



Hôpital

d'île-de-france

revue semestrielle de la FHF Île-de-France N°47 - Juin 2010

dossier

Coopérations en Ile-de-France



L'invité

Claude Evin
Directeur Général
de l'agence régionale
de santé d'Île-de-France

Congrès de printemps De La FHF – Ile-De-France

Mercredi 15 juin 2010 Palais des Congrès de Versailles
10, rue de la Chancellerie - 78000 Versailles

Programme des congressistes

- 9h30** Accueil des congressistes
- 9h45** Allocution de bienvenue de Monsieur DE MAZIERES, Président du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier de Versailles
- 10h00** Ouverture officielle du Congrès par Monsieur Frédéric VALLETOUX, Président de la FHF - Ile-de-France
Questions régionales d'actualité - Interventions de :
- Monsieur Frédéric VALLETOUX, Président de la FHF-Ile-de-France,
- Monsieur Claude EVIN, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France
- 11h15** Pause et visite de l'exposition
- 11h30** Questions nationales d'actualité - Interventions de :
- Monsieur Jean LEONETTI, Président de la Fédération Hospitalière de France,
- Madame Annie PODEUR, Directrice générale de l'Offre de soins
- 12h30** Déjeuner sur place (Buffet)
- 14h15** La certification des comptes des Établissements Publics de Santé
- Présentation par Mme Julie COURPRON, Directrice adjointe aux Affaires Financières, Contrôle de gestion et admissions chargée de la mission « Évolution des pôles » aux CH Coulommiers, Lagny Marne la Vallée et Meaux
- 14h45** La nécessaire qualité du dossier patient au regard des nouveaux modèles de tarification
- Présentation par M. le Docteur Denis CARRADO (DIM au CASH de Nanterre), M. le Docteur Michel BROCHARD (DIM au CH de Meulan les Mureaux) et M. le Docteur Christian OGIER (DIM au CHI de Créteil)
- 15h15** Le nouveau régime d'autorisation dans le secteur médico-social
- Présentation par Mme Murielle JAMOT, Directrice du Centre Hospitalier de Puteaux et Animatrice du groupe « Personnes âgées et Handicap » et M. Marc BOURQUIN, Directeur du pôle « Établissements médico-sociaux » à l'ARS
- 16h00** Pause et visite de l'exposition
- 16h15** La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » et son impact sur la gestion des ressources humaines
Intervention coordonnée par M. Frédéric LIMOUZY, Responsable de la conférence des Directeurs des Ressources Humaines et Mme Hélène VIDAL-BOYER, Responsable du pôle ressources humaines (FHF)

Sommaire

Actualités FHF Ile-de-France

2. Programme du Congrès de printemps

Invité

- 4-6. Monsieur Claude Evin
Directeur Général de l'ARS d'Ile-de-France

Dossier

- 6-10. Coopérations en Ile-de-France

Actualités Médicales

11. Les arrêtés du 8 juillet 2008 et du 16 mars 2009 réforment en profondeur la formation des médecins étrangers en France

Qualité

- 12-13. Qu'est-ce que la V2010 ?
V2010 - Retour sur les premières visites

Finances

- 14-15 La réforme de la facturation relancée ?

Ressources Humaines

16. Ingénieur en Organisation

En direct des établissements

17. Allier l'utile à l'agréable, le programme Activité physique, nutrition et qualité de vie au CH de Beaumont sur Oise
18. Une seconde IRM a été mise en fonctionnement en janvier 2010 au Centre Hospitalier Sainte-Anne
19. Restructuration du CHS Fondation Vallée à Gentilly

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
BP 30071 - 95503 GONESSE
Tél. : 01 34 53 20 71 / Fax : 01 34 53 59 96
- **Crédits Photos** :

Couverture : © Fotolia / Avava
© CH Théophile Roussel à Montesson
Intérieur : X-DR



Epreuve du feu pour l'ARS

Les nouvelles que chacun d'entre nous reçoit quotidiennement sont alarmantes et à bien des égards déprimantes.

Pas un jour sans que les médias, les pouvoirs publics nous rappellent :

- la hausse difficilement maîtrisable et continue des déficits et du niveau de la dette des Etats,
- la chute de la bourse, celle de la valeur de l'Euro,
- le risque d'effondrement du modèle social européen et la fin de l'état providence. Des plans pluriannuels d'économies drastiques d'ampleur sans précédent sont annoncés semaine après semaine par les pays du « vieux » continent, au risque de réduire à néant et durablement toute perspective de croissance.

Triste constat !

Chacun sait bien que la France - dans la situation objective de ses finances publiques - n'est pas à l'abri des conséquences de cette crise. Dès lors, indépendamment de toute considération politique, vient la question : les mêmes causes produiront-elles dans notre pays les mêmes effets ?

Déjà les pouvoirs publics ont annoncé des séries de mesures sévères et de rigueur extrême (que certains considèrent encore insuffisantes) : gel de la croissance des dépenses de l'État, plan d'économie tri annuel de 100 milliards d'Euros, réforme des retraites, limitation à moins de 3% de l'augmentation annuelle de l'ONDAM, etc...

Nous avons bien compris qu'au nom de cet effort national, les dépenses de santé, et donc les moyens financiers de l'hôpital public et du secteur médico-social, seront dans les prochaines années concernées et sans doute significativement contractées.

La Fédération Hospitalière de France nationale sur ce point a récemment alerté les pouvoirs publics sur les risques bien réels existant sur le niveau de l'emploi dans les hôpitaux.

C'est dans ce contexte que les Agences Régionales de Santé se mettent en place. Elles auront pour mission de mettre en œuvre sur le terrain ces fortes contraintes économiques et politiques.

Leurs nouveaux responsables auraient sans doute souhaité des circonstances plus paisibles.

Mais c'est ainsi ! Chacun dans son rôle !

Reçue récemment par Monsieur le Directeur Général de l'ARS et sa nouvelle équipe de Direction pour une première prise de contact, une délégation de la Fédération Hospitalière de France Régionale a tenu à présenter - au nom des hospitaliers franciliens - les conditions « facteur clef de réussite » de l'exercice qui vont nous être imposées :

- Celle tout d'abord de la nécessaire définition d'axes stratégiques clairs de la politique sanitaire pour les prochaines années. A cet égard, l'élaboration prévue pour 2011 du PRS sera fondamentale.
- Celle de l'équité de traitement entre les composantes de l'offre (AP-HP, EPS, cliniques commerciales).
- Celle de la transparence de l'action publique.
- Celle du sens des décisions prises qui ne doivent pas répondre qu'au seul objectif comptable mais intégrer la dimension de Santé Publique.
- Celle de l'acceptabilité et du rythme des efforts imposés.
- Celle enfin de la concertation, de la communication et du respect des professionnels en charge des situations locales mais qui sont aussi des citoyens responsables, éveillés sur les contraintes du temps et capables d'accompagner cet effort.

J.P. Burnier
Secrétaire général de la FHF Ile-de-France

l'invité
Monsieur Claude Evin

Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France



Claude EVIN
Directeur Général
de l'ARS d'Ile-de-France

Hôpital d'Ile-de-France : Depuis que vous occupez le poste de directeur préfigurateur de l'Agence régionale de santé (ARS) et maintenant de directeur général, quel regard portez-vous sur la situation sanitaire en Ile-de-France et les réponses apportées par l'offre de soins ?

La région Ile-de-France est une région contrastée, parce que les indicateurs globaux de l'état de santé de la population sont bons, ainsi que ceux concernant l'offre de soins. Et pourtant, il existe à l'intérieur de la région un certain nombre d'inégalités quant à l'état de santé de la population ; inégalités entre les territoires ou entre les différentes catégories de population. Par exemple, la région Ile-de-France connaît une très forte augmentation du VIH-SIDA, comparativement à d'autres régions. Par ailleurs, elle est encore une des premières régions encore touchées par la tuberculose.

Quant à l'offre des soins, il reste des territoires en Ile-de-France qui n'ont pas d'offre de soins de premier recours comparativement à des territoires que l'on trouve dans des

régions plus rurales. Il existe également des territoires urbains, des zones sensibles dans lesquelles on ne trouve plus de médecins, d'infirmières ou de kinésithérapeutes susceptibles d'assurer un service de premier recours.

H.I.F. : Une des caractéristiques de l'état sanitaire de la région Ile-de-France souvent soulignée touche aux fortes inégalités de santé entre ses territoires. Quelle politique mènera l'Agence Régionale de Santé pour les réduire ? Quelle autorité aura l'ARS vis-à-vis de l'APHP ?

Comme je l'ai déjà souligné, la région Ile-de-France est donc une région particulièrement contrastée, particulièrement en ce qui concerne les soins de recours. Je rappelle que concernant ces derniers, le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) a un volet ambulatoire que nous devons prévoir et qui doit nous donner une meilleure visibilité pour conduire des politiques en la matière.

Par ailleurs, un certain nombre de mesures sont prévues dans la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire que l'ARS est susceptible de prendre : aide à l'installation des professionnels libéraux sous différentes formes (maisons ou centres de santé, modalités particulières de rémunération) et l'ARS les utilisera pour garantir à la population un accès à des soins de qualité quel que soit le lieu où elle vit.

