



# Hôpital

d'île-de-france

revue semestrielle de la FHF Île-de-France N°46 - Décembre 2009



dossier

## **l'impact du dispositif LMD sur le diplôme d'Etat infirmier**



L'invitée

**Marie-Françoise  
Durnay**

Management des risques  
et de la qualité

## Le Bureau de la FHF - Ile-de-France

Lors du Conseil d'Administration de la FHF Ile-de-France en date du 2 octobre 2009, le Bureau a été renouvelé comme suit :

### PRÉSIDENT



**M. Frédéric VALLETOUX**  
Administrateur du  
CH de Fontainebleau (77)

### VICE-PRÉSIDENTS



Démarche qualité et  
relations avec les usagers

**Dr Jean-Victor RAUST**  
Administrateur du CHI des Quatre villes (92)



Affaires Financières

**M. Etienne LISSILLOUR**  
Directeur des Affaires Financières  
du CH de Saint-Denis (93)



Affaires Médicales

**Dr Michel BUSSONE**  
Administrateur du CH d'Etampes (91)



Secteur médico-social

**Mme Zaynab RIET**  
Directrice de l'établissement public  
de gérontologie de Marines (95)



Politique Territoriale

**M. Gilbert CHODORGE**  
Directeur du CHI  
de Poissy St Germain en Laye (78)



Psychiatrie

**M. Lazare REYES**  
Directeur du Centre Hospitalier  
Les Murets (94)



Formation

**M. Christian FOURNIER**  
Président du CA de l'Hôpital d'Arpajon (91)



Personnel non médical

**M. Jean-Marie BARBOT**  
Directeur des Ressources Humaines  
du CH de Versailles (78)

### SECRETÉNAIRE GÉNÉRAL



**M. Jean-Pierre BURNIER**  
Directeur du CH de Gonesse (95)

### TRÉSURIER



**M. Frédéric LIMOUZY**  
Directeur des Ressources Humaines  
du CH de Rambouillet (78)



Délégué permanent

**Mme Fanny MARTIN-BORN**  
Directeur de la stratégie, des affaires médicales,  
de la clientèle, de la communication  
et de la qualité

## Sommaire

### Actualités UHRIF

2. Le Bureau de la FHF -  
Île-de-France

### Invitée

- 4-7. Marie-Françoise Durnay  
Management des risques  
et de la qualité

### Dossier

- 8-12. L'impact du dispositif  
LMD sur le diplôme  
d'Etat infirmier

### Actualité

13. Les centres de soins,  
d'accompagnement et de prévention  
en addictologie au CH Sainte-Anne
- 14-15. Une adresse utile :  
Interview de Jean-Marie Barbot
16. Convergence tarifaire et EHPAD :  
l'ère du soupçon ?
17. Mobilisation importante des EHPAD  
d'Île-de-France le 30 juin 2009

### En direct des établissements

18. Travaux de restructuration -  
CH de Saint-denis

### Actualité

19. Programme  
de la journée d'automne

### ERRATUM

Dans la revue N° 45, l'article intitulé :

« La mise en place de référentiels qualité au sein des GAP » A été écrit conjointement par Monsieur Vincent ERRERA et Monsieur Jérôme PIEUCHARD, Directeur Adjoint, Direction du Budget et de la Facturation.

### Hôpital d'île-de-France

- Directeur de la publication : Frédéric Valletoux
- Rédacteur en chef : Fanny Martin-Born (FHF IDF - CH Gonesse)
- Comité de rédaction :  
Jean-Marie Barbot (CH Versailles)  
Vincent Errera (CH Simone Veil)  
Elisabeth Fortrie (FHF IDF - CH Gonesse)  
Jean-Marie Karman (CH Moisselles)  
Bénédicte Motte (CH Sainte-Anne)  
Jérôme Pieuchard (CH Sainte-Anne)  
François Simon (CH Saint-Denis)

- Maquette et édition : vu intégral
- Impression : Grafikplus
- Tirage : 10.000 ex. - ISSN : 1166-3340
- Secrétariat : Centre Hospitalier de Gonesse  
25 rue Pierre de Theilley - 95503 GONESSE  
Tél. : 01 34 53 20 71 / Fax : 01 34 53 59 96
- Crédits Photos :
- Couverture : © Andres Rodriguez - Fotolia.com  
© Hôpital Le Parc de Taverny
- Intérieur : CH de Saint-denis - X-DR



Tout nouvellement élu à la présidence de notre fédération régionale, je tiens d'abord à saluer la personnalité et le travail de Yves Tavernier, notre président jusqu'à ces dernières semaines. Lui succéder n'est pas une mince affaire, tant il a été un président apprécié, tout autant exigeant dans la défense du service public de santé que soucieux du respect des positions de chacun dans nos débats.

Je m'inscrirai dans cette lignée. La force de la FHF est, notamment, de rassembler tous les acteurs de la vie hospitalière et des établissements de santé, et de respecter le rôle et la place de chacun, directeurs, médecins, élus locaux, mais aussi, demain, usagers. Le tout, pour faire émerger des points de consensus et de convergence. C'est pour nous tous une évidence, mais ce

doit être en permanence une exigence que de préserver cet acquis au service de cette belle cause qu'est l'Hôpital public.

Avec la mise en œuvre de la loi « Hôpital, patients santé et territoires », c'est une période de grands changements et de grandes avancées qui s'ouvre désormais pour les professionnels de santé. Cela concerne bien sûr les modes de gouvernance, avec la recomposition du paysage hospitalier par la création des communautés hospitalières de territoire. Nous aurons aussi à suivre de près la mise en place de l'Agence régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France, qui, à terme, deviendra notre interlocuteur majeur. Au-delà, de nombreux chantiers nous attendent, comme l'intégration de la formation des infirmières dans le cycle LMD.

Durant cette période de profonde mutation, je souhaite que la FHF Ile-de-France, tout en jouant son rôle de défense des intérêts des hôpitaux publics franciliens, demeure un véritable appui, qu'elle reste fidèle à son rôle d'accompagnateur pour chacun et chacune d'entre vous.

C'est dans ce sens qu'avec Jean-Pierre Burnier, notre délégué général, dont l'engagement exemplaire au service de notre Fédération n'est plus à souligner, nous avons conçu notre prochaine assemblée générale du 2 décembre, à Issy-les-Moulineaux. J'espère vous y retrouver nombreux et ainsi avoir l'occasion de mieux faire connaissance avec chacun d'entre vous.

Frédéric Valletoux  
Maire de Fontainebleau

l'invitée  
Madame Marie-Françoise Durnay

## Management des risques et de la qualité



**Marie-Françoise DUMAY**  
Chargée de mission Qualité-Gestion  
des risques Agence régionale  
de l'hospitalisation d'Ile-de-France

*Hôpital d'Ile-de-France : Vous avez rejoint depuis le 1er septembre dernier l'ARHIF pour piloter et coordonner la politique de management des risques et de la qualité. Pouvez-vous nous parler de la spécificité de ce poste ?*

**M.F. :** C'est un poste nouveau à l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France (ARHIF) qui a été créé l'année dernière. Une des missions de ce poste est de structurer la mise en œuvre de la politique de management des risques et de la qualité en développant un programme régional en Ile-de-France, d'apporter une aide méthodologique aux Métablissements de santé, surtout sur l'aspect managérial de la gestion des risques, de créer un réseau francilien des responsables de la gestion des risques et de la qualité, ainsi que de renforcer la gestion des crises.

Ce rôle se situe dans le cadre des missions d'une ARH. En effet, en matière de sécurité, l'ARH doit permettre l'accès aux soins et assurer la sécurité sanitaire en régulant les ressources. Tout en respectant le principe de subsidiarité, l'ARH a un rôle d'accompagnement des établissements de santé sur la base de la politique régionale, de coordination pour assurer la continuité des soins et la sécurité de prise en charge des patients, la régulation de l'offre de soins et garantir son organisation, notamment la disponibilité en lits au niveau régional en cas de tensions hospitalières ou de crise sanitaire. Il s'agit d'accompagner les établissements et mettre en place au niveau régional une dynamique qui permette d'inscrire une réelle politique de management des risques dans laquelle doivent s'engager les établissements.

