

# INTERACTIONS

LE MAGAZINE DE LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

Page\_15

**Hôpital :**  
le modèle  
français  
s'exporte !



Page\_4

Rendre les établissements  
publics plus attractifs pour  
les médecins

Page\_19

Ambulatoire :  
comment se situe  
la France ?

Nouvelle thématique  
Programme réactualisé

Séminaire de l'étude nationale des coûts  
à méthodologie commune

20 et 21 novembre 2014  
Saint-Malo, Palais des Congrès Le Grand Large

18<sup>e</sup> édition

Thématique 2014 :  
10 années de T2A :  
bilans et perspectives

2014

## Publics

- Chefs d'établissement
- Contrôleurs de gestion
- Présidents de CME
- DAF
- DIM
- Praticiens
- Chefs de pôle
- AAH
- Directeurs de soins
- Cadres administratifs
- Experts
- etc.

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



SPH Conseil  
Pôle colloques/ formations  
Tél. : 01 44 06 84 49  
[www.sphconseil.fr](http://www.sphconseil.fr)



## 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\_ **Coopération**  
Hôpital :  
Le modèle français  
s'exporte !

- 19\_ **Offre de soins**  
Ambulatoire : comment  
se situe la France ?



- + D'INTERACTIONS
- 22\_ Guide / International

## ÉDITO

## L'INTERNATIONAL, NOUVEAU MOTEUR POUR L'HOSPITALISATION FRANÇAISE

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

Nos universités d'été viennent de se clore sur des débats autour des réformes engagées par nos voisins européens en matière de santé publique. La place de l'hôpital, la lutte contre les actes et prescriptions inutiles, la permanence des soins, la liberté d'installation des médecins, les coopérations ou encore l'accueil des patients étrangers... autant de thèmes qui ont fait l'objet d'échanges féconds. Et qui nourrissent notre réflexion en perspective de la réforme du système de santé français.

La fin de l'année sera, elle aussi, marquée par le développement à l'international avec la tenue, inédite, du salon HopitalExpo Méditerranée qui vise à valoriser le savoir-faire français en santé auprès des pays du bassin méditerranéen et de la francophonie. Vingt délégations étrangères

### "CONTRIBUER AU RAYONNEMENT ÉCONOMIQUE, MÉDICAL ET UNIVERSITAIRE DE NOTRE PAYS"

sont d'ailleurs attendues. Cet événement à l'initiative de la FHF contribuera au rayonnement économique, médical et universitaire de notre pays. Il associe l'ensemble des fédérations de l'hospitalisation française (Fehap, FHP et Unicancer) et se tient conjointement avec les Assises hospitalo-universitaires.

Ce numéro d'*Interactions* fait, lui aussi, la part belle aux questions internationales avec un dossier sur la prise en charge en ambulatoire en France et à l'étranger, et un autre sur l'export du savoir-faire hospitalier et médico-social français.

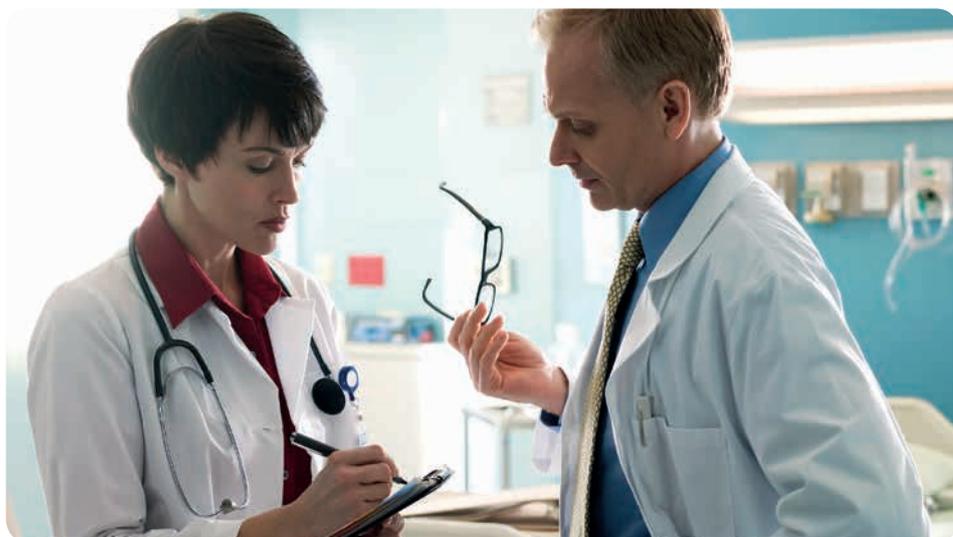
Il souhaite également vous donner envie de nous retrouver à Marseille les 3 et 4 décembre prochain pour cet événement exceptionnel qu'est HopitalExpo Méditerranée.

# Ressources humaines

## ACTUALITÉS

# RENDRE LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ PLUS ATTRACTIFS POUR LES MÉDECINS

**L'ESSENTIEL\_** S'appuyant sur les travaux de sa commission permanente de l'attractivité médicale, le conseil d'administration de la FHF propose un plan d'action pour réaffirmer, faire connaître et renforcer l'attractivité de l'hôpital public aux yeux des médecins et les fidéliser.



**S**i l'hôpital public est attractif, les difficultés de recrutement ou de fidélisation des médecins sont aujourd'hui réelles. Ainsi, le taux de vacance statutaire des postes de praticien hospitalier (PH) est très élevé : au 1<sup>er</sup> janvier 2013, il était de 24 % en moyenne pour les temps pleins et de 41 % pour les temps partiels. Par ailleurs, dans certains établissements et certaines spécialités, cette situation est déjà problématique avec un certain nombre de conséquences comme :

- un risque de détérioration de la qualité, de la sécurité et de la continuité des soins ;
- un risque de détérioration de la qualité de travail et un risque de souffrance au travail ;
- un recours massif à l'intérim médical

dans les conditions dénoncées par le député Olivier Véran dans son rapport « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte » de décembre 2013 ;

- une difficulté de recrutement liée au grand nombre de postes vacants ;
- l'instauration d'un cercle vicieux.

Pour réaffirmer l'attractivité de l'hôpital public, le conseil d'administration de la FHF a proposé un plan d'action en dix axes :

- 1.** Mieux communiquer sur les carrières à l'hôpital public au cours de la formation initiale ;
- 2.** Accompagner individuellement le développement des carrières des médecins en formation ;
- 3.** Garantir de bonnes conditions d'accueil et

de formation des internes ;

- 4.** Créer une plate-forme de recrutement et d'information pour les carrières médicales à l'hôpital public (« Bourse aux postes ») ;
- 5.** Valoriser et adapter l'organisation du post-internat ;
- 6.** Développer les coopérations et les équipes territoriales ;
- 7.** Rénover le régime des rémunérations ;
- 8.** Favoriser la qualité de vie au travail ;
- 9.** Gérer les carrières et dynamiser les parcours professionnels ;
- 10.** Développer les compétences des managers médicaux.

Ce plan d'action sera mis en œuvre conjointement par la FHF, les fédérations hospitalières régionales (FHR) et les établissements.

Pour la FHF, c'est par une volonté politique forte et avec un engagement des hospitaliers que l'hôpital public restera attractif auprès des médecins et permettra le maintien d'un service public de qualité et de proximité.

### POURENSAVOIR<sup>+</sup>

Retrouvez l'intégralité du document sur [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr) > Ressources humaines > Gestion du personnel médical



Faites-nous remonter les bonnes pratiques mises en œuvre dans votre établissement en écrivant à [fhf@fhf.fr](mailto:fhf@fhf.fr)

## INITIATIVES

CORSE



# Une semaine pour se sentir mieux au travail

**Le centre hospitalier de Bonifacio met en place sa politique de qualité de vie au travail dans le cadre d'un contrat local d'amélioration des conditions de travail.**

« L'établissement a choisi d'emprunter une démarche participative en invitant le personnel à échanger sur le sujet », précisent Sandrine Verdier, chargée de la qualité, et Annie Claude Geronimi, cadre supérieur de santé. Lors de la Semaine nationale de la qualité de vie au travail, qui s'est déroulée du 16 au 20 juin dernier, le CH a mis en place des ateliers au sein de ses locaux et de ceux de l'Ehpad de Porto-Vecchio. Partenaire de l'événement, l'association régionale pour l'amélioration des conditions de travail



Le centre hospitalier de Bonifacio.

(Aract) d'Ajaccio a proposé aux professionnels de santé de débattre, à partir de documentaires qui présentaient des situations de travail en milieu hospitalier.

Associés à la démarche, des représentants de la Mutuelle nationale des hospitaliers (MNH) ont animé des ateliers thématiques sur la nutrition, la gestion du stress, le mal de dos, etc. Les personnels ont également été invités à déposer dans des boîtes à idées des suggestions pour améliorer la qualité de vie au travail. L'installation de parkings à vélo, de fontaines à eau, d'une salle de sport, ou encore le changement d'horaires de travail ont été suggérés. « La discussion se poursuivra lors du prochain comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) », conclut Pierre Aury, le directeur de l'établissement.

SAINT-ÉTIENNE



# DPC : un guichet unique pour tout le personnel

**Le CHU de Saint-Étienne a souhaité simplifier sa gestion du dispositif de développement professionnel continu (DPC).** En novembre 2013, il a mis en place un guichet transversal et unique pour l'accès au DPC des personnels médicaux et paramédicaux. Inscrit auprès de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC), le CHU est porteur de programmes de DPC. Avant l'ouverture du guichet unique, professionnels médicaux et non médicaux assistaient déjà occasionnellement à des formations communes. Toutefois, la gestion de la formation continue restait partagée entre plusieurs directions. Le guichet unique regroupe désormais, pour le DPC, les compétences du service qualité, de la DRH, de la direction des affaires médicales et de la direction des soins. Cette nouvelle organisation, mise en place sans coût supplémentaire, mutualise le savoir-faire de gestion des

dossiers via l'outil Gesform\*. En pratique, le service formation de la DRH assure désormais la gestion, y compris financière, de tous les dossiers de DPC. L'avantage : une seule entité assure le lien entre évaluation des pratiques professionnelles et formation, et ce pour les personnels médicaux et paramédicaux. La mise en place de programmes DPC communs à destination de tous les personnels en est facilitée.