Concernant le milieu hospitalier, je souhaite qu'il y ait une coopération entre les différents établissements et à ce titre, l'APHP doit mieux organiser sa coopération avec les établissements franciliens. Il ne s'agit pas d'un problème d'autorité si ce n'est que l'ARS aura à signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'APHP au même titre qu'avec les autres établissements de la région. Dans ce cadre, je formulerai un certain nombre d'orientations nécessaires à la bonne organisation des soins sur l'ensemble de la région.

H.I.F. : Quels ont été les objectifs fixés à l'ARS d'Ile-de-France dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ?

Nous n'avons pas encore signé de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Il sera signé dans les semaines à venir. Les objectifs fixés dans ce cadre sont des objectifs de santé publique, comme par exemple prévention de l'obésité chez les enfants et également des objectifs de réduction des déficits des établissements de santé, ou encore la mise en œuvre d'une démocratie sanitaire. Ce sont des objectifs qui correspondent aux compétences de l'Agence Régionale.

H.I.F. : Quel sera le rôle de l'ARS en matière de restructuration ? Y aura-t-il des financements particuliers pour les encourager ?

La réorganisation de l'offre de soins s'impose dans la mesure où la prise en charge des patients évolue et où il est nécessaire de recompter les moyens, pour garantir la qualité du service rendu au patient et résoudre les problèmes de rareté de la ressource médicale, notamment dans certaines spécialités où il est nécessaire de regrouper les moyens pour assurer le recrutement de bons professionnels.

Le rapprochement des établissements sera une orientation que j'ai l'intention de mettre en œuvre et pour faciliter ces coopérations, je souhaite que l'Agence puisse y contribuer financièrement, afin de mettre en place les orientations que nous aurons déterminées avec les établissements.

H.I.F. : Quelles sont les prérogatives des délégations territoriales ? Quels changements sont introduits par rapport aux anciennes directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) ?

A la différence de la situation antérieure, l'ARS est un établissement public et une entité institutionnelle unique au niveau de la région. Les anciennes DDASS avaient une certaine autonomie. Aujourd'hui, les délégations territoriales sont celles de

l'Agence et donc la politique de l'Agence sera définie au niveau de la région et elle sera la même sur l'ensemble de la région. Elle sera déclinée dans les différents départements sous la responsabilité des délégués territoriaux.

Je souhaite par ailleurs que les délégués territoriaux assurent une proximité avec les acteurs de terrain et les établissements de santé.

H.I.F. : Le sujet de la permanence des soins préoccupe beaucoup les établissements publics de santé, avec la possibilité pour l'Agence régionale de santé de moduler l'enveloppe financière probablement jusqu'à 20%. Quel calendrier et quelle politique aura l'ARS sur cette problématique ?

La question de la permanence des soins est d'abord une question relative à la protection d'une ressource rare, à savoir les médecins de garde. On sait bien que la démographie médicale nous prépare des lendemains difficiles dans certaines disciplines et aussi dans certains territoires. D'où la nécessité d'optimiser la mobilisation des médecins la nuit.

Nous allons développer une approche « intégrée » entre permanence des soins hospitalière et permanence des soins ambulatoire. Je crois que les deux sont liées, parce que le flux des patients est pour partie le même et les moyens mobilisés par les structures hospitalières ne peuvent pas l'être pour renforcer l'insuffisance de la première ligne ou la permanence ambulatoire.

Il s'agit d'un dossier difficile car on sait très bien que la permanence des soins représente un complément salarial parfois significatif pour certains médecins et un élément d'attractivité pour certains territoires qui ont des difficultés à recruter. Je souhaite pour autant que l'on avance sur ce sujet en concertation avec l'ensemble des acteurs.

H.I.F. : La loi Hôpital, Patient, Santé et territoire offre la possibilité aux établissements de santé privés de se voir confier des missions de service public. Avez-vous déjà une idée

du type de contrat et des garanties qu'ils contiendront pour encadrer la réalisation de ces missions de service public ? Quels seront les critères pour confier des missions de service public aux établissements privés ?

Les critères d'attribution des missions de service public sont définis par la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire. La loi énumère les missions de service public (permanence des soins, recherche, enseignement, soins palliatifs etc.) et fixe des conditions à la réalisation des missions de service public. Il s'agit de l'égalité d'accès à des soins de qualité, la permanence de l'accueil et de la prise en charge, le respect de la tarification de la sécurité sociale dans le cadre de cet accueil.

Ce sont des critères qui ne sont pas négociables et qui s'imposeront pour confier des missions de service public. Par ailleurs, je serai très attentif à l'intégration des missions de service public dans une offre de soins globale qui devra être appréciée à l'échelle du territoire. Il faut organiser de vraies missions de service public et non pas simplement donner une étiquette donnée à un établissement.

Il faudra également prendre en considération la pérennité de la mission, la capacité de la structure à tenir ses engagements y compris des professionnels qui y exercent. Dans le cadre de la marge de manœuvre qui est laissée au Directeur de l'Agence par la loi pour apprécier l'opportunité de confier des missions de service public aux acteurs privés, ce sont les critères que je retiendrai. Je souhaite mener ces réflexions en concertation avec les fédérations.

H.I.F. : Beaucoup avancent que l'Ile-de-France est une région surdotée ? Qu'en pensez-vous et que pensez-vous de certaines spécificités franciliennes comme le coefficient de majoration de 7% sur les tarifs hospitaliers ?

Je ne suis pas certain que ce sujet soit encore aujourd'hui d'actualité. La région Ile-de-France représente près de 20% de la

population française et une des priorités est de réduire les inégalités qui existent au sein même de la région entre territoires.

Par ailleurs, il faut également prendre en considération l'efficacité de la dépense et savoir si on est en capacité de justifier la dépense que nous mobilisons pour soigner la population en Ile-de-France.

Il existe bien évidemment des particularités en Ile-de-France dont il faut tenir compte, l'essentiel est de rester attentif au principe de transparence et d'arriver à justifier les particularités franciliennes. Si ces particularités sont justifiées, alors elles doivent être financées.

H.I.F. : À l'heure où les premiers établissements franciliens s'engagent dans la certification V2010 avec des exigences de plus en plus élevées de la Haute autorité de Santé, quels seront les grands axes de la politique menée par l'ARS dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques ? Quelles seront les relations entre cette politique et les décisions de la Haute Autorité de Santé ?

Les actions conduites par l'Agence régionale de santé en matière de qualité suivront les axes définis par la Haute Autorité de Santé. Elles auront pour objet de renforcer la démarche des établissements dans ce domaine.

Mais il s'agit principalement des actions de la HAS pour le secteur hospitaliers et des recommandations de l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Un sujet néanmoins me préoccupe particulièrement, il s'agit de l'obsolescence d'un certain nombre d'investissements en Ile-de-France, notamment les investissements réalisés dans les années 70. Certains équipements auront besoin de se mettre aux normes. Les visites des experts visiteurs de l'HAS et les rapports de certification exigent parfois des établissements des dépenses d'investissement. Ces dépenses devront être prises en compte au regard des missions que remplissent ces établissements.

l'invité
Monsieur Claude Evin

H.I.F. : Avez-vous un message à faire passer aux établissements franciliens alors que la campagne budgétaire 2010 s'annonce très dure et que les prochaines le seront sans doute de plus en plus ?

La population auprès de qui nous devons assurer un service attend de nous des soins de qualité, c'est-à-dire pour chacun le bon soin qui soit organisé pour être donné au bon moment, par le bon professionnel et à un juste coût.

C'est l'ensemble de ces exigences qui animera l'action de l'Agence, cela implique

de permettre une meilleure fluidité de la prise en charge, d'assurer une prise en charge de qualité, de raccourcir les durées moyennes de séjour en développant d'autres types de prises en charge (par exemple en développant la prise en charge ambulatoire), de mieux évaluer les investissements pour garantir une meilleure efficacité, une meilleure prescription pour optimiser les coûts des médicaments et des dispositifs médicaux. La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire nous donne des outils pour le faire. C'est au regard de tous ces objectifs que j'appuierai les établissements de

santé sanitaires et médico-sociaux et les rapprochements entre établissements de santé, publics comme privés.

Et naturellement, l'équilibre budgétaire doit rester un de nos objectifs pour garantir notre système de solidarité nationale.

Propos recueillis par

Fanny Martin-Born

Délégué permanent de la FHF IDF

Dossier Coopérations en Ile-de-France

La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire renforce les possibilités de regroupement pour les établissements de santé. Elle crée notamment les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) et renforce les groupements de coopération sanitaire (GCS).

Les communautés hospitalières de territoire ont pour objectif la mise en commun des moyens et / ou des activités au service d'un projet médical de territoire.

Pour les GCS, il est nécessaire de distinguer :

- Le GCS de moyens qui a pour objet l'organisation, la réalisation ou la gestion des moyens au nom et pour le compte des membres
- Le GCS établissements de santé autorisé par l'ARS à exercer en son nom une ou plusieurs activités de soins

En septembre 2009, 42 projets (32 CHT et 10 GCS) ont été retenus pour un accompagnement financier. Mme Annie PODEUR, Directrice générale de l'offre de soins, a précisé que 3 millions d'euros avaient été utilisés sur l'enveloppe de 10 millions d'euros allouée.

