

INTERACTIONS

LE MAGAZINE DE LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

Page_15

Hôpitaux, Ehpad :
la culture palliative
doit encore progresser

Page_10

L'ARS Île-de-France
part en campagne
contre les escarres

Page_19

Vers un véritable réseau
de cancérologie publique
structuré

LES
DE LA
ET DE L'

SALONS SANTÉ AUTONOMIE



**20-22
MAI 2014**
PARIS - PORTE DE
VERSAILLES - PAVILLON 1

VOIR LA SANTÉ DE DEMAIN



POUR EXPOSER, VISITER, S'INFORMER :
www.salons-sante-autonomie.com

UN SALON POUR TOUS

Le regroupement de 3 événements professionnels majeurs des secteurs du sanitaire et du médico-social. HôpitalExpo, GerontHandicapExpo et Health-ITExpo.

Matériels, équipements, solutions, usages et technologies appliqués à la santé.

600 exposants • 20 000 visiteurs professionnels attendus

UN SECTEUR POUR CHACUN

- Plateau Technique
- Hygiène - Soins - Rééducation
- Architecture - Construction - Environnement
- Institutionnels

- Services et consulting
- Blanchisserie - Restauration
- Confort de vie - Aides techniques - Handicap - Gérontechnologies
- Systèmes d'informations et nouvelles technologies appliqués à la santé - Health-IT

3 jours décisifs pour initialiser ou conclure des affaires

UN CONTENU POUR CHAQUE SECTEUR

- Conférences et sessions de formation en accès payant pour appréhender la santé de demain
- Agora, mises en scènes et animations en accès libre pour échanger sur des retours d'expérience, des pratiques d'usage

3 jours de découvertes et d'échanges



RESTONS CONNECTÉ !
www.salons-sante-autonomie.com



SOMMAIRE



ACTUALITÉS ET INITIATIVES

- 04_ Ressources humaines
- 07_ Management
- 08_ Finances
- 09_ Développement durable
- 10_ Médical
- 12_ Médico-social
- 14_ Offre de soins



GRAND ANGLE

- 15_ **Société**
Hôpitaux, Ehpad :
la culture palliative
doit encore progresser
- 19_ **Offre de soins**
Vers un véritable réseau
de cancérologie publique
structuré



+ D'INTERACTIONS

- 22_ Guide / International

ÉDITO

LES SALONS DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE 2014 : RÉPONDRE AUX DÉFIS DE L'INNOVATION

Le président de la FHF,
Frédéric ValletouxLe délégué général de la FHF,
Gérard Vincent

© Cocktail Santé

Forts du succès enregistré pour leur première édition en 2013, les Salons de la santé et de l'autonomie devraient s'imposer de nouveau cette année comme le rendez-vous phare de tous les acteurs de santé. Organisé du 20 au 22 mai prochains, porte de Versailles à Paris, cet événement FHF regroupera, comme l'an dernier, HopitalExpo, GerontHandicapExpo et Health-ITExpo. La dynamique de rassemblement des acteurs hospitaliers, médicaux et industriels, qu'ils soient français ou étrangers, a séduit public et exposants. La hausse de 14,4 % du nombre de visiteurs uniques en témoigne.

À l'heure du débat sur la Stratégie nationale de santé, de l'accélération des coopérations entre établissements, du développement des pratiques

“QUALITÉ DES SERVICES ET CAPACITÉ À INNOVER”

en ambulatoire et à domicile, de la modernisation renforcée des organisations de travail, le thème de l'innovation constitue, pour cette édition, le fil rouge des différentes conférences de la FHF. Par ailleurs, la compétitivité du secteur de la santé et sa dimension internationale sont des sujets prégnants. En accueillant, comme l'an dernier, plusieurs délégations étrangères, les Salons seront l'occasion d'échanger, de proposer et de valoriser le savoir-faire hospitalier et industriel français à l'étranger. La santé est en effet un secteur dans lequel les entreprises et les offreurs de soins français ont de véritables atouts à faire valoir : une qualité de produits et services mais, surtout, une capacité d'innovation. Le potentiel est réel. Il est lié à l'histoire médicale de notre pays et à la structuration de notre système de santé.

Valoriser notre savoir-faire hospitalier et industriel à l'international sera du reste au cœur d'un deuxième temps fort en fin d'année : le Salon HopitalExpo Méditerranée, les 3 et 4 décembre à Marseille. Cet événement international à l'initiative de la FHF verra la participation des autres fédérations hospitalières (Fehap, FHP, Unicancer). D'ici là, et à partir du 20 mai, nous espérons vous retrouver très nombreux sur les Salons de la santé et de l'autonomie.

Ressources humaines

ACTUALITÉ

PRÉVENIR LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

L'ESSENTIEL_ Les ANFH Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) ont mis en place un dispositif de prévention des risques psychosociaux dans des établissements de ces deux régions.

La prévention des risques psychosociaux (RPS) est un enjeu majeur des politiques de ressources humaines menées au sein des établissements. En effet, le législateur prévoit que l'employeur doit « prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs » (article L. 4121-1 du Code du travail). Si les conséquences sont bien appréhendées et les symptômes connus, il demeure cependant difficile pour les acteurs, directions et partenaires sociaux, de définir et de mettre de en œuvre des politiques de prévention contre ces risques.

Les ANFH des régions Languedoc-Roussillon et Paca ont donc souhaité accompagner les établissements dans cette démarche par la mise en œuvre d'un projet collectif interrégional. L'expérience de l'ANFH sur ce type de projet, notamment à travers le Projet d'amélioration des conditions de travail dans les établissements de santé (Pactes, 2008-2010) et le Projet handicap (2010-2012), représente une plus-value indéniable dans l'engagement des établissements. Elle permet à l'ANFH de développer une relation de confiance avec les partenaires ayant soutenu ces deux projets : le Fonds national de prévention de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), le Fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique et les ARS des régions Languedoc-Roussillon et Paca. Mis en œuvre entre 2013 et 2015, ce projet de prévention des risques psychosociaux rassemble 47 établissements des deux régions (28 en Paca et 19 en Languedoc-Roussillon), dont l'Assistance publique des hôpitaux



de Marseille, le CHRU de Montpellier, le CHU de Nice, le CHU de Nîmes. Il réunit au total près de 70 000 agents.

Ayant pour objectif d'accompagner les établissements dans l'identification et la mesure des RPS et la mise en œuvre d'une politique de prévention adaptée, le projet répond à deux enjeux :

→ Traiter les RPS de manière globale, du diagnostic à la mise en œuvre opérationnelle de la politique de prévention, au travers d'une démarche structurante pour les établissements ;

→ Favoriser l'émergence d'une dynamique collective interrégionale et d'une émulation sur le sujet, tout en proposant une organisation qui respecte l'autonomie et les spécificités de chaque établissement.

Pour cela, il se structure autour de différentes prestations :

- la réalisation d'un baromètre social per-

mettant de disposer d'une cartographie des RPS ;

- la mise en place de formations-actions :
 - sensibilisation,
 - organisation, management et prévention des RPS,
 - optimisation du « document unique » ;
- la mise en place d'un diplôme universitaire (DU) de préventeur des risques psychosociaux en collaboration avec l'université Montpellier 3 ;
- l'accompagnement-conseil dans la mise en œuvre d'une politique de prévention ;
- une dimension recherche avec la réalisation d'une étude doctorale.

À LIRE AUSSI

Revue hospitalière de France # 556, janvier-février 2014 : « Prévenir les risques psychosociaux en Ehpad », pp. 72-75.

Consultable en ligne sur www.revue-hospitaliere.fr



Recrutement, management...
Participez aux Salons de la santé et de l'autonomie et aux conférences de la FHF du 20 au 22 mai à Paris.
www.salons-sante-autonomie.com

INITIATIVES

ASTUGUE



Intégrer les nouvelles recrues en jouant

L'ESSENTIEL Durant sa journée d'accueil des nouveaux salariés, l'hôpital Le Montaigu à Astugue (65) propose notamment un jeu de société construit sur le modèle du Trivial Pursuit.

À l'hôpital Le Montaigu, les nouveaux salariés passent par une procédure d'embauche classique, puis sont accompagnés durant quelques semaines par un de leurs pairs. Le dispositif d'intégration ne s'arrête cependant pas là. Depuis 2003, dès qu'une poignée de recrues a rejoint les quelque 140 employés de l'établissement, une journée d'accueil est organisée. Infirmiers, aides-soignants, agents administratifs, cuisiniers... Les agents en poste peuvent aussi y participer dans le cadre de la formation continue, ce qui porte généralement le nombre de participants à une douzaine. « Pour les personnes fraîchement embauchées, les objectifs de cette journée sont de favoriser leur intégration dans la vie de l'hôpital de leur donner des repères et de les fidéliser. Les anciens vont quant à eux réactualiser leurs connaissances », explique Dimitri Marie, cadre de santé et animateur du projet. Et cette piqûre de rappel se fait

notamment sous la forme d'un jeu de société, un Trivial Pursuit à la sauce « hospitalière ». Les questions portent sur les grands textes de loi qui concernent les acteurs de la santé (loi HPST*, Leonetti...), les services de l'hôpital, les ressources humaines, la sécurité des biens et des personnes, l'hygiène, etc. Durant la seconde partie de la journée d'accueil, le groupe rencontre des responsables de la sécurité incendie, de l'informatique et des ressources humaines. Ces quelques heures permettent aux nouveaux arrivants d'identifier leurs interlocuteurs, et à tout le groupe de faire le point sur les règles de sécurité, l'utilisation du matériel informatique, l'intranet...

* Loi « hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009.

POURENSAVOIR 
contactez Dimitri Marie :
dmarie@hopital-le-montaigu.com



POITIERS



Les enfants du personnel accueillis comme à la maison

Le CHU de Poitiers a souhaité faire d'une pierre deux coups. Depuis janvier 2014, un accueil périscolaire vise à répondre à deux types de situations complexes rencontrées par son personnel. D'un côté, des salariés parents d'enfants scolarisés demandaient à aménager leurs horaires de façon à pouvoir accompagner leurs enfants à l'école et aller les chercher. De l'autre, des agents n'étaient plus aptes à travailler à leur poste initial pour des raisons médicales, mais pouvaient accomplir d'autres tâches.