*H.I.F. : Qu'est-ce qu'une politique de management des risques ?*

**M.F. :** J'insiste avant toute chose sur la nécessité d'une approche systémique et managériale de la gestion des risques : il s'agit tout à la fois d'installer une culture de sécurité en impliquant l'ensemble des parties prenantes et d'afficher une volonté politique en mettant en place une organisation structurée de la gestion des risques au sein des établissements de santé qui permette la lisibilité et l'opérationnalité.

L'objectif de la gestion des risques en établissement de santé est avant tout d'assurer la sécurité du patient et de sa prise en charge, de réduire la iatrogénie et de permettre la continuité des soins en cas de crise. La réduction des risques repose sur l'identification des risques, leurs mécanismes de survenue, le traitement de ces risques qui inclut la prévention, la récupération et la gestion des événements indésirables graves, l'anticipation et la gestion des crises, le financement des risques dont la couverture assurantielle.

Les outils de la gestion des risques associent des démarches complémentaires d'identification des risques à priori (identification des points

critiques pour mettre en place des mesures de prévention par exemple) et à posteriori (signalement des événements indésirables, revues de morbi mortalité, contentieux, accidents de travail...). L'évaluation des pratiques apporte un éclairage déterminant sur les progrès à faire et participe ainsi activement à la dynamique de sécurité des soins.

L'identification des risques s'appuie sur le modèle de l'organisation comme système, combinaison de ressources regroupées en cinq classes (humaines, techniques, informations, marchés ou/et communication et financières). Le risque ou vulnérabilité est la disparition d'une de ces ressources dont la survenance empêche l'organisation d'atteindre ses objectifs. Tous ceci montre bien l'intérêt de prendre en compte l'ensemble des processus hospitalier qui contribuent à la prise en charge des patients.

Ainsi la gestion des risques relève en premier lieu de la responsabilité du directeur d'établissement. Ce dernier a besoin d'un certain nombre d'éléments d'aide à la décision pour mettre en place les mesures adaptées à la situation de l'établissement. Une gestion des risques coordonnée consiste à identifier les priorités en établissant une cartographie des risques et de déterminer des priorités par rapport à la gravité de chacun des risques. Les risques, dans le domaine de la santé, ont souvent été gérés et prévenus de façon diverse et séquencée, sans réelle coordination et centralisation des informations. Le champ des risques est vaste (risques spécifiques liés aux activités médicales et de soins, encore appelés risques cliniques, et les risques communs à toute organisation).

C'est la raison pour laquelle le gestionnaire de risques doit être rattaché le plus près possible de la direction. Il a pour mission de coordonner la démarche de gestion des risques, de recueillir de façon centralisée et traiter les informations, pour identifier, prévenir, traiter et anticiper le plus possible le risque afin d'établir un programme de réduction des risques fondée sur les spécificités de l'établissement et ses risques

prioritaires. En effet, on ne retrouve pas les mêmes risques dans des établissements de médecine – chirurgie – obstétrique ou en psychiatrie où le SSR ou USLD. Les risques de chaque établissement varient en fonction de la population prise en charge, de la taille de l'établissement, du case-mix et des spécialités médicales de l'établissement.

Néanmoins, il existe un socle commun : risque de management, risques professionnels, risques financiers, risques liés à la structure et à l'environnement.

Une politique de management des risques et de la qualité doit s'appuyer sur les points de vue des différentes parties prenantes dans l'établissement pour construire et élaborer les programmes de GDR. Les sources d'information sont très variées d'où l'intérêt d'avoir un système d'information performant.

Le gestionnaire de risques doit mener avec les équipes concernées des analyses de risque a priori des processus, des points critiques. Pour cela, il a besoin de s'appuyer sur l'ensemble des vigilants et un certain nombre d'experts.

*H.I.F. : Comment cette politique de management de gestion des risques est-elle mise en œuvre par les pouvoirs publics ?*

**M.F. :** Depuis un certain nombre d'années, une politique nationale en matière de gestion des risques est menée de façon synergique par la législation, l'action de la HAS en matière de certification des établissements et le ministère de la santé avec une version 2010 de la procédure qui identifie des pratiques exigibles prioritaires, dont l'organisation de la gestion globale des risques.

Le ministère de la santé a notamment émis une circulaire en mars 2004 qui demande aux établissements de santé de structurer la gestion des risques dans une approche systémique avec une politique institutionnelle, un programme de gestion des risques et en particulier de mettre en place la fonction de gestionnaire de risques qui soit

rattaché à la direction de l'établissement. Par ailleurs une politique de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse se développe depuis plusieurs années.

Cette conception de la gestion des risques avec une approche système et holistique est nouvelle dans les établissements de santé qui menaient une gestion des risques plus séquencée.

La Dhos a réalisé une enquête nationale pour établir un bilan de la mise en œuvre de cette circulaire du 29 mars 2004 dans les établissements de santé en s'appuyant sur les ARH et donc que j'ai coordonné pour l'Ile-de-France. Une journée nationale a eu lieu le 18 septembre dernier pour rendre les résultats et nous récupérerons prochainement les résultats spécifiques à la région Ile-de-France qui nous permettront d'inscrire des priorités régionales dans ce domaine.

*H.I.F. : Comment se décline cette politique au niveau régional ?*

**M.F. :** Il existe une volonté ancienne en Ile-de-France d'organiser cette gestion des risques notamment depuis l'épisode de la canicule en 2003.

Ainsi une enquête régionale a été menée en 2005-2006 par l'ARH et la DRASS à la suite de la mise en œuvre de cette circulaire pour établir un bilan régional après un an. Elle a révélé qu'à cette époque, il restait encore des progrès à accomplir de la part des établissements en matière de politique de management de gestion des risques et de la qualité. En effet, un certain nombre d'établissements n'avaient pas de programme de gestion des risques ni de gestionnaire de risques. Les résultats de cette enquête ont été partagés au cours d'une matinée régionale en février 2006.

Des groupes de travail ont été mis en place à la suite de cette enquête relative à la sécurité des soins, à la définition du profil de poste d'un gestionnaire de risques, sur le volet sécurité des contrats d'objectifs et de moyens.

*H.I.F. : Quels sont les outils dont dispose l'ARHIF pour piloter la politique de management de gestion des risques ?*

Les leviers sont divers et se retrouvent notamment au travers de la planification et des SROS, des autorisations d'activités de soins, de l'inspection, des résultats de la certification des établissements de santé de la Haute autorité de santé (HAS) et de la contractualisation avec les établissements de santé.

Pour le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), il ya une annexe 3-1 qui s'intitule « sécurité et qualité ». Cette annexe des CPOM évalue la mise en œuvre et l'engagement de l'établissement d'un certain nombre de mesures en particulier domaine des infections nosocomiales, de l'hémovigilance, de la mise en œuvre d'une politique de gestion globale des risques (existence d'une politique de gestion des risques et de la qualité, un programme de gestion des risques, 'un gestionnaire de risques, procédure de signalement d'événement indésirable).

Malheureusement, le bilan de contrats d'objectifs et de moyens n'est pas encore disponible, mais il est intéressant de noter que tous les établissements ont contractualisé avec l'ARHIF.

*H.I.F. : Un levier de l'ARH porte sur les liens que vous entretenez avec l'HAS ? Quelle est la nature de ces liens ?*

Il faut savoir que les liens se situent à plusieurs étapes de la démarche de certification puisque au moment de l'envoi du dossier d'autoévaluation des établissements, l'ARH valide les fiches techniques remplies par la MRIICE. Par ailleurs, les résultats de la certification sont systématiquement adressés aux directeurs d'ARH. Il est donc nécessaire de trouver une modélisation pour avoir une action synergique au niveau de la région qui comprend 450 établissements de santé. Les objectifs sont de faire le bilan de toutes les décisions de certification des

établissements de santé pour pouvoir suivre l'évolution des mesures mises en place et de définir des priorités pour le programme régional de management des risques et de la qualité. Par exemple, beaucoup de décisions le cadre de la 2<sup>ème</sup> itération de la procédure ont été prises dans le domaine du circuit du médicament et de la prise en charge médicamenteuse, il s'agit d'une priorité de santé publique qui a également été démontrée par les résultats de l'étude nationale en 2004 ENEIS sur les événements graves associés aux soins, diffusés en 2005 par la DREES. Cette étude est à nouveau menée cette année et fera l'objet d'un programme national qui sera bien évidemment décliné sur le plan régional en Ile-de-France.

