

Page_06

Offre de soins

Accréditation et biologie
médicale /

Page_14

Grand angle

Télémédecine :
les établissements
à l'heure du futur /

Page_21

+ d'interactions

Concours Sparadrapp :
les lauréats ! /

INTERACTIONS

LE MAGAZINE D'ACTUALITÉ DE LA FHF

#11

Novembre 2012

Page_17

Grand angle

Qualité de vie
et sécurité au travail :
prévenir les risques

Mardi 22 janvier 2013
Paris - FIAP

Rencontres annuelles FHF des cadres

Cette manifestation sera le premier rendez-vous des « Cadres » du secteur de la santé autour des enjeux de l'organisation, du management et du rôle des cadres dans les établissements de santé qui sera organisée tous les ans en janvier. Le programme d'une journée alternera des thèmes d'actualité et des sujets techniques (réformes, problématiques fortes, retours d'expérience, benchmarking...)

Thématique 2013 » Les cadres dans la stratégie des établissements

1^{ère} édition

Publics :

- Directeurs des soins,
- Cadres santé,
- Cadres de pôle,
- Cadres administratifs,
- AAH,
- Directeurs,
- Personnels encadrants,
- etc.

inscription en ligne sur www.sphconseil.fr

DES SOLUTIONS NOUVELLES FACE À LA CRISE



Le délégué général de la FHF,
Gérard Vincent

Le président de la FHF,
Frédéric Valletoux

Dans un contexte économique difficile, où les perspectives paraissent singulièrement assombries, il est impératif de conserver le dynamisme dont les hospitaliers ont toujours su faire preuve. Nous savons hélas désormais qu'il est probable que la collectivité ne puisse plus demain accompagner financièrement les besoins qui se font jour. Les budgets votés par le Parlement ne permettent déjà plus depuis plusieurs années le maintien des effectifs sans d'importants efforts de productivité. Plus que jamais, nous devons donc avoir la conviction que les solutions ne peuvent venir seulement « d'en haut », mais bien qu'elles doivent naître du terrain. Ces solutions nouvelles doivent être recherchées dans tous les domaines de la vie hospitalière. Au cours des dernières semaines, la Fédération hospitalière de France (FHF) a ainsi soutenu la réflexion sur l'expérimentation d'hôtels hospitaliers ; elle a encouragé l'évaluation par les usagers des prestations hospitalières depuis leur domicile ou leur téléphone ; elle a lancé une association visant à créer des places dans le secteur médico-social ; elle a élaboré, en étroite

collaboration avec les différents professionnels, une charte sur les systèmes d'information hospitaliers ; elle a favorisé l'émergence d'une véritable politique de valorisation des retraités hospitaliers ; elle a lancé une campagne de promotion du métier de praticien hospitalier ; elle a proposé d'importantes modifications de notre système de financement pour favoriser des parcours de soins innovants et qualitatifs pour les personnes âgées...

Toutes ces initiatives sont fondées sur l'ambition de faire « bouger les lignes » en étant non seulement un défenseur exigeant du service public hospitalier, mais aussi une force de proposition, en mesure d'identifier les expériences les plus intéressantes et de réfléchir à leur généralisation. Pour répondre aux défis qui nous attendent, nous devons avoir l'audace de prendre prochainement d'autres initiatives, par exemple dans le domaine des coopérations entre professionnels ou celui de la rémunération des acteurs privés et publics dans des plates-formes d'imagerie. Avec une seule exigence, celle de garantir aux Français l'accès à des soins de qualité pour tous.

SOMMAIRE



Plus loin avec la FHF

- /04_RH
- /06_Offre de soins
- /08_México-social
- /09_Finances / Europe

Décryptage

- /10_L'intervention des libéraux dans les établissements publics



Initiatives

- /11_Prescriptions informatisées : d'où viennent les erreurs ?
- /12_Le théâtre au chevet des soignants

Grand angle

- /14_Les établissements à l'heure du futur
- /17_Qualité de vie et sécurité au travail : prévenir les risques



+ d'interactions

- /20_Agenda
- /21_Le Guide

Plus loin avec la FHF

RH

QU'EST-CE QUE LE HCPP ?

L'ESSENTIEL_ Institué par le décret n° 2007-974 du 15 mai 2007, le Haut Conseil des professions paramédicales (HCPP) a remplacé le Conseil supérieur des professions paramédicales. Voici ses missions et son mode d'organisation.



Le Haut Conseil des professions paramédicales (HCPP) est une instance de réflexion pour les travailleurs paramédicaux, compétente sur les questions communes à diverses professions. Organisme interprofessionnel et indépendant faisant le lien entre les différentes professions de santé, le HCPP est l'interlocuteur du ministère de la Santé et de la Haute Autorité de santé (HAS) pour l'organisation du système de soins.

Sa création, il y a cinq ans, concrétise les propositions formulées par Édouard Couty, conseiller maître à la Cour des comptes et directeur d'hôpital. Celui-ci soulignait la nécessité, parallèlement à la création d'un ordre infirmier, de disposer d'une instance interprofessionnelle garantissant une représentativité des paramédicaux.

→ SES MISSIONS

- Promouvoir une réflexion interprofessionnelle sur :
 - les conditions d'exercice des professions paramédicales, l'évolution de leurs métiers, la coopération

entre les professionnels de santé et la répartition de leurs compétences ;

- la formation et les diplômes ;
- la place des professions paramédicales dans le système de santé.

Le HCPP est consulté sur les textes réglementaires relatifs aux deux premiers points.

- Participer, en coordination avec la HAS, à la diffusion de recommandations de bonne pratique et à la promotion de l'évaluation des pratiques des professions paramédicales. Placé auprès du ministre de la Santé, qui peut le saisir sur tout sujet correspondant à ses missions, le HCPP peut également formuler des propositions.

→ SA COMPOSITION

Son président est nommé parmi les personnalités ayant manifesté, par leurs travaux ou leurs activités professionnelles, leur connaissance du domaine des métiers de la santé et de l'organisation des soins. Le président du HCPP est actuellement Édouard Couty.

Le HCPP comprend :

- des représentants des organisations syndicales représentatives des fonctionnaires hospitaliers ;
- des représentants des syndicats professionnels reconnus représentatifs (deux représentants pour les infirmiers, deux représentants pour les masseurs-kinésithérapeutes, un représentant pour chacune des autres professions paramédicales) ;
- un représentant de chacune des fédérations d'employeurs d'établissements de santé publics et privés ;
- un représentant de chacune des autres professions d'auxiliaires médicaux ;
- un représentant de chacune des autres professions de santé non médicales, pour les sujets les concernant.

Assistent, avec voix consultative, un représentant de chacun des deux syndicats les plus représentatifs des médecins généralistes libéraux, ainsi qu'un représentant du Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom) et de chaque ordre des professions paramédicales. Ces membres sont nommés par le ministre de la Santé pour une durée de trois ans renouvelable. Le décret n° 2012-994 du 23 août 2012 prévoit la désignation d'un vice-président.

L'ACTION DU FONDS NATIONAL DE PRÉVENTION DE LA CNRACL

L'ESSENTIEL_ Le Fonds national de prévention (FNP) soutient les établissements publics de soins et médico-sociaux dans la connaissance des risques professionnels et la mise en place de démarches de prévention. Voici ses missions en détail.

La loi 2001-624 du 17 juillet 2001 a créé, au sein de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), le Fonds national de prévention (FNP) des accidents du travail et des maladies professionnelles. Le FNP, géré par la Caisse des dépôts, s'adresse aux fonctionnaires des fonctions publiques territoriale et hospitalière (régions, départements, communes, établissements publics de santé...). Trois missions lui sont dévolues.

1 LA CONNAISSANCE DU RISQUE AT/MP

Afin d'améliorer la connaissance des risques au niveau des collectivités et établissements et à l'échelon national, le FNP recense les données AT/MP (accidents du travail, maladies professionnelles) au sein de la Banque nationale des données (BND). Ces éléments font l'objet d'un rapport annuel disponible sur le site Internet du FNP. Les informations sont recueillies grâce au logiciel Prorisq, mis gratuitement à disposition des établissements, et complétées par celles que transmettent des courtiers en assurance. Prorisq propose des fonctionnalités utiles à l'employeur : traitement, suivi administratif et financier de toute déclaration ; édition de documents (rapport hiérarchique, imprimés CERFA...); élaboration de statistiques sur l'établissement.

Le FNP a mis en place plusieurs dispositifs afin d'éviter aux collectivités et établissements de saisir en double les données. Les deux solutions proposées sont les suivantes :

- une interface entre les outils. Aujourd'hui,

les éditeurs de logiciels proposent à leurs clients une interface entre leur logiciel RH et Prorisq ;

- un intégrateur de données. Celui-ci permet d'insérer automatiquement dans Prorisq, à l'unité ou par lot, des informations déjà saisies par les employeurs dans d'autres systèmes d'information mis à leur disposition.

2 LE FINANCEMENT DES MESURES DE PRÉVENTION

Le FNP participe au financement des projets destinés à mettre en place une stratégie en faveur de la santé et de la sécurité au travail. À ce titre, il accompagne les collectivités et établissements pour deux types d'opérations :

- les démarches de prévention dans le cadre d'un projet spécifique ;
- les mises en réseau où, à leur initiative, plusieurs collectivités ou établissements se regroupent autour d'une thématique commune.

Le concours financier porte sur le temps mobilisé par les acteurs impliqués dans le projet, depuis la constitution du dossier jusqu'au bilan ou résultat final (l'achat d'équipements de sécurité, de véhicules ou de matériels n'est pas concerné ; les prestataires ne sont pas financés).