« Nous avons recensé les agents en arrêt et leur avons présenté une nouvelle fonction,

consistant à garder des enfants avant et après l'école. Certains d'entre eux se sont montrés intéressés par cette reconversion », explique Séverine Masson, directrice générale adjointe du CHU. Le médecin du travail a retenu quatre candidats sur la base de critères médicaux. Deux d'entre eux assurent le relais le matin, à partir de 6 h 30, et deux autres le soir, jusqu'à 22 h. Une puéricultrice coordonne le dispositif et peut remplacer l'un d'eux si nécessaire. Lorsqu'ils sont accueillis dans la maison (un ancien logement de fonction du CHU), les enfants, âgés de 6 à 11 ans, déjeunent, font leurs devoirs, jouent ou dînent comme ils le

feraient chez eux. Quant aux familles bénéficiant de cet accueil, elles sont choisies sur des critères sociaux par l'assistante sociale du personnel. Cette solution leur coûte trois euros de l'heure, soit les frais de fonctionnement. La voiture et le carburant sont pris en charge par une mutuelle, et le CHU verse le salaire du personnel encadrant de la même façon que si ces professionnels étaient en arrêt. « Il nous reste aujourd'hui à faire plus largement connaître ce nouveau dispositif en interne, afin d'atteindre un total de 12 enfants accueillis, soit la capacité maximum », conclut Séverine Masson.

Ressources humaines

DÉCRYPTAGE

ATTRACTIVITÉ DU MÉTIER DE DIRECTEUR DES SOINS : ACCOMPAGNER LES CANDIDATS

L'ESSENTIEL_ Le rôle du directeur des soins (DS) a beau avoir été réaffirmé par Marisol Touraine, alors ministre des Affaires sociales et de la Santé, lors de la présentation du pacte de confiance le 4 mars 2013, les candidats au poste de DS sont peu nombreux. Certaines mesures peuvent faire émerger des vocations.

Les rapports d'activité du Centre national de gestion (CNG) montrent que l'évolution démographique de ce corps professionnel est défavorable. On note ainsi une baisse régulière du nombre d'inscriptions au concours depuis 2005 et on constate, depuis 2011, un solde négatif entre les entrées et les sorties dans le corps. Il appartient aux directeurs des soins en poste de développer une politique managériale en direction des professionnels paramédicaux car leur action dans la construction d'un projet professionnel de DS s'avère bien souvent centrale.

DÉVELOPPER UNE POLITIQUE D'ACCOMPAGNEMENT

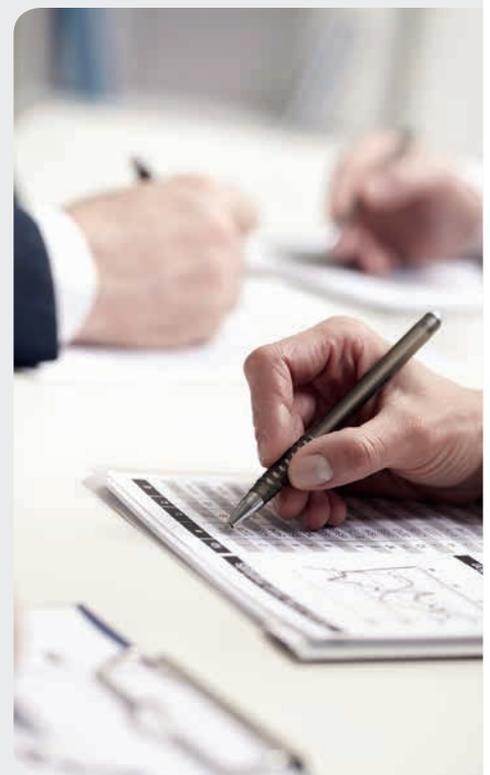
Beaucoup de DS en poste reconnaissent des potentiels au sein des équipes de cadres de proximité, mais les cadres de proximité ne sont pas nombreux à se présenter au concours et encore moins à être lauréats. Se pose donc la question de la sélection et de l'accompagnement de ces candidats. Différents axes pour la mise en place d'une politique de détection des potentiels et d'accompagnement peuvent être relevés,

des axes qui impliquent nettement les DS en poste :

- Pour favoriser l'émergence des projets :
 - formaliser, au sein de la politique managériale de la coordination des soins, la démarche d'accompagnement des parcours professionnels;
 - formaliser les profils des fonctions cadres et y inclure l'accès à la formation de DS;
 - faire connaître la fonction de DS et les modalités d'accès à cette fonction;
 - mettre en place un outil d'évaluation des capacités des cadres à exercer cette fonction.

- Pour favoriser la réussite au concours :
 - valider institutionnellement le projet des candidats et l'accompagnement impliquant l'équipe de direction;
 - accompagner le candidat dans sa construction des représentations de la fonction par une mise en situation;
 - accompagner le candidat dans sa préparation au concours.

La nette diminution des candidatures au concours d'accès à la formation de DS doit conduire à interroger les représentations



sur les postulants. Les cadres supérieurs de santé s'investissent dans la fonction de cadre paramédical de pôle. L'autonomie acquise dans cette fonction peut être en lien avec l'absence de projet de direction des soins. Parallèlement, des potentiels existent au sein des cadres de proximité, potentiels qu'il appartient aux DS en poste d'accompagner dans un projet professionnel différent de celui de cadre supérieur.

QUI SONT LES CANDIDATS ?

En 2012, 78 % étaient des femmes ; 66 % étaient cadres supérieurs de santé (une proportion qui monte à 80 % lorsqu'on regarde les lauréats) ; 24 % des candidats et 34 % des lauréats étaient des faisant fonction de directeur des soins.

POURENSAVOIR⁺

Consultez la contribution complète de Michel Nicolas, coordinateur général des soins au CH Ardèche méridionale, à ce « Décryptage » sur www.fhf.fr > [Management durable/RSE](#) > [Management](#)

Management

INITIATIVES CHÂTEAU-THIERRY



Formation : voir et entendre le handicap sensoriel

L'ESSENTIEL_ Pour adapter l'ensemble du séjour hospitalier aux personnes malvoyantes et malentendantes, l'hôpital a développé sa propre politique du handicap. La sensibilisation de son personnel est l'une des clés de sa réussite.

La déficience visuelle ou auditive ne doit pas entraver les droits du patient. C'est avec cette idée en tête que le CH Jeanne-de-Navarre de Château-Thierry (Aisne) a construit son projet « Entendre et regarder pour prendre en compte le handicap sensoriel* ». La réflexion lancée au printemps 2012 visait à répondre au mieux aux besoins de ces patients particuliers. Pour cela, le CH a pris en considération les propositions des associations locales Voir autrement (Association des malvoyants et non-voyants) et Asma (Association des sourds et malentendants de l'Aisne). Clé de voûte du projet, les personnels de l'hôpital (administratifs, soignants, médico-techniques et techniques) ont été largement mobilisés. « Ils ont réagi de façon très dynamique et se sont montrés d'emblée fortement impliqués », explique Corinne Rousselle,

présidente de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (Cruq-PC), à qui le directeur du CH a confié la conception du projet. Ce dernier, monté et coordonné par Corinne Rousselle, a associé un médecin et des représentants des usagers, membres d'associations de défense des personnes handicapées.

La mise en œuvre des actions a commencé au dernier trimestre 2013. Des microformations intra-muros sont organisées avec les associations, pour former le personnel hospitalier à l'identification, à la communication et à l'accompagnement du handicap. Les agents peuvent désormais se servir de documents et d'équipements propres à chaque handicap : boucle magnétique pour une meilleure entente au guichet d'accueil, kits d'adaptation ponctuelle à un handicap, utili-



sation de logos, livret d'accueil audio... Douze professionnels seront prochainement formés au langage des signes.

*Label « Droits des usagers de la santé » 2012. À consulter sur : www.sante.gouv.fr/picardie,1660.html?onglet=labelises

La « communication patients », une solution contre les incivilités

Campagne d'affichage « On fait notre maximum. Soyez poli, au minimum » relancée, édition de fiches pratiques pour les personnels, la FHF s'est saisie avec force de la question des incivilités dans les établissements. Parmi les pistes qu'elle étudie, celle de la prévention des conflits grâce à une communication renforcée avec les usagers.

La thématique est d'actualité puisqu'elle a fait l'objet, lors des Rencontres de la communication hospitalière organisées par la FHF le 27 mars dernier, d'un atelier intitulé « La communication avec les patients : prévenir et gérer les conflits ». L'enjeu pour

les soignants est de mieux comprendre les comportements des patients afin de leur apporter une réponse construite et langagière plutôt que d'être dans une posture de réaction émotionnelle.

Catherine de Pesquidoux et Thibaut de Diesbach* voient dans le travail sur une « symétrie des attentions » une autre manière de gérer les conflits. Pour le dire autrement, tout « l'enjeu consiste à apporter à chacune des parties prenantes des éléments de compréhension sur les comportements physiques et verbaux de l'autre partie ». Ainsi, des exercices sont possibles qui permettent souvent de requalifier ce qui a initialement

été perçu comme un comportement agressif d'un patient en un signe d'un tempérament anxieux. Par exemple, un patient avec de fortes douleurs peut avoir une manifestation colérique qui masque l'anxiété de l'attente et de la souffrance. Proposer une grille de lecture adaptée offre un mieux-être aux équipes soignantes et confère aux usagers des explications adaptées. Dans une société de services, on parlerait même d'une démarche de satisfaction client.

*Consultants associés au sein de Communication-Qualité, www.communicationqualite.com, une société de conseil et de formation, ils sont intervenus lors des Rencontres de la communication hospitalière.