*H.I.F. : Pouvez-vous nous parler de l'expérimentation actuellement menée sur les événements indésirables graves ?*

Il s'agit d'une expérimentation portant sur le signalement des événements indésirables graves associés aux soins autres que les infections nosocomiales pour tester la faisabilité d'un dispositif de déclaration obligatoire, tel que défini dans la loi de santé publique d'août 2004, avant sa généralisation. Elle est coordonnée par l'Institut de Veille sanitaire (InVS).

Quatre régions pilotes se sont engagées : l'Aquitaine, le Rhône-Alpes, la Franche-Comté et l'Ile de France. Elle a pour objet de tester un dispositif de déclaration obligatoire en s'appuyant sur la démarche de gestion des risques existante des établissements pour développer une démarche pédagogique et renforcer la structuration de la gestion des risques.

Il s'agit de développer les enseignements tirés de l'erreur ainsi que l'analyse des causes profondes des événements graves pour mettre en place des recommandations de bonnes pratiques pour réduire les risques. En Ile-de-France, 29 établissements de santé volontaires dont deux médico-sociaux se sont engagés dans cette démarche, incluant tous les statuts (publics, privés, privés à

but non lucratif), tous les types de prise en charge (MCO, psychiatrie, SSR, hémodialyse, oncologie, spécificités pédiatriques, long séjour) et l'ensemble des départements. Un bilan est régulièrement établi.

Pour mener à bien cette expérimentation, chaque région a pu avoir une subvention de la Direction Générale de la Santé pour recruter jusqu'à la fin de l'expérimentation (juin 2010) une cellule régionale d'appui composé d'un médecin hygiéniste et d'un cadre de santé ayant une expérience dans le domaine de la gestion des risques. Cette cellule a pour mission d'apporter une aide méthodologique et de sensibiliser les établissements à l'analyse de causes profondes pour la mise en place d'actions d'amélioration durable.

Il est en effet indispensable dans l'analyse d'un événement indésirable grave de ne pas s'arrêter à la cause immédiate et de ne pas porter de jugement pour comprendre les véritables causes pour agir dessus. Nous ne sommes surtout pas dans une notion de faute et de recherche de responsabilité mais de compréhension des mécanismes qui ont permis la survenue d'une erreur. Il faut établir une analyse des causes racines et ne pas limiter l'erreur réalisée au soin dispensé afin de prendre également en compte les aspects organisationnels, de management, fonctionnement de l'établissement, individuels.

Cela doit permettre in fine de mettre en place des mesures d'amélioration pour éviter d'autres erreurs. Ces analyses permettent de favoriser la prise de conscience des professionnels qui font partie d'un système global et qui sont un maillon d'une chaîne qui assure la prise en charge du patient tout au long de son séjour. Une défaillance d'un maillon peut remettre en cause le fonctionnement de tout le système.

Il a été décidé après le dernier COPIL régional « Management des risques et de la qualité » que la cellule régionale d'appui serait élargie en y associant les expertises représentatives au niveau de la région elles que la CIRE, le CCLIN, la cellule régionale d'hémovigilance, la conseillère technique en soins et de l'APHP.

*H.I.F. : La période hivernale arrive et avec elle les difficultés rencontrées en matière de lits disponibles par les établissements ? Quels sont les outils dont dispose l'ARHIF pour gérer ces situations et en quoi consiste le rôle du CERVEAU ?*

Le Centre régional de veille et d'action sur les urgences d'Ile-de-France (CERVEAU) répond à la nécessité d'avoir une lisibilité régionale l'activité des urgences, des SAMU et des services de réanimation. Le CERVEAU a été installé suite à l'épisode de la canicule pour permettre de détecter des phénomènes exceptionnels et alerter les autorités sanitaires en cas de tensions hospitalières et aider à la décision en cas de crise.

Il s'est mis en place en 2004 avec un partenariat avec l'APHP, puis avec la DRASS et l'InVS pour assurer le traitement des données d'activité des services d'urgences et de réanimation qui aboutit à la diffusion d'un bulletin quotidien aux établissements, tutelles et SAMU.

**CERVEAU s'appuie sur un certain nombre d'outils :**

- Cyber urgences pour le recueil de l'activité des services d'urgences raccordés informatiquement, en temps réel de l'activité des services d'urgences et identifier les tensions et les difficultés rencontrées.
- L'outil CAPRI pour le recueil de la disponibilité en lits des services de réanimation dans la région en temps réel.

Un effort très important a été fait pour que les 77 établissements autorisés à avoir des activités de réanimation remplissent l'obligation d'entrer leur disponibilité en lits en temps réel et au moins 3 fois par jour.

- SERDEAU, le serveur régional pour le recueil de la disponibilité en lits des établissements ayant des services d'urgences, de réanimation et de SSR afin d'avoir la vision des lits disponibles par type de disponibilité sur la région. Ce serveur est également utilisé depuis le printemps 2009 pour entrer les prévisions de disponibilité en lits estivales et hivernales.

Ces informations font l'objet du bulletin quotidien. Actuellement dans le cadre de la grippe, ont été ajoutés des indicateurs supplémentaires dans SERDEAU : le nombre

de patients vus et hospitalisés pour grippe, ceux ventilés ou en réanimation pour cause de grippe.

Ces indicateurs doivent servir d'alerte en vue d'une éventuelle déprogrammation. Ces outils ont déjà été utilisés en termes d'alerte et de régulation dans le cadre des crises. Ils font l'objet d'un suivi très vigilant de notre part en lien avec l'APHP, les établissements, les DDASS et la DGS.

Il s'agit d'un système d'information de pilotage régional qui nous permet de réagir en utilisant des seuils d'alerte mais qui doit pouvoir recueillir l'information en temps réel par extraction des données à partir des logiciels métiers et que chaque établissement puisse être capable d'utiliser ces données pour son propre pilotage.

Les perspectives sont l'informatisation à partir des logiciels métiers. Je fais ici un lien avec Hôpital 2012 : une enveloppe a été destinée pour les systèmes d'informations et informatisation des urgences dès le plan hôpital 2007 et cela continue avec hôpital 2012. A terme, tous les services d'urgences seront reliés automatiquement à Cyber-urgences et la récupération manuelle des données ne sera plus nécessaire.

L'utilisation du CERVEAU doit être étendue à tous les établissements de la région afin d'établir la prévision de la disponibilité en lits pendant les périodes estivales ou hivernales.

Actuellement, 90 à 95% des établissements sont rentrés dans cette base.

**Cet objectif est double :**

- faciliter le travail des établissements pour recueillir l'information et avoir une vision globale sur la région pour réguler la disponibilité des lits saisonniers (fermetures des lits), en garantissant l'offre de soins,
- avoir des outils en cas de gestion de crise pour identifier les disponibilités en lits.

A la suite des événements de fin d'année en Ile-de-France, une évaluation a été menée sur les serveurs régionaux : les conclusions de l'enquête ont porté sur la nécessité de définir des seuils d'alerte et des procédures pour réagir à ces alertes. Un travail régional a été mené depuis avec les établissements et les professionnels (médecins réanimateurs,

SAMU-centre 15, urgentistes, pour définir des seuils d'alerte. En cas d'atteinte du seuil d'alerte, la cellule de crise de l'agence en lien avec l'AP-HP se réunit pour réguler si besoin et décider rapidement où peuvent être orientés les patients en cas de tensions hospitalières.

*H.I.F. : Quelles sont vos projets en matière de système d'information ?*

Il existe des outils qui existent au niveau de chaque ARH : ARHGOS pour suivre les autorisations, DIAMANT qui se développe pour recueillir informations et indicateurs pour avoir une vision plus globale de la région et des établissements. Il est maintenant nécessaire de relier autorisation, indicateurs, décisions de l'HAS, CPOM, donnant l'ensemble des informations pour un établissement et avoir une vision globale de l'ensemble des établissements en termes de pilotage régional. Il sera ensuite possible d'extraire des données et de stratifier en fonctions des établissements et des activités. Les indicateurs doivent aussi pouvoir être utilisés en tant que management du pilotage interne, par les acteurs de terrain. En termes de benchmarking, il sera intéressant de donner une émulation et une dynamique, et une transparence pour les différentes parties prenantes (tutelles, usagers etc.)