Des établissements franciliens ont accepté de nous parler de leurs projets de coopération :

- Le Groupe Hospitalier de l'Est Francilien dans le Nord Seine et Marne
- Le projet de GCS des Yvelines Sud

Les enjeux du Groupe Hospitalier de l'Est Francilien dans le Nord Seine et Marne



Thomas LE LUDEC

Directeur des Centres Hospitaliers de Meaux, Lagny-Marne-La Vallée et Coulommiers

Le Nord Seine et Marne compte 700 000 habitants, 8 établissements hospitaliers de court séjour sur un territoire s'étendant sur 90 km en longitude et 50 km en latitude. La sociologie de la population est en évolution rapide : croissance forte à l'ouest à Marne la Vallée (2% par an), urbanisation rapide, zones résidentielles autour des axes de communication, agglomérations historiques en transformation à Meaux et à Coulommiers, présence rurale encore forte, 1ère économie touristique nationale (Disney Land Paris, Provins, Vaux le Vicomte, Fontainebleau) avec de nombreux emplois induits.

L'offre hospitalière comme le réseau des transports est en décalage avec cette nouvelle donne qui se confirme chaque année : les prévisions d'installations de nouveaux habitants sont ainsi confirmées voire

dépassées. Les plateaux techniques comme les lieux d'implantation des établissements de santé doivent donc être en mesure de prendre en charge une population plus nombreuse et limiter les fuites vers Paris et la 1^{er} Couronne concernant 40 % des résidents.

Dans ce contexte, les trois hôpitaux publics ont créé en 2005-2006 les conditions favorables à une politique de groupe en créant un Groupement de Coopération Sanitaire des Hôpitaux du Nord Seine et Marne, centré prioritairement sur la coordination de leur politique médicale par la déclinaison du projet médical concerté de territoire, élaboré et adopté par les trois communautés médicales hospitalières. Plus récemment, les trois conseils d'administration ont approuvé la constitution d'une direction commune aux trois établissements, direction qui s'est mise en place à partir du 20 novembre 2009. La mission de cette direction commune est de conduire une action d'intégration sur les axes stratégiques essentiels des établissements hospitaliers publics afin de constituer un Groupe Hospitalier de l'Est Francilien (G.H.E.F.).

L'ambition du G.H.E.F. est d'assurer des filières graduées pour 90 % des situations de prise en charge en articulant des activités de proximité et des activités référentes, en considérant que les trois implantations hospitalières étaient une opportunité en termes de couverture des besoins et de contact avec les correspondants locaux. Ce schéma tripolaire pour les fonctions de proximité s'accompagne d'un schéma d'organisation des activités rares et exigeant des compétences spécifiques.

Les activités complexes du Groupe Hospitalier de l'Est Francilien sont organisées en réseau territorial ou en équipes médicales de territoire avec une localisation unique pour le plateau

lourd (hospitalisation, interventionnel,...) : cardiologie interventionnelle (1 350 angioplasties, 50 défibrillateurs implantés...) ; réanimation néonatale (depuis 2007) ; unité de soins intensifs neuro-vasculaires (depuis 2004) ; maladies infectieuses ; hématologie clinique ; les spécialités de neurologie, néphrologie, chirurgie thoracique et chirurgie vasculaire ; urologie ; oncologie-radiothérapie (2010), centre de recherche clinique, service d'information médicale (2010), stérilisation (2010), centre lourd d'hémodialyse...

Cette intégration se poursuit actuellement avec **des perspectives de constitution de pôles territoriaux ou de structure de coordination territoriale** pour de grands domaines stratégiques :

- imagerie médicale avec un projet de pôle territorial d'imagerie ;
- biologie médicale et anatomo-cytopathologie avec l'impératif de piloter une seule démarche d'accréditation des trois sites, cela supposant d'harmoniser progressivement la politique des plateaux techniques et des systèmes d'information ;
- cancérologie avec une gestion commune des grandes ressources de la prise en charge ;
- gériatrie avec une direction référence commune pour coordonner la politique de labellisation des filières locales ;
- activités pharmaceutiques...

Le système d'information sera la colonne vertébrale de cette politique d'intégration. Depuis 2009, les trois établissements conduisent un dialogue compétitif pour choisir en commun un seul dossier du patient informatisé (D.P.I.). Les praticiens et les patients étant susceptibles de se déplacer dans l'un de nos établissements, il est essentiel pour la qualité de la prise en charge et les conditions d'exercice de disposer du même environnement numérique.

Au-delà du D.P.I., une plateforme d'interopérabilité sera mise en œuvre, non seulement pour faciliter les échanges internes au Groupe Hospitalier de l'Est Francilien mais aussi pour disposer d'outils de communication avec les correspondants de ville ou situés en aval de la prise en charge hospitalière..

La gouvernance des trois établissements va également évoluer au second semestre 2010 car, si les établissements demeurent des entités juridiques autonomes, leur intégration stratégique exige une synergie reposant sur :

- une structuration de la Direction Commune qui se met en œuvre progressivement (une seule Direction des Affaires Financières, du Contrôle de Gestion et des Admissions, une seule Direction des Affaires Médicales, un seul conseil stratégique du Système d'Information par exemple)
- un conseil de gestion du G.H.E.F. s'appuyant sur les directeurs ; un comité médical de coordination du G.H.E.F. reposant sur les pilotes des grands projets territoriaux ;
- un comité social de coordination dont l'action devra être guidée par une charte d'accompagnement social des projets du

G.H.E.F. dont certains ont des conséquences en terme de lieu d'exercice professionnel (exemple : une seule blanchisserie inter-hospitalière à Meaux en 2013 qui desservira les trois établissements ainsi que les C.H. de Melun et de Provins)

- un G.C.S. de moyens qui sera l'outil juridique de dévolution des domaines stratégiques qui entreront progressivement dans le patrimoine commun du Groupe Hospitalier de l'Est Francilien.

Le Groupe Hospitalier de l'Est Francilien repose sur un « noyau historique » ouvert au principe de coopération. Il ne sera donc pas un « club public » fermé ni un club nord seine et marnais. Des relations de coopérations seront développées avec des partenaires avec lesquels nous nous serons choisis dans des domaines pouvant être ultra-complémentaires et participant à la réalisation des objectifs d'attractivité du G.H.E.F. : imagerie médicale, médecine nucléaire, polyclinique de Lagny... Le Centre Hospitalier de Provins sera également un partenaire privilégié pouvant s'associer au sein du G.H.E.F. comme l'Hôpital Intercommunal de Jouarre.

La carte d'identité synthétique du Groupe Hospitalier de l'Est Francilien :

- Près de 6 000 professionnels employés par les trois hôpitaux
- 2 100 lits en places en Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Santé Mentale, Soins de Suite et de réadaptation, EHPAD, Long Séjour, CAMSP
- 395 millions d'euros de comptes de résultats consolidés
- 500 000 prises en charge réalisées en 2009 (dont 150 000 passages aux urgences, près de 100 000 séjours, 250 000 consultations)
- 3 maternités réalisant au total 6 600 accouchements
- 3 Présidents de Conseil d'Administration : Jean-François Copé (Député-Maire de Meaux), Patrice Pagny (Maire de Lagny sur Marne), Franck Riester (Député-Maire de Coulommiers)

G.H.E.F. dont certains ont des conséquences en terme de lieu d'exercice professionnel (exemple : une seule blanchisserie inter-hospitalière à Meaux en 2013 qui desservira les trois établissements ainsi que les C.H. de Melun et de Provins)

- un G.C.S. de moyens qui sera l'outil juridique de dévolution des domaines stratégiques qui entreront progressivement dans le patrimoine commun du Groupe Hospitalier de l'Est Francilien.

Le Groupe Hospitalier de l'Est Francilien repose sur un « noyau historique » ouvert au principe de coopération. Il ne sera donc pas un « club public » fermé ni un club nord seine et marnais. Des relations de coopérations seront développées avec des partenaires avec lesquels nous nous serons choisis dans des domaines pouvant être ultra-complémentaires et participant à la réalisation des objectifs d'attractivité du G.H.E.F. : imagerie médicale, médecine nucléaire, polyclinique de Lagny... Le Centre Hospitalier de Provins sera également un partenaire privilégié pouvant s'associer au sein du G.H.E.F. comme l'Hôpital Intercommunal de Jouarre.

Thomas LE LUDEC
Directeur des Centres Hospitaliers de Meaux,
Lagny-Marne-La Vallée et Coulommiers

Docteur Christian ALLARD
Président de la Commission
Médicale d'Etablissement
Centre hospitalier de Meaux

Docteur Yves ECHARD
Président de la Commission
Médicale d'Etablissement
Centre Hospitalier de Lagny Marne La Vallée

Docteur Michèle DUBIEZ
Présidente de la Commission
Médicale d'Etablissement
Centre Hospitalier de Coulommiers

Le projet de Groupement de Coopération Sanitaire des Yvelines-Sud - GCS 78/11



Dans le territoire de Santé des Yvelines-Sud, les hôpitaux de Versailles et Rambouillet sont liés par plusieurs conventions qui encadrent des partenariats médicaux et logistiques qui fonctionnent de manière satisfaisante depuis plusieurs années. C'est un peu sur la base de cette coopération réussie qu'en décembre 2009 nos deux hôpitaux ont proposé un projet de coopération sanitaire élargi aux autres établissements de santé du territoire des Yvelines-Sud. Ce projet a été sélectionné au début de l'année 2010 par le Comité National de Pilotage de la DGOS et de l'ANAP qui est chargé d'accompagner les projets de coopération entre établissements de santé. Où en sommes nous aujourd'hui ?

