

Page\_07

## Offre de soins

Un plan d'action en faveur  
des traumatisés crâniens  
et blessés médullaires /

Page\_14

## Grand angle

Coordination ville-hôpital :  
des solutions innovantes /

Page\_21

## + d'interactions

Les Prix 2012 de la  
communication hospitalière /

# INTERACTIONS

LE MAGAZINE D'ACTUALITÉ DE LA FHF

# #8

Mai 2012

Page\_17

## Grand angle

Recrutement :  
comment séduire  
les personnels  
soignants ?



“Pour des traitements innovants”

**L'hôpital public,**  
on a toutes les raisons **pour** le choisir.



“Pour allier  
recherche et soins”

À la pointe du progrès médical, l'hôpital public joue un rôle majeur dans les protocoles de recherche et l'essor des technologies du futur. Aujourd'hui, les 132 centres de référence sur les maladies rares se trouvent dans des Centres Hospitaliers Universitaires qui, en 50 ans, ont effectué 78 premières mondiales. **Autant de raisons pour choisir l'hôpital public.**

[www.hopital.fr](http://www.hopital.fr)

## LE RECRUTEMENT, ENJEU MAJEUR DES PROCHAINES ANNÉES



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

En consacrant nos sixièmes Rencontres de la communication hospitalière aux nouveaux enjeux du recrutement, nous poursuivons plusieurs objectifs. Le premier est bien entendu de rappeler l'importance de cette problématique, alors que 120 000 agents de la fonction publique hospitalière doivent partir en retraite au cours des cinq prochaines années. Il s'agit d'un enjeu stratégique pour toute entreprise ou institution, peut-être davantage dans les établissements sanitaires ou médico-sociaux. Peu d'entreprises humaines sont en effet autant liées que la nôtre à la capacité à attirer les compétences. En outre, aux besoins liés aux départs en retraite, il faut ajouter ceux, nouveaux, liés à la création de structures SSR ou HAD et à la médicalisation des unités de gériatrie. Le deuxième est de montrer les initiatives nouvelles qui sont prises pour mieux faire connaître nos établissements, par exemple en utilisant les ressources des médias sociaux. Comme souvent, c'est sur le terrain que s'imaginent les solutions

de demain, et il nous revient de mettre en avant les expériences les plus stimulantes afin qu'elles puissent être capitalisées pour construire une véritable stratégie de renforcement de l'attractivité de nos différents métiers. Ce que, par exemple, l'armée de terre a su bâtir à la faveur de la professionnalisation doit être analysé, si nous voulons demain continuer à attirer les talents, malgré la concurrence du secteur privé. Enfin, l'enjeu du recrutement est indissociable de la notion d'« image de marque », qui est par nature un bien collectif. C'est bien à l'échelle nationale que nous devons, comme nous l'avons fait avec la campagne de promotion du métier de médecin hospitalier, développer des argumentaires, mobiliser les acteurs, construire une image qui sera celle de l'ensemble du service public hospitalier. Quelles que soient les différences entre nos différents établissements, il nous faut cultiver ce qui nous rassemble pour valoriser nos métiers, et pouvoir ainsi répondre aux attentes des Français.

## SOMMAIRE



### Plus loin avec la FHF

- /04\_Médico-social
- /05\_Médical
- /06\_Offre de soins
- /08\_RH
- /10\_Finances / Europe



### Décryptage

- /11\_Les espaces de rencontres et d'information

### Initiatives

- /12\_Une plate-forme pour retrouver son autonomie

### Grand angle

- /14\_Coordination ville-hôpital: des solutions innovantes
- /17\_Comment séduire les personnels soignants ?



### + d'interactions

- /20\_Agenda
- /21\_Le Guide

# Plus loin avec la FHF

## MÉDICO-SOCIAL

### TVA: LE POINT SUR LES NOUVEAUX TAUX

**L'ESSENTIEL\_** La loi de finances pour 2012, adoptée le 28 décembre 2011, introduit des modifications quant aux taux de TVA applicables. La FHF rappelle la réglementation concernant les établissements pour personnes âgées et handicapées.



**L'**article 278-0 du code général des impôts (CGI) dispose que la TVA est perçue au taux réduit de 5,5 % en ce qui concerne « la fourniture de logement et de nourriture dans les maisons de retraite et les établissements accueillant des personnes handicapées. Ce taux s'applique également aux prestations exclusivement liées, d'une part, à l'état de dépendance des personnes âgées et, d'autre part, aux besoins d'aide des personnes handicapées, hébergées dans ces établissements et qui sont dans l'incapacité d'accomplir les gestes essentiels de la vie quotidienne. »

Par ailleurs, en application de l'article 278 sexies 8° du CGI, la TVA est perçue au taux réduit de 7 % en ce qui concerne « les livraisons de locaux aux établissements mentionnés aux 6° et 7° de l'article L. 312-1 du CASF [c'est-à-dire aux établissements et services qui accueillent des personnes âgées, des personnes adultes handicapées ou atteintes

*de pathologies chroniques...] agissant sans but lucratif et dont la gestion est désintéressée, lorsqu'ils hébergent des personnes handicapées, ou des personnes âgées [...], et que ces locaux font l'objet d'une convention entre le propriétaire ou le gestionnaire des locaux et le représentant de l'État dans le département ».*

#### 7 % POUR LES TRAVAUX

Les travaux d'amélioration, de transformation, d'aménagement et d'entretien portant sur des locaux à usage d'habitation achevés depuis plus de deux ans sont soumis à un taux réduit de TVA de 7 % (article 279-0 du CGI), « à l'exception de la part correspondant à la fourniture d'équipements ménagers ou mobiliers ou à l'acquisition de gros équipements fournis dans le cadre de travaux d'installation ou de remplacement du système de chauffage, des ascenseurs, de l'installation sanitaire ou de système de climatisation ».

La Direction générale des impôts considère que, dès lors que les établissements sociaux ou médico-sociaux accueillent des personnes dont la durée moyenne de séjour est supérieure à un mois, ils sont assimilés à des locaux à usage d'habitation. Le CGI vise donc expressément :

- la fourniture de logement et de nourriture dans les maisons de retraite et les établissements accueillant des personnes handicapées : 5,5 % de TVA ;
- les livraisons de locaux aux établissements accueillant des personnes âgées, des personnes adultes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques : 7 % de TVA ;
- les travaux d'amélioration ou de transformation réalisés sur des locaux à usage d'habitation achevés depuis plus de deux ans (sauf exceptions de l'article 279-0 CGI) : 7 % de TVA.

#### NOUVEL ACCORD AVEC LA SACEM



Jusqu'à présent, le protocole d'accord signé entre la FHF et la Société des auteurs, compositeurs et éditeurs de musique (Sacem) ne s'appliquait pas aux diffusions musicales et/ou audiovisuelles données dans les chambres des établissements sociaux et médico-sociaux. Ce protocole d'accord, datant du 14 décembre 2001, vise à une réduction des cotisations annuelles versées par les établissements publics à la Sacem, au titre des droits des auteurs compositeurs. Les diffusions réalisées dans les chambres des établissements sociaux et médico-sociaux étaient donc intégralement facturées aux établissements.

La FHF a donc conclu avec la Sacem, en février 2012, un avenant à ce protocole d'accord qui en étend le bénéfice aux diffusions réalisées dans les chambres des établissements sociaux et médico-sociaux. En conséquence, l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux adhérant à la FHF bénéficient désormais des réductions négociées avec la Sacem dans le cadre du protocole d'accord.

#### POUR EN SAVOIR +

[www.fhf.fr](http://www.fhf.fr) > Dossiers > Vieillesse - handicap

#### AIDE À L'INVESTISSEMENT 2012 POUR LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

50 millions d'euros d'aide à l'investissement seront délégués par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en 2012 aux établissements et services médico-sociaux dont :

- 20 millions pour les pôles d'activité et de soins adaptés (Pasa) ;
- 15 millions pour la poursuite des opérations de modernisation ou de restructuration d'Ehpad habilités à l'aide sociale et la création de places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour pour les malades d'Alzheimer ;
- 15 millions pour la poursuite des opérations de modernisation ou de restructuration d'établissements pour personnes handicapées et la création de places en maison d'accueil spécialisée (MAS) et en foyer d'accueil médicalisé (FAM) et la création de places en établissements pour enfants handicapés.

## MÉDICAL

## L'HYPNOSE EN ÉTUDE ET EN PRATIQUE AU CHU D'ANGERS

**L'ESSENTIEL\_** La pratique de l'hypnose gagne du terrain à l'hôpital. Au CHU d'Angers, elle est utilisée comme alternative à l'anesthésie générale en gynécologie.



**S'**imaginer sur une plage de sable chaud, ressentir les sensations de bien-être qui y sont associées pendant une coloscopie ou une ponction lombaire... L'hypnose, qui provoque une disparition de la notion précise du temps et une modification du tonus musculaire, permet d'éviter ou de diminuer le recours aux produits anesthésiants et de soulager la douleur pendant l'opération. Depuis 2009, au CHU d'Angers, la transe hypnotique, avec ou sans anesthésie locale, représente ainsi une réelle alternative à l'anesthésie générale pour cer-

taines interventions en gynécologie ambulatoire. « *Les patients nous disent merci. Loin d'être un endormissement, l'hypnose engendre une hyperactivité du cerveau qui rend les patients acteurs. Lors des FIV, de meilleurs résultats sont attendus; une étude est actuellement en cours* », explique Laure Coeffard, l'une des deux premières infirmières anesthésistes de l'établissement formées à l'hypnose.