\*Logiciel utilisé par l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH).

**POURENSAVOIR** 

Écrire à Marie-Christine Garel, responsable formation au CHU de Saint-Étienne, [m.christine.garel@chu-st-etienne.fr](mailto:m.christine.garel@chu-st-etienne.fr).



Le guichet unique DPC du CHU de Saint-Étienne a reçu la mention spéciale du jury du prix ANFH 2014.

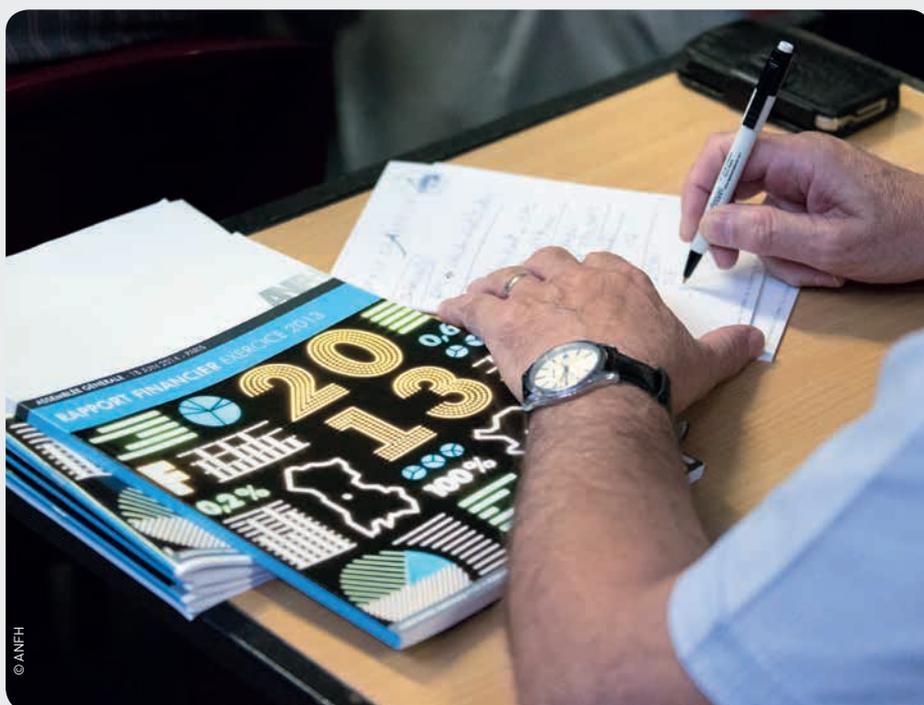


# Ressources humaines

## DÉCRYPTAGE

### L'ACTIVITÉ 2013 DE L'ANFH AU RAPPORT

**L'ESSENTIEL\_** Consolider la place de la formation dans le développement des compétences et du secteur public hospitalier : l'objectif du projet stratégique a été pleinement rempli pour l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) en 2013. L'association s'est lancée dans la mise en œuvre du développement professionnel continu (DPC) tout en poursuivant le déploiement d'initiatives régionales.



**A**vec 527 projets nationaux et régionaux, une collecte en augmentation régulière (+ 4,7 % par rapport à 2012) et de nouvelles adhésions, l'ANFH poursuit son développement et conforte sa place unique dans le paysage de la formation et du DPC de la fonction publique hospitalière (FPH), en relation étroite avec les établissements, les agents, le ministère de la Santé et les politiques de santé publique. Au total, plus de 753 millions d'euros

ont été collectés, hors subventions et conventions. Un montant en hausse qui s'explique par une nouvelle collecte pour le DPC (14,5 millions d'euros) et par de nouvelles adhésions au plan de formation (27 nouveaux établissements adhérents). Les délégations régionales ont poursuivi leur soutien aux établissements dans la mise en œuvre de leurs plans de formation, via la gestion financière des fonds qui leur sont confiés, des actions de formation clés en main et l'animation de réseaux professionnels.

#### CHIFFRES CLÉS

## 984 000

Près de 984 000 départs en formation (dans le cadre du plan de formation des établissements adhérents).

## 18 480

Plus de 18 480 études promotionnelles (formations diplômantes et qualifiantes).

## 3 400

Plus de 3 400 congés de formation professionnelle (CFP) en cours

## 18 600

Plus de 18 600 programmes de DPC médical.

## 56 %

La FPH maintient un taux d'accès à la formation important avec 56,8 % des agents partis au moins une fois en formation en 2013.

Source : *Rapport d'activité 2013 de l'ANFH.*

# Management

## INITIATIVE

### LIMOUSIN



# UNE AIDE POUR FIDÉLISER LES INFIRMIERS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION

**L'ESSENTIEL\_** En Limousin, le conseil régional et l'agence régionale de santé (ARS) ont mis en place un dispositif pour inciter les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes à s'installer dans la région. Une solution contre la désertification médicale.

La région Limousin connaît un problème de démographie médicale dans ses zones les plus rurales. C'est pour pallier la difficulté de recrutement d'infirmiers au sein de ses hôpitaux que l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et le conseil régional avaient créé, en 2007, le dispositif « allocation fidélité santé ». Aujourd'hui, cette aide financière mensuelle peut aussi être perçue par les étudiants masseurs-kinésithérapeutes.

### PRIORITÉ AUX ÉTUDIANTS LIMOUSINS

En pratique, l'étudiant adresse sa candidature à un des établissements sanitaires ou médico-sociaux limousins éligibles. Soit tous les établissements de santé et médico-sociaux publics et les établissements de santé privés d'intérêt collectif. L'établissement reçoit le candidat en entretien et, s'il le retient, transmet le dossier de candidature au conseil régional et à l'ARS. Si le nombre de candidats est supérieur aux possibilités de financement, la priorité est notamment donnée aux jeunes qui ont obtenu leur baccalauréat en Limousin ou dont les parents y résident. « Notre objectif : que les professionnels aidés restent le plus longtemps possible dans notre région », explique Stéphanie Perrachon, de la direction de l'offre de soins et de l'autonomie de l'ARS Limousin.

L'étudiant reçoit une aide financière mensuelle durant sa 3<sup>e</sup> année de formation ou ses 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> années.

« Il y a deux ans, nous avons fait évoluer le dispositif pour favoriser les établissements ruraux les plus touchés par la pénurie de professionnels », précise Stéphanie Perrachon. Le jeune perçoit ainsi 620 euros nets par mois si l'établissement d'accueil est prioritaire, contre 450 euros s'il n'est pas prioritaire.

L'étudiant signe un contrat qui l'engage à exercer sa profession au sein de l'établissement d'accueil durant trois ans, s'il a bénéficié d'un financement lors de sa 3<sup>e</sup> année de

formation, et durant cinq ans s'il a bénéficié d'un financement lors des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> années de formation.

### CONTRATS DE LONGUE DURÉE

Outre l'aspect financier, l'avantage pour les étudiants, c'est d'avoir l'assurance d'obtenir un emploi à la fin de leurs études. Les établissements, quant à eux, peuvent recruter un jeune évalué en stage, en qui ils ont confiance, tout en étant certains – ou presque – qu'il restera durant le délai imposé. S'il rompt son contrat d'engagement de servir, le jeune professionnel doit en effet rembourser l'aide versée durant ses études. Seule faiblesse du dispositif : il n'a pour l'instant bénéficié à aucun étudiant masseur-kinésithérapeute, ces professionnels préférant exercer en libéral. Contrairement aux infirmiers, ils n'ont pas d'obligation d'exercer dans un établissement au début de leur vie professionnelle, et ils savent qu'ils gagneront mieux leur vie en s'installant directement en cabinet.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013-2014  
**ALLOCATION FIDELITE SANTE**  
UNE AIDE FINANCIERE A LA FORMATION  
ET UNE GARANTIE D'EMPLOI

Vous recherchez un accompagnement financier pendant vos études et souhaitez trouver dès maintenant un futur employeur en région Limousin ?

Vous êtes étudiant infirmier ou masseur-kinésithérapeute de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> année inscrit dans un IFSI du Limousin, d'Aurillac, de Clermont-Ferrand, de Montluçon ou de Périgueux ou un IFMK du Limousin ?

Le montant de l'allocation est de :  
**620 €/mois** - Etablissement d'accueil prioritaire  
**450 €/mois** - Etablissement d'accueil non prioritaire

Si vous êtes pour l'Allocation Fidélité Santé, vous signerez avec un établissement sanitaire ou médico-social public éligible (en fonction de votre lieu de formation) ou privé (en fonction de votre lieu de formation) au 3<sup>ème</sup> ou 2<sup>ème</sup> semestre de votre 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> année.

Renseignez-vous dès maintenant auprès de votre institut de formation ou sur leur site internet  
[www.ars.limousin.sante.fr](http://www.ars.limousin.sante.fr)  
[www.region-limousin.fr](http://www.region-limousin.fr)

 Les « allocations fidélité santé » sont financées à 40 % par l'ARS Limousin, à 40 % par le conseil régional et à 20 % par l'établissement d'accueil.

**201** étudiants ont bénéficié de l'« allocation fidélité santé » depuis sa création en 2007.

# Finances

## ACTUALITÉS

### PARTS DE MARCHÉ 2013 : LE DYNAMISME DU SECTEUR PUBLIC HOSPITALIER NE SE DÉMENT PAS

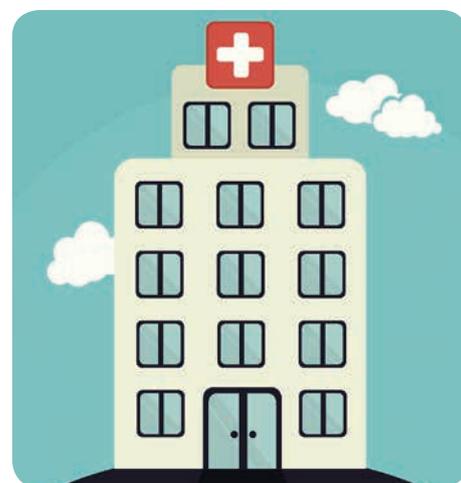
**L'ESSENTIEL\_** Comme chaque année depuis plus de dix ans, le secteur non lucratif – essentiellement représenté par le secteur public hospitalier – grignote un peu plus le marché français de l'hospitalisation MCO.