Notre ambition est de créer un outil pour faciliter, développer, améliorer l'activité des établissements de santé du territoire en fluidifiant, en optimisant, le parcours de soins des patients et en améliorant la qualité et l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Nous avons pris l'initiative de réunir les Directeurs et Présidents de CME des EPS et des ESPIC des Yvelines-Sud pour leur proposer ce projet et réfléchir à ses modalités de mise en œuvre. La concertation s'est développée de manière collégiale et transparente au rythme d'une réunion par mois. Le projet qui commence à se préciser prendrait la forme juridique d'un Groupement de Coopération Sanitaire de moyens auquel pourraient adhérer tous les EPS et ESPIC du territoire des Yvelines-Sud (13 établissements, 640 000 habitants). La réflexion du groupe des Directeurs et

des Présidents de CME a porté sur quatre sujets principaux :

- **Les principes fondateurs : la charte**
- **Les axes opérationnels**
- **La gouvernance**
- **La démarche-projet**

a - Les principes fondateurs : la charte

L'adhésion d'un établissement au GCS présuppose son acceptation de la charte du GCS. Cette charte dresse la liste des principes qui devront être respectés par les adhérents : respect de l'indépendance des membres, équité de traitement entre les membres, transparence... Tous les adhérents du GCS doivent pouvoir rester libres d'entrer et de sortir du GCS. Le GCS se veut ouvert, y compris et surtout aux ESPIC, qui sont de longue date des partenaires naturels des EPS. Nul ne pourra se voir imposer des actions de coopération qu'il ne souhaiterait pas développer, ni ne pourra s'opposer à la mise en place d'une action de coopération.

b - Les axes opérationnels

- Créer une plate forme territoriale de partage d'information : la mutualisation et l'accessibilité aux informations sur l'activité et les projets des adhérents doit permettre de faciliter la mise en cohérence et la coordination des projets d'établissement tout en préservant l'identité et les caractéristiques de chacun.
- Encadrer, initier, faciliter, accompagner, évaluer les partenariats. Il s'agit de préserver et pérenniser la dynamique de coopération en mettant à la disposition des adhérents les moyens destinés à faciliter la mise en place et le suivi des partenariats : formalisation, étude médico-économique, tableau de bord, évaluation des actions menées...
- Constituer un espace de réflexion ouvert sur l'ensemble du champ de la santé pour identifier les complémentarités et la coopération à initier entre les adhérents du GCS et les autres acteurs des secteurs sanitaires, médico-sociaux, et ambulatoires.

c - La gouvernance

Une convention de CHT ne pouvant être

conclue qu'entre EPS, à l'exclusion de tout autre acteur de santé, la volonté d'ouverture de la coopération aux ESPIC conduit au choix du GCS de moyens. Ce choix par ailleurs répond bien à l'objectif prioritaire d'un GCS qui est de « faciliter, développer ou améliorer l'activité de ses membres » (article L6133-1 du Code de la Santé Publique).

Les instances du GCS comprendront : l'Assemblée Générale ; l'Administrateur ; le Bureau Permanent ; le Conseil Stratégique.

d - La démarche-projet

Elle repose sur un Comité de Pilotage et des Ateliers Thématiques. Le Comité de Pilotage comprend les Directeurs et les Présidents de CME ainsi que les référents des Ateliers Thématiques. Le Comité de Pilotage aura notamment pour mission d'élaborer la convention constitutive et le règlement intérieur du GCS. Les Ateliers Thématiques feront l'état des lieux des coopérations existantes et toutes propositions permettant d'améliorer la fluidité du parcours du patient et d'améliorer la qualité et l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Trois ateliers seront constitués : Plateau technique et spécialités, SSR, Médico-social.

Pour mener à bien l'ensemble de la démarche de préfiguration du GCS 78/11, un Conseil juridique, financé par des fonds FMESPP, accompagne les travaux du Comité de Pilotage et des Ateliers Thématiques. Il paraît réaliste d'imaginer que les documents fondateurs du GCS 78/11 (convention constitutive et règlement intérieur) pourront être finalisés à l'automne 2010. Chaque EPS ou ESPIC pourra alors se déterminer par rapport à son éventuelle adhésion au GCS 78/11. Une étape sera alors franchie et les établissements de santé des Yvelines-Sud auront à leur disposition des moyens nouveaux pour faciliter les partenariats et les complémentarités au bénéfice des patients du territoire.

O. COLIN
Directeur
Centre Hospitalier de Versailles

J.P. RICHARD
Directeur
Centre Hospitalier de Rambouillet

Coopération entre le Centre Hospitalier de Versailles et le Centre Hospitalier de Rambouillet pour la prise en charge des patients atteints de maladies du sang

Cette coopération a été inaugurée en 2006. Le Centre Hospitalier de Versailles (CHV) dispose d'un service d'hématologie et oncologie. C'est un service universitaire dont les médecins hématologues enseignent au sein de la Faculté Paris Ile de France Ouest, Université de Versailles Saint Quentin. Ce service a été créé en 1998 et représente le seul service d'hématologie des Yvelines. Il dispose actuellement de 45 lits dont 15 lits de soins intensifs permettant de traiter les patients atteints de leucémie aigue et de réaliser des autogreffes de moelle. Le service prends en charge toutes les maladies malignes de la moelle osseuse et des ganglions : leucémies aiguës et chroniques, lymphomes, myélome, myélodysplasies (états pré leucémiques). Cette activité est possible grâce à un plateau technique performant nécessaire pour le diagnostic des hémopathies malignes : laboratoires d'hématologie, de cytogénétique, de biologie moléculaire, service d'anatomo pathologie, radiologie interventionnelle et grâce à la proximité du site de transfusion de Versailles de l'Établissement Français du Sang. Le service de médecine interne de l'hôpital de Rambouillet du Dr Ribière a une activité d'oncologie digestive et dispose d'un hôpital de jour (HdJ) permettant de réaliser des actes de chimiothérapie. Les deux services disposent du même logiciel de prescription des chimiothérapies dans le cadre d'une préparation centralisée des médicaments au sein de leur pharmacie. En 2005 il a été fait la constatation que 20 % des patients vus en consultation d'hématologie au CHV et 15% des patients hospitalisés dans le service d'hématologie du CHV venaient de la commune de Rambouillet ou des communes limitrophes. Par ailleurs le Dr Ribière et son équipe étaient demandeurs d'un partenariat privilégié avec le service d'hématologie du CHV de façon à éviter des déplacements longs et coûteux pour leurs malades autrefois pris en charge dans les services parisiens.

La convention a donc été créée fin 2006 avec les objectifs de :

1°) permettre aux patients suspects d'hémopathies de la région de Rambouillet d'être pris en charge rapidement par les praticiens du service d'hématologie du CHV et de bénéficier de l'expertise diagnostique du plateau technique de biologie de Versailles.

2°) puis d'organiser la prise en charge en fonction du type de pathologie, de son caractère aigue ou chronique et de sa gravité, ceci pouvant représenter

- Soit une prise en charge complète au CHV : exemple : leucémie aiguë, aplasie médullaire.
- Soit une prise en charge mixte avec traitement lourd initial au CHV puis traitements de consolidation ou d'entretien à Rambouillet : exemple : myélomes, lymphomes.
- Soit un diagnostic au CHV puis un suivi en hôpital de jour ou en consultation à Rambouillet. en cas de pathologies chroniques ne nécessitant pas de traitements lourds.

Fin 2006 un poste de PH partagé (40% Rambouillet, 60% Versailles) en hématologie, a été créé. Depuis 2 praticiens hématologues de Versailles exercent chacun une journée par semaine à Rambouillet. Leur activité consiste en une consultation pour les patients externes, la prise en charge des patients hospitalisés pour un traitement de chimiothérapie ou une transfusion en HdJ et des avis pour les patients atteints de pathologie hématologique dans les différents services.

La coopération s'est développée à la satisfaction des deux établissements.

En 3 ans, le nombre de consultations

d'hématologie à Rambouillet a plus que doublé, 435 au lieu de 178 en 2007 (sans compter les avis pour les patients hospitalisés), le nombre de séances de chimiothérapies en HdJ a presque doublé : 99 en 2008 et 184 en 2009. La charge de travail des praticiens hématologues lors de leur journée de présence à Rambouillet est devenue très importante. Le nombre d'hospitalisations complètes avec un diagnostic principal (DP selon le PMSI) d'hématologie est par contre resté stable avec 51 séjours complets en 2009, un grand nombre de patients étant toujours pris en charge au CHV pour les séjours longs. Ceci s'explique par le caractère discontinu de la présence d'un hématologue dans le service de médecine de Rambouillet alors qu'une présence d'un spécialiste est nécessaire pour ces patients fragiles. De ce fait les séjours les mieux tarifés en termes de T2A échappent au centre de Rambouillet. Tout ceci conduit à la réflexion actuelle des 2 équipes médicales de renforcer le temps de présence des hématologues à Rambouillet grâce à la création d'un équivalent temps plein.

Pr Sylvie CASTAIGNE

*Service d'hématologie et oncologie
Centre Hospitalier de Versailles*

Dr Olivier RIBIERE

*Service de médecine interne
Centre Hospitalier de Rambouillet*

Les arrêtés du 8 juillet 2008 et du 16 mars 2009 réforment en profondeur la formation des médecins étrangers en France

La réforme, qui ne concerne que les médecins et pharmaciens-biologistes hors UE, Espace Economique Européen, Suisse et Andorre rebaptise les diplômes délivrés à l'issue d'un cursus de formation médicale en France en Diplôme de formation médicale spécialisée (D.F.M.S) et Diplôme de formation médicale spécialisée approfondie (D.F.M.S.A) et fait disparaître les A.F.S et AFSA pour lesquelles plus aucune inscription en sera possible à compter de novembre 2010.

