et vitaux (SUV) sont rendues plus complexes pour l'année 2008 (facturation au fil de l'eau) et induisent une perte sèche pour les établissements, pourtant démunis dans la plupart des situations qu'ils rencontrent au quotidien².

C'est dans ce contexte défavorable que doit advenir la transformation la plus notable dans le domaine des recettes hospitalières : la généralisation des télétransmissions.

Cette révolution silencieuse bouleverse progressivement les modalités de facturation dans les hôpitaux publics. Silencieuse car rendue inintelligible par sa mise en œuvre dont la technicité renvoie à l'image d'un avion qui ne serait plus piloté. En effet, initialement prévue au 1^{er} janvier 2009, la « facturation au fil de l'eau » -dont les télétransmissions sont le vecteur principal- a été repoussée sine die.

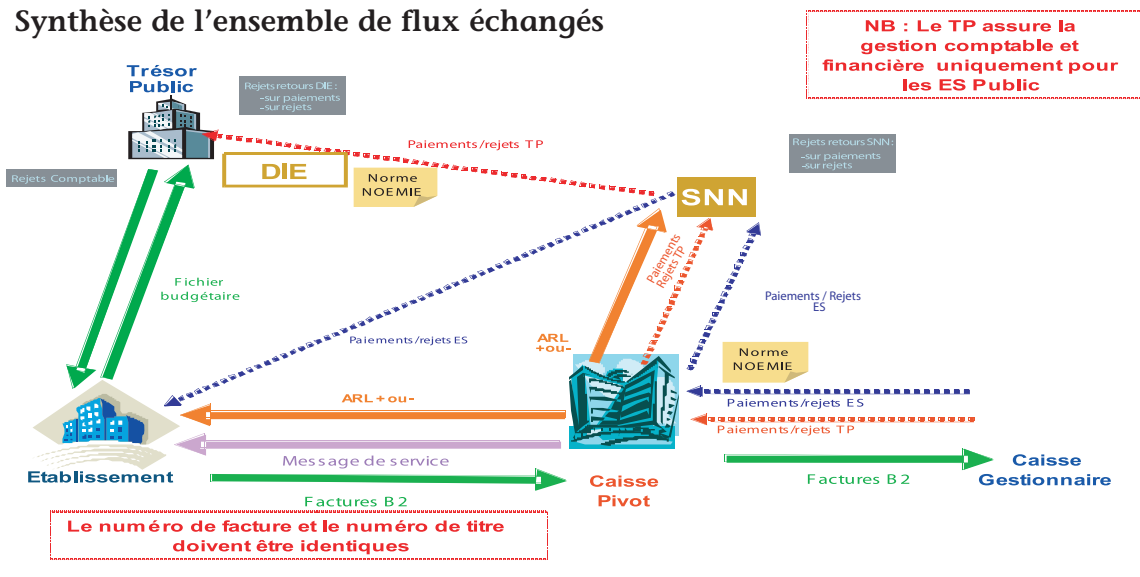
La mise en œuvre de la réforme fait apparaître des zones d'incertitude

Les raisons de ce retard en sont l'impréparation des établissements et le manque de clarté de la mise en œuvre concrète d'une réforme en proie à des difficultés techniques insondables. Pourtant l'enjeu financier est de taille puisqu'il concerne à terme l'ensemble des

recettes des établissements ! Or les établissements qui télétransmettent déjà (flux 1 euro, bénéficiaires de l'AME et de la CMU notamment) ont plus ou moins bien anticipé la réforme. Environ 6%³ seulement des montants sont actuellement télétransmis et les difficultés pratiques apparaissent pourtant disproportionnées au regard de l'importance des flux. Malgré des éléments connus depuis longtemps⁴, cette réforme souffre d'incertitudes pesantes quant à sa faisabilité. Les acteurs ont dû mal à s'entendre au niveau national (Assurance-maladie et Ministère des Finances) sur des pré-requis techniques visant notamment à la sécurisation des données⁵. Il existe désormais un jargon « B2-NOEMIE » mélangeant « ARL », « PV de phase 4 », « bascule des couloirs⁶ » etc. Les établissements de santé sont soumis aux évolutions décidées nationalement sans qu'aient été prévus les moyens de contrôler la fiabilité des flux télétransmis. Ainsi, plusieurs incertitudes extérieures au monde hospitalier perdurent et n'incitent pas les établissements à anticiper l'évolution en cours :

- Il n'existe pas d'outil national de suivi du recouvrement d'où le flou qui entoure la réalité des paiements et le suivi des créances, en l'absence d'initiatives locales (recouvrement d'informations entre Caisse Primaire, Trésorerie et hôpital).

Synthèse de l'ensemble de flux échangés



L'avènement de la télétransmission généralisée : la facturation hospitalière à la croisée des chemins (suite)

- Les données à suivre sont nombreuses : factures émises B2, retours NOEMIE, suivi des annulations et les critères de suivi éclatés (montants, numéros de factures, de lots, de sécurité sociale, dates, débiteurs...)
- Les données ne sont pas facilement partageables et dépendent du système d'informations. Des doutes sur l'exhaustivité des données perdurent (existence de factures non rejetées mais non payées par exemple, maintien de rejets B2 sous format papier...)
- Les statistiques sur les rejets envoyées par l'Assurance-maladie sont parfois contestables ou inintelligibles (rejets recyclés, rejet du type « traitement caisses »). Il apparaît difficile de corriger des rejets si la cause en reste inconnue sauf de l'Assurance-maladie.

Le schéma-cible d'application de la réforme suffit à en cerner la complexité.

En dépit des contingences techniques, les retardataires connaîtront des difficultés très importantes dont l'impact financier sera immédiat.

