

Page_04

RH

Les emplois d'avenir /

Page_06

RH

Recruter des personnels
étrangers /

Page_18

Grand angle

Une nuit d'hôtel...
à l'hôpital ! /

INTERACTIONS

LE MAGAZINE DE LA FHF

#12

Janvier 2013

Page_14

Grand angle

Sécurité des patients :
comment progresser
ensemble ?



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

LES SALONS DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE



UN ÉVÉNEMENT MAJEUR POUR TOUS LES ACTEURS DE SANTÉ

3 Salons, des conférences, des forums, des ateliers, des animations... **HopitalExpo**, **GerontExpo/HandicapExpo** et **HitParis** ont lieu désormais à la même date dans le cadre des **SALONS DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE**, le nouveau rendez-vous de tous les professionnels et acteurs du monde de la santé. 3 jours d'échanges, de partage d'expériences, de découvertes de nouveautés, de sessions de formation pour appréhender la santé de demain!

28-30 MAI 2013
PARIS - PORTE DE VERSAILLES - PAVILLON 1

VOIR LA SANTE DE DEMAIN

www.salons-sante-autonomie.com

ANTICIPER LES MUTATIONS DU MONDE HOSPITALIER

QUAND LA SANTÉ RENCONTRE LA HAUTE TECHNOLOGIE

AU SERVICE DES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

Organisez votre visite, en vous connectant sur www.salons-sante-autonomie.com

@SanteAutonomie

PROMOUVOIR LES DROITS DES PATIENTS ET DES RÉSIDENTS, UN ENGAGEMENT POUR L'HÔPITAL PUBLIC



Le délégué général de la FHF, Gérard Vincent / Le président de la FHF, Frédéric Valletoux

La reconnaissance de droits aux patients hospitalisés comme aux résidents en maison de retraite a constitué, depuis une trentaine d'années, un indéniable facteur de progrès pour nos établissements. Reconnaître les patients comme sujets de droits a en effet permis de rénover nos pratiques professionnelles en insistant sur des éléments aussi essentiels que la lutte contre la douleur, le respect de l'intimité, la confidentialité de l'information délivrée, le respect des convictions religieuses... Ce travail est loin d'être achevé, comme nous le rappelle hélas souvent l'actualité, du fait de la fragilité des personnes que nous accueillons mais aussi parce que les métiers que nous exerçons sont complexes. C'est donc avec détermination que nous devons promouvoir de nouvelles initiatives pour mieux respecter les droits des patients et des résidents. À titre individuel, en leur donnant la parole sur les sites Internet grand public comme www.hopital.fr. Mais aussi à titre collectif, en attribuant une plus grande place

aux représentants des associations de patients dans le fonctionnement de nos établissements. Il nous faut généraliser les innovations les plus remarquables dans ce domaine, mission que nous souhaitons confier à un Institut du patient, auquel nous travaillons. Il nous faut placer les patients et les résidents au cœur de la vie des hôpitaux et des maisons de retraite publiques. Il nous faut, enfin, accepter une plus grande transparence sur nos actions. Nous avons en effet tout à gagner à expliquer nos métiers, en démontrant comment nous mettons en œuvre au quotidien une « culture de la sécurité des soins » qui vise à réduire les effets indésirables, hélas parfois inhérents aux progrès thérapeutiques dont nous sommes les porteurs. Assurer cette volonté de transparence et faire le choix de respecter les droits des patients, même quand cela s'avère difficile ou compliqué, c'est l'engagement que nous prenons devant les Français.

SOMMAIRE

Plus loin avec la FHF

- /04_RH
- /06_Décryptage RH
- /08_Gestion
- /10_Médical
- /12_Médico-social

Grand angle

- /14_Sécurité des patients: Comment progresser ensemble?
- /18 Une nuit d'hôtel... à l'hôpital!

+ d'interactions

- /21_Agenda
- /21_Le Guide
- /21_Europe

Plus loin avec la FHF

RH

LES EMPLOIS D'AVENIR

L'ESSENTIEL_ La FHF a été sollicitée par le gouvernement pour s'engager dans le dispositif des emplois d'avenir. Créé par la loi du 26 octobre 2012, il a pour objectif de permettre à des jeunes peu ou pas qualifiés de réussir une première expérience professionnelle et d'obtenir une qualification.



→ LE DISPOSITIF

En sont bénéficiaires des jeunes de 16 à 25 ans (jusqu'à 30 ans pour les jeunes reconnus travailleurs handicapés), pas ou peu qualifiés, prioritairement issus des zones urbaines sensibles, des zones de revitalisation rurale ou des DOM-TOM. Ils bénéficient d'emplois à temps plein, financés à 75 % par l'État sur une durée comprise entre 12 mois et 36 mois. Ces emplois s'exercent dans des activités présentant un caractère d'utilité sociale, environnementale ou un fort potentiel de création d'emplois. L'aide est attribuée à l'employeur au vu de ses engagements sur le contenu du poste, les conditions de tutorat, ainsi que les compétences que le jeune devra acquérir, en privilégiant celles qui lui permettent d'accéder à un niveau de qualification supérieur.

Sont notamment concernés les postes d'aide au service hospitalier, d'aide médico-administratif et d'aide de recherche clinique. Les formations seront prises en charge directement par l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), en dehors du plan de formation des établissements, que ceux-ci soient ou non adhérents à l'ANFH. L'accompagnement social des jeunes sera assuré par les missions locales pour l'insertion professionnelle et sociale des jeunes. Ces organismes sont chargés d'aider les 16-25 ans à résoudre les problèmes que pose leur insertion professionnelle et sociale et remplissent des missions d'accueil, d'information, d'orientation et d'accompagnement.¹

→ L'ENGAGEMENT DE LA FHF

À l'instar des autres fédérations d'employeurs (AMF, ADCF, ADF, ARF, CNFPT, mais aussi La Poste, La SNCF...), la FHF a accepté de participer à ce dispositif, en veillant toutefois à ce que l'impact financier soit strictement limité pour les établissements. Ainsi, si elle adhère à l'objectif d'insertion des jeunes peu qualifiés, elle a posé quatre conditions :

- le dispositif ne doit pas, selon elle, avoir de caractère contraignant, avec la fixation d'objectifs quantitatifs en termes d'emplois par territoire ou par établissement. Le recrutement doit rester une décision propre aux directeurs, au regard de leurs besoins et de leurs possibilités financières ;
- le dispositif doit être prioritairement orienté vers le secteur médico-social, mieux à même de créer des postes sur les profils envisagés et de les pérenniser ;
- la mise en œuvre doit se faire en partenariat avec l'ANFH, dont l'expertise en termes de formation est nécessaire au bon accompagnement de ces jeunes professionnels ;
- le tutorat et les allocations de retour à l'emploi doivent être pris en charge financièrement par les pouvoirs publics.

→ LA PROCHAINE ÉTAPE

En ce début d'année, une convention cadre viendra préciser les modalités du dispositif, notamment le rôle du service public de l'emploi.

1. Articles L. 5314-1 à 4 du code du travail.

RH

CHAMBÉRY



Un livret d'accueil pour les personnels médicaux

L'ESSENTIEL_ Le centre hospitalier de Chambéry distribue, depuis la fin de l'année dernière, un livret d'accueil à l'attention de tous ses médecins en poste ou nouvellement arrivés.



En novembre dernier, un livret d'accueil du personnel médical a été diffusé au centre hospitalier de Chambéry. « Nous l'avons adressé à nos 300 médecins exerçant dans l'établissement depuis plusieurs années, et à une cinquantaine de nouveaux arrivants », souligne Julie Zimmermann, directrice des affaires médicales du CH. Depuis quatre ans à ce poste, elle a mené de nombreux entretiens de recrutement : « À chaque fois, les mêmes questions reviennent sur les statuts, les droits... Je donne quelques informations. Mais il fallait un document le plus complet possible, regroupant des infos pratiques sur la rémunération, les positions statutaires et des éléments de connaissance du centre hospitalier. » Des tels livrets existaient déjà pour le personnel non médical, les internes, les soignants..., mais « les assistants, les attachés, les PH et les contractuels n'en avaient pas, alors qu'ils se

posent eux aussi des questions ». Et ces questions diffèrent selon le statut. Les PH ont en effet connu d'autres établissements. Certains attachés ne sont présents que par demi-journée. Les assistants exercent à temps plein mais n'ont ce statut que pour une durée limitée (deux ans en moyenne)... De plus, le CH de Chambéry connaît une forte croissance de son nombre de médecins : 66 % d'augmentation en cinq ans. En 2011, il a connu 47 recrutements, 25 départs et 30 changements statutaires. D'où l'utilité de ce livret pour valoriser et fidéliser les médecins.