Finances

ACTUALITÉ

UNE ÉVALUATION DU POTENTIEL DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE À MOYEN TERME

L'ESSENTIEL_ Le développement de la chirurgie ambulatoire est vu par certains acteurs comme un moyen de réaliser de fortes économies. Les montants avancés s'avèrent extravagants, tout comme les taux cibles. C'est la raison pour laquelle la FHF a réalisé une évaluation approfondie* du potentiel réel à partir de l'étude de la base exhaustive des séjours de chirurgie de 2012.

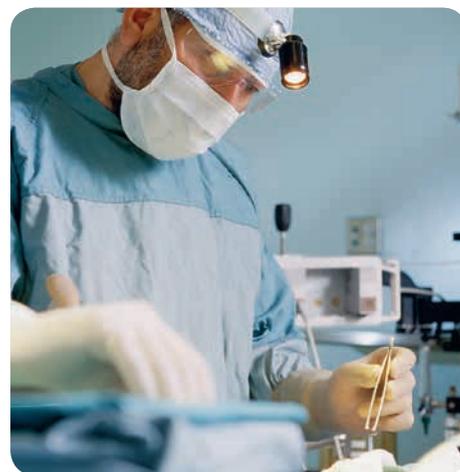
Le taux brut national est de 39,8 % (il peut varier selon la définition). L'objectif a été de déterminer un taux cible optimiste mais raisonnable.

Plus de la moitié (58 %) des séjours de chirurgie actuellement pris en charge avec nuitée(s) sont d'emblée à exclure d'une future potentielle prise en charge en ambulatoire (chirurgie lourde, patients arrivés par les urgences ou par transfert, patients très âgés ou possédant une comorbidité très lourde ou encore décédés au cours de leur séjour).

À partir de différentes hypothèses de conversion des séjours restants – 42 % de

la chirurgie avec nuitée(s) – en chirurgie ambulatoire et selon la durée actuelle du séjour, la présence ou non d'une comorbidité de niveau 2 et le type de chirurgie, l'étude conclut qu'au niveau national le taux plafond envisageable se situe autour de 56 % (38 % dans les CHU et 66 % dans le privé, cette différence illustrant au passage la grande différence de nature d'activité chirurgicale entre ces structures).

En standardisant par le type d'activité, il est constaté que, contrairement à une idée reçue, c'est le secteur commercial qui aurait le plus d'efforts à faire pour atteindre ce potentiel ambulatoire.



Cependant, ces discussions restent vaines si on n'aborde pas la question de la nécessaire profonde réorganisation des établissements eux-mêmes mais surtout celle de la création d'une véritable filière d'aval performante.

* L'étude « Estimation du potentiel de chirurgie ambulatoire » a été présentée à l'Académie nationale de chirurgie en décembre 2013 et est publiée dans la revue *Info en santé* # 23 à paraître en mai 2014.

La dégressivité tarifaire pour un tarif plus près des coûts

Le système actuel est fondé sur la stricte régulation comptable prix-volume, ce qui se traduit par une baisse constante des tarifs. Ainsi, en 2013, la valeur faciale des tarifs est inférieure à celle de 2005. Le maintien de la ressource repose donc uniquement sur le volume d'activité.

Pour les établissements n'ayant pas la croissance moyenne d'activité, le complément de financement intervient le plus souvent par un complément en dotation sur des fonds de fait mutualisés : les aides à la contractualisation (AC).

Le risque de dépassement global du fait de l'activité a pour conséquence de geler des crédits sur l'ensemble des champs et d'afficher, en matière d'évolution d'activité, un taux prévisionnel élevé pour éviter toute surprise. Ceci se traduit notamment par une évolution tarifaire souvent négative et de plus en plus éloignée des coûts.

Un système de dégressivité permet de corriger l'effet volume et de

réduire les mesures de précaution visant à garantir le respect de l'Objectif national de dépenses de l'Assurance maladie (Ondam).

Les effets positifs attendus sont :

- un tarif plus près des coûts ;
- des missions d'intérêt général mieux financées et déléguées en début de campagne ;
- des crédits AC qui pourraient être réaffectés dans les tarifs.

Une médicalisation de la régulation s'impose pour intégrer la réponse au besoin de la population et à la réalité de la dégressivité des coûts. Par ailleurs, la mise en œuvre technique de cette mesure doit être réalisée en toute transparence.

Enfin, la dégressivité ne doit pas être une mesure d'économie mais une mesure de redistribution.

Développement durable

Avec le soutien de  et de 

INITIATIVES

PAYS DE LA LOIRE ET BRETAGNE



Des centres de dialyse 100 % écolo

L'ESSENTIEL_ Déchets, achats, transports... Les centres de dialyse de l'association Echo ont relevé le défi d'une politique globale de développement durable.

L'association Echo* regroupe, sur six départements de l'ouest de la France, 39 sites proposant des traitements de l'insuffisance rénale. Cette multiplicité d'établissements et leur éloignement géographique n'ont pas empêché la mise en place d'une politique commune de développement durable, inscrite dans le projet d'établissement 2011-2015. « Nous avons d'abord réalisé un bilan carbone et un audit sur les déchets, avec l'aide de deux cabinets de consulting », explique Julie Rodrigues, en charge du groupe de travail consacré au développement durable à l'Echo.

Un plan d'action pour 2012-2013 a ensuite été rédigé, prévoyant notamment le recyclage des déchets, la diminution des intrants (achats de matériel pour le fonctionnement courant du site) et l'optimisation des déplacements, l'amélioration de la qualité de vie au travail et l'adhésion des salariés au projet.

Sur le plan du recyclage, de nouvelles filières de tri ont été instaurées, pour les

pires, le plastique, les glacières en polystyrène, les conserves... « Nous tentons d'optimiser le remplissage des bacs, de façon à ce que les camions de collecte ne passent pas plus souvent que nécessaire », indique Alban Piton, responsable de la gestion des déchets. À la clé, des économies sur le contrat et des camions moins souvent sur les routes. Autres mesures : l'emballage du set de soins à usage unique pour les dialyses a été revu avec son fournisseur, de la vaisselle non jetable a été achetée pour le personnel, le grammage du papier utilisé a été diminué, etc. Du côté des déplacements, la mise en place de visioconférences sur un quart des sites a permis d'économiser plus de 22 000 km de trajets en 2012, et plus de 32 000 km en 2013. Une solution qui améliore aussi la qualité de vie au travail des employés, en leur évitant la fatigue des trajets. Les efforts de l'association en matière de développement durable vont se poursuivre, notamment à travers la solution du télétravail proposée à certains employés.



*Expansion des centres d'hémodialyse de l'Ouest. L'Echo est un établissement de santé qui travaille en partenariat avec les centres hospitaliers et les cliniques privées.

POURENSAVOIR 
www.echo-dialyse.fr

PLAISIR-GRIGNON

Les fauteuils roulants obsolètes remis daplomb



Le CH de Plaisir-Grignon a créé un atelier de réparation de fauteuils roulants en 2011. À l'origine de ce projet, la volonté de limiter les achats et de créer une centrale de gestion pour les fauteuils roulants de l'établissement. Il s'agissait aussi de se conformer à l'arrêté du 31 mai 2008 qui prévoit la réintégration des dispositifs médicaux, dont les fauteuils roulants, dans les forfaits de soins. Cette initiative, impulsée par les responsables du pôle MPR*, a été rendue possible grâce au savoir-faire

de Mohamed Bedreddine, brancardier du pôle, et à ses compétences en électromécanique.

Aujourd'hui chacun des 395 fauteuils de l'hôpital passe entre les mains de cet autodidacte. Tous sont démontés, réparés, nettoyés, désinfectés et numérotés. L'entretien régulier du matériel évite à la structure d'être en manque de fauteuils en bon état.

« Le tri sélectif au sein de l'atelier est minutieux et tous les produits utilisés pour la

réparation ou l'entretien sont biodégradables », souligne Mohamed Bedreddine, qui travaille en étroite collaboration avec les ergothérapeutes de l'établissement.

Les prochaines étapes prévoient la création d'un poste d'ergothérapeute à temps complet et d'un centre labellisé de choix et d'essai de fauteuil roulants – avec un parcours extérieur – qui faciliterait l'acquisition de fauteuils électriques.

*MPR : médecine physique et de réadaptation.

Médical

INITIATIVES

ÎLE-DE-FRANCE

L'ARS PART EN CAMPAGNE CONTRE LES ESCARRES

L'ESSENTIEL_ L'ARS Île-de-France a lancé une opération visant à réduire le nombre d'escarres graves au sein des établissements de la région. Plus de 200 structures sanitaires et médico-sociales se sont engagées dans la démarche.

Douloureuses pour les patients, souvent synonymes d'échec pour les soignants, les escarres représentent aussi un coût pour le système de soins, que l'Irdes, l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé, estime à environ 4500 euros par escarre*. « Il existe un consensus quant à ce qu'il faut faire pour éviter ces lésions. Mais passer de la théorie à la pratique s'avère souvent une tâche complexe pour les professionnels et les organisations », indique le docteur Samia Lévy, médecin à l'ARS Île-de-France et animatrice de la campagne.

METTRE EN ŒUVRE LES BONNES PRATIQUES CONNUES

Face à ce constat, l'ARS Île-de-France a lancé en septembre 2013 une campagne intitulée « Sauve ma peau, maîtriser le risque escarre ». Cette opération fait partie d'une démarche régionale plus globale en matière d'amélioration des pratiques professionnelles, au sein du programme « Efficience des pratiques, des organisations et de la dépense (EPOD) » piloté au plus haut niveau de l'agence.