Le dispositif, qui est mis en œuvre à partir de la rentrée 2010-2011 vise plusieurs objectifs :

- l'amélioration de la formation par une sélection nationale des candidats et un plus grand encadrement de la formation théorique et pratique calquée sur la formation en DES et DESC,
- le contrôle des flux par les universités d'origine et d'accueil, le nombre de postes d'accueil étant fixé chaque année par discipline, par spécialité et par interrégion et faisant ensuite l'objet d'une convention entre les universités d'origine et d'accueil,
- la délivrance d'un diplôme universitaire DMFS (assorti d'un stage pratique de 2 à 6 semestres) ou DFMSA (1 à 2 semestres) mieux reconnu.

L'économie de la réforme repose sur une sélection à plusieurs niveaux : d'une part le nombre de places offertes par discipline, spécialité et interrégion est fixé chaque année par arrêté, d'autre part, l'admission dans le nouveau cursus est conditionnée par l'inscription de l'étudiant candidat sur une liste d'aptitude subordonnée aux conditions cumulatives suivantes :

- Etre détenteur d'un diplôme de médecin ou pharmacien et/ou de spécialiste (DFMSA) permettant l'exercice dans le pays d'origine ou d'obtention en cours de spécialisation pour les DFMS,

- Attester d'un niveau en langue française satisfaisant minimum « niveau B2 » (équivalent du toefel en langue française)
- Avoir satisfait à des épreuves écrites de contrôle de niveau des connaissances en médecine ou pharmacie.

La sélection sera organisée chaque année simultanément par discipline et spécialité dans les ambassades de France du monde entier à partir du programme de l'examen classant national pour la médecine et le concours de l'internat pour la pharmacie (seulement accessible aux biologistes). Le jury dresse la liste des candidats retenus (moyenne à chaque épreuve requise) par discipline et spécialité dans la limite du double du nombre de places ouvertes par discipline, spécialité et interrégion. La durée de l'inscription sur la liste d'aptitude est de un an.

Une fois inscrit sur la liste d'aptitude, le candidat transmet son dossier à l'université de Strasbourg qui centralise l'ensemble des dossiers au plan national et les communique aux facultés sélectionnées par les candidats. Ceux-ci sont ensuite classés par discipline et spécialité après avis du Directeur de l'UFR, du Directeur général du CHU en accord avec le chef de service ou du responsable de structure où seront effectués les stages et du coordonnateur interrégional du DES ou DESC concerné. L'Université de Strasbourg centralise ces classements, informe les candidats et les répartit dans la limite du nombre de places ouvertes. Les candidats non retenus sont informés par l'université de Strasbourg. La formation pratique est enfin effectuée dans les services agréés sur la base des maquettes des DES et DESC dans le cadre d'un recrutement et des fonctions dévolues aux FFI.

Au-delà des objectifs rationnels de la réforme, son application en Ile-de-France n'est pas sans soulever de nombreuses questions et problèmes

aux établissements franciliens. La première concerne la prévisibilité de la disponibilité des postes qui pourront être offerts aux médecins étrangers en formation : les établissements hospitaliers sont chargés de transmettre à l'ARS ces prévisions 18 mois avant les prises de postes éventuelles, exercice encore compliqué par le phasage de la réforme avec l'augmentation du numérus clausus dont l'effet est variable par discipline et territoire.

L'autre questionnement est celui de la venue véritable des médecins étrangers, l'ouverture des postes ne se traduira pas, loin s'en faut, pas la venue d'un candidat, que se passera-t-il en cas vacance de poste ? Un pallier de décompression demeure pour la rentrée de novembre 2010 puisque pourront encore être accueillis en tant que Faisant Fonction d'Internes les FFI-primo-arrivants, les européens ayant commencé leur spécialisation dans leur pays d'origine, les DES et DESC des pays du Golfe et les praticiens non européens inscrits en AFS en 2009-2010 et n'ayant pas terminé leur cursus mais, à partir de novembre 2011, la situation risque d'être extrêmement tendue pour les établissements.

En synthèse, les FFI constituaient l'une des seules marges de souplesse restantes dans les statuts de personnels médicaux pour le fonctionnement des établissements de santé. En novembre 2011, cette souplesse aura définitivement disparu.

Bénédicte MOTTE

*Directeur de la Politique Médicale,
Recherche et Relations Internationales
Centre Hospitalier de Sainte-Anne*

Qu'est-ce que la V2010 ?

Il s'agit tout simplement de la 3^{ème} procédure de certification de la Haute Autorité en Santé (HAS).

En élaborant le manuel V2010, la HAS aurait souhaité :

- renforcer l'efficacité de la certification, afin d'en faire un processus continu plus qu'une procédure ponctuelle ;
- réduire la charge de travail en réduisant notamment les contraintes méthodologiques formelles ;
- rendre la certification plus exploitable pour les usagers, avec un résultat sous forme de tableau lisible ;
- inscrire la certification en tant que dynamique dans la régulation hospitalière par les tutelles.

Un référentiel simplifié mais densifié

Le manuel V2 comprenait 4 chapitres et 138 critères. Le manuel V2010 simplifie le manuel qui ne comprend plus que 2 chapitres (« management de l'établissement » et « prise en charge du patient ») et 82 critères.

Les critères, moins nombreux, sont en revanche beaucoup plus denses.

Le manuel V2010 met en exergue deux types de critères :

- Les 13 pratiques exigibles prioritaires (PEP), pour lesquels des attentes particulièrement fortes sont exprimées.
- Les 9 indicateurs, dont le recueil obligatoire a été initié par le Ministère de la Santé (ICALIN, IPAQH etc.).

Ce manuel fait également état d'exigences particulièrement fortes sur les évaluations des pratiques professionnelles (EPP), qui devront être continues et s'inscrire dans une démarche qualité pérenne.

Des critères d'évaluation plus objectifs et surtout plus stricts

Si les précédentes procédures de certification laissaient une certaine marge de subjectivité dans l'autoévaluation, ce n'est plus le cas pour la V2010. Chaque critère est décliné en

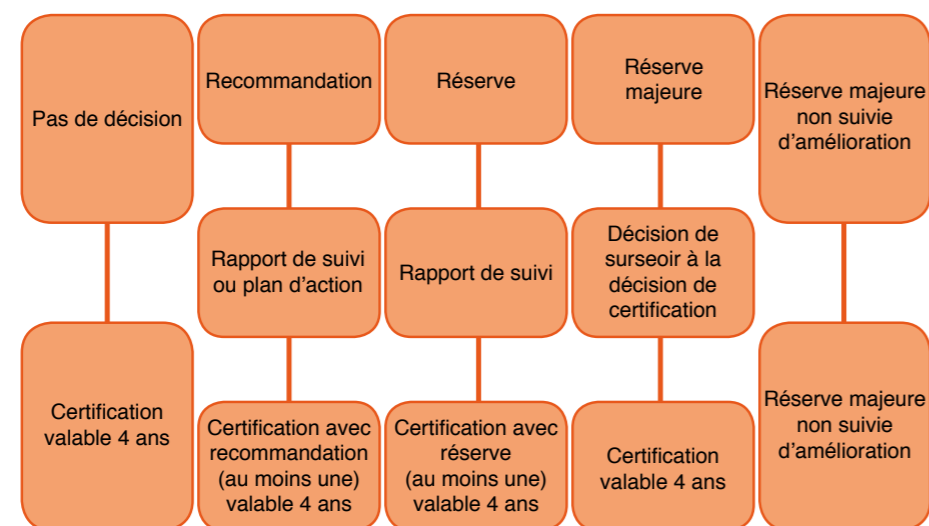
éléments d'appréciation, dont chacun est à coter en : oui, en grande partie, partiellement, non, N/A. La cotation de chaque critère de A à D se fait automatiquement en fonction des réponses aux éléments d'appréciation.

L'autocotation devrait donc être plus simple à formaliser, en revanche, les exigences du manuel V2010 sont beaucoup plus élevées qu'auparavant, et un A de la V2 équivaut souvent à un C de la V2010. Il faudra alors se concentrer sur les actions correctives, qui seront nombreuses.

Une visite plus longue et plus ciblée

Lors de la V2, les 6 experts-visiteurs avaient vu l'ensemble de l'établissement en moins de 4 jours (si on exclut une journée de présentation / restitution). En février 2011, ils seront 8, resteront 8 jours et demanderont à voir : les 13 PEP, les 9 Indicateurs, les EPP, le suivi V2, tous les critères cotés C et D plus certains critères cotés A et B de façon aléatoire.

Les différents types de décisions de la HAS à l'issue de la visite



V2010 - Retour sur les premières visites

Plus de 6 mois après les premières visites de certification V2010, il est intéressant de faire le point sur les premières visites et le retour d'expérience des experts visiteurs.

La certification constitue-t-elle un véritable enjeu pour les établissements de santé ?

On constate d'abord un paradoxe. La V2010 constitue un saut qualitatif en matière de certification, en s'intéressant plus aux résultats qu'à la forme afin d'ancrer la certification dans le concret, et de répondre ainsi aux reproches qui avaient pu être formulés sur les V1 et V2. Inversement, on remarque un intérêt moindre des professionnels de la santé pour la certification, et ce au moment où celle-ci devient plus opérationnelle.