Autre objectif pour l'hôpital : « Faire œuvre de pédagogie pour exposer nos enjeux, tels que nos instances de gestion ou la T2A », ajoute Julie Zimmermann. Une année a été nécessaire pour élaborer le document : « Nous avons monté un groupe de travail, avec un représentant de chaque statut. C'était très valorisant en interne. » Le livret reste volontairement généraliste, sans distinction par discipline. De plus, « il est évolutif. Les éléments changeants, comme les gardes et astreintes, les organigrammes et les grilles salariales, sont détaillés dans des feuillets mobiles joints en annexe ».

Promouvoir le métier de médecin à l'hôpital public

L'attractivité des hôpitaux publics et leur capacité à recruter des médecins sont les conditions de leur avenir. C'est pourquoi la FHF a lancé, il y a quelques années, une campagne de valorisation du métier de médecin à l'hôpital public. De nombreuses actions de communication ont été élaborées :

- un espace médecins sur le site www.fhf.fr regroupant des éléments juridiques sur les carrières hospitalières, la formation, des actualités, des dossiers thématiques ;
- une newsletter mensuelle adressée aux chefs de service et responsables de pôle. Les jeunes médecins bénéficient de supports spécifiques ;
- un guide de l'interne, répondant aux ques-



- tions les plus fréquemment posées, disponible sur l'espace médecins de www.fhf.fr ;
- une brochure sur les rémunérations des médecins à l'hôpital public ;
- un document « À chacun ses raisons » pré-

sentant le parcours de 14 médecins ayant choisi l'hôpital public ;

- un site Internet et une page Facebook « PH par intérêt » qui fédère de nombreux contenus, dont des vidéos documentaires mais aussi humoristiques ou décalées.

De nombreuses régions ont également organisé des réunions de présentation des postes vacants, d'information sur les carrières ou créé des postes partagés centre hospitalier général-centre hospitalier universitaire.

POUR EN SAVOIR PLUS
Pour commander les documents cités :
c.trocherie@fhf.fr

Plus loin avec la FHF

RH



→ DÉCRYPTAGE

RECRUTER DES PERSONNELS À DIPLÔME ÉTRANGER

L'ESSENTIEL Dans un contexte de tensions démographiques et budgétaires, l'intérêt des hôpitaux publics pour le recrutement de professionnels de santé à diplôme étranger reste prégnant. Quelle est la réglementation en la matière ?

→ LES PERSONNELS PARAMÉDICAUX ET MÉDICAUX EUROPÉENS (UE + ISLANDE, LIECHTENSTEIN, NORVÈGE ET SUISSE)

Le code de la santé publique ainsi que les textes relatifs à la fonction publique hospitalière organisent les modalités de recrutement des professionnels de santé médicaux et auxiliaires médicaux à diplôme européen. Ces personnes doivent remplir des conditions de formation et d'équivalence de diplômes pour pouvoir exercer en France. Leur autorisation d'exercice sur le territoire français est délivrée par le préfet de région, et intervient après avis d'une commission régionale Commission d'autorisation d'exercice (CAE).

→ LES PROFESSIONNELS MÉDICAUX HORS UE

Le recrutement par les hôpitaux de médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes titulaires d'un diplôme obtenu hors de l'Union européenne (UE) avait été autorisé à titre d'exception par les pouvoirs publics, afin de pallier les problèmes de démographie médicale sur certains territoires et dans certaines spécialités. Ce dispositif devait prendre fin le 31 décembre 2011.

Il a cependant été prolongé jusqu'au 31 décembre 2016, mais à des conditions strictes. Désormais, seuls les professionnels médicaux titulaires d'un diplôme obtenu en dehors de l'UE ou de l'Espace économique européen (Islande, Norvège, Liechtenstein), et recrutés dans un établissement français avant le 3 août 2010, peuvent continuer à exercer leurs fonctions hos-



4000 à 5000

personnels médicaux issus de pays hors UE exerceraient en France.

pitalières en tant que praticiens attachés associés, d'assistants associés ou de faisant fonction d'internes (FFI). La date du 3 août 2010 marque la mise en place des diplômes de formation médicale spécialisée ou spécialisée approfondie (DFMS/DFMSA). Avant cette date, ils devaient avoir été recrutés, notamment, en tant que praticiens attachés associés, praticiens associés, assistants associés, infirmiers ou encore FFI. En revanche, les FFI préparant le DFMS/DFMSA ne sont pas éligibles au dispositif.

Jusqu'au 31 décembre 2016, ces praticiens peuvent se présenter à une épreuve de vérification des connaissances organisée chaque année, à condition d'avoir travaillé en établissement pendant au moins deux mois continus entre le 3 août 2010 et le 31 décembre 2011, et d'avoir exercé trois ans à la date de clôture des inscriptions à l'épreuve. Des dispositions similaires sont également prévues pour les sages-femmes, si ce n'est qu'elles doivent avoir été recrutées avant le 1^{er} janvier 2012 pour bénéficier de la prolongation d'exercice et se présenter à l'épreuve de vérification des connaissances.

Si le législateur a permis une prolongation du dispositif de recrutement des Padhue, l'ancien gouvernement a limité les possibilités de postes FFI. Désormais, les établissements sont donc tenus d'indiquer, plus d'un an à l'avance, le nombre de postes d'internes et de FFI. S'ils n'ont pu pourvoir tous leurs postes d'internes, ils ne pourront plus combler ces vacances par le recrutement d'un FFI.

Par ailleurs, dans le cadre d'actions de coopérations internationales, les établissements peuvent accueillir des médecins à diplôme étranger souhaitant effectuer une formation pratique complémentaire – exclusive d'une inscription universitaire – en vue d'acquiescer la reconnaissance d'un niveau de qualification professionnelle. Ces médecins relèvent du statut de stagiaire associé.

→ LES PERSONNELS PARAMÉDICAUX HORS UE

Aucun diplôme d'auxiliaire médical (infirmier, masseur-kinésithérapeute...) délivré hors UE et EEE n'est reconnu en France. Si les infirmiers titulaires de l'un de ces diplômes souhaitent exercer dans notre pays, ils doivent se présenter aux épreuves de sélection d'entrée aux Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) afin d'obtenir le diplôme d'État d'infirmier.

Jusqu'à l'été 2012, les auxiliaires médicaux à diplôme étranger pouvaient solliciter une autorisation temporaire exceptionnelle d'exercice des fonctions d'aide-soignant auprès de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass), puis, depuis 2010, de la délégation territoriale de l'Agence régionale de santé (ARS). Cette possibilité, ouverte par une circulaire du 15 mai 2007, a cependant été supprimée le 7 mai 2012 par une circulaire du 15 mars 2012, à la suite d'une décision du Conseil d'État du 26 octobre 2011 constatant l'illégalité de la circulaire de mai 2007.

LES TEXTES DE LOI

→ Le code de la santé publique sur le recrutement des professionnels de santé médicaux et auxiliaires médicaux à diplôme européen : **L. 4311-3 et 4 CSP (infirmier UE + EEE)**; **L. 4321-4 CSP (MK UE + EEE)**; **circulaire DGOS/RH2/2011-169 du 11 mai 2011**; **R. 6131-1 CSP (médecin UE + EEE)**; **art. 5bis loi 83-634, décret n° 2010-311 du 22 mars 2010**.

→ Prolongation du dispositif Padhue : **loi n° 2012-157 du 1^{er} février 2012**.

→ Le statut de stagiaire associé pour les médecins titulaires d'un diplôme hors UE : **arrêté du 16 mai 2011** relatif aux stagiaires associés; **circulaire du 7 mars 2012 n° 2012-111** relative aux conditions d'accueil des stagiaires associés.

→ Suppression de l'autorisation temporaire exceptionnelle d'exercice des fonctions d'aide-soignant pour les professionnels paramédicaux hors UE : **circulaire n° DGOS/RH2/2012/121 du 15 mars 2012**.

→ Formation complémentaire pour les infirmiers hors UE et EEE : **R. 6134-2 CSP; arrêté du 27 avril 2012**.

D'autres voies sont néanmoins ouvertes. À l'instar des stagiaires associés, des personnels infirmiers des États dont la liste est fixée par arrêté, peuvent effectuer une formation complémentaire sous forme de stages hospitaliers dans le cadre d'actions d'un programme de coopération internationale. Un arrêté du 27 avril 2012 est venu préciser, pour les personnels infirmiers, les modalités de cette formation complémentaire.