*H.I.F. : Quel message souhaitez-vous faire passer aux établissements franciliens ?*

Dans le cadre de ma mission, j'ai le projet de mettre en place un réseau des responsables gestion des risques et qualité afin d'entrer dans une démarche de partage d'expériences sur les démarches de gestion des risques et de la qualité. Ce réseau est déjà amorcé au travers de l'expérimentation sur les EIG avec les 29 établissements y participant. Nous pouvons d'emblée envisager un colloque régional en 2010 pour favoriser ces échanges et annoncer les grandes lignes des actions à mener dans ce domaine en Ile-de-France. Je souhaite bien évidemment

dossier  
l'impact du dispositif LMD sur le diplôme d'Etat infirmier

## La réforme des études d'infirmier : une opportunité à saisir

Ces dernières décennies, l'hôpital a traversé et traverse encore de nombreuses réformes. Les dernières en date sont connues sous les vocables « nouvelle gouvernance » et « loi HPST ». Véritables révolutions culturelles, leur mise en œuvre suscite des débats passionnés (et souvent passionnants) sur l'avenir de l'hôpital public. Derrière ces réformes, il en est d'autres, moins bruyantes, en tous cas moins médiatisées, mais tout aussi importantes. Je veux parler de l'inscription à l'université des études d'infirmier(ère).



**Martine PERRASSE**,  
Responsable du pôle formation  
continue et formation  
professionnelle permanente  
du CH de Sainte Anne

La réforme du programme des études, sur la base d'un référentiel de compétences, montre que le corps infirmier sait prendre en compte les évolutions sociétales en matière de soins. L'intégration du paradigme « compétences » ouvre de nouvelles perspectives en matière de cursus de formation. Plus souple, il autorise une constante actualisation des techniques et des méthodes d'apprentissage. Cependant, la complexité du métier est telle aujourd'hui, que son universitarisation devrait ouvrir sur une déclinaison de plusieurs cursus en phase avec la multiplicité et la diversité d'exercice du métier d'infirmier(ère). Dans ce contexte, nous pourrions compter sur l'ordre infirmier dont une des missions est de fédérer l'ensemble des infirmiers.

Pour l'heure, si la réforme des études était à la fois attendue et nécessaire, il faut

cependant se garder de tout triomphalisme. Sans accompagnement, elle ne parviendra pas à se mettre en place. Or sa mise en œuvre détermine, du moins en partie, les conditions de négociation dans le processus d'universitarisation.

### Une réforme attendue.

Pour répondre à l'exigence d'intégration et d'harmonisation européenne de l'enseignement supérieur, vingt huit états européens ont signé en 1999 les accords de Bologne. Ceci témoigne d'un virage significatif dans la lisibilité internationale de nos formations. La réforme était donc attendue, non pas seulement par nos amis européens, mais aussi en France. Dans notre pays, avec cette réforme, ce sont de nouvelles perspectives qui s'ouvrent, notamment celle d'un positionnement du diplôme d'Etat d'infirmier au grade licence et pourquoi pas le positionnement ultérieur du diplôme cadre au grade master 1 ou 2 ?

Cette réforme permettant d'obtenir un diplôme d'Etat reconnu au grade licence était donc attendue.

En outre, le programme de 1992, basé sur des contenus, était inadapté à l'évolution des demandes de soins de la population. Une logique de réflexion sur la base métier / compétence était nécessaire.

### Une réforme nécessaire.

La loi du 17 janvier 2002 qui crée le répertoire national de certification, introduit une forme inédite de diplômes. Ces derniers sont dorénavant subordonnés à un triple référentiel d'activités, de compétences et de formation. Il aura donc fallu sept ans pour concilier ces

trois pôles. Aussi, l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, construit en compétences à partir de l'analyse du métier, correspond à cette évolution.

Cette nouvelle philosophie de la formation est directement liée aux mutations sociétales. D'ailleurs, 2002 est aussi l'année de la promulgation de la loi relative aux droits des patients. Rien de surprenant alors que les études d'infirmiers s'adaptent à l'évolution des besoins en soins de la population.

Roselyne Bachelot, Ministre de la Santé, lors du Congrès de l'Association des Directeurs de Soins à Poitiers en octobre 2009 qualifiait le cursus LMD de « réforme cruciale », en insistant sur les avancées dans la profession d'infirmier(ère) faites ces cinq dernières années.

Ne se dessine-t-il pas une nouvelle forme de citoyenneté de l'étudiant, notamment en matière d'autonomie et de son corollaire, la responsabilité ?

### Une réforme à accompagner.

L'universitarisation des études d'infirmier(ère) suscitent des interrogations légitimes tant du côté de l'université que des professionnels de santé. D'une part, les universitaires sont prêts à accueillir un nouveau cursus en soins infirmiers, cependant, ils n'ont pas de connaissances précises du métier d'infirmier. D'autre part, les professionnels de santé sont, dans leur grande majorité, d'accord pour l'universitarisation, mais ils craignent que la formation ne soit plus réalisée par des pairs. Ces inquiétudes seront levées en inscrivant la formation dans un cursus long débouchant sur un doctorat, avec une filière recherche en soins infirmiers, socle indispensable à toute discipline professionnelle, et en impliquant les acteurs des deux parties

dans une dynamique de partage et de d'équité. La mise en place d'un comité de sélection du programme hospitalier de recherche en soins (PHRSI) sous la responsabilité de Monique Rothan-Tondeur, infirmière docteur en santé publique, ne serait-il pas annonciateur d'un accompagnement de la mise en place du LMD par le développement de la recherche en soins infirmiers ?

### Conclusion.

Dès aujourd'hui, les IFSI se regroupent en GCS pour passer des conventions avec l'université. Véritable galop d'essai de nos capacités respectives à collaborer, il préfigure deux grands dossiers à venir. Le premier est là, tout proche, en 2012, avec l'acquisition du grade licence pour les étudiants infirmiers. Le second, est à réfléchir conjointement, il s'agit de repenser l'ensemble des formations de la filière infirmière, de l'étudiant infirmier jusqu'au directeur des soins en passant par le cadre de santé au sein d'une filière en soins infirmiers.

Le renouveau de la profession infirmière est en marche. Gageons que les universitaires et les professionnels de santé sauront saisir l'opportunité. L'avenir nous le dira.



dossier  
l'impact du dispositif LMD sur le diplôme d'Etat infirmier

## Interview de Dominique Le Boeuf, Présidente du Conseil National de l'Ordre des Infirmiers

*Hôpital d'Ile-de-France : Au mois de mai dernier l'ordre national des infirmiers a pris position sur la question de la réforme LMD. Avec la publication de l'arrêté du 31 juillet, estimez vous que vos remarques ont été prises en compte ?*

**Dominique Le Boeuf :**

Aucune de nos remarques n'ont été prises en compte.

*H.I.F. : Plus largement qu'attendez vous de cette réforme LMD ?*

**D.L.B. :** Rien en l'état. La réforme de la formation en soins infirmiers confirme le maintien du diplôme d'état avec la reconnaissance d'un « grade » licence afin de « maintenir les IFSI dans un univers professionnel » et de « préserver le tissu des IFSI ». Le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche ainsi que le Ministère de la santé ont indiqué que ces décisions ne pouvaient être que transitoires. Nous attendons donc dans les plus brefs délais un calendrier des prochaines mesures de cette réforme.

*H.I.F. : Quelle est votre position sur le référentiel de formation infirmier ?*

**D.L.B. :** Le référentiel de formation constitue un sujet de préoccupation important des membres de notre profession. Sa validation engagera pourtant et pour longtemps, la formation des infirmiers, leur compétence et leur revalorisation salariale.

Cette revalorisation légitime et attendue par la profession ne doit pas occulter le problème de fond : le référentiel de formation, en l'état actuel, est bien loin des réalités du terrain et des besoins des patients. Notamment, le choix d'une formation centrée sur un tutorat de terrain augmentera de facto la charge de travail des infirmiers en poste sans vérification du

respect de la sécurité des patients. De même, ce référentiel refuse l'intégration de la formation infirmière à l'Université, confirmant encore une fois une exception française déplorable et incompréhensible. L'Ordre regrette que ce référentiel, plus soucieux de répondre à des besoins catégoriels, ne promeuve pas l'avenir de la profession dans son ensemble.