Une explication pourrait résider dans l'absence d'enjeux perçus : les établissements ont passé avec succès les V1 et V2, pourquoi en serait-il autrement pour la V2010. La sanction de non certification et ses conséquences restent pour l'instant virtuelle. La certification se serait en quelque sorte banalisée, alors que les difficultés économiques de nombreux établissements les détournent du sujet.

D'un point de vue méthodologique, l'objectif d'intégrer la certification dans le quotidien des différents groupes de travail (plutôt que de créer des groupes ad hoc) semble avoir bien fonctionné, alors que les PEP ont souvent fait l'objet d'un suivi spécifique. En revanche, il semble être plus difficile de mobiliser les professionnels autour de la certification.

Une méthode plus opérationnelle pour les établissements de santé ... et pour les experts-visiteurs ?

L'homogénéisation et l'objectivation des cotations par élément d'appréciation rendent assurément les grilles d'autoévaluation plus opérationnelles. Inversement, cela peut compliquer le travail des experts visiteurs en l'absence de constat écrit systématique, sauf pour les EPP. En effet, appréhender un critère complexe à travers une demi-douzaine de oui / en grande partie / partiellement / non est parfois difficile. Et ce d'autant plus que les éléments complémentaires ne sont pas toujours correctement renseignés :

- élément « points positif » : pas toujours compris, souvent trop succinct ;
- plan d'action : trop succincts, commençant souvent après la visite, pas intégrés dans le programme qualité ou trop éloignés des éléments d'appréciation ;
- éléments de preuve : parfois insuffisants ou difficiles d'accès (pas d'index, sur un seul pc etc.).

Dès lors, la programmation de la visite et le temps à consacrer à chaque critère deviennent plus difficile à estimer.

Une méthodologie presque finalisée

Certains des premiers établissements n'ont pas pu profiter de la publication par la HAS en février des « éléments de vérification » pour les

PEP. Particulièrement pratiques, ils détaillent pour chaque PEP le périmètre d'investigation, les éléments de preuve et les personnes à rencontrer. Ils aident aussi à décrypter la rédaction parfois sibylline de certains éléments d'appréciation, et gagneraient à être appliqués au-delà des PEP.

Par ailleurs, certains critères ont été rajoutés à l'occasion des visites, lors des observations de terrain, ou du fait des liens entre critères (5a et 5b pour le système d'information et sa sécurité par exemple).

Perspectives d'avenir

Il s'agit d'abord de consolider la méthode de la V2010, afin de la rendre plus opérationnelle pour les établissements de santé et les experts-visiteurs. Ensuite, il s'agit de faire de la certification, en lien avec les indicateurs, un enjeu de plus en plus fondamental pour les établissements de santé. Qu'il soit positif ou négatif, en termes financier ou d'image, le résultat de certification doit trouver une issue concrète.

Vincent Errera

Directeur Adjoint - Direction de la Qualité et de la Clientèle

Centre Hospitalier Simone Veil

La réforme de la facturation relancée ?

Longtemps reconduit faute d'un pilotage adéquat, le passage en facturation directe généralisée devrait entrer dans une phase concrète à partir de 2010. La facturation directe, annoncée pour la première fois dans la LFSS 2004 pour application en 2006 (!) renait aujourd'hui dans le cadre du projet « FIDES » (Facturation individuelle des établissements de santé).

Enjeux et objectifs

Concrètement, la généralisation de la facturation directe doit permettre de mettre à la disposition de l'assurance maladie les données individuelles et détaillées des établissements au fil de l'eau et de façon sécurisée. Au-delà de l'image « technicienne » dont souffre cette réforme, les enjeux sont d'importance et ne doivent pas être masqués par les nombreux aléas qu'a connus le projet. En premier lieu, il accompagne le mouvement de convergence tarifaire entre secteur public et privé et doit permettre d'achever le modèle de tarification à l'activité. En second lieu, cette réforme sous-tend un mouvement de contrôle des facturations inégalé dans le domaine de l'hospitalisation, d'où l'enjeu financier considérable pour un établissement. En effet, selon la plus ou moins bonne qualité de ses dossiers facturables, l'établissement aura droit –ou non– au versement de la somme correspondante à la valorisation du Groupe Homogène de Séjour (GHS).

Premières expérimentations en 2010

Plusieurs éléments récents laissent à penser que le projet non seulement ira à son terme mais prendra forme dès l'année 2010.

La meilleure définition d'un pilotage avec la mise en place d'une démarche projet est en cours. L'articulation autour d'un comité

projet du comité de pilotage, du groupe des représentants hospitaliers, du groupe des éditeurs informatiques et du groupe assurance maladie semble, enfin d'aucuns diront, porter ses fruits. Un premier agenda a été défini et les premières expérimentations devraient débuter en juin 2010. L'expérimentation est elle-même graduelle : une étape concernera la fiabilisation des données hospitalières, une autre la facturation individuelle de l'ensemble des actes et consultations externes et séjours hors T2A en temps réel, enfin une troisième étape généralisera à l'ensemble des séjours la facturation directe. Ces expérimentations s'étaleront jusqu'à la fin de l'année 2012.

L'impact financier sur les établissements : la fin du tarif journalier de prestation ?

La mise en place de la facturation directe généralisée induit nécessairement une réflexion sur la persistance de notre double système de facturation qui maintient, au-delà de toute considération rationnelle, une facturation basée sur le GHS lorsque le patient est assuré social (pour la part prise en charge) et une facturation du reliquat (ticket modérateur) sur le tarif journalier de prestation (TJP) ou de la totalité lorsqu'il s'agit par exemple d'un bénéficiaire de l'Aide Médicale d'Etat (AME). Nous sommes donc dans une situation pour le moins étrange où un séjour hospitalier ne coûte finalement pas le même montant selon la prise en charge, au mépris in fine de la médicalisation des tarifs (les GHS) et des efforts effectués depuis ses origines par le PMSI. Au moment du passage en T2A, les pouvoirs publics auraient pu assoir les recettes hospitalières sur la seule base du GHS comme le préconisait alors le Conseil de l'Hospitalisation. Dans ce cas, il aurait fallu augmenter le ticket modérateur. Pour des raisons stratégiques, il en a été décidé autrement en maintenant le niveau de ticket modérateur... mais sur une assiette plus large (GHS et dotations). Cette solution entraînait le même résultat, en ayant

l'avantage d'être beaucoup plus discrète.

Le niveau du montant des TJP est en quelque sorte le reflet de notre performance ou de notre contre performance comparé aux coûts nationaux censés se refléter presque totalement mais non exclusivement (cf. par exemple les incitations en matière de politique de santé publique) dans la tarification des séjours en GHS.

Il faut par ailleurs ajouter que le maintien de cette double tarification ne concerne que le secteur public alors même que le secteur privé ne connaît désormais que les tarifs nationaux, ce qui renforce l'incohérence générale du financement.

Il n'existe aucun argument positif pour le maintien de ce système. Les raisons de son maintien sont négatives :

- **ne pas perturber la structure budgétaire des établissements.** La suppression du TJP enlèverait une marge de manœuvre aux établissements qui l'utilisent parfois comme variable d'ajustement de leur équilibre, par majoration de leurs recettes de titre 2. L'objectif d'augmentation des recettes de titre 2 figure d'ailleurs dans de nombreux contrats de retour à l'équilibre, sans que l'on sache clairement ce qui relève d'une saine politique d'amélioration de la facturation et ce qui relève d'un simple choix, de court terme, d'augmentation des TJP.
- **ne pas afficher une hausse du ticket modérateur.** le passage à un TM calculé sur le GHS aurait pour conséquence la probable hausse de son taux dans la mesure où les niveaux des TJP sont parfois très éloignés des tarifs des GHM (i.e. des GHS).

Une situation actuellement problématique

La situation actuelle est néanmoins problématique à plusieurs titres. Depuis l'instauration de la T2A, la dotation MIGAC de + 2,83 %. Cet écart de rythme de croissance a augmenté l'écart initial entre les tarifs des GHS et les TJP.

Or si la situation devait être transitoire, elle a perduré et semble être liée à la réforme de la facturation directe généralisée qui pourrait être l'occasion de revenir sur le choix initial d'un double système de facturation. L'effet pervers des reports successifs du passage en facturation directe a été l'augmentation des tarifs et donc des recettes de titre 2 en s'éloignant des tarifs nationaux, pourtant censés refléter les coûts des prises en charge des patients. Par conséquent, ces derniers contribuent davantage directement au financement de leurs soins via le TM. Ainsi le taux de couverture des dépenses hospitalières par les financeurs publics est en diminution (selon la Cour des Comptes, le taux est passé de 95,4% en 2004 pour les établissements publics à 94,6% en 2007, et certainement encore en baisse depuis 2007). Selon une estimation de la DGOS, dans 50% des établissements, les TJP sont évalués à un niveau supérieur de 10 à 50% par rapport à ce que produirait la seule application d'un TM de 20% sur les composantes de la T2A.

Comme le signale le rapport de l'IGAS publié en 2009, le passage en facturation directe n'est pas nécessairement le corollaire immédiat de la suppression du TJP. Au contraire, l'Inspection serait favorable à un découplage des deux mesures afin de les rendre réalisables. En effet, la crainte suscitée par la suppression potentielle du TJP freinerait insidieusement le projet de généralisation de la facturation directe.