Des accords bilatéraux ont enfin été signés entre la France et d'autres États afin de favoriser la libre circulation de leurs professionnels de santé paramédicaux. Ainsi, des accords ont été signés avec Monaco, la Suisse, Andorre et le Québec. Les professionnels de santé issus de ces États peuvent exercer en France, à condition de justifier d'un titre de séjour sur le territoire, et que leur employeur leur ait délivré une autorisation de travail. L'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) est chargé, à titre exclusif, d'exécuter les opérations de recrutement et d'introduction des immigrants étrangers dans notre pays. Les autorisations d'exercice sont délivrées individuellement selon la procédure et les modalités prévues pour la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants communautaires.

Plus loin avec la FHF

GESTION

LA FHF SOUTIENT LES AMICALES HOSPITALIÈRES

L'ESSENTIEL_ Au mois d'avril se tiendront les 24^{es} Assises nationales des amicales et associations hospitalières. Cette manifestation, organisée par la Fédération nationale des amicales du personnel hospitalier (FNAPH), en partenariat avec la FHF, est l'occasion de revenir sur le rôle de ces amicales.



En 2005, une enquête réalisée par la FHF révélait que 80 % des établissements publics de santé déclaraient posséder une amicale du personnel. Forte de ce constat, la FHF a souhaité offrir à ces associations régies par la loi de 1901 une harmonisation de leurs conditions d'insertion dans leur établissement de rattachement.

Cette démarche a conduit à la signature d'une charte déontologique entre la FHF et la majorité des représentants des organisations syndicales représentatives du personnel au niveau national. La charte rappelle les principes de légalité, d'éthique, de responsabilité, de transparence, d'efficacité et de solidarité des amicales hospitalières. Ainsi, la Fédération nationale des amicales du personnel hospitalier (FNAPH) a conclu divers partenariats pour mettre en place des actions

destinées aux personnels hospitaliers (médecins et non médicaux, en activité ou retraités) et leurs familles. Elle souhaite leur proposer de nombreux services de proximité, à des conditions financières avantageuses. Les amicales hospitalières présentent également un intérêt social pour les établissements de santé, puisqu'elles contribuent à renforcer la cohésion interne des équipes. La FHF incite les établissements disposant d'une amicale hospitalière à signer la charte déontologique.

POURENSAVOIR⁺

Contactez la FNAPH : www.fnaph.fr
Consulter la charte : www.fhf.fr
> Informations hospitalières > Dossiers
> Ressources humaines > Politique sociale.
Assises nationales des amicales et associations hospitalières, à Vaison-la-Romaine, du 10 au 12 avril.

Avec le soutien de  CAISSE D'ÉPARGNE

CERTIFICATION DES COMPTES : L'AVIS DE LA FHF

La FHF a fait part du soutien de principe qu'elle apporte à la certification progressive des comptes des établissements publics de santé. Cette position est néanmoins assortie de conditions visant, à la fois, à simplifier les procédures de contrôle des comptes et à maîtriser les conséquences économiques et financières de la certification des comptes.

Tout d'abord, la FHF souhaite que la certification des comptes ne soit mise en œuvre que si la séparation de l'ordonnateur et du comptable est supprimée. Elle demande que soit engagée, préalablement à cette mise en œuvre, une clarification des rôles respectifs du commissaire aux comptes et du juge des comptes publics.

La FHF alerte également sur le coût que va engendrer la certification pour les établissements publics de santé : formation des personnels, audit des procédures comptables et rémunération du commissaire aux comptes. Il semble indispensable que les effets économiques de la procédure soient bien évalués. À titre indicatif, chaque établissement devra au minimum engager 400 000 euros pour s'y préparer, auxquels s'ajouteront les autres frais liés à la procédure elle-même.

Enfin, la FHF s'inquiète de l'impact de la certification des comptes sur les résultats budgétaires et financiers des établissements, mais aussi sur la responsabilité du chef d'établissement en cas de réserves significatives du commissaire aux comptes. Il s'agit, là encore, de dimensions lourdes de conséquences.

GESTION TOULOUSE

Tipi, pour payer ses frais en ligne

L'ESSENTIEL_ Le dispositif a été initié avec succès par l'hôpital de Bourg-en-Bresse et les Hospices civils de Lyon. Avec la mise en œuvre du paiement par Internet, le CHU de Toulouse vise l'économie et la souplesse.



Payer ses factures par carte bancaire devant son ordinateur : le procédé est désormais courant. Non seulement dans le secteur privé, mais aussi auprès des collectivités locales ou de l'État. « Les hôpitaux ne pouvaient rester en marge du mouvement de modernisation des services publics et de promotion des

moyens modernes de paiement », rapporte Jonathan Belcastro, directeur adjoint des finances au CHU de Toulouse. Après une expérimentation lancée début 2012 à l'Hôpital des enfants (80 000 consultations annuelles), le paiement en ligne des frais hospitaliers s'est donc généralisé, en octobre dernier, à l'ensemble des établissements du CHU (650 000 consultations annuelles).

Tipi (Titres payables par Internet) permet aux patients qui ne disposent pas d'une assurance maladie obligatoire et/ou d'une complémentaire de procéder au règlement de leurs frais, 24 heures sur 24. Le système est sécurisé par la Direction générale des finances publiques. Après avoir saisi leur numéro de dossier et leur

référence de paiement sur le portail du CHU, les patients peuvent régler leur facture sur le compte de la régie de l'hôpital. Ils disposent de quinze jours après réception de leur note de frais pour effectuer ce paiement. Ils peuvent néanmoins s'acquitter de leur dette si ce délai est dépassé, mais en s'adressant cette fois directement au trésorier du CHU. Depuis la mise en place de Tipi, Jonathan Belcastro observe que 67 % des transactions sont effectuées en dehors des horaires d'ouverture des guichets en soirée, la nuit ou le week-end. « Cela prouve que ce dispositif est utile aux patients, qui évitent les files d'attente ou les frais d'affranchissement », souligne-t-il. Cet outil a été mis en place à personnel constant, en réorganisant le service de la régie du CHU. Prochain chantier, la dématérialisation de la quittance : les usagers pourront bientôt se procurer cette attestation de paiement sur le Web.

POURENSAVOIR⁺
www.chu-toulouse.fr

LYON

Aux HCL, le local a la primeur

« Dans votre plateau-repas, ce midi, une salade de tomates locales et des pêches de la vallée du Rhône ! » Depuis l'an dernier, les patients hospitalisés, ainsi que le personnel des établissements des Hospices civils de Lyon (HCL), peuvent déguster des fruits et légumes cultivés dans la région. Plus de 40 % des produits végétaux achetés par les HCL sont en effet issus du marché local. Ceci grâce à un plan d'actions lancé l'an dernier par la direction de l'établissement.

« En tant qu'acteurs majeurs du développement économique régional, les HCL ont souhaité s'engager dans une démarche de développement

durable, en encourageant l'économie locale et en réduisant le circuit de distribution, explique Grégory Lecaillon, responsable du département Achats généraux, logistique et informatique. Notre objectif, pour 2013, est d'atteindre 50 % de produits locaux. En décembre 2012, nous avons déjà dépassé les 40 %, alors que nous en étions auparavant à moins de 6 % ! » Une démarche d'autant plus notable qu'elle n'implique pas de surcoût pour l'établissement. Simplement une réflexion pointue, avec le fournisseur, la direction de la restauration et les diététiciens de l'hôpital, sur le choix de chacun des produits.



Un marché des producteurs locaux était organisé sur l'un des sites des HCL, l'été dernier.

Plus loin avec la FHF

MÉDICAL

MOBILISATION CONTRE LE DOPAGE AU CHU DE NANCY

L'ESSENTIEL_ Outre le suivi médical des sportifs convaincus de dopage, l'antenne médicale de prévention du dopage de Lorraine, hébergée par le CHU de Nancy, mène des actions d'éducation auprès des jeunes sportifs scolarisés. Visite d'une structure qui travaille sur la confiance en soi.

Ils franchissent la porte de l'antenne médicale de prévention du dopage sur convocation. Un passage obligé pour ces sportifs licenciés qui souhaitent reprendre la compétition après un contrôle antidopage positif et après la sanction sportive. Au CHU de Nancy, ils sont une dizaine par an, détectés positifs lors d'un contrôle antidopage, à être pris en charge médicalement. Une salle d'attente spécifique et une sortie dérobée : tout est fait pour préserver l'anonymat de ces cyclistes, footballeurs, joueurs de rugby... qui ont utilisé des substances ou procédés de nature à modifier artificiellement leurs performances – autrement dit, des produits dopants.

Une première consultation permet de poser un diagnostic et de mettre en place un suivi médical personnalisé, adapté au sportif. Dans un second temps, le médecin responsable de l'antenne lui délivre un certificat nominatif prouvant qu'il a engagé une démarche de prise en charge de son éventuelle pharmacodépendance. Les risques liés à la prise de glucocorticoïdes, anabolisants, psychostimulants, cannabinoïdes ou amphétamines sont graves et peuvent, parfois, entraîner la mort subite. « Mais la probabilité de subir un contrôle est faible : 8000 contrôles par an pour 15 millions de licences sportives délivrées. Aussi, nous avons élargi nos missions à la prévention », explique le Pr Bruno Chenuel, pneumologue et médecin du sport.