Ils sont maintenant une centaine de soignants, médecins et infirmiers, à avoir suivi la formation. Et les sessions sont déjà pleines jusqu'en 2017. Coordinatrice générale des soins, Marie-Claude Lefort mène, dans le cadre du programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP), une étude sur l'impact de l'hypnose sur le soulagement de la douleur induite par les pansements en ambulatoire après les interventions en gynécologie (abcès, bartholinite ou lymphocèle). Les résultats, attendus pour 2014, pourraient permettre de démontrer l'efficacité de l'hypnose dans la prévention de la douleur et l'anxiété, d'améliorer la prise en charge de la douleur lors de pansements, et de diminuer le recours au MEOPA (mélange d'oxygène et de protoxyde d'azote habituellement employé dans ces indications en auto-inhalation au masque), afin de limiter les effets secondaires associés à son utilisation.

## DIAGNOSTIQUER L'AVC À DISTANCE

**L**es centres hospitaliers de Lens, Maubeuge et Valenciennes (Nord-Pas-de-Calais) misent sur la télé-médecine pour améliorer la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC), troisième cause de décès en France. Le dispositif « Télé-AVC Artois-Hainaut » permet aux urgentistes des trois hôpitaux de solliciter, à distance, l'avis d'un neurologue de garde pour traiter des patients victimes de thrombose céré-

brale, forme la plus courante d'AVC. Le neurologue, qui n'est donc pas forcément dans le même hôpital que l'urgentiste, examine le patient grâce à une caméra haute définition pilotable, et décide s'il faut ou non pratiquer un acte de thrombolyse. En cas de difficulté, il assiste également l'urgentiste, toujours à distance.

Lancé en juin 2011, le dispositif s'étend : l'hôpital de Cambrai a rejoint le réseau en avril, bientôt imité par d'autres établissements de

santé. À l'horizon 2015, une quinzaine d'hôpitaux seront concernés, notamment ceux qui ne disposent pas d'unité neuro-vasculaire, pourtant indispensable pour traiter les thromboses cérébrales. L'avantage ? Offrir le même accès aux soins à tous les patients, en particulier dans le sud de la région, où le manque de neurologues ne permet pas d'assurer une présence continue. En France, le ministère de la Santé recense 256 projets de télé-médecine, dont la moitié déjà opérationnels.

# Plus loin avec la FHF

## OFFRE DE SOINS

### LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : ZOOM SUR L'ARTICLE 57

**L'ESSENTIEL** L'article 57 de la loi de financement de la sécurité sociale 2012 introduit un enjeu majeur : les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) devront fixer « des objectifs établis à partir d'indicateurs de performance relatifs aux conditions de gestion des établissements de santé (ES), de prise en charge des patients et d'adaptation aux évolutions du système de santé ».

La liste de ces indicateurs et de leurs caractéristiques est fixée par décret après consultation de la HAS<sup>1</sup>, de l'Anap<sup>2</sup> et des fédérations hospitalières. Les résultats obtenus sont publiés chaque année par les ES. En cas d'absence de publicité des résultats ou lorsque les objectifs fixés n'ont pas été atteints, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) peut appliquer des pénalités financières. Lorsque les objectifs ont été atteints ou dépassés, celui-ci peut décider du versement d'une contrepartie financière. Dans le cadre de la concertation sur les décrets d'application de cette disposition législative, la FHF tient, en accord avec les conférences de directeurs et de présidents de CME des CHU et des centres hospitaliers généraux, à rappeler les principes suivants :

#### 1 LE DÉCRET DOIT PRIVILÉGIER LE DIALOGUE ARS/ES.

L'ARS et l'établissement feront le choix concerté d'indicateurs parmi les 68 indicateurs Hospi Diag<sup>3</sup>, en adéquation avec les enjeux de l'ES dans le cadre du dialogue instauré pour l'élaboration des CPOM. Ce dialogue portera sur la définition des niveaux cibles à atteindre et des taux de progression attendus dans le cadre de la concertation. La prise en compte de la catégorie d'établissement est indispensable.

La FHF rejette avec fermeté toute approche de type classement ou palmarès, les données et indicateurs devant s'inscrire dans un dialogue de gestion spécifique avec l'ARS.

#### 2 LA PERFORMANCE DOIT ÊTRE DÉFINIE AU REGARD DES MISSIONS DES ÉTABLISSEMENTS.

Les indicateurs doivent être conçus en fonction de la structure de l'activité d'un établissement de santé (case-mix), ses missions étant aujourd'hui variables selon leur statut et leur catégorie.

Les missions dévolues à l'ES conditionnent les objectifs définis qui, confrontés aux moyens et aux résultats, permettront de définir un niveau de performance. La situation particulière de chaque ES doit être intégrée (nombre de sites, travaux en cours...). Les approches quantitatives pourront ainsi être doublées d'un regard plus qualitatif.

#### 3 LES MODALITÉS DE COMPARABILITÉ DOIVENT ÊTRE GARANTIES EN AMONT.

L'objectif de diffusion des indicateurs au grand public suppose de définir les modalités de comparabilité. La DGOS et la DSS ont proposé, dans le projet de décret, de retenir trois indicateurs répondant aux champs de performance définis par l'article 57 : conditions de gestion de l'ES, de prise en charge

des patients et d'adaptation aux évolutions du système de santé.

Deux des indicateurs initialement proposés, à savoir le taux de chirurgie ambulatoire et les indices de coût relatif (ICR) par salle d'intervention, ne peuvent être retenus. En effet, ils sont dépendants de la nature de l'activité chirurgicale, mais aussi des missions de l'ES, notamment sur la réponse à l'urgence, et donc la production d'une activité non programmée qui impose des contraintes particulières. De fait, étant centrés sur la chirurgie, ils excluent un nombre important d'ES représentant 60 % de l'activité hospitalière. Les trois indicateurs proposés à l'issue de la première réunion de concertation sont le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, les indicateurs généralisés d'infections nosocomiales et l'IP-DMS. La FHF demande que l'indicateur de DMS soit totalement redressé du case-mix afin de garantir sa pertinence en termes de mesure de la performance.

1. HAS : Haute Autorité de santé

2. Anap : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

3. Hospi Diag est un outil de l'Anap visant à élaborer et à diffuser des recommandations et outils permettant aux ES d'accroître leur performance. L'Anap met ainsi à disposition 68 indicateurs sur 5 axes d'analyse (activité, qualité, organisation, RH et finance).



#### LA FHF À VOS CÔTÉS

S'il est souhaitable que l'autonomie et la responsabilisation des acteurs prévalent dans la mise en œuvre des objectifs de performance, la FHF rappelle qu'il est nécessaire que des principes soient définis pour les modalités de calcul et de mise en œuvre de l'intéressement : plafond pour l'intéressement positif ; proportionnalité entre le montant accordé et l'atteinte des objectifs ou les « manquements » ; origine des crédits.

La FHF souligne qu'il est indispensable que cette démarche soit limitée de façon explicite à l'intéressement externe.

# UN PLAN D'ACTION EN FAVEUR DES TRAUMATISÉS CRÂNIENS ET BLESSÉS MÉDULLAIRES

**L'ESSENTIEL\_** Le programme d'actions 2012 en faveur des traumatisés crâniens et des blessés médullaires a été présenté par les précédentes secrétaires d'État Nora Berra (Santé) et Marie-Anne Montchamp (Solidarité et cohésion sociale). Quels sont ses objectifs ?

**E**n France, chaque année, 155 000 personnes sont prises en charge à l'hôpital pour un traumatisme crânien (TC), dont 8 500 pour un TC grave avec séquelles invalidantes. Le plan d'action vise à assurer une prise en charge de qualité pour les traumatisés crâniens et les blessés médullaires (personnes dont la moelle épinière est atteinte). Il est doté de 3,13 millions d'euros et répond à trois objectifs : prévenir et protéger ; généraliser les dispositifs propres à assurer la qualité, la pertinence, la continuité et la sécurité des soins, des prises en charge et de l'accompagnement ; sécuriser le retour et le maintien en milieu de vie ordinaire. Voici les actions prévues :

→ Pour l'offre de soins :

- identifier par région les carences de l'offre hospitalière tout au long de la filière de prise en charge sanitaire : médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), unités post-coma, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités

dédiées aux états végétatifs chroniques et états pauci-relationnels (EVC-EPR) ;

- mettre en place des consultations de suivi systématisées et multidisciplinaires ;

- étudier les modalités de prise en charge de l'éveil post-coma. Pour mémoire, les SSR post-réanimation ne sont actuellement encadrés par aucun texte ;

- étudier la prise en charge des patients EVC-EPR ;

- définir une activité de soins consacrée à la prise en charge des patients nécessitant des soins hospitaliers de longue durée (SLD), indépendamment de l'âge.

→ Pour l'offre médico-sociale :

- définir les réponses adaptées aux personnes TC avec troubles sévères du comportement, actuellement non prises en charge dans les Ehpad et dans les structures de type maisons d'accueil spécialisées et foyers d'accueil médicalisés, en raison de la lourdeur de leurs troubles et de l'inadéquation des moyens ;

- achever le maillage territorial des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) et des unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation socioprofessionnelle (Ueros) qui jouent un rôle pivot dans la coordination des parcours de vie et de santé ;

- étendre à 40 groupes d'entraide mutuelle supplémentaires la possibilité d'accompagner des personnes TC ou cérébro-lésées.