3 L'ÉLABORATION DE RECOMMANDATIONS

Pour élaborer des recommandations ou préconisations d'actions de prévention, le FNP s'appuie sur l'exploitation des données issues de la connaissance du risque AT/MP, les résultats des travaux financés, ainsi que les études conduites avec nos



différents partenaires. Ainsi, le FNP a réalisé à l'attention des employeurs hospitaliers, en 2010 puis en 2012, deux lettres sur la prévention des risques CMR (agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques) afin de les informer sur leurs responsabilités et sur les mesures de prévention à mettre en place.

Le FNP souhaite offrir aux établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux de nouveaux leviers d'action pour améliorer la qualité de vie au travail et préserver la santé des agents.

POURENSAVOIR⁺

- <http://fnp.cnractl.fr>
- Lire notre dossier sur les risques RH p. 17
- Regarder une démonstration de Prorisq : www.cdc.retraites.fr/portail/spip.php?page=article&id_article=2160&cible=_employeur
- Consulter un article sur Prorisq : www.cdc.retraites.fr/portail/spip.php?page=article&id_article=6879&cible=_employeur
- Obtenir une subvention : www.cdc.retraites.fr/portail/spip.php?page=rubrique&id_rubrique=1169&cible=_employeur

Plus loin avec la FHF

OFFRE DE SOINS

ACCREDITATION ET BIOLOGIE MÉDICALE

L'ESSENTIEL L'accréditation des laboratoires de biologie médicale est rendue obligatoire par le code de la santé publique (article L. 6221-1) et confiée au Comité français d'accréditation (Cofrac), unique instance nationale dédiée. Explications de la démarche, point par point.

L'accréditation permet d'évaluer les pratiques des laboratoires de biologie médicale (LBM) par les pairs, avec le soutien des qualitiens, ce qui confère aux laboratoires la reconnaissance de leurs compétences. Son objectif est de garantir, dans l'intérêt du patient, la fiabilité des examens de biologie médicale et la qualité de la prestation médicale offerte par le laboratoire. Depuis le 1^{er} octobre 2009, le Comité français d'accréditation (Cofrac) possède une section Santé humaine, essentiellement dédiée à l'accréditation des LBM selon la norme NF EN ISO 15189, complétée le cas échéant par la norme NF EN ISO 22870.

ENGAGER UNE DÉMARCHÉ

Les documents utiles à l'accréditation et les formulaires constituant le dossier de demande d'accréditation sont disponibles sur le site du Cofrac. Il convient de consulter en premier lieu le document SH INF 20 détaillant les modalités de candidature ainsi que, dès sa parution, le recueil des exigences spécifiques d'accréditation pour les LBM (document SH REF 02).

La procédure d'accréditation se compose de trois grandes étapes :

1. Instruction, au cours de laquelle la recevabilité du dossier est examinée et suivie par la signature d'une convention entre le Cofrac et le laboratoire (c'est lors de cette première phase que sera notamment définie la portée de l'accréditation) ;
2. Évaluation, qui comprend une étape d'expertise documentaire ainsi qu'une étape d'évaluation au sein du laboratoire ;

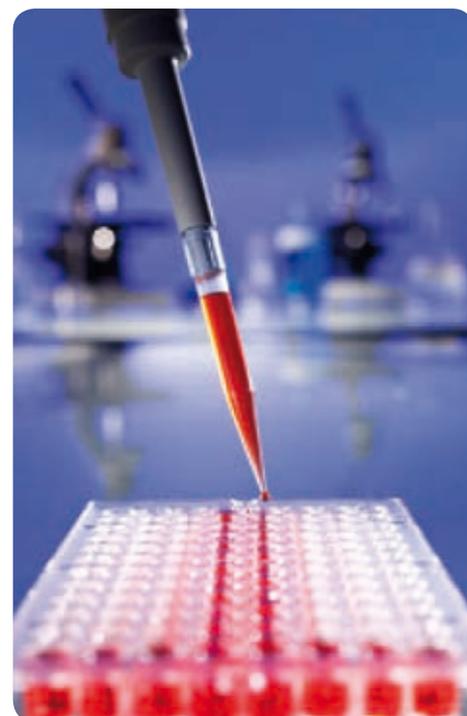
3. Décision, avec l'examen du rapport de l'évaluation du laboratoire par une commission spécifique qui émet un avis. Sur la base de cet avis, la décision finale revient au directeur général du Cofrac. La décision d'accréditation est accompagnée d'une attestation précisant le périmètre et la durée de l'accréditation.

MODALITÉS PRATIQUES

→ La date limite du dépôt des dossiers, initialement fixée au 31 octobre 2012, est décalée au 31 mai 2013. Le dossier doit être adressé au Cofrac par voie électronique ou postale avec accusé de réception, pour l'obtention de la preuve d'entrée effective dans l'accréditation, avant le 31 mai 2013.

→ La preuve d'entrée effective dans l'accréditation sera obtenue par :

- voie A1 (LBM non encore accrédités) : l'approbation de la recevabilité administrative par le Cofrac d'une demande d'accréditation partielle (portant sur au moins un examen de la phase pré-analytique à la phase post-analytique sur au moins un site du LBM), accompagnée des éléments documentaires communs ci-après. La visite du LBM par l'évaluateur du Cofrac se déroulera au plus tard le 31 octobre 2014 ;
- voie A2 (LBM déjà accrédités) : l'approbation par le Cofrac de la demande, après envoi d'un dossier complet comportant les documents communs ;
- voie B (LBM détenteurs d'une attestation Bio Qualité « 36 mois ») : l'approbation par le Cofrac de la demande d'un dossier complet comportant l'attestation « 36 mois » en cours de validité et les éléments documentaires communs.



→ Les documents nécessaires communs aux trois voies sont :

- description de l'activité du laboratoire qui n'entre pas dans sa portée d'accréditation partielle ;
- preuve de l'abonnement à au moins un programme d'évaluation externe de la qualité auprès d'organismes d'évaluation externe de la qualité, par famille d'examen de biologie médicale réalisés et ne figurant pas dans la portée d'accréditation partielle ;
- manuel d'assurance qualité et manuel de prélèvement devant être mis en application dans au moins deux sites du LBM si celui-ci est multisite (sauf voie A2) ;
- calendrier prévisionnel conduisant à une accréditation sur la totalité de l'activité avant la date prévue au titre IV de l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale (chapitre III, article 7).

POURENSAVOIR ⁺

- Pour télécharger un dossier de demande, rendez-vous sur www.cofrac.fr, rubrique Centre de documentation > Documentation spécifique > Santé humaine.
- Section Santé humaine du Cofrac : 0144681195 et 0144681660.

STRUCTURES ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION

L'ESSENTIEL_ Le décret modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation est paru le 20 août. Il concerne les établissements d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, et ceux pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire.



L'objectif de ce décret est de favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation en assouplissant certaines conditions de fonctionnement. Il ressort ainsi que :

- la durée d'ouverture des structures n'est plus limitée à douze heures, ce sont les prises en charge qui doivent respecter cette durée ;
- des possibilités de mutualisation des personnels avec l'hospitalisation à temps complet sont ouvertes, et encadrées concernant l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire ;
- tout en imposant une présence médicale et infirmière minimale, les normes quantitatives de personnels sont supprimées. Dorénavant, « *le nombre et la qualification des personnels [...] sont adaptés aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activité effectués, et aux caractéristiques techniques des soins dispensés* » ;

• les structures doivent disposer d'une équipe médicale et paramédicale dont les fonctions et les tâches sont définies par une charte de fonctionnement et dont tous les membres sont formés à la prise en charge à temps partiel ou à celle d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire.

Le décret précise le contenu de la charte de fonctionnement que les établissements doivent transmettre au directeur général de leur Agence régionale de santé (ARS) dans un délai de neuf mois, pour chacune des structures alternatives à l'hospitalisation complète. L'objectif est que l'assouplissement de certaines conditions de fonctionnement s'accompagne d'une description précise, au sein de la charte de l'organisation de l'unité, des fonctions et tâches des équipes médicales et paramédicales. Il s'agit, tout en facilitant les prises en charge, de garantir la qualité des soins.

LE RECUEIL DES INDICATEURS QUALITÉ MODIFIÉ

La Haute Autorité de santé (HAS) a officialisé la modification du rythme de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. La FHF s'était prononcée favorablement pour cette mesure qui participe à l'allègement de la charge de travail et permet aux établissements d'apprécier l'impact des actions mises en œuvre. Cette démarche sera mise en place dès la fin de l'année 2012, avec un recueil biennal : le recueil des indicateurs dits « de spécialité » et des indicateurs transversaux se fera désormais de manière alternée sur deux ans.

Par conséquent, seuls les indicateurs de spécialités seront recueillis sur des don-

nées de 2012 à partir de début 2013 :

- **PP-HPP** : indicateurs de spécialité sur la prévention et la prise en charge de l'hémorragie du post-partum ;
- **AVC** : indicateurs de spécialité sur la prise en charge hospitalière de l'AVC ;
- **IDM** : indicateurs de spécialité sur la prise en charge hospitalière du syndrome coronarien aigu et de l'infarctus du myocarde à la sortie ;
- **HEMODIAL** : indicateurs de spécialité sur la prise en charge du patient hémodialysé chronique.

Le recueil des indicateurs transversaux aura lieu début 2014 :

- **DPA** : qualité du dossier du patient (MCO, SSR, HAD, psychiatrie) ;
- **DAN** : qualité du dossier d'anesthésie ;
- **RCP** : qualité de la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie.