La campagne escarre consiste à mettre en œuvre les bonnes pratiques à fort impact préalablement identifiées par une vingtaine d'établissements de la région déjà accompagnés par l'ARS et validées par les experts. Plusieurs axes de travail en lien avec ces bons gestes sont proposés : former les soignants, éduquer les patients et leur entourage au risque d'escarre, évaluer et réévaluer le risque systématiquement et au moment d'un épisode clinique aigu, installer les sup-

136 millions d'euros

C'est le surcoût annuel lié aux escarres en France, uniquement à l'hôpital*.

ports adaptés au risque (matelas, coussins) et veiller à ce que les patients changent de position régulièrement, veiller à dépister une phase de dénutrition ou de déshydratation... Mais aussi et surtout savoir reconnaître une escarre à son stade le plus précoce, lorsqu'il ne s'agit que d'une rougeur, afin de mettre en place au plus vite les mesures adaptées. L'objectif principal étant d'éviter les escarres graves, les plus douloureuses, les plus complexes à traiter, mais aussi les plus coûteuses à prendre en charge.

En pratique, une réunion régionale s'est tenue en juin 2013 pour annoncer la campagne. Une charte d'engagement a été adressée à tous les établissements de santé sanitaires et médico-sociaux de la région, qu'ils relèvent du secteur public ou du secteur privé. Deux cent vingt-deux structures ont répondu positivement. Un référent désigné par chacune d'entre elles suit et anime le projet au sein de son établissement et participe aux cinq réunions départementales qui rythment le projet jusqu'en juin 2014.

DES OUTILS DÉDIÉS À LA PRÉVENTION DES ESCARRES ET UNE ANIMATION DÉPARTEMENTALE

En amont de ce dispositif, l'ARS a conçu et testé des outils, avec l'aide d'établissements

LES ESCARRES C'EST L'AFFAIRE DE TOUS !

Parce qu'une immobilisation prolongée peut entraîner des complications...

NOUS NOUS ENGAGEONS

- ✓ à vous **changer de position** régulièrement
- ✓ à utiliser les **supports adaptés** (coussins, matelas, ...)
- ✓ à veiller à votre **alimentation** et à votre **hydratation**
- ✓ à surveiller votre peau, pour **détecter au plus tôt les lésions**
- ✓ à **sensibiliser vos proches** à ces mesures



participe au programme
**SAUVE
MA PEAU**



de santé et médico-sociaux. Ces documents guident et accompagnent les structures dans la réalisation d'un autodiagnostic, ou l'évaluation des pratiques par audit de dossiers... Entre autres dispositifs, l'ARS a créé un système de compteurs renseigné par les référents des établissements qui participent à cette campagne. « Ces chiffres représentent à la fois un moyen de valoriser des bonnes pratiques, de communiquer sur notre action, et de motiver le personnel impliqué dans la démarche », explique le docteur Samia Lévy. Sur le site Internet de l'ARS, un compteur affichait fin mars que « 14 231 patients évalués à risque n'ont pas constitué d'escarre en Île-de-France, depuis octobre 2013 ».

Tout au long de la campagne, une véritable animation territoriale lors de réunions départementales permet aux structures d'un même département, de secteurs et de types d'activités différents (sanitaire ou médico-social), de se connaître et d'échanger pour donner tout son sens à une transversalité effective.

*Source : <http://www.irdes.fr/recherche/2011/questions-d-economie-de-la-sante.html> - Nestrigues C., Or Z., « Surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital », *Questions d'économie de la santé*, 2011, n° 171, pp. 2-8.

POURENSAVOIR+
www.ars.iledefrance.sante.fr/Escarre.161820.0.html
 ou ars-idf-qss@ars.sante.fr



Bloc opératoire du futur, service ambulatoire de demain... Les innovations ont rendez-vous aux Salons de la santé et de l'autonomie du 20 au 22 mai à Paris.
www.salons-sante-autonomie.com

INITIATIVES

SAINT-ÉTIENNE

Mailler les services d'ophtalmologie sur le territoire

L'ESSENTIEL_ « Ophtalmologie nouvelle génération » est un dispositif visant à structurer l'offre d'ophtalmologie publique sur la zone Rhône-Alpes Ouest. Depuis 2008, cinq services d'ophtalmologie ont été implantés ou modernisés.

Un délai d'attente d'un an à un an et demi, peu de praticiens libéraux dans la région et de longues distances à parcourir pour les patients les plus éloignés du CHU de Saint-Étienne... C'est dans ce contexte que le professeur Philippe Gain, chef du service d'ophtalmologie du CHU, a eu l'idée de créer des antennes au sein des CH périphériques, appelées « services ONG » pour « Ophtalmologie nouvelle génération ». Celles-ci proposent désormais une prise en charge médicochirurgicale de proximité pour les pathologies les plus courantes, comme les opérations de cataracte en ambulatoire ou les injections intravitréennes pour la dégénérescence maculaire. Le CHU prend le relais pour les interventions chirurgicales les plus lourdes (greffe de cornée, décollement de la rétine, strabisme, glaucome, etc.), ainsi que pour les urgences

après 18h et les week-ends. Au total, cinq « services ONG » ont déjà été mis en place. Les services d'ophtalmologie qui existaient déjà au sein de certains CH ont dû être modernisés et équipés, alors que d'autres ont été entièrement créés. « *Mon rôle est de venir en appui au déploiement du dispositif* », explique le docteur Nelly Campolmi, dont l'implication dans ce projet depuis cinq ans a été récompensée par le prix de la FHF – Académie nationale de médecine 2013. La jeune chef de clinique a notamment veillé à la bonne organisation des services (emplacement des boxes, choix du matériel, informatisation des dossiers, etc.) de façon à optimiser le temps médecin. « *Lorsque le centre hospitalier ne possédait pas de service d'ophtalmologie, il a par exemple fallu former le personnel. J'ai donc assisté les premières opérations du chirurgien, de façon à former*



l'infirmière de bloc qui ne connaissait pas la spécialité », raconte le docteur Campolmi. Cette multiplication de services permet par ailleurs d'offrir davantage de lieux de stage possibles et de perspectives d'emploi aux internes en formation à Saint-Étienne, dont le nombre a augmenté ces dernières années.

COMPIÈGNE

Éducation thérapeutique hors les murs : un apprentissage ancré dans la « vraie vie »

Investi dans les activités d'éducation thérapeutique grâce à son pôle transversal d'éducation du patient, le centre hospitalier de Compiègne-Noyon propose, depuis septembre 2013, au sein du service pédiatrie, des ateliers hors les murs pour les diabétiques de type 1. Lors d'une sortie au bowling, les jeunes apprennent à gérer leur glycémie pendant l'effort. « *Nous débutons par une séance éducative sur la gestion du diabète lors des*

activités sportives. Puis, les participants mettent en pratique ce qui a été appris au cours d'une partie de bowling, détaille le docteur Christine Vervel, chef du service pédiatrie et référent en diabétologie. *L'éducation thérapeutique est ainsi davantage ancrée dans la vie de tous les jours. Les jeunes sont plus spontanés dans leurs comportements : ils peuvent nous montrer vraiment ce qu'ils font et ce qu'ils ne font pas, sans se sentir jugés.* » Côté patients,

ces ateliers sont plutôt bien accueillis. « *C'est une occasion pour eux de sortir de l'isolement de la maladie et de voir comment les autres se débrouillent.* » En plus du docteur Vervel, un infirmier et un éducateur encadrent la sortie. L'investissement en temps et en énergie est important mais en vaut la peine. « *Nous tissons des liens plus forts qui enrichissent la relation médecin-patient, particulièrement importante dans le cadre d'une maladie chronique.* »



Médico-social

ACTUALITÉS

MAJORATION PERSONNES ÂGÉES EN EHPAD : CLARIFICATION MINISTÉRIELLE

L'ESSENTIEL _ Alors ministre en charge des Personnes âgées et de l'Autonomie, Michèle Delaunay, a, début 2014, clarifié les modalités d'application de la majoration personnes âgées en Ehpad.

L'avenant n° 8 à la convention médicale prévoit que « les médecins de secteur 1 et les médecins de secteur 2 adhérant au contrat d'accès aux soins bénéficient d'une rémunération forfaitaire (majoration personnes âgées - MPA), versée trimestriellement, calculée sur la base de 5 euros par consultation ou visite réalisée pour leurs patients âgés de plus de 85 ans au 1^{er} juillet 2013 puis pour leurs patients âgés de plus de 80 ans au 1^{er} juillet 2014 ».

Après avoir été alertée à plusieurs reprises sur les difficultés que les Ehpad en tarif global rencontrent dans le cadre de la MPA, la ministre en charge des Personnes âgées et de l'Autonomie a adressé aux fédérations un courrier de clarification qui indique que « les conventions régissent les relations entre les professionnels de santé libéraux exerçant en ville et l'Assurance maladie. Elles ne sont pas opposables à l'établissement médico-social lorsqu'un professionnel libéral y intervient. L'établissement qui a la charge de la rémunération [...] peut définir contractuellement avec le praticien le niveau de celle-ci. Toutefois, sur le terrain, la convention constitue une référence forte [...] ».

La ministre note que la circulaire budgétaire « pourra indiquer plusieurs principes : le paiement de la majoration, même s'il n'est pas de droit lorsque le médecin intervient dans un établissement en tarif global, peut être recommandé. Dans le cadre de son dialogue budgétaire avec l'ARS, l'établissement pourra objectiver cette charge nouvelle pour qu'elle soit prise en compte dans la tarification et l'ARS évaluera le besoin financier au cas par cas en fonction de la situation de l'établissement ».



AIDER LES AIDANTS À CONCILIER VIE PERSONNELLE ET VIE PROFESSIONNELLE

Aujourd'hui, 8,3 millions de personnes accompagnent au quotidien un proche malade, en situation de handicap ou de dépendance. Or, pour les 47 % de ces aidants qui travaillent, concilier vie d'aidant et vie professionnelle n'est pas toujours chose aisée.

Quand on est aidant, être présent à son travail, que ce soit physiquement et/ou psychologiquement, peut s'avérer délicat. C'est pourquoi l'absentéisme et le pré-

sentéisme sont les principales difficultés à gérer pour l'entourage professionnel (DRH, cadres et collègues) des salariés aidants.