**POURENSAVOIR** 

Télécharger le programme d'actions sur [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr) > Dossiers > Vieillesse - handicap



Nora Berra et Marie-Anne Montchamp lors de la signature du plan d'action, le 8 février dernier.

© Ministère des solidarités/DICOM/JM Heidinger/SIPA PRESS

## PLAN PARKINSON : DES CENTRES RÉGIONAUX D'EXPERTISE

Les manifestations organisées, le 11 avril dernier, à l'occasion de la Journée mondiale de la maladie de Parkinson, ont montré combien les associations de malades se battent pour faire sortir cette maladie de l'ombre et pour que soit amélioré le sort des patients. Alors qu'ils sont environ 140 000 en France, malgré la lourdeur

et la gravité de leur pathologie, deuxième maladie neuro-dégénérative du pays, ceux-ci se sentent oubliés.

Mais, deux ans après la remise d'un *Livre blanc des associations aux pouvoirs publics*, la cause « Parkinson », appuyée par les élus et les professionnels de santé, vient d'être enfin reconnue comme une priorité

de santé publique. Un plan national d'action 2012-2014 a été lancé, dont le projet phare concerne la restructuration de l'offre de soins à partir de la mise en place de centres régionaux Parkinson (dans 24 CHU).

**POURENSAVOIR** 

[www.franceparkinson.fr](http://www.franceparkinson.fr)

# Plus loin avec la FHF

RH

## ENTRETIEN INDIVIDUEL : VERS UNE GESTION DES COMPÉTENCES

**L'ESSENTIEL** Désormais, les agents de la fonction publique hospitalière peuvent bénéficier, à titre expérimental, d'un entretien annuel d'évaluation. Le point sur les modalités de mise en place de ce dispositif.

L'expérimentation de l'entretien professionnel dans la fonction publique hospitalière (FPH) a été inscrite à l'article 65-1 de la loi du 9 janvier 1986. Le cadre de cette expérimentation est défini par le décret et l'arrêté du 29 septembre 2010<sup>1</sup>. La circulaire du 12 janvier 2012<sup>2</sup> est venue apporter des précisions complémentaires. Ainsi, après avis du comité technique d'établissement, l'autorité investie du pouvoir de nomination décide de la date de mise en œuvre et du champ d'application de l'expérimentation à l'hôpital. En effet, cette expérimentation peut concerner l'ensemble ou une partie d'une catégorie et des personnels. Il convient donc de bien déterminer les corps et catégories de personnels concernés. Outre les fonctionnaires, sont concernés les agents contractuels employés à durée indéterminée dans les établissements de la FPH (à condition qu'ils soient présents dans l'établissement depuis six mois), à l'exception des personnels de direction et des directeurs de soins.

La réussite de l'expérimentation dépend de la mise en place de ces paramètres et de l'information donnée à l'ensemble des personnels sur l'objectif, les modalités et le sens de cette expérimentation. Chaque agent doit avoir connaissance de son évaluateur, et une formation des évaluateurs et des évalués est fortement souhaitable.

Huit jours avant la date fixée pour son entretien d'éva-



uation, un support d'évaluation doit être remis à l'agent, en même temps que sa convocation. L'entretien professionnel annuel a pour finalité l'évaluation, par le supérieur hiérarchique direct, des résultats professionnels de l'agent, au travers d'objectifs définis et de compétences établies au cours de l'année écoulée, et ce en rapport avec les moyens mis à la disposition de l'agent. Il s'agit, avant tout, d'un temps de dialogue et d'échanges qui permet également de fixer les objectifs de l'année à venir, d'évoquer les besoins de formation et l'évolution professionnelle de l'agent. Les objectifs sont individuels et collectifs, en lien avec la structure d'appartenance et ne peuvent être supérieurs à quatre.

### LE COMPTE RENDU D'ÉVALUATION

Le supérieur hiérarchique direct rédige, date et signe le compte rendu d'évaluation qui doit permettre d'apprécier, en termes qualitatifs, la valeur professionnelle de l'agent. Ce document est également visé par l'autorité investie du pouvoir de nomination et transmis à l'agent, qui en prend connaissance et le signe. Celui-ci peut faire des observations et, si nécessaire, demander la révision du compte rendu.

La mise en œuvre de l'entretien professionnel annuel implique que l'autorité investie du pouvoir de nomination s'appuie sur les comptes rendus d'évaluation, en lieu et place de la notation, pour distinguer les personnels les plus méritants en vue des avancements d'échelon réduits et du calcul de la prime de service.



### LA FHF À VOS CÔTÉS

La FHF est favorable à la mise en œuvre de l'entretien professionnel qui permet d'impulser une gestion dynamique des ressources humaines : substitution d'un système traditionnel de notation par un dispositif d'évaluation permettant une meilleure prise en compte des compétences. Ce dispositif va permettre de remotiver les personnels, de donner du sens à l'évaluation et de mobiliser tous les acteurs, autour des performances individuelles et collectives.

La FHF soutient l'engagement des établissements dans l'expérimentation de l'entretien professionnel, qui offre la possibilité d'une mise en œuvre progressive de ce dispositif, permettant ainsi aux différents acteurs de s'en approprier les modalités et d'affiner chaque année son application.

1. Décret n° 2010-1153 du 29 septembre 2010

2. Circulaire n° DGOS/RH4/2012/14 du 12 janvier 2012

## RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUR LES COMPTES ÉPARGNE TEMPS

**L**a FHF a réalisé, fin 2011, une enquête auprès de tous ses adhérents, afin de disposer d'éléments fiables sur la situation des comptes épargne temps (CET) des personnels médicaux et non médicaux au 31 décembre 2010. Par cette enquête, la FHF souhaitait ainsi connaître précisément le pourcentage d'agents titulaires d'un CET, le nombre de jours inscrits sur ces CET, ainsi que les montants des provisions inscrits à ce titre sur les comptes des établissements.

Parmi les nombreux établissements de santé qui ont bien voulu participer – la FHF les remercie vivement –, 201 réponses ont été considérées comme exploitables. Cela représente 47,3 % des effectifs non médicaux de la fonction publique hospitalière et 52,3 % des effectifs médicaux. Cela représentait une base solide pour réaliser une extrapolation correcte de cet échantillon.

### PERSONNELS MÉDICAUX : 41,9 JOURS EN MOYENNE

Il ressort de cette enquête que 17,2 % (mini : 3 % ; maxi : 59,1 %) des personnels non médicaux, soit environ 154 000 agents, disposent d'un CET, sur lequel sont enregistrés en moyenne 24,2 jours (mini : 3,4 ; maxi : 55,1). Le pourcentage correspondant aux personnels médicaux est beaucoup plus important puisqu'il atteint 56 % (mini : 14,5 % ; maxi : 97,9 %) de praticiens titulaires d'un CET, soit environ 52 000 médecins, avec un nombre moyen de 41,9 jours (mini : 4,95 ; maxi : 88,89).

Les éléments à considérer vis-à-vis des écarts que peuvent présenter certains établissements relèvent essentiellement de la politique de gestion du temps de travail interne à chaque hôpital, auxquels sont à relier les modalités de l'accord local RTT, le pourcentage des agents dont l'organisation du temps de travail engendre des RTT et le pourcentage des agents qui ont opté pour le bénéfice de l'indemnisation en 2008. Le montant de la provision s'élevait, au 31 décembre 2010, à environ 422 millions d'euros, soit 60 % de la provision nécessaire pour le personnel non médical (base de l'estimation : 188 euros avec charges). Pour le personnel médical, la provision enregistrée correspond à environ 466 millions d'euros, soit 47,50 % du besoin (base de l'estimation : 450 euros avec charges).



### LA FHF À VOS CÔTÉS

Selon la FHF, cette situation reflète l'extrême tension sur les effectifs dans les hôpitaux publics : les personnels devant assurer la continuité et la sécurité des soins aux patients, ils ne peuvent prendre la totalité de leurs congés, faute de remplaçants. Malgré les provisions faites par les hôpitaux, il manque à ce jour environ 300 millions d'euros pour le personnel non médical et 500 millions d'euros pour le personnel médical. Quelles que soient les modalités qui seront retenues (monétisation ou épargne retraite), cette somme devra être dégagée sur les budgets hospitaliers.

La FHF demande que l'État fixe à l'avenir des règles transparentes et équitables afin que la permanence des soins, à l'origine de la plus grande part de ces jours de RTT, voie ses financements garantis, et non amputés au bénéfice des cliniques privées, comme cela est le cas depuis deux ans.

Il convient d'indiquer que les projets de décrets modificatifs concernant les CET des personnels médicaux et non médicaux prévoient que la provision doit correspondre à la totalité des jours enregistrés sur les CET.

## FINANCES

En partenariat avec  CAISSE D'ÉPARGNE

## UN DÉFICIT EN BAISSÉ

**L'ESSENTIEL\_** Une étude récente de Dexia Crédit local met en évidence la baisse du déficit des établissements de santé depuis cinq ans. Pendant la même période, ils ont aussi largement investi.