La FHF a rappelé, lors des différents comités de pilotage, la nécessité d'une réflexion prospective face au développement croissant d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Il importe, en effet, de trouver un équilibre entre le nécessaire développement de nouveaux indicateurs plus proches des pratiques et processus cliniques et la charge de travail induite par les recueils de données pour les professionnels.

Plus loin avec la FHF

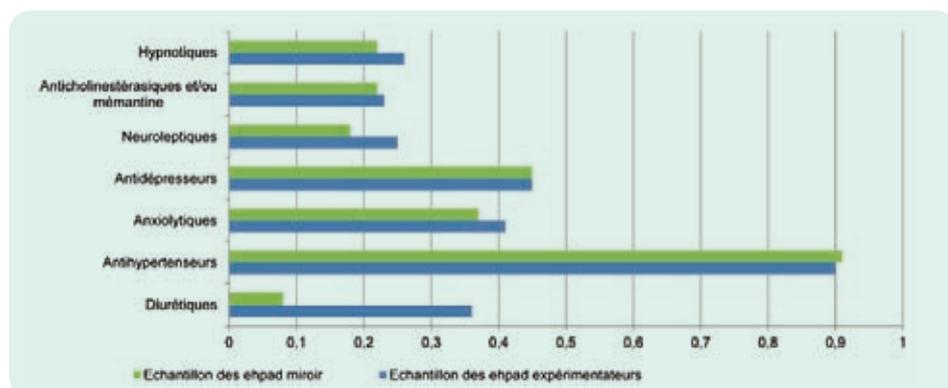
MÉDICO-SOCIAL

EHPAD : LA RÉINTÉGRATION DES MÉDICAMENTS DANS LE FORFAIT SOINS

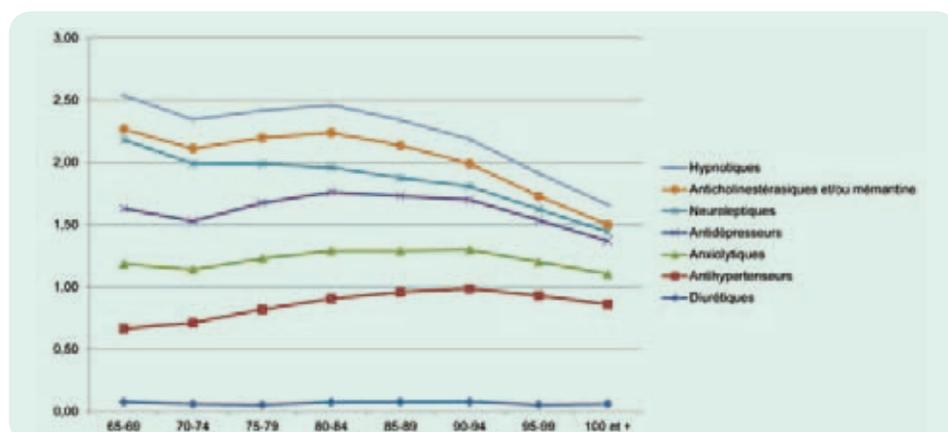
L'ESSENTIEL_ Les premiers résultats de l'expérimentation sur la réintroduction des médicaments dans le forfait soins des Ehpads ont été communiqués par l'Assurance maladie lors du Comité national de suivi plénier du 17 juillet 2012. En voici les principaux enseignements.

L'expérimentation a permis de recueillir un grand nombre de données sur la consommation de médicaments dans les Ehpads. Ce premier diagramme illustre le nombre moyen de molécules prises¹ par consommant et par grandes thérapeutiques. On voit que des améliorations très nettes sont possibles pour lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse :

1. Il s'agit de molécules prescrites pour les Ehpads expérimentateurs et de molécules délivrées pour les Ehpads de l'échantillon miroir.



Ce second graphique met en lumière la dépense mensuelle en médicament. On peut sans hésiter affirmer que la lutte contre l'iatrogénie devrait générer une diminution des dépenses actuellement très élevées :



RÉFORME DE LA TARIFICATION DES SSIAD

La réforme de la tarification des Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) se poursuit lentement. À la suite du recueil de données réalisé fin 2011, les simulations tarifaires effectuées à partir d'un algorithme n'ont pas donné satisfaction.

Face à ce constat, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), avec l'aide des fédérations, a proposé la prise en compte de nouveaux items, tels que le temps de trajet des services ou l'organisation des Ssiad en antennes. De nouvelles simulations de tarification sont donc nécessaires avant la fin de l'année. Pour ce faire, un recueil de données auprès de tous les Ssiad est en cours sur une semaine de coupe.

Il n'y aura donc pas de réforme de la tarification en 2013. De nouvelles simulations tarifaires, sur la base des données remontées par les Ssiad lors de l'enquête à venir, seront effectuées en 2013. Par ailleurs, un guide de bonnes pratiques, rédigé avec l'aide des fédérations, devrait paraître à la fin du premier semestre 2013.

PARCOURS DES PERSONNES À RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE

La ministre de la Santé, Marisol Touraine, et la ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie, Michèle Delaunay, ont confirmé, lors du dernier comité de pilotage, la mise en œuvre d'organisations expérimentales dès 2013 pour améliorer les parcours des personnes à risque de perte d'autonomie.

La FHF souscrit à cette démarche conforme à sa conception d'un service public inscrit dans les parcours et filières de soins, d'accompagnement, de prévention et d'éducation pour la santé sur les territoires. Elle reste toutefois vigilante sur les modalités de financement de ce dispositif qui ne saurait être gagé mécaniquement, et uniquement, sur les budgets hospitaliers. Si l'objectif de réduire les hospitalisations évitables est partagé, il convient de rappeler que l'hôpital devra accueillir une population croissante du fait du vieillissement démographique ; parallèlement, il devra s'engager au sein des territoires, en dehors de ses murs et en lien avec les autres professionnels, dans la prise en charge des personnes en perte ou à risque de perte d'autonomie.

FINANCES

UN NOUVEAU MODÈLE DE FINANCEMENT

L'ESSENTIEL_ Dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2013, les sénateurs ont évoqué des pistes intéressantes pour la définition d'un nouveau modèle de financement, qui rejoignent les propositions faites par la FHF depuis plusieurs mois.

Ces pistes sont les suivantes :

→ **Tarifcation à l'activité (T2A) :** l'ensemble des orateurs reconnaît les apports substantiels de ce modèle, notamment le lien étroit qu'il a su instaurer entre le financement et l'activité des établissements, et le dynamisme qu'il a su insuffler à ces derniers. Ses limites sont toutefois soulignées : mise en œuvre technocratique (manque de transparence, imprévisibilité), frein aux coopérations, caractère inflationniste, dispositif peu adapté à certaines activités et territoires... Elles rendent son évolution indispensable.

→ **Fin de la convergence tarifaire :** la quasi-totalité des orateurs s'accorde sur la nécessité de mettre fin à ce processus qui revient à comparer des activités de nature très différentes.

→ **Pertinence des actes et qualité des soins :** plusieurs sénateurs insistent sur l'importance de mettre en place un véritable dispositif pour apprécier la pertinence des actes et garantir la qualité des soins (rôles de la Haute Autorité de santé, des expérimentations, etc.).

→ **Missions de service public :** les sénateurs estiment nécessaire de ne plus les considérer comme un solde pouvant servir à la régulation globale de l'Ondam hospitalier et de garantir leur financement.

→ **Parcours de soins :** les deux rapporteurs de l'étude consacrée à l'évolution de la T2A (Jacky Le Menn et Alain Milon) souhaitent que l'incitation aux parcours de soins trouve sa traduction dans le nouveau mode de finan-



cement (développement de la part forfaitaire de la tarification).

→ **Financement des investissements :** les parlementaires s'accordent sur l'importance stratégique de préserver la capacité d'investissement des hôpitaux : les investissements préparent l'avenir et sont une « bonne dépense ». Pour autant, le mode actuel de financement des investissements a atteint ses limites, de même que l'incitation à l'endettement par les pouvoirs publics. Les propositions faites par la FHF ont été reprises par les sénateurs, qu'il s'agisse de l'identification d'une enveloppe nationale dédiée aux investissements ou de la diversification des sources de financement (avec des fonds régionalisés).

L'objectif de la FHF est que le nouveau modèle tarifaire réponde aux principales préoccupations de la communauté hospitalière. Elle poursuivra cette mission en ce sens dans les semaines à venir.

EUROPE



8 MILLIARDS D'EUROS POUR LA RECHERCHE



Le 9 juillet 2012, la Commission européenne a annoncé un très important lot d'appels à propositions pour la recherche en 2013, avec un budget de 8,1 milliards d'euros, soit une augmentation de plus d'un milliard d'euros par rapport au financement 2012.

L'ensemble des appels à proposition a été lancé officiellement le 10 juillet et comprend deux catégories. 4,8 milliards d'euros iront aux « priorités thématiques de recherche ». Le reste du budget général – 3,3 milliards d'euros – ira à des secteurs d'activité distincts. La santé, les nouvelles technologies, l'énergie, la sécurité, la bio-économie, les sciences sociales et humaines, de l'espace et de l'environnement vont voir leur financement potentiel croître fortement.