Le secteur non lucratif détient presque 83 % des séjours de médecine avec nuitée(s), soit une progression de près de 4 % en dix ans sur une activité déjà quasi monopolistique. Concernant la médecine ambulatoire, il possède 65 % des venues, soit une hausse de 4 % en dix ans.

En obstétrique, secteur de plus en plus délaissé par le privé, le secteur non lucratif dépasse la barre des 75 % sur les séjours avec nuitée(s), et gagne 7 % en dix ans. Il atteint même 82 % (+ 8 % en dix ans) sur l'ambulatoire (IVG, soins de l'ante et du post-partum).

Enfin, en matière de chirurgie, champ emblématique de l'activité privée, les secteurs publics et parapublic démontrent un dynamisme continu. Chaque année depuis une décennie, ils prennent un point au privé pour atteindre, sur l'exercice 2013, près de 55 % sur l'hospitalisation complète et 33 % sur l'ambulatoire, seule grande catégorie où les cliniques sont encore majoritaires.

Ainsi, en dépit des fortes contraintes qui s'abattent un peu plus chaque année sur le secteur public hospitalier, celui-ci continue de maintenir le cap d'une croissance ininterrompue de son activité. Il bat tous les ans



des records de productivité tout en continuant à faire face, pratiquement seul, aux contraintes de service public et aux choix stratégiques du secteur lucratif dont les conséquences lui sont imposées.

## La situation financière des hôpitaux à la loupe

Chaque année, le pôle Finances-BDHF de la FHF procède à une enquête sur la situation financière des hôpitaux. L'objectif est de connaître la situation consolidée de l'exercice précédent (2013) avant l'ouverture du débat sur la loi de financement de la sécurité sociale pour l'exercice suivant (2015).

L'analyse des résultats de l'enquête fait apparaître, de manière significative, une détérioration de la situation financière des hôpitaux entre 2012 et 2013. Le nombre d'établissements déficitaires est en hausse, ainsi que le solde déficitaire global. En effet, l'augmentation des charges n'a pas été suffisamment compensée par la hausse des produits.

La dégradation de la situation se confirme par une baisse de la capacité d'autofinancement de 6 % et une diminution de l'investissement à hauteur de 19 %.

#### SYNTHÈSE DES DONNÉES RELATIVES À L'ENQUÊTE SUR LA SITUATION FINANCIÈRE DES HÔPITAUX EN 2013 (TAUX DE RÉPONSES À 93 % DE VOLUME FINANCIER)

Indicateurs	Montant 2012	Montant 2013	Évolution 2012-2013 en %
Déficit	394 910 301	515 636 138	+ 31 %
Excédent	246 356 619	227 996 306	- 7 %
Résultat net comptable Budget principal (si consolidation nationale)	- 148 553 682	- 287 639 832	+ 94 %
Résultat net comptable Tous budgets (si consolidation nationale)	62 456 553	- 90875 699	- 246 %
Capacité d'autofinancement	3 724 550 624	3 490 118 957	- 6,3 %
Insuffisance d'autofinancement	15 539 342	19 013 861	+ 22,4 %
Investissement	6 362 625 687	5 160 451 295	- 19 %

# Développement durable

Avec le soutien de  et de 

## INITIATIVE

### SAINT-ÉTIENNE



## L'UNITÉ DE RÉA BAISSÉ LE SON

**L'ESSENTIEL** \_ Après avoir enquêté sur l'excès de bruit dans un service de réanimation du CHU, un groupe de travail a mis en place des mesures correctives. À la clé, un meilleur confort pour les patients et les professionnels, dans une logique de prise en compte des enjeux de responsabilité sociétale du développement durable.

« **L**orsque j'ai pris mes fonctions en 2011 dans le service, j'ai été interpellée par le niveau de bruit ambiant », raconte Sandrine Mondière, cadre de santé IADE au CHU de Saint-Étienne. Un ressenti confirmé par les professionnels, et par les patients dans leurs questionnaires de sortie.

De ce constat est née une réflexion sur les causes et les conséquences du bruit excessif perçu. Du côté des patients, le bruit peut occasionner des effets auditifs (acouphènes, etc.) ou non auditifs (angoisse, maux de tête, etc.). Du côté des soignants, des effets impactant le travail en service de soins (baisse de la vigilance, du temps de réaction, dégradation des relations professionnelles, etc.) s'ajoutent aux effets classiques du bruit sur la santé.

Un groupe de travail réunissant la cadre de santé et trois infirmières volontaires a mené l'enquête en s'appuyant sur les recommandations des sociétés savantes, les textes officiels, des entretiens avec différents professionnels de l'établissement, des relevés sonométriques, etc.

### SOURCES DE BRUIT VARIÉES

Résultat : le jour, le niveau sonore moyen atteint 77 décibels au lieu des 45 recommandés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour un hôpital. La nuit, une moyenne de 67 décibels a été enregistrée, au lieu des 35 recommandés. Les principales sources de bruit sont les appareils et leurs alarmes : scopes, respirateurs, pneumatiques, système de ventilation des chambres, etc. Également en cause, les téléphones et autres moyens de communication. Et, bien sûr, l'activité des soignants.



### MOINS DE BRUIT À MOINDRE COÛT

« Nous avons alors choisi une série de mesures destinées à réduire le niveau sonore du service. Pour être retenues, elles devaient être simples à mettre en place et ne pas induire de coût supplémentaire pour l'établissement », précise la cadre de santé.

Le nombre de postes téléphoniques a été réduit et les professionnels ont été invités à les utiliser en mode vibreur. Les appels sur l'interphone des visiteurs ont été transférés sur les téléphones portatifs des professionnels, ce qui a eu pour effet la suppression de l'interphone central. Le volume des alarmes de certaines machines a été diminué. Enfin, le personnel a été sensibilisé à sa propre discrétion dans le service (choix des chaussures, voix, etc.). Des mesures de bon sens qui se sont révélées efficaces : le relevé

sonométrique de février 2014 a montré une diminution de 12 % de jour comme de nuit du niveau sonore. Et ce malgré la suractivité qu'a connue le service au moment de l'enregistrement.

### RÉFÉRENCES SUR LE BRUIT

- Décret n° 2006-892 du 19 juillet 2006 relatif aux prescriptions de sécurité et de santé applicables en cas d'exposition des travailleurs aux risques dus au bruit.
- Arrêté du 25 avril 2003 relatif à la limitation du bruit dans les établissements de santé.
- Structures et organisation des unités de réanimation : 300 recommandations, SRLF et Springer-Verlag France 2012- R119-120, R132, R138, R300, Rappel circulaire 2003.

# Médical

## INITIATIVES

LYON



# UNE CURIETHÉRAPIE DE LA PROSTATE EN AMBULATOIRE

**L'ESSENTIEL** \_ Au centre hospitalier Lyon-Sud, on pratique désormais la curiethérapie sur cancer de la prostate en ambulatoire. À la clé : des bénéfices pour le patient, l'établissement et le système de soins.



**L**e centre hospitalier Lyon-Sud, appartenant aux Hospices civils de Lyon (HCL), propose désormais aux patients une curiethérapie de la prostate en ambulatoire. C'est en constatant qu'aux États-Unis cet acte était pratiqué de façon courante en moins de 24 heures que le Pr Olivier Chapet, chef du service d'oncologie-radiothérapie, a eu l'idée de le mettre en place. En France, il s'agit d'une première.

### ÉVITER DEUX NUITS D'HOSPITALISATION

La curiethérapie est un traitement de référence du cancer de la prostate. Il consiste à placer des sources radioactives dans cette glande, pour que leur rayonnement détruise les cellules cancéreuses. Jusque-là, pour

en bénéficier, les patients devaient être hospitalisés deux nuits au minimum. Ce délai se justifiait par le port d'une sonde urinaire. Le patient entrait la veille de l'intervention, la sonde était posée au bloc et n'était retirée que le lendemain. Le patient était encore gardé quelques heures suivant le retrait, le temps de s'assurer qu'il urinait normalement. « *Nous avons expérimenté le retrait des sondes urinaires dès la sortie de bloc durant six mois, en gardant par précaution les patients en observation jusqu'au lendemain. Résultat : il n'est pas utile de porter la sonde plus longtemps* », explique le Pr Olivier Chapet.

### UN GESTE IDENTIQUE

Depuis mai dernier, le service d'oncologie-radiothérapie propose donc la curiethérapie de la prostate en ambulatoire.

Concrètement, le geste pratiqué au bloc demeure le même, mais le reste de la prise en charge est organisé de telle sorte que le patient passe le minimum de temps à l'hôpital. Un document explicatif lui est remis avant l'intervention. Il réalise sa préparation chez lui (deux lavements et une douche antiseptique) et entre à l'hôpital le jour de l'intervention. La sonde urinaire, posée juste avant l'intervention, est retirée dès la sortie du bloc. En fin de journée, le médecin s'assure que le patient n'a ressenti aucune difficulté pour uriner, et qu'il ne présente aucune contre-indication pour sortir le soir même.

« *La nuit suivant le geste, le patient dort mieux, parce qu'il dort chez lui et qu'il ne porte pas de sonde urinaire. Moins de temps passé à l'hôpital signifie aussi moins de risque d'infection nosocomiale* », indique le Pr Chapet. De plus, si elle n'est pas encore chiffrée, la réduction des coûts qu'entraîne une prise en charge en ambulatoire est certaine. Un point positif pour l'hôpital, comme pour le système de soins en général.