**A**u cours des cinq années qui viennent de s'écouler, les efforts consentis par les hôpitaux publics leur ont permis de réduire leur déficit de 32 %, révèle l'étude de Dexia Crédit local<sup>1</sup>. Ce déficit n'est donc plus que de 440 millions d'euros. Ce résultat a été obtenu par d'importants efforts de productivité, qui ont fortement pesé sur les achats et les charges de personnel, et malgré un prélèvement de 425 millions d'euros effectué au nom de la convergence tarifaire avec le secteur privé, qui a lourdement et injustement pesé sur les tarifs.

Le déficit est également dû à l'importante augmentation des parts d'activité de l'hospitalisation publique : depuis cinq ans, l'activité en médecine, chirurgie et obstétrique a crû de plus de 8 %, sous l'effet de la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) et du dynamisme des hospitaliers.

Au cours de la même période, les hôpitaux ont, par ailleurs, largement stimulé l'activité économique. En 2010, leurs investissements



ont atteint plus de 6 milliards d'euros. Des investissements qui ont permis une modernisation de leurs capacités d'hébergement et de leurs plateaux techniques. Ces efforts devraient se poursuivre au cours des prochaines années, dans un contexte marqué par une faible progression de l'Ondam et la nécessaire réforme de la T2A, visant à mieux prendre en compte les parcours de soins, la pertinence des actes effectués et les missions d'intérêt général assumées.

1. Note de conjoncture, finances hospitalières.

## LA RÉFORME DU TICKET MODÉRATEUR

**L**a mise en œuvre de la tarification à l'activité aurait dû conduire à calculer le montant de la participation du patient sur les tarifs nationaux de prestation et non plus sur les tarifs journaliers de prestation (TJP). Cette évolution nécessitait des travaux préalables qui ont été différés depuis 2005. La loi du 17 décembre 2008 de financement de la Sécurité sociale pour 2009 a prolongé le système de calcul du ticket modérateur sur les TJP jusqu'au 31 décembre 2012.

Par conséquent, à partir de 2013, soit le système actuel est de nouveau reconduit, soit les travaux nécessaires sont engagés. Les propos de la précédente directrice de la DGOS, Annie Podeur, laissent à penser que cette dernière voie serait retenue. Un chantier technique doit donc s'ouvrir sur un plan national.

Pour chaque établissement, l'impact sera variable compte tenu de l'hétérogénéité des niveaux de tarifs journaliers de prestation. L'enjeu financier nécessite une remise à plat du système et une véritable étude d'impact.

## EUROPE



## PARTENARIAT HOSPITALIER ENTRE LA FHF ET L'AFD

La FHF et l'Agence française de développement (AFD) ont signé, le 7 mars 2012, une convention de subvention d'un montant de 2 millions d'euros. Objectif : développer des réseaux et partenariats hospitaliers pour améliorer la qualité des soins et la gestion dans les hôpitaux des pays en développement.

Ce projet contribuera à améliorer la qualité des ressources humaines dans le secteur de la santé. Il s'inscrit dans une longue tradition française d'appui aux hôpitaux du Sud et s'intègre à la stratégie nationale de coopération et d'aide au développement dans le secteur de la santé, qui vise, notamment, à réduire la mortalité maternelle et infantile dans les pays du Sud. Le ministère des Affaires étrangères et européennes et le ministère en charge de la Santé encadrent le dispositif.

## MÉDECINE PERSONNALISÉE DANS LES HÔPITAUX EUROPÉENS

HOPE, la Fédération européenne des hôpitaux et des soins de santé, vient de publier un rapport intitulé « La médecine personnalisée dans les hôpitaux européens ». Celui-ci examine les stratégies mises en place par les établissements européens pour s'adapter à une culture focalisée autour de la personne et pour identifier les éléments clés dans le développement de la médecine personnalisée. Les expériences de six hôpitaux (Danemark, Finlande, France, Hongrie, Slovaquie et Espagne) y sont analysées.

**POUR CONSULTER LE RAPPORT,** envoyez votre demande à **Pascal Garel, responsable du pôle Europe-international de la FHF** : [p.garel@fhf.fr](mailto:p.garel@fhf.fr)

## INNOVER POUR UN « VIEILLISSEMENT ACTIF ET SAIN »

Le 29 février, la Commission européenne a lancé des invitations à s'engager dans la première étape de mise en œuvre d'un programme sur la prise en charge des personnes âgées : le plan d'exécution stratégique du Partenariat européen de l'innovation sur le vieillissement actif et en bonne santé (European Innovation Partnership on Active and Health Ageing).

Toutes les parties prenantes qui souhaitent être pleinement impliquées dans la réalisation des actions spécifiques du plan sont invitées à soumettre leurs contributions en remplissant un formulaire en ligne.

La date limite de participation est fixée au 31 mai 2012. Les invitations à s'engager seront renouvelées régulièrement, afin de permettre à d'autres parties prenantes de rejoindre le partenariat.

**POUR EN SAVOIR +**  
[ec.europa.eu/health/ageing/innovation/eip\\_invitation\\_commitments\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ageing/innovation/eip_invitation_commitments_en.htm)

# Décryptage

## PATIENTS



## LES ESPACES DE RENCONTRES ET D'INFORMATION

**L'ESSENTIEL** Quel est le rôle des espaces de rencontres et d'information (ERI), situés dans les établissements de santé ? Réponse en quatre points.

### → ONZE ANS D'EXISTENCE

Les ERI sont issus des États généraux des malades atteints de cancer, organisés en 1998. Le premier a vu le jour à l'Institut Gustave-Roussy (IGR), à Villejuif, en 2001, suite à un partenariat entre la Ligue nationale contre le cancer, Sanofi et l'IGR. Il en existe aujourd'hui 35, au sein des hôpitaux, des instituts de lutte contre le cancer ou des cliniques. Ils sont financés pendant deux ans par la Ligue et Sanofi, puis pérennisés et financés par les établissements.

### → INFORMER

L'ERI est un label. Il s'applique à un lieu neutre, situé dans les zones d'accueil des établissements, géré par un accompagnateur en santé (AS) qui n'est pas un professionnel soignant mais

un spécialiste en sciences humaines. Celui-ci reçoit les patients et leur famille, sans rendez-vous, et les informe sur des questions comme la vie quotidienne pendant et après le cancer, les soins de support, l'assurance sociale, les activités destinées à favoriser le mieux-être... Cet espace accueille les associations et favorise leur lien avec les patients. De la documentation gratuite, sur ces associations notamment, est mise à la disposition du public au sein des ERI.

### → ACCOMPAGNER

Deuxième rôle de l'ERI : l'écoute et l'accompagnement. L'AS accueille les malades, recense leurs besoins, écoute leur parcours et les oriente vers les professionnels de santé dont ils ont besoin. Sa troisième mission consiste à organiser des rencontres, conférences, ateliers thématiques, activités liées à des soins de support (sophrologie...). Enfin, l'ERI se fait le relais des campagnes nationales de prévention et de dépistage des cancers, via des stands d'information et des activités ciblées.

### → FOCUS : L'HÔPITAL DE LA TIMONE

Isabelle Pasquini est l'AS de l'ERI de l'hôpital de La Timone, à Marseille. Elle « *travaille en permanence avec les professionnels de santé, qui interviennent dans le cadre de leurs missions ou en dehors de leur temps de travail, et les bénévoles d'associations* ». La vice-présidente et coordinatrice régionale de Vivre comme avant, Maïté Sanchez, explique que son association travaille « *en étroite collaboration avec l'ERI de La Timone* », sur la campagne Octobre rose ou lors de conférences ; de la documentation est en outre laissée sur place pour les malades. Les membres de l'association partagent leur vécu avec les malades et transmettent un message d'espoir.



## LA FHF À VOS CÔTÉS

Lors des assises de la cancérologie publique, en mars dernier, Frédéric Valletoux, président de la FHF, a annoncé la création de FHF Cancer. Cette démarche est conduite à l'initiative de la Fédération nationale de cancérologie des hôpitaux publics (FNCHP), en accord avec les conférences de présidents de commission médicale d'établissement (CME) et de directeurs de CHU.

La vocation de FHF Cancer : représenter et promouvoir le service public de cancérologie, aux côtés des professionnels, afin de répondre aux enjeux de qualité et d'humanité dans la prise en charge des patients. Le sigle fédérera toute la cancérologie publique qui, par son maillage territorial, offre une médecine personnalisée, alliant technicité, proximité, développement de la recherche et de l'innovation. Les acteurs publics réalisent actuellement plus de la moitié des hospitalisations en cancérologie.

### POUR EN SAVOIR

- [www.ap-hm.fr/eri/fr/site/accueil.asp](http://www.ap-hm.fr/eri/fr/site/accueil.asp)
- [www.igr.fr/fr/page/espace-de-rencontres-et-d-information-eri-\\_334](http://www.igr.fr/fr/page/espace-de-rencontres-et-d-information-eri-_334)

# Initiatives

## ANGERS

# Une plate-forme pour retrouver son autonomie

**L'ESSENTIEL\_** À la Mutualité d'Anjou-Mayenne, une plate-forme sensorielle permet aux adultes déficients visuels et/ou auditifs de renouer avec l'autonomie et la qualité de vie.

**O**uvert en 2003 aux personnes aveugles ou malvoyantes et en 2009 aux personnes atteintes de troubles de l'audition, le Centre régional basse vision et centre d'évaluation et de réadaptation des troubles auditifs, ou « plate-forme sensorielle » d'Anjou-Mayenne, affiche aujourd'hui un bilan positif. Il accueille chaque année près de 700 usagers souffrant de troubles auditifs ou visuels. Ceux-ci sont directement adressés par l'ORL ou l'ophtalmologiste lorsqu'il n'y a plus de traitement curatif possible.