LES POLITIQUES DE SANTÉ FACE À LA CRISE

L'Observatoire européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) vient de publier Les réponses des politiques de santé à la crise financière en Europe. L'ouvrage présente les stratégies adoptées par les États membres de l'Union européenne pour faire face à cette situation critique. Il indique que ces pays ont utilisé une combinaison d'outils politiques. Certains semblent en avoir profité pour tenter d'accroître leur efficacité, en particulier dans les secteurs hospitalier et pharmaceutique. Mais bien peu a été fait pour améliorer la place de la santé publique.

POURENSAVOIR 

www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen/publications/2012/health-policy-responses-to-the-financial-crisis-in-europe

HOPE AGORA 2013

La Fédération européenne des hôpitaux organise son Agora annuelle à La Haye (Pays-Bas), du 10 au 13 juin 2013, sur le thème : « Sécurité des patients en pratique. Comment gérer les risques pour la sécurité des patients et la qualité des soins de santé en Europe ? » Cette rencontre conclura la session du programme d'échange Hope, qui se tiendra du 13 mai au 13 juin.

POURENSAVOIR 

www.hope.be

Décryptage

RH



L'INTERVENTION DES LIBÉRAUX DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

L'ESSENTIEL La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » a défini un nouveau mode d'exercice des professionnels de santé libéraux dans les établissements publics de santé et médico-sociaux. *Interactions* détaille les points essentiels du nouveau dispositif.

1 LE CONTEXTE

Afin de renforcer les liens ville-hôpital, la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 a introduit des dispositions visant à attirer les professionnels de santé médicaux et soignants libéraux dans les établissements publics. Cette nouvelle réglementation¹ vise également à optimiser les plateaux techniques et à éviter leur sous-utilisation. Sont concernés les médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral. Des auxiliaires médicaux pratiquant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients usagers de l'établissement public concerné.

1. Article L. 6146-2 du code de la santé publique.



LA FHF À VOS CÔTÉS

Ce dispositif admet deux points faibles. D'une part, les personnels libéraux sont rémunérés au tarif opposable. Pour certaines spécialités, telles que la stomatologie, l'ophtalmologie, la chirurgie ou la gynécologie, cela n'est pas attractif et ne répond pas aux enjeux de couverture médicale et d'utilisation des plateaux techniques. D'autre part, les taux de redevance étant élevés et fixés réglementairement, la marge de manœuvre des hôpitaux s'en trouve réduite. La FHF a alerté les pouvoirs publics sur ce point, et demandé à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) d'introduire des taux plafonds qui laisseraient aux établissements davantage de latitude dans leur gestion et leur politique d'attractivité.

POUR EN SAVOIR

Contactez Nadine Barbier : n.barbier@fhf.fr

2 LE RECRUTEMENT

La direction de l'hôpital ou de l'Ehpad admet un libéral après proposition du chef de pôle et avis du président de la Commission médicale d'établissement (CME). L'autorisation préalable du directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) est obligatoire. Celui-ci vérifie la conformité de la décision avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) et, si nécessaire, le cahier des charges. Le délai d'approbation est d'un mois ; l'absence de réponse équivaut à une acceptation.

3 LE STATUT

Un contrat d'exercice libéral est conclu entre l'établissement et le praticien, pour une durée de cinq ans maximum. Auparavant, le système de « clinique ouverte » permettait aux personnels libéraux d'exercer à l'hôpital tout en ayant leur patientèle propre. Désormais, ils exercent dans le cadre des missions de service public, auprès des patients de l'hôpital ou de l'établissement médico-social. Ce contrat est approuvé par le directeur général de l'ARS. Le libéral est affilié au régime libéral des droits sociaux. Il bénéficie du régime retraite des travailleurs non salariés.

4 LA RÉMUNÉRATION

Le médecin ou le soignant est rémunéré à l'acte ou à la consultation par l'établissement. Ses honoraires, au tarif opposable, sont diminués d'un taux de redevance fixé par arrêté, qui représente la part des frais des professionnels de santé supportée par l'établissement pour les moyens matériels et humains mis à leur disposition. Ce taux correspond à 10 % des honoraires pour les consultations, 60 % pour les actes de radiologie interventionnelle, de radiothérapie ou de médecine nucléaire nécessitant une hospitalisation, 30 % pour les autres actes. Lorsque le professionnel participe à des actions de formation ou des réunions institutionnelles sur la qualité des soins, il perçoit une indemnité forfaitaire fixée par arrêté.

Initiatives

ON EN PARLE

LYON



Prescriptions informatisées : d'où viennent les erreurs ?

L'ESSENTIEL _ Aux Hospices civils de Lyon, un pharmacien s'est penché sur les erreurs induites par l'informatisation des prescriptions médicamenteuses... Son étude évoque des pistes pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en établissement.



L'informatisation des prescriptions médicamenteuses dans les hôpitaux se développe depuis plusieurs années en France. Cette méthode engendre une réduction des erreurs médicamenteuses... mais est à l'origine d'un certain nombre d'erreurs nouvelles dues à l'utilisation des logiciels d'aide à la prescription (LAP). Des erreurs qui peuvent être néfastes pour le patient.

Bruno Charpiat, pharmacien hospitalier à l'hôpital de la Croix-Rousse (Hospices civils de Lyon), a mené, pendant quatre ans, une étude sur la nature et la fréquence de ces erreurs médicamenteuses nouvelles. Il a analysé des milliers de prescriptions perçues comme com-

plexes à interpréter ou « susceptibles de conduire à un usage non conforme des médicaments, comme un surdosage ou un sous-dosage ». Chaque ordonnance ambiguë l'amenait à intervenir auprès du médecin concerné et à alimenter son étude.

Les conclusions de ses travaux ? Ils font apparaître que les erreurs sont en grande partie causées par une mauvaise ergonomie des logiciels et par le manque de communication entre les différents professionnels de santé concernés. Des bugs informatiques, des erreurs sur les doses indiquées ou des oublis de prescription de médicaments ont notamment été répertoriés. L'étude préconise donc, dans un premier temps, une réflexion en amont sur la conception des logiciels afin d'améliorer leurs conditions d'utilisation et de diminuer les risques d'erreurs de prescription. Elle souligne également l'importance d'un temps de formation au maniement des LAP et d'une « période d'essai » de quelques mois avant l'achat, afin de les tester en conditions réelles, de s'assurer de leur fiabilité et de leur confort d'utilisation pour les médecins.

AMIENS



Contre le cancer des ganglions : un circuit accéléré

Mis en place en juin 2010 par le Dr Gandhi Damaj, du service d'hématologie clinique et thérapie cellulaire du CHU d'Amiens, le « circuit ganglion » donne des résultats encourageants. Les premières analyses ont montré une diminution de moitié des délais de prise en charge des patients atteints de cancer des ganglions entre la première consultation et les premiers soins : tous les rendez-vous et examens préalables à un traitement sont concentrés sur 15 jours, et le nombre de patients a augmenté de 100 % depuis sa mise en place. Cette performance réside dans l'organisation globale du circuit de soins, avec une collaboration accrue entre les secrétaires, infirmières et médecins et, plus largement, entre les services de biologie, de radiologie, de chirurgie et d'anatomocytopathologie. À ce jour, plus de 300 patients ont été pris en charge dans le cadre du « circuit ganglion ».

BOULOGNE-BILLANCOURT



Un centre dédié à l'obésité

À l'hôpital Ambroise-Paré de Boulogne-Billancourt (AP-HP), un centre spécialisé dans la prise en charge de l'obésité a été créé afin de lutter contre la première maladie non infectieuse de l'histoire.

Cette unité, placée sous la direction du Pr Sébastien Czernichow, offre aux patients une prise en charge multidisciplinaire avec une équipe dédiée : médecins, diététicienne, éducatrice sportive, assistante sociale et psy-

chologue. L'unité est également dotée d'un équipement adapté aux patients, qui sont reçus une journée complète dans le service pour rencontrer l'ensemble des professionnels et établir un calendrier de consultations. Un partenariat a aussi été mis en place avec l'équipe de chirurgie générale, digestive et métabolique du Pr Jean-Luc Bouillot, pour l'évaluation et le suivi des personnes opérées en chirurgie bariatrique.

Initiatives

REPORTAGE

Le théâtre au chevet des soignants

L'ESSENTIEL Annoncer à un patient qu'il est atteint de cancer est toujours difficile pour les soignants. Afin de les aider, le CHU d'Angers a opté pour une méthode originale : la simulation par le théâtre. Une initiative qui lui a valu le Grand Prix de l'Association nationale pour la formation du personnel hospitalier (ANFH).

« **Q**uand on découvre un cancer, la manière d'annoncer le diagnostic au patient influe sur certains éléments de sa prise en charge, tels que l'adhérence au traitement, la mémorisation des informations et la relation de confiance avec l'équipe soignante », explique le Dr José Hureaux, pneumologue au CHU d'Angers. Pour aider les professionnels à réagir au mieux lors de ce moment délicat, l'établissement a fait le choix du jeu de rôles. Depuis octobre 2011, les soignants qui le souhaitent peuvent

s'entraîner à annoncer un diagnostic peu favorable à un patient et à un proche fictifs, joués par des comédiens de la troupe de théâtre de l'hôpital.

