

# INTERACTIONS

LE MAGAZINE DE LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

Page\_15

**L'avenir des SSR :  
un enjeu capital :  
de coordination**

Page\_10

**Respir@dom : un suivi  
sur mesure des apnées  
du sommeil**

Page\_19

**Handicap :  
l'accès aux soins  
s'organise**

RENCONTRES  
DE LA COMMUNICATION  
HOSPITALIÈRE 2014

---

Paris, le 27 mars 2014

MAS

18, rue des Terres au curé

75013 Paris

## COMMUNICATION ET MARKETING HOSPITALIER



Une session plénière et des parcours thématiques en ateliers

Renseignements sur [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr), rubrique Presse / Communication

Inscription sur [www.sphconseil.fr](http://www.sphconseil.fr)

Un évènement :



En partenariat avec :



SOMMAIRE



ACTUALITÉS ET INITIATIVES

- 04\_Ressources humaines
- 07\_Finances
- 08\_Management
- 09\_Développement durable
- 10\_Médical
- 12\_Médico-social
- 14\_Offre de soins



GRAND ANGLE

- 15\_Offre de soins  
L'avenir des SSR : un enjeu capital de coordination
- 19\_Société  
Handicap : l'accès aux soins s'organise



- + D'INTERACTIONS
- 22\_Guide / International

ÉDITO

CONSTRUIRE UN SERVICE TERRITORIAL DE SANTÉ POUR TOUS



Le délégué général de la FHF, Gérard Vincent

Le président de la FHF, Frédéric Valletoux

La construction d'un service public de territoire est un objectif ambitieux qui est placé au cœur de la Stratégie nationale de santé actuellement débattue dans les régions.

Tous les professionnels savent en effet combien il est nécessaire de mieux organiser les parcours de soins des patients et les parcours de vie des personnes âgées, afin d'éviter les ruptures de prise en charge qu'ils subissent.

Nos établissements, parce qu'ils articulent les enjeux sanitaires et médico-sociaux, seront des acteurs privilégiés de cette stratégie, qui doit mobiliser le champ médico-social, les professionnels libéraux mais aussi des cliniques privées, dont on ne peut imaginer par exemple qu'elles s'exonèrent de la participation à la permanence des soins.

“AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPÉES POUR QUE NOTRE SOCIÉTÉ RESTE HUMAINE.”

Cette réflexion sur les parcours est largement portée par la FHF, qui a préparé un cadre d'expérimentations dans ce sens. Elle doit concerner l'ensemble de la prise en charge, et en particulier les soins de suite et de réadaptation, mis à l'honneur dans ce

numéro. Faute de tarification adaptée, la part des établissements publics dans ce type de soins a reculé, compliquant la fluidité des parcours.

Mais, au-delà de ces nécessaires réorganisations, ce numéro d'*Interactions* témoigne de notre attachement à une des valeurs essentielles du service public, l'égalité d'accès aux soins, et à son corollaire, le refus de toute discrimination. Il faut saluer à cet égard toutes les initiatives prises pour améliorer l'accueil et les soins prodigués aux personnes handicapées car on ne peut accepter l'état des lieux qui vient d'être fait par le rapport Jacob. Le conseil d'administration de la FHF s'est engagé résolument à tout mettre en œuvre pour améliorer cette situation. La prise en charge des personnes handicapées, à l'hôpital comme dans la cité, est et demeurera l'un des signes les plus forts de notre capacité à « vivre ensemble » en œuvrant pour que notre société reste humaine.

# Ressources humaines

## ACTUALITÉS

### AMÉLIORER L'ACCUEIL DES INTERNES À L'HÔPITAL

**L'ESSENTIEL\_** Afin d'intégrer au mieux les internes au sein des hôpitaux publics, la FHF a mis au point une charte d'accueil.

La FHF a été missionnée par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour établir une charte d'accueil des internes à l'hôpital, avec les conférences de présidents de Commissions médicales d'établissement (CME), les conférences de doyens, les conférences de directeurs généraux de CHU et de CH, et les organisations représentatives des internes. Ce travail s'inscrit dans une démarche plus globale sur l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins. Les ambitions de la charte sont :

- un enjeu pédagogique ;
- un enjeu en matière d'attractivité des carrières hospitalières publiques ;
- et un enjeu de politique sociale et de prévention des risques psycho-sociaux

envers les jeunes médecins.

La charte définit un certain nombre d'objectifs et de bonnes pratiques, sur huit principales thématiques :

- L'accueil dans l'établissement ;
  - L'information à la prise de fonction ;
  - L'intégration dans le service d'affectation ;
  - La formation reçue au long des stages ;
  - Les conditions de travail ;
  - La gestion des temps professionnels ;
  - L'implication des internes dans leurs stages ;
  - Le dialogue social avec les internes.
- La charte a été présentée à la DGOS le 29 novembre 2013 et est diffusée aux établissements courant 2014.

### UN PROTOCOLE POUR PRÉVENIR LES RISQUES PSYCHO-SOCIAUX

Le 22 octobre 2013, la FHF s'est engagée, au côté de la ministre de la Fonction publique, dans la prévention des risques psycho-sociaux par la signature d'un protocole de prévention.

Dans le travail d'élaboration du protocole, la FHF, représentante des employeurs hospitaliers, a eu le souci de rappeler la nécessaire intégration des risques psycho-sociaux dans une démarche globale de prévention afin d'éviter toute segmentation des risques professionnels.

L'importance de la prévention des risques psycho-sociaux a en outre été soulignée avec la remise, en septembre 2013, du trophée de l'innovation de la FHF, lors des rencontres

RH de la santé, à quatre établissements de la Loire (CH du Pays de Gier, CH de Firminy, CH du Chambon-Feugerolles, CH de Saint-Galmier) pour leur démarche commune et concertée en matière de risques psycho-sociaux (voir *Interactions* #17).

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

Le protocole est consultable en ligne sur : [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr) > [Actualités](#) > [Ressources-humaines](#) > [Personnel-statutaire-de-la-FPH](#)

#### À LIRE AUSSI

*Revue hospitalière de France* # 556, janvier-février 2014 : « Comment prévenir les risques psycho-sociaux en Ehpad? ». Consultable en ligne sur : [www.revue-hospitaliere.fr](http://www.revue-hospitaliere.fr)

### LA RÉFORME DE LA FONCTION PUBLIQUE EST LANCÉE

La ministre de la Réforme de l'État, de la Décentralisation et de la Fonction publique, Marylise Lebranchu, a présenté le 9 décembre 2013 aux organisations syndicales et aux représentants des employeurs, dont la FHF, les trois grands axes d'évolution de la fonction publique proposés suite à la remise du rapport de Bernard Pêcheur. La négociation s'articulera autour de trois grands piliers :

- la réforme de l'architecture statutaire de la fonction publique ;
- les rémunérations ;
- la simplification de la gestion.

Une première phase de concertation, jusqu'en février 2014, permet d'établir un protocole d'accord de méthode. Cette première phase est suivie d'une période de négociations sur toute l'année 2014.

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

Le rapport de Bernard Pêcheur sur l'évolution de la fonction publique dans les années à venir est consultable en ligne sur : [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr) > [Actualités](#) > [Ressources-humaines](#) > [Rapports-institutionnels](#)



## INITIATIVES

## LIMOGES



## Des cours d'autodéfense pour le personnel

L'ESSENTIEL\_ Face à la montée de la violence dans les hôpitaux, le CHU de Limoges finance et assure en interne des cours pratiques d'autodéfense à destination de l'ensemble du personnel.

**En 2012, 8000 atteintes aux personnes (dont 84 % à l'encontre d'aides-soignants) ont été recensées par l'Observatoire national des violences en milieu de santé.**

Au CHU de Limoges, une formation pratique à l'autodéfense est proposée au personnel depuis 1995. C'est le Dr Dominique Grouille, anesthésiste-réanimateur féru d'arts martiaux, qui est à l'origine de l'initiative. Référent prévention de la violence au CHU, il est le créateur de la méthode déposée de self-défense « Grouille-Smolis », conçue avec le cadre infirmier, formateur en ergomotricité et professeur de karaté François Smolis.

« Le but de cette méthode est de prévenir et gérer la violence des patients à l'encontre du personnel hospitalier, en particulier dans les services les plus exposés : urgences et psychiatrie », explique Dominique Grouille. Les stages d'autodéfense, dispensés sur trois jours, sont assurés par des formateurs expérimentés et préparent les soignants aux situations les plus critiques. « Confronté à des agressions verbales, le stagiaire appréhende des notions de psychologie et de communication visant à contenir les manifestations de violence du patient ; en cas d'échec, des techniques de neutralisation prudente du malade sont enseignées

au stagiaire », poursuit-il. Ce dernier travaille aussi les gestes fondamentaux d'autodéfense (adaptés bien évidemment au contexte hospitalier) pour pouvoir se protéger d'éventuelles agressions physiques, seul ou par l'action synchronisée de l'équipe. « Les techniques physiques ne sont utilisées par le soignant qu'en tout dernier recours et dans le strict respect de l'intégrité physique et morale du patient et des intervenants », conclut le docteur.

La méthode « Grouille-Smolis » a rencontré un franc succès et continue d'être adoptée par d'autres CH.