Objectif : renouer avec l'autonomie dans les tâches quotidiennes.

ORL, ophtalmologistes, orthophonistes, psychologues, opticiens, rééducateurs locomotion, rééducateurs en « autonomie de la vie journalière », assistantes de service social, audioprothésistes... Pas moins de 15 professionnels de santé reçoivent les patients. Au programme : rééducation en mobilité et en ergothérapie pour se débrouiller au quotidien (acheter, cuisiner, manger, s'habiller, etc.). Les séances peuvent être collectives mais le projet thérapeutique est personnalisé : « Lors de l'éva-



« l'évaluation fonctionnelle, qui dure deux demi-journées, des objectifs précis sont fixés avec le patient, en fonction de ses besoins concrets », explique Anne Rabiller, la directrice projets et développement.

Ces séances permettent aux malvoyants d'optimiser leurs possibilités visuelles fonctionnelles par de l'orthoptie, et aux malentendants de réapprendre à comprendre ce qu'ils ne peuvent percevoir via l'apprentissage de la lecture labiale ou l'entraînement auditif et cognitif. Des méthodes qui suscitent un réel engouement. « Nous recevons toujours plus de demandes, parfois venant de personnes qui n'habitent même pas la région, se félicite Anne Rabiller. C'est pourquoi nous travaillons à l'ouverture de nouvelles plates-formes » (lire encadré).

Les malentendants apprennent à comprendre ce qu'ils ne peuvent percevoir, via l'entraînement auditif et cognitif ou l'apprentissage de la lecture labiale.



Audioprothésistes (ici à droite), ophtalmologistes, psychologues, orthophoniste (en bas à gauche)... Plus de 15 professionnels de santé reçoivent les patients.



15

c'est le nombre de places en hospitalisation de jour dont dispose la plate-forme d'Angers.

3 MOIS

c'est la durée moyenne de réadaptation des patients malentendants. Pour les malvoyants, la durée maximale est de six mois.

50%

des patients ont moins de 60 ans et sont toujours actifs. L'autre moitié a entre 70 et 80 ans.

75%

des personnes ayant bénéficié de cette plate-forme trouvent un bénéfice en termes d'autonomie et de bien-être psychologique.

## DOUZE NOUVEAUX CENTRES EN VUE

À l'heure actuelle, il existe seulement six plates-formes sensorielles en France. Pour encourager le développement de nouveaux centres et sensibiliser les pouvoirs publics, la FHF, la Mutualité française et la Fédération pour l'insertion des sourds et des aveugles en France (Fisaf) ont créé un groupe de travail. Ils préconisent aussi la création d'une douzaine de nouveaux centres. « L'objectif ultime est d'ouvrir un centre par région », précise Anne Rabiller.

Des travaux ont donc été conduits avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) pour tenir compte de la spécificité de ces plates-formes dans le cadre d'une future tarification en T2A.

Il faut également leur permettre de jouer un rôle de centre ressources et mieux les faire connaître aux Ehpad, afin de les sensibiliser et de les former à l'accompagnement des personnes âgées souffrant de troubles de la vision ou de l'audition. La Mutualité Anjou-Mayenne, avec la Fisaf et la FHF, a d'ailleurs déposé auprès de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) un projet innovant intitulé « Services âgés déficients sensoriels » afin d'obtenir des financements. Objectif de ce programme expérimental: offrir une réponse départementale aux personnes déficientes sensorielles. Il s'agit de construire des prestations individuelles ou collectives de proximité visant à maintenir l'autonomie, la qualité de vie et à permettre le recul de la dépendance lié à l'impact de la déficience sensorielle chez la personne âgée – qu'elle vive chez elle ou en Ehpad –, mais aussi de bâtir une offre de formation adaptée aux Ehpad intéressés par ce sujet.



# Grand angle

## ACCÈS AUX SOINS

# Coordination ville-hôpital : des solutions innovantes

**L'ESSENTIEL\_** Permanence des soins ambulatoires parfois défaillante, engorgement des services d'urgences pour des soins courants, accès aux soins menacé dans les zones désertifiées : pour remédier à ces problèmes, des interactions entre la ville et l'hôpital sont possibles. Voici des exemples de bonnes pratiques à encourager.



Les soins ambulatoires, ou soins de ville, représentent les soins réalisés en cabinets de ville, en centres de soins ou dispensaires, ou lors de consultations externes d'établissements de santé, publics ou privés.

Ce fut la principale question développée dans les programmes santé des candidats à la présidentielle : comment lutter contre les inégalités géographiques d'accès aux soins, à l'heure où de nombreux médecins généralistes partent à la retraite sans trouver de successeur et où le nombre de praticiens en exercice diminue, notamment dans les zones rurales et dans certains secteurs urbains ? Le soir et le week-end, la permanence des **soins ambulatoires** se réorganise progressivement sous l'égide des agences régionales de santé (ARS), mais les conseils départementaux de l'Ordre des médecins alertent à nouveau « sur les effets délétères de la pénurie de médecins volon-

taires et de médecins tout court, et sur le vieillissement des médecins de garde »<sup>1</sup>. Quelle que soit sa taille, l'hôpital reste donc bien souvent « le seul recours » pour de nombreux patients, d'autant que les structures de garde libérale ne pratiquent pas toutes le tiers payant. Et les services d'urgences, en première ligne, doivent prendre en charge une part significative de patients relevant de la médecine générale...

### IMPLIQUER LES ÉTABLISSEMENTS DANS LA CRÉATION DE MAISONS DE SANTÉ

L'économiste Gérard de Pourvoirville, professeur titulaire de la chaire Essec santé, s'exprimait en février lors d'un colloque organisé par le syndicat de médecins généralistes MG France. Selon lui, la réorganisation du système implique la négociation et l'interaction entre les différents acteurs qui composent le paysage sanitaire français, en cherchant à « optimiser l'utilisation des soins primaires pour limiter le recours aux soins spécialisés, plus onéreux ». Si le développement de maisons, pôles ou réseaux de santé de proximité est souhaitable, la prise en charge des soins de premier recours dans des structures publiques où les médecins sont salariés, aux côtés de paramédicaux, est aussi une possibilité à envisager. C'est l'objet de l'une des propositions de la FHF, développée dans sa plate-forme politique 2012 : « En cas de carence constatée des libéraux à organiser le maintien d'une offre de soins au sein d'un territoire, nous demandons l'autorisation pour les établissements publics d'organiser cette offre de soins de proximité, en recrutant les professionnels de santé nécessaires », explique son président, Frédéric Valletoux.

## \_TÉMOIGNAGES



**Véronique Bourrachot**,  
directrice  
générale du CH  
de Roanne (Loire)

Certains hôpitaux ont déjà impulsé des actions allant dans ce sens, en soutenant des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP). C'est le cas du CH de Roanne, dans la Loire. Sa directrice (voir témoignage ci-contre) mène une démarche très volontariste : elle est allée à la rencontre d'autres établissements sanitaires et médico-sociaux, des professionnels libéraux et des élus du secteur, pour faire émerger les besoins et nouer des partenariats. Après avoir mis en place une filière gériatrique, elle œuvre désormais à la création d'une plate-forme de soins de premier recours.

### MAISONS MÉDICALES DE GARDE

D'autres projets innovants de coordination entre médecine de ville et établissements de santé sont également mis en œuvre. Dans les hôpitaux locaux, les médecins généralistes libéraux participent depuis longtemps à la continuité des soins au sein des centres de consultations non programmées (CCNP). La circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local prévoit aussi que celui-ci « peut apporter son concours à la permanence des soins en facilitant la mise en place des organisations telles que les maisons de garde ».

Suite, page 16 →

### “L'hôpital recrute une généraliste salariée pour la MSP”

Depuis mon arrivée, en juin 2010, j'ai travaillé à l'élaboration d'une filière gérontologique sur le nord du département et noué des partenariats avec le pôle de santé libéral de Saint-Symphorien-de-Lay/Régny (qui comprend les MSP des deux communes) : consultations pré-hospitalières de pédopsychiatrie par les généralistes, projets de consultations avancées de spécialistes et d'éducation thérapeutique. La MSP de Régny, à 20 minutes de Roanne, a vu son ouverture menacée par le désistement d'un médecin généraliste. J'ai recruté une généraliste sous le statut de praticien hospitalier contractuel ; celle-ci va s'y installer, être médecin traitant de la population et participer à la permanence des soins libérale, tout en étant salariée de l'hôpital. Lequel va payer le loyer de son cabinet à la commune. La Cpm accepte d'assimiler cette activité à des « consultations et actes externes » pour l'hôpital. Si l'expérience est probante, nous espérons attirer d'autres généralistes...

### LES INFOS CLÉS DES PASSAGES AUX URGENCES

- La classification clinique des malades des urgences (CCMU) distingue sept situations selon l'état du patient, parmi lesquelles :
  - CCMU 1 : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé(s) stable(s). Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique ;
  - CCMU 2 : état ou pronostic jugé stable, décision d'acte complémentaire.
- Les situations CCMU 1 et 2, qui pourraient la plupart du temps être prises en charge par des médecins généralistes, représentent plus de 70 % des entrées aux urgences hospitalières.
- Le coût d'un passage CCMU 1, sans examen complémentaire, diffère selon le lieu de prise en charge :
  - pour les urgences hospitalières : consultation (23 €) + majoration de nuit (35 €) + forfait accueil et traitement des urgences (25,28 €) = 83,28 € ;
  - en maison médicale de garde : consultation (23 €) + majoration de nuit (35 €) ou majoration en cas de régulation (42,50 €) = 58 ou 65,50 €.