À côté du dopage, le suivi médical des sportifs est une mission

18000

EUROS

C'est la subvention annuelle versée par le ministère des Sports pour le fonctionnement annuel de la structure.

importante de l'antenne. « Nous effectuons un travail d'information et de conseil », précise le Pr Chenuel. Des sportifs nous appellent lorsqu'ils s'apprêtent à prendre un médicament ou un complément alimentaire et qu'ils se demandent s'il est inscrit sur la liste des produits illicites. Nous intervenons aussi beaucoup dans les écoles et les pôles sportifs. Ceux que nous voulons sauver, ce sont les personnes influençables qui acceptent des choses inacceptables. »

SUIVI DES ATHLÈTES

Dernière mission de cette structure constituée de quatre médecins du sport et d'une psychologue : le suivi médical longitudinal des athlètes, soit la réalisation des examens médicaux obligatoires pour que ceux-ci puissent s'inscrire sur les listes de sportifs de haut niveau. Sur une bicyclette ergométrique, un homme, des électrodes sur la poitrine et un masque sur le visage, réalise ainsi un test d'effort. Pendant une dizaine de minutes, ce sportif va subir une exploration fonctionnelle cardio-respiratoire maximale visant à s'assurer de la bonne adaptation de son organisme à l'effort et à détecter certaines pathologies. Quatre cents tests sont réalisés ici chaque année au CHU de Nancy.

POURENSAVOIR

• www.chu-nancy.fr > Annuaire des consultations > Guide des consultations adultes > Addiction
• Écoute dopage : 0 800 15 20 00
www.ecoutedopage.fr

Sportif réalisant un test d'effort.



MÉDICAL

NANTES/ANGERS

Prior : pour aider les patients atteints de maladies rares

L'ESSENTIEL_ Initiative pilote en France, la plate-forme régionale d'information sur les maladies rares (Prior) des Pays de la Loire accompagne les malades et leur famille au-delà des soins. Elle mène aussi des actions de formation.

Avec sa double localisation au CHU d'Angers et au CHU de Nantes, la plate-forme régionale d'information sur les maladies rares (Prior) a pour mission d'évaluer les besoins sociaux, médico-sociaux et psychologiques des 165000 personnes des Pays de la Loire atteintes de maladies rares. « Nous ne faisons ni diagnostic ni soin. Nous recueillons les attentes de la personne, identifions les ressources et expertises disponibles à proximité et les faisons se rencontrer, en nous appuyant sur les Centres experts maladies rares », décrit Magali Colinot, cadre de santé qui coordonne Prior. Quatre médecins référents et coordinateurs de centres experts maladies rares sont à la tête de cette plate-forme, composée d'une conseillère en génétique, de deux assistantes sociales, d'une ergothérapeute, d'une psychologue, d'une neuropsychologue et de deux secrétaires. Ce travail de cooptation des professionnels, qui prend

en compte à la fois le parcours de soins du malade et son projet de vie, répondait à un besoin profond, selon Dominique Le Berre. Elle est déléguée régionale de l'association Alliances maladies rares (partenaire de Prior) et de l'Association pour la sclérose tubéreuse de Bourneville, une pathologie dont souffre sa fille : « En tant que parent et responsable d'association, j'orientais déjà les malades par téléphone, mais je ne pouvais être à la fois psychologue, ergothérapeute et assistante sociale », témoigne-t-elle, en évoquant les questions liées aux errances de diagnostic, les difficultés d'intégration scolaire ou les répercussions sur l'entourage. Avec Prior, après un premier contact, le plus souvent par téléphone, une équipe mobile se déplace au domicile du patient ou dans son établissement d'accueil pour mieux appréhender sa situation. Formée d'un membre de la plate-forme, et d'un

représentant d'association ou d'un spécialiste de l'accompagnement de la personne, l'équipe contacte les professionnels en capacité de répondre aux problèmes. « L'un de nos objectifs est d'éviter les situations de rupture », précise Magali Colinot. Prior organise également des rencontres interprofessionnelles et des colloques de formation sur des pathologies rares.

POURENSAVOIR⁺
Prior : 0 820 26 00 10

MONTÉLIMAR

Les patients hépatiques suivis par une infirmière

En 2011, le CH de Montélimar a pu valider un protocole de coopération expérimenté depuis 2004. Chantal Riou, infirmière, assure le suivi des personnes atteintes d'une hépatite C, en lien avec les médecins du service de gastro-entérologie. L'objectif ? « Offrir aux malades un suivi plus rapproché, de l'annonce du diagnostic à la fin du traitement, et même au-delà », explique-t-elle. Mais aussi dégager du temps pour les médecins, afin que les patients atteints d'autres pathologies digestives aient plus facilement accès à la consultation. Chantal Riou, qui a dû suivre une formation d'infirmière clinicienne, dispose d'un bureau et d'une ligne téléphonique sur laquelle les

malades peuvent la joindre directement. Car le traitement de l'hépatite C est lourd. « Si nous ne répondons pas à leurs questions sur les traitements, certains ne se soignent plus », précise-t-elle. Outre l'écoute et l'éducation thérapeutique des patients, l'infirmière surveille l'évolution de la maladie et peut prescrire des médicaments. « Mais attention ! Je ne remplace pas le médecin et suis en relation permanente avec lui : nous coopérons. » Aujourd'hui, Chantal Riou est la seule infirmière du CH à assumer ce type de fonctions. Grâce à ces pratiques avancées, elle espère créer un nouveau métier d'infirmière experte dans le suivi des malades chroniques et favoriser la mise en place de postes similaires au sien.



Plus loin avec la FHF

MÉDICO-SOCIAL

LE DERNIER CONSEIL DE LA CNSA

L'ESSENTIEL_ La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a tenu son dernier conseil, le 13 novembre dernier. Trois points en particulier sont à retenir. Les explications d'*Interactions*.



médico-social, qu'il juge « disproportionné » et « aujourd'hui d'autant moins acceptable que cet Ondam est respecté depuis plusieurs exercices ».

FONDS DE SOUTIEN AUX DÉPARTEMENTS

Le conseil a réagi à la création d'un fonds de soutien de 170 M€ aux départements fragilisés, financé sur les réserves de la CNSA. À l'unanimité – l'État n'ayant pas pris part au vote –, le conseil a voté une motion qui vise à garantir une utilisation des crédits cohérente avec les missions d'aide à l'autonomie de la CNSA. À la demande du GR31, le conseil a par ailleurs demandé que

ce fonds soit « réparti par la CNSA [...] dans le cadre de conventions négociées entre les départements et la CNSA » et qu'un suivi soit « assuré par le conseil de la CNSA qui se refuse à ne jouer, dans ce dispositif, qu'un rôle de chambre d'enregistrement. »

PROCHAIN RAPPORT ANNUEL

Le conseil de la CNSA engagera, au cours des prochains mois, une réflexion sur le parcours de vie des personnes en perte d'autonomie. Ce sujet fera l'objet d'un des chapitres du prochain rapport annuel.

1. Le GR 31 est composé des associations représentant les personnes âgées, les personnes handicapées et les professionnels qui sont à leur service (fédérations d'établissements et de services médico-sociaux).

UN RAPPORT SUR L'OUTIL PATHOS

Lors d'un récent comité scientifique des référentiels Pathos et Aggir (Autonomie gérontologique groupe isoressources), le P^r Jean-Luc Novella, président du Comité scientifique de ces deux référentiels, a rendu public son rapport sur l'outil Pathos. Ce document formule huit grandes recommandations :

- actualiser les ordonnances qui fondent Pathos ;
- actualiser les règles de codage ;
- faire évoluer Pathos pour que l'outil ne serve pas qu'à la tarification mais soit davantage un outil d'aide au pilotage ;
- mieux valoriser le risque de dénutrition dans Pathos ;
- mieux valoriser les troubles du comportement dans Pathos ;
- mieux tenir compte de la prévention, soit directement à travers Pathos, soit par la mise en place d'une enveloppe spécifique destinée à valoriser les actions de prévention et de qualité ;
- mieux définir la procédure d'utilisation de l'outil : rétablir la confiance entre les acteurs, définir la place pour le médecin traitant, la fréquence d'utilisation ;
- disposer d'une banque complète d'informations relevant du champ Ehpad / USLD.

La FHF a salué la qualité de ce rapport et demandé à la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) de mettre en œuvre très rapidement les recommandations préconisées, notamment celles relatives à l'actualisation des ordonnances et des règles de codage. Le comité scientifique va poursuivre ses travaux, en les axant davantage sur la fragilité, la prévention, l'analyse des données et la grille Aggir.

