

INTERACTIONS

LE MAGAZINE DE LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE



Page_15

Emploi de personnel handicapé : les établissements publics de santé s'engagent

Page_5

Un plan pour harmoniser
les temps médicaux
et non médicaux

Page_19

Pour une meilleure
sortie de l'hôpital

Jeudi 29 janvier 2015
Paris - FIAP - 30 rue Cabanis 75014 PARIS

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



4^{ème} édition

Recherche en psychiatrie et santé mentale : un enjeu majeur pour la qualité des soins

L'objectif de cette journée annuelle est de réunir un large public autour des principales problématiques de la psychiatrie et de la santé mentale dans les domaines juridiques, politiques, financiers, stratégiques et organisationnels. Il s'agit également de réaliser une photographie du secteur, communiquer sur les points d'actualité majeurs, partager les bonnes pratiques, réaliser un bilan des réformes et appréhender les évolutions en cours.

Publics :

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

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

SOMMAIRE



ACTUALITÉS ET INITIATIVES

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



GRAND ANGLE

15_ Ressources humaines

Emploi de personnel handicapé : les établissements publics de santé s'engagent

19_ Offre de soins

Pour une meilleure sortie de l'hôpital



+ D'INTERACTIONS

22_ Guide / International

ÉDITO

MIEUX INTÉGRER LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP, UNE IMPÉRIEUSE NÉCESSITÉ



Le président de la FHF,
Frédéric Valletoux

Le délégué général de la FHF,
Gérard Vincent

Enjeu de société, l'accès aux soins et à l'emploi des personnes handicapées est aussi un défi majeur pour les hospitaliers.

Novembre 2013 : dans la droite ligne du rapport Jacob sur l'accès aux soins des personnes handicapées, la résolution du conseil d'administration de la FHF a ouvert la voie à une dynamique favorisant leur prise en charge.

Un an après, qu'en est-il de ce plan d'action volontairement ambitieux ? La FHF s'est engagée et continue de se mobiliser en faveur d'une politique durable en matière de handicap. En témoignent trois récentes initiatives :

→ la signature, le 17 novembre, d'un partenariat national avec le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) pour renforcer la stratégie de groupe de la FHF relative à l'intégration des professionnels en situation de handicap et en restriction d'aptitude dans la fonction publique hospitalière ;

« DESSINER UNE SOCIÉTÉ INCLUSIVE ET SOLIDAIRE. »

→ le lancement, suite au partenariat signé en mai 2014 avec la Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et des personnes fragiles (Fegapei), d'un premier atelier collaboratif favorisant les échanges entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux sur le thème

des parcours de soins et des parcours de vie des patients en situation de handicap psychique. Cinq autres ateliers sont prévus pour 2015 ;

→ la signature, le 16 décembre, aux côtés de la Mutuelle nationale des hospitaliers (MNH) et des acteurs du champ du handicap, de la charte Romain Jacob structurée en dix objectifs pour une meilleure accessibilité des patients en situation de handicap au parcours de soins.

Si elle se félicite des nombreuses initiatives des établissements publics, la FHF compte sur la mobilisation de tous les professionnels pour contribuer à dessiner une société inclusive, solidaire et qui valorise tous les talents.

Ainsi, au moment de vous adresser tous nos vœux pour cette nouvelle année, nous voudrions vous souhaiter une année 2015 hospitalière. Aux deux sens du terme.

Ressources humaines

ACTUALITÉS

LA FHF VALORISE LES INITIATIVES AMÉLIORANT LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

L'ESSENTIEL_ Aux côtés d'autres acteurs sanitaires et sociaux, la FHF travaille à l'amélioration de la qualité de vie au travail des agents des établissements de soins.

La qualité de vie au travail (QVT) a pour objectif de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les professionnels, et la performance collective des organisations. Elle fait valoir que la perception qu'ont d'elle les professionnels dépend de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de leur travail. Elle met en avant le rôle du personnel et de ses représentants en tant qu'acteurs de la construction des solutions proposées, notamment organisationnelles, aux côtés des directions, du management et des experts.

Depuis 2010, la Haute Autorité de santé (HAS), en partenariat avec l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), a conduit un ensemble de travaux pour étayer la notion de qualité de vie au travail, comprendre sa dynamique dans les établissements de santé et proposer des repères aux acteurs impliqués : professionnels, management, organisations syndicales.