[Source : rapport de la Cour des comptes 2007]



**Dr Frédéric Champly**,  
chef des  
urgences de  
l'hôpital de  
Sallanches  
(Haute-Savoie)

### “La MMG désengorge nos urgences”

La maison médicale de garde (MMG) de Sallanches a ouvert en 2004 sans aucune aide financière extérieure, et se situe au sein même du service d'urgences depuis 2006. Cinq secteurs de garde ont fusionné et 41 médecins généralistes s'y relaient de 19 heures à 23 heures en semaine, et le week-end. L'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) leur envoie les patients relevant de la médecine générale (CCMU\*1), ce qui désengorge incontestablement les urgences ; nous pouvons alors nous recentrer sur notre spécialité ! Urgentistes et généralistes travaillent à cinq mètres les uns des autres, tout le monde se connaît et s'entraide si nécessaire. C'est un véritable travail d'équipe. Ce fonctionnement est plus confortable, pour les patients comme pour les médecins, et moins onéreux pour l'assurance maladie...

\*CCMU : Classification commune des malades aux urgences.

Suite de la page 15 →

Ces maisons médicales de garde (MMG), dont la pertinence a été reconnue dans le rapport Grall de juillet 2006 – et le fonctionnement défini dans la circulaire du 23 mars 2007 –, sont encore relativement peu connues du grand public. Pourtant, dans ces lieux fixes – situés à proximité de l'hôpital ou adossés, voire intégrés, à l'établissement, en territoire rural comme urbain –, les médecins généralistes se relaient le soir et le week-end pour assurer la permanence des soins courants, fusionnant ainsi plusieurs secteurs de garde. Les patients peuvent donc y trouver une alternative aux services d'urgences hospitaliers, dès lors qu'ils y sont orientés par le Samu, un centre de régulation libéral ou l'accueil des urgences. De plus en plus nombreuses, les nouvelles MMG tendent à privilégier l'implantation au plus près des hôpitaux. C'est le cas de la maison médicale de garde de l'agglomération dijonnaise, qui a souhaité se rapprocher du CHU de Dijon. Elle reçoit depuis février les patients sur le site de Bocage central, face aux urgences adultes. Une douzaine de médecins généralistes, tous volontaires, assurent les consultations non programmées les soirs



Un pôle de santé universitaire ambulatoire cumule les activités de soins, d'enseignement et de recherche. Il regroupe de nombreux professionnels qui travaillent en coopération pour assurer une prise en charge adaptée et la continuité des soins. Il accueille des internes, des étudiants en médecine et d'autres professions de santé en stage ambulatoire.

et week-ends, ce qui doit permettre d'alléger le flux des patients aux urgences. Les honoraires pratiqués sont ceux du secteur conventionné, avec majoration le week-end et la nuit (la consultation coûte entre 42 et 60 €), et possibilité de tiers payant.

### FAVORISER LE MAILLAGE TERRITORIAL

Aux yeux du Dr Bernard Méric, qui préside la fédération des 15 MMG du Languedoc-Roussillon, leur plus-value ne fait aucun doute : « Avec la création de la MMG de Narbonne en 2003, nous avons fusionné dix secteurs de garde en un seul. Les 110 médecins inscrits ont très peu d'astreintes : 2,5 jours de week-end et 3 soirées par an chacun, tout en réalisant autant d'actes qu'auparavant en 25 jours de garde. Les patients bénéficient de la sécurité d'une structure libérale à proximité de l'hôpital, avec un délai d'attente moyen de 17 minutes seulement. Quant à l'assurance maladie, elle économise des actes et des forfaits d'astreinte à hauteur de 500 000 euros par an grâce à chaque MMG ! » Ce qui compense les 150 000 euros de frais de fonctionnement annuels acquittés par l'ARS pour chacune d'elles...

À Nîmes, la MMG, qui a ouvert en juin 2011 au sein même du CHU, a une vocation plus large encore : elle s'inscrit dans un **pôle de santé universitaire ambulatoire**.

Ses locaux ont été conçus pour être, pendant la journée, un lieu de formation et de recherche pour des internes en médecine générale, avec des cours dispensés notamment par le Dr Michel Amouyal, généraliste et enseignant à la faculté de Montpellier. En regroupant le CHU, l'université, la MMG, mais aussi les maisons de santé et les cabinets du département ayant des généralistes maîtres de stage, l'objectif du pôle est de créer un « service hospitalo-universitaire décentralisé » et de favoriser la répartition des professionnels sur le territoire. La coordination des acteurs du système de soins a de beaux jours devant elle...

1. État des lieux annuel de la PDS en médecine générale, CNOM, février 2012.

# Grand angle

## RECRUTEMENT

# Comment séduire les personnels soignants ?

**L'ESSENTIEL\_** Poster une annonce ne suffit plus... Pour attirer et fidéliser les professionnels soignants, dont ils manquent cruellement, les établissements sanitaires et médico-sociaux déploient des moyens de plus en plus originaux et ambitieux.



Un clip joué par les agents : c'est l'option choisie par le CHU de Lyon pour attirer les professionnels.

**U**n quart de plus en dix ans : entre 2000 et 2010, le nombre de professionnels de santé, toutes catégories confondues, a augmenté de 27 %. C'est considérable... Mais c'est encore trop peu. Car les besoins en personnel des établissements sanitaires et médico-sociaux, qu'ils soient publics ou privés, sont toujours criants. Depuis 2008, les professions de santé connaissent en effet une vague de départs à la retraite qui restera perceptible jusqu'en 2020-2025. Et le vieillissement de la population implique déjà

des besoins accrus. Dans les nouveaux métiers, tels qu'assistants de soins en gérontologie ou auxiliaires de vie sociale. Mais aussi pour les postes d'infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens..., qui, avec les médecins et les sages-femmes, sont appelés à augmenter massivement, au moins jusqu'en 2017<sup>1</sup>.

Le constat est général dans les régions françaises, avec quelques nuances. Ainsi, les professionnels médicaux sont moins représentés dans une bande qui s'étend de la Picardie au Poitou-Charentes en passant par la Normandie. Les territoires les mieux dotés étant l'Alsace, le grand Sud et, pour certaines catégories de personnels, l'Île-de-France. Si l'on compte 40,7 médecins pour 10 000 habitants en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en région parisienne, cette donnée chute en effet à 25,3 en Picardie. La disparité est également forte pour les infirmiers : ils sont 106,8 pour 10 000 dans le Limousin, région la mieux dotée, mais seulement 66,1 en région Centre et 72,6 en Île-de-France<sup>2</sup>.

### COMPÉTITION

Nicolas Pruvot, directeur des soins à l'AP-HP (Paris), le confirme : « *Nous avons un problème aigu de pénurie d'infirmiers : environ 500 postes sont aujourd'hui vacants. En effet, nombreux sont ceux qui choisissent de s'installer en province pour bénéficier d'une meilleure qualité de vie. D'autant que, contrairement au privé, nous n'avons pas de marge de manœuvre sur les salaires.* » En effet, dans la fonction publique hospitalière, une infirmière gagne environ 1 530 euros net en début de carrière et 2 500 euros en fin de carrière – contre un revenu moyen de 3 730 euros net en libéral.

Dans ce contexte, les établissements s'efforcent de mettre en œuvre de véritables politiques de ressources humaines susceptibles d'attirer et de fidéliser



# Grand angle

En contrepartie d'une indemnisation, l'étudiant s'engage à servir dans un établissement de santé du département pendant une durée au moins égale à celle pendant laquelle il a perçu l'allocation. L'idée étant de le convaincre de rester dans la structure à l'issue du contrat.

Les Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) permettent d'obtenir, en trois ans, le diplôme d'infirmier diplômé d'État (IDE).



les professionnels. D'une part, ils peuvent activer des dispositifs visant à attirer les jeunes ou futurs diplômés, tels le **contrat d'engagement de service public**, ou **l'allocation de fin d'études**. Engagées dans une rude concurrence, les structures s'emploient d'autre part à proposer toujours plus à des professionnels de plus en plus exigeants : avantages sociaux, aides à l'installation, accompagnement à la gestion de carrière, etc. En outre, il ne s'agit plus d'attendre que les soignants viennent à l'hôpital : c'est à l'hôpital d'aller vers eux. La plupart des structures vont donc rencontrer des étudiants et professionnels, dans les salons, les **IFSI**... Et lors des stages de fin d'études des futurs diplômés, elles font tout pour faciliter leur intégration dans le service et leur donner envie de rester (voir témoignages).

Faudrait-il aller encore plus loin dans l'accueil des professionnels, diplômés jeunes ou moins jeunes ? C'est ce que pense Julien Omnes, consultant spécialisé santé au cabinet de recrutement Hudson : « Il faut déployer les grands moyens ! Lorsque j'ai

Le Contrat d'engagement de service public (CESP) consiste à indemniser des étudiants en médecine, de la deuxième année à la fin de leurs études, à hauteur de 1 200 euros par mois. En échange, ils s'engagent à exercer leurs fonctions dans des spécialités ou des lieux pour lesquels la continuité des soins est menacée.