Dans ce cadre, il apparaît important de mener un travail de sensibilisation auprès des milieux professionnels pour que ces salariés se fassent connaître en tant qu'aidants et que leur entourage professionnel proche les oriente vers les interlocuteurs à même de les informer

sur leurs droits comme sur les aides existantes. « Les réponses à apporter ne sont pas forcément coûteuses, commençons par repenser l'existant et inscrivons-nous dans une démarche de cohérence », suggère par exemple Florence Leduc, la présidente de l'Association française des aidants.

Faites-nous part des actions innovantes que vous avez mises en œuvre en la matière en écrivant à : fhf@fhf.fr



GerontHandicapExpo est votre salon au sein des Salons de la santé et de l'autonomie du 20 au 22 mai à Paris. www.salons-sante-autonomie.com

INITIATIVES

SEINE-ET-MARNE



Des infirmières de nuit mobiles entre les Ehpad

L'ESSENTIEL_ Trois Ehpad du département de Seine-et-Marne expérimentent la mutualisation d'infirmières de nuit. L'objectif : éviter les hospitalisations en service d'urgence de leurs résidents.

Injecter un antidouleur, gérer une détresse respiratoire, préparer la fin de vie... Dans les Ehpad qui n'emploient pas d'infirmières de nuit, ces situations conduisent souvent à appeler le Smur et à procéder à un transfert de nuit en service d'urgence. Des épisodes à la fois inconfortables et dangereux pour le résident (stress important, désorientation rapide, perte de chances, etc.) et coûteux pour l'Assurance maladie. Les Ehpad des Brullys à Vulaines-sur-Seine (80 lits) et Mathurin-Fouquet à Samois-sur-Seine (72 lits) étaient dans ce cas. Pour pallier ce manque, l'ARS Île-de-France a lancé une expérimentation en janvier 2013. Une enveloppe de 550 000 euros sur trois ans a permis de recruter trois IDE. Salariées de l'Ehpad du CH de Fontainebleau voisin et pilote du projet, elles se relaient toutes les

nuits sur les trois Ehpad. Bilan : 50 % de transferts évités depuis début 2013. Lors d'hospitalisations, les durées de séjour sont bien plus courtes, et le retour des résidents est sécurisé.

Les infirmières choisies sont expérimentées et autonomes et elles connaissent le fonctionnement des urgences. Des conditions qui semblaient importantes pour la réussite de l'expérimentation. Les IDE ont rencontré les équipes des Ehpad durant une semaine, un temps qui leur a aussi permis de se familiariser avec l'organisation, le matériel, et l'outil informatique facilitant la communication avec les sites. En début de nuit, un point téléphonique est réalisé avec chaque établissement de façon à anticiper les situations à risque et à prioriser les déplacements. L'infirmière d'astreinte



visite les trois sites systématiquement chaque nuit, en plus de ses interventions d'urgence, afin d'apporter au personnel de nuit, souvent esseulé, un soutien professionnel et formateur très apprécié. Enfin, si la situation nécessite une prise en charge aux urgences, le rôle de l'infirmière de nuit reste important. Elle stabilise l'état de santé du résident et prépare son entrée aux urgences dans de bonnes conditions.

PAYS DE LA LOIRE



Une équipe pluridisciplinaire qui intervient auprès des personnes en situation de fragilité à domicile

Pour fluidifier le parcours de soins des personnes fragiles et prévenir leur perte d'autonomie, l'ARS Pays de la Loire a souhaité mettre en place des équipes d'appui en adaptation-réadaptation (EAAR). Un appel à candidatures lancé fin 2012 a permis de retenir neuf équipes, dont celle de l'hôpital intercommunal Sèvre-et-Loire et de son partenaire, le Clic* Atout'Âge. Composée d'une ergothérapeute, d'une psychologue et d'une conseillère sociale, l'EAAR vient en appui aux professionnels

de premier recours : médecins traitants, Clic, services de soins à domicile, kinésithérapeutes... Le dispositif offre des compétences qui soutiennent celles qui existent sur le secteur.

« En pratique, nous sommes sollicitées par un professionnel, issu d'un Clic par exemple, ayant eu connaissance d'une situation difficile. Après une évaluation globale des besoins au domicile, nous proposons un plan d'intervention personnalisé avec l'accord de la personne et/ou de son entourage, tout en tenant le

médecin traitant informé. Selon les situations, l'équipe peut proposer une adaptation ou réadaptation du logement, une préconisation en aides techniques, un soutien psychologique ponctuel pour la personne ou son entourage, un accompagnement à l'entrée en structure, etc. », explique Nathalie Corbic, ergothérapeute de l'équipe.

Depuis ses premières visites en octobre 2013, l'EAAR est intervenue auprès d'une quarantaine de personnes.

* Centre local d'information et de coordination.

Offre de soins

ACTUALITÉS

LES INCITATIFS FINANCIERS À L'ÉTUDE POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS

L'ESSENTIEL _ L'expérimentation d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) devrait être poursuivie sur le terrain en 2014. Elle a, ces dernières années, permis de définir un modèle de mise en œuvre.



Si l'amélioration de la qualité et de la sécurité nécessite un investissement important (en temps et compétences, en système d'information, en formation, etc.), elle repose en premier lieu sur l'engagement des professionnels.

Aussi, dans un contexte de contrainte financière forte, la mise en place de l'expérimentation Ifaq a-t-elle pour objectif de valider l'hypothèse selon laquelle la mise en œuvre d'incitatifs financiers permet, par un engagement plus fort des directions et par l'introduction d'une forme de reconnaissance supplémentaire des efforts consentis, une amélioration plus rapide de la qualité dans les établissements de santé. Les mécanismes d'incitation financière à la qualité constituent une tendance lourde à l'international.

218 établissements, dont 117 publics, constituent le panel de l'expérimentation. Lancée en 2011, celle-ci a, jusqu'à présent, permis d'avancer dans la définition du modèle d'incitation.

Le niveau d'intéressement financier n'est pas encore totalement stabilisé. Pour autant, il est attendu qu'il soit davantage qu'un investissement symbolique tout en demeurant limité à un certain pourcentage du chiffre d'affaires. Dans tous les cas, il ne sera versé qu'aux établissements les mieux placés en termes de performance et de progression.

Le calendrier de l'expérimentation prévoit que 2014 soit l'année de l'expérimentation réelle, c'est-à-dire assortie d'un vrai versement de l'intéressement aux établissements expérimentateurs. La suite consistera en une évaluation. À plus long terme, Ifaq pourrait être généralisée.

PÉRENNISER LES HÉBERGEMENTS À PROXIMITÉ DES HÔPITAUX

Avec cinq autres fédérations*, la FHF se mobilise pour attirer l'attention du ministère des Affaires sociales et de la Santé sur la question des structures d'accueil et d'hébergement pour familles d'hospitalisés.

Ces établissements – de type maison des parents – ont d'abord été des espaces accueillant les familles de personnes hospitalisées puis ont évolué pour permettre d'héberger également des patients soignés en ambulatoire.

Ainsi, ces structures de proximité sont essentielles pour permettre le répit des aidants, assurer les passerelles entre hôpital et domicile et, finalement, optimiser le parcours de soins de la personne et de son entourage.

Pourtant, l'absence de réel statut juridique et de modèle de financement stabilisé, source de souplesse et d'innovation pendant plus de quarante ans, est aujourd'hui un frein au développement de ces structures et menace leur existence.

À l'heure de la stratégie nationale de santé pour une médecine de parcours, il paraît essentiel d'inclure dans le débat la question des hébergements à proximité des hôpitaux.

Le cabinet de la ministre a invité l'ensemble des signataires à une réunion le 11 mars dernier et a indiqué qu'un groupe de travail serait prochainement mis en place sur ce sujet.

*Fehap, Fédération nationale des établissements d'accueil pour familles d'hospitalisés, Fédération nationale d'hébergements-VIH, Fédération nationale de la mutualité française, Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux.

Grand angle

SOCIÉTÉ

Hôpitaux, Ehpad : la culture palliative doit encore progresser

L'ESSENTIEL_ D'importants efforts ont été accomplis ces dix dernières années par le secteur hospitalier pour développer des structures de soins palliatifs. Mais la loi Leonetti, relative aux droits des patients en fin de vie, reste parfois méconnue des professionnels de santé. La culture palliative peine à entrer à l'hôpital et dans les Ehpad.



60 %

des décès ont lieu à l'hôpital, alors que 81 % des Français déclarent vouloir mourir chez eux.

Des histoires souvent douloureuses relancent régulièrement les controverses sur les questions délicates liées à la fin de vie. La plus récente concerne Vincent Lambert, cet homme de 38 ans plongé depuis 2008 dans un état végétatif chronique à la suite d'un accident, dont la famille se déchire pour savoir s'il convient de le maintenir en vie ou pas. La fin de vie a fait l'objet ces dernières années de plusieurs textes de loi, mais aussi d'un grand travail de réflexion et de débats d'experts et du grand public. Il y a d'abord eu la loi de juin 1999 visant à « garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs » et la loi Kouchner de mars 2002 relative aux droits des malades. Mais c'est surtout la loi Leonetti, relative aux droits des patients en fin de vie, qui a permis de franchir, en 2005, un pas important dans ce domaine. Elle se prononce contre l'acharnement thérapeutique, qu'elle appelle « *obstination déraisonnable* » lorsque les traitements engagés s'avèrent inutiles. Elle préconise le développement des soins palliatifs, qui prennent alors le relais. Ceux-ci reposent sur la prise en charge de la douleur (physique) et de la souffrance (psychique) au moyen d'une **sédation** (voir glossaire) et l'accompagnement du patient et de ses proches jusqu'à la fin de vie. Ce qui suppose le

Grand angle

Suite de la page 15 →

Glossaire

Directives anticipées :

souhaits exprimés, par écrit, par une personne majeure concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements en cours lors de sa fin de vie.

Personne de confiance :

personne désignée par le patient pour exprimer sa volonté auprès des médecins s'il n'est plus en état de le faire. Elle peut aussi être le dépositaire de ses directives anticipées.