*H.I.F. : L'ordre national des infirmiers souhaite une intégration du cursus de formation infirmière au sein de l'université pourquoi ?*

**D.L.B. :** L'ONI s'inscrit dans un contexte européen favorable qui vise d'une part à développer la mobilité des professionnels qualifiés et d'autre part à favoriser l'accès à tout citoyen européen à une exigence de qualité des soins harmonisée. Force est de constater que les perspectives adoptées par le Ministère de la santé sur l'avenir de la formation infirmière ne s'inscrivent pas pour les infirmiers français et leur avenir dans cette double optique.

*H.I.F. : Concernant les Masters quelles sont les attentes de l'ordre ?*

**D.L.B. :** Qu'ils s'inscrivent dans un cursus en sciences infirmière jusqu'au doctorat comme cela est le cas dans de nombreux pays pour apporter à la profession l'évolution clinique et l'expertise est en droit d'attendre et que les patients sont en droit d'exiger.

Les perspectives de Master présentées pour la profession restent très floues. Alors que la DGES reconnaît « la carence en recherche infirmière et le retard français en la matière » ces hésitations ne peuvent occulter les limites du grade licence ne permettant pas d'accès direct aux Masters et le refus de la mise en place d'un cursus de « sciences infirmières » à l'université.

## Interview de M. le Professeur UZAN, doyen de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie



**PROFESSEUR UZAN**  
Doyen de la faculté de médecine  
Pierre et Marie Curie

*Hôpital d'Ile de France :  
Comment la réforme LMD  
pour le DE infirmier impacte-t-elle  
l'organisation des facultés ?*

**Professeur UZAN** : Il s'agit d'une dimension nouvelle des missions d'enseignement des universités, la réalisation de cette nouvelle mission s'effectuera via la composante santé des facultés de médecine.

Il s'agit pour la faculté de médecine de participer aux études de formation des IDE, mais également de commencer à créer une filière complète universitaire pour les niveaux L, M et D. C'est cet objectif qui m'a poussé quand j'étais membre de la commission Marescaux (pour la réforme des CHU) à être l'un de ceux qui ont proposé l'« universitarisation » des études infirmières.

Le rôle de l'université est d'aider les IFSI à gérer le L et de se préparer à créer des masters via le M que savent faire les universités.

Pour la faculté Pierre et Marie Curie, cela représente un impact important : nous estimons entre 2000 et 3000 le nombre d'élèves IDE qui seront vraisemblablement inscrits dans ce programme.

*H.I.F. : Quelle articulation envisagez-vous avec les IFSI ?*

**Professeur UZAN** : Nous ne souhaitons pas que tous ces élèves rejoignent la faculté de médecine. Nous souhaitons que soit laissée une entière liberté aux IFSI pour organiser avec les hôpitaux auxquels ils sont rattachés leur cursus habituel.

Pour moi, bien que cette vision ne soit pas partagée par l'ensemble des universités, le rôle de l'université est de faire ce chemin avec les IFSI pour peut-être y apporter des inflexions pédagogiques, peut-être gérer avec elles le contrôle des connaissances qui aboutissent à la licence.

Nous souhaitons une véritable licence. Je vous livre par ailleurs un scoop : nous allons très probablement créer une licence santé et science. La réforme propose que les IDE aient le grade de licence mais pas une véritable licence, nous nous souhaitons créer une véritable licence qui donne accès à un master.

La politique choisie par l'université Pierre et Marie Curie préconise de laisser aux IFSI la possibilité de rencontrer différentes universités et de choisir avec laquelle ils souhaitent s'associer. En ce qui concerne les modalités de collaboration avec les IFSI, les universités ont des positions différentes : certaines veulent aller vers le « tout universitaire » en gérant depuis les inscriptions l'ensemble du parcours des étudiants infirmiers. Ce n'est pas la position de notre université : nous souhaitons que pour la partie L1, L2, L3, l'essentiel de l'enseignement continue à être géré sur place dans les IFSI, car les IFSI ont des cultures différentes. Aussi, nous souhaitons dans la mesure du possible collaborer avec des IFSI de différents types : APHP, IFSI de l'éducation nationale, IFSI rattachés à des centres hospitaliers généraux ou encore à des hôpitaux privés pour avoir un large panel d'étudiant et pour que nous puissions profiter des expériences des uns et des autres.

Mais au départ, chaque IFSI gardera son site, son équipe pédagogique et l'immense majorité de ses enseignants. Nous allons voir comment nous pouvons aider les IFSI et comment leur apporter certaines inflexions pédagogiques et participer à certains enseignements qui leur sont nécessaires : biologie, sciences sociales, organisation du travail, anglais etc.

*H.I.F. : Comment envisagez-vous les modalités pratiques de mise en œuvre de la réforme ?*

**Professeur UZAN** : Notre participation au programme d'enseignement des IFSI pourra se faire par le biais d'un certain nombre

d'enseignements diffusés via internet (comme cela existe déjà depuis 4 ans pour étudiants de 1ère année). Les étudiants auront également la possibilité de télécharger des cours sous la forme de podcasts.

Par ailleurs, nous envisageons également des cours communs qui rassembleront les étudiants infirmiers et les étudiants de médecine. Les thèmes de ces cours porteront sur l'organisation des soins ou encore la politique de santé publique du pays. L'objectif de ces cours est d'organiser des parcours communs pour préparer ces futurs professionnels à leur travail en équipe autour du patient.

*H.I.F. : A quels types d'inflexions pédagogiques pensez-vous ?*

**Professeur UZAN** : Certaines sont détaillées par la loi puisque cette dernière précise quels sont les enseignements dispensés par les IFSI et ceux dispensés par l'université.

Par exemple, la spécificité de l'université Pierre et Marie Curie est sa composante « environnement et santé des populations » qui pourra constituer un cours commun ou encore la lutte contre les infections nosocomiales.

L'objectif est de favoriser le travail en équipe et une culture commune à l'ensemble des soignants autour des mêmes malades.

*H.I.F. : Selon vous, quels sont les aspects positifs de cette réforme ?*

**Professeur UZAN** : Actuellement, les études qui mènent au diplôme d'état infirmier sont considérées sont du niveau bac+3 ; les médecins suivent des études dont le niveau va de bac+11 à bac+13.

Entre ces deux niveaux, il n'y a pas de diplôme intermédiaire. Or aujourd'hui, la prise en charge

des patients nécessitent des métiers nouveaux et donc des diplômes nouveaux qui se situent à bac+5 ou +6. La réforme en organisant l'accès à des masters pour les élèves infirmiers va permettre d'organiser ces diplômes.

Ces métiers nouveaux concernent par exemple les fonctions d'infirmières d'annonce, spécialisées en cancérologie, en génétique, en éducation thérapeutique ou en gestion de circuit du malade. Tout le système médical doit se recentrer autour du patient et de son circuit de soins.

Il faut créer des intermédiaires entre l'IDE et le médecin pour faciliter la vie des malades. Ces métiers nouveaux prendront en charge les patients pour des étapes médicales qui ne nécessiteront pas l'intervention d'un médecin.

## Une grande première pour l'année scolaire des étudiants en soins infirmiers ( 2009-2010 )

La formation est dorénavant intégrée au parcours Licence Master Doctorat (LMD) (cf. arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat Infirmier). Elle garantit ainsi aux futurs infirmiers un grade de licence, niveau bac +3.

L'entrée dans le parcours LMD s'accompagne d'un programme et d'une pédagogie repensés ; l'idée force se situe dans l'analyse des situations de terrain pour faire émerger les savoirs et savoirs-être à acquérir.

L'enseignement, découpé en 6 semestres, est ainsi axé sur le concret et sur le réflexif pour encourager les futurs professionnels à s'interroger sur leurs pratiques et comment mieux se les approprier. Il est donc nécessaire de renforcer le lien entre les équipes pédagogiques des I.F.S.I et les terrains de stage.

La formation sur 3 ans de 4200 heures comprend : 2100 heures théoriques et 2100 heures de stage.

Les stages s'étaleront sur des périodes de 5 à 10 semaines pour les 5 premiers semestres et 15 semaines pour le dernier semestre. Ils auront lieu dans 4 domaines : la MCO ( Médecine Chirurgie Obstétrique ), des services de longue durée, des services de lieu de vie et les services en santé mentale. Au regard de ces changements et du nouveau système d'évaluation, une préparation bien ciblée est nécessaire. L'élaboration d'objectifs, l'utilisation d'outils et un suivi précis en partenariat total avec les équipes seront le garant des acquisitions.