## ARGENTEUIL



## Hygiène des mains : l'hôpital se frictionne avec humour

À la pointe en matière d'hygiène, le centre hospitalier Victor Dupouy à Argenteuil (Val-d'Oise) se montre très créatif pour sensibiliser son personnel. À l'occasion de la Journée mondiale sur l'hygiène des mains, en mai 2011, l'hôpital a réalisé la *Danse des mains*, un clip vidéo décalé, visible sur [www.ch-argenteuil.fr](http://www.ch-argenteuil.fr). L'objectif : promouvoir, sur le ton de l'humour, la friction hydroalcoolique pour se désinfecter les mains. « Nous avons essayé de parler d'hygiène autrement, en impliquant tous les acteurs de santé. Tout le monde a joué le jeu, des infirmières, des médecins, des aides-soignantes... y compris le directeur de l'hôpital ! », se félicite le Dr Florence Lémann, responsable du service qualité, gestion des risques et hygiène. Une opération couronnée de succès, puisque l'hôpital s'est vu remettre

un prix spécial du jury, lors de la semaine de la sécurité des patients, en novembre 2013. Soucieux d'aller plus loin, l'hôpital a réalisé un second clip, en 2012, mettant en scène un « service prévention des infections » sur le modèle du SAV des émissions d'Omar et Fred. Un nouveau projet récompensé par le grand prix de la communication hospitalière, remis par la FHF en avril 2012. « Cela a été possible car nous avons un service de communication très dynamique, avec une personne qui a filmé et monté le clip en interne, et un service hygiène qui l'est tout autant », souligne Florence Lémann. L'hôpital a également installé des distributeurs de solution hydroalcoolique dans toutes les chambres et se dit « très exigeant » sur les mains sans bijoux. Ces efforts ont des effets concrets : la consommation de solution hydroalcoo-

lique progresse dans l'hôpital et le nombre d'infections nosocomiales a chuté de près de 50 % depuis 1996.



# Ressources humaines

## DÉCRYPTAGE

### EMPLOIS D'AVENIR DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE : QUEL BILAN ?

**L'ESSENTIEL\_** Le 30 octobre 2012, la FHF s'engageait avec le Premier ministre dans le dispositif des emplois d'avenir. Cette démarche a ensuite été formalisée par une convention signée le 8 avril 2013 entre la ministre de la Santé, Marisol Touraine, la FHF et l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH). Voici deux exemples de mise en place des emplois d'avenir : un retour d'expérience menée en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), ainsi qu'un retour d'expérience en établissement.

#### RETOUR D'EXPÉRIENCE RÉGIONALE : LE PROJET PACA

En région Paca, la FHR, l'ANFH, l'État et le conseil régional ont souhaité décliner l'engagement national et offrir un dispositif territorialisé. L'objectif : trouver les complémentarités financières nécessaires pour mettre en œuvre les parcours individuels des jeunes. La région s'est engagée à financer en intégralité les formations qualifiantes du secteur sanitaire et du social pour les emplois d'avenir. 500 jeunes rencontrant des difficultés d'insertion professionnelle doivent ainsi pouvoir bénéficier du dispositif des emplois d'avenir en région Paca.



#### RETOUR D'EXPÉRIENCE EN ÉTABLISSEMENT : LES EMPLOIS D'AVENIR À L'INSTITUT LE VAL MANDÉ

L'institut le Val Mandé (Val-de-Marne), en tant qu'établissement médico-social agissant pour la promotion des personnes en situation de handicap, a souhaité participer au dispositif des emplois d'avenir et a proposé cinq contrats sur des postes innovants :

- assistant d'accueil et de communication ;
- intendant ;
- moniteur des prestations hôtelières en charge de la régulation et lumière ;
- aide-animateur socioculturel ;
- technicien de matériel de santé.

Un partenariat efficace avec la Mission locale et Pôle emploi a permis la mise en place d'une évaluation de cinq jours en milieu de travail avant la signature des contrats. Ces contacts ont abouti à la signature, le 1<sup>er</sup> janvier 2013, de l'un des tout premiers contrats dans le Val-de-Marne, puis à celle de quatre contrats le 8 avril 2013 en présence de M<sup>me</sup> Carlotti, ministre déléguée en charge des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion. Aujourd'hui, après l'étape d'intégration et de stabilisation,

l'établissement entame une phase de consolidation avec une définition plus précise des projets de formation qualifiants.

Une position définitive du ministère sur le financement de formations diplômantes est attendue. À ce jour, seules les formations individuelles qualifiantes sont financées par l'ANFH.

#### CHIFFRES CLÉS « ENQUÊTE FLASH » DE L'ANFH :

2500 à 3000

contrats d'avenir signés sur un objectif de 3240 en 2013.

9

contrats sur dix sont à temps plein.

5 %

sont des CDI.

3,8 %

C'est le taux d'interruption des contrats sur 11 mois.

85 %

des jeunes n'ont pas le baccalauréat.

# Finances

## ACTUALITÉ

Avec le soutien de  CAISSE D'ÉPARGNE

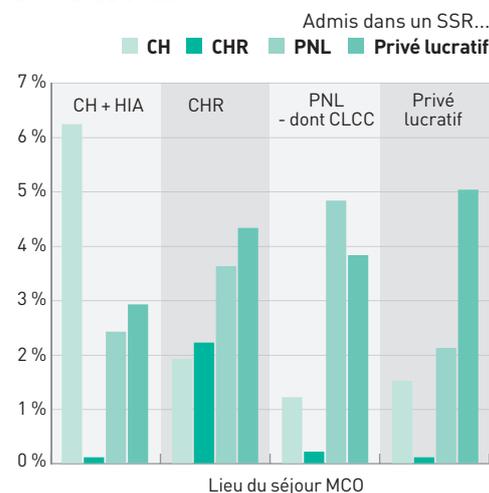
# LES FLUX DE PATIENTS DU MCO VERS LE SSR EN CHIFFRES

**L'ESSENTIEL\_** Les flux du secteur médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) vers le secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) sont facteurs de fluidité. Une étude a permis de les chiffrer et d'en tirer quelques conclusions.

Après un séjour de chirurgie, 6 % des séjours sont orientés en SSR (10 % si on restreint à la seule hospitalisation complète), alors que ce sont seulement 3,6 % des séjours de médecine (5,5 % pour l'hospitalisation complète).

Les deux tableaux ci-dessous montrent la répartition du flux entre les types de structures pour les séjours en hospitalisation complète en MCO. On constate par exemple que les séjours du secteur privé lucratif donnent moins souvent lieu à du SSR (8,8 % en chirurgie contre 11,8 % pour le public, et 4 % en médecine contre 5,8 % pour le

**Flux de chirurgie (HC) vers le SSR en France en 2011**



**Flux de chirurgie (HC) vers les SSR en France en 2011**

Séjours MCO dans un...	PAS d'admission en SSR dans les 7 j.	ADMISSION DANS UN SSR...			
		CH	CHR	PNL	Privé lucratif
CH + HIA	850277	60047	1206	23475	27720
	88,3 %	6,2 %	0,1 %	2,4 %	2,9 %
CHR	633758	13383	15669	25800	30607
	88,1 %	1,9 %	2,2 %	3,6 %	4,3 %
PNL - DONT CLCC	206837	2818	512	11117	8652
	90 %	1,2 %	0,2 %	4,8 %	3,8 %
PRIVÉ LUCRATIF	1545593	25546	1889	36168	84763
	91,2 %	1,5 %	0,1 %	2,1 %	5,0 %
TOUS TYPES DE MCO	3236465	101794	19276	96560	151742
	89,8 %	2,8 %	0,5 %	2,7 %	4,2 %

Sources : Bases PMSI ATIH / FHF - BDHF

**Flux de médecine (HC) vers les SSR en France en 2011**

Séjours MCO dans un...	PAS d'admission en SSR dans les 7 J.	ADMISSION DANS UN SSR...			
		CH	CHR	PNL	Privé lucratif
CH + HIA	2991585	130864	2248	28500	38391
	93,7 %	4,1 %	0,1 %	0,9 %	1,2 %
CHR	1499331	10681	29535	16394	20094
	95,1 %	0,7 %	1,9 %	1,0 %	1,3 %
PNL - DONT CLCC	436774	2709	689	17990	6610
	94,0 %	0,6 %	0,1 %	3,9 %	1,4 %
PRIVÉ LUCRATIF	1100309	5068	554	6662	33536
	96,0 %	0,4 %	0,04 %	2,1 %	2,9 %
TOUS TYPES DE MCO	6027999	149322	33026	69546	98631
	94,5 %	2,3 %	0,5 %	1,1 %	1,5 %

Sources : Bases PMSI ATIH / FHF - BDHF

public). Bien entendu, il n'est pas question d'émettre une conclusion à partir de ces données factuelles étant donné que l'on sait par ailleurs que la nature et la composition (*case-mix*) des séjours d'origine sont très différentes pour les deux secteurs.

Ces deux tableaux mettent également en exergue des flux privilégiés entre types de structures. Ainsi, comme on peut le voir sur le graphique ci-dessous, les patients pris en charge en chirurgie (HC) dans les CH (ou HIA) et ensuite orientés en SSR sont prioritairement envoyés dans un SSR-CH, mais pratiquement aussi souvent en privé (non lucratif et lucratif). Les patients issus des CHR sont quant à eux adressés prioritairement aux structures privées (2/3 pour le privé, répartis de façon quasi égale entre le non-lucratif et le lucratif). À l'inverse, on constate que les structures privées ne font pratiquement pas travailler le public SSR puisque les privés non lucratifs qui adressent des patients en SSR ne le font qu'une fois sur 7 à des structures publiques, les privés lucratifs travaillant moins d'une fois sur 5 avec le public (dans le sens d'adressage des patients).