Malgré le retard pris dans la mise en œuvre du schéma-cible qui régit les différents flux, il est probable que la généralisation des télétransmissions soit actée dans la deuxième moitié de l'année 2009. Il est alors impératif d'anticiper ce changement qui, au-delà de la débauche d'énergie au niveau technique, constitue un défi managérial d'importance :

- **L'offre de suivi des nouveaux flux électroniques par les éditeurs informatiques est quasi-nulle.** Il est donc nécessaire de mettre en place dès aujourd'hui des outils de suivi des échanges entre l'établissement et l'Assurance-maladie sous peine de ne pas retrouver dans ses comptes les recettes pourtant facturées. C'est un des points forts relevés au sein du groupe de travail créé par l'ARHIF en 2008 dont les conclusions sont synthétisées dans un guide pratique des télétransmissions, disponible d'ici la fin de l'année⁷.
- **La technicité de la réforme ne doit pas masquer son enjeu principal.** A faire valoir le technique sur l'humain, on n'en oublierait presque la dimension essentielle

des processus à l'œuvre : le management des hommes et femmes qui donnent vie à la chaîne de facturation. La mise en place de la facturation au fil de l'eau, expression ô combien galvaudée depuis plusieurs années, trouve tout son sens dans la mise en place des télétransmissions.

Les effectifs des bureaux des entrées sont en général peu préparés aux changements induits par la généralisation des télétransmissions. Les contrôles électroniques sont plus poussés et il est probable que les taux de rejets soient importants. Le traitement de ces rejets nécessite une expertise technique et une expérience certaine d'analyse, compte-tenu des multiples possibilités en la matière⁸. Surtout, leur masse n'est pas gérable par des agents qui n'ont pas été formés au traitement de ces nouveaux dossiers. Or un rejet équivaut à faire de nouveau le travail réalisé en début de chaîne d'où des impacts considérables au niveau de l'organisation des services de facturation.

- Toutes les préconisations en matière de sécurisation de la chaîne de facturation et en particulier des données permettant le recouvrement des factures (à l'assurance maladie ou au patient) sont plus que jamais d'actualité car leur non-respect aura pour conséquence un accroissement exponentiel des rejets⁹.
- La collaboration avec l'Assurance-maladie et le Trésor public devient une nécessité afin de fiabiliser les flux de données de façon conjointe et de mettre en place un suivi analytique des factures télétransmises.

Les montants financiers considérables en jeu conditionnent largement l'équilibre budgétaire des établissements, lesquels sont par ailleurs de plus en plus soumis à des contraintes exogènes pesant sur leur fonctionnement. **Par ailleurs, une fois appliquée, la généralisation des télétransmissions bouleversera l'ensemble des recettes hospitalières. (...)**

Ainsi, le décalage qui existe actuellement entre le calcul de la part Assurance-maladie (80%) -calculé sur le tarif du GHS- et le ticket modérateur acquitté par le patient (20%) - calculé sur le prix de journée- sera aban-

GLOSSAIRE

ARL : Accusé de Réception Logique. Les ARL sont envoyés par l'Assurance-maladie à l'établissement pour certifier la conformité structurel d'un lot B2 envoyé.

PV de phase 4 : plusieurs phases devaient conduire à l'application de la réforme. Le procès-verbal d'une phase sanctionne le passage d'une étape à la suivante. La phase 4 concerne le passage en flux sécurisés.

ATU : l'ATU était facturé à l'assurance maladie pour tout passage aux urgences. Les non assurés sociaux comprennent les bénéficiaires de l'AME, des soins urgents de l'art. L. 254-1 du CASF, les migrants et enfin les 100% payant.

Couloir : terme technique définissant le support électronique des échanges électroniques au niveau de l'assurance maladie. L'année 2008 est marquée par la « bascule » des flux sur des couloirs qui doivent permettre d'envoyer des lots B2 pour l'ensemble des assurés sociaux indépendamment de la caisse. Ce processus n'est possible que pour les établissements fonctionnant en flux sécurisés.

Normes B2 et NOEMIE : il s'agit du format d'échange défini par le cahier des charges présidant à la mise en place des télétransmissions (définie en 2005 et par le protocole d'accord national de 2006). Plusieurs phases techniques doivent permettre la réalisation du cahier des charges, la dernière étant le passage en flux dits sécurisés. Cette dernière étape est soumise à une étroite coordination entre l'éditeur informatique, le bureau des entrées, l'assurance maladie et le trésorier afin que l'ensemble des données puissent être communiqué d'un acteur à l'autre. Le flux B2 concerne l'établissement et l'Assurance-maladie et le flux NOEMIE le Trésor Public et l'Assurance-maladie.

Rejets : la facture télétransmise est analysée par l'assurance maladie de façon autonome. L'ensemble des contrôles est inconnu des établissements. Néanmoins, il existe un recueil -non exhaustif par ailleurs- de l'ensemble des causes pouvant expliquer un rejet de la facture. Ces données sont contenues dans le dictionnaire des anomalies IRIS B2 téléchargeable sur le site www.ameli.fr.

donné au profit d'un système ne prenant en compte que le tarif national du GHS. Les conséquences financières d'un tel changement seront sans conteste importantes compte tenu du fait que de nombreux établissements utilisent le prix de journée comme variable d'ajustement à la marge de leur équilibre financier. Cet aspect, redouté par l'ensemble des acteurs, constitue vraisemblablement une raison au retard pris dans l'application de la réforme. À l'avenir, le taux de rejets des factures émises conditionnera l'équilibre budgétaire des établissements dont la trésorerie quotidienne dépendra de la qualité et de la rapidité avec lesquelles ils pourront télétransmettre. À l'inverse, un établissement qui anticipe les difficultés de mise en œuvre de la réforme bénéficiera probablement d'un effet positif sur la rapidité des paiements des factures. L'effet sera donc également positif sur son besoin en fonds de roulement. **Il existe par conséquent un intérêt fort à planifier et organiser les changements induits par une réforme porteuse d'évolutions radicales en matière de recouvrement.**

Dans ce contexte, s'il n'est pas encore trop tard pour s'adapter à cette nouvelle évolution, il convient sans doute de mettre en place dès à présent les modes d'organisation qui permettront à la facturation au fil de l'eau d'exister autrement que par ses aspects techniques les plus décriés. Encore faut-il l'avoir compris, encore faut-il l'avoir anticipé et encore faut-il y croire davantage que ce que la réalité des calendres grecques ne le suggère...