Les Cadres de santé chargés de la formation, les cadres de terrain et les équipes de soins devront être des guides formateurs pour permettre à l'étudiant de prendre en charge sa formation, de s'évaluer et se responsabiliser.

L'accompagnement continu permettra de vérifier les soins réalisés et les 10 compétences acquises, indispensables à l'exercice du métier.

Il permettra aussi d'évaluer et de répondre au mieux aux besoins de l'étudiant.

Cette démarche professionnalisante s'inscrit dans un apprentissage réellement progressif et individualisé.

Les acquisitions seront examinées tous les 6 mois par une commission où seront présents des universitaires, des professionnels et des formateurs.

Cette formation en mutation devrait permettre la formation d'infirmiers capables de répondre à toutes situations exigeant des soins infirmiers, quel que soit le lieu d'activité.

Le système LMD ( Licence Master Doctorat ) permettra d'envisager des passerelles vers de nouvelles professions.

Des Masters spécialisés et un doctorat permettront également de développer davantage la recherche en soins infirmiers.

Bernadette Herin

## Concours d'entrée 2009 à l'IFSI de Rueil-Malmaison

Depuis plusieurs années l'IFSI assure le concours avec un nombre croissant de candidats. Ce mercredi 7 octobre, nous avons eu l'honneur d'organiser avec 3 autres IFSI de la région Ile-de-France, le 1er concours régi par le nouveau décret.

697 candidats se sont présentés pour l'IFSI de Rueil (où 66 places sont disponibles) :

- 593 candidats de droit commun en métropole
- 43 aides-soignants en métropole
- 1 aide-soignant dans les DOM TOM
- 18 infirmiers étrangers
- Le concours s'est déroulé dans le calme et la bonne humeur ; c'est l'impression générale qui a été exprimée par la plupart des candidats à la fin des épreuves.



## les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie du CH Ste. Anne

### Faire d'une contrainte une opportunité

Créés par la loi n°2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sont des établissements relevant du 9° de L. 312-1 du code de l'action sanitaire et sociale (CASF).

Inscrits dans le Plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, les CSAPA ne pouvaient se mettre en place qu'une fois précisées leurs modalités de financement et leurs missions.

Cela a été chose faite avec la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007 qui prévoit un financement par l'assurance maladie (ONDAM médico-social, objectif spécifique), puis par la parution des décrets n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des CSAPA et n°2008-87 du 24 janvier 2008 relatif au fonctionnement et au financement des CSAPA.

Enfin la circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie est venue fixer l'orientation générale de la réforme et expliciter les missions que devront assurer ces nouvelles structures médico-sociales. Les CSAPA remplacent les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes et les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CSST et CCA).

Le Centre Hospitalier Sainte-Anne disposait, au moment du changement de la réglementation ci-dessus évoqué, de deux structures médico-sociales dédiées à l'activité d'addictologie : le CSST Moreau de Tours et le CSST Paris La Santé.

Le premier est dédié à la prise en charge ambulatoire des usagers toxicomanes avec forte intrication de handicap psychique, mais également des usagers alcoolo dépendants et a des compétences associées en tabacologie ; le second, placé sous la responsabilité du Secteur de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (SPMP)/ Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) de la Maison d'Arrêt de la Santé, est dédié au repérage et à la prise en charge des personnes détenues ou sortant de prison ayant une ou des conduite(s) addictive(s). Pour le Centre Hospitalier Sainte-Anne l'expérience et le savoir faire de ces deux structures s'inscrivaient complètement dans les objectifs de mise en place des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie tels que décrits dans la circulaire du 28 février 2008.

Cela a donc été l'opportunité pour le CHSA d'élaborer un dossier CSAPA unique axé sur la polyvalence du service offert à la population, tout en respectant la spécificité de chaque unité : prévention et prise en charge des usagers relevant de toutes les addictions avec une mission de prise en charge - médicale, psychologique et socio-éducative - en articulation forte avec le secteur social et médico-social pour gérer des problématiques d'hébergement.

La mise en synergie des compétences des deux équipes va permettre d'intégrer au projet d'établissement de la nouvelle entité juridique, un projet de soins centré sur trois objectifs :

- remplir les obligations évaluatives minimum actuelles ;
- renforcer les prises en charge socio-

éducatives et de groupe de Moreau de Tours ;

- proposer une continuité des soins par un suivi extra carcéral pour Paris la Santé.

La mutualisation des moyens humains dégagera les ressources nécessaires au renforcement de l'équipe socio-éducative, qui permettront de travailler davantage à l'insertion professionnelle et par le logement en partenariat avec les structures associatives ; seule la mise en place d'une évaluation et d'une démarche qualité structurées, nécessitent un renforcement des effectifs (temps de secrétariat et temps d'encadrement).

Ce volet primordial du projet sera accompagné par une formation action des équipes centrée sur les pratiques professionnelles et l'évaluation interne, qui démarrera dès 2010.

Françoise Toux,  
Directrice responsable du Pôle  
médico-social au CH Sainte-Anne

# Interview de Jean-Marie BARBOT, Président de l'ADRHESS.



Jean-Marie BARBOT,  
Président de l'ADRHESS

*Hôpital d'Ile de France :  
Qu'est-ce que l'ADRHESS ?*

**JMB :** C'est l'Association pour le Développement des Ressources Humaines dans les Etablissements Sanitaires et Sociaux. Elle a été créée en 1993 par des responsables RH désireux de mettre en avant les mêmes valeurs de respect, de solidarité et d'équité comme socle de la politique RH à l'hôpital.

Mais il est vrai que depuis 16 ans, le paysage hospitalier s'est considérablement transformé et que les DRH sont souvent en première ligne pour mettre en place, dans des conditions souvent difficiles, des réformes qui se succèdent et qui modifient assez sensiblement la gestion des ressources humaines.

*HIDF : Comment analysez-vous les évolutions actuelles de la GRH à l'hôpital ?*

**JMB :** De manière schématique, on peut distinguer 4 évolutions :

- l'organisation en pôles, la contractualisation et la délégation de gestion font des ressources humaines une fonction de plus en plus éclatée et conduisent à un repositionnement des directions des ressources humaines comme cela est d'ailleurs le cas des autres directions fonctionnelles.
- avec la mise en place de la T2A, la maîtrise de la masse salariale est devenue l'objectif majeur, voire exclusif des plans d'économies : on voit ainsi le risque de réduire à une simple variable d'ajustement, ce qui est et doit rester une ressource et un investissement stratégique.
- l'évolution du statut de la fonction publique, préconisée notamment par le rapport Silicani, et illustrée par le recours croissant aux contractuels, conduit à une transformation des règles habituelles de gestion du personnel.
- enfin, la mise en œuvre de la loi HPST nous conduit à repenser la gestion des ressources humaines à l'échelle des communautés hospitalières.

*HIDF : Dans ce contexte que peut apporter l'ADRHESS ?*

**JMB :** Les responsables RH, même quand ils sont expérimentés, sont de plus en plus en quête de repères, de références pour exercer des fonctions dont l'attractivité s'est singulièrement amoindrie...

Aussi, dans son nouveau projet 2009/2012, l'ADRHESS s'est donnée comme objectif de développer les échanges et les retours d'expériences sur les pratiques RH. Nous souhaitons alimenter la réflexion, mettre en lumière les expérimentations et favoriser l'innovation et, ainsi, aider les collègues à s'inscrire dans une démarche d'anticipation.

*HIDF : L'ADRHESS est-elle une association de DRH ?*

**JMB :** Pas véritablement, car même si une majorité de participants à nos travaux sont des DRH, nous accueillons aussi dans nos rangs des directeurs, des directeurs de soins, des AAH...

Ainsi, toute personne intéressée par l'évolution des ressources humaines dans ses différents domaines (GPEC, formation, conditions de travail...) a sa place à l'ADRHESS.

*HIDF : En tant que Président de l'ADRHESS, quel est votre programme d'actions pour les prochains mois ?*

**JMB :** Je dirai que le programme est d'abord celui d'une équipe. Le Conseil d'Administration a été en partie renouvelé cette année et je sais pouvoir compter sur chacun de ses membres pour apporter sa contribution à une action qui n'a de sens que si elle est collective... Dans la continuité de la journée d'étude que nous avons organisée en mai dernier, à l'hôpital Bretonneau, sur la délégation de gestion RH, nous allons participer à différentes manifestations :

- Rencontre annuelle des DRH (avec la DHOS)
- Journées internationales de la qualité hospitalière
- Colloque sur l'évolution des ressources humaines (avec Décision Santé)
- Hôpital Expo
- Etc....