MAÎTRISER SES RÉACTIONS

La formation, qui pourra s'inscrire dans le cadre du développement professionnel continu, se déroule en plusieurs étapes. Tout d'abord, le Dr Hureaux rédige un scénario plausible, validé par le chef de service. Les comédiens s'entraînent ensuite à jouer les réactions de patients. « On observe



souvent de la sidération, de la colère, mais aussi de la régression ou du déni, raconte le D^r Hureaux. *Tout ce panel de mécanismes, les soignants doivent les reconnaître pour mieux y faire face.* » Une fois les acteurs coachés, un binôme médecin-infirmière entre en scène et procède à l'annonce. Tout est filmé et retransmis en direct à des médecins et une psychologue clinicienne. À l'issue de l'exercice, tous se rejoignent pour faire le bilan de la séance. *« Nous décryptons les attitudes des soignants, leur donnons des conseils et leur remettons un livret de formation »,* conclut le D^r Hureaux. Clarisse Robin, infirmière en dermatologie, a vécu l'expérience: *« Ce stage m'a fait beaucoup de bien! Il m'a aidée à mieux accepter les silences qu'installent certains patients et à ne pas me laisser dominer par l'affect. Désormais, même si ce n'est jamais facile, je suis plus sereine. Et puis, cela m'a rassurée de voir que les médecins se posent les mêmes questions que nous! »*



Photos: © C. Jouanneau / CHU Angers

Le trophée du Grand Prix ANFH a été remis à l'équipe angevine en juin dernier.



Pendant qu'un binôme médecin-infirmière s'entretient avec des comédiens-patients (photo de gauche), la scène est retransmise et analysée en direct (ci-dessus).

_ LES ACTEURS DU PROJET

4 HEURES

C'est le temps nécessaire au déroulement d'une séance: écriture du scénario, préparation des acteurs, annonce et débriefing.

20

Une vingtaine de binômes médecin-infirmière ont bénéficié de la formation en un an.

> TRÉTEAUSCOPE, la troupe de théâtre amateur de l'établissement, composée d'une dizaine de soignants.

> LE CENTRE DE SIMULATION ET LA CELLULE QUALITÉ de l'établissement.

> LE CENTRE DE COORDINATION EN CANCÉROLOGIE (3C) du CHU d'Angers, qui veille à l'application des mesures du Plan cancer et à la qualité des prises en charge.

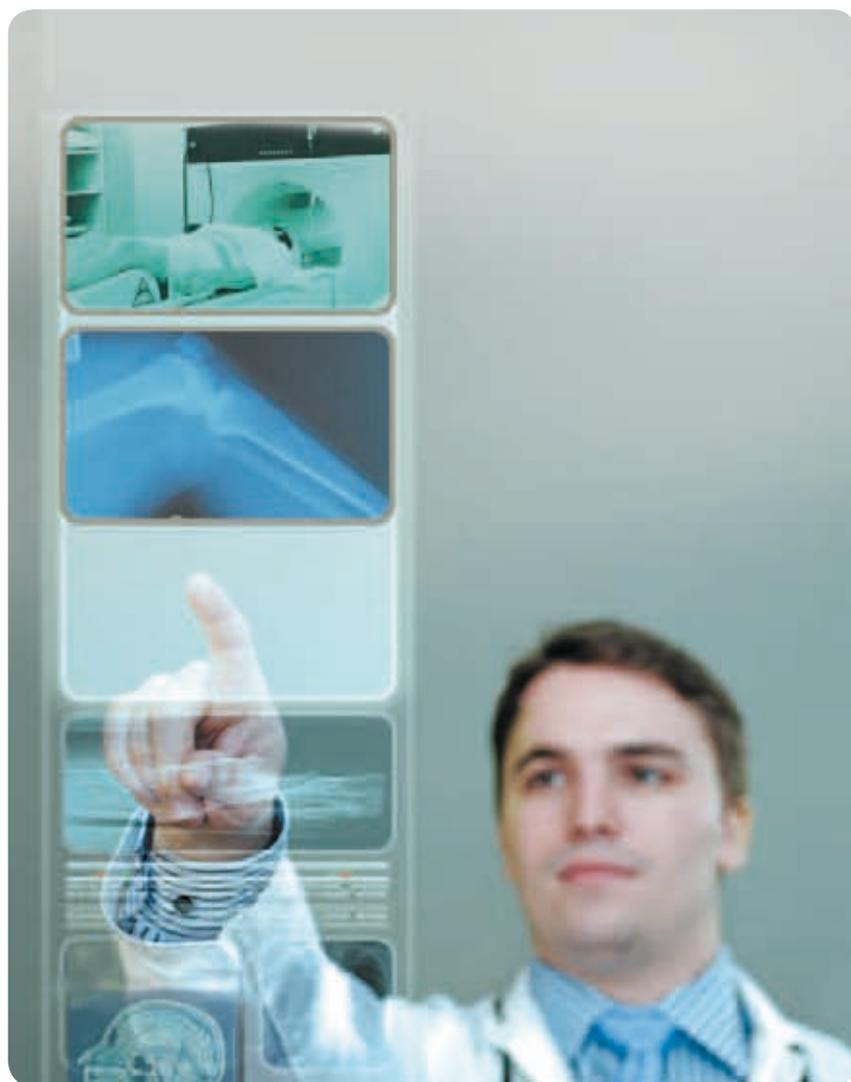
> LE D^r JOSÉ HUREAUX, praticien hospitalier en pneumologie et membre du Centre de coordination en cancérologie.

Grand angle

TÉLÉMÉDECINE

Les établissements à l'heure du futur

L'ESSENTIEL_ Face à la désertification médicale et au vieillissement de la population, elle semble s'imposer comme une pratique d'avenir : la télémédecine, qui fait irruption ici et là dans les établissements de santé et médico-sociaux, bouleverse l'organisation des soins. Décryptage et état des lieux.



Il y a peu, les images d'hommes ou de femmes en blouse blanche délivrant un diagnostic par caméra interposée apparaissaient comme un fantasme de film de science-fiction. En 2012, elles reflètent une nouvelle réalité. Désormais, un patient peut, sans bouger de chez lui, être consulté à distance par un médecin situé à l'autre extrémité du département, voire du pays... La télémédecine, c'est-à-dire l'usage des technologies numériques par les professionnels de santé pour une pratique médicale à distance, est désormais pratiquée, ici et là, sur le territoire. Les dispositifs mettent en relation un patient et des soignants à des fins de diagnostic, d'orientation médicale ou de suivi, ou bien des soignants entre eux pour leur permettre de confronter leurs avis ou de coordonner leurs actions. Parmi ces soignants, un professionnel médical est toujours présent. Bien sûr, la télémédecine n'exclut pas le contact direct : le patient est invité à une consultation « classique » en cas de besoin.

L'objectif de cette nouvelle pratique ? Pallier le manque de spécialistes dans certaines régions, favoriser l'accès aux soins des personnes isolées socialement ou géographiquement. Mais aussi répondre au défi posé par l'allongement de l'espérance de vie – et, avec elle, la hausse des maladies chroniques – en augmentant le nombre de patients pris en charge par les soignants. L'enjeu est également économique, la télémédecine engendrant une optimisation des dépenses de santé.

Cinq **actes de télémédecine** sont aujourd'hui réalisables. Ils s'accompagnent obligatoirement de certaines garanties, telles que l'accord préalable du patient et le respect de normes de qualité et de sécurité des données. Encadrés par les programmes régionaux de télémédecine des Agences régionales

21

spécialités bénéficient aujourd'hui de la télé-médecine.

101

projets de télé-médecine sont en cours d'élaboration sur le territoire.

de santé (ARS), les dispositifs s'exercent dans le cadre d'une contractualisation entre l'ARS et l'établissement de santé ou médico-social concerné. Une convention précisant les droits et devoirs de chacun est également signée entre les partenaires.

CINQ CHANTIERS PRIORITAIRES

C'est la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) de 2009 qui a institué la reconnaissance légale de la télé-médecine. Le décret du 19 octobre 2010¹ est venu définir son cadre réglementaire et lancer un plan national de déploiement. Piloté par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), celui-ci pose cinq priorités. Il vise ainsi à améliorer : la permanence des soins en imagerie, la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral et celle des maladies chroniques, les soins en structure médico-sociale et en HAD, et enfin l'accès aux soins des personnes détenues. Fin 2011, on recensait déjà, en France², 256 activités de télé-médecine – dont environ la moitié prenant en charge des patients. Des expériences qui permettent de tirer des premiers enseignements. Dans son récent rapport³, l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) a ainsi analysé 25 projets pilotes et identifié cinq facteurs clés de succès dans la mise en place d'activités de télé-médecine. Elle relève par

Suite, page 16 →

Les actes de télé-médecine réalisables à ce jour sont la téléconsultation, la téléexpertise (avis médical), la télésurveillance médicale (surveillance et interprétation de données), la téléassistance médicale (un médecin assiste à distance un autre professionnel) et la régulation médicale (premier diagnostic à distance par les médecins des centres 15).

PARIS

TÉLÉDERMATOLOGIE POUR LES DÉTENUS



© AP-HP

L'accès aux soins est plus complexe pour les détenus. Les autorisations de sortie pour raisons médicales sont coûteuses et limitées. Face à ce constat, l'hôpital Saint-Louis, à Paris (AP-HP), a développé un partenariat avec la prison de Fresnes pour proposer des téléconsultations dermatologiques.

Les médecins internistes de la prison – préalablement formés à la prise de vue – les lésions du patient et les envoient par mail au dermatologue. Celui-ci livre son diagnostic dans les 48 heures. Ce dispositif exige certaines garanties : « Les données passent par un réseau sécurisé. Elles sont anonymes et les photos ne montrent pas les visages, sauf obligation médicale », précise le Dr photographier Guibal, dermatologue. Près de 15 patients sont « téléconsultés » chaque semaine. « Au moindre doute, nous demandons à voir d'autres images, ou le patient. La dermatologie à distance a démontré une efficacité équivalente à celle qui s'effectue au contact de la personne, estime le spécialiste. Il n'y a donc pas de perte de chance ni de qualité du diagnostic. »



HAUTE-NORMANDIE

TÉLÉPSYCHIATRIE EN EHPAD

Le programme régional de télé-médecine de l'ARS Haute-Normandie vise à généraliser la téléconsultation psychiatrique. La région, l'une des plus touchées par la désertification médicale, affiche en effet un taux de psychiatres deux fois plus faible qu'au niveau national. En 2007, un projet original a été mis en place. Il compte aujourd'hui sept centres hospitaliers et une soixantaine de structures médico-sociales.