# Management

## ACTUALITÉ

### LES DÉPENSES LIÉES AUX LISTES EN SUS TOUJOURS À LA HAUSSE

**L'ESSENTIEL\_** Les dépenses de molécules onéreuses et de dispositifs médicaux implantables ont augmenté entre 2012 et 2013.

**E**n dépit des efforts de gestion réalisés par les hôpitaux dans le cadre du programme Phare – le programme de Performance hospitalière pour des achats responsables – et de son projet Armen, les dépenses des produits remboursés en sus de

l'hospitalisation connaissent une forte croissance. De septembre 2012 à septembre 2013, les dépenses concernant les molécules onéreuses ont en effet augmenté de 8,6 % et celles relevant des dispositifs médicaux implantables (DMI) de 11,1 %.

Pour les molécules onéreuses, cela s'explique par le fait que d'anciennes spécialités, déjà fortement contributrices à la hausse des dépenses, ont obtenu des extensions d'indications dans leur autorisation de mise sur le marché (AMM). Citons, par exemple, Avastin<sup>®</sup>, Remicade<sup>®</sup>, MabThera<sup>®</sup>, Alimta<sup>®</sup>, Herceptin<sup>®</sup>, Soliris<sup>®</sup>.

Pour les DMI, la donne est quelque peu différente puisque ce sont les dispositifs mis récemment sur le marché qui contribuent à l'explosion des dépenses et, particulièrement, les bioprothèses valvulaires. En effet, les dispositifs de cardiologie sont de plus en plus performants en raison de leur association avec des prestations comme la télésurveillance ou l'assistance renforcée. Des prestations innovantes qui participent à l'augmentation du prix à l'achat.



## INITIATIVE

SAINT-QUENTIN



### RELATIONS HÔPITAL-JUSTICE-POLICE-GENDARMERIE



Le CH de Saint-Quentin a été le premier à concevoir et à instaurer une charte de collaboration « Hôpital, justice, police, gendarmerie ». Lors de la rédaction de la première version, en 2009, l'objectif était de cadrer les situations sensibles les plus fréquemment rencontrées, telles que l'audition par la police de patients mineurs au sein de l'établissement. La rédaction du document a été réalisée par la cellule juridique de l'hôpital, sur la base de la réglementation, des situations pratiques vécues, en concertation avec des représentants des différentes autorités. La charte a été régulièrement retravaillée pour aboutir à une cinquième version en 2012. « *La réglementation évolue, comme en psychiatrie, par exemple, des situations nouvelles apparaissent... Les textes peuvent rapidement devenir obsolètes* », explique Caroline Vermont, directrice adjointe du CH de Saint-Quentin.

Le document est accessible sur l'intranet de l'hôpital, par l'ensemble du personnel. Au quotidien, il sert surtout aux services de victimologie, d'urgence et de psychiatrie. « *La nuit, lorsque les équipes sont réduites, il est rassurant pour le personnel qui travaille de pouvoir s'adosser à la charte. Lorsque la gendarmerie les appelle, les interlocuteurs se réfèrent au même texte pour prendre une décision* », note Caroline Vermont. Régulièrement, d'autres établissements de santé ayant pour projet de mettre en place une charte similaire sollicitent l'hôpital. Le CH de Saint-Quentin leur transmet alors des fiches réflexes par cas de figure. Ces trames de base doivent ensuite être adaptées par l'établissement demandeur.

# Développement durable

Avec le soutien de 

## ACTUALITÉ

### L'édition 2014 du Baromètre du développement durable est lancée



Le Baromètre du développement durable en établissement de santé est une étude annuelle qui permet de mesurer la prise en compte du développement durable et de recenser les actions écologiquement et socialement responsables. La nouvelle campagne a débuté au mois de janvier.

Conçu et soutenu par l'ensemble des fédérations hospitalières, le Baromètre du développement durable est, cette année encore, au centre du dispositif destiné à identifier, promouvoir et accompagner les actions de développement durable des établissements. À ce titre, il constitue un outil de pilotage à part entière de vos démarches.

470 équipes y ont participé l'année dernière, près de 2000 en cumulé depuis 2007.

Courant janvier, les établissements ont reçu un code d'accès pour répondre à cette enquête gratuite et menée sur le principe du volontariat.

Dans cette édition, les actions en faveur de la RSE (responsabilité sociétale des entreprises) seront évaluées comme le prévoit la réglementation française.

Par ailleurs, cette année, un partenaire historique de la FHF s'est associé au programme : Sham nous accompagne désormais et contribue ainsi activement à faire du développement durable un facteur de performance de nos établissements.

La convention signée entre toutes les fédérations, les ministères de la Santé et de l'Écologie en 2009 sera renouvelée courant 2014.

### APPEL À COMMUNICATIONS

Vous souhaitez partager vos bonnes pratiques et vos projets avec vos pairs sur l'espace développement durable des Salons de la santé et de l'autonomie du 20 au 22 mai 2014 ? Proposez vos sujets à [bvnet@tandem-conseil.fr](mailto:bvnet@tandem-conseil.fr)

POURENSAVOIR 

voir les sites [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)  
et [www.hopitaldurable.com](http://www.hopitaldurable.com)

## INITIATIVE

### LE MANS



## Lutter contre le gaspillage alimentaire

**L'ESSENTIEL\_** Sur l'initiative du service restauration, le don des surplus alimentaires de l'hôpital a permis l'ouverture d'un restaurant social au profit des personnes en situation de précarité.

Une politique de don alimentaire a été mise en place au CH du Mans, dans le cadre du Pacte national de lutte contre le gaspillage alimentaire engagé par le gouvernement. Sur l'idée de Didier Girard, ingénieur en chef du service restauration du CH et promoteur de l'initiative, le surplus alimentaire du dîner permet désormais de nourrir 30 personnes en grande précarité deux jours par semaine. Son objectif 2014 est de passer à cinq jours par semaine. « Sur les 1,3 million de repas servis chaque année, le surplus issu de la production alimentaire du dîner représente 4200 kg par an, soit 7000 repas », indique Didier Girard. Un constat assez récurrent au sein des grandes collectivités. Tout ce qui n'était pas consommé devait auparavant être détruit, alors que des plats cuisinés étaient encore parfaitement consommables. « Au-delà des enjeux sociaux et du développement durable, jeter toute cette nourriture avait aussi un coût », poursuit l'ingénieur. Après trois années d'échanges et de rencontres avec les partenaires de la ville, une solution solidaire est adoptée et coordonnée par la direction départementale de la cohésion sociale de la préfecture de la Sarthe. Un restaurant dit solidaire ouvre ses portes dans un hôtel au Mans : l'association Tarmac identifie les personnes bénéficiaires et les bénévoles de l'Ordre de Malte assurent la logistique et le service du repas dès 18h30. Cette initiative exemplaire a été retenue pour figurer dans le guide *Prévenir, trier et valoriser les biodéchets des gros producteurs*, édité par l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (Ademe) et le ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie.



# Médical

## INITIATIVES

### RESPIR@DOM : UN SUIVI SUR MESURE DES APNÉES DU SOMMEIL

**L'ESSENTIEL\_** Si les actes de télémédecine font encore à l'heure actuelle figure d'exceptions, ils sont néanmoins appelés à se développer, notamment en ce qui concerne le suivi des patients atteints de maladie chronique. Respir@dom fait partie de ces dispositifs innovants. **Éléments de présentation.**

**L**auréat de l'appel à projets lancé en 2010 par la Direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services (DGCIS) pour des programmes innovants en télémédecine, le projet Respir@dom a entamé sa phase expérimentale. Associant des constructeurs, un hébergeur de données, le réseau de santé Morphée ou encore l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), ce dispositif a pour vocation d'améliorer le suivi des patients apnéiques traités par PPC\* (pression positive continue). « Tous les matins, la machine transmet via un système GPRS les données de la nuit vers un serveur qui héberge le dossier médical sommeil du patient », précise le Dr Royant Parola, présidente du réseau Morphée et coordinatrice du projet Respir@dom. Ce dossier, véritable tableau de bord, est accessible

au prestataire de santé à domicile qui a installé la machine chez le patient, et au médecin prescripteur. Les données sont automatiquement analysées et donnent lieu à des alertes en cas d'anomalies : dysfonctionnements de la machine, apnées persistantes... « Le prestataire de santé à domicile reçoit une alerte en premier. Il va alors prendre contact avec le patient pour résoudre le problème. Si la difficulté ne peut être résolue par le prestataire, le médecin est prévenu et modifie la prescription. »

## 5 à 7 %

de la population française est victime d'apnées du sommeil et 500000 personnes sont traitées avec un appareil de PPC (pression positive continue).

#### UN DISPOSITIF ÉDUCATIF ET MOTIVANT

Outre un meilleur suivi du patient, ce dispositif porte également une ambition d'éducation thérapeutique. Ainsi, le patient dispose dans son dossier d'un espace sécurisé dans lequel il peut évaluer, à l'aide d'échelles, son ressenti en termes de confort et d'efficacité de la machine, mais aussi sa motivation. Il peut aussi, par le biais du portail [respiradom.fr](http://respiradom.fr), rejoindre la communauté de patients et interagir avec eux dans le cadre d'un forum modéré par un médecin. « Nous avons également créé un serious game, Inspiratio : Les Pouvoirs du masque magique, qui propose un moyen ludique et original d'aborder la maladie. »

Aujourd'hui, 200 patients en Île-de-France participent à la première phase de l'expérimentation Respir@dom, qui prendra fin en juin 2014. Un rapport sera ensuite remis à la DGCIS en octobre pour rendre compte de l'efficacité du dispositif. « À l'heure actuelle, les premiers retours que nous avons eus de la part des patients sont plutôt positifs. Côté soignants, il y a eu une phase un peu compliquée liée à la difficulté de mise en œuvre des processus de sécurité inhérents à la télémédecine. Nous avons dû trouver d'autres solutions que celles envisagées au départ. Dans les programmes de télémédecine, l'un des principaux enjeux est de trouver un équilibre entre sécurisation des données et opérabilité sur le terrain. »



\* Machine qui envoie de l'air sous pression au patient pendant la nuit par l'intermédiaire d'un masque.