**POURENSAVOIR**   
Écrire à Olivier Chapet,  
[olivier.chapet@chu-lyon.fr](mailto:olivier.chapet@chu-lyon.fr)

### LES CONDITIONS D'ACCÈS À L'AMBULATOIRE

La curiethérapie de la prostate ne peut être proposée en ambulatoire qu'aux patients répondant à certaines conditions :

- Ne pas souffrir d'un trouble qui nécessite une surveillance particulière après une anesthésie générale (pas de risque cardiaque par exemple).
- Ne pas résider à plus de 100 km du centre hospitalier.
- Être accompagné à sa sortie.
- Ne pas passer la première nuit après l'intervention seul à son domicile.

## INITIATIVES

NÎMES



# Diagnostiquer dans toutes les langues

**Pouvoir interroger son patient en albanais, en grec ou en bosnien, sans connaître un mot de la langue. Voilà ce que propose Mediglote, une application gratuite pour smartphone.** L'idée est venue à Pierre-Alexis Balaz, étudiant en dernière année de médecine à l'université de Montpellier-Nîmes, durant un stage en service d'urgence. « *Nous avions besoin de connaître au plus vite les antécédents médicaux du patient, ses allergies, d'éliminer un risque de maladie contagieuse, de l'informer sur sa pathologie... S'il ne parlait pas français et qu'aucun traducteur n'était disponible à ce moment-là, la situation pouvait être compliquée.* » Pour développer cette appli, l'étudiant de 24 ans a déniché des tutoriels et un site hébergeur gratuit sur le Web. Pour le contenu, des étudiants en médecine et des médecins, natifs de pays étrangers, se sont portés volontaires. Le projet a été bouclé en moins de quatre mois.

En pratique, une fois installée sur le télé-

phone, l'appli peut fonctionner sans connexion. Elle propose d'abord de sélectionner la langue ou le dialecte du patient (une vingtaine sont déjà disponibles). Puis des rubriques liées aux urgences médicales (traumato, infectio, cardio, etc.) et gynécologiques mènent à une sélection d'expressions les plus courantes affichées en français, traduites dans la langue du patient et en phonétique.

Pierre-Alexis Balaz est encore à la recherche de bonnes volontés, médecins ou carabins de langue maternelle étrangère, pour ajouter de nouvelles langues à Mediglote. Le jeune homme s'est également fixé pour objectif de créer une version anglaise de l'appli. Un projet qui devra peut-être attendre un peu, au moins la fin de sa sixième année d'études.

### POURENSAVOIR

Mediglote est disponible gratuitement sur Google Play et l'App Store. Pour y contribuer, écrire à [mediglote@gmail.com](mailto:mediglote@gmail.com)



CRÉTEIL



# Une thyroïdectomie en chanson

**Au printemps dernier, une première française a eu lieu au centre hospitalier (CH) Henri-Mondor de Créteil. Une thyroïdectomie totale a été réalisée sous hypnose et « monitorée » par la voix de la personne opérée.** Les médecins, en accord avec la patiente, une jeune chanteuse professionnelle, ont choisi cette solution pour préserver sa voix. Alama Kanté, artiste d'origine guinéenne, souffrait d'une tumeur thyroïdienne macro-multinodulaire, pour laquelle une thyroïdectomie était nécessaire. Habituellement, ce genre d'opération se pratique sous anesthésie générale. « *Cette option était très risquée, la sonde d'intubation placée dans la trachée pouvant blesser les cordes vocales* », explique le Pr Gilles Dhonneur, anesthésiste-réanimateur au CH Henri-Mondor.

Les petites lésions occasionnées dans 30 à 50 % des cas provoquent un changement de voix. Un effet sans importance pour la plupart des patients, mais pas pour une chanteuse. L'intervention s'est donc déroulée sous anesthésie locale et sous hypnose. Par ailleurs, la chirurgie représente le second risque majeur pour la voix de la cantatrice. Si le chirurgien coupe, brûle ou lèse par accident lors de la dissection difficile l'un ou l'autre des deux nerfs « récurrents », ceux qui donnent la motricité des cordes vocales, alors la carrière de la cantatrice est finie. Pour guider le chirurgien, l'équipe mondorienne a demandé à Alama Kanté de chanter durant les moments délicats de la dissection de cette d'opération, qui a duré plus de deux heures. « *Brutalement,*

*la patiente a perdu presque complètement sa voix. Le chirurgien affectait l'un des nerfs récurrents par une traction trop importante sur la pièce opératoire qui était en cours de dissection. Le Pr Pascal Desgranges [chirurgien vasculaire et endocrinienne] a donc modifié sa stratégie opératoire* », raconte le Pr Dhonneur. Bien que la chirurgie sous hypnose ne soit pas une nouveauté, le protocole opératoire innovant proposé par les équipes d'anesthésie et de chirurgie de l'hôpital a tenu ses promesses, et la voix de la chanteuse a été préservée. Elle a d'ailleurs enregistré un nouvel album 45 jours après sa chirurgie.

### POURENSAVOIR

Écrire à Gilles Dhonneur, [gilles.dhonneur@hmn.aphp.fr](mailto:gilles.dhonneur@hmn.aphp.fr)

# Médico-social

## ACTUALITÉS

### LE VILLÂGE DES AUBÉPINS, LAURÉAT DU PRIX CNSA « LIEUX DE VIE COLLECTIFS ET AUTONOMIE »

**L'ESSENTIEL** En présence de la secrétaire d'État Laurence Rossignol, la présidente du Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a remis le prix « Lieux de vie collectifs et autonomie » de la réalisation médico-sociale pour personnes âgées. L'Ehpad public communal de Maromme (Seine-Maritime) a ainsi été récompensé pour sa logique de services.

L'établissement dirigé par Marie-Pascale Mongaux-Masse a fait l'objet d'une opération de reconstruction et d'extension. Il a été pensé comme un village au cœur de la ville, intégré autour d'une place avec des commerces indépendants : un service de couture et de retouches, un institut de beauté, un salon de coiffure et une cafétéria. Cette conception permet aux résidents, aux familles et au personnel de rencontrer la population et de poursuivre une vie de quartier. Avec ses places d'accueil de jour, d'hébergement temporaire, son pôle d'activités et de soins adaptés, et son parti pris de ne pas créer d'unité Alzheimer dédiée, le Villâge des Aubépins refuse toute stigmatisation et se positionne dans une logique de réponse aux attentes des personnes en perte d'autonomie. L'établissement expérimente un service de répit pour les aidants, inspiré du baluchonnage, baptisé « Parenthèse à domicile ». L'intervention de professionnels à domicile sur trois jours et deux nuits permet de prévenir le risque d'épuisement des aidants familiaux.



Pour nous faire part de l'initiative médico-sociale d'un établissement public, écrivez-nous sur [fhf@fhf.fr](mailto:fhf@fhf.fr)

### GENEVIÈVE GUEYDAN, NOUVELLE DIRECTRICE DE LA CNSA

Geneviève Gueydan, administratrice civile hors classe, conseillère politique de solidarité et du logement à l'Élysée, a été nommée directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), à compter du 1<sup>er</sup> août 2014. Directrice adjointe du cabinet du maire de Paris de 2001 à 2004 en charge des politiques sociales, elle a ensuite occupé les fonctions de directrice de l'Action sociale, de l'Enfance et de la Santé de la ville de Paris jusqu'en 2012. Geneviève Gueydan succède à Luc Allaire, qui avait été nommé directeur de la CNSA en conseil des ministres le 1<sup>er</sup> août 2011 et dont le mandat a pris fin le 31 juillet 2014.

### TAUX DE TVA DE LA RESTAURATION DANS LES ESMS



La TVA est perçue au taux réduit de 5,5 % concernant la fourniture de logement et de nourriture dans les ESMS, en application de l'article 278-0 bis C du code général des impôts. Ce taux de 5,5 % est également applicable aux prestations de restauration rendues par les sociétés de restauration collective à ces mêmes établissements pour leurs pensionnaires.

## INITIATIVE

NANCY



# UNE NOUVELLE PORTE D'ENTRÉE POUR LA GÉRIATRIE

**L'ESSENTIEL\_** Pour améliorer la prise en charge des personnes de plus de 75 ans à l'hôpital, le CHU de Nancy a notamment mis en place une unité de gériatrie d'entrées directes.

**P**assages inutiles au service d'accueil des urgences, réhospitalisations, transferts de service en service, délais d'attente trop importants... La prise en charge des personnes âgées à l'hôpital n'est pas toujours optimale. Face à ce constat, le CHU de Nancy a entrepris une réorganisation. Cette démarche s'inscrit dans le cadre du plan de refondation de l'hôpital. L'objectif est de poursuivre l'amélioration du parcours patient. Depuis le 1<sup>er</sup> juin, l'hôpital compte une unité de gériatrie d'entrées directes (Uged), à la place du secteur post-urgence d'orientation gériatrique (PUOG), qui avait été ouvert en décembre 2010.



## DEMANDES D'ADMISSION EN ATTENTE

« Avant la création de l'Uged, la grande majorité des patients accueillis dans le secteur d'hospitalisation en gériatrie l'étaient via le service d'accueil des urgences (SAU). Les entrées directes étaient très rares », explique le Pr Christine Perret-Guillaume du service de gériatrie. Les demandes des médecins généralistes de ville pour faire admettre leurs patients étaient souvent mises en attente, en raison du grand nombre des admissions en aval des urgences. Aujourd'hui, la tendance s'est inversée, et une majorité de patients arrive dans cette unité depuis son domicile ou depuis un Ehpad. Durant le premier mois

de création de l'Uged, en juin dernier, 36 % seulement des patients passés dans l'Uged arrivaient du SAU.

## UNE PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE

En pratique, un gériatre senior du service porte un téléphone relié au réseau Vill'Hôp, que les médecins de ville peuvent appeler. « Ils peuvent nous demander un avis sur un cas, sur des symptômes, un traitement... La discussion peut nous amener à programmer des examens ou une hospitalisation en gériatrie, pour le jour même ou pour plus tard », détaille le Dr Lallia Braikia, praticien hospitalier et responsable de l'Uged.