Mr François SIMON¹

*Directeur des Recettes
et de la Gestion administrative du Patient
au Centre Hospitalier de Saint-Denis*

¹ Directeur des Recettes et de la Gestion administrative du Patient, Centre Hospitalier de Saint-Denis (CHSD).

² Il est parfois difficile de joindre à la demande de soins urgents la photocopie du refus d'AME qui procède d'un circuit différent. Or sans cette copie l'Assurance-maladie refuse le paiement.

³ Le chiffre est très variable d'un établissement à l'autre selon la proportion de bénéficiaires de la CMU ou de l'AME.

⁴ Les premiers textes datent de 2005 (cf. kit de déploiement des télétransmissions disponible à l'adresse : <http://www.mainh.sante.gouv.fr/base-documentaire.asp?id=221&mod=voir>)

⁵ Une mission IGAS-IGF a d'ailleurs été diligentée pour enquêter sur les dysfonctionnements qui entravent la mise en place de la réforme. Les conclusions de cette enquête seront rendues fin octobre 2008.

⁶ Une circulaire récente fait le point sur les avancées actuelles et rappelle le calendrier de mise en œuvre (cf. Circulaire

interministérielle DHOS/E3/DGFP/5B/DSS n°2008-252 du 24 juillet 2008 relative à la généralisation de la télétransmission aux caisses des éléments de facturation, selon les normes B2 et NOEMIE, aux établissements de santé antérieurement en dotation globale.

⁷ Guide pratique de la télétransmission qui sera téléchargeable prochainement pour l'ensemble des établissements d'Ile-de-France. Par ailleurs, suite à un accord intervenu avec l'ARH, l'expérience du Centre Hospitalier de Saint-Denis sera étendue aux établissements de la région par la diffusion de son outil de suivi et d'une notice explicative. Cet outil sera diffusé au début de l'année 2009 et a priori téléchargeable sur le site de l'ARH et du CHSD.

⁸ Le dictionnaire des rejets est téléchargeable sur le site de l'assurance maladie (www.ameli.fr)

⁹ A ce titre, le guide facturation réalisé par la MEAH est très utile et téléchargeable à cette adresse : http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx_meahfile/Recouvrement_-_Guide_d_admission.pdf



La revalorisation tarifaire

Interview de Jean-Yves NOUY, Directeur Général de SHAM



Jean-Yves NOUY
Directeur Général de la SHAM

Pourquoi SHAM a-t-elle augmenté brutalement ses taux de cotisation au 1er janvier 2009 ?

Tout d'abord, SHAM n'avait pas augmenté l'ensemble de ses contrats en cours depuis 3 ans. Au cours de 2006, nous avons observé une très forte augmentation du coût des affaires jugées qui correspondait notamment à un rapprochement de la jurisprudence administrative de celle des tribunaux civils, constat qui nous a amenés à ajuster nos normes d'évaluation.

Nous avons averti nos sociétaires dès l'assemblée générale en juin 2007 et lors des réunions régionales que nous serions certainement conduits à augmenter nos tarifs si cette tendance se poursuivait.

Les sinistres déclarés au cours de l'année 2007 ont, non seulement augmenté en nombre, ainsi qu'en témoigne l'indice de fréquence qui a progressé de 5% sur l'année, mais aussi en coût, puisque le coût moyen à l'ouverture a subi une hausse de 35%.

Dès lors, nous ne pouvions plus différer la revalorisation des contrats, et en juin 2008 nous avons décidé de procéder à des augmentations tarifaires au 1^{er} janvier 2009.

Avez-vous augmenté tous vos contrats de manière uniforme ?

Nous avons, dans ce cas là, introduit une augmentation uniforme de solidarité de 5% pour faire face au sinistre exceptionnel d'Epinal. Mais pour mesurer la montée en puissance des sinistres pour chaque sociétaire, nous avons utilisé une méthode, que nous avons appelée le benchmark, qui a permis d'augmenter les primes de chaque établissement en fonction de ses résultats propres.

Nous avons très largement communiqué sur ce benchmark et sur nos augmentations au niveau collectif et au niveau de chacun des établissements. Nous avons, entre autres, envoyé à chaque établissement une notice où nous démontrons une corrélation entre le taux de perte de la tranche basse (la part du coût des sinistres inférieure à 75 000 € ou 200 000 € selon la taille de l'établissement) et le rapport sinistres à cotisations (S/C). En gros, les établissements qui ont un rapport sinistres à cotisations élevé sont aussi ceux qui ont un taux de perte élevé dans la tranche basse.

Est-ce qu'il y a un seuil à partir duquel les établissements de santé auraient intérêt à devenir leur propre assureur ?

Tout d'abord, l'assurance RC médicale est obligatoire et l'approche benchmark a pour objectif de donner à chaque établissement, dans sa tranche basse, un taux de prime qui correspond à sa charge individuelle de sinistres jusqu'à 75 000 € ou 200 000 €. Une partie de la cotisation demandée correspond à cette charge. Par contre, au-delà de ce montant, il est indispensable de créer une solidarité entre les établissements, pour tenir compte des sinistres exceptionnels et aléatoires que certains peuvent rencontrer.

Quelles conséquences pourrait avoir la décision d'un sociétaire de refuser de signer l'avenant de majoration ?

L'avenant proposé a pour objectif de continuer le marché en cours, pour la durée restant à courir, avec un nouveau taux de prime. Si l'avenant n'est pas signé, le contrat est résilié, et c'est donc une nouvelle procédure de marché que l'établissement devra organiser. Dans sa réponse, SHAM définira un nouveau taux de cotisation tenant compte de l'évolution prévisible des risques sur la durée de ce nouveau marché.