10 000 POSTES

d'aides-soignants sont disponibles chaque année

5 FOIS

en cinq ans, les effectifs des professionnels de santé ont augmenté 5 fois plus vite que la population française

6,5%

le secteur de la santé représente 6,5 % de la population active

51,1 ANS

c'est l'âge moyen des médecins français

accompagné l'hôpital de Morlaix, qui cherchait deux anesthésistes, nous avons fait venir un médecin espagnol pendant trois jours. Celui-ci a été pris en charge par l'hôpital, lequel a mis un logement à sa disposition, planifié des visites au bloc et en consultation, et organisé un déjeuner avec le maire... Pour séduire les professionnels, il faut être créatif ! »

## FAIRE LE « BUZZ »

Être créatif, c'est l'un des mots d'ordre des établissements qui, lorsqu'ils en ont les moyens, lancent des campagnes de communication destinées à promouvoir les atouts de l'hôpital public : pluridisciplinarité, plateaux techniques de pointe, opportunités professionnelles, activité de recherche, mais aussi valeurs d'accueil, de proximité et d'excellence. En 2012, pour attirer les jeunes talents, éditer des affiches et des fascicules ne suffit plus. Il faut être moderne, interactif. Réaliser des vidéos, conquérir les réseaux sociaux, créer une « communauté » virtuelle. L'hôpital Necker-Enfants malades l'a compris, et a lancé une campagne qui lui a valu le premier prix des Rencontres de la communication hospitalière, organisées par la FHF



## LA FHF À VOS CÔTÉS

**Nadine Barbier**, responsable du pôle Ressources humaines hospitalières à la FHF

### Pour des centres d'expertise RH

« Le problème est que l'hôpital public est souvent présenté de manière négative : les difficultés liées aux contraintes, la fatigue... Cela ne donne pas envie aux jeunes de s'y investir ! Les établissements doivent donc être attentifs aux conditions de travail et à l'ambiance. Ainsi, soigner l'accueil des nouveaux arrivants et améliorer la qualité de vie au travail est primordial. Pour fidéliser les personnels, il faut aussi leur offrir des parcours professionnels qui leur permettent de se renouveler. Dans notre plate-forme 2012-2017, nous préconisons la mise en place de centres mutualisés d'expertise et d'accompagnement RH qui permettraient, entre autres, de conseiller et d'écouter les agents. »

POUR EN SAVOIR +

contacter Nadine Barbier : [n.barbier@fhf.fr](mailto:n.barbier@fhf.fr)

## \_TÉMOIGNAGES



**Pascale Finkelstein,**  
chef du département  
du développement  
professionnel, et



**Nicolas Pruvot,**  
directeur des soins  
à l'AP-HP (Paris)



**Muriel Guillemaud,**  
conseillère  
formation carrière  
à l'hôpital Édouard-  
Herriot de Lyon



**Ghislaine Courbon,**  
coordonnatrice  
générale des soins  
au CHU de Saint-  
Étienne

### “Un plan d'action à destination des infirmiers”

Nous avons mis en place un plan d'action pour pallier la pénurie d'infirmiers. Ainsi, nous avons actualisé notre outil de recrutement en ligne et notre site Web. Nous avons lancé un plan de communication dans lequel nous mettons l'accent sur la multiplicité d'exercice dans nos 13 GH, sur le fait que les infirmiers venant de province et les jeunes diplômés peuvent bénéficier de logements à prix modérés pendant un an... Nous sommes aussi engagés dans la formation continue et la recherche en soins infirmiers: les professionnels sont incités à acquérir de nouvelles compétences, et accompagnés pas à pas. Enfin, nous menons une réflexion sur l'amélioration des conditions de travail au sein des pôles.

### “Un clip pour promouvoir notre établissement”

Nous voulions tenter une expérience différente, décalée, afin d'améliorer l'attractivité de notre hôpital auprès des professionnels soignants extérieurs et de mobiliser nos personnels autour d'un projet. Nous avons opté pour la réalisation d'un clip. Accompagnés par une agence de communication, 119 aides-soignants, infirmiers, médecins, cadres... ont écrit, chanté et dansé. Le clip a été mis en ligne en juin 2011 sur le site Web de l'établissement, YouTube et Dailymotion. Résultat: en quatre mois, nous avons reçu presque autant de candidatures que sur toute l'année 2010! Au-delà, cette expérience a modifié notre perception du recrutement et de la fidélisation.

### “90 % de nos besoins de recrutement sont couverts”

En termes de recrutement, nous ne connaissons pas la crise pour les postes d'infirmiers, d'aides-soignants et d'auxiliaires de puériculture. Aujourd'hui, 90 % de nos besoins en recrutement sont couverts! Pour ce faire, nous allons rencontrer les étudiants dans les IFSI. Lorsque nous décidons de garder un jeune diplômé après un stage, nous officialisons en amont le recrutement par un courrier, pour éviter qu'il n'ait envie d'aller ailleurs... En outre, les conditions des infirmiers en gériatrie ont été valorisées: les contractuels sont recrutés directement au deuxième échelon, et leur intégration dans la FPH est accélérée s'ils s'engagent au moins trois ans dans le service.

en mars dernier. « Nous avons investi Facebook, YouTube, Twitter, les forums professionnels, et bientôt LinkedIn et Viadeo, expliquent Myriam Mouze et Loubna Slamti, du service communication. L'objectif est de créer une proximité avec les candidats potentiels, de leur montrer que nous sommes à leur écoute. Depuis, nous avons un flux continu de candidatures! »

Certains n'hésitent pas à verser dans l'humour et la fantaisie. L'an dernier, le CHU de Limoges a fait le « buzz » avec un petit film au ton volontairement décalé: l'hôpital se moque de sa difficulté à recruter, songe à faire intervenir Chuck Norris, tandis que des soignants s'adonnent au hip-hop dans les couloirs... D'autres se livrent à l'art du « lip dub », un clip de promotion joué par les professionnels eux-mêmes (voir témoignage). Si elles ne convainquent pas l'ensemble des acteurs hospitaliers, les initiatives de ce type, destinées à donner une image moderne et attractive des établissements, se multiplient... Mais ces démarches restent sporadiques, liées à l'appréciation des structures, comme le regrette Jean-Marc Benoît, spécialiste en communication. Pour lui, les acteurs du monde hospitalier doivent « jouer collectif » face au secteur privé: « Un CHU, aussi grand soit-il, est un nain en tant que recruteur. Il faut donc regrouper les structures pour développer une image commune. L'hôpital est obligé de se diriger vers une mutualisation, afin de créer une “marque employeur”. » Un mouvement entamé par la FHF qui, en novembre dernier, lançait sa campagne nationale: « Futurs médecins, laissez-vous guider par l'intérêt. Choisissez l'hôpital public! » Mutualiser, partager pour mieux recruter... Qu'en pensent les établissements eux-mêmes? Le débat est lancé.

1. Source: DGOS.

2. Source: ARS Pays de la Loire – DOA février 2012.

#### POURENSAVOIR

- Campagne FHF jeunes médecins: [www.ph-parinteret.com](http://www.ph-parinteret.com)
- Campagne nationale de valorisation des métiers de la santé: [www.sante.gouv.fr/metiers-de-la-sante](http://www.sante.gouv.fr/metiers-de-la-sante)
- La vidéo du CHU de Limoges: [www.youtube.com/watch?v=ITAWEO640Nw](http://www.youtube.com/watch?v=ITAWEO640Nw)
- Le clip du CHU de Lyon: [www.youtube.com/watch?v=CIR4Al005qM](http://www.youtube.com/watch?v=CIR4Al005qM)

# + d'interactions

## AGENDA

### JEUDI 25 ET VENDREDI 26 OCTOBRE 2012, À TOULOUSE SIXIÈME CONGRÈS INTERRÉGIONAL DE LA FHF

S'appuyant sur la plate-forme de la FHF « Le service public de santé : une ambition pour la France », ce congrès aura pour thème : « Le service public de santé, une vision pour l'avenir 2012-2017 ».

Ouvert à l'ensemble de la communauté hospitalière (élus, directeurs, médecins, cadres des secteurs sanitaire, social et médico-social), le congrès connaîtra plusieurs temps forts. **La première matinée** sera ainsi consacrée aux sessions métiers autour de cinq thèmes : présidents de CME, médico-social et santé mentale, finances, ressources humaines, achats. **L'après-midi**, une première table ronde sera organisée sur le service public de santé et sa vision pour l'avenir ; la seconde table ronde abordera le thème du management hospitalier, à travers des parallèles originaux : celui de la tauromachie et celui du monde du rugby.

**Lors de la deuxième journée**, quatre ateliers seront proposés aux participants afin d'aborder ce que pourrait être le service public de santé de demain. Enfin, la parole sera donnée à de jeunes professionnels qui livreront leur regard sur l'avenir du service public de santé.

**POURENSAVOIR** 

contacter Irène Père :  
0557971919 ou

fhf-toulouse2012@comm-sante.com

### MARDI 13 NOVEMBRE 2012, À PARIS CINQUIÈMES RENCONTRES DU MANAGEMENT DE PÔLES



L'ambition de la FHF est que ce rendez-vous permette de mettre en avant les leviers de changement que les professionnels de santé ont su mobiliser dans le cadre des pôles pour améliorer le parcours du patient, la qualité des pratiques et la qualité du service au patient. Ce thème fera l'objet des présentations de la matinée.