Aujourd'hui, le service n'a plus de patients venant de leur domicile en attente d'hospitalisation. Les patients âgés venant de chez eux ou d'un Ehpad sont orientés vers les 14 lits de l'Uged, où ils restent 7 jours en moyenne. Les transferts d'autres unités ou des urgences sont pris en charge au sein

du service de gériatrie ou en soins continus (47 lits au total), selon les cas, les lits d'aval des urgences restant indispensables au fonctionnement de l'hôpital. Au sein de cette nouvelle unité, la prescription médicamenteuse des patients peut être révisée, pour éviter le risque de iatrogénie médicamenteuse et améliorer la prise en charge de la douleur. L'Uged assure également des bilans de santé concernant les chutes, la fatigue, ou encore la perte de poids.

### PAERPA

Le CHRU de Nancy est engagé dans l'expérimentation nationale Paerpa\*, qui vise à proposer un parcours de soins adapté aux besoins de la personne âgée. Les enjeux sont multiples : éviter les passages en services d'urgence, la décompensation des patients, les complications, etc.

\*Personne âgée en risque de perte d'autonomie.

# 19 %

des séjours de plus de 24 heures au CHRU de Nancy concernent des personnes de plus de 75 ans.

# Offre de soins

## ACTUALITÉS

### IMAGERIE : LES RECOMMANDATIONS DE LA FHF

**L'ESSENTIEL\_** L'offre de radiodiagnostic et d'imagerie médicale se dégrade avec le temps. La commission imagerie de la FHF propose cinq orientations pour remonter la pente.

**L**a future loi de santé est une loi de programmation et d'orientation qui met au sommet de l'agenda politique les enjeux de parcours, d'accessibilité et d'adaptation du système français de santé, dans un contexte de vieillissement de la population et de progression des maladies chroniques.

Dans ce cadre, la commission imagerie de la FHF, présidée par le Dr Frédéric Martineau, et composée de médecins et de directeurs d'établissement, a remis à la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes un document comprenant cinq orientations pour la discipline de radiodiagnostic et d'imagerie médicale exercée à l'hôpital public.

#### UN ENJEU STRATÉGIQUE

En effet, l'imagerie médicale, par la place prépondérante qu'elle occupe dans le diagnostic et le suivi thérapeutique de toutes les activités et spécialités médicales ou chirurgicales, constitue un enjeu stratégique pour les établissements de santé. Elle est au cœur de la plupart des grands plans de santé publique de ces dernières années (plans Cancer, AVC...) et de la prise en charge des urgences. Son efficacité sera demain capitale dans la montée en charge de l'activité ambulatoire.

Pour autant, la situation actuelle de cette discipline est quelque peu inquiétante avec un taux de vacance d'emplois passé de moins de 10 % à 40 % des postes de radiologue, avec des équipements qui deviennent de plus en plus souvent vétustes, etc.

#### DÉVELOPPER DES PLATES-FORMES D'IMAGERIE DE TERRITOIRE

Les membres de la commission imagerie de la FHF ont souhaité que la future loi de santé puisse porter une attention particulière à ce secteur d'activité essentiel et propose les recommandations suivantes :

1. L'organisation de plates-formes d'imagerie diagnostique et interventionnelle complètes, diversifiées et regroupées autour d'équipes de taille suffisante et plurispécialisées, fédérant les professionnels autour d'un projet médical partagé ;
2. Le développement d'une politique attractive de l'hôpital public pour l'ensemble des

professionnels de l'imagerie sur un territoire ;

3. La structuration d'une réelle démarche qualité assurant aux patients la meilleure prise en charge mais également garantissant aux professionnels un cadre d'exercice sûr ;

4. La définition de règles précises sur le stockage et l'échange de données, permettant aux professionnels de coopérer efficacement, tout en préservant la confidentialité ;

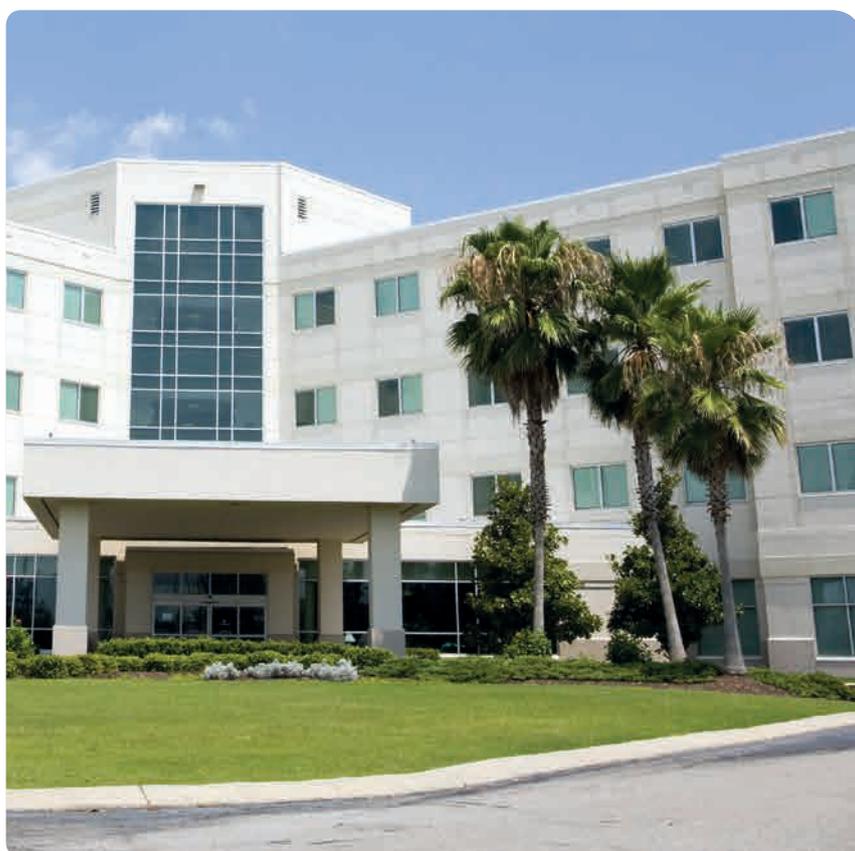
5. La valorisation de l'activité d'imagerie au sein des établissements de santé et l'incitation des établissements au renouvellement de leurs équipements.



# Grand angle

## Hôpital : le modèle français s'exporte !

**L'ESSENTIEL** Les savoir-faire de l'hôpital français intéressent les pays émergents qui sont de plus en plus souvent en capacité de payer pour en bénéficier. Des liens se nouent et de premières affaires se concluent. État des lieux.



**L'**humanitaire et l'aide au développement ne sont plus les seuls principes de coopération hospitalière. D'autres modèles apparaissent, sous l'impulsion des pays émergents qui connaissent un boom économique. « *Aujourd'hui, les partenariats avec ces pays ne se font plus à sens unique. Nous sommes dans une logique gagnant-gagnant* », explique Éric Trottmann, chef de projet International, Europe, Outre-mer de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). La demande d'expertise en matière de santé hospitalière ne cesse de progresser : en 2008, cette demande représentait déjà plus de 10 milliards de dollars à l'échelle mondiale\*. Elle porte sur la totalité ou presque des savoir-faire hospitaliers. La Chine est responsable d'une bonne part de ce marché en formation. Avec une pression démographique importante, l'apparition d'une classe moyenne et un vaste territoire à mailler, l'empire du Milieu a besoin d'organiser son système de soins. Pour ce faire, il a choisi l'organisation polaire de l'hôpital français. Jumelages entre hôpitaux chinois et français et visites de délégations se multiplient. Exemple parmi tant d'autres, en juin 2010, une trentaine de professionnels de santé chinois ont été invités au centre hospitalier Esquirol de Limoges pour apprécier sur le terrain l'organisation innovante d'un établissement de santé mentale en France. En octobre 2013, une nouvelle délégation de médecins et

# Grand angle

Suite de la page 15 →

de directeurs d'hôpitaux chinois a pu analyser l'organisation du pôle Neurosciences, tête, cou et rachis, du CHU de Limoges. Ces rendez-vous ont été organisés dans le cadre d'accords de coopération signés entre les ministères de la Santé chinois et français.

## COMPÉTENCES À VALORISER

Tous les savoir-faire des hôpitaux et de leurs équipes peuvent *a priori* retenir l'attention de ces États. Une partie des demandes porte sur la formation, qui ne se résume plus à l'accueil d'étudiants au sein des hôpitaux français. Un centre de formation franco-chinois à la médecine d'urgence et de catastrophe a, par exemple, été ouvert à Pékin en vue des Jeux olympiques de 2008. Il s'est pérennisé et a même été agrandi. L'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) a été partie prenante de ce projet, cofinancé par le bureau de la Santé de Pékin, l'ambassade de France en Chine et le groupe Total. Le Samu de l'AP-HP a également dispensé des formations à la médecine de catastrophe courant 2013 dans l'État du Minas Gerais au Brésil, avant la Coupe du monde de football. L'établissement francilien a encore plusieurs projets en préparation, dont une structure de rééducation cardiaque en Chine. L'hôpital valorisera financièrement son expertise pour définir le projet médical de l'établissement, la programmation des soins, l'équipement à acquérir, et pour suivre ce projet dans le temps.

Autres exemples de compétences développées par le service public hospitalier français qui peuvent être recherchées : la gestion des risques, de la qualité et de la sécurité des soins ; les systèmes d'information médicale ; la mise en place d'agences de contrôle, de veille sanitaire, etc. La relation entre usagers et professionnels peut, elle aussi, faire l'objet de partenariats, comme c'est le cas du CH Esquirol de Limoges, qui soutient la création d'une commission

## LES DEMANDES DE SAVOIR-FAIRE PAR PAYS/RÉGION



de conciliation entre usagers et professionnels au CHU Ibn Sina de Rabat (Maroc).