Comment voyez-vous l'évolution de la RC médicale dans le temps ?

Nous n'envisageons pas une réduction du nombre des réclamations.

Par ailleurs, en France, comme dans beaucoup de pays, le coût d'un sinistre de RC médicale pour l'assureur est égal à son coût économique, car la Sécurité Sociale est subrogée dans les droits de la victime. Elle exerce son recours contre l'assureur pour être remboursée des dépenses consécutives à l'accident dont l'établissement ou le professionnel de santé est responsable, et le montant de ce recours constitue l'essentiel du coût (assistance par tierce personne, frais médicaux futurs...).

Or aujourd'hui en France, le coût des sinistres en RC Médicale est beaucoup moins élevé que celui constaté ailleurs, notamment dans les pays anglo-saxons. Mais l'augmentation des indemnités allouées par la jurisprudence administrative, celle des recours de la Sécurité Sociale, l'application de la nouvelle nomenclature Dintilhac pour l'évaluation des préjudices corporels, vont entraîner une forte augmentation du coût économique des accidents médicaux qui sera totalement pris en charge par les compagnies d'assurance.

Nous pouvons donc nous attendre à un doublement du coût des primes d'assurance dans les 5 à 7 années qui viennent.

Propos recueillis par Vincent ERRERA

Les visites de risques

Le Dr Pierre LEFRANC, médecin chargé d'études à la SHAM, répond à nos questions portant sur le suivi des sociétaires SHAM à travers les visites de risques.

Qu'est-ce qu'une visite de risque ?

Les visites de risque ont été mises en place en 2003 lorsque la SHAM s'est ouverte aux établissements de santé privés. L'objectif de ces visites était de mieux connaître ces nouveaux établissements, et a constitué un préalable pour déterminer leur assurabilité.

Cette pratique a été systématisée à compter de mars 2005 : la visite de risque constitue une condition d'assurabilité et est renouvelée tous les 2 ans dans les établissements qui le souhaitent. Ces visites concernent les établissements qui disposent de services de chirurgie ou d'obstétrique, qui constituent le risque principal en matière de responsabilité civile.

Comment sont organisées ces visites ?

Un ou deux membres du service gestion des risques de la SHAM (médecin, cadre, ingénieur ou qualitatif) effectuent une visite tous les 2 ans dans les établissements qui le souhaitent. Cette visite dure de 1 (CH) à 3 jours (CHU) selon la taille de l'établissement et se fait toujours à l'appui des recommandations émises lors de la visite précédente.

La visite commence toujours par une rencontre avec les acteurs de l'établissement (directeur général, directeur des soins, directeur qualité), les processus transversaux y sont notamment abordés. Elle se poursuit par une visite dans les services (chirurgie, bloc, urgences). Elle se termine enfin par une réunion de clôture pendant laquelle une synthèse des premiers constats est proposée à la direction de l'établissement.

Bien que de courte durée, ces visites sont en général très productives et permettent de déterminer rapidement les points à améliorer.

En quoi les établissements peuvent-ils bénéficier de ces visites ?

Si l'établissement a mis en œuvre l'ensemble des recommandations de la SHAM, une baisse de cotisation de 5 % peut être accordée à l'issue de la visite. Les établissements restent maîtres des modalités de mise en œuvre des recommandations, il s'agit surtout d'une obligation de résultat. Cette baisse peut être renouvelée deux fois à l'occasion des visites suivantes, et atteindre jusqu'à 10 ou 15% en 4 ou 6 ans.

Dans l'ensemble, comment évaluez-vous les résultats des visites de risques 2007 et 2008 ?

Les établissements sont plus ou moins bien préparés à ces visites. On constate une réactivité plus importante dans les petites structures, privées notamment.

Dans l'ensemble, les résultats sont plutôt satisfaisants. La moitié des établissements ayant fait l'objet d'une seconde visite en 2007-2008 ont obtenu une baisse de cotisation de 5%.

Les premières visites ayant eu lieu en 2005, les secondes visites n'ont commencé qu'en 2007. Le bilan des visites de 2008, publié en octobre 2009, permettra une analyse plus exhaustive du sujet.

Quelles sont les principales recommandations de la SHAM ?

Le panorama des risques de la SHAM de 2006 faisait état de recommandations principalement axées sur des services (chirurgie, bloc, obstétrique, urgences) et sur des aspects transversaux (gestion des risques, dossier patient). Parmi les recommandations transversales à venir, on peut citer l'informatisation du dossier patient. Celle-ci résout certains problèmes, mais en pose d'autres, notamment en terme d'accès sécurisé aux données.

Par ailleurs, la SHAM travaille sur le ciblage des problématiques par type d'établissements (cas des internes en CHU, médecins libéraux en cliniques etc.).

La revalorisation tarifaire aura-t-elle un impact sur ces visites de risques ?

La revalorisation de la prime d'assurance n'aura pas d'impact sur l'organisation des visites de risque. En cas d'augmentation de la sinistralité et du contentieux, la réponse de l'assureur est d'augmenter la prime. Il appartient aux établissements de se montrer proactifs en la matière.

On peut noter que dans les pays où les taux de cotisation sont très largement supérieurs aux nôtres (Angleterre, Etats-Unis), les assureurs n'ont pas systématiquement mis en place ce genre de pratique. C'est surtout lors de la négociation de la prime que l'établissement doit faire état de ses dispositifs de gestion des risques.

Plus généralement, quels conseils donneriez-vous aux établissements désireux de se préparer aux visites de risques ?

Appréhender les risques dans leur globalité

Tout d'abord, il convient de marquer une différence entre les risques faisant l'objet d'une recommandation de la SHAM et les autres. Un établissement est exposé à de très nombreux risques qui n'ont pas tous le même impact assurantiel.