## INITIATIVES

ALES



## Une appli ludique pour faciliter les soins des plus jeunes

**L'ESSENTIEL** L'équipe de soins pédiatriques du CH d'Alès-Cévennes a été la première à tester l'application Ludicalm pour tranquilliser les enfants. Consultable sur tablettes et mobiles, celle-ci combine hypnose et nouvelles technologies.

Peur de l'aiguille, anxiété, stress... Pour les enfants, les soins de santé, même de courte durée, sont souvent difficiles à vivre. C'est pour les apaiser que l'équipe de pédiatrie du CH d'Alès-Cévennes teste depuis mai 2013 une application accessible aux détenteurs de smartphones ou de tablettes, baptisée Ludicalm.

« L'agitation des enfants représente une difficulté supplémentaire pour nous. Bien sûr, nous avons un savoir-faire, un savoir-être, des produits et des astuces pour calmer les enfants, mais cela ne suffit parfois pas », explique Élisabeth Guertzou, puéricultrice du CH, qui a appris la première qu'une application pour les jeunes patients était en développement. Elle a pensé que son équipe pourrait simplement se l'approprier. Sa conceptrice, l'hypnothérapeute Sylvie-Marie Brunet, n'appartient pas au CH.

Elle a pensé Ludicalm comme un support pour les soignants : « Il a fallu deux ans de recherche et développement pour harmoniser les technologies d'immersion, sur lesquelles reposent Ludicalm, avec les techniques de soins. »

Son principe : l'enfant regarde à travers la caméra de la tablette son environnement, la salle de soins, son parent. La magie consiste à faire apparaître sur cette réalité, et plus précisément sur le membre qui va recevoir le soin (la main, le bras), une animation en 3D. À la fin, l'enfant peut se prendre en photo avec un personnage pour en garder un souvenir.

L'effet hypno-analgésique du jeu a été observé par les soignants. 80 % des enfants ne présentent pas de signes d'agitation (cris, pleurs, agitation corporelle...), indiquant une diminution de la douleur avec ou sans crème anesthésiante.

Après plusieurs mois de test, le bilan est donc positif. « L'application ne nous fait pas perdre de temps, au contraire, et elle facilite la participation de l'enfant et du parent au soin », note Christelle Boyer, cadre de santé du CH. Côté finances, le coût pour l'établissement a été minime : une tablette, une imprimante et du papier photo pour les images souvenirs des enfants.

Le service pédiatrie du CH a par ailleurs reçu le trophée de l'infirmière puéricultrice 2013 pour son usage de l'application Ludicalm.

**POURENSAVOIR** 

Ludicalm est une application payante disponible pour les tablettes et mobiles. Apple (2,69 euros) et Android (1,99 euro).

Site : <http://ludicalmantvotre.fr/app/>

LIMEIL-BRÉVANNES



## Une consultation pour « vieillir avec succès » dès 50 ans

**Prévenir les pathologies liées au vieillissement au moment du départ à la retraite... C'est ce que propose la consultation « vieillir avec succès », mise en place par le Dr Jean-Philippe David, gériatre à l'hôpital Émile-Roux de Limeil-Brévannes (Hôpitaux universitaires Henri-Mondor, AP-HP).** Une initiative pilote en France. « En gériatrie, notre cœur de métier consiste à évaluer les principaux facteurs de fragilité. Ils sont les déterminants de la baisse des capacités fonctionnelles et physiologiques qui pré-

disposent à l'apparition des pathologies du vieillissement, en particulier des pathologies chroniques », rappelle le Dr David. « Depuis une dizaine d'années, nous avons des outils pour évaluer cette fragilité chez des patients de 80 à 85 ans en moyenne. En créant cette séance d'une heure trente à deux heures en hôpital de jour l'objectif est d'intervenir plus tôt, vers 50 ans, avant que les signes du vieillissement n'apparaissent. À cet âge, on peut se sentir en bonne santé mais nous perdons 70 % de nos capacités fonctionnelles de façon silencieuse. » Le Dr David insiste :

« La démarche est scientifique. Nous délivrons des conseils hygiéno-diététiques validés par la littérature internationale (activité physique, nutrition, sommeil, activités sociales), en établissant un plan de soins personnalisé. » Seule ombre au tableau : la décision récente de la Sécurité sociale de ne plus rembourser cette consultation de prévention. « C'est en contradiction avec les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) qui préconisent notamment de détecter la fragilité en soins ambulatoires », estime le Dr David.

# Médico-social

## ACTUALITÉS

### MÉDICAMENTS EN EHPAD : PUBLICATION DU RAPPORT VERGER

**L'ESSENTIEL\_ Remis officiellement le 12 décembre 2013 à Michèle Delaunay, la ministre déléguée en charge des Personnes âgées et de l'Autonomie, le rapport Verger identifie 27 propositions autour de la problématique des médicaments en Ehpad.**

Les propositions sont construites autour de cinq leviers d'actions :

- améliorer l'usage des médicaments;
- sécuriser le circuit du médicament;
- encourager les actions alternatives et complémentaires;
- optimiser le système d'information des Ehpad;
- développer la recherche relative au médicament chez le sujet âgé.

La formation des professionnels est au cœur du rapport, qui préconise notamment d'introduire un module de gérontologie dans la formation initiale de tous les professionnels de santé.

Il préconise également de développer la formation des personnels des Ehpad aux bonnes pratiques professionnelles de prise en charge des résidents présentant des troubles du comportement. Le rapport Verger propose aussi de développer le recours à l'évaluation gériatrique globale pour anticiper des problèmes de décompensation des maladies chroniques, de la poly-pathologie et de l'iatrogénie. La mise en place, au sein de la filière gériatrique, sur un territoire donné, d'un numéro d'appel unique pour les médecins généralistes souhaitant joindre des gériatres afin de solliciter

une aide dans leur prescription, est également énoncée.

Sur le circuit du médicament, le rapport préconise notamment de publier les référentiels juridiques nécessaires à la sécurisation du circuit de médicament en Ehpad.

Son auteur propose de faciliter l'utilisation des systèmes d'information de l'Ehpad par les prescripteurs, en mettant à leur disposition une interface unique de présentation des prescriptions (ordonnance universelle). Il souhaite également promouvoir l'informatisation de l'ensemble du circuit de la prescription à l'administration du médicament.

La FHF a largement contribué aux groupes de travail qui ont précédé le rapport Verger.

#### POURENSAVOIR

Les préconisations de la FHF sont disponibles sur : [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr) > [Actualités](#) > [Autonomie](#) > [Medecins-coordonnateurs-medicaments-et-dispositifs-medicaux](#)

Le rapport Verger est téléchargeable sur : <http://www.social-sante.gouv.fr/documentation-publications,49/rapports,1975/personnes-agees,2021/2013-la-politique-du-medicament-en,16809.html>

### QUATRE ARRÊTÉS POUR L'ÉVALUATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE ET DES BESOINS EN SOINS (AGGIR ET PATHOS)

Quatre arrêtés, très attendus, relatifs à l'évaluation de la perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes âgées accueillies en Ehpad, sont parus au Journal officiel (JO) des 25 et 26 novembre 2013. Ces textes prévoient notamment les seuils d'erreurs qui déclenchent le contrôle des autorités de tarification : « Les évaluations de la perte d'autonomie et du besoin en soins requis des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes tacitement validées font l'objet d'un contrôle de l'autorité tarifaire compétente et d'une récupération des sommes indûment perçues lorsqu'elles présentent des erreurs respectivement supérieures à :

- 40 points lorsqu'elles concernent uniquement le GIR moyen pondéré (GMP);
- 15 points lorsqu'elles concernent uniquement le Pathos moyen pondéré (PMP);
- 51 points lorsqu'elles concernent l'indicateur dit GIR moyen pondéré soins (GMPS). »

Le quatrième arrêté prévoit notamment que, lorsqu'un Ehpad est autorisé pour la première fois, la valeur du PMP prise en compte lors de son installation est fixée à 110 points.

#### POURENSAVOIR

Voir les sites : [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr) > [Actualités](#) > [Autonomie](#) > [Budget-et-tarification](#) ou [www.legifrance.fr](http://www.legifrance.fr)

Par ailleurs, une circulaire du 6 décembre 2013 précise les nouvelles dispositions issues du décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 et des quatre arrêtés de novembre. Elle est téléchargeable sur : [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/12/cir\\_37768.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/12/cir_37768.pdf)

## INITIATIVES

## AVALLON



## Un dispositif pour réduire les chutes des personnes âgées

**L'ESSENTIEL\_** Le centre hospitalier d'Avallon, dans l'Yonne, s'est doté d'un logiciel pour mieux cerner le phénomène de chutes chez les personnes âgées. Un plan d'actions pour réduire les risques a ainsi pu être mis en place.