Quoiqu'il en soit, cette question demeure un enjeu essentiel pour l'avenir des finances hospitalières. Selon les simulations de l'ATIH en 2008, si le TM était appliqué aux seuls GHS et non plus aux TJP, il faudrait passer son taux de 20 à 26% (voire même à 29 % aujourd'hui selon la DSS) pour maintenir les recettes de titre 2.

La situation en Ile-de-France

La situation de l'Ile-de-France ne déroge pas à cette règle comme en témoigne une enquête réalisée dans le cadre de la conférence des directeurs des finances de la FHF en 2009 (sur un panel de 29 établissements). Il existe une forte disparité entre les TJP pratiqués, l'écart allant de 1 à 3 quelle que soit la discipline concernée. Cette situation interpelle sur les conséquences financières en cas de suppression des TJP : certains établissements connaîtraient un réel bouleversement de leur structure budgétaire pouvant remettre en question leur équilibre et leur développement. Les choix des établissements sont très différents : certains continuent à augmenter leurs TJP sans voir venir les difficultés, tandis que d'autres commencent à freiner sur leurs niveaux de TJP en vue de la réforme à venir.

En l'état, si les intentions des pouvoirs publics ne sont pas encore très précises, il convient d'anticiper au mieux le passage à la généralisation de la facturation directe sans craindre une éventuelle suppression des TJP. La nouvelle démarche d'expérimentation semble aller dans le bon sens car elle permettra probablement d'éviter certains écueils et effets indésirables non anticipés. Le calendrier a été précisé : les établissements ont jusqu'à la fin 2012 pour se préparer. La tâche, pour n'être pas facile, est pourtant essentielle. L'issue étant sans doute inévitable (couplage à terme de la généralisation et de la suppression du TJP), il convient sans doute dès à présent de donner une dimension stratégique essentielle à la modernisation de la chaîne de facturation dans l'ensemble des établissements hospitaliers.

Etienne LISSILLOUR

Contrôleur Budgétaire

Direction Economique et Financière, APHP

François SIMON

Directeur des Finances et du Contrôle de Gestion,

CH Saint-Denis

Ingénieur en organisation



Emmanuel NOUMBISSIE
Ingénieur en organisation à la Direction Générale du CH Lagny

Président de l'Association Nationale de l'Ingénierie en Organisation Hospitalière (ANIORH)

Depuis quand trouve-t-on des ingénieurs en organisation à l'hôpital ?

Il ne s'agit pas d'un métier nouveau. Jusqu'en 1977, l'« organisation hospitalière » n'existait pas à proprement parler, et c'est à compter de cette année qu'elle a été créée puis approfondie par plusieurs circulaires. Le statut et les missions de l'ingénieur en organisation y sont même définis. C'est peu après, en 1980, que l'ANIORH a été créée, avec pour objectif de promouvoir le nouveau métier d'organisateur à l'Hôpital.

Si dans un premier temps, seuls certains CHU (Nice, Montpellier, Grenoble, Rouen, Orléans...) se sont dotés d'un ingénieur en organisation, d'autres établissements (Argenteuil, hospice civil de Lyon...) ont progressivement suivi.

Quel est l'état des lieux de la profession aujourd'hui ?

On compterait environ 180 ingénieurs en organisation en France aujourd'hui, pour la plupart en CHU ou dans les CHG. Ils viennent d'horizons très différents :

- informaticien (M Noumbissie, CH Lagny, DESTO CNAM, Master 2 de Système d'information et de connaissance de l'IAE de Paris-Sorbonne) ;
- architecte (Mme Martres-Guguenheim Joëlle, CH de Nanterre, diplôme d'architecte) ;
- ingénieur généraliste ou qualité (Mme Brissaud Dominique Elina, CH de Rueil-Malmaison, Master en qualité gestion de risques) ;
- économistes (Mme Boudoussier Florence CHU St-Etienne, doctorat en économétrie) ;
- cadres supérieurs de santé (Mme Arlette Bessière, CHU Bicêtre et plus récemment Mme Golab, CH Eaubonne-Montmorency, Master 2 organisation IIM / CNAM) ;
- pharmacien (M. Laborie Hervé, ANAP, diplôme en pharmacie) ; etc.

Ils ont souvent suivi une formation complémentaire en organisation et méthode, à l'institut international du management au CNAM notamment.

Dans les établissements, ils sont souvent chef de projet, directeur des projets, chargée de missions, directeur du conseil des organisations, consultant interne, auditeurs, directeur de système d'information, responsable qualité...

On retrouve ce métier dans de nombreux autres pays, avec des appellations parfois variables, comme « auditeur interne ».

On n'imagine pas de normalisation de la profession à court terme, bien que la professionnalisation du métier tende de plus en plus vers des formations d'ingénieur. En attendant, le métier se fait connaître et la demande est croissante. La richesse des profils permet également de les adapter aux missions confiées.

Comment sont-ils positionnés dans les établissements de santé ?

La question du positionnement institutionnel est fondamentale, et détermine en partie l'exercice professionnel. L'idéal est d'être directement rattaché à la direction générale, ce qui donne

plus de hauteur et renforce sa légitimité dans un secteur où les activités transversales ont du mal à percer. Un rattachement à une direction spécifique constitue parfois un biais, l'ingénieur en organisation risquant de devenir l'ingénieur de cette direction et non de l'établissement. Ceci dit, il n'existe pas de règle en la matière.

L'originalité de leur positionnement est leur fonctionnement en mode projet. Un ingénieur en organisation qui aurait des attributions de routine n'en serait de fait plus un.

Quelles sont les principales difficultés auxquelles les ingénieurs en organisation sont confrontés ?

La méconnaissance du métier reste un obstacle important. Si les professionnels de santé souffrent des problèmes d'organisation, le besoin exprimé face à cela reste flou. On se heurte fréquemment à une résistance à l'accompagnement au changement dans un milieu parfois trop cloisonné.

Le rattachement à la direction générale peut être mal perçu, l'ingénieur en organisation pouvant être vu comme l'œil de la direction dans les services et leurs dysfonctionnements. On retrouve également des professionnels convaincus de faire de l'organisation comme M. Jourdain fait de la prose.

Propos recueillis par
Vincent Errera
Directeur Adjoint

Direction de la Qualité et de la Clientèle
Centre Hospitalier Simone Veil

Allier l'utile à l'agréable, le programme Activité physique, nutrition et qualité de vie au CH de Beaumont sur Oise



C'est dans cette optique que le personnel de l'EHPAD du Centre Hospitalier Intercommunal des Portes de l'Oise, a mis en place, depuis le 1er mars 2010, le programme ANGA : « Activité physique, nutrition et qualité de vie : mieux vivre son grand âge », dans la continuité d'une action engagée sur 2009.

Ce programme ANGA a pour objectif de favoriser l'autonomie des personnes âgées vivant en institution, et ainsi de participer au maintien de leur état de santé, grâce à une pratique hebdomadaire d'activité physique et sportive, et une information sur les bienfaits d'une alimentation équilibrée.

L'intérêt de l'activité physique sur la santé n'est plus à démontrer, y compris pour les personnes âgées, afin de limiter les effets du vieillissement. Pourtant, cet aspect n'est pas assez souvent mis en application au sein des EHPAD, alors que les personnes âgées, même dépendantes, peuvent tout à fait continuer à exercer une activité physique, certes adaptée à leurs capacités, mais dont les bénéfices sont certains.

Fort de ce constat, l'EHPAD de Beaumont sur Oise a établi un partenariat en 2009 avec la Fédération Française EPMM Sport pour Tous afin de monter un atelier prévention des chutes et nutrition au quotidien, appelé programme PIED « Programme Intégré d'Equilibre Dynamique », à destination des résidents accueillis. Les objectifs

de la mise en place de cette activité sur l'EHPAD étaient multiples : créer un atelier gymnastique, prévenir les chutes et les pathologies liées au vieillissement, et ralentir la perte d'autonomie. Ce programme, à destination des personnes âgées ou handicapées, élaboré au Québec, avait déjà été testé sur des seniors avec des résultats notables. En Ile de France, il avait été essentiellement réalisé avec des personnes âgées vivant à leur domicile ou en foyer logement. Il s'agissait de le déployer sur des EHPAD, pour des personnes âgées plus dépendantes et, à ce titre, l'EHPAD de Beaumont sur Oise s'est montré intéressé.

La mise en place de cette activité sur l'EHPAD a fait participer plusieurs acteurs de l'hôpital : le service kinésithérapie, le service diététique, et l'EHPAD (médecin, cadre, équipe soignante). Ce programme s'est déroulé de mars à mai 2009. Deux groupes de résidents ont été constitués en fonction de l'autonomie des résidents définie par le médecin (évaluation des capacités physiques et du niveau de compréhension). Chaque groupe a participé à 2 ateliers par semaine sur 3 mois : un atelier activités physiques, encadré par un kinésithérapeute du CHI ou un animateur sportif diplômé de la Fédération Française de Sport pour Tous, et un atelier nutrition, encadré par une diététicienne du CHI.

Des tests de niveau d'équilibre ont été réalisés en début et fin de programme. De même, des feuilles d'évaluation du risque de chute ont été remplies après chaque séance pour observer l'évolution de chaque résident au fil des séances. En outre, la traçabilité de la satisfaction et du comportement du résident a été faite dans le dossier « projet de vie » du résident.