Les recommandations SHAM sont fondées sur le contentieux, et ne prétendent donc pas à l'exhaustivité. A titre d'exemple, le risque de chute, pour important qu'il soit, n'a pas d'impact assurantiel significatif. Les établissements ne doivent donc pas se limiter aux risques pointés par l'assureur.

Concentrer les efforts sur les accidents évitables

En outre, les établissements doivent concentrer leurs efforts sur les accidents et évènements indésirables graves évitables, c'est-à-dire ceux sur lesquels il est possible d'agir, les problèmes organisationnels notamment.

La traçabilité comme élément de défense

Qu'il s'agisse de l'information du patient ou de son consentement, la charge de la preuve incombe à l'établissement dans le cadre d'une procédure écrite (TA). L'incapacité de l'établissement d'établir cette traçabilité peut aggraver le contentieux et jouera en sa défaveur. Les établissements doivent se montrer irréprochables en la matière. Cela vaut aussi pour le paramétrage des différents appareils biomédicaux et autres.

Appréhender la gestion des risques comme un processus de long terme

Il faut compter 7 années de délai entre une action sur un risque et sa traduction contentieuse et assurantielle du fait des délais de recours. Concrètement, une amélioration décisive en matière de gestion des risques ne produira pas d'effet sur la prime de l'année n+1, l'assureur continuant à assurer les années précédentes.

Propos recueillis par Vincent ERRERA

L'éducation du Patient



Philippe LAMOUREUX
Directeur Général de l'INPES

Un rapport ministériel et un article de l'avant projet de loi « hôpital, patient, santé et territoire » sont consacrés à l'éducation thérapeutique du patient. L'institut national de prévention et d'éducation pour la santé a mené une étude sur l'éducation du patient dans les établissements de santé. Son directeur général, Philippe Lamoureux a bien voulu nous éclairer sur cette étude et les grands axes du rapport de M. Christian Saout.

- L'INPES a mené une étude sur l'éducation du patient dans les établissements de santé français. Quels sont les éléments significatifs de ce diagnostic ?

78% des établissements ayant demandé des financements pour des activités d'éducation du patient l'on inscrit dans leur projet d'établissement ou dans leur plan de formation (77%). L'étude révèle un nombre moyen de 6 à 7 activités d'éducation du patient par établissement. Les thèmes les plus développés étant le diabète (74% des établissements), la chirurgie (54%), les maladies cardio-vasculaires (50%) puis l'addictologie (47%), les maladies respiratoires (35%)... Ces actions qui se sont déroulées à l'hôpital

et en ambulatoire ont concerné principalement les patients, mais également leur entourage. Les activités ont été le plus souvent individuelles et ce sont des méthodes pédagogiques actives, suivies d'un accompagnement qui ont été menées.

Le traitement (72%), la maladie (68%), la surveillance (58%), le vécu du patient (58%) et dans moins d'un tiers des cas la gestion des crises, l'alimentation, les loisirs et les voyages, les ressources disponibles en matière juridique, la gestion du stress ou le rôle des associations de patients sont les sujets qui ont été abordés.

Ce sont les infirmiers puis des médecins et des diététiciens qui se sont impliqués dans ces actions d'éducation du patient. La moitié des équipes disposent d'au moins un membre ayant reçu une formation à l'éducation du patient de plus de 30 heures. Ces activités ont également bénéficié de nombreuses collaborations de la part des professionnels de santé (58% internes, 42% externes), des associations de patients (27%), des patients (21%), des universités (11%), des comités d'éducation pour la santé (10%).

Des activités complémentaires ont été développées par les équipes, autour de ces actions d'éducation du patient : la formation, le soutien pédagogique, des activités d'éducation du patient sur d'autres thèmes, la création d'outils, des liens avec la ville et l'école, la sensibilisation du grand public...

Il ressort également de cette étude des attentes de reconnaissance financière des activités menées, des moyens humains supplémentaires et une meilleure structuration des activités.

- L'éducation thérapeutique du patient est actuellement au cœur de l'actualité avec le rapport de M. Christian SAOUT, remis à la Ministre de la santé. Que pensez-vous des recommandations issues de ce rapport (pour lequel l'INPES a été consulté) ?

Je tiens tout d'abord à saluer l'excellent travail qui a été fourni, et dans lequel l'INPES a tenu à s'impliquer. Ce rapport pose les bases solides du travail en éducation thérapeutique du patient (ETP) et en accompagnement.

Il donne en particulier une définition claire, bien qu'ouverte, et même si certains termes pourraient être encore précisés par exemple ceux d'accompagnement « thérapeutique », « de soutien » et « de psychosocial », il était essentiel que cette définition soit posée pour être commune à tous.

De même, ce rapport redonne une place aux acteurs complémentaires que sont les professionnels de santé, du secteur social et les patients et les représentants associatifs, et il souligne l'importance de la pluridisciplinarité. Ces éléments sont au cœur même de la réussite des actions d'éducation du patient et sont considérées comme tels dans ce rapport.

Cependant, le caractère prioritaire des quatre pathologies affichées ne doit pas faire abandonner les activités d'éducation thérapeutique du patient qui se sont déjà développées autour d'autres pathologies. Le rapport indique d'ailleurs justement qu'elles doivent être pérennisées. Ainsi, il serait risqué de centrer l'appel à projet régional des ARS uniquement sur certaines pathologies.

Autre point, il me semble que l'éducation thérapeutique du patient pourrait être développée en ambulatoire. Reste à trouver un équilibre entre ambulatoire et secteur libéral.

Le médecin généraliste pourrait être celui qui impulse une prise en charge éducative approfondie (l'orientation du patient) dans le cadre d'un diagnostic éducatif. L'inscription de l'éducation thérapeutique du patient dans la loi, le rôle fort donné aux ARS, le suivi du développement de l'éducation thérapeutique du patient, et l'évaluation des programmes, la place donnée à chacun des acteurs constituent une base solide et nécessaire.