Pendant près d'un an, le centre hospitalier d'Avallon a étudié la moindre chute de patient âgé survenue dans ses locaux ou dans l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Objectif : améliorer la prise en charge et la qualité des soins. « Nous avons été confrontés à un premier problème : le faible nombre de déclarations de chutes », souligne le Dr Dominique Mengué, gériatre au CH d'Avallon. En 2011, seuls 20 incidents de ce type ont été signalés sur l'ensemble de l'établissement. Pour avoir une vision précise du problème, la direction des soins a mis en place un logiciel *ad hoc* début 2012, accessible à tous les acteurs de santé. « Il s'agit de répertorier toutes les chutes, quels que soient l'heure et le degré de gravité, sou-

ligne le Dr Mengué. *Tout l'hôpital a joué le jeu et ce fichier informatisé a mis fin aux déclarations sur feuilles volantes.* » En 2012, 488 chutes ont ainsi été répertoriées, dont 386 au sein de l'Ehpad : « Cela montre que c'est en institution que l'on tombe le plus. Plus précisément, les patients à risque sont à 90 % ceux qui vivent en Ehpad, c'est-à-dire ceux qui sont semi-autonomes ou qui souffrent de troubles cognitifs », commente le médecin. En conséquence, l'hôpital a décidé d'agir et, désormais, chaque nouvel arrivant à l'Ehpad d'Avallon doit passer une évaluation gériatologique complète portant sur son équilibre, sa force musculaire et, notamment, son statut nutritionnel. « Si une personne est repérée comme fragile, le médecin coordonnateur peut lui prescrire



des séances de kinésithérapie ou d'ergothérapie », explique le Dr Mengué, qui a présenté l'initiative le 9 octobre 2013 à Paris, lors des journées annuelles de gériatrie et de gérontologie. « Le dispositif est reproductible dans tous les Ehpad, indique-t-elle. Nous avons d'ailleurs déjà été contactés par deux médecins coordonnateurs. »

## GUIPAVAS / FINISTÈRE



## Intimité et sexualité des résidents en Ehpad : une formation pour lever les tabous

« La sexualité des personnes âgées vivant en institution est un sujet qui peut gêner, y compris chez les personnels soignants, constate Éric Seguin, directeur général du Sivu des Rives de l'Elorn. Nous avons donc commencé par travailler sur le droit de vivre des résidents. » Ont-ils le droit de faire des choix ? De prendre des risques ? D'exprimer un certain nombre d'attentes ? Un travail préliminaire de près de trois ans a permis, petit à petit, d'aborder les

sujets de la vie intime et de la sexualité. Ainsi, depuis septembre 2013, le centre a mis en place une formation de quatre jours à destination de tous les agents permanents. Principaux objectifs : identifier les enjeux liés à l'intimité et à la sexualité des personnes âgées accueillies en institution, questionner les représentations sociales individuelles et collectives autour de leur sexualité ou encore construire des réponses d'accompagnement et de bien-

veillance tenant compte de leurs besoins d'intimité, d'affectivité et de sexualité. « Nous avons mis au point un programme sur-mesure issu des constats réalisés dans la résidence et d'anecdotes relayées par les soignants, afin de répondre au mieux aux attentes des équipes. » L'initiative, saluée par Michèle Delaunay, ministre déléguée en charge des Personnes âgées et de l'Autonomie, fait déjà des émules auprès d'autres directeurs d'Ehpad.

# Offre de soins

## ACTUALITÉS

### DÉFINIR LE SERVICE PUBLIC TERRITORIAL DE SANTÉ

**L'ESSENTIEL\_** La FHF a créé un groupe de travail chargé d'établir un cahier des charges du service public territorial de santé. Celui-ci a rendu ses conclusions.



**L**a Stratégie nationale de santé, dont la feuille de route a été dévoilée en septembre 2013 par la ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine, a pour ambition de mieux organiser les soins pour les patients sur le territoire. Le service public territorial de santé est une réponse à cet enjeu de santé publique. Mais qu'est-ce qu'un service public territorial de santé ?

Un groupe de travail, réunissant médecins et directeurs d'établissement, a réfléchi à cette question pour définir les grandes lignes d'un cahier des charges du service public territorial de santé. Le constat est que le système actuel ne favorise pas la transversalité et la mise en place de filières de soins sur un territoire. La complexité du financement des actes selon le professionnel qui agit, la délivrance des autorisations à des entités juridiques autonomes et l'absence de gouvernance légitime sur un territoire sont des freins aux initiatives innovantes.

Aujourd'hui, les acteurs de santé ont besoin de liberté pour agir et inventer. Les points clés du service public territorial de santé sont :

- Le projet de santé publique de territoire, rédigé par tous les acteurs concernés et pivot de l'action commune ;
  - Le territoire comme lieu d'organisation des prises en charge ;
  - La gouvernance par un comité d'acteurs et le copilotage par l'hôpital public et un autre acteur (médecin généraliste, par exemple) ;
  - Le financement compatible avec une logique de parcours (vers un objectif territorial de dépense de santé) ;
  - Des autorisations d'activité assises sur le territoire ;
  - Un système d'information commun : une plate-forme opérationnelle, pour commencer ;
  - L'innovation au cœur des territoires : développement de prises en charge médicales innovantes pour le patient, mais également de nouvelles modalités de travail pour les professionnels.
- Le service public territorial de santé interroge sur le rôle et les missions de chaque professionnel sur un territoire. C'est pourquoi la FHF préconise un droit à l'expérimentation à l'initiative des acteurs de terrain. Trois à cinq régions pourraient mettre en place un service public territorial de santé, en renforçant les initiatives de terrain déjà engagées mais insuffisamment consolidées.

### LA FHF S'ENGAGE POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

Intéressante sur le plan de la qualité des soins, mais aussi d'un point de vue économique, la chirurgie ambulatoire gagnerait à être davantage pratiquée en France. La FHF a présenté une étude sur le potentiel de ce type de prise en charge.

Lors d'une audition à l'Académie nationale de chirurgie, le 4 décembre 2013, la FHF a rappelé combien le développement de la chirurgie ambulatoire était une priorité pour les hôpitaux publics – déjà engagés dans cette voie avec 23 % des interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire pour les CHU et 31 % pour les CH –, parce qu'elle est un vecteur de qualité mais aussi d'efficacité.

Pour éviter de recourir à des comparaisons internationales tronquées, qui confondent consultations et interventions, ou à des comparaisons public-privé qui omettent les différences dans la nature des actes ou des populations accueillies, la FHF a présenté une étude sur le potentiel réel de développement de la chirurgie ambulatoire. Celle-ci est basée sur l'analyse des séjours et sur les données de la science. Ses conclusions ont été dévoilées lors d'une conférence de presse le 21 janvier 2014. La FHF demande aux pouvoirs publics de poser les premiers jalons d'un plan ambitieux d'investissement afin d'accélérer le développement de l'ambulatoire.

#### POURENSAVOIR

Plus d'informations sur les conclusions de l'étude sur : [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr) > Actualités > Offre-de-soins-Qualite > Chirurgie

# Grand angle

## OFFRE DE SOINS

# L'avenir des SSR : un enjeu capital de coordination

**L'ESSENTIEL\_** Des maisons de repos aux filières SSR spécialisées, le changement de vocabulaire témoigne du chemin parcouru dans la transformation des soins de suite et de réadaptation. Dans un contexte de financement incertain – le nouveau modèle interviendra en 2016 – la restructuration de l'offre se poursuit, dans une optique d'amélioration des parcours de soins.



**P**ivots de la fluidité des parcours de soins, les soins de suite et de réadaptation (SSR), de plus en plus sollicités du fait de la diminution des durées moyennes de séjour, occupent une place prépondérante dans le système de santé. « Si une part des créations de capacités SSR a été réalisée par transformation d'établissements ou d'activités MCO, ce schéma ne doit pas être le déterminant de la cible capacitaire SSR, laquelle doit bien davantage correspondre à une évaluation des besoins à satisfaire, selon une logique graduée en fonction des différentes spécialités du SSR », explique Samuel Prاتمarty, sous-directeur par intérim de la régulation de l'offre de soins à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). « Il faut qu'on reconnaisse le rôle du SSR non pas uniquement comme un dégagement des services MCO mais comme un véritable service rendu au bénéfice du patient dans le contexte du vieillissement de la population, des besoins de soins liés aux maladies chroniques, et de la recherche d'amélioration de l'autonomie et de la qualité de vie du patient », appuie le Pr Paul Calmels, médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation (MPR), vice-président de la Société française de médecine physique et de réadaptation (Sofmer). « Ce champ ne doit pas pour autant être une tour d'ivoire. Le SSR s'inscrit dans une compétence graduée sur une filière, dans un territoire, à

1762

établissements de SSR en 2008, dont près de la moitié de statut public.

106 911

lits et places en 2008 (94 726 lits et places en 2000).

# Grand angle

Suite de la page 15 →

un niveau donné, en lien avec le MCO, la ville, le médico-social », insiste-t-il.

## VERS UNE MEILLEURE RÉPARTITION

Définie dans les décrets de 2008, l'activité de SSR a pour objet « de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion ». Les missions de ce secteur, de nature sanitaire, sont axées sur le retour du patient vers son lieu de vie ou de travail. Les SSR polyvalents (adultes ou pédiatriques) constituent le socle commun, tandis que les SSR spécialisés s'articulent autour de neuf prises en charge spécifiques<sup>1</sup>. Et les problématiques sont en partie les mêmes que dans les autres secteurs : « Une meilleure répartition de l'offre sur le territoire ; au-delà de l'approche quantitative, une meilleure répartition des spécialités ; et enfin, une nécessité de faire évoluer les modalités de prise en charge en fonction de l'évolution des besoins, en privilégiant, lorsque c'est médicalement adapté, les prises en charge hors hospitalisation complète (hôpital de jour, consultations externes, équipes mobiles, etc.) », recense Samuel Pratmarty. « Il n'y a pas assez d'offre de SSR ambulatoire par rapport à ce qui peut se faire dans le contexte du MCO et la localisation des centres

de SSR est souvent trop à distance des lieux de vie urbanisés, ce qui pose problème pour développer l'ambulatoire », note aussi le Pr Calmels.