La téléconsultation est toujours proposée à des patients ayant déjà rencontré leur psychiatre de visu. Elle se fait en présence d'une infirmière, qui joue un rôle important : elle met le patient à l'aise, facilite l'échange, règle les éventuels problèmes techniques et fait le relais, si besoin, avec le médecin sur place. « Lors du lancement du projet, j'étais réticent, confie le Dr Sadeq Haouzir, psychiatre au CH du Rouvray. Mais, au final, c'est très simple d'utilisation et surtout très souple : lorsqu'un patient a besoin de me consulter, je peux le "voir" dans les 5 minutes, même pour une courte séance... Paradoxalement, cela a humanisé la relation entre patients et soignants. »



LENS, MAUBEUGE, VALENCIENNES

PRISE EN CHARGE DE L'AVC

C'est un projet unique en Europe. Les centres hospitaliers de Lens, Maubeuge et Valenciennes ont lancé, en juin 2011, le dispositif « Télé-AVC Artois-Hainaut ». Leur objectif : améliorer la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC). Leur méthode : proposer à leurs urgentistes des téléconsultations pour traiter les patients victimes de thrombose cérébrale, la forme la plus courante d'AVC. Un neurologue de garde, situé dans l'un des trois établissements, bénéficie d'un attirail ultra-sophistiqué : trois écrans affichant les résultats de l'IRM, un casque avec micro et une caméra haute définition pilotable à distance pour examiner le patient. Le médecin peut alors décider de l'opportunité, pour l'urgentiste ou une infirmière neuro-vasculaire, de réaliser une trombolysse. Une quarantaine de patients sont pris en charge chaque mois, et les thrombolyses sont pratiquées en moyenne une heure quinze après l'arrivée du patient. Devant le succès du dispositif, le CH de Cambrai a rejoint le réseau, qui comptera une quinzaine d'établissements nordistes d'ici 2015.



Suite de la page 15 →

exemple l'existence d'un projet médical répondant à un besoin, la présence d'un médecin reconnu dans le portage du projet et une organisation protocolisée. À l'inverse, le choc culturel que représente la pratique à distance pour certains médecins ou la difficulté de mettre en place une gouvernance et des solutions techniques adaptées constituent des freins au développement de ces pratiques. Surtout, la question du financement des projets, souvent coûteux, n'est pas encore tranchée et les actes ne sont pas reconnus, ni rémunérés. Mais les pouvoirs publics travaillent actuellement sur la question, pour définir un nouveau modèle économique capable de favoriser une nouvelle organisation des soins.

1. Décret n° 2010-1229.

2. DGOS.

3. La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe.

POURENSAVOIR⁺

- Retrouvez le plan national de déploiement de la télémédecine sur : www.sante.gouv.fr/deploiement-de-la-telemedecine-tout-se-joue-maintenant.html
- Consultez le rapport de l'ANAP *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe*, sur www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Telemedecine_en_action_tome1.pdf

ÎLE-DE-FRANCE

SUIVI DES GROSSESSES EN HAD

Dans le domaine de la télémédecine, demandez les anciens ! Ce projet de télésuivi de femmes en situation de grossesse pathologique a vu le jour en Île-de-France en 1978. Depuis, l'organisation s'est structurée, le matériel s'est perfectionné... Un quart des femmes suivies dans le cadre de l'HAD obstétrique à l'AP-HP sont aujourd'hui « télémonitorées ».

Celles-ci enregistrent elles-mêmes, chaque matin, le rythme cardiaque de leur bébé via une valise installée à leur domicile. Une sage-femme recueille les informations et indique la marche à suivre en cas de problème. Si besoin, une sage-femme de la HAD, ou libérale, est envoyée à domicile. Deux visites hebdomadaires sont maintenues pour chacune des patientes. Ce dispositif, en réduisant le déplacement des soignants, permet d'augmenter le nombre de femmes suivies : il a été rentabilisé au bout de deux ans.

SAINT-BRIEUC, SAINT-PIERRE-ET-MIQUELON

TÉLÉDIALYSE SUR SITES ISOLÉS

Des données voyageant sur plus de 4000 km... C'est la prouesse réalisée par l'hôpital de Saint-Pierre-et-Miquelon, en partenariat avec celui de Saint-Brieuc. En avril, les deux établissements ont inauguré un programme de télédialyse. Très isolé, l'hôpital ultra-marin ne dispose pas d'un néphrologue à temps plein et ne pouvait jusqu'ici proposer de dialyses. Désormais, les patients, accompagnés par un infirmier, peuvent se faire dialyser sur place, grâce à la télésurveillance d'un néphrologue breton. Celui-ci analyse les résultats biologiques qu'il reçoit, adapte la prescription et dialogue en direct avec le patient. Cette expérimentation a nécessité un gros travail de préparation : « Nous avons rencontré les équipes, précisé le rôle de chacun, établi les protocoles et rédigé des procédures pour garantir la sécurité de l'acte et des données, explique Anne-Marie Doré, qui a soutenu ce dossier pour la FHF. Certes, le dispositif technique est complexe, mais il fonctionne très bien ! » Résultat : une patiente, qui avait dû s'installer en métropole pour son traitement, a pu regagner l'archipel.

MIDI-PYRÉNÉES

TÉLÉEXPERTISE EN CANCÉROLOGIE

Fruit d'une réflexion de vingt ans, cette activité de télémédecine lancée en Midi-Pyrénées – l'une des régions pionnières en matière de télémédecine – vise à faciliter la coordination entre professionnels. Lorsqu'un patient est atteint de cancer, son dossier est étudié en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), afin que soit définie la stratégie thérapeutique la plus adaptée. Des réunions parfois chronophages et complexes à organiser, du fait de l'éloignement de certains professionnels médicaux... Grâce au dispositif de téléexpertise, ceux-ci se rencontrent désormais par visioconférence. Une secrétaire dédiée se charge de l'organisation. Cinquante-sept établissements, dont 31 publics, participent à l'opération. Plus de 2200 dossiers ont été traités en 2010.



© AP-HP /HAD

Grand angle

RECRUTEMENT

Qualité de vie et sécurité au travail: prévenir les risques

L'ESSENTIEL_ Stress, troubles musculo-squelettiques, manipulation de produits dangereux: les personnels soignants en établissement sont exposés à des risques professionnels. Mais le secteur hospitalier est particulièrement sensibilisé à la question. Des démarches de prévention permettent de repérer les risques et de trouver des solutions.



Cette notion recouvre un grand nombre de lésions touchant les membres supérieurs et inférieurs (épaule, coude, poignet, genou) ainsi que le dos (rachis lombaire) au niveau des articulations. Elles sont souvent liées à des mouvements contraignants, répétitifs et/ou forcés dans le travail.

contraintes horaires et organisationnelles. Ils déclarent plus souvent que les autres salariés manquer de moyens matériels et devoir travailler dans l'urgence, notamment dans le secteur public. Ils doivent enfin faire face à diverses contraintes physiques et aux risques d'agression verbale et/ou physique. Ces personnels vivent ainsi plus souvent des situations de *job strain* (« stress professionnel »), susceptibles d'affecter leur santé.

Résultant de ce cumul de facteurs, les **risques psychosociaux** et les troubles **musculo-squelettiques** (TMS) sont en forte augmentation parmi les professionnels travaillant en établissement de soins. Selon l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), les problèmes de stress, anxiété et dépression sont deux fois plus importants chez les soignants travaillant en hôpital que dans le reste de la population salariée, et un soignant sur cinq souffre de sciatique avant 45 ans. Les accidents de service déclarés à la Banque nationale de données (BND), dont 80 % touchent des femmes, sont aussi en augmentation. Les

Ils incluent le stress, les violences internes (entre personnels), dont les harcèlements moral et sexuel, les violences externes (engendrées par le public) et la souffrance ou le mal-être au travail. Ce phénomène est complexe et encore mal défini.

Le milieu des soins est, par nature, un milieu de travail à risques. Les personnels soignants sont en contact avec des maladies infectieuses, manipulent des produits potentiellement dangereux et se trouvent souvent confrontés à des situations difficiles. Selon les résultats de l'enquête nationale SUMER (surveillance médicale des risques professionnels) menée en 2003, les infirmiers et aides-soignants sont particulièrement exposés à certaines substances chimiques cancérogènes, aux radiations, aux risques biologiques au contact des patients et aux accidents d'exposition au sang. Ces agents se distinguent aussi par un cumul de



Grand angle

→ efforts liés à la manutention de malades, les chutes de plain-pied et les manipulations d'instruments coupants, piquants ou tranchants souillés en sont les trois causes principales.

UNE DÉMARCHE RÉGLEMENTÉE

La sécurité des soins, la santé des personnels, mais aussi les taux élevés d'absentéisme et de turnover impliquent la mise en œuvre de démarches de prévention des risques dans les établissements. Selon l'étude européenne « Presst-next » parue en 2008, la prévention des risques psychosociaux et des TMS par une approche ergonomique et organisationnelle constitue l'un des leviers majeurs pour favoriser le maintien dans l'emploi.