Les pays émergents ne sont pas les seuls à solliciter l'expertise française en matière de santé. La Suisse le fait également. Le gouvernement valaisan a récemment demandé à SPH Conseil (filiale de la FHF) un audit de fonctionnement et d'organisation de l'Hôpital du Valais portant sur la qualité des soins, le bloc opé-

# 3

## IDÉES REÇUES

### N°1



#### LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER N'EST PAS MONNAYABLE

Si la France a encore une vision largement non marchande de son secteur hospitalier public, rien n'interdit aux établissements de gagner de l'argent dans les limites juridiques qui leur sont imposées. La France exporte ses compétences lorsqu'il s'agit de recherche scientifique, d'expertise militaire... il n'y a pas de raison que l'hôpital fasse exception.

### N°2



#### LES INITIATIVES DE COOPÉRATION NE SONT PAS PÉRENNES

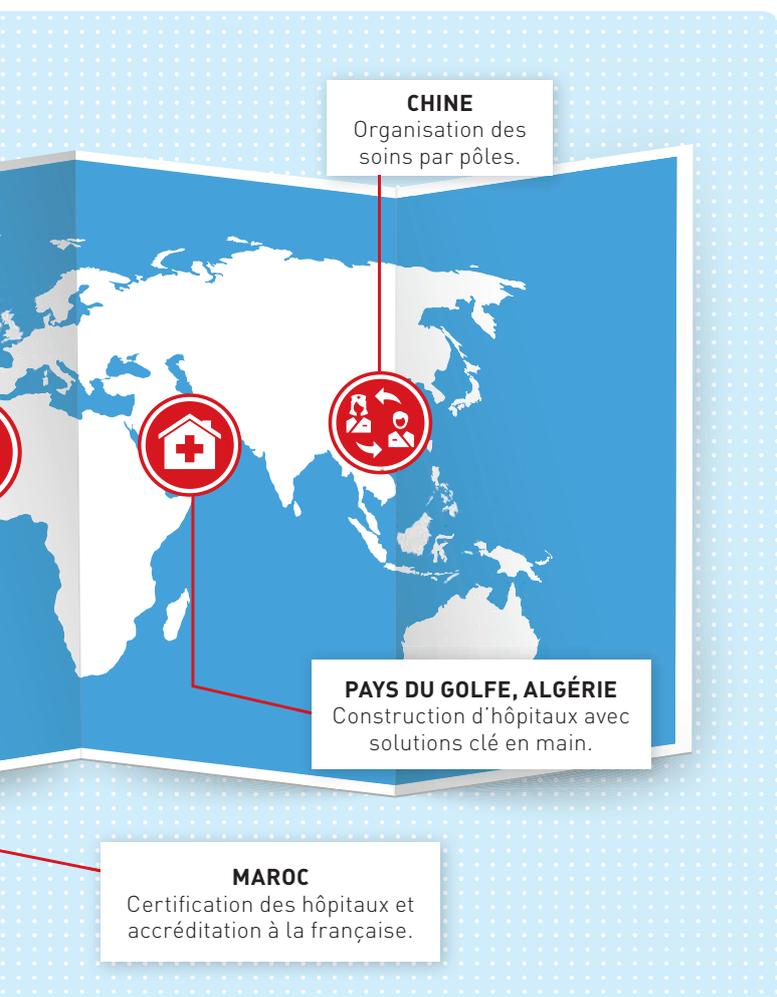
Elles tendent à le devenir. Certaines initiatives de coopération ont pour objectif de tisser des liens de longue durée entre deux établissements. D'autres projets consistent à implanter un établissement franco-étranger sur place, ce qui assure de fait un partenariat sur le long terme.

### N°3



#### LA DÉMOCRATIE SANITAIRE N'INTÉRESSE QUE LA FRANCE !

Faux. L'assurance maladie universelle et l'égalité de l'accès aux soins tels qu'ils existent en France sont des valeurs partagées à l'étranger. Dans de nombreux pays, l'émergence d'une classe moyenne et la crainte de contestations populaires incitent les gouvernements à y prêter attention.

**CHINE**

Organisation des soins par pôles.

**PAYS DU GOLFE, ALGÉRIE**

Construction d'hôpitaux avec solutions clé en main.

**MAROC**

Certification des hôpitaux et accréditation à la française.

ratoire et la communication. Par la suite, SPH Conseil a conçu un projet stratégique complet pour l'Hôpital du Valais et a été chargé d'accompagner la structuration de la nouvelle équipe de direction.

**GAINS À LONG TERME**

Si nombre de démarches en cours ne génèrent pas des bénéfices immédiats, des liens se tissent pour préparer de futures affaires. Le CHU d'Amiens, par exemple, a noué des coopérations avec des hôpitaux chinois du Nord-Ouest et du Centre Nord engagés dans un processus de réforme. Les équipes médicales et administratives des deux pays ont échangé leurs bonnes pratiques en matière de gestion hospitalière, d'organisation des soins et de savoir-faire médicaux, par l'organisation de formations croisées, de conférences et d'accueils de stagiaires. Le CHU d'Amiens, qui inaugure cette année son nouvel hôpital, a fait profiter ses partenaires chinois de son expérience en matière d'architecture hospitalière. Cela a incité au moins cinq hôpitaux chinois à recourir à des cabinets d'architectes français spécialisés dans la conception d'hôpitaux.

Si leur objectif principal est l'aide au développement, les partenariats hospitaliers financés par l'Agence française de développement (AFD) pilotés par la FHF peuvent, eux aussi, entraîner des gains

à plus long terme. « Lorsque l'AFD finance un projet en lien avec la santé dans un pays en développement, son gouvernement peut passer contrat avec des entreprises françaises pour finaliser ou faire évoluer son projet », indique Philippe Walfard, de la division Santé et protection sociale de l'AFD. Exemple : lors de la reconstruction de l'hôpital universitaire d'État de Port-au-Prince (Haïti), des experts français ont travaillé à la programmation et à l'assistance à la maîtrise d'ouvrage.

**FAIRE ÉVOLUER LA LOI**

Sur le plan administratif, dégager des bénéfices en vendant son savoir-faire n'est pas évident pour un hôpital public. « Juridiquement, nous ne sommes pas autorisés à créer de filiale commerciale, comme peuvent le faire les Allemands par exemple. Nous valorisons financièrement notre savoir-faire au titre des "activités subsidiaires" autorisées par le code de la santé publique. Si, à l'avenir, ce genre de partenariats devait se multiplier, il faudrait probablement faire évoluer la loi », estime Florence Veber, directrice des relations internationales à l'AP-HP, qui participera à la création d'un CHU à Constantine (Algérie), en consortium avec Bouygues International et Vamed Engineering (voir encadré ci-dessous).

Les hôpitaux souhaitant se lancer dans l'aventure et obtenir des fonds pour débiter un partenariat peuvent aussi répondre aux appels à projets lancés par différentes institutions. C'est sur le principe du gagnant-gagnant que repose l'appel à projet de la DGOS intitulé « coopération hospitalière internationale » financé par une mission d'intérêt général – guichet d'aide financière alimenté par les lois de financement de la sécurité sociale – dont l'objectif est de permettre l'amorçage de nouveaux projets. « Les projets financés participent à la valorisation des références françaises en santé au-delà de nos frontières », note Éric Trottmann. *Même si cela n'est pas notre objectif premier, des retombées financières peuvent en découler à terme... »*

**UN CHU CLÉ EN MAIN EN ALGÉRIE**

L'AP-HP, en consortium avec Bouygues Bâtiment International et Vamed Engineering (entreprise autrichienne ayant une expérience de l'équipement et de la gestion d'hôpitaux à l'international), a remporté un appel d'offres du gouvernement algérien. L'enjeu : la création d'un CHU de 500 lits dans la ville nouvelle d'Ali Mendjeli, près de Constantine, et sa gestion durant cinq ans. L'AP-HP s'est engagée sur plusieurs points liés à l'organisation des soins : la définition d'un projet médical, l'instauration d'une gouvernance hospitalière par pôles, la démarche de qualité et de sécurité des soins et la formation médicale et paramédicale. La signature du contrat est prévue pour octobre 2014, et la construction doit débiter en 2015. Une façon pour elle de valoriser financièrement ses compétences, mais pas seulement. « Ce projet réunit tous les savoir-faire pour lesquels nous sommes sollicités par l'étranger », indique Florence Veber, directrice des relations internationales à l'AP-HP. *Il s'agit donc d'une reconnaissance, d'une vitrine. De plus, en interne, ce type de projets favorise le travail en équipe et le sentiment d'appartenance à notre institution. »*

## HOPITALEXPO MÉDITERRANÉE, LE RENDEZ-VOUS D'AFFAIRES ET DE COOPÉRATION HOSPITALIÈRE DU BASSIN MÉDITERRANÉEN

À l'initiative de la FHF qui a associé les autres fédérations de l'hospitalisation française (Fehap, FHP, Unicancer) HopitalExpo Méditerranée sera, les 3 et 4 décembre 2014, le point de rencontre des responsables gouvernementaux, dirigeants hospitaliers, porteurs de projet, bailleurs internationaux, financeurs privés, médecins-chercheurs et industriels français et étrangers.

Retrouvez le programme de ce salon doublé d'un congrès international et inscrivez-vous sur [www.hopitalexpo.com](http://www.hopitalexpo.com)



Suite de la page 17 →

### UN RETARD À RATTRAPER

Les spécialistes s'accordent à dire que l'export du savoir-faire hospitalier français n'est pas encore une machine bien huilée. Voire que la France aurait pris un léger retard en la matière. En cause : le manque de structuration du secteur et l'absence d'interlocuteur de référence.

C'est aussi pour améliorer les performances françaises à l'export dans le domaine de la santé qu'une mission de « fédérateur santé » a été attribuée à David Sourdivé, par l'ancienne ministre du Commerce extérieur, Nicole Bricq, et repris par ses successeurs. « *Un de nos objectifs est de créer des précédents, en incorporant des hôpitaux à des consortiums d'entreprises et d'acteurs du domaine de la santé, constitués ad hoc pour apporter des offres intégrées à un pays ou une région. En outre, nous identifions et tentons de combler les chaînons manquants de notre savoir-faire, critiques pour l'export, explique David Sourdivé. Aujourd'hui, il est encore difficile pour des acteurs publics de faire valoir leurs atouts dans la compétition mondiale. Des freins juridiques mais aussi parfois culturels entravent la valorisation de ces actifs importants. Pourtant, face à des concurrents comme les Canadiens ou les Coréens par exemple, il devient urgent de structurer nos offres et de se mettre en capacité de faire valoir nos atouts hospitaliers.* »

Enfin, le gouvernement a décidé de regrouper les organismes de coopération internationale publics (FEI, Adetef, GIP Esther, GIP Inter, GIP SPSI et ADECRI) au sein de l'AFETI, l'Agence française d'expertise technique internationale, dont le préfigurateur, Jean-Christophe Donnellier, a été nommé cet été.