Propos recueillis par Fanny MARTIN-BORN

Le resah-idf : un levier essentiel d'amélioration de la performance achat au service des EPS et EPSMS franciliens



Le GIP resah-idf a été mis en place à l'initiative conjointe de la FHF-Île-de-France et de l'ARHIF. Il rassemble aujourd'hui plus de 80 adhérents dont 60 EPS et 20 EPSMS et représente un portefeuille d'achat annuel de plus d'un milliard d'euros, ce qui en fait le troisième acheteur hospitalier de France après le GCS UNIHA (5 milliards d'euros) et l'AP-HP (1,5 milliards d'euros). Il a passé, en 2008, un accord de partenariat avec la FEHAP, ce qui lui permet d'associer à un

certain nombre de projets de coopération importants, des établissements PSPH, comme Marie Lannelongue, Saint Joseph et Rothschild. Pour ce qui est des résultats, les premières campagnes d'achat du resah-idf, qui ont conduit à la notification d'environ 300 millions d'euros de marchés pour la période 2007-2008, ont généré plus de 24 millions d'euros d'économies sur les seuls prix historiques auxquelles il faut ajouter environ 3 millions d'euros de gains dits d'efficacité.

Le réseau utilise, pour l'essentiel, 2 grands leviers d'action :

- **Le groupement de commandes régional**, dont le rendement peut

atteindre jusqu'à 30% d'économies dans les secteurs d'achat concurrentiels. Son portage est, en général, effectué par un établissement chef de file qui en assure la coordination.

- **Le groupe de benchmarking et d'appui (GBA)** qui vise, lorsque la création d'un groupement de commandes n'apparaît pas souhaitable, à renforcer la performance d'achat des établissements, grâce à la mutualisation des expertises et des moyens, notamment pour ce qui concerne les études de marché, l'élaboration des contrats et la surveillance de leur bonne exécution.

Les GBA, qui sont animés par l'équipe restreinte du resah-idf, bénéficient de l'appui technique de consultants experts dans le domaine étudié. Sont déjà actifs les GBA suivants : nettoyage, restauration, location - entretien de linge, chauffage et fluides médicaux.

Le resah-idf développe, par ailleurs, une politique d'achat attentive aux PME innovantes (premier grand compte hospitalier à avoir adhéré au pacte PME, accord de partenariat avec Bio Critt) et à la prise en compte des exigences liées au développement durable.

Il a aussi engagé de nombreuses initiatives d'échange et de coopération avec d'autres acteurs publics ou privés du domaine sanitaire et médico-social, intervenant dans la mutualisation des achats (accord de partenariat avec le CNEH, conférences interrégionales des coordonnateurs de groupements de commandes, club des acheteurs de produits de santé, association internationale des acheteurs et approvisionneurs de la santé).

Dominique LEGOUGE
Directeur du GIP - Resah-IDF

Pourcentage moyen d'économies générées par les groupements de commandes sur l'exercice 2008

Catégories d'achat	Pourcentage moyen d'économies sur prix historiques	Etablissement coordonnateur	Nombre d'établissements concernés
TITRE 1 Médicaments Médicaments	-10%	CH d'Argenteuil	45
Dispositifs médicaux Dispositifs médicaux stériles et non stériles	-5%	CH de Saint-Denis	24
TITRE 2 Consommables Fournitures de bureau - Consommables Informatiques	-30%	CH de Fontainebleau	71
Prestations de services à caractère non médical Prestations de télécommunications	-30%	GIP RESAH IDF	68
Traitement des déchets	-6%	CASH de Nanterre	30
Autres Alimentation	-7%	CH de Gonesse CH de Lagny Marne-la-Vallée	29
Produits liés à l'incontinence	-12%	CH de Meulan Les Mureaux	31

En direct des établissements

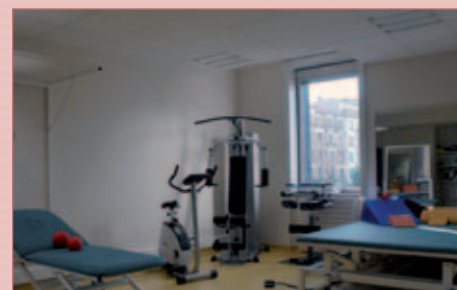
Ouverture au 15 septembre 2008 d'une unité d'hospitalisation complète de médecine physique et de réadaptation neurologique à Sainte-Anne

Le 15 septembre 2008, une unité de 10 lits d'hospitalisation conventionnelle de médecine physique et de réadaptation (MPR) à orientation neurologique a ouvert ses portes au sein du centre Raymond Garcin du Centre Hospitalier Sainte-Anne.

Cette ouverture de 10 lits vient compléter la première phase de l'opération qui avait vu l'ouverture de 8 places d'hôpital de jour de MPR neurologique en décembre 2005 et a pour but de parfaire la filière de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux au Centre Hospitalier Sainte-Anne. Sa vocation est d'accueillir les patients ayant des séquelles neurologiques dans les suites d'accidents vasculaires cérébraux ou d'affections neurologiques du système nerveux central nécessitant une rééducation au sein d'une équipe hospitalière.

L'équipe de rééducation est constituée de deux médecins de Médecine Physique et de Réadaptation, d'infirmières, d'un cadre de santé, de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, d'orthophonistes, d'une psychologue, d'une assistante sociale, d'une diététicienne et d'une secrétaire. Son objectif est de favoriser la récupération des troubles neurologiques et la reprise de l'autonomie la plus grande possible dans un projet thérapeutique personnalisé. L'équipe du MPR intervient également sur l'adaptation de l'environnement au domicile, l'appareillage et apporte un soutien dans les démarches sociales et de réinsertion professionnelle du patient.

Les patients sont accueillis sur un plateau technique de 375m² et peuvent bénéficier d'un secteur de balnéothérapie et d'un parcours de marche dans l'un des jardins du CHSA. L'unité est en lien étroit avec les services de neurologie et de neurochirurgie du centre Raymond Garcin dont il est l'aval naturel et avec les différents acteurs de santé de ville permettant le retour à domicile.