Mais au-delà de cet aspect événementiel, j'ai aussi souhaité que l'ADRHESS se fasse aussi mieux connaître par son activité éditoriale : plusieurs articles ont ainsi été publiés au cours des derniers mois par les collègues du Conseil d'Administration.

*HIDF : Concrètement, comment contacter l'ADRHESS aujourd'hui ?*

**JMB :** Vous touchez là un point faible de notre association qui n'a pas encore de site.

C'est la raison pour laquelle nous avons désigné, dans le nouveau bureau, une responsable de communication (Luce Legendre) qui travaille activement à la création d'un site ADRHESS qui devrait être mis en service prochainement. Cela va faciliter les échanges avec nos adhérents et, plus largement, avec tous ceux qui sont intéressés par nos activités et ainsi permettre à l'ADRHESS d'être encore plus...utile !

Interview réalisée par  
Benjamin LAPOSTOLLE  
(Elève Directeur au CH de Versailles)

## L'ÉQUIPE DE L'ADRHESS

**Jean-Marie BARBOT**  
(Président)

**Michel DOGUÉ, Yves LAMY, André LUCAS**  
(vice-présidents)

**Brigitte SCHERB**  
(trésorière)

**Michèle CAYOL**  
(trésorière adjointe)

**Agnès LESAGE**  
(secrétaire)

**Christian POIMBOEUF**  
(secrétaire adjoint)

**Luce LEGENDRE**  
(chargée de communication)

**Patricia AMIOT**  
(chargée de communication adjointe)

Les hommes et les femmes qui travaillent dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux sont, qu'on le veuille ou non, une ressource avant d'être un coût. C'est pour cette raison que la gestion des ressources humaines doit être au centre des préoccupations des chefs d'établissement autant que des Directeurs Adjointes qui préparent et mettent en œuvre, par délégation, la politique RH de l'établissement. Un « management humain des ressources », comme le propose le docteur Patrick Légeron, co-auteur du rapport rendu à Xavier Bertrand sur le thème de la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail, ne signifie pas nécessairement une attitude laxiste quant à la gestion des fonds publics. Une recherche systématique de la performance financière au détriment des valeurs humaines s'avère, à terme, toujours néfaste au plan de la collectivité.

Les valeurs prônées par l'ADRHESS sont fidèles à ces principes. C'est pourquoi l'ADRHESS a vocation à réunir tous les acteurs qui se sentent concernés par le développement des ressources humaines. En tant que chef d'établissement, je suis fier de rester membre de cette association. En qualité de vice-président, je continuerai à m'impliquer dans la mise en œuvre du projet que nous avons élaboré sous l'impulsion du Président, Jean-Marie Barbot, projet récemment adopté par notre assemblée générale.

Michel DOGUÉ  
Directeur du Centre Hospitalier Interdépartemental  
Théophile ROUSSEL DE MONTESSON  
-Vice -Président de l'ADRHESS

## Convergence tarifaire et EHPAD : l'ère du soupçon ?

### Le projet initial de convergence tarifaire souffre d'un manque de compréhension et remet en question la médicalisation des EHPAD

La campagne budgétaire 2009 constitue un tournant significatif dans la prise en charge financière des personnes âgées. Elle met en place un processus de convergence tarifaire dans les Etablissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Cette convergence vise à rééquilibrer les écarts qui existaient entre le financement et la prise en charge réelle des patients.

La convergence tarifaire est issue de l'article 53 de la loi du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009. Elle consiste à ramener les établissements dont le tarif de soins excède un plafond national prédéfini au niveau de ce dernier. Le calcul du plafond est explicité par l'arrêté du 17 mars 2009 : il est égal à la valeur annuelle du point (soit 12,38 euros en 2009) que multiplie le GIR moyen pondéré de l'établissement plus le PATHOS moyen pondéré multiplié par 2,59.

Conséquence de ce dispositif, les établissements dont l'enveloppe « tarif de soins » dépassait ce plafond ont subi une limitation de la progression de leur dotation à 0,5%. Au total, sur l'ensemble du territoire national, les dépassements constatés s'élèvent à 96 M€ concentrés sur 496 établissements et 44.000 places (pour un montant total des dotations soins de plus de 600M€).

La critique du dispositif se concentre essentiellement sur ses conséquences en termes de politique de santé. En effet, outre le fait que le processus souffre d'une visibilité faible (complexité des règles de calcul et du processus tarifaire), il convient de souligner le retour en arrière opéré par la tutelle dans le domaine

de la prise en charge des personnes âgées. Alors même que la nécessité de renforcer la médicalisation des EHPAD relevait d'un constat partagé par tous les acteurs, le dispositif de la convergence tarifaire semble aller à son encounter d'une manière insidieuse, c'est-à-dire en remettant en question le cœur des budgets médico-sociaux : les dépenses de personnel. Ceci explique en grande partie la mobilisation de la FHF afin d'atténuer les effets délétères de la réforme (objectivées par les enquêtes menées par la fédération) et ce d'autant plus que les besoins de prise en charge pour ce public spécifique ne cessent de croître. Le périmètre d'application de la réforme interroge également par son imprécision. En Ile-de-France, selon une enquête, le dépassement par rapport au plafond serait de plus de 20%. Même si le processus de convergence doit être lissé jusqu'en 2016, cela ne doit pas masquer la remise en cause, réelle, du financement de la prise en charge des personnes âgées. Or il semble incongru de remettre en cause un élément si fort de politique publique au moment où la demande pour ce secteur connaît des taux de progression constants depuis plusieurs années. Il convient sans doute de temporiser davantage les effets induits par le processus et de les ramener à des seuils tolérables par les établissements, c'est-à-dire ne remettant pas en cause l'emploi dans les structures concernées (qui connaissent par ailleurs des difficultés de recrutement récurrentes).

#### LES DERNIÈRES ÉVOLUTIONS

Les négociations avec la tutelle ont permis des avancées certaines :

- Les établissements dont le niveau de dépassement du plafond est inférieur à 10% seront amenés à négocier un taux

d'évolution différencié en fonction des besoins et d'objectifs pour ne pas se voir appliquer un taux d'évolution automatique à 0,5%. Cette évolution participe d'une volonté de contractualisation nouvelle dans la gestion des EHPAD. Cette disposition devrait s'appliquer à 97% des établissements concernés par la convergence ;

- Les établissements qui dépassent de plus de 10% le niveau plafond se verront proposer une contractualisation sur des objectifs pluriannuels ;
- Dans tous les cas, les DDASS auront comme consigne d'éviter toute mesure qui remettrait en cause l'emploi des personnels au lit des résidents. Ainsi, les dépenses se concentrent sur les charges « hors dépenses de personnel », notamment sur la question de la mutualisation des fonctions supports.

Que la nécessité de mieux allouer les ressources dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées soit une priorité, tous les acteurs de la profession peuvent le comprendre. Néanmoins, il conviendrait d'étudier mieux, plus précisément, les effets du processus de convergence afin de ne pas confondre l'ombre pour la proie. Les évolutions récentes vont dans le bon sens mais nous devons rester vigilants pour l'année 2010, encore pleine d'incertitudes.

## Mobilisation importante des EHPAD d'Ile-de-France le 30 juin 2009



Le 30 juin 2009, à l'appel de la FHF, l'UNIOPSS, la FNMF, la FNAPAEF, la FNADEPA, la FNAQPA, l'UNCCAS, France Alzheimer, le CNRPA, l'ADMR, l'UNA, A domicile, l'ANCCAS, ADESSA et l'AD-PA, les établissements pour personnes âgées d'Ile-de-France se sont mobilisés pour dénoncer le plafonnement des dotations de soins et la convergence tarifaire et demander que ces mécanismes soient immédiatement arrêtés.

Plus de 200 personnes, résidents des établissements et professionnels de toute l'Ile-de-France se sont réunis autour d'un pique-

nique géant sous un soleil radieux dans le parc du centre de gérontologie les Abondances à Boulogne pour manifester leurs inquiétudes. Cette mobilisation a été appuyée par les organisations nationales qui ont tenu en même temps et au même endroit une conférence de presse. Certains résidents et professionnels ont pu témoigner directement à la fin de cette conférence auprès des journalistes présents.