\*« *L'expertise internationale au cœur de la diplomatie et de la coopération du XXI<sup>e</sup> siècle. Instruments pour une stratégie française de puissance et d'influence* », Nicolas Tenzer, 2008.

## \_3 QUESTIONS À

**Benoît Tamalet**, conseiller régional santé pour le Moyen-Orient, basé à l'ambassade de France à Riyad

**“Promouvoir notre expertise en matière de santé au Moyen-Orient”**

### Quel est votre rôle dans l'export du savoir-faire français ?

Mon travail consiste à promouvoir, au sein des pays du Moyen-Orient, tout ce que la France sait faire dans le domaine de la santé. Lorsque nous avons commencé à y travailler, il y a une dizaine d'années, notre expertise était totalement inconnue dans cette zone. Nous avons rencontré les acteurs locaux majeurs, appartenant aux secteurs publics et privés, pour se présenter, leur expliquer ce que l'on savait faire, organiser des visites d'établissements français... Notre objectif est de créer un package global public-privé France pour la santé, au sens académique, mais aussi sur le plan scientifique et industriel.

### Grâce à quelle stratégie comptez-vous vendre le savoir-faire français ?

Nous souhaitons davantage créer une « école française » que mener des actions ponctuelles. Nous tentons d'emprunter le parcours de nos principaux concurrents : Américains, Canadiens et Coréens. Notre handicap : ils ont débuté il y a une quarantaine d'années. La première étape est de former les futures élites médicales des pays de la zone, ce que nous avons

commencé à faire dès 2007. Par la suite, ces médecins investiront les établissements locaux, et voudront par habitude travailler sur des technologies françaises, dans un système organisé à la française. Mais ce processus est long. À ce jour, nous avons fait signer de nombreux partenariats entre CHU français et ministres de la Santé saoudien et émirati. Fin décembre 2013, la venue du président François Hollande a représenté l'occasion de signer un accord bilatéral de santé global entre la France et l'Arabie saoudite. De nombreuses négociations sont en cours, dont les résultats sont attendus à l'horizon 2016.

### Quelles difficultés rencontrez-vous ?

Les structures publiques françaises ne sont pas expertes en matière de déploiement à l'étranger et n'ont pas vocation, par définition, à générer des bénéfices. Il est donc encore complexe de les mobiliser. Il serait utile de posséder des structures de soins publiques-privées, flexibles et réactives. Ainsi qu'une agence publique française chargée de projeter le savoir-faire hospitalier français à l'international, une structure qui serait d'emblée identifiable et crédible aux yeux des pouvoirs publics locaux.



### LE POINT DE VUE DE LA FHF

**Gérard Vincent**, délégué général

« Outre son rôle de promotion de l'hôpital et des maisons de retraite publics, la FHF souhaite valoriser le savoir-faire français à l'étranger. Les citoyens contribuent financièrement au système de soins, nous souhaitons en contrepartie valoriser l'image de la France, une façon de soutenir son économie. C'est dans cet esprit que la FHF organise le salon HopitalExpo Méditerranée. »

# Grand angle

## OFFRE DE SOINS

# Ambulatoire : comment se situe la France ?

**L'ESSENTIEL\_** Malgré tous ses efforts, la France peine à rattraper son retard en matière de prise en charge en ambulatoire. États-Unis, Scandinavie, Grande-Bretagne... le pays ne manque pourtant pas d'exemples dont il pourrait s'inspirer. Petite comparaison des pratiques ambulatoires.

« **L**a chirurgie ambulatoire consiste à prendre en charge, en douze heures maximum, un patient pour une opération tout en s'assurant qu'il a toutes les conditions requises en postopératoire pour rentrer chez lui », définit le Dr Gilles Bontemps, directeur associé de l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap). Plébiscitée par les Français, la chirurgie ambulatoire présente un double avantage pour les patients : moins de risques associés au séjour à l'hôpital (infections nosocomiales, etc.) et à l'alitement (accidents thromboemboliques, etc.). Mieux, selon une étude de l'Association internationale pour la chirurgie ambulatoire (IAAS), cette pratique permettrait de réaliser des économies de l'ordre de 25 % à 68 % par rapport à la chirurgie traditionnelle.

### RATTRAPER VINGT ANS DE RETARD

« Dès les années 1960-1970, les États-Unis, l'Angleterre et de nombreux pays du nord de l'Europe ont été obligés, pour des raisons économiques, de diminuer leur capacité d'hébergement hospitalière », explique le Pr Corinne Vons, présidente de l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA).

La France commence à s'y intéresser à partir des années 1990, et n'en fera sa priorité nationale, en matière de santé, qu'en 2010. Ainsi, même si l'ambulatoire ne cesse de gagner du terrain en chirurgie, le pays ne rattrape que très lentement son retard par rapport à ses voisins européens.

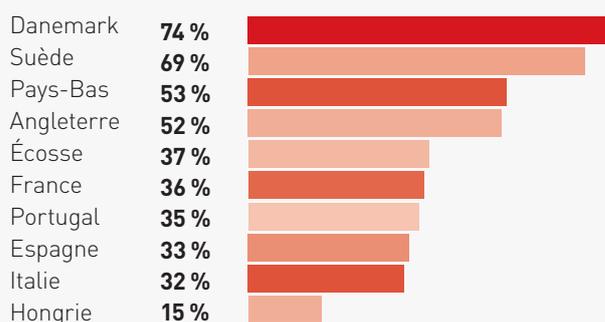
Aujourd'hui, 42,7 % des opérations françaises sont réalisées en ambulatoire, mais ce chiffre cache des



# Grand angle

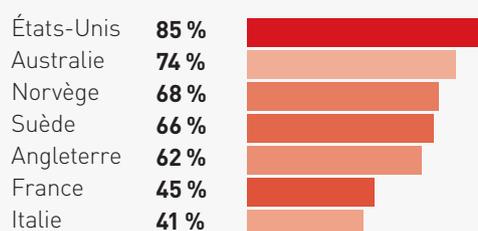
## LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN CHIFFRES

### Taux de chirurgie ambulatoire des pays en % de leur activité chirurgicale globale



Source : « Day Surgery Activities 2009 », International Survey on Ambulatory Surgery conducted in 2011, IAAS.

### Taux de chirurgie ambulatoire des pays en % de leur activité chirurgicale pour 37 actes chirurgicaux définis par l'IAAS



Source : « Day Surgery Activities 2004 », International Survey on Ambulatory Surgery conducted in 2009, IAAS.

Suite de la page 19 →

disparités. Dans le secteur privé, 50 % des interventions sont réalisées en ambulatoire, contre seulement 25 % dans le public. Confrontés à la même situation, les États-Unis en ont profité pour stimuler la concurrence entre les deux secteurs.

Une approche similaire a été adoptée par la Grande-Bretagne avec, en plus, une forte impulsion à l'échelle nationale. En 2008, le National Health Service (NHS) a mis la chirurgie ambulatoire en tête de ses priorités, afin que cette modalité de prise en charge devienne la norme.

La France, elle, a opté pour une forte mobilisation des pouvoirs publics. Les ARS ont inscrit l'ambulatoire dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire. La HAS et l'Anap, de leur côté, ont élaboré de nombreux outils à destination des acteurs de terrain en termes d'organisation – un point clé de la réussite en ambulatoire. L'Assurance maladie, elle, a instauré des mesures coercitives : la procédure de mise sous accord préalable à destination des établissements, dont le taux de chirurgie ambulatoire se situe sous la moyenne régionale\*. Les chirurgiens doivent demander une autorisation du service médical de la CPAM, pour toute opération chirurgicale prévue avec une hospitalisation d'au moins une journée, lorsque celle-ci figure sur leur liste.

### LA TARIFICATION, UN LEVIER ESSENTIEL

Pour inciter les hôpitaux à développer l'ambulatoire, la France a mis en place différentes politiques tarifaires attractives. S'emparant du sujet, la Haute Autorité de santé (HAS) a émis 25 recommandations visant à amé-

liorer les insuffisances actuelles. « Nous proposons notamment de rendre le système plus compréhensible par le terrain, ou encore d'adapter la tarification à la prise en charge des patients les plus complexes », détaille Isabelle Hirtzlin, du service Évaluation économique et de santé publique de la HAS. À l'instar de la Grande-Bretagne et de nombreux pays, la France a institué, en mars 2014, une tarification unique. Désormais, la chirurgie ambulatoire est mieux rémunérée qu'une opération en hospitalisation traditionnelle.

La France pourrait également s'inspirer des États-Unis, qui testent actuellement le « Bundled Payment », un système de paiement qui inclut dans le tarif de la prise en charge le coût des soins prodigués, même après la sortie de l'hôpital, notamment les ré-hospitalisations. On parle de paiement à l'épisode de soins. Le montant est ensuite réparti entre les professionnels de santé et est d'autant plus élevé que ces derniers ont eu une pratique efficiente. Ainsi, ils sont incités à développer la qualité de leur prise en charge en prévenant les ré-hospitalisations et en évitant les gaspillages de ressources.