MÉDICO-SOCIAL

RENNES

Innovation architecturale à l'Ehpad Le Clos Saint-Martin

L'ESSENTIEL_ Lauréat du Prix de la réalisation médico-sociale pour personnes âgées de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'Ehpad Le Clos Saint-Martin, à Rennes, conjugue confort et créativité architecturale.



Une large place a été faite à la lumière et aux espaces verts dans la reconstruction, en 2010, de l'Ehpad Le Clos Saint-Martin. C'est cet axe fort du projet qui a séduit le jury du Prix de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) 2012, un concours initié par la FHF pour renouveler la conception des lieux d'hébergement de personnes âgées ou handicapées. Le premier prix (30000 euros) a ainsi été remis l'an dernier aux concepteurs du bâtiment rennais. Construit sur trois étages, il est doté d'espaces de vie organisés autour de deux patios conçus comme des puits de lumière. Chacune des 84 chambres de 21 m² possède son balcon, qui peut accueillir des fleurs et du mobilier de jardin. L'été, un système d'occultation automatisé transforme cette ouverture sur l'extérieur en loggia. Un parc clos aménagé, une grande terrasse avec un barbecue pour accueillir les événements festifs, des espaces balnéothérapie et aromathérapie... La qualité de vie des résidents et des familles a été privilégiée – sans que le coût journalier en soit pour autant alourdi. « Cet établissement, nous l'avons aussi construit pour le personnel, explique Gilbert Frangeul, le



directeur de l'établissement. Cela passe par un aménagement des services par étage, avec une salle de soins, un local ménage et un espace de préparation des petits déjeuners à chaque niveau, de manière à limiter au maximum les allers-retours. En choisissant une décoration contemporaine, j'ai voulu que cet établissement ne ressemble pas à une maison de retraite. Nous n'avons depuis que des retours positifs », se félicite celui qui s'est d'emblée impliqué activement dans la maîtrise d'ouvrage des travaux intérieurs, aux côtés des architectes, Yves-Marie Maurer et Clément Gillet. L'opération d'un montant total de 10,2 millions d'euros a été financée par l'État, le conseil général d'Ille-et-Vilaine, Rennes Métropole, la CNSA et l'association gestionnaire de l'établissement. 280000 euros ont été apportés sur fonds propres.

BASSE-NORMANDIE

La bientraitance au cœur d'une charte

Une charte de la bientraitance est disponible depuis octobre dernier, à l'intention notamment des Ehpad. Son objectif : les aider à « bien traiter » leurs résidents. Il s'agit non seulement de lutter contre la maltraitance mais aussi et surtout de prendre en compte, dans la prise en charge globale des patients, leurs attentes, leurs besoins, et ceux de leur entourage, dans le respect des droits et des libertés. Cette charte a été réalisée par des professionnels de santé de Basse-Normandie (Réseau bas-normand santé qualité Requa) qui se sont portés volontaires. Leur travail, qui a déjà été testé en Ehpad, a abouti à une liste de dix « bonnes pratiques » en matière de bientraitance : favoriser l'écoute du patient, respecter l'intégrité physique et psychique, agir contre la douleur... La charte propose

également des méthodes pour faciliter son appropriation par les équipes. Ce document est l'un des sept outils pratiques élaborés par la Fédération des organismes régionaux d'amélioration des pratiques et des organisations (Forap), qui regroupe dix structures régionales d'évaluation, et la Haute Autorité de santé (HAS), afin de favoriser le développement de la bientraitance dans les Ehpad et les établissements de santé.

POURENSA VOIR

Retrouvez la charte et les autres outils sur le site de la HAS : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1323996/le-deploiement-de-la-bientraitance



Grand angle

SÉCURITÉ DES PATIENTS

Comment progresser ensemble ?

L'ESSENTIEL_ Semaine thématique en novembre dernier, États généraux en février et, bientôt, plan national sur la sécurité des patients : les établissements sanitaires et médico-sociaux sont, plus que jamais, appelés à se mobiliser pour la sécurité de leurs patients et résidents. En favorisant le développement d'une culture de sécurité des soins, et des outils de gestion des risques.



Le constat est indéniable : les mesures de surveillance et d'hygiène mises en œuvre dans les hôpitaux portent leurs fruits. Un plan de lutte contre les **infections nosocomiales** est appliqué dans tous les hôpitaux depuis 2002 et, depuis 2005, chaque établissement publie un tableau de bord de ces infections, sur le site Platines¹. Une étude parue en 2011 dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* confirme les avancées : 86,8 % du personnel hospitalier utilisait des solutions hydroalcooliques pour les mains

en 2009 contre 32,4 % en 2005, et une surveillance des infections du site opératoire (ISO) a été mise en place dans presque tous les blocs, alors que plus de la moitié s'en dispensait en 2003.

Le nombre de décès consécutifs à une maladie nosocomiale serait ainsi passé de 10000 environ par an dans les années 1990 à un peu plus de 4000 aujourd'hui. Pour autant, la partie est loin d'être gagnée. Présidente de l'association de défense des patients Le Lien et nouvelle présidente du Collectif interassociatif sur la santé (CISS), Claude Rambaud avertit : « Une petite minorité de professionnels, notamment certains chirurgiens, trouvent exagéré de devoir procéder à des nettoyages de mains en permanence lors des visites. De nouvelles bactéries multirésistantes (BMR) sont également apparues, en raison de l'usage excessif des antibiotiques. »

Et les infections nosocomiales ne sont pas, loin s'en faut, le seul risque encouru par les patients hospitalisés. Elles figurent parmi une longue liste d'**événements indésirables graves** qui peuvent entraîner une hospitalisation en réanimation, une nouvelle intervention chirurgicale ou, dans le pire des cas, un décès. Erreur de patient, opération du mauvais côté du corps, oubli d'un instrument dans son organisme, perforation lors d'une endoscopie, accident de radiothérapie ou encore réaction allergique aux médicaments de l'anesthésie : l'enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins (Eneis) a estimé que, en 2009, 40 % des EIG étaient évitables. Pour motiver les hôpitaux et assurer l'information des usagers, les autorités sanitaires développent progressivement des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Seize indicateurs existent à ce jour, dont sept ciblés sur la lutte contre les infections

nosocomiales et neuf sur la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient. Ces derniers ont trait à la tenue du dossier de la personne, à l'évaluation de la douleur, du risque d'escarre en HAD ou encore au dépistage des troubles nutritionnels. Chaque établissement doit mettre ses résultats à la disposition du public sur le site Platines.

La seconde édition de la Semaine de la sécurité des patients, organisée par le ministère de la Santé du 26 au 30 novembre dernier, a donné lieu à la diffusion de supports de communication sur quatre thèmes : « Bien utiliser les médicaments », « Favoriser la communication », « Soulager la douleur » et « Renforcer l'hygiène des mains ». Pas moins de 46000 affiches et 1,2 million de flyers ont été distribués dans les établissements, et l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) a créé un site dédié².

ENCOURAGER LES INITIATIVES

Sur le plan réglementaire, le décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins et sa circulaire d'application du 18 novembre 2011 visent à amplifier la démarche de gestion des risques dans les établissements de santé. Un guide de référence a été publié par la Haute Autorité de santé³. Un peu en retrait sur ces questions, le secteur médico-social est concerné par le plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins (IAS), via la circulaire interministérielle du 30 septembre 2011. Fin 2012, les Ehpad, les maisons d'accueil spécialisé (MAS) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM) devaient avoir formalisé leur document d'analyse du risque infectieux (DARI) et l'avoir intégré à leur rapport d'activité.

Pour Claude Rambaud, il faut aller encore plus loin dans l'évaluation des risques et des pratiques :

Suite page 16 →

Un EIG est un événement défavorable et grave pour le patient, entraînant une hospitalisation en réanimation, une réintervention chirurgicale, un risque vital ou un décès, et consécutif aux soins de prévention, de diagnostic ou de thérapeutique.

_TÉMOIGNAGES



Pr Bertrand Millat, coordonnateur de la gestion des risques au CHU de Montpellier

"La sécurité, un besoin professionnel"

La « culture sécurité », ce sont des croyances et valeurs partagées. Elle ne se décrète pas : elle se construit, en équipe, se nourrit du retour d'expérience et associe le patient comme coacteur de sa sécurité. La « culture sécurité » a davantage besoin de management que d'outils. Elle valorise le respect de la règle, encourage le signalement et l'analyse des erreurs, félicite l'initiative compétente face aux aléas. La sécurité doit être vécue comme un besoin professionnel. Elle n'est pas « quelque chose » en plus, c'est seulement « faire bien, la première fois ».