Sur le plan réglementaire, l'employeur est tenu d'évaluer les risques professionnels, en intégrant si possible les représentants des salariés et en prenant en compte l'ensemble des activités : soins, accueil, nettoyage, entretien... Depuis un décret de novembre 2001¹ et la circulaire DHOS du 2 juillet 2002², tout établissement doit mettre à jour chaque année, dans un « document unique », les résultats de l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs. Une fois ces risques identifiés et classés, des mesures de prévention adaptées peuvent être mises en place. Selon les cas, elles concernent : l'organisation du travail (renforcement du travail en équipe, répartition de la charge de travail, anticipation des plannings, forma-

10,5 %

C'est le taux de sinistralité (nombre d'accidents de service, de trajets ou de maladies professionnelles déclarés/nombre total des agents) dans les centres d'hébergement pour personnes âgées, le plus élevé de tous les types d'établissements.

36,4 JOURS

C'est la durée moyenne des congés par accident de service en établissement de santé ou médico-social.

97,4 %

C'est la part des TMS dans les maladies professionnelles déclarées à l'hôpital et en Ehpad.

(source : BND, chiffres 2010)

tion du personnel aux moyens de prévention...); l'aménagement des locaux (réduction des déplacements, facilitation du nettoyage ou des échanges, revêtements de sol non glissants...); les équipements de travail (aides techniques à la manutention des personnes et des charges, produits d'entretien et de nettoyage moins dangereux...).

DES INITIATIVES VARIÉES

L'une des missions du Fonds national de prévention (FNP) des accidents du travail et des maladies professionnelles est l'accompagnement des établissements publics de santé dans leurs démarches de prévention (lire page 5). Depuis sa mise en place en 2003, ce fonds a apporté un soutien méthodologique et financier à 122 structures. Il a accompagné 72 établissements dans leurs démarches de prévention, pour un montant total de 4 millions d'euros. Par exemple, dans le cadre du projet Prismes, en Aquitaine, l'hôpital marin d'Hendaye, spécialisé dans l'accueil de patients très lourdement handicapés, tente de lutter contre un niveau d'absentéisme endémique des soignants (13 %, contre 4 % pour les agents administratifs) généré par les risques liés à la manutention et à la manipulation. Il a ainsi fait l'acquisition de matériels adaptés (rails plafonniers dans les chambres et draps de glisse sur les lits pour faciliter la manutention), rémunère une kinésithérapeute du CH pour assurer des formations régulières auprès du personnel et recourt à un consultant ergonome sur deux sites pilotes. Une commission



LA FHF À VOS CÔTÉS

La FHF fait de l'amélioration de la qualité de vie au travail l'une de ses priorités :

1. Elle est proactive par son soutien à des projets régionaux (projet PHARES), par l'amélioration de la connaissance (projet d'enquête sur la qualité de vie au travail) et par l'information de ses adhérents (site et revues FHF).
2. Elle favorise la prise en compte des enjeux de prévention des risques professionnels et d'employabilité des personnes handicapées au sein du FNP, du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, du Conseil commun de la fonction publique et du FIPHFP.
3. Elle prend part aux négociations sur la santé au travail pour défendre les spécificités de la FPH (agenda social de Marylise Lebranchu, pacte de confiance de Marisol Touraine).
4. Elle initie des débats sur ces problématiques à l'occasion de ses salons annuels et des rencontres RH.

_TÉMOIGNAGES



Fabrice Caton,
ergonome
au CH de Montauban
(Tarn-et-Garonne):

d'admission des patients a été créée afin de réguler la charge de travail. Elle réunit notamment, une fois par semaine, le médecin chef du pôle concerné, le cadre paramédical, le cadre de santé et la directrice de soins. « *La cellule constitue une réelle démarche de concertation entre les différentes logiques de l'hôpital (administrative, médicale et de soins) qui, jusqu'ici, ne dialoguaient pas ou très peu* », se félicite le directeur de l'hôpital, Jean-Pierre Aubin.

Des projets en réseau, réunissant plusieurs établissements, se développent également. Cinquante structures étaient concernées entre 2003 et 2012. En 2008 et 2009, 27 établissements de santé des régions Languedoc-Roussillon et PACA ont par exemple participé au projet Pactes (Projet d'amélioration des conditions de travail en établissement de santé) autour de quatre thèmes: ergonomie, organisation du travail, tutorat et activité physique au travail. Le projet Réseau CHU a, quant à lui, pour objectif de mettre à disposition des établissements publics de santé des outils d'évaluation et de prévention des risques professionnels. Un premier plan triennal a associé 14 CHU qui ont travaillé sur plusieurs thématiques, dont les contraintes psychologiques et organisationnelles, le risque chimique... Un second plan triennal a été engagé en juin dernier avec cinq CHU, afin de diffuser les outils réalisés dans des établissements hospitaliers périphériques.

1. Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001.
2. Circulaire DHOS/P1/CM/CV du 02-07-2002.

POURENSAVOIR⁺

- Le site de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS): www.inrs.fr
- Le site du Fonds national de prévention: www.cdc.retraites.fr/portail/spip.php?page=rubrique&id_rubrique=140
- Le site du Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux (GERES): www.geres.org
- Les dossiers « Qualité de vie au travail » et « Rencontres des ressources humaines » dans la *Revue hospitalière de France* de novembre-décembre (n° 549).
- L'ouvrage *La Maîtrise des risques et la sécurité sanitaire au quotidien*, éd. Weka Santé.

“La contrainte temporelle est centrale”

Le bilan social a fait ressortir, en 2007, le fort lien entre absentéisme et manutention des patients, les aides-soignantes (AS) souffrant d'affections des membres supérieurs. Avec le soutien du FNP, puis sur les fonds de l'hôpital, des « acteurs ergonomiques » sont intervenus dans 5 services: ils ont observé, puis proposé des solutions. La contrainte temporelle est centrale: si l'AS ne prend pas le temps de solliciter la coopération du patient, elle porte une personne passive, voire opposante. Cette prise de conscience, l'achat de matériel adapté et des formations aux gestes et postures ont fait diminuer les accidents et l'absentéisme liés aux TMS pendant deux ans après l'intervention...



Édith Puglierini,
directrice de
l'hôpital local
d'Auxonne
(Côte-d'Or)

“Un souci constant d'amélioration”

Initialement centre hospitalier, l'établissement est devenu hôpital local en 2002 et a connu une longue période de désorganisation. Dès mon arrivée, j'ai entrepris de travailler sur le climat social et la réorganisation de la gestion du travail. Le Prix du management des ressources humaines en santé a récompensé, en 2009, l'engagement de tous les personnels de santé dans cette dynamique. Puis le FNP, que j'ai découvert en 2006 au détour d'une formation, a soutenu la démarche. Désormais, nous consolidons notre politique d'établissement en matière d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques professionnels.



Laëtitia Fourcade,
directrice de
l'Ehpad Seguin, à
Cestas (Gironde)

“Un nouveau circuit du médicament”

Nous avons entamé une démarche en 2009. Un état des lieux (entretiens collectifs et individuels) a permis de définir un plan d'actions. Nous avons réorganisé le circuit du médicament, ce qui a réduit les interruptions de tâches, et permis un gain de temps pour les infirmières et une diminution du stress. Nous avons encouragé le travail en binôme entre aides-soignantes (AS) et infirmières pour certains soins, et entre AS et agents des services hospitaliers. Des formations à la manutention, l'achat d'équipements adaptés et un atelier « relaxation et étirements » préviennent lombalgies et TMS.

+ d'interactions

AGENDA

MARDI 22 JANVIER 2013,
À PARIS
**PREMIÈRES
RENCONTRES
ANNUELLES DES CADRES**



Cette journée sera le premier rendez-vous des « cadres » du secteur de la santé autour des enjeux de l'organisation, du management et du rôle des cadres dans les établissements de santé. Elle sera organisée tous les ans en janvier. De multiples thèmes d'actualité et sujets techniques (réformes, retours d'expérience, benchmarking...) seront abordés. Ces premières rencontres auront pour thème : « Les cadres dans la stratégie des établissements ».

POURENSAVOIR⁺
www.sphconseil.fr/component/content/article.html?id=80&Itemid=0

JEUDI 4 AVRIL
ET VENDREDI 5 AVRIL
2013, À PARIS
**LES RENCONTRES DE
LA COMMUNICATION
HOSPITALIÈRE**



Ce rendez-vous annuel, qui se déroule sur une journée et demie à la Maison des associations de solidarité, à Paris, réunit l'ensemble des acteurs de communication des établissements du secteur sanitaire et médico-social. Il est l'occasion d'échanger, de débattre et de se former sur les enjeux et les défis de la communication hospitalière d'aujourd'hui. L'édition 2013 sera consacrée au thème de « La communication hospitalière à l'épreuve des crises ». De plus amples informations sur les 7^{es} Rencontres de la communication hospitalière vous seront données prochainement sur le site de SPH Conseil.