Procédure collégiale :

si le patient n'est plus en état d'exprimer sa volonté, le médecin peut prendre la décision de limiter ou d'arrêter les traitements en suivant cette procédure. Elle consiste à recueillir l'avis des proches, de la personne de confiance et de tous les professionnels de santé concernés, en prenant en compte les directives anticipées si elles existent.

Sédation :

la loi Leonetti préconise l'utilisation de traitements à visée antalgique et sédatif pour traiter la souffrance d'un patient en fin de vie. Elle interdit le recours à la sédation dans le but de faire advenir la mort.

déploiement de structures de soins palliatifs et d'une culture palliative au sein des hôpitaux. En revanche, la loi interdit toute forme d'euthanasie. Surtout, elle place le patient au centre des décisions : sa volonté doit être respectée par le corps médical. Celle-ci s'exprime, de préférence en amont, dans des **directives anticipées** qui sont connues d'une **personne de confiance** désignée par le patient. Quoi qu'il en soit, le médecin ne décide jamais seul, mais dans une **procédure collégiale** avec tous les soignants concernés.

LE RECOURS À UNE SÉDATION FAIT DÉBAT

Moins de dix ans après l'adoption de la loi Leonetti, la commission Sicard et le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) poursuivent la réflexion. La commission Sicard revient notamment sur une notion qui continue de faire débat, celle de sédation, administrée en cas d'arrêt des traitements. S'agit-il de soulager la douleur, au risque de hâter la mort sans intention de la donner ? Ou bien d'une sédation dite terminale qui, administrée à la demande du patient, aurait pour effet d'accélérer volontairement la mort ? La commission Sicard se prononce pour cette dernière solution. Quant au CCNE, il revient sur les directives anticipées, qui devraient être plus contraignantes pour le médecin. Un nouveau rapport du CCNE est attendu sur la fin de vie, en préparation d'un projet de loi qui devrait être présenté avant l'été 2014.

LES DIRECTIVES ANTICIPÉES TRÈS PEU CONNUES

Un consensus se dégage cependant, tant au niveau de ces instances qu'au niveau des professionnels de santé – notamment hospitaliers –, pour souligner la pertinence de la loi Leonetti. Sa principale limite est de ne pas être suffisamment connue, que ce soit par le grand public ou par les professionnels eux-mêmes. « Si elle était mieux appliquée, elle permettrait de résoudre 99,9 % des situations de fin de vie », estime Colette Peyrard, vice-présidente de la Fédération Jalmalv (Jusqu'à la mort accompagner la vie). Pourtant, des améliorations s'avèrent

nécessaires, qui ne passent pas forcément par une loi supplémentaire. Tout d'abord, il convient de mieux faire connaître au grand public la notion de directives anticipées, même s'il n'est pas forcément facile de réfléchir à la fin de sa vie. Il convient également de développer la culture palliative au sein des hôpitaux, au-delà même des services spécialisés en soins palliatifs, et au sein des établissements médico-sociaux, notamment les Ehpad (lire l'entretien avec le professeur Aubry). Certes, les unités de soins palliatifs (USP) sont passées de 90 en 2007 à 122 en 2012. Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), qui apportent un soutien technique et éthique aux soignants, se déploient elles aussi. Mais, comme l'indique le dernier bilan du programme national en soins palliatifs, « leur positionnement dépend de la volonté des médecins responsables des services et de l'attention portée à la démarche palliative de l'établissement ».

LES FRANÇAIS INÉGAUX FACE À LA FIN DE VIE

Aujourd'hui, chaque région dispose d'une USP, et la France comptait 353 EMSP en 2010. Les lits identifiés en soins palliatifs (LISP), qui doivent faciliter la diffusion de la culture palliative dans les services non spécialisés, sont au nombre de 4800. Mais on note de très grandes disparités d'une région à l'autre. Les Français sont donc inégaux face à l'accompagnement en fin de vie. Un effort reste à faire également en termes de formation. Même si celle-ci est obligatoire dans le cadre de la certification des établissements hospitaliers (critère 13-a), elle demeure insuffisante. Les actions de formation dépendent beaucoup de la volonté des établissements d'investir le « palliatif », moins valorisé que le « curatif ». De même, peu de médecins coordonnateurs des Ehpad sont titulaires d'un DU en soins palliatifs. Les EMSP commencent à entrer dans les maisons de retraite médicalisées pour des actions de soutien et de formation. Mais il faudra encore du temps pour que l'hôpital et les établissements médico-sociaux s'approprient la loi Leonetti et, plus largement, la culture palliative.

_INITIATIVE

ROUBAIX

UNE SALLE DE JEUX DANS UNE UNITÉ DE SOINS PALLIATIFS



Une salle de jeux pour enfants : ce n'est pas vraiment le genre de lieu que l'on s'attend à trouver dans une unité de soins palliatifs pour adultes. C'est pourtant bien une pièce disposant d'un coin lecture, d'un matelas pour se détendre et d'un espace avec des jeux qui a été inaugurée en octobre 2010 au sein de l'USP du centre hospitalier de Roubaix. « *Les enfants sont les bienvenus dans le service, lorsqu'ils sont d'accord pour venir voir un parent, une tante, un grand-parent*, explique le docteur Philippe Heuclin, chef de l'USP. *Mais ils se fatiguent vite. La visite peut devenir pesante pour eux, mais aussi pour le patient. Celui-ci est parfois perturbé par une présence un peu turbulente. Les enfants peuvent donc se rendre dans cette salle pour s'y reposer ou jouer.* » Au fil des semaines, il est apparu que cet espace, qui reçoit peu d'enfants en même temps, pouvait aussi être un lieu d'échange avec le psychologue du service. « *La plupart du temps, ce sont les familles qui sont demandeuses de cette prise en charge, quand l'enfant a du mal à comprendre ce qui se passe.* » Aujourd'hui, cette salle de jeux est appréciée de tout un chacun : les familles savent qu'elles peuvent venir avec leurs enfants sans qu'ils les dérangent si elles ont envie d'échanger avec la personne hospitalisée ; les soignants constatent que les patients sont moins fatigués par ces visites ; et les enfants vivent une expérience plus positive des soins palliatifs, avec une meilleure compréhension de la situation.

_3 QUESTIONS AU



Docteur Vincent Morel,
président de la Société française
d'accompagnement et de soins palliatifs
(SFAP)

“L'hôpital doit avoir un rôle moteur dans le développement des soins palliatifs”

Êtes-vous satisfait de la loi Leonetti ?

Oui, pour nous la loi Leonetti est satisfaisante, à quelques exceptions techniques près. En plus du refus de l'acharnement thérapeutique et de l'euthanasie active, elle a le mérite de placer le souhait du patient au centre. Elle ne nous dit pas, à nous médecins, ce que nous devons faire mais comment faire, en nous laissant une bonne marge d'action. Et aucune loi ne permettra jamais de résoudre toutes les questions liées à la fin de vie.

Cette loi promeut le développement des soins palliatifs. Celui-ci est-il également satisfaisant ?

Des progrès réels ont été accomplis depuis une dizaine d'années. Au départ, les soins palliatifs ne relevaient que d'initiatives individuelles. Ils s'inscrivent désormais dans des programmes nationaux, où les hôpitaux jouent un rôle majeur. Bien sûr, en termes de structures, il reste de grandes disparités d'une région à l'autre. Ce sont les régions qui étaient déjà actives dans ce domaine, avant même

les plans nationaux, qui sont les plus dynamiques encore aujourd'hui.

Quelles sont les conditions pour que les soins palliatifs se développent correctement au niveau local ?

Il y a des régions plus enclavées que d'autres, où c'est plus difficile. Mais tout dépend aussi des acteurs locaux, à savoir l'ensemble des professionnels de santé, les hôpitaux, les établissements médico-sociaux... Si tout le monde se fédère, si une réelle coordination existe, en lien avec l'ARS, alors il est possible de construire un programme dans l'esprit du plan national. Et l'hôpital doit avoir un rôle moteur dans cette dynamique d'ensemble, sans exercer de leadership. Il doit s'imprégner des contraintes propres aux établissements médico-sociaux ou au retour du patient à domicile. À titre d'exemple, certains hôpitaux ne gèrent pas bien la sortie du patient, qui est trop précipitée. Le médecin généraliste n'est même pas prévenu, ce qui empêche un accompagnement satisfaisant pour le patient et ses proches.

_INITIATIVE

**CHALON-SUR-SAÔNE****UNE JOURNÉE D'INFORMATION SUR LA LOI LEONETTI AU CENTRE HOSPITALIER**

« La loi Leonetti reste largement méconnue du grand public mais aussi des professionnels de santé », souligne le docteur Zahia Haddad-Guichard, responsable de l'unité mobile de soins palliatifs du CH de Chalon-sur-Saône. Partant de ce constat, une journée d'information a été organisée*, le 15 octobre 2013, dans le hall de l'hôpital. Une action qui, comme le souligne Valérie Lamasse, directeur des soins, « s'inscrit dans une politique globale de l'établissement sur la sensibilisation autour des questions de fin de vie ». Une table ronde réunissant des professionnels de santé et une juriste ainsi que plusieurs séances de formation par mois ont aussi été organisées courant 2013. Le 15 octobre, des stands disposés dans le hall proposaient des affiches, des questionnaires, des quiz... de nombreux supports pour que les soignants et le public s'approprient les différents aspects de cette loi, que ce soit les directives anticipées, la collégialité, l'obstination déraisonnable dans les traitements ainsi que les approches en termes d'accompagnement et de soins palliatifs. « L'objectif était que les connaissances acquises par les soignants ne soient pas théoriques mais puissent être mises en œuvre dans leur pratique », précise le docteur Haddad-Guichard. Un travail de fourmi... qui se poursuivra dans les mois et les années à venir. La formation des personnels est en effet un élément essentiel, notamment pour que le décès de certains patients ne soit plus nécessairement perçu comme un échec de la façon de les prendre en charge.