Dr Gwenaël Rolland-Jacob, service Hygiène hospitalière, épidémiologie, coordination des risques associés aux soins au CHIC de Cornouaille

"Donner la parole au patient"

Nos campagnes visent à sensibiliser tous les acteurs sur certains thèmes (hygiène des mains, identitovigilance, communication patients-professionnels) via une communication axée sur le graphisme, lisible par tous. La participation du patient à la sécurité des soins est possible si les professionnels lui donnent la parole, l'écoutent, lui reconnaissent un « savoir expérientiel » de sa maladie et analysent les dysfonctionnements qu'il perçoit. Les représentants des usagers sont partie prenante de ces démarches, qui impliquent un engagement fort de la gouvernance de l'établissement.



Jean-Pierre Richard, directeur du CH de Rambouillet

"Du cuivre contre les infections manuportées"

Depuis septembre 2011 et sur proposition du Lien, nous expérimentons des dispositifs de contact en cuivre dans les services de réanimation et de pédiatrie, les plus exposés aux risques nosocomiaux. Le cuivre a des qualités antibactériennes, y compris face aux bactéries multirésistantes. Poignées de porte, robinetterie, barres de lit, mains courantes, plaques de propreté nous ont été fournies par le Centre d'information du cuivre, laitons et alliages. Les résultats de l'étude d'impact sur le taux d'infections contractées dans ces services seront bientôt dévoilés.

Infection contractée dans un établissement de santé, apparaissant au moins 48 heures après l'admission.

Grand angle

Suite de la page 15 →



Extraits de la campagne de communication du CH de Cornouailles.

« Concernant les indicateurs, les scores par établissement sont des moyennes qui masquent les réalités. Il faudrait évaluer les taux d'infection parmi les patients de chaque chirurgien, à discipline égale, et créer d'autres indicateurs, comme le taux d'alimentation par sonde gastrique dans chaque Ehpad et unité de soins de longue durée. Mais ces sujets sont encore tabous », relève-t-elle.

COMMUNICATION ET PARTAGE D'EXPÉRIENCES

Dans chaque établissement, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins doit mobiliser les professionnels pour bâtir et mettre en œuvre le programme d'actions pluriannuel pour la qualité et la

sécurité des soins. Ce plan, établi par la Commission médicale d'établissement, fixe des priorités, définies à partir des évaluations a priori (audits, cartographie des processus, visites de risque) et a posteriori (signalement des EIG, revues de morbidité-mortalité, comités de retour d'expérience, surveillance épidémiologique). Ces priorités peuvent être regroupées et classées par thématique : douleur, médicaments, dispositifs invasifs, infections nosocomiales, etc.

Mais, pour que les pratiques évoluent, pour que les soignants s'approprient au mieux les protocoles de sécurité – check-list au bloc opératoire, bracelet d'identification, lavage des mains... –, ceux-ci doivent être sensibilisés à la culture de sécurité des soins. Le plan national sur la sécurité des patients, actuellement en préparation, devrait renforcer cette dimension dans la formation initiale des médecins. Des actions de formation continue associant médecins et paramédicaux se développent, notamment dans des centres de simulation. Des jeux vidéo pédagogiques (*serious games*), comme celui créé par le Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales du Sud-Ouest⁴, participent de cette logique.

Au jour le jour, la sécurité des soins passe également par une communication de qualité entre les membres de l'équipe, notamment lors des interfaces de prises en charge : changement d'équipe, transmission d'informations entre professionnels, transferts de patients. Les EIG sont souvent causés par des défauts de communication, lors de ces moments clés. L'organisation des retours d'expérience – ou « analyse collective et rétrospective des événements

LA RÉGLEMENTATION

> Circulaire DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011

en vue de l'application du décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

> Circulaire interministérielle DGCS/DGS/2011/377 du 30 septembre 2011

relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013.

indésirables qui ont entraîné ou auraient pu entraîner un dommage au patient, dans une approche pédagogique et non sanctionnante de l'erreur » – doit aussi permettre une amélioration des pratiques. Une démarche qui peut être facilitée par une enveloppe budgétaire spécifiquement dédiée à la formation aux démarches de retours d'expérience⁵.

IMPLIQUER LE PATIENT

« Les patients doivent être coacteurs de leur sécurité, bien sûr via les commissions où ils sont représentés (CRUQPC notamment) mais aussi au quotidien, dans les services de soins, où ils doivent pouvoir s'exprimer et être entendus. Aux États-Unis, il existe une démarche qui consiste à donner la parole aux patients : la campagne "Speak up" », explique Claude Rambaud.

Le CHIC de Cornouaille (Quimper-Concarneau) a mis sur cette implication des usagers pour développer trois campagnes successives de communication (voir témoignage page 15). Une campagne sur l'hygiène des mains menée en 2007 (formation de 2 100 professionnels, mini-séances de formation et affiches dans chaque chambre) s'est traduite par l'atteinte des objectifs nationaux d'utilisation des produits hydro-alcooliques et la diminution de 40 % des infections à *Staphylococcus aureus*. En 2011, une campagne sur

ÉTATS GÉNÉRAUX DU LIEN

Pertinence de la prise en charge, bactéries multirésistantes, droits à la protection de l'intégrité corporelle et droits à la réparation pour les patients seront les grands thèmes débattus au cours des États généraux des infections nosocomiales et de la sécurité du patient, organisées par l'association Le Lien et ouvertes par la ministre de la Santé.

> 14 et 15 février à la Maison de la cité internationale universitaire de Paris. Inscriptions : 01 46 99 04 45 ou v.menez@heral-pub.fr

ENVIRON

4,5 %

des séjours hospitaliers sont causés par un événement indésirable grave.

275 000 à 395 000

événements indésirables graves sont recensés chaque année (enquête Eneis, 2009).

5 %

environ des personnes hospitalisées en France sont touchées par des infections associées aux soins, qui seraient à l'origine de 4 200 décès par an (INVS, 2011).

CHECK-LIST AU BLOC : PEUT MIEUX FAIRE...

Depuis janvier 2010, dix critères doivent être vérifiés collectivement et à haute voix avant et après toute intervention : identité du patient, côté à opérer, état du matériel, nombre de compresses... Cette procédure permet, selon les études, de réduire de 30 % les complications postopératoires. Or un audit réalisé par la Haute Autorité de santé (HAS) montre que l'utilisation de cette check-list n'est pas optimale : les temps de pause avant l'anesthésie et après l'intervention sont insuffisamment respectés, de même que la formulation, à haute voix, des critères en équipe. La HAS en appelle donc à la mobilisation des CME et des conseils de bloc opératoire, et met à leur disposition différents supports : un guide pour les patients, un mode d'emploi et des supports d'autoévaluation pour les professionnels.

POURENSAVOIR⁺

www.has-sante.fr > Professionnels de santé > Accréditation des médecins.

L'identitovigilance a sensibilisé les usagers et les professionnels aux risques potentiels liés aux erreurs d'identité et à l'intérêt du port de bracelet d'identité (observance supérieure à 80 %). Cette démarche a été primée à plusieurs reprises. Enfin, une campagne commune à l'Union hospitalière de Cornouaille, territoire de santé du Sud Finistère, a été menée, fin 2012, pour favoriser la communication entre professionnels et patients, avec ce leitmotiv : « Demander, écouter, informer ». Pendant une semaine, chaque soignant a été invité à rencontrer au moins un patient, à lui remettre un flyer puis à instaurer un court dialogue sur la sécurité des soins.

1. www.platines.sante.gouv.fr

2. securitepatients.aphp.fr

3. « La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, des concepts à la pratique ». HAS, mars 2012.

4. www.cclin-sudouest.com/pages/info_seriousgame.html

5. Instruction DGOS/PF2/2012/352 du 28 septembre 2012 relative à l'organisation de retours d'expérience dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé.

POURENSAVOIR⁺

Les résultats de l'enquête Forap sur les coordonnateurs de gestion des risques associés aux soins, dans la *Revue hospitalière de France* de décembre : www.revue-hospitaliere.fr

LA FHF À VOS CÔTÉS

Bernard Gouget, conseiller santé publique

« La sécurité des soins pour les patients est une priorité sanitaire et sociale, indissociable des problématiques d'accès aux soins, de qualité et de performance. La FHF s'est mobilisée aux côtés de la HAS pour faire évoluer la certification des établissements, qui vise la sécurité et la "bienveillance" de tous les patients. Elle a contribué à la rédaction du décret de 2010 sur la gouvernance de la gestion des risques, et à la désignation d'un coordinateur de la gestion des risques associés aux soins. La FHF considère le renforcement de la place des usagers comme une priorité, et vient de créer une commission permanente des usagers du service public de santé. Celle-ci travaillera en 2013 sur l'information des patients, les missions des médiateurs et les liens avec les Commissions des relations des usagers et de la qualité des prises en charge (CRUQPC). Elle mènera également une enquête sur les attentes des usagers et de leurs représentants. »

Grand angle

Une nuit d'hôtel... à l'hôpital!