POURENSAVOIR⁺
www.sphconseil.fr



SALONS DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE

La FHF a l'honneur de vous annoncer qu'en 2013 Hôpital Expo, Hit Paris et Géront Expo-Handicap Expo, les trois salons leaders de la santé, auront lieu à la même date... Instituant un nouveau grand rendez-vous annuel à dimension internationale : les Salons de la santé et de l'autonomie. La première édition se tiendra du 28 au 30 mai. Trois raisons principales ont présidé à cette décision :

- > Le monde de la santé évolue vite ! Les pratiques, les technologies médicales, le matériel et les équipements, les services et les prestations progressent rapidement et provoquent des bouleversements dont aucun événement à ce jour ne permet d'avoir une vue d'ensemble. Cela appelle désormais une meilleure anticipation.
- > Les problématiques et enjeux abordés par les trois salons séparément sont parfaitement complémentaires et même, aujourd'hui, interdépendants.
- > Si le monde médical et médico-social dans son ensemble est concerné par l'offre des trois salons séparés, il est difficile pour ses acteurs de se rendre disponibles chaque année pour profiter d'un temps d'information et de formation finalement parcellaire. Institutionnels, établissements publics et privés, professionnels de santé, industriels, scientifiques, acheteurs et prescripteurs... : nombreux sont ceux qui ont exprimé le souhait d'un temps annuel fort du monde de la santé à une date unique. Les Salons de la santé et de l'autonomie sont donc une réponse attendue par tous. Avec ce rendez-vous annuel global, la FHF veut montrer l'importance de mettre en relation les professionnels de la santé.

La FHF espère vous accueillir nombreux pour ce nouvel événement de référence. Réservez d'ores et déjà vos dates !



**RETROUVEZ L'INTÉGRALITÉ
DE L'AGENDA SUR WWW.FHF.FR**

LE GUIDE

DISTINCTION

CONCOURS SPARADRAP : LES LAURÉATS !



© Alexandre Bonnemaison

L'anesthésie peut être une source d'angoisse pour le million d'enfants opérés chaque année, ainsi que pour leurs parents. Cette peur peut cependant être atténuée lorsqu'un projet d'accueil spécifique des enfants est mis en place, avec le soutien des équipes soignantes, de la préparation jusqu'au réveil postopératoire.

C'est de ce postulat qu'est né le concours organisé par l'association Sparadrapp. Il vise à encourager et à valoriser les actions des équipes d'anesthésie investies dans un accompagnement respectueux des besoins des enfants et de leurs parents. Le palmarès du concours national sur l'anesthésie de l'enfant a été dévoilé le 21 septembre dernier, lors du congrès de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR).

Les lauréats sont :

> Masque d'or

Équipe d'anesthésie du Centre d'endoscopie et de chirurgie ambulatoire au CHRU de Strasbourg, pour son projet « Même pas peur, même pas mal », axé

sur l'information transmise par différents soignants par le biais de jeux et d'une mascotte.

> Masque d'argent

Équipe d'anesthésie du service de chirurgie pédiatrique du CHU de Rennes. Elle propose à l'enfant de ramener chez lui un masque d'anesthésie et des gommettes, afin de le décorer et de le rapporter le jour de l'intervention.

> Masque de bronze

Équipe d'anesthésie du bloc opératoire du CH de Roanne. Pour ce projet, l'équipe a créé un livre (pour tout âge) sur le parcours opératoire, en mixant des photos du service et un personnage ludique. Les soignants présentent également à l'enfant tout le matériel médical utilisé pour son intervention.

ÉDITION

L'HÔPITAL EN FRANCE, HISTOIRE ET ARCHITECTURE

Comment est-on passé de la salle commune à la chambre individuelle ? Comment l'hôpital, d'abord hospice, est-il devenu établissement de soins ? Quelle est l'histoire des maternités, des lazarets, des asiles d'aliénés ? Autant de questions dont vous trouverez les réponses dans ce bel ouvrage illustré de 592 pages. Il invite le lecteur à un voyage historique et architectural à travers la France, du Moyen Âge à nos jours.

Pour télécharger le bon de souscription, rendez-vous sur www.fhf.fr > Informations hospitalières > Dossiers > Communication > Actualités > « L'hôpital en France, histoire et architecture ».

POURENSAVOIR

www.sparadrapp.org > Espace Professionnels > Initiatives de terrain/Anesthésie.

+ d'interactions

LE GUIDE

MÉDIA

UN GRAND PRIX POUR « ROSE MAGAZINE »



Le 6 septembre dernier, *Rose Magazine* a reçu une récompense au Grand Prix des médias de CB News 2012 : celle du « Meilleur lancement de l'année 2012 ».

La publication avait également été nominée pour le prix du « Meilleur magazine de presse 2012 ».

C'est une belle reconnaissance pour ce tout jeune journal créé en 2011, indépendant et gratuit, à destination des femmes malades de cancer. À la fois informatif, militant, glamour et haut de gamme, *Rose Magazine* a suscité l'enthousiasme dans la communauté des malades mais aussi des soignants, qui en distribuent 200 000 exemplaires. Les fondatrices du titre, Céline Dupré (directrice de la communication et des partenariats) et Céline Lis-Raoux (directrice de la rédaction), entourées de la rédaction – Béatrice Lorant, rédactrice en chef, Céline Dufranc, rédactrice en chef adjointe chargée de la santé, Laurence Dardenne, responsable Internet, Anne de Potier, responsable de la publicité, et Pierre Leiritz, directeur artistique –, sont particulièrement fières de ce palmarès qui fait entrer un semestriel gratuit, solidaire et ambitieux

dans la cour des grands !

La FHF est fière de renouveler son soutien à ce support en facilitant sa diffusion au sein des services de ses établissements adhérents.

Le numéro 3 de *Rose Magazine* est paru le 8 octobre 2012.



LES CHIFFRES CLÉS SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX SONT EN LIGNE !

La FHF édite, chaque année, des plaquettes présentant les chiffres clés de l'hôpital et du secteur médico-social. Désormais, afin d'être plus réactive face à l'actualité, elle met en ligne ces données et les actualise en temps voulu. Cette version Web permet également de mettre en avant les chiffres suscitant le débat ; ceux-ci sont commentés afin d'indiquer les positions de la FHF. Cependant, ces chiffres clés feront toujours l'objet d'une impression. La prochaine édition papier sera disponible en mai 2013.

En attendant, rendez-vous sur www.fhf.fr > Informations hospitalières > Chiffres et débats

HOPITAL.FR FAIT LA PART BELLE AUX AVIS DES PATIENTS



Le site grand public hopital.fr – qui connaît un trafic mensuel record de près de 900 000 visites après quatre années d'existence – et son application mobile « Hôpitaux » – qui vient de sortir dans une nouvelle version – jouent de plus en plus

la carte de la transparence. Jusqu'ici, le dispositif d'évaluation par le biais de commentaires libres faisait l'objet d'une expérimentation auprès d'un nombre limité d'établissements volontaires. Désormais, ce système est étendu à tous les établissements avec la possibilité, pour ceux qui le souhaitent, de limiter leurs évaluations à des notes. Tous les établissements peuvent être évalués avec un système de notes allant de 1 à 5 et réparties en quatre critères : qualité de l'accueil, information du patient, hygiène et prise en charge de la douleur.

Pour les commentaires libres, concrètement, les fiches établissements de l'annuaire de hopital.fr proposent, dans la colonne de droite, un bloc intitulé « Avis des patients » qui affiche le score moyen attribué à l'établissement pour chacun des critères précités. Un lien permet d'accéder au formulaire d'évaluation et de consulter les avis déposés.

Pour découvrir ces nouveautés, rendez-vous sur <http://etablisements.hopital.fr> ou téléchargez l'application « Hôpitaux » sur l'AppStore et le Play Store.

Jeudi 7 février 2013
Paris – FIAP

Actualité et enjeux
de la **psychiatrie**
et de la **santé mentale**



2^{ème} édition

L'objectif de cette journée annuelle est de réunir un public large autour des principales problématiques du secteur (juridiques, politiques, financières, stratégiques, organisationnelles, ...) afin de réaliser régulièrement une photographie du secteur, communiquer sur les points d'actualité majeurs, partager les bonnes pratiques, réaliser un bilan des réformes et appréhender les évolutions régulières.

Publics :

- Directeurs
- Praticiens
- Présidents de CME
- Directeurs des soins
- Cadres

..... inscription en ligne sur www.sphconseil.fr



**LES JOURS QUI
COMPTENT MACSF**
**DU 1^{ER} OCTOBRE AU
26 DÉCEMBRE***

Check up
Santé - Auto
Habitation

Check up
Retraite

Faites le point avec votre conseiller.
Prenez rendez-vous

au 3233⁽²⁾ ou sur macsf.fr

Notre engagement, c'est vous.



(1) 26/12/2012 date limite de réception au siège de la MACSF Espagne retraite. (2) Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'augmenter en fonction de l'évolution du tarif. MACSF Espagne retraite - Société Assurante d'Assurances sur la vie régie par le Code des assurances, au capital social de 54 737 408 €, entièrement libéré - enregistrée au RCS de Nanterre sous le N° 403 971 985 - Siège social - Orlans de Valéry - 10 rue de Valéry - 92800 Puteaux. MACSF assurances - SIREN n° 775 465 431 - Société d'Assurances Mutuelle - Entreprise régie par le Code des Assurances. MACSF Financement - Société Financière - Société Assurante d'Assurance et Conseil de Surveillance au capital de 8 800 000 € - Enregistrée au RCS de Nanterre sous le n° 343 971 822 00018. MACSF prévoyance - SIREN n° 784 702 315 - Société d'Assurances Mutuelle - Entreprise régie par le Code des Assurances. MFPS - Mutuelle française des Professions de Santé - N° d'immatriculation 315 281 097 - Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité. AMAP - Siège social - Orlans de Valéry - 10 rue de Valéry - 92800 PUTEAUX Association Médicale d'Assistance et de Prévoyance - 11 rue Brunel - 75017 PARIS.