Pour faire suite à cette journée, la FHF Ile-de-France a lancé une enquête régionale auprès des établissements pour chiffrer la perte de moyens liés aux forfaits plafonds et à

la convergence et saisir les parlementaires à l'automne à ce sujet.

Merci particulièrement à Daniel Lemesre, directeur du Centre de Gérontologie des Abondances qui a permis l'organisation de ce pique-nique, à Grégoire Bellut, le représentant régional de l'AD-PA, qui a beaucoup œuvré pour la réussite de cette journée ; et à tous les établissements qui sont venus, de loin et de moins loin, apporter leur soutien à cette action.

Murielle Jamot,  
Directrice du CH de Puteaux,  
animatrice médico-social du 92.



en direct

## Travaux de restructuration

### Le centre Hospitalier de Saint-Denis a lancé la restructuration de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis



Le 15 mai dernier ont débuté les travaux relatifs à la première phase de restructuration du site ont débuté.

#### NATURE DES TRAVAUX

Cette première phase comprend essentiellement la création de planchers neufs 20782 m<sup>2</sup> SDO. Elle consiste à créer :

- un nouveau bloc opératoire composés de 7 salles d'opérations plus deux aménageables en surélévation du bâtiment des urgences actuelles. Cette surélévation comportera également un nouvel hôpital de jour de chirurgie de 12 places ainsi que les consultations d'anesthésie.
- Sur le terrain mitoyen aux urgences, construction d'un centre de périnatalité de quatre niveaux (R+3) sur emprise au sol de 3500 m<sup>2</sup>. Ce bâtiment construit à moins de trois mètres du bâtiment Maternité existant permettra de regrouper sur un même bâtiment toutes les activités de gynécologie, d'obstétrique et de néonatalogie actuellement réparties sur deux bâtiments distincts. Le RdC directement accessible depuis la rue comportera toutes les activités de consultations, le premier niveau en lien direct avec le nouveau bloc opératoire

accueillera le bloc obstétrical et le service de néonatalogie, les deux derniers niveaux seront quant à eux réservés aux services d'hospitalisation de gynécologie et d'obstétrique (78 lits au total).

La conclusion de cette première phase est la construction d'un nouveau bâtiment d'accueil général de l'hôpital permettant d'accueillir et d'orienter dans les meilleures conditions vers les différents services. Cette construction ne pourra se concrétiser qu'après avoir orchestré le déménagement de la maternité et procéder à la démolition du bâtiment existant.

#### CALENDRIER DES TRAVAUX

La livraison du nouveau bloc opératoire et du centre de périnatalité est programmée pour mai 2011. L'été 2011 sera consacré à la démolition du bâtiment maternité existant permettant d'assurer la construction du bâtiment accueil administration dont la livraison est prévue à l'été 2012.

#### AVANCEMENT DES TRAVAUX

Au 15 novembre 2009, l'avancement est conforme au calendrier détaillé d'exécution, la superstructure de la surélévation (bloc opératoire, hôpital de jour) est quasiment terminée et les 118 pieux assurant les fondations profondes du nouveau centre de périnatalité ainsi que les travaux de terrassement sont également terminés.

#### UN CHANTIER SOUS SURVEILLANCE

La gestion au quotidien de cette opération se confronte à deux problématiques omniprésentes.

De part sa configuration, ce projet impose de travailler à proximité des zones de soins (elles sont en dessous lorsqu'il s'agit de la réalisation de la surélévation et mitoyennes pour la construction du nouveau bâtiment « périnatalité »). La protection des existants, les méthodologies de construction particulières (préfabrication, grignotage pour la démolition) et la communication avec les équipes de soins

sont donc indispensables à la bonne marche du chantier.

Pour répondre à l'autre problématique qu'est l'environnement urbain du chantier, le travail initial a été de penser des installations de chantier impactant au minimum les petites rues adjacentes au site pour concentrer les flux de véhicules sur l'avenue Lamaze. La mise en place d'un « homme trafic », le nettoyage systématique des camions sortant de la zone chantier permettent de limiter les nuisances sur cet axe.

#### LES PERSPECTIVES

Comme indiqué précédemment la restructuration de l'hôpital Delafontaine ne s'arrête pas là. En effet les équipes techniques travaillent dorénavant et déjà sur la suite de l'opération qui doit s'opérer dans la continuité des travaux en cours. Cette seconde phase comprend la restructuration du bâtiment principal composés de 8 niveaux d'hospitalisation (mise en sécurité, façades, hébergement) pour accueillir à terme de l'ordre de 300 lits et la reconfiguration de la galette technique située au rez-de-chaussée du bâtiment précité pour accueillir dans l'emprise de l'existant une nouvelle réanimation (12 lits), une nouvelle USC (12 lits), un nouvel hôpital de jour de médecine (16 places) ainsi qu'une zone d'imagerie d'urgence. La finalisation de cette opération de restructuration d'envergure est envisagée pour le courant de l'année 2015.

Thierry MARTIN

Directeur des Travaux  
des Services Techniques et de la Sécurité



actualités FHF-IDF

## Journée d'automne

### De La FHF – Ile-De-France

Mercredi 2 décembre 2009 Palais des Arts et des Congrès,  
25 avenue Victor Cresson 92130 Issy les Moulineaux

#### Programme des congressistes

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 Frédéric VALLETOUX, Président de la FHF - Ile-de-France  
- Monsieur Claude EVIN, Responsable préfigurateur de l'Agence Régionale de Santé  
- Monsieur Jacques METAIS, Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation

Débat avec la salle

11h45 Questions nationales d'actualité Interventions de :  
- Monsieur Jean LEONETTI, Président par intérim de la Fédération Hospitalière de France  
- Madame Annie PODEUR, Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

13h00 Déjeuner - Salle Menand

14h30 Quels impacts de la V11 pour les établissements de santé franciliens ?  
- Par Etienne LISSILLOUR, Responsable de la Conférence des Directeurs des Affaires Financières,  
- Docteur Claudine MENGUY, Département d'Information Médicale (CH de Montreuil),  
- Julie COURPRON, Directeur des Affaires Financières (CH Coulommiers)

La mise en œuvre du LMD pour le diplôme d'état infirmier :  
quelle organisation pour l'Ile-de-France

- Par Frédéric JAMBON, Directeur des Ressources Humaines (CH de Gonesse)  
- Odile DECKER, Directrice de l'IFSI de Nanterre

Réforme SSR et SROS SSR :  
quel positionnement et quelle stratégie pour les établissements de santé ?

- Par Pascale HOANG, Directrice (Hôpital Le Parc, Taverny),  
- Nathalie SANCHEZ, Directrice de site (Hôpital National de Saint Maurice),  
- Docteur Philippe HEURTE, Département d'Information Médicale (CH de Saint-Denis)

17h30 Clôture du Congrès

**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-Vaucluse - Maison Blanche  
UGECAM

**Seine et Marne (77)**

Avon - Beaumont-en-Gatinais  
Bois-le-Roi - Bray-sur-Seine  
Brie-Comte Robert - Château Landon  
Chatelet-en-Brie - Coubert  
Coulommiers - Crouy-sur-Ourcq  
Dammartin en Goële - Dammartin sur Tigeaux  
Donnemarie-Dontilly - La Ferté Gaucher  
Fontainebleau - Jouarre - Lagny  
Meaux - Melun - Montereau - Mormant  
Nangis - Nemours - Noisiel - Provins  
Rebais - 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  
Poissy/Saint-Germain-en-Laye - Rambouillet  
Sartrouville - Triel-sur-Seine - Versailles  
Le Vésinet - Viroflay

**Essonne (91)**

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

**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  
Choisy-le-Roi - Créteil  
Fontenay-sous-Bois - Fresnes - Gentilly  
La Queue-en-Brie - Le Perreux-sur-Marne  
L'Hay-les-Roses - Saint-Mandé  
Saint-Maur des Fossés - Saint-Maurice  
Sucy-en-Brie - Villejuif - Villeneuve Saint-Georges  
Vitry sur Seine

**Val d'Oise (95)**

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

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



**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 59 96  
e-mail : [fanny.martin-born@ch-gonesse.fr](mailto:fanny.martin-born@ch-gonesse.fr)**