L'ESSENTIEL Un hôpital proposant une activité hôtelière à ses patients : le concept, encore marginal en France, peut surprendre. Il présente pourtant de nombreux atouts. Certains y voient même l'une des conditions de l'avenir de l'hôpital public. Découverte d'un mode de prise en charge alternatif.

Une réception, un tableau bariolé au mur. Des espaces invitant à la détente, bibliothèque et fauteuils clubs. Des chambres mansardées, décorées de photos de stars de cinéma. Nous ne sommes pas dans un « trois étoiles » classique, mais dans un hôtel... hospitalier. À l'Hôtel-Dieu (AP-HP), à Paris, quatorze chambres ont été aménagées au sixième étage, avec vue sur la cathédrale Notre-Dame. Un hébergement confortable pour des patients qui étaient en salle de réanimation quelques heures auparavant, ou qui seront soignés quelques étages plus bas le lendemain matin. Si les malades sont prioritaires, la structure est ouverte aux touristes. 62 euros la nuit pour les patients, 134 euros pour les voyageurs : Hospitel assure ainsi sa rentabilité financière, tout en offrant un service original aux patients (voir témoignage page 19). Cette formule intermédiaire entre hospitalisation et retour à domi-

cile est encore marginale en France. Outre quelques espaces parents-enfants et maisons des familles gérés par des associations, seule une poignée d'établissements dispose d'un hôtel en tant que tel, intégré dans l'établissement et cogéré par lui. C'est notamment le cas de l'Institut Gustave-Roussy, à Villejuif, en région parisienne. Plus de 70 chambres sont proposées aux patients dont les conditions de vie ne permettent pas un bon rétablissement à domicile, ou qui habitent loin et doivent subir des soins quotidiens sur une courte durée.

Un hôtel hospitalier est, bien sûr, destiné à des personnes non dépendantes et n'ayant pas besoin de soins constants. L'équipe médicale maintient une surveillance, en contrôlant l'état de santé du patient, avant et après la nuit. Celui-ci peut la contacter à tout moment en cas de problème. Si un patient a choisi l'hôtel mais que son état de santé justifie des soins poussés, il reste hospitalisé.

SE RECENTRER SUR LES SOINS

Pour l'établissement, les atouts de cette formule alternative sont nombreux : elle permet d'accélérer la rotation des chambres, voire de diminuer le parc de lits hospitaliers. « L'activité d'hébergement est extrêmement coûteuse pour un hôpital et pas toujours justifiée, estime le Pr Jean-Pierre Béthoux, chef du service de chirurgie générale, plastique et ambulatoire à l'hôpital Cochin, et qui officiait il y a peu à l'Hôtel-Dieu. Il nous faut aller dans le sens de la chirurgie ambulatoire et nous adapter à l'évolution des techniques, de moins en moins invasives. Nous devons dissocier autant que possible l'activité de soins de l'activité d'hébergement de nuit. Les économies peuvent être conséquentes : environ 1400 euros par patient! » indique-t-il.

Alain Slama, directeur du CH de Montereau et impliqué dans la reconnaissance des hôtels (voir témoignage),

Suite page 20 →

_TÉMOIGNAGES

"Je ne me sentais pas malade"



Anne Gallois,
ancienne patiente
de l'Hôtel-Dieu
(AP-HP, Paris)

J'ai été hospitalisée pour une ablation du sein en mai 2010. Lorsque le chirurgien m'a proposé de passer la nuit suivant l'opération à l'hôtel de l'hôpital, j'étais très étonnée! Au départ, l'idée d'être éloignée du lieu de soins ne me rassurait guère. Mais mon médecin m'a expliqué qu'en cas de besoin, je resterais hospitalisée. Que je pouvais, de la chambre, téléphoner à un médecin à n'importe quelle heure. Et que je serais accompagnée par un proche de mon choix. J'ai accepté. C'était une chambre d'hôtel classique, confortable. C'était amusant de croiser des touristes regardant des plans de Paris, je n'avais pas l'impression d'être malade! La nuit s'est bien passée, mais j'aurais aimé recevoir la visite d'un soignant pendant la nuit, ne serait-ce que pour prendre ma tension. J'ai aussi regretté de devoir payer moi-même ma nuit d'hébergement...



Alain Slama,
directeur du CH
de Montereau (77)

"Multiplier les expérimentations"

J'ai un projet d'hôtel hospitalier, et l'an dernier, j'ai contacté la FHF pour connaître sa position sur le sujet. Elle m'a proposé d'animer un groupe de travail, formé d'autres représentants d'établissement. Nous avons d'abord dressé un état des lieux des hôtels hospitaliers en France. Puis nous avons défini ce qu'il fallait en attendre : une proximité avec l'hôpital, pas de médicalisation... À présent, nous devons convaincre les mutuelles et la CPAM de prendre en charge les nuitées. Nous voulons aussi multiplier les expérimentations, dans les grands CH comme les hôpitaux de proximité. Ensuite, nous participerons à la rédaction d'un cahier des charges, avec la Direction générale de l'offre de soins et la Haute Autorité de santé. Ce travail sera soumis aux différentes fédérations hospitalières, à la CPAM, aux mutuelles et aux associations d'usagers.



>> Coin bureau

>> Vues d'Hospitel, à l'Hôtel-Dieu, dans le quatrième arrondissement parisien.



>> Réception



>> Bibliothèque



>> Couloir



>> Chambre double

_3 QUESTIONS À...



Jacques TOUZARD, directeur adjoint des hôpitaux de Saint-Maurice (94), blogueur et auteur d'un mémoire sur ces nouvelles structures.

Suite de la page 19 →

« Nous devons dissocier autant que possible l'activité de soins de l'activité d'hébergement de nuit. »

Pr Jean-Pierre Béthoux

estime que le nombre de lits peut être réduit de 10 à 25 %. « L'établissement peut ainsi se recentrer sur son plateau technique et ses missions prioritaires. De plus, le besoin en personnel la nuit et le week-end est réduit, et les conditions de travail des soignants sont améliorées. »

UN CONFORT... ONÉREUX

Cela ne risque-t-il pas de jouer sur la qualité de la prise en charge ? « La sécurité du patient reste la priorité, prévient le Pr Béthoux. Cela oblige simplement les équipes à être encore plus vigilantes. » Cela implique aussi une organisation très pointue du parcours de soins du malade, en amont et en aval de l'hospitalisation, pour que certains actes soient externalisés auprès d'autres professionnels de santé...

Quoi qu'il en soit, un patient dormant à l'hôtel a moins de risque de contracter une infection nosocomiale. Loger dans une chambre « cosy », loin de la médicalisation, peut être aussi apaisant, d'autant plus que les personnes sont, généralement, accompagnées toute la nuit par un proche. La qualité de repos est également mise en avant, les chambres d'hôtel étant souvent plus calmes et confortables que l'hôpital – et les repas, plus raffinés. Seul problème : la nuitée n'est pas remboursée par la Sécurité sociale ni – sauf exceptions – par les mutuelles.

ENCOURAGER LES EXPÉRIMENTATIONS

La FHF a donc décidé de se positionner sur le sujet. Son délégué général, Gérard Vincent, avait déjà, lorsqu'il dirigeait l'Hôtel-Dieu dans les années 1980, suscité la création de l'actuel Hôpital. Lors de l'élaboration du projet de loi du Plan de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2013, la FHF a ainsi souligné l'importance d'encourager les expérimentations : « La formule de l'hôtel hospitalier assure un service d'hébergement à un coût inférieur à une nuitée hospitalière, tout en évitant aux patients des déplacements coûteux et astreignants. Elle se heurte toutefois à une limite tenant à son absence de reconnaissance et de financement. » Son projet

Comment la France se situe-t-elle par rapport aux autres pays ?

Les États-Unis ont été les précurseurs dans les années 1970. Depuis, on y trouve des hôtels hospitaliers un peu partout. Les pays scandinaves mènent de nombreuses expériences d'alternatives à l'hospitalisation complète, comme ces maisons de naissance qui proposent un accueil confortable aux jeunes mamans après accouchement. Même en Chine, où il n'existe qu'une sécurité sociale sommaire, la construction d'un hôpital universitaire s'accompagne souvent de celle d'un hôtel... En France, nous en sommes encore aux prémices. Nous cherchons à offrir les meilleurs soins, mais pas forcément le meilleur hébergement.

Quels sont les freins ?