### REPENSER L'HÔPITAL

Outre l'aspect financier, des freins culturels et structurels continuent de ralentir le développement de l'ambulatoire en France. « Les professionnels de santé ont pris l'habitude de garder les malades à l'hôpital selon le principe de précaution », regrette le Pr Vons. Et le nombre de lits d'hospitalisation n'incite pas à changer ces habitudes. Selon elle, repenser l'architecture des établissements hospitaliers constituerait une incita-

## \_3 QUESTIONS À



**Ian Jackson,**  
président de l'Association  
internationale pour la chirurgie  
ambulatoire.

### “Le passage à l'ambulatoire est une transition naturelle”

tion au changement des pratiques. « Il faudrait concevoir les hôpitaux comme des espaces où les patients ne font que passer pour bénéficier d'un traitement et sortent après. » Un peu sur le modèle américain, où les unités de chirurgie ambulatoire (UCA) ont été créées en fonction du parcours des patients. Ces unités disposent de leurs propres blocs, et de zones post-opératoires composées d'une enfilade de lits, isolés les uns des autres par un rideau. Une organisation dont le CHU de Poitiers s'est inspiré pour son unité. « Elle a ouvert en 2003, suite à un voyage d'étude aux États-Unis. Les oppositions étaient nombreuses : pas de blocs dédiés, décalages entre les chirurgiens et les anesthésistes, craintes sécuritaires... Nous avons persévéré. Aujourd'hui nous disposons de deux espaces de 15 places. L'activité croît de plus de 10 % par an », détaille Jean-Pierre Dewitte, directeur général de l'hôpital.

#### AU-DELÀ DE LA CHIRURGIE

« En dissociant le soin et l'hébergement, la chirurgie ambulatoire illustre un nouveau paradigme qui peut s'appliquer à l'ensemble des champs de la médecine », affirme le Dr Gilles Cuvelier, membre du conseil d'administration de l'AFCA.

De fait, dans certains pays comme la Grande-Bretagne ou les Pays-Bas, les femmes ne restent que quelques heures à la maternité après leur accouchement. En France, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS) a mis en place un programme d'accompagnement de retour à domicile pour les jeunes mamans baptisé Prado. Son objectif : réduire la durée moyenne du séjour à la maternité de 4,2 à 3 jours, en proposant la visite de sages-femmes à domicile.

Enfin, pour l'administration de certains traitements lourds (dialyse, chimiothérapie), les hôpitaux proposent de plus en plus des prises en charge ambulatoires. En France, 90 % des patients soignés par chimiothérapie reçoivent déjà leur traitement en hôpital de jour.

\*Pour certaines interventions dont la liste est définie chaque année, en collaboration avec les sociétés savantes de chirurgie.

#### La France a-t-elle fait des progrès en matière de chirurgie ambulatoire ?

Oui. À vrai dire, l'ensemble des pays occidentaux ont fait de gros progrès dans ce domaine ces dernières années. Néanmoins, les données que nous avons pu recueillir grâce à nos enquêtes suggèrent que certains pays, comme le Portugal, ont vraiment rattrapé leur retard. Alors que la France, ainsi que l'Allemagne, sont encore un peu en retard par rapport à l'Angleterre, la Norvège, le Danemark, la Suède, ou encore les Pays-Bas.

#### Comment expliquer de telles différences ?

L'impulsion nationale donnée au projet peut être un facteur explicatif. L'incitation financière étant, selon moi, l'une des meilleures méthodes. Ainsi, en Angleterre, les hôpitaux sont mieux rémunérés quand ils pratiquent une opération en ambulatoire. À l'inverse, en Allemagne, le système est tel que les établissements perdent de l'argent quand les chirurgiens optent pour ce type d'intervention. L'impulsion médicale est aussi importante que l'impulsion politique. En France, l'association

française pour la chirurgie ambulatoire fait la promotion de l'ambulatoire auprès des professionnels de santé. Le Pr Corinne Vons, sa présidente, et son équipe font un travail remarquable. C'est d'ailleurs eux qui organiseront le congrès de l'IAAS en 2019. Cet événement offrira une bonne visibilité à leur action. Aujourd'hui, je pense que la France a toutes les cartes en mains pour rattraper son retard.

#### Mais la France y parviendra-t-elle ?

Oui, car selon moi, le passage à l'ambulatoire est une transition naturelle, que les pays occidentaux abordent chacun à leur rythme. Ils sont tous confrontés à la hausse des coûts de santé. Chaque année, ils augmentent plus vite que l'inflation. La prise en charge ambulatoire offre une solution pour maîtriser ces dépenses. Par ailleurs, les progrès médicaux, les progrès techniques, nous amènent progressivement à nous tourner vers ce type de prise en charge. Petit à petit, toutes les opérations chirurgicales se feront en ambulatoire, sans parler des autres types de soins, non chirurgicaux.



#### ACCOUCHEMENT : L'AMBULATOIRE À LA CONQUÊTE DES SUISSES

En Suisse, les femmes qui le souhaitent peuvent décider d'accoucher en ambulatoire et rentrer chez elles dans les 4 à 6 heures après la naissance. Seule condition : la maman et le bébé doivent être en bonne santé. Dès les premiers mois de grossesse, la maman est invitée à choisir et rencontrer, une ou plusieurs fois, la sage-femme qui l'accouchera. Ensemble, elles préparent un plan de naissance ainsi que le retour à domicile. Lorsque le travail commence, la sage-femme assiste la

parturiente à son domicile. C'est seulement lorsque la dilatation est assez avancée qu'elles se rendent à la maternité. De retour chez elle, la maman reçoit la visite quotidienne de la sage-femme pendant dix jours. En 2012, 3545\* Suissesses ont été accouchées par une sage-femme indépendante (soit 6 % des naissances) dont 62 % dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire.

\*Source : Fédération suisse des sages-femmes.

# + d'interactions

## GUIDE

### LIVRET D'ACCUEIL DU PERSONNEL HOSPITALIER : NOUVELLE ÉDITION



Véritable guide pratique pour débiter une carrière dans le monde hospitalier, le *Livret d'accueil du personnel hospitalier* a pour objectif d'apporter les informations générales et essentielles à tous les nouveaux arrivants dans un établissement sanitaire ou médico-social.

La publication élaborée par la FHF est disponible sur commande auprès de Héral - 01 45 73 69 20 ou [www.heral-pub.fr](http://www.heral-pub.fr)

### RAPPORT D'ACTIVITÉ 2013 DE FHF CANCER



La publication rend compte des premières actions mises en œuvre par FHF Cancer et témoigne de la dynamique impulsée par les chefs d'établissement et les présidents de CME pour développer une stratégie de groupe. Objectifs : investir dans les technologies de pointe et offrir aux patients l'expertise des centres de référence que sont les CHU, dans la proximité du maillage territorial des CH.

Au travers de quelques exemples, le rapport

d'activité 2013 met en lumière la contribution de premier ordre des équipes des établissements publics de santé dans la prise en charge des patients atteints de cancer. Que ce soit en matière de recherche, d'innovation, de formation initiale et continue, de prévention, de soins ou de suivi. Structuré en trois grandes parties, le document, d'une centaine de pages, propose des éléments de contexte institutionnel, une approche plus descriptive par grandes activités et une série de données nationales et régionales.

Pour en savoir plus : Le rapport d'activité 2013 est téléchargeable sur [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr) > Offre de soins/Qualité > FHF Cancer

## INTERNATIONAL



### PROGRAMME D'ÉCHANGE HOPE 2015

En 2015, HOPE organisera son programme d'échange pour la 34<sup>e</sup> année. Cette période de formation de quatre semaines s'adresse aux professionnels de santé ayant des responsabilités managériales dans des hôpitaux. Le programme d'échange 2015 débutera le 4 mai et se terminera le 30. Il sera suivi de la conférence de clôture « HOPE Agora » en Pologne du 31 mai au 2 juin 2015.

Les inscriptions sont ouvertes jusqu'au 31 octobre 2014.

Pour en savoir plus : <http://www.hope.be/04exchange/exchangehomepage.html>

### ACCÈS AUX SOINS DES PLUS VULNÉRABLES : LE RAPPORT DE MÉDECINS DU MONDE



Le réseau international de Médecins du monde a publié *L'accès aux soins pour les plus vulnérables à la crise sociale : se concentrer sur les femmes enceintes et les enfants*. Ce rapport fournit des observations sur l'état de santé des patients qui ont reçu le soutien de 25 des 160 programmes européens offrant un accès aux soins de santé. Il révèle notamment que 15,6 % des patients sont complètement isolés, que deux tiers des femmes enceintes n'ont pas accès aux

soins prénataux et que seulement un enfant sur deux a été vacciné contre le tétanos.

À consulter sur : <http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Les-Rapports/A-l-international/Rapport-sur-l-acces-aux-soins-des-plus-precaires-dans-une-Europe-en-crise>



Les rendez-vous d'affaires  
et de coopération hospitalière  
du bassin méditerranéen



3 et 4 décembre **2014**  
**MÉDITERRANÉE H**  
Parc Chanot **Marseille FRANCE** **HOPITALEXPO**

un **salon + un congrès** international

inscrivez-vous :   
[hopitalexpomed.com](http://hopitalexpomed.com)

**»» Les TPE et PME  
régionales du secteur  
de la santé à l'honneur**  
avec le Village de l'innovation  
et le Business Meeting Santé.

ORGANISÉ PAR  
  

AVEC LE SOUTIEN DE



PARTENAIRE OFFICIEL



UN ÉVÉNEMENT



EN PARTENARIAT AVEC



EN ASSOCIATION AVEC



UNE ORGANISATION



en association avec **héral**

# BIENVENUE

FAUT QUE  
T'ARRÊTES LE  
CAFÉ TOI...

C'EST LE POT  
DE BIENVENUE POUR  
MES NOUVEAUX  
COLLÈGUES.

QUEL SENS  
DE L'ACCUEIL !

J'PEUX VENIR ?  
MOI AUSSI,  
J'AI UN CADEAU  
POUR EUX.

6 MOIS\*  
DE COMPLÉMENTAIRE  
SANTÉ  
OFFERTS

ON VA ÊTRE  
DÉJÀ NOMBREUX  
TU SAIS...

ILS SONT SI  
MIGNONS QUE ÇA  
LES NOUVEAUX ?



L'ESPRIT HOSPITALIER EN PLUS

Devis gratuit sur [mnh.fr](http://mnh.fr) et au N°Cristal 09 72 72 00 34

APPEL NON SURTAXE