Il s'agira également de mettre en lumière le fait que l'organisation en pôles peut renforcer la cohésion et la confiance des équipes. Elle peut aussi se révéler un levier d'innovation et de créativité, susceptible de rendre l'hôpital plus attractif pour les médecins et soignants. Ce sera la thématique de l'après-midi.

Inscriptions en ligne :  
[www.sphconseil.fr](http://www.sphconseil.fr)



### MERCREDI 26 ET JEUDI 27 SEPTEMBRE 2012, À PARIS RENCONTRES RH DE LA SANTÉ

Cet événement est le premier rendez-vous annuel spécialisé des acteurs des ressources humaines du monde de la santé. Il est organisé par la FHF, sa filiale SPH Conseil et l'Association pour le développement des ressources humaines des établissements sanitaires et sociaux (Adrhess). Le programme alternera, sur deux journées, des séances plénières et des conférences thématiques interactives, avec une succession d'interventions d'experts et de retours d'expériences (sujets d'actualité, réformes, problématiques fortes, outils, benchmarking...).

Préprogramme et inscriptions en ligne : [www.sphconseil.fr](http://www.sphconseil.fr)



RETROUVEZ L'INTÉGRALITÉ  
DE L'AGENDA SUR [WWW.FHF.FR](http://WWW.FHF.FR)

INTERACTIVITÉ

# SUIVEZ LA FHF EN TEMPS RÉEL GRÂCE À TWITTER

Pour vous tenir informé de nos actualités et de nos prises de position en temps réel, abonnez-vous à notre compte Twitter, dont l'adresse vient de changer pour être plus aisément identifiable :



twitter.com/#!/laFHF

## LE GUIDE

DISTINCTION

# LES PRIX 2012 DE LA COMMUNICATION HOSPITALIÈRE

Gérard Vincent, délégué général de la FHF, avec deux agents de l'établissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise : Maud Piontek, responsable de communication, et Joël Noël, directeur.



Lors des sixièmes Rencontres de la communication hospitalière, organisées en mars dernier, quatre prix ont été décernés par la FHF, en partenariat avec la société d'assurance mutuelle Sham. Les lauréats sont...

> Grand prix de la communication hospitalière : le centre hospitalier Alès-Cévennes

Fabien Chanabas, directeur adjoint chargé des affaires générales, et Michel Gil, directeur par intérim de l'établissement, ont entrepris de valoriser la démarche Haute Qualité environnementale (HQE) de leur hôpital. Jusqu'alors cantonnée au secteur industriel, cette démarche s'ouvre aux établissements de santé.

**POURENSAVOIR**  
secdgi@ch-ales.fr

> Premier prix de la communication hospitalière : Hôpital Nord-Ouest-Communauté hospitalière de territoire (CHT) Villefranche Tarare  
Damien Roubaud, directeur de la communication de

l'Hôpital Nord-Ouest, et Philippe El Sair, directeur, ont créé, il y a quelques mois, le premier site Internet de la CHT de la région Rhône-Alpes : [www.lhopitalnordouest.fr](http://www.lhopitalnordouest.fr)

> Mention spéciale du jury « communication et recrutement » : hôpital Necker (AP-HP)  
Fabienne Marion, directrice des soins, Myriam Mouze, responsable de la communication, et Serge Morel, directeur de l'établissement, ont été récompensés pour leur campagne de communication en matière de recrutement infirmier (voir notre Grand angle p. 14).

> Mention spéciale du jury : EPSM de l'agglomération lilloise  
Maud Piontek, responsable communication et culture, Maxime Foulon, graphiste, et Erick Bourdon, DRH, ont été primés pour la création du magazine de l'établissement public de santé mentale (EPSM), *Alter Ego* (2500 exemplaires). Sa vocation est de « déstigmatiser » la maladie et de valoriser les patients et les soignants.

RÉFORME

## VICTOIRES DES ACTEURS PUBLICS 2012

Pour encourager le mouvement dans l'État, les collectivités et l'hôpital, considérant que, dans bien des cas, toute avancée en la matière peut être qualifiée de victoire, la rédaction d'*Acteurs publics* honore chaque année ceux qui, sur le terrain, mettent en œuvre la réforme dans quatre grands domaines : l'innovation, l'organisation, le service et la simplification.

Les Victoires des acteurs publics seront décernées le 5 juillet dans le cadre des Rencontres des acteurs publics, organisées par le magazine *Acteurs publics*.

**Pour postuler, remplissez, avant le 15 juin 2012, le formulaire disponible sur : [rencontres.actorspublics.com/](http://rencontres.actorspublics.com/)**

**2012/candidatures-victoires-2012**

**Les Rencontres des acteurs publics se tiendront du 3 au 5 juillet, à Paris.**

**les victoires**  
des acteurs publics

# + d'interactions

## LE GUIDE

### COMMUNICATION

## LA SANTÉ MENTALE A SON ESPACE SUR WWW.HOPITAL.FR



Désormais, le site grand public hopital.fr propose un espace consacré à la santé mentale. En plus d'un moteur de recherche ciblant exclusivement les établissements et les structures psychiatriques, le site publie des articles d'actualité. Des dossiers sont également mis en ligne, sur des thèmes tels que les troubles psychiques, les traitements, les différents professionnels de santé, les prises en charge et les nouvelles modalités de soin, les dispositifs médico-sociaux d'accompagnement et les droits des patients.

Pour découvrir l'espace : [www.hopital.fr/Hopitaux/Espace-Sante-mentale](http://www.hopital.fr/Hopitaux/Espace-Sante-mentale)

### ACTUALITÉS



## UNE NEWSLETTER POUR LES MÉDECINS HOSPITALIERS

Dans la série des newsletters thématiques, je demande... : « médecins hospitaliers ». Réalisée par la FHF, cette lettre d'information électronique s'adresse donc aux médecins et à l'encadrement médical, des chefs de pôle aux chefs de service, en passant par les membres médicaux des directoires.

Pour retrouver des informations d'actualité, des initiatives remarquables, des éléments d'agenda, n'hésitez pas à vous inscrire sur la page d'accueil du site FHF : [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)

## WWW.FHF.FR CIBLE LES CADRES DE SANTÉ

Le site internet de la FHF avait déjà son espace « médecins », il a maintenant aussi son espace « cadres de santé ». L'objectif de cette rubrique : donner des informations aux représentants de cette profession en pleine évolution. Les actualités, les présentations d'initiatives et les analyses qui composent l'espace émanent de la FHF ou de cadres de santé du secteur public.

Vous avez une idée de sujet que vous aimeriez voir traité, ou vous souhaitez collaborer à cet espace ? N'hésitez pas à prendre contact avec Anne-Laure Voisin, responsable éditoriale web : [al.voisin@fhf.fr](mailto:al.voisin@fhf.fr)  
Pour découvrir l'espace : <http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Espace-cadres/Actualites>

26 et 27 septembre 2012  
Paris, Espace Charenton

# les Rencontres RH de la Santé



1<sup>ère</sup> édition

Cet événement sera le premier rendez-vous annuel spécialisé des acteurs RH du monde de la santé. Le programme alternera sur deux journées des séances plénières et des conférences thématiques interactives, avec une succession d'interventions d'experts et de retours d'expériences (sujets d'actualité, réformes, problématiques fortes, benchmarking ...).

COMITE SCIENTIFIQUE :

ADRHSS, SPH Conseil, FHF, Ministère de la Santé - DGOS, EHESP, ANFH, CNEH, CGOS

## Publics

- Directeurs,
- DRH,
- Responsables et Chargés de formations,
- AAH,
- Médecins,
- Directeurs des soins,
- Cadres,
- Directeurs des affaires médicales,
- Institutionnels et experts RH,
- etc.

## Thèmes

- Actualités et perspectives RH
- DPC,
- Évaluation professionnelle,
- Qualité de vie au travail,
- Télétravail,
- Dialogue social,
- E-learning,
- La GRH au cœur des coopérations et des restructurations,
- Mobilité,
- Retraite
- Responsabilité sociétale
- Coopérations
- Conditions de travail,
- etc.

inscription en ligne sur [www.sphconseil.fr](http://www.sphconseil.fr)

adRHess

FHF  
FÉDÉRATION HÔPITALIÈRE DE FRANCE

SPH  
Conseil

SPH Conseil  
Pôle colloques/ formations  
Tél : 01 44 06 85 26  
[www.sphconseil.fr](http://www.sphconseil.fr)



"Performance,  
régularité, fiabilité,  
votre épargne  
s'appuie  
sur du solide."



**Professionnels de la santé, faites le choix  
d'une épargne compétitive pour vous et vos proches.**

Le contrat d'assurance vie RES MACSF c'est :

- Une épargne solide depuis plus de 40 ans
- Une épargne primée par la presse professionnelle
- Des frais de gestion parmi les plus bas du marché
- 200 € suffisent à l'ouverture d'un contrat.

Contactez nous au ☎ 3233\*\*  
ou 01 71 14 32 33 ou sur [macsf.fr](http://macsf.fr)

\* Taux net de frais de gestion de 0,5% et brut de prélèvements sociaux de 12,1%, pour un encours de provisions mathématiques de 13,67 milliards d'euros, soit un taux de 3,5599% net de prélèvements sociaux. Cet encours représente 88,87 % du total des provisions mathématiques en euro gérées par Macsf épargne retraite.

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



Notre vocation, c'est vous

Mutuelle Assurance Epargne Financement