Il y a parfois une vision très parisienne des choses, qui laisse croire que tous les patients habitent en ville et peuvent se rendre facilement à l'hôpital et en sortir le soir... Mais, en zone rurale, il faut parfois faire 50 km pour atteindre l'établissement qui pourra vous soigner. Alors, on fait des hébergements de confort pour dépanner les patients, ce qui n'est

pas efficient et coûte cher. De nombreux médecins sont sceptiques, aussi, car ils craignent – à tort – que cela conduise à une médecine *low cost*. Les directeurs d'établissement, eux, ont toujours été intéressés par le sujet, mais ils étaient freinés par le retard de la chirurgie ambulatoire dans notre pays et par l'absence de volonté de l'Assurance maladie sur le sujet. Néanmoins, depuis quelques années, je sens un regain d'intérêt de la part de tous les acteurs.

Sur quoi les hôpitaux français peuvent-ils s'appuyer ?

Certains établissements – tels l'AP-HP (Paris), l'AP-HM (Marseille) ou les Hospices civils de Lyon – disposent d'un patrimoine énorme, souvent désuet, parfois classé aux Monuments historiques. Ils ont rarement les moyens de l'entretenir et ne peuvent l'aménager pour le soin. Il faut se poser la question de la reconversion de ce patrimoine. Au lieu de le vendre au privé ou d'en faire des musées, nous pouvons le dédier à des hôtels, des maisons de santé, des structures médico-sociales... C'est là un enjeu essentiel pour la modernisation de l'hôpital public.

d'amendement n'a pu être discuté du fait du rejet du volet recettes, mais ses ambitions restent valables, notamment via le groupe de travail qu'elle a contribué à mettre en place (voir témoignage page 19). Elle espère ainsi, avec ses partenaires, trouver un accord avec l'Assurance maladie et les mutuelles pour permettre le remboursement de ce mode de prise en charge original. L'argument est simple : après une nécessaire phase d'investissements, la construction d'hôtels hospitaliers engendrerait au final une baisse des dépenses, pour tous les acteurs.

1. D'après une étude réalisée à l'Hôtel-Dieu auprès de 78 patients entre janvier 2010 et décembre 2011.

+ d'interactions

AGENDA



4 ET 5 AVRIL, MAISON DES ASSOCIATIONS DE SOLIDARITÉ, PARIS

LES RENCONTRES DE LA COMMUNICATION HOSPITALIÈRE

La thématique « fil rouge » de cette édition est « La communication hospitalière à l'épreuve des crises ». Pour la première fois, un parcours spécifique sera proposé aux praticiens hospitaliers, chefs de pôle et présidents de CME.

Programme : www.fhf.fr > Dossiers > Communication > Événements.
Inscriptions : www.sphconseil.fr



28 AU 30 MAI, PORTE DE VERSAILLES, PARIS

SALONS DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE

Manifestation unique en France regroupant les salons HospitalExpo, GerontExpo-HandicapExpo et HitParis. Le thème central des conférences sera « Les territoires de santé, les inégalités de santé et les enjeux de l'autonomie ».

Préprogramme disponible sur www.fhf.fr > Dossiers > Communication > Événements.

12 FÉVRIER, FHF, PARIS (14^E)

« RÉSEAUX SOCIAUX ET ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ »

Ce séminaire-action vise à :

- mieux appréhender les réseaux sociaux ;
- identifier les enjeux, opportunités et menaces des réseaux sociaux ;
- détecter les usages potentiels des réseaux sociaux pour votre établissement ;
- optimiser votre e-réputation.

Inscriptions : www.sphconseil.fr



GUIDE

2012 : LE TÉLÉTHON DE TOUS LES DÉFIS !



Le Téléthon 2012 s'est achevé le 8 décembre sur un compteur de 81 065 239 euros. Merci de votre participation et de votre générosité ! Votre élan de solidarité peut encore se poursuivre sur : <https://don.telethon.fr/>

En faisant un don par Internet, vous donnez 1 euro de plus pour la recherche !

Et n'oubliez pas que 66 % du montant de votre don seront déduits de vos impôts. Par exemple, si vous faites un don de 50 euros, vous n'aurez au final dépensé que 17 euros.

DESSINEZ POUR LA FHF !

La FHF lance un concours de réalisation de cartes de vœux pour l'année 2014. Il est ouvert aux résidents d'Ehpad, d'établissements médico-sociaux pour adultes et enfants handicapés et aux patients d'USLD. L'illustration que vous nous proposerez doit évoquer le monde de la santé et refléter l'esprit et les valeurs de la FHF.

> Concours ouvert jusqu'au 15 mars 2013. Les conditions de participation et la fiche d'inscription sont téléchargeables sur www.fhf.fr > Dossiers > Communication > Concours et prix.

+ d'interactions

Suite guide →

ENFANTS À L'HÔPITAL... QUE DIT LA LOI?



Élabore par Apache en collaboration avec l'Unapecl et le Cofrade, grâce au soutien de la Fondation MACSF, le site droits-enfant-hopital.fr met à la disposition des professionnels de la santé, des associations et des familles des informations sur les textes légaux et les documents utiles dans le

cas de l'hospitalisation d'un enfant.

Ce site permet :

- de mieux comprendre les très nombreux textes qui concernent les enfants hospitalisés ;
- de savoir les utiliser dans l'intérêt des enfants malades ;
- de répondre aux questions que se posent les familles.

À LIRE DANS LA "REVUE HOSPITALIÈRE DE FRANCE"



Le numéro de décembre de la *Revue hospitalière de France* présente deux dossiers : les actes des premières rencontres RH en santé et la qualité de vie au travail. À lire aussi : les responsabilités juridiques en télémédecine, le parcours de soins et la coopération, la création d'un centre soins-études psychiatrique, la médecine

de l'incurable, le partenariat GPMC entre l'ANFH et l'ARS Haute-Normandie.

POURENSAVOIR
www.revue-hospitaliere.fr
(accès intégral pour nos abonnés)

EUROPE/INTERNATIONAL

SANTÉ ET CONSTRUCTION EUROPÉENNES

La Maison de l'Europe de Nantes organisait, le 17 novembre dernier, sa troisième édition de la manifestation « Vivre l'Europe », consacrée au thème des questions de santé en Europe. Vous pouvez retrouver l'ensemble des débats autour de la diversité des systèmes de santé et de leur place dans la construction européenne grâce aux podcasts mis en ligne sur le site de l'événement.

POURENSAVOIR
www.vivreleurope.eu/podcasts-et-power-points/



LES MALADIES RARES EN EUROPE

Le rapport 2012 sur l'état des activités des maladies rares en Europe par le comité d'experts de l'Union européenne (UE) sur les maladies rares vient d'être publié. Il donne un aperçu informatif et descriptif des activités liées à ces maladies et des médicaments orphelins dans les États membres de l'UE jusqu'à la fin 2011.

POURENSAVOIR
ec.europa.eu/health/rare_diseases/publications/index_en.htm

LA BOÎTE À OUTILS DE L'OMS

Le 28 juin 2012, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a lancé sa boîte à outils « QualityRights ». Celle-ci liste les droits de l'homme devant être respectés dans toutes les organisations de soins de santé mentale et sociale.

POURENSAVOIR
www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/qrs_tool_kit_launch/en/index.html

OSLO 2013 : INNOVATION À L'HÔPITAL

Le congrès de la Fédération internationale des hôpitaux (FIH), qui se tiendra à Oslo du 18 au 20 juin prochain, sera consacré à l'impact des nouvelles technologies sur l'architecture et l'organisation des soins. Il fournira une opportunité unique à tous les participants – directeurs d'hôpital, médecins, cadres – de découvrir les expériences internationales les plus marquantes en la matière, les principales innovations industrielles, et de participer à des visites sur site (Bergen, Trondheim et Spitzberg). La FHF est partenaire de cet événement, dont elle organise une session.

POURENSAVOIR
www.oslo2013.no

RENCONTRES
DE LA COMMUNICATION
HOSPITALIÈRE 2013

Paris, les 4 et 5 avril 2013
MAS
18, rue des Terres au curé
75013 Paris

La communication hospitalière à l'épreuve des crises

Une session plénière et des parcours thématiques en ateliers

Assistez également aux prix de la Communication 2013

Renseignements sur www.fhf.fr > rubrique Communication
Inscription sur www.sphconseil.fr

Un évènement :



En partenariat avec :



PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE



Qui accompagne tous les professionnels
de la santé tout au long de leur vie ?

Notre engagement, c'est vous.



3233* ou
macsf.fr

RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE PROTECTION JURIDIQUE - EPARGNE RETRAITE
PREVOYANCE - SANTE - LOCAL PROFESSIONNEL - HABITATION - AUTO - FINANCEMENT

* Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.

12 330 - alleurs EXACTEMENT