Au cœur des parcours de soins des patients, avec des relations en amont avec les hôpitaux MCO, mais aussi en aval avec les professionnels de ville, l'HAD, les unités de soins de longue durée ou les établissements médico-sociaux comme les Ehpad, « les SSR ont une culture de l'interaction avec les autres professionnels de santé et peuvent utilement faire valoir ce rôle », souligne Samuel Pratmarty. « Le problème fondamental est celui de la gestion de la transition entre les services de soins intensifs et les SSR, estime pourtant Daniel Carré, vice-président du Ciss et ancien représentant des usagers dans un SSR. C'est une cause d'accidents, de retours d'hospitalisations et de souffrances pour le patient. » Il s'agit donc d'identifier les besoins, de rendre lisibles les filières de prise en charge, de favoriser la communication entre établissements et professionnels des SSR en développant les outils de transmission. « Nous souhaitons que les logiciels d'orientation des patients, qui couvrent aujourd'hui également les Ehpad, embarquent progressivement les professionnels de ville pour mettre en réseau l'ensemble des acteurs », signale Samuel Pratmarty. L'approche par filière (de type AVC, Alzheimer ou obésité) se développe. « Le modèle des

Hospitalisation à domicile.

Collectif interassociatif sur la santé.

Établissement pratiquant les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique.

## \_INITIATIVE

### CHALONNES-SUR-LOIRE



#### OFFRIR UNE TRANSITION À DOMICILE ENTRE LE SSR ET L'EHPAD

Établissement public de santé qui compte 13 lits de médecine, 30 lits de soins de suite et 176 lits d'Ehpad, l'hôpital de la Corniche angevine, à 30 km d'Angers, se situe à la frontière du rural et de l'urbain. Particularité : il ne fonctionne qu'avec des médecins libéraux. Le lien ville-hôpital était donc déjà naturel lorsque l'équipe soignante (cadre de santé, infirmiers, ergothérapeute, psychologue, assistante sociale, kinésithérapeutes et diététicienne) a décidé, en 2011, de lancer un projet d'un accompagnement

« hors les murs » lors de la sortie d'hospitalisation en SSR. 30 % des patients de soins de suite sortaient alors directement vers un Ehpad sans faire une étape par leur domicile initial. Une rupture brutale, source d'angoisse et de perte de repères, vécue par l'équipe comme une « violence institutionnelle ». Le projet, auquel la directrice Hélène Tourneur a rapidement adhéré, vise à mûrir la décision d'entrée en institution, tant pour la personne âgée que pour son entourage, parfois à y renoncer. Pour 50 patients par an, il est ainsi

envisagé un retour temporaire au domicile avec la mise en place d'aides matérielles et humaines provisoires. « C'est bénéfique pour le parcours de soins à tout point de vue », assure Hélène Tourneur, qui constate une réduction de la durée des séjours en SSR. L'équipe d'appui en adaptation, réadaptation et réinsertion ne reçoit pas de subvention de l'ARS Pays de la Loire, n'ayant pas gagné l'appel à projets en 2013, mais est lauréate du prix Hélioscope pour décrocher l'hôpital au bénéfice du malade et de ses proches.

## \_3 QUESTIONS À



**Isabelle Hirtzlin,**

chef de projet au service évaluation économique et santé publique de la Haute Autorité de santé (HAS).

### “Un outil pilote d'aide à la décision pour l'admission en SSR”



#### Pourquoi la HAS travaille-t-elle sur la pertinence des admissions en SSR ?

La HAS a fait l'objet d'une saisine de la DGOS pour réaliser une « grille d'analyse de la pertinence des demandes de transfert et d'admission en SSR ». Cette saisine s'inscrivait dans le prolongement des travaux conduits par la DGOS relatifs aux inadéquations des séjours hospitaliers en médecine et chirurgie, et dans le contexte de la réduction de la durée moyenne de séjour en médecine et chirurgie inscrite au programme de qualité et d'efficacité de la loi de financement de la Sécurité sociale.

#### À qui cet outil s'adresse-t-il et quels sont les critères ?

Au départ, cette grille était destinée aux médecins exerçant en court séjour hospitalier qui souhaitaient orienter certains de leurs patients vers une structure de SSR. Elle a été étendue par le groupe de travail à d'autres prises en charge hospitalières (psychiatrie, transfert entre SSR, urgence), ainsi qu'aux médecins traitants. Il s'est agi finalement de construire un outil d'aide à la décision présenté sous forme d'algorithme pouvant être rempli en moins de cinq minutes par le médecin prescripteur. Cet outil devant lui permettre de vérifier un ensemble de critères qui valident la pertinence d'une admission potentielle en structure de SSR. Il y a quatre niveaux de filtres. Le premier filtre est médical : on s'intéresse à l'objet de la prise en charge qui doit concerner, pour le patient considéré, l'existence d'un projet de rééducation/réadaptation/suivi

thérapeutique/réinsertion/prévention ou alors la nécessité de réaliser un bilan d'expertise, des ajustements thérapeutiques ou traitement de complications dans le cadre d'une pathologie chronique ou d'un handicap. Le deuxième filtre doit permettre d'identifier les caractéristiques du patient en définissant à la fois l'existence de comorbidités potentielles, son environnement social et environnemental, et le contexte de l'offre locale de soins de ville, en lien avec l'équipe médico-sociale. Dans ce même niveau de décision, on s'assure qu'il y a un besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire globale et coordonnée du patient. Si au moins une des quatre conditions est remplie, on poursuit l'évaluation pour ce patient, mais si aucune des conditions ne l'est, l'outil répond qu'il n'y a pas d'indication de SSR. En cas de poursuite de l'évaluation, le filtre suivant vise à déterminer le type de SSR requis qui peut être polyvalent ou spécialisé. Le dernier filtre vise à s'assurer du consentement du patient pour intégrer la structure qui lui est proposée.

#### Quand cet algorithme sera-t-il opérationnel ?

Cette version pilote, évaluée par plus de 80 médecins de SSR et de MCO, a été envoyée à la DGOS. La validation des qualités métrologiques de l'outil ne pourra s'effectuer que si les établissements s'en saisissent et le testent sur un grand nombre de séjours répartis dans toute la France. Cet outil a vocation à être intégré dans le logiciel Trajectoire. Son positionnement se situera au tout début de la procédure d'admission.

*parcours AVC est intéressant. Il détermine si le patient doit aller à domicile avec un hôpital de jour, en SSR avec une hospitalisation complète en MPR, dans un SSR polyvalent ou dans un SSR neurologique spécialisé. Le parcours de soins permet d'identifier les vrais besoins afin d'aller vers une offre juste et graduée », souligne le Pr Calmels.*

#### RÉFORME DE LA TARIFICATION

Alors que la nouvelle classification de l'activité SSR a été déployée, le chantier tarifaire se poursuit. « *Il faut intégrer le plateau technique dans le financement et prendre en compte la dépendance du patient, le coût des molécules onéreuses, mais aussi la fragilité des patients pour lesquels l'avenir sanitaire et social est complexe* », rappelle le vice-président de la Sofmer. La DGOS s'est donnée pour objectif de fixer les bases du futur modèle de financement d'ici la fin du printemps 2014, avant de passer vers une phase plus technique de préparation à la mise en œuvre effective qui interviendra dans le cadre de la campagne 2016, avec une montée en charge progressive sur plusieurs années. « *L'un des enjeux, précise Samuel Pratomarty, est de répartir de manière équitable la ressource entre établissements, en établissant une corrélation entre la nature des prises en charge, l'intensité des soins apportés (rééducation, réadaptation et accompagnement à la réinsertion) et les ressources perçues. Nous n'allons pas faire un décalque du modèle MCO, nous souhaitons trouver un modèle original adapté aux spécificités des SSR* ».

1. Affections de l'appareil locomoteur; affections du système nerveux; affections cardio-vasculaires; affections respiratoires; affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien; affections onco-hématologiques; affections des brûlés; affections liées aux conduites addictives; affections des personnes âgées polyopathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance.