Le bilan de la mise en place de ce programme PIED sur l'EHPAD de Beaumont sur Oise entre mars et mai 2009 est très positif, à la fois pour les encadrants, et également pour les résidents eux-mêmes. Médicalement, il a été constaté une amélioration des capacités motrices pour un certain nombre de résidents, avec le constat d'un équilibre plus certain qu'auparavant dans les postures. En outre, la motivation des résidents

à participer aux séances était la preuve de l'intérêt qu'ils y portaient.

Vu la réussite de la mise en place du programme PIED en 2009, la Fédération Française de Sport pour Tous a souhaité poursuivre ce partenariat en développant, sur l'EHPAD un deuxième programme plus ambitieux au cours de l'année 2010 : le programme ANGA « Activité Physique, Nutrition et Qualité de Vie : Mieux Vivre son Grand Age », en partenariat avec l'Université de Nancy. Par rapport à 2009, ce programme a une visée plus scientifique, car l'objectif est d'établir des valeurs de référence françaises en utilisant des « Tests de Condition Physiques des Seniors ». L'autre intérêt est qu'il fait davantage participer l'équipe soignante, qui doit également encadrer des ateliers et stimuler les résidents à la pratique d'exercices de manière régulière.

Le programme ANGA se déroule actuellement sur l'EHPAD. Il s'agit de proposer 3 séances d'activités physiques par semaine. Deux sont réalisées par un éducateur sportif de la Fédération, afin d'améliorer le renforcement musculaire, et la confiance en soi et en ses capacités, et la troisième séance sera réalisée par le personnel de l'EHPAD, permettant de compléter les interventions de l'éducateur sportif, pour stimuler le maintien de la pratique d'exercices pendant, et après la fin du programme. Le résident pourra ainsi conserver les capacités qu'il a pu acquérir grâce au programme. Les soignants ont reçu une journée de formation par la Fédération afin de les sensibiliser et de les préparer à l'encadrement des séances d'activité physique.

Une dynamique positive s'est donc mise en place sur l'EHPAD, et ce sont tous les professionnels, qui, au travers ces ateliers, se sont unis pour améliorer la qualité de vie du résident. Un exemple à suivre !

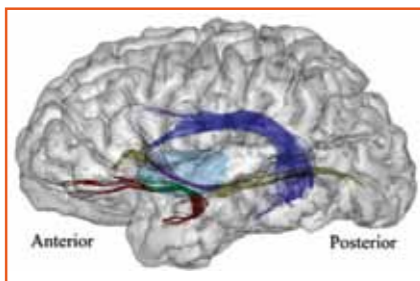
Aurélié LE NEST
Directeur des Affaires Médico-Sociales
Centre Hospitalier Intercommunal
des Portes de l'Oise

en direct des établissements

Une seconde IRM a été mise en fonctionnement en janvier 2010 au Centre Hospitalier Sainte-Anne



Cette IRM de 3 Tesla vient renforcer le plateau technique d'imagerie de premier ordre du service d'imagerie morphologique et fonctionnelle consacré au système nerveux central, aux neurosciences et à la psychiatrie. Elle est deux fois plus puissante que celle déjà présente sur l'établissement (IRM 1,5 Tesla). L'originalité majeure de l'équipement est d'être dédié à 50% à la recherche et 50% à la clinique. Au plan technique, le caractère innovant de l'IRM 3T réside dans les apports potentiels d'un champ magnétique plus important (60.000 fois



le champ magnétique terrestre) permettant une résolution spatiale et une détection de signal plus élevée. La transmission et la reconstruction des données est beaucoup plus rapide.

Pour cela le système s'appuie sur une technologie matérielle et logicielle optimisée (mémoire utilisable de 32 Go, fibre optique). L'ouverture de la nouvelle IRM 3 Tesla a permis d'améliorer la sensibilité de l'IRM fonctionnelle utilisée en routine clinique dans le service d'imagerie depuis 2005. L'IRM fonctionnelle est une technique d'exploration des fonctions cérébrales, non invasive, non irradiante, réalisable en ambulatoire. On enregistre, en temps réel, la dépense d'oxygène liée à l'activité du cortex cérébral, pendant la réalisation d'une tâche particulière : mouvement d'un membre, exercice de langage ou de mémoire. Cette exploration nécessite la participation du patient, à qui l'on donne des consignes selon la fonction explorée, par stimulation



auditive ou visuelle. Sa principale indication est le bilan préopératoire de lésions (tumeurs, malformations vasculaires) situées à proximité des régions impliquées dans une fonction. Le but est d'indiquer, avant la chirurgie, la position des zones dont l'ablation entraînerait un déficit, afin d'améliorer le pronostic post-opératoire. Autre champ d'application, la chirurgie de l'épilepsie qui nécessite une cortectomie (ablation d'une zone de cortex cérébral). Connaître avant d'opérer si le patient parle d'avantage avec son hémisphère droit ou gauche, ou si la cortectomie risque de toucher la zone de commande de la main, est une information indispensable pour le chirurgien.

L'IRM fonctionnelle est également largement utilisée en recherche afin de mieux appréhender l'impact de certaines maladies (épilepsie, schizophrénie) sur une fonction donnée. L'IRM 3 Tesla va permettre, mieux que toute autre technique, de combiner l'étude morphologique du cerveau à son analyse fonctionnelle.

Bénédicte MOTTE

*Directeur de la Politique Médicale,
Recherche et Relations Internationales
Centre Hospitalier de Sainte-Anne*

en direct des établissements

Restructuration du CHS Fondation Vallée à Gentilly

Un projet ambitieux de modernisation et d'humanisation en psychiatrie infanto-juvénile



fera également l'objet d'un soin particulier dans le nouveau projet.

Pour autant, ce chantier, d'une ampleur sans précédent pour l'établissement avec un budget dédié de près de 13 millions toutes dépenses confondues, présente de fortes contraintes, qui sont d'abord géographiques et géologiques compte tenu d'une importante déclivité du terrain et d'un sous-sol instable (présence de remblais hétérogène et de calcaire grossier). Le choix, institutionnel, de maintenir sur site les patients accueillis actuellement constitue également un paramètre devant nous conduire à faire preuve d'une vigilance accrue en terme de maintien d'une activité de qualité dans un cadre de vie agréable, sécurisant et structurant.

Le Centre hospitalier interdépartemental de psychiatrie infanto-juvénile «Fondation Vallée» est une institution plus que centenaire héritée du legs d'un enseignant de Bicêtre, Hyppolite Vallée, qui fonda en 1847 un établissement pour enfants déficients mentaux et le légua à sa mort en 1885 au département de la Seine. Centre de référence en matière de soins, d'enseignement et de recherche dans le domaine de l'enfant et de l'adolescent, service hospitalo-universitaire depuis 1973, l'établissement, dont la file active est de 2 300 patients, s'est constamment adapté pour répondre aux besoins grandissants de la population, par l'ouverture de nouvelles structures d'accueil et la diversification des modes de prise en charge.

En application des orientations nationales - « Plan Psychiatrie et Santé Mentale » du 20 Avril 2005, SROS 3 - et locales - Projet d'établissement et médical, CPOM - l'établissement poursuit et consolide en 2010 l'adaptation déjà engagée de son offre de soins en pédopsychiatrie. Cette adaptation se révèle cependant être sans précédent pour l'institution puisqu'elle implique la reconstruction de 50 lits, soit plus de la moitié de sa capacité en lits d'hospitalisation à temps complet, se décomposant de la manière suivante :

- deux unités Enfants de 10 lits, chacune organisées autour de locaux communs (accueil, logistique, etc.) à l'ensemble,
- deux unités Adolescents de 10 lits, chacune organisées autour de locaux communs (accueil, logistique, etc.) à l'ensemble,
- une unité Autistes de 10 lits avec des espaces d'accueil et logistique dédiés.

A cette restructuration des unités d'hospitalisation s'ajoute une opération de réhabilitation d'un bâtiment d'hospitalisation destiné à accueillir la nouvelle Ecole Spécialisée. Le démarrage des travaux est prévu, sous forme d'opérations tiroirs, à compter de l'automne 2010 pour une durée de 36 mois.

Dans la continuité d'une élaboration concertée du programme architectural en 2008 avec l'ensemble des utilisateurs, l'établissement s'engage de manière volontariste dans ces travaux devant améliorer le cadre de vie des patients et les conditions de travail du personnel. Les nouvelles constructions seront de type pavillonnaire avec des accès patients de plain pied vers des espaces verts extérieurs sécurisés, les chambres individuelles seront privilégiées sauf pour certains patients dont l'autonomie ne le permet pas. La libre expression de l'art et de la culture, dimensions chères à l'établissement,

Pour réaliser dans les meilleures conditions cette opération d'envergure et accompagner la transformation de l'hôpital, une attention particulière est portée sur la communication, qu'il s'agisse de la communication institutionnelle à l'attention de l'ensemble du personnel et des instances de l'établissement (via des journées d'information, des publications dans le journal interne...) mais aussi des familles des patients, soucieuses du maintien du bien être et de la sécurité de leurs enfants durant la période des travaux.

La réalisation d'un film de 26 minutes, à chacune des trois grandes phases de l'opération, devrait également permettre de comprendre les évolutions et transformations en cours de cette institution à la fois marquée par son passé et ouverte à la modernité.

Jean Marie BARBOT

*Directeur
CHS Fondation Vallée*

Vanessa VILLAFRANCA

*Directeur adjoint
CHS Fondation Vallée*

**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**