Dr Florence COLLE
Responsable de l'Unité de MPR neurologique

L'EHPAD Emile Gérard à Livry-Gargan en Seine-Saint-Denis a un nouveau cadre de vie.



L'histoire commence par la réalisation d'un premier bâtiment de 50 lits inauguré en 1952 ; 8 ans plus tard une première extension porta la capacité d'accueil à 150 résidents ; un nouveau projet d'agrandissement aboutit en

1974 à la construction du bâtiment "Joinville" portant à 240 le nombre des personnes âgées accueillies. Un dramatique incendie en 1998, touchant un des bâtiments, arrêta net la constante évolution de l'institution pour répondre aux besoins grandissants de la population locale.

Pour se doter d'un avenir l'établissement continua sa mission soutenue par une forte dynamique institutionnelle, sur le seul bâtiment "Joinville" de 145 lits jusqu'au 31 mars 2008, dans des conditions difficiles avec une majorité de chambre à deux ou trois lits altérant le confort des personnes âgées et les conditions de travail du personnel. Pari réussi sur l'avenir, l'emménagement enfin dans un bâtiment neuf dénommé "l'Abbaye", c'est le nom choisi par les résidents pour le nouveau bâtiment, ce nom là même qui dénomme le quartier dans lequel il est ancré de longue date.

Ce qui frappe en entrant, c'est le choix de l'ouverture avec le vaste et lumineux forum central à la fois lieu de rencontres et espace festif.

Les 162 résidents de "l'Abbaye" sont répartis sur trois étages, chacun personnalisé sur les thèmes du jardin, de la campagne, de la montagne. La vie est organisée en "maisonnées" d'une douzaine de chambres, disposées en couronne autour d'un espace de restauration et de rencontre. Les maisonnées sont reliées deux par deux, par un espace dédié aux soins, des patios au rez-de-chaussée et des terrasses végétalisées aux étages agrémentent la circulation, lumière naturelle et transparences ont été privilégiées dans ces espaces. Le bâtiment accueille en rez-de-chaussée trois unités de vie protégées qui reçoivent des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le projet de l'établissement a privilégié le maintien de l'autonomie et le lien social dans le but de faire tout simplement de cette nouvelle résidence un lieu de vie, permettant tour à tour l'intimité d'une chambre et des moments de convivialité.

Le temps de réflexion pour élaborer le programme architectural et les projets de soins et de vie a aussi intégré la possibilité du développement de structures de répit destinées à apporter un soutien accru aux aidants familiaux, en particulier un accueil de jour de 6 places et 4 places d'hébergement temporaire pour les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Courant 2009, avec la réception des travaux réhabilitant le bâtiment "Joinville", l'établissement retrouvera et dépassera sa capacité d'il y a dix ans.

Hélène Dewet
Directrice de l'EHPAD Emile Gérard
Livry Gargan

« Généralisation d'un recueil de performance pour l'amélioration de la qualité hospitalière dans les établissements de soins de courte durée »

L'objectif de la Haute Autorité de Santé (HAS) est de fournir aux établissements de santé de **nouveaux outils et méthodes de gestion de la qualité** basés sur la mesure d'indicateurs.

Les indicateurs proposés sont issus du **projet COMPAQH initié en 2003** sous l'égide de l'INSERM et du ministère de la Santé afin de développer des indicateurs de la qualité des soins : une batterie d'une quarantaine d'indicateurs ont ainsi été testés dans des établissements de santé volontaires.

En 2007, la HAS a conduit une **expérimentation** dans une centaine d'établissements du secteur aigu de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) : CHU, centres de lutte contre le cancer, hôpitaux généraux publics et privés participant au service public, ceci a permis de vérifier la faisabilité du projet.

En 2008, le **recueil des indicateurs devient obligatoire** pour les établissements qui disposent d'un **secteur MCO** ; ce recueil s'étendra en 2009 aux services de soins de suite et réadaptation (SSR), puis en 2010 aux services de psychiatrie.

Il s'agit d'un audit sur dossiers, axé sur la **traçabilité des informations contenues dans le dossier du patient** ; l'audit rétrospectif se fera sur les dossiers du 2^{ème} semestre 2007.

Au total **11 indicateurs** seront recherchés répartis en 3 thèmes avec, pour chacun des thèmes, un nombre de dossiers à évaluer différent.

A qui ces indicateurs vont-ils être utiles ?

En interne : ils permettront aux établissements de santé de mettre en œuvre des plans d'amélioration pour les indicateurs qui ne seraient pas optimaux

En externe, la diffusion est prévue :

- sur le site internet Platines du ministère de la santé et donc accessible aux usagers
- aux Agences Régionales de l'Hospitalisation dès 2009 pour être inclus dans les contrats d'objectifs signés avec les établissements.

De plus, les résultats de ces indicateurs seront inclus dans la 3^{ème} procédure de certification des établissements qui débutera en 2010.

Comment s'organiser pour le recueil ?

La HAS conseille aux établissements de mettre en place une gestion de projet, en nommant un Comité de pilotage, un chef de projet et un groupe projet pour chacun des 3 thèmes DPA, DAN, IDM afin de pouvoir mener à bien le recueil avant le 31 janvier 2009, date limite d'envoi à la HAS.

Les étapes du projet sont :

- ouverture de la plateforme sécurisée QUALHAS pour la saisie des données le 1^{er} octobre 2008
- tirage au sort des dossiers à évaluer à l'aide du logiciel LOTAS sous la responsabilité des départements d'information médicale

- formation des personnes en charge du recueil et présentation aux instances
- recueil des données et saisie sur QUALHAS
- clôture de la plateforme le 31 janvier 2009.

Chaque établissement disposera alors de ses résultats et sera destinataire au cours du 1^{er} trimestre 2009 des résultats de l'ensemble des établissements MCO ayant participé au projet.

A terme quel bénéfice ?