#### À LIRE AUSSI

*Revue hospitalière de France # 555, novembre-décembre 2013 : « Financement SSR : pour un modèle assis sur la Classification internationale du fonctionnement », pp. 60-64. Consultable en ligne sur : [www.revue-hospitaliere.fr](http://www.revue-hospitaliere.fr)*

## UNE UNITÉ EXPÉRIMENTALE POUR LES BLESSÉS MÉDULLAIRES VENTILO-DÉPENDANTS

« Rien n'est vraiment fait pour le patient complexe, traumatisé crânien ou blessé médullaire, ce patient qui requiert un suivi médical, des examens, des traitements coûteux », regrette le Pr Paul Calmels, vice-président de la Sofmer. C'est ce même constat qui a poussé le Dr Brigitte Soudrie, chef du pôle SSR handicaps lourds et maladies rares neurologiques à l'hôpital Marin d'Hendaye (AP-HP), à proposer en 2004 une prise en charge précoce des blessés médullaires ventilo-dépendants (huit lits). Ces patients n'avaient jusqu'alors pas de possibilité d'admission en SSR du fait de leur handicap respiratoire. « Ils restaient parfois six mois en réanimation, faisant des escarres ou des complications infectieuses. Utile pour la phase aiguë, la réa devient alors toxique », souligne le Dr Soudrie. Un point de vue partagé par le Pr Denis Safran, chef du service d'anesthésie-réanimation à l'hôpital européen Georges-Pompidou – « Nous, réanimateurs, ne sommes pas du tout compétents pour cette prise en charge secondaire. » – et par le Pr Jean-Jacques Rouby, chef du service de réanimation de la Pitié-Salpêtrière, qui plaide pour l'organisation de filières sur une base régionale. Recrutés dans les services réanimation de l'AP-HP, les patients, dont certains atteints de *locked-in syndrome* (LIS), sont remis dans un parcours de vie. « Ces personnes vivent, il faut que la résilience s'installe mais aucun ne m'a encore dit : "Débranchez-moi". Notre rôle est de regarder devant », témoigne le Dr Soudrie, qui, à côté du projet médical, met en place avec son équipe un accompagnement social pour préparer le retour à domicile. Son ambition ? « Que soit reconnue cette activité de SSR neuro-lourd et qu'elle soit soutenue, afin que cette unité soit reproductible. » 40 patients tétraplégiques ventilo-dépendants ont été admis dans le service depuis neuf ans : un tiers a retrouvé son domicile et un tiers a rejoint un foyer médicalisé.

## \_3 QUESTIONS À



© Luc Pâris

### Yves Gaubert,

responsable du pôle Finances et Banque de données à la FHF, membre du comité de réforme de la tarification hospitalière, installé en décembre 2012.

**« Nous souhaitons qu'il y ait un passage en tarification à l'activité dès 2015 »**

### De quelle manière le comité de réforme de la tarification hospitalière aborde-t-il la question du financement des soins de suite et de réadaptation ?

Le calendrier d'évolution des modèles de financement est assez distendu puisque le changement est prévu en 2016. Pour permettre le financement sans rupture par rapport au champ MCO, il existe des pétitions de principe d'adaptation du modèle. Mais on est toujours en attente de précisions et d'un véritable engagement des pouvoirs publics sur les SSR. Nous avons été critiques à l'égard des premiers travaux de classification des actes – conduits il y a 18 mois – dans la mesure où nous considérons qu'ils décrivaient mal les SSR pédiatriques et gériatriques. Nous attendons aujourd'hui les résultats de nouveaux travaux. Des arbitrages ont été faits sur lesquels nous sommes d'accord : au-delà de la partie paiement à l'activité, nous souhaitons en effet des enveloppes spécifiques pour financer les plateaux techniques (prise en charge des coûts de structure) et les appareillages (notamment pour les enfants), ainsi que les médicaments onéreux. Nous attendons surtout que soit bien décrite l'enveloppe relative

aux missions d'intérêt général propres aux SSR (prise en charge de la précarité, notamment). Ce dernier point relève du ministère des Affaires sociales et de la Santé et nous n'avons à ce jour aucune réponse.

### Que préconisez-vous ?

Nous préconisons une accélération sensible du processus de réforme de la tarification, parce que les hôpitaux publics et privés non lucratifs sont pénalisés. Le secteur commercial est en train de développer rapidement des lits et places de SSR. Nous souhaitons donc qu'il y ait un passage en tarification à l'activité dès 2015. Cela suppose que les travaux techniques de description de l'activité médicale soient rapidement exécutés.

### Quels sont les facteurs de blocage ?

Nous avons le sentiment que les pouvoirs publics ne sont pas pressés de voir les SSR passer en tarification à l'activité. Aujourd'hui, ce secteur progresse extrêmement vite, l'évolution financière de l'enveloppe commerciale est de l'ordre de 6 % alors qu'elle est autour de 1 % pour les hôpitaux publics. Lors du prochain comité, nous allons essayer de faire avancer ce dossier.

# Grand angle

## SOCIÉTÉ

---

# Handicap : l'accès aux soins s'organise

**L'ESSENTIEL\_** Pour une personne en situation de handicap, la moindre consultation médicale peut devenir un véritable casse-tête. Si de nombreux efforts ont été réalisés ces dernières années, l'accès aux soins de ces patients reste un défi majeur pour la santé en France.

**S**e soigner à l'hôpital, subir des examens médicaux, consulter son médecin généraliste ou son chirurgien-dentiste... Ces étapes simples du parcours de santé peuvent se transformer en calvaire pour les personnes en situation de handicap. Le handicap, la loi<sup>1</sup> le définit comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » On estime que 70 % des patients handicapés repoussent, voire abandonnent, le recours aux soins courants, tels que les soins dentaires ou ophtalmologiques. Parmi les explications, on trouve les problèmes d'accessibilité aux bâtiments, les surcoûts médicaux, ou encore la formation inadaptée des professionnels de santé. Soigner un patient handicapé suppose en effet une approche particulière, notamment pour tenir compte de son passé médical, le mettre en confiance, dialoguer malgré des difficultés de langage, etc.

Suite page 20 →

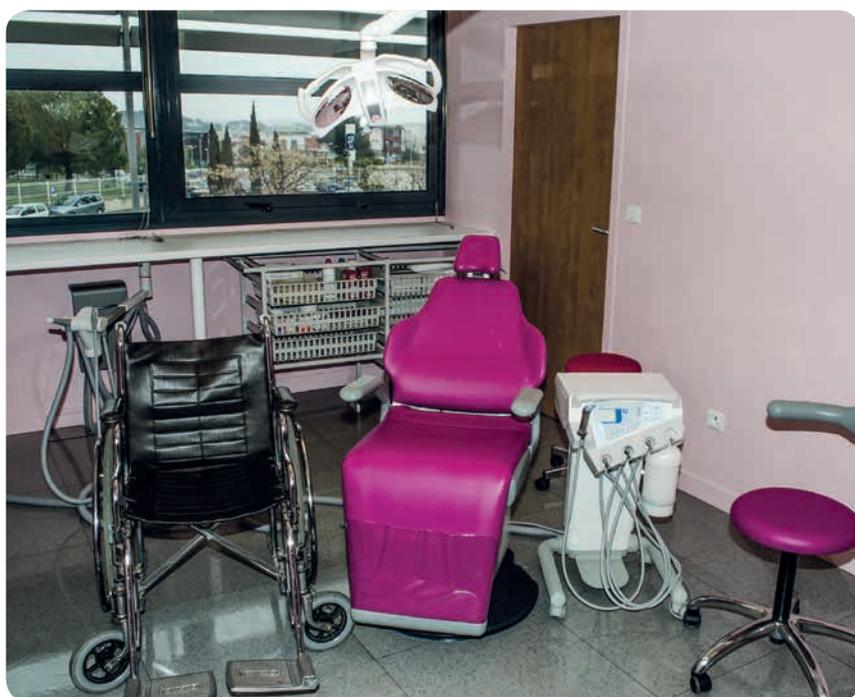


# Grand angle

Suite de la page 19 →

## 5,5 millions

de personnes ont déclaré leur handicap<sup>2</sup> en France en 2013.



### L'ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES, MÊME EN FAUTEUIL

Les équipes du centre de soins, d'enseignement et de recherche dentaires du CHRU de Montpellier ont conçu une salle spécialement dédiée à la prise en charge des patients handicapés. Un nouveau parcours de soins dentaires a été spécialement mis en place avec un circuit aménagé (ascenseurs, couloirs, entrées, etc.) et un matériel adapté. Grâce à son inventivité, ce centre est depuis début 2013 l'un des rares établissements du Languedoc-Roussillon à pouvoir recevoir et soigner des patients en situation de handicap, en particulier ceux ne pouvant quitter leur fauteuil. Car, trop souvent, à défaut de trouver un cabinet dentaire accessible, les personnes en situation de handicap renoncent à se faire soigner les dents.

C'est dans ce contexte que la FHF a décidé d'engager un plan d'actions en faveur de l'accès aux soins des personnes handicapées, qui prévoit d'inciter les établissements de santé à inscrire la prise en charge et l'accompagnement de ces personnes dans les priorités de leurs plans de formation, et à sensibiliser davantage les professionnels (voir encadré page suivante, en haut à gauche).

### SANS RUPTURE D'ACCOMPAGNEMENT

Le rapport de Pascal Jacob, remis à la ministre de la Santé en juin 2013, a émis de nombreuses propositions pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap. Issue de la collaboration de personnes handicapées, de familles concernées et de soignants, cette étude exprime l'ambition d'obtenir un jour « *un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement* ». Pour y arriver, ses auteurs proposent des solutions concrètes, comme l'instauration de modules obligatoires dans les cursus de formation médicale, la révision de la tarification des soins ou l'association des soins médicaux et dentaires pour une prise en charge globale, le développement de la télémédecine pour limiter les déplacements, créer un réseau Intégration Handicap afin de coordonner les efforts sur le territoire, mettre en place des équipes mobiles d'urgences spécialisées...