* Cette journée a été organisée par l'EMSP du CH de Chalon-sur-Saône et la direction des soins, avec la participation des étudiants infirmiers de 3^e année de l'IFSI et la présence d'associations.

**POITIERS****UN ESPACE DE RÉFLEXION ÉTHIQUE AU CHU**

En 2013, un espace de réflexion éthique régional (Erer) qui couvre l'ensemble des structures sanitaires et sociales de la région a été créé au CHU de Poitiers. Il s'agit d'un centre de ressources documentaires pour les professionnels de santé, les étudiants, mais aussi les citoyens qui souhaitent s'informer et se former en bioéthique, ainsi qu'un lieu de débat public : conférences, cafés éthiques et rencontres citoyennes y ont été organisés. « Le Comité consultatif national d'éthique peut nous saisir pour organiser des débats publics, comme il l'a fait pour la fin de vie, ou bien nous nous autosaisissons en organisant des débats », précise le professeur Gil, directeur de l'Erer. Les enseignements tirés de ces rencontres sont précieux : « Il ne faut jamais légiférer trop vite. Les citoyens peuvent s'approprier ces questions, faire des choix. Mais il s'avère très difficile de recueillir la "vraie" volonté des personnes concernant leur fin de vie. Elles ont moins peur de la mort que de la souffrance. Quelqu'un peut vouloir mourir puis reprendre goût à la vie. Ce qui apparaît clairement, c'est la nécessité de développer les soins palliatifs à domicile et renforcer ceux qui existent à l'hôpital. On sent surtout un grand besoin d'écoute. La loi ne réglera jamais tout. »

_3 QUESTIONS AU



Professeur Régis Aubry, chef du service soins palliatifs au CHU de Besançon et président de l'Observatoire national de la fin de vie (ONFV)

« Dans les Ehpad, la fin de vie reste une question taboue »

L'Observatoire que vous présidez fait un constat étonnant : la question de la fin de vie n'est pas entrée dans les Ehpad. Pourquoi ?

En effet, le rapport 2013 de l'ONFV, intitulé « Fin de vie et personnes âgées », nous a amenés à cette conclusion, qui nous a surpris. La France reste marquée par une représentation de la fin de vie qui est liée à la maladie. Quand on parle de soins palliatifs, par exemple, on oublie que la fin de la vie peut advenir sans maladie ou du fait de l'âge. Alors que notre pays est marqué par son propre vieillissement, il est dans une forme de dénégation. Les médias, notamment, ne présentent jamais les personnes âgées comme étant âgées justement et comme étant en fin de vie. On les montre toujours jeunes et en forme. Or, les Ehpad sont précisément les lieux où se concentrent les questions de fin de vie.

Quelles sont les conséquences de ce constat ?

Un quart des personnes résidant en Ehpad meurent à l'hôpital après y avoir été transférées. Bien sûr que, dans certaines circonstances, une hospitalisation temporaire peut se justifier. Mais un nombre non négligeable de personnes sont transférées à l'hôpital pour y mourir, parce que le personnel est insuffisant, particulièrement la nuit, pour permettre le maintien de la personne sur son lieu de fin de vie, l'Ehpad. Ces personnes sont transférées aux urgences, un service qui, par définition, n'est pas fait pour l'accompagnement à la fin de vie. Et ce n'est faire injure ni au personnel des Ehpad ni à celui des urgences car chacun fait ce qu'il peut. Rappelons que la nuit il y a en moyenne une seule aide-soignante pour 60 à 70 résidents dans les Ehpad...

Quelles sont les solutions ?

Il faut d'abord développer la formation de tous les acteurs de santé, en lien avec les équipes mobiles de soins palliatifs, les EMSP, pour que les questions de fin de vie soient moins taboues. Une formation qui aborderait les questions cliniques et les réflexions éthiques. Ensuite l'observatoire préconise la présence d'une infirmière de nuit dans les Ehpad. On limiterait ainsi, voire on annulerait, les hospitalisations qui ne sont pas nécessaires et ne sont pas, non plus, respectueuses des personnes. Moins de 15 % des Ehpad ont une infirmière de nuit ! 18 000 hospitalisations en fin de vie pourraient être évitées avec cette simple mesure.

À LIRE AUSSI

Revue hospitalière de France # 554, septembre-octobre 2013 : « La personne de confiance, bonne idée ou mesure inapplicable? », pp. 73-77. Consultable en ligne sur www.revue-hospitaliere.fr

Grand angle

OFFRE DE SOINS

Vers un véritable réseau de cancérologie publique structuré

L'ESSENTIEL_ Avec FHF Cancer, la FHF s'est dotée d'une structure de coordination des hôpitaux publics en matière de cancérologie. Son défi ? Mobiliser l'ensemble de la communauté médicale pour offrir un parcours de soins fluide aux patients et une filière d'accès aux traitements les plus innovants.

Réduire la mortalité liée à des cancers évitables et donner les mêmes chances à tous, partout, pour guérir du cancer : tels sont les enjeux majeurs du Plan cancer 2014-2019, présenté en février dernier par le président de la République. Alors que le cancer est la principale cause de mortalité en France, avec 148 000 décès estimés en 2012 et 355 000 nouveaux cas par an (des chiffres qui ont doublé ces trente dernières années), plusieurs indicateurs révèlent des disparités importantes de mortalité liées à des inégalités sociales, générationnelles et territoriales. Au niveau démographique, le 2^e Plan cancer 2009-2013 recommandait la création de postes pour les différentes spécialités d'oncologie avec une augmentation de 20 % de la densité moyenne par spécialité. Si l'objectif semble avoir été atteint pour les oncologues, la démographie et la



© Hubert Raguet

Grand angle

Suite de la page 19 →

360

établissements médicaux
engagés dans FHF Cancer

100 000

médecins
et soignants impliqués



© Hubert Raquet

répartition des radiologues restent inadaptées (40 % de postes vacants). « *Les évolutions démographiques et épidémiologiques des cancers posent au système de santé un défi d'adaptation. Le vieillissement de la population et les augmentations d'incidence de certains cancers permettent de prévoir une augmentation globale du nombre de nouveaux cas* », affirmait ainsi le professeur Jean-Paul Vernant dans son rapport d'orientation qui a servi de fondement à l'élaboration du 3^e Plan cancer.

COORDINATION VILLE-HÔPITAL

C'est dans ce contexte, et dans le cadre de la Stratégie nationale de santé, qu'évolue l'organisation de la cancérologie, afin de construire un parcours de soins adapté. « *La notion de parcours s'applique particulièrement aux pathologies chroniques dans lesquelles la prise en charge est assurée sur une période longue par de nombreux intervenants. Elle s'applique aussi dans la phase aiguë, dès lors que les patients sont essentiellement pris en charge en ambulatoire. En cancérologie, les alternatives à l'hospitalisation classique (service de jour, ambulatoire, consultations) sont maintenant, y compris en chirurgie, les plus fréquentes* », précisait ainsi le « préfigurateur » du Plan cancer dans ses recommandations. Un parcours qui débute dès la suspicion de cancer, se déroule pendant les traitements actifs et se poursuit pour la surveillance et le suivi. Afin de mieux articuler la prise en charge hospitalière et la prise en charge à domicile, le 1^{er} Plan cancer a permis la création de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et de réseaux régionaux de cancérologie, lesquels se sont vu confier le développement du dossier communicant de cancérologie (DCC). La mise en place de cet outil destiné à permettre le partage des informations médicales entre professionnels de santé a pris cependant un retard important. Construit autour de 30 propositions, le Plan 2014-2017 doit créer les conditions d'une approche personnalisée du parcours, qui prenne en considération l'ensemble des besoins sur les plans physique, psychologique et social et s'appuie sur une organisation coordonnée et multidisciplinaire. Des jalons ont été posés : création, dès 1998, des fédérations de cancérologie, ayant pour objectif de coordonner la cancérologie de spécialité au sein des CHU ; regroupement en 2010 des 20 centres régionaux de lutte contre le cancer sous le nom de Fédération française des centres

LES ONCOLOGUES SUR LES ROUTES DE FRANCHE-COMTÉ

L'Institut régional fédératif du cancer de Franche-Comté (IRFC) rassemble depuis fin 2008 l'ensemble des établissements publics et privés participant à la prise en charge du cancer, afin d'offrir des soins de qualité aux patients quel que soit leur lieu de prise en charge. Cette organisation a été mise en place pour faire face au déficit préoccupant d'oncologues dans une région dépourvue de centre de lutte contre le cancer. Objectif : mutualiser les moyens avec une équipe médicale unique basée au CHRU de Besançon, qui intervient sur l'ensemble des établissements périphériques. « *CHRU, établissements, praticiens ont joué le jeu*, indique Jacques Hostein, administrateur de l'IRFC. *Cette organisation gagnant-gagnant a permis de préserver une offre de proximité, d'améliorer la qualité, d'accroître l'attractivité médicale de la région et de développer parallèlement la recherche clinique.* »

_3 QUESTIONS AU



Professeur Norbert Ifrah,
président de FHF Cancer

LA RECHERCHE CLINIQUE PORTÉE EN NORD-PAS-DE-CALAIS

La Maison régionale de la recherche clinique et de l'innovation (MRCI) regroupe, depuis septembre 2013, les diverses structures dédiées à la recherche clinique du CHRU de Lille, du Centre Oscar-Lambret, de l'université Lille 2, de la faculté de médecine et de l'Inserm dans un souci d'efficacité, de lisibilité et de facilités d'accès. « *Rompre l'isolement scientifique des praticiens hospitaliers des centres hospitaliers en développant leurs participations à des réseaux d'investigateurs (régionaux, interrégionaux, nationaux, groupes coopérateurs) et créer au sein de chaque établissement de santé les conditions favorables au développement de la recherche clinique en obtenant des financements institutionnels spécifiques sont les deux principales dimensions stratégiques de cette organisation qui vise à offrir aux malades les dernières thérapeutiques innovantes* », explique Régis Fievé, directeur délégué à la recherche et à l'innovation et porteur du projet.

de lutte contre le cancer (FFCLCC) dans une structure communautaire créée en 1964; signature en 2009 d'un accord-cadre entre la FFCLCC (qui s'appelait alors FNCLCC) et la Fédération nationale de cancérologie des CHRU, qui prévoit la constitution de 17 groupements de coopération sanitaire (GCS) en cancérologie; lancement en 2010 du groupement de coopération sanitaire de moyens Unicancer; création de centres spécialisés en cancérologie pédiatrique; déploiement national d'unités de coordination en oncogériatrie... Au niveau régional, les initiatives de coopération se multiplient. En 2014, l'Institut universitaire du cancer de Toulouse (IUUCT) va réunir sur trois sites la totalité de la cancérologie du CHU et du centre régional de lutte contre le cancer, en lien avec le secteur privé et les hôpitaux généraux, via le réseau Oncomip. Le projet d'alliance parisienne des Instituts de recherche en cancérologie (Pacri) a pour objectif de permettre l'émergence de centres d'excellence qui renforceront l'attractivité de la France dans le domaine de la recherche. Doté de 10 millions d'euros, Pacri est présenté comme « *le fer de lance de l'oncologie fondamentale, translationnelle et clinique en Île-de-France* ».