Ce recueil d'indicateurs va être reconduit chaque année par la HAS, ce qui pourra permettre à chaque établissement d'objectiver la qualité de ses pratiques de se mesurer aux autres établissements (benchmarking). Ce dispositif contribuera sans doute à l'amélioration des pratiques et répond également à la demande accrue de transparence formulée par les usagers du système de santé.

Anita HAREL

*Responsable Assurance Qualité
Hôpital Simone Veil - Groupement Hospitalier
Eaubonne-Montmorency*

Thème	Nombre d'indicateurs	Nombre de séjours analysés
Dossier du patient (DPA)	4 - tenue du dossier - délai d'envoi du compte-rendu d'hospitalisation - traçabilité de l'évaluation de la douleur - dépistage des troubles nutritionnels	80
Dossier anesthésique (DAN)	1 à partir de 13 critères - phase pré anesthésique - phase per anesthésique - phase post anesthésique	60
Infarctus du myocarde (IDM)	6 Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë	60

Au 1^{er} janvier 2009, le RPPS se substitue au numéro ADELI

Tous les établissements de santé sont concernés au 1^{er} janvier 2009 : le numéro identifiant de tout professionnel de santé, anciennement numéro ADELI, deviendra le numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé). Le but de l'opération, selon la circulaire DHOS/E3/2008-234 du 16 juillet 2008, est de permettre une identification plus précise des praticiens exerçant en milieu hospitalier et par là même, une meilleure traçabilité de leurs prescriptions, notamment celles exécutées en ville, domaine d'attention particulier des caisses d'assurance maladie dans un contexte d'ONDAM contraint.

La maîtrise d'ouvrage opérationnelle du RPPS a été confiée au GIP-CPS (groupement d'intérêt public - carte professionnel de santé) tandis que ce sont les Ordres professionnels (médecins, dentistes, sages-femmes, pharmaciens) qui seront le point d'entrée unique et attribueront aux professionnels de santé leur nouvel identifiant.

Le rôle de l'établissement de santé d'ici fin 2008 consiste à récupérer auprès du GIP-CPS, grâce à la carte de professionnel d'établissement (CPE), le fichier des identifiants des professionnels de son hôpital, d'en sécuriser le contenu, si besoin en consolidant ces données en concertation avec les Ordres puis d'inclure les nouveaux identifiants dans son système d'information hospitalier.

Bénédicte MOTTE, *Hôpital de Sainte-Anne*

**La FHF Île-de-France représente
les centres hospitaliers, hôpitaux locaux,
établissements pour personnes âgées
et centres de prise en charge
du handicap de :**

Ville de Paris (75)

Hôpital des 15/20 - Sainte-Anne
Perray Vacluse - Maison Blanche
Esquirol - UGECAM

Seine et Marne (77)

Beaumont-en-Gatinais - Bray-sur-Seine
Brie-Comte Robert - Saint Séverin
Chatelet-en-Brie - Coulommiers
Crouy-sur-Ourcq - Dammartin en Goële
Donnemarie Dontilly
La Ferté Gaucher - Fontainebleau
Jouarre - Lagny - Meaux
Melun - Montereau - Nangis
Nemours - Noisiel - Provins - Rozay-en-Brie
Samois-sur-Seine - Tournan-en-Brie

Yvelines (78)

Bullion - Chevreuse - Conflans Sainte-Honorine
Houdan - Jouars Pontchartrain
Mantes-la-Jolie - Meulan/Les Mureaux
Montesson - Montfort l'Amaury - Plaisir
Rambouillet - Poissy/Saint Germain-en-Laye
Sartrouville - Triel-sur-Seine - Versailles
Le Vésinet - Viroflay

Essonne (91)

Arpajon - Brétigny-sur-Orge - Evry/Corbeil - Dourdan
Etampes - Juvisy-sur-Orge - Longjumeau - Montgeron
Monthléry - Orsay - Palaiseau
Sainte Geneviève des Bois - Saint Vrain
Savigny-sur-Orge - Verrières-le-Buisson - Yerres

Hauts de Seine (92)

Antony - Asnières-sur-Seine
Boulogne-Billancourt
Clamart - Clichy - Courbevoie/Neuilly-sur-Seine
Fontenay aux Roses - Issy les Moulineaux
Levallois-Perret Montrouge - Nanterre
Puteaux - Rueil-Malmaison - Santé Service
Sceaux - Sèvres/Saint-Cloud - Suresnes
Vanves - Villeneuve-la-Garenne

Seine-Saint-Denis (93)

Aubervilliers - Aulnay-sous-Bois
Le Blanc Mesnil - Livry Gargan
Montreuil-sous-Bois - Neuilly-sur-Marne
Pantin - Le Raincy/Montfermeil
Saint-Denis - Saint-Ouen

Val de Marne (94)

Alfortville - Bry-sur-Marne - Créteil
Fontenay-sous-Bois Fresnes - Gentilly
Le Perreux-sur-Marne - La Queue-en-Brie
L'Hay-les-Roses - Saint-Mandé
Saint-Maur des Fossés - Saint-Maurice
Sucy-en-Brie - Villejuif - Villeneuve Saint-Georges

Val d'Oise (95)

Argenteuil - Beaumont-sur-Oise
Eaubonne/Montmorency
Gonesse - L'Isle Adam
Louvres - Luzarches
Magny-en-Vexin - Marines - Moisselles
Cergy - Saint-Christophe - Cergy-Pontoise
Taverny - Viarmes - Marly-la-Ville

**La FHF Île-de-France a un site internet :
n'hésitez pas à nous rejoindre sur le web
<http://fhf-idf.org>**



**Secrétariat Général de la FHF Île-de-France
Centre Hospitalier de Gonesse
• 25 rue Pierre de Theilley • 95503 GONESSE**

**Téléphone : 01 34 53 20 71 • Télécopie : 01 34 53 21 90
e-mail : contact@fhf-idf.org**