### DES INITIATIVES LOCALES QUI FONT LA DIFFÉRENCE

Au sein des hôpitaux, avant même la publication du rapport Jacob, plusieurs initiatives locales ont permis une réelle amélioration des conditions d'accueil des patients handicapés. Au CHU de Rennes, par exemple, une unité de soins particulière a été mise en place pour la prise en charge des personnes sourdes et malentendantes (voir encadré page suivante, en bas à droite). Au centre hospitalier d'Annecy, le dispositif Handiconsult permet de coordonner et d'organiser les prises en charge, de conseiller et d'assurer un accueil téléphonique spécifique. Mais, au-delà de la dimension morale et humaine, savoir accueillir et accompagner les personnes handicapées, c'est aussi, pour les hôpitaux, dépenser mieux et moins, en évitant les hospitalisations inadéquates, en diminuant la lourdeur des prises en charge et en adaptant les prescriptions médicamenteuses aux besoins spécifiques de ces patients. Ainsi, la santé et le confort du patient se voient améliorés, alors même que l'hôpital réduit ses dépenses.

## \_INTERVIEW



**Pascal Jacob**, président de l'association I=MC<sup>2</sup> et auteur du rapport *Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement*.

### “Des évolutions positives”

#### LA FHF MOBILISÉE

Le plan d'action de la FHF en faveur de l'accès aux soins des personnes handicapées vise à mobiliser l'ensemble de ses adhérents autour de trois axes :

→ Soutenir l'organisation d'actions d'information et de sensibilisation de l'ensemble des professionnels dans les établissements de santé.

→ Inciter les établissements à inscrire la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées dans les priorités de leurs plans de formation.

→ Favoriser le développement de conventions de partenariat de proximité entre les EPS et les établissements médico-sociaux. Aujourd'hui, moins de 10 % de ces établissements disposent d'une convention avec les établissements de santé du territoire, alors même qu'elles sont obligatoires depuis la loi de 2005 et qu'elles concourent à l'amélioration de la prise en charge des personnes.

#### L'ACCESSIBILITÉ EN 2022

Une grande majorité des cabinets médicaux ou paramédicaux ne sera pas accessible au 1<sup>er</sup> janvier 2015, comme le prévoyait pourtant la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des chances, en raison du coût financier ou d'impossibilités techniques. À l'hôpital, si la situation est meilleure, de nombreux patients à mobilité réduite rencontrent malgré tout des difficultés d'accès aux bâtiments. À l'issue du premier Comité interministériel du handicap (CIH), qui s'est tenu en septembre 2013, le Gouvernement a d'ailleurs dû repousser à 2022 l'échéance d'une France accessible.

Autre problématique : l'accès insuffisant à la prévention et à l'information concernant la santé. L'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes) a publié deux guides pratiques intitulés « Informer les personnes sourdes ou malentendantes » et « Informer les personnes aveugles ou malvoyantes ». Les professionnels de santé peuvent ainsi bénéficier de conseils et des bonnes pratiques pour créer et diffuser des outils de prévention adaptés.

Les efforts menés pour faire évoluer la prise en charge des personnes handicapées doivent s'inscrire dans la durée avec la volonté de constamment améliorer l'accueil et l'accompagnement. C'est pourquoi le rapport Jacob propose aussi de créer un centre de recherche national sur le handicap rassemblant « la recherche sur le soin et l'accompagnement, ses applications à la formation et à la validation des bonnes pratiques ».

1. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005.

2. Déclarations faites auprès des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

#### Dans votre rapport, vous soulignez les difficultés d'accès à la santé des personnes en situation de handicap. Comment se manifestent-elles concrètement ?

En France, les personnes en situation de handicap, qu'il soit auditif, cognitif, moteur, physique ou visuel, pourraient être mieux soignées. Notre système de santé prend mal en compte leurs besoins spécifiques. Par exemple, il est difficile de trouver un mammographe qui s'adapte aux personnes en fauteuil. Résultat, on compte huit fois plus de cancers du sein chez les patientes handicapées que dans le reste de la population.

#### Quels sont les freins rencontrés par les patients handicapés ?

Ils sont nombreux. Les personnes en situation de handicap sont par exemple absentes des campagnes nationales de prévention ou des journées de sensibilisation. Pourtant, avec une meilleure prévention, de nombreuses maladies pourraient être détectées plus tôt, et donc mieux soignées. Sans oublier que le

montant de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est inférieur au Smic, ainsi les bénéficiaires n'ont pas toujours les moyens financiers de se soigner.

#### Vous avez remis votre rapport aux ministres de la Santé et des Personnes handicapées en juin dernier. Les choses ont-elles déjà commencé à évoluer ?

Oui. À Marseille, le premier Réseau intégration handicap va permettre aux personnes handicapées et aux médecins de ville de joindre une personne-ressource 24h/24h ou de se renseigner sur les capacités d'accueil des hôpitaux. En 2014, nous pourrions ainsi voir arriver les premières d'équipes mobiles d'urgences spécialisées destinées à diminuer le recours aux urgences, ou encore la mise en place d'un carnet de santé informatisé et partagé, ou une réflexion sur la fin de vie à domicile. Enfin, la tenue d'une conférence nationale du handicap, prévue en 2014, ou l'intégration du rapport Jacob à la Stratégie nationale de santé laissent présager d'évolutions positives.

#### À L'ÉCOUTE DES SOURDS

Le CHU de Rennes a mis en place en 2003 une unité de soins adaptée à la prise en charge des personnes sourdes et malentendantes. Son équipe se compose d'un médecin responsable de l'unité et de la coordination régionale du réseau de soins, d'une secrétaire médicale, d'une interprète et de trois professionnels sourds : une aide-soignante, une psychologue, une conseillère en économie sociale et familiale. Tous savent comment s'y prendre pour rassurer les patients et les soignants venus des autres services. En outre, ils ont réalisé un long travail de sensibilisation de l'ensemble des soignants de l'hôpital. Aujourd'hui, chaque service est doté de planches de pictogrammes facilitant les échanges entre patients sourds et soignants.

# + d'interactions

## GUIDE

### ENQUÊTE DE LECTORAT : RÉPONDRE ENCORE MIEUX À VOS ATTENTES

Vous avez été nombreux à répondre à l'enquête de lectorat lancée au dernier trimestre 2013 sur votre magazine, et nous vous en remercions. Pour encore mieux répondre à vos attentes, nous avons apporté quelques ajustements à votre magazine.

Vous nous avez dit être plutôt bien attachés au support (70 % des répondants le lisent régulièrement), vous jugez à 83 % son format adapté et vous êtes inspirés à 65 % par les initiatives présentées. En revanche, vous êtes un peu plus partagés au sujet de la couverture, puisque vous êtes 56 % à trouver qu'elle donne plutôt envie de lire la publication.

Ces résultats nous ont permis de faire évoluer *Interactions* en douceur : le magazine garde son format et paraît désormais 5 fois par an. La couverture offre maintenant une plus grande place à la dimension visuelle et fait le pari d'une meilleure lisibilité de l'information. Parmi les sujets ajoutés dans la publication, des actualités en matière d'offre de soins, d'achats et de développement durable.

Bonne lecture !

## RENCONTRES DE LA COMMUNICATION HOSPITALIÈRE 2014 : LE MARKETING À L'HONNEUR

« Communication et marketing hospitalier », tel est le thème retenu pour la huitième édition des Rencontres de la communication hospitalière (RCH), le 27 mars 2014.

La journée, qui alternera une plénière et des ateliers thématiques avec les interventions d'experts de la communication et/ou du marketing, sera l'occasion pour les professionnels d'échanger et de se former sur les enjeux de la communication en établissement de santé. Les prix de la communication seront remis, en partenariat avec la MACSF, en fin de matinée.

Renseignements et inscriptions sur [www.sphconseil.fr](http://www.sphconseil.fr)



## INTERNATIONAL

### LE NOUVEAU PROGRAMME DE SANTÉ DE L'UNION EUROPÉENNE ADOPTÉ



Le nouveau programme de santé de l'Union européenne 2014-2020 vise à encourager l'innovation dans les soins de santé, l'augmentation de la durabilité des systèmes de santé, l'amélioration de la santé des citoyens européens. Il a aussi pour objectif de les protéger contre les menaces sanitaires transfrontalières.

Le programme aura 449,4 millions d'euros à sa disposition pour compléter les politiques de santé des états membres dans les quatre domaines suivants :

- La promotion de la santé et la prévention des maladies, avec des échanges de bonnes pratiques pour lutter contre les facteurs de risque tels que le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, les mauvaises habitudes alimentaires et l'inactivité physique
- La protection contre les menaces sanitaires transfrontalières
- Les systèmes de santé innovants et viables auxquels le nouveau programme de santé de l'UE pourrait apporter un soutien
- Un accès accru à des soins de santé de meilleure qualité et plus sûrs.

Plus d'informations sur :

[http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_fr.htm)

LES  
DE LA  
ET  
DE L'

# SALONS SANTÉ AUTONOMIE



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

VOIR LA SANTÉ DE DEMAIN



POUR EXPOSER, VISITER, S'INFORMER :  
[www.salons-sante-autonomie.com](http://www.salons-sante-autonomie.com)

## UN SALON POUR TOUS

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

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

**600 exposants • 20 000 visiteurs professionnels attendus**

## UN SECTEUR POUR CHACUN

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

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

**3 jours décisifs pour initialiser ou conclure des affaires**

## UN CONTENU POUR CHAQUE SECTEUR

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

**3 jours de découvertes et d'échanges**



**RESTONS CONNECTÉ !**  
[www.salons-sante-autonomie.com](http://www.salons-sante-autonomie.com)



# Écouter ça NOUS RESSEMBLE

Hélène  
infirmière

Maud  
conseillère MNH



La MNH est la 1<sup>re</sup> mutuelle du monde de la santé et du social.  
Rien de plus normal car nous partageons avec vous, professionnels  
du monde hospitalier, les mêmes valeurs de solidarité et d'attention  
portée aux autres. Avec exigence et au service du bien-être de tous.