UN MAILLAGE INTELLIGENT

Alors que l'hôpital public assure l'essentiel de la prise en charge des patients atteints de cancer mais est aussi un acteur majeur de la formation et de la recherche, en relation étroite avec les équipes de l'Inserm, du CNRS et des universités, FHF Cancer a été lancé en 2012 afin de constituer un véritable réseau de cancérologie publique. « *Avec 20 % de son activité globale dédiés au cancer, l'hôpital public met à la disposition des patients le maillage de son réseau, la diversité de ses compétences et ses valeurs d'innovation, de proximité et d'aide aux plus démunis* », indique le professeur Norbert Ifrah, président de FHF Cancer (lire ci-contre). Qualité des soins, accessibilité aux soins et à l'innovation, continuité et permanence des soins, recherche et éthique constituent les cinq axes stratégiques de la feuille de route de FHF Cancer.

“Réassurer et réorganiser le maillage du territoire”

Quels sont les objectifs de FHF Cancer?

L'objectif est d'offrir aux patients un secteur de la cancérologie publique le mieux coordonné possible dans son maillage, pour le meilleur soin possible, le meilleur enseignement et la meilleure recherche, avec aussi le souci que le reste à charge soit le moins élevé possible. Il s'agit de mettre en place une dynamique, de manière à ce que médecins et gestionnaires s'approprient ensemble les enjeux et des modèles qui se profilent en cancérologie. Nous avons ouvert toute une série de chantiers sur l'organisation et la qualité des soins, la réflexion autour des plateaux techniques, la recherche, l'innovation, la lutte contre les inégalités, le financement des activités... Ces chantiers correspondent à la contribution de FHF Cancer au 3^e Plan cancer.

Vers quelle structuration des activités de cancérologie allons-nous ?

Il faut réassurer et réorganiser le maillage du territoire. Il s'agit à la fois de soutenir les activités de cancérologie de très bon niveau de proximité, la cancérologie de recours et la cancérologie de recours extrême. Ceci afin que les hôpitaux universitaires, souvent les mieux équipés, aident les hôpitaux de recours qui viennent en appui aux équipes plus petites. Objectif : que les malades puissent être traités au plus près de leur bassin de vie. La charte de qualité qui réunit les établissements de FHF Cancer vise à assurer le malade qu'il aura un parcours de soins avec des indicateurs de qualité communs quelle que soit sa porte d'entrée dans le territoire. Des groupes de travail se réunissent pour définir ce parcours de soins idéal, par exemple autour d'un cancer de la prostate ou d'un cancer du poumon. Accompagner l'individualité de chacun d'entre nous est un objectif noble qui mobilise beaucoup d'énergie.

Quelles sont les grandes avancées du Plan cancer 3 ?

Le projet d'ajouter de l'évaluation par rapport aux Plans cancer 1 et 2 est un élément extrêmement intéressant. On voit aussi une volonté très marquée de lutte contre les inégalités, des éléments forts pour le dépistage et la prévention du cancer, un accent mis sur la recherche notamment en pédiatrie, une réflexion marquée autour de l'imagerie interventionnelle et autour de la coordination du parcours de soins... Ce Plan cancer est riche et porteur d'espoir.

+ d'interactions

GUIDE

LES SALONS DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE : LES TEMPS FORTS 2014

Pour leur deuxième édition, du 20 au 22 mai prochains à Paris, les Salons de la santé et de l'autonomie proposent un programme riche qui comprend notamment les animations suivantes :

- **4 AGORA THÉMATIQUES** : Hôpital & Bloc opératoire, Grand Âge & Handicap, Architecture hospitalière, Health-IT ;
- **JOURNÉE TEC-HIT** : autour des technologies innovantes ;
- **VILLAGE DE LA SILVER ÉCONOMIE** : solutions innovantes pour le grand âge ;
- **TROPHÉES DE L'INNOVATION** : récompensant les innovations des industriels exposant autour du bénéfice pour le patient, le personnel soignant, l'établissement, etc. ;
- **RENCONTRES HÔPITAL DURABLE** : présentation des résultats du Baromètre et des Trophées 2014. Plus d'informations sur : www.hopitaldurable.com ;
- **BLOC OPÉRATOIRE DE DEMAIN** : avec mise en scène de deux salles intégrées ;
- **M-SANTE / MOBILE HEALTH** : mise en scène de solutions mobiles et objets connectés.

Retrouvez la liste des exposants, les animations, le programme des événements sur www.salons-sante-autonomie.com

LES SALONS DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE : LES CONFÉRENCES 2014

Élaboré par SPH Conseil avec la Fédération hospitalière de France (FHF) et ses partenaires, le programme des conférences s'articule cette année autour d'un thème central : **service public de santé et innovations**. Cette évolution correspond non seulement à l'aspiration de nombreux acteurs du secteur mais aussi aux ambitions de la FHF en faveur d'un nouveau service public de santé.

Un programme complet est proposé pendant trois jours autour de **33 sessions de formation** couvrant les univers des Salons HopitalExpo, GerontHandicapExpo et Health-ITExpo.

Pour la deuxième année, la FHF accueille les journées annuelles de la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en Ehpad (FFAMCO), les 20 et 21 mai.

Programme complet et inscriptions sur www.salons-sante-autonomie.com ou sur www.sphconseil.fr

INTERNATIONAL

LA SÉCURITÉ DU PATIENT EN PRATIQUE : LE RAPPORT DE HOPE



© Cocktail Santé

Hope, la fédération européenne des hôpitaux, a publié en décembre dernier un rapport sur la sécurité du patient. Il livre les résultats du programme d'échange Hope, qui a fait vivre à 141 professionnels de santé une expérience de quatre semaines dans un pays étranger.

Intitulé « La sécurité du patient en pratique – comment gérer la qualité des soins de santé et les risques pour la sécurité du patient en Europe », le rapport illustre les conclusions de l'agora de Hope 2013, qui s'est tenue à La Haye (Pays-Bas) les 11 et 12 juin.

Dans la première partie du rapport, les initiatives identifiées ont été synthétisées en quatre catégories : initiatives au niveau national, initiatives au niveau de l'hôpital, initiatives impliquant des professionnels, initiatives impliquant des patients.

La deuxième partie contient un aperçu plus détaillé et par pays des sujets identifiés comme les plus importants, à savoir : la prévalence d'une culture de signalement des incidents et leur diffusion au sein de l'hôpital, l'existence et l'utilisation d'un système efficace de collecte des données, la gestion des responsabilités des professionnels, la corrélation des informations recueillies grâce à un système de gestion de la sécurité du patient.

En outre, les participants ont identifié plusieurs thèmes ayant un impact sur la gestion de la sécurité tels que la sécurité des médicaments, les questions d'hygiène, les procédures normalisées dans chaque parcours de soins, la participation des patients avant et après le traitement et la tenue de registres ainsi que l'organisation des archives patients.

Chaque partie a contribué à valoriser les mesures mises en œuvre dans les hôpitaux pour améliorer la sécurité du patient, les actions les plus réussies et celles qui pourraient être transférées à d'autres systèmes de santé européens.

La publication est disponible en anglais à l'adresse suivante : www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/94_patient_safety/94_HOPE_Publication-Patient-Safety_December_2013.pdf

30 septembre et 1^{er} octobre 2014
Beffroi de Montrouge (2 Place Émile-Cresp, Paris - Montrouge)

les Rencontres RH de la Santé



3^{ème} édition

Cet événement sera le troisième 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 :
FHF, ADRESS, Ministère de la Santé - DGOS, EHESP, ANFH, ANAP, SPH Conseil

Thèmes

- Actualités RH médicales
- Coaching : accroître la performance managériale
- Horaires en 12h
- Organisation et gestion du temps médical
- Management et multisite
- Management et accompagnement des cadres
- Métiers du grand âge et de l'autonomie
- Politique du handicap au travail
- Acteurs RH et risques judiciaires
- Emploi d'avenir : réussir l'intégration
- Piloter la masse salariale
- Nouveau bilan social
- RPS : outils et actions
- etc.

Publics

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

inscription en ligne sur www.sphconseil.fr

en partenariat avec



SPH Conseil
Pôle colloques/ formations
Tél : 01 44 06 85 26
www.sphconseil.fr



adRHess



Rapprochons l'hôpital



MNH Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de santé et du social, 231, avenue d'Antibes, 45213 Montargis Cedex, la MNH et MNH Prévoyance sont des mutuelles régies par la dispositions du livre I du code de la mutualité, immatriculées au répertoire SIREN. SIREN 775 006 361 pour la MNH et 484 436 811 pour MNH Prévoyance. Février 2014 - Crédit photo : Corbis

l'accessibilité aux soins

grande MNH
cause 2014



L'esprit hospitalier en plus.

www.mnh.fr