Depuis, un séminaire avec les employeurs, dont la FHF, a notamment permis la valorisation d'expériences contribuant :

- à l'élaboration d'une politique d'établissement sur le sujet ;
- à mieux accompagner l'encadrement pour promouvoir la qualité de vie au travail et ses liens avec la qualité des soins ;
- à mieux favoriser et soutenir l'expression des professionnels ;



→ à mieux soutenir les professionnels dans leur engagement quotidien dans le travail, en particulier :

- dans la réalisation de leur travail ;
 - en cas de confrontation à des difficultés,
 - lors de la survenue d'événements indésirables ;
 - dans le cadre de discussions sur l'activité de planification et l'organisation des temps de travail (élaboration des plannings, modalités de remplacement, etc.) ;
 - à l'occasion d'une restructuration de l'activité, d'une fusion d'établissement, d'un déménagement, etc.
- à mieux concilier la vie privée et la vie professionnelle.

LES EHPAD ATTIRENT PEU LES IDE FRAÎCHEMENT DIPLÔMÉS

Le milieu médico-social, et notamment les Ehpad, ne serait pas attractif pour les jeunes infirmiers diplômés d'État (IDE) selon une enquête de la Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (Fnesi) réalisée au printemps dernier. Toutefois, une enquête complémentaire de la FHF indique qu'il n'y avait pas de postes vacants dans les Ehpad à l'automne 2013.

Les conclusions de la Fnesi et de la FHF se rejoignent. Les jeunes IDE ont du mal à trouver un premier poste et s'orientent souvent par défaut dans des structures médico-sociales. Ainsi, il n'y a pas de postes vacants mais une importante mobilité : les IDE ne restent pas mais changent de poste dès la première année.

POURENSAVOIR⁺

L'enquête de la Fnesi est consultable sur : www.fage.org/ressources/documents/2/1791,FNESI_DP_Difficulte-s_insertion_pro.pdf



INITIATIVE

PAIMPOL



UN PLAN POUR HARMONISER LES TEMPS MÉDICAUX ET NON MÉDICAUX

L'ESSENTIEL_ Le centre hospitalier Max-Querrien de Paimpol s'est engagé dans un travail sur la synchronisation des temps médicaux et non médicaux. À la clé, des économies et de meilleures conditions de travail pour tous.

Manque de concertation pour les congés médicaux, sorties repoussées en fin de journée, transmissions d'information compliquées entre médecins et paramédicaux... La désynchronisation des temps médicaux et non médicaux entraîne de nombreuses conséquences sur le fonctionnement d'un établissement. « *Si les médecins ne sont pas présents en même temps que les soignants, le patient peut attendre longtemps sa visite médicale, sa sortie... Cela dégrade les conditions de travail, mais aussi la qualité des soins dispensés* », explique Bruno Gezequel, directeur-coordonnateur des soins au CH. Au contraire, pouvoir anticiper les absences facilite la continuité des soins et les passages de relais entre professionnels.

PISTES DE TRAVAIL

C'est en 2012, à la suite d'une restructuration, que le CH de Paimpol a décidé de réaccorder les rythmes de chacun, accompagné par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap). Les outils méthodologiques de l'agence ont été présentés au personnel lors d'une réunion de lancement de la démarche, en novembre 2012. Un groupe de travail inter-services a défini plusieurs pistes favorisant la synchronisation des temps. Des sous-groupes ont travaillé sur chacune d'entre elles, analysant la situation, en conduisant par exemple des audits au sein du personnel, repérant les points forts et les points à améliorer du sujet, ainsi que ses opportunités ou menaces. Les objectifs futurs de chaque piste ont été formulés et des actions mises en place.



La piste de la cohésion des équipes médicales et non médicales a donné lieu à la création d'une charte de fonctionnement au sein du service de médecine polyvalente. « *Sa vingtaine de pages précise notamment les horaires des visites médicales, et les temps de transmissions. Le contenu de la charte est complété, nourri par les discussions que le binôme - médecin et cadre de santé - a initiées au sein des services, et elle va être généralisée à l'ensemble de l'établissement* », explique Aline Regnault, responsable du service Ressources médicales.

GESTION DES SORTIES

La piste de la gestion des sorties des patients a été explorée par le service de court séjour gériatrique. Alors qu'en 2013 elles avaient lieu en grande majorité en fin de journée, les sorties ont été davantage échelonnées et ont maintenant lieu en général en début d'après-midi. Dans le service de médecine, le délai d'envoi des courriers de sortie est passé de 11,5 à 1 jour seulement. 77 % des patients sortent avec leur compte rendu d'hospitalisation. Quant aux congés

médicaux, ils sont désormais validés par le responsable médical et affichés. Une organisation clarifiée qui permet de meilleures relations entre médecins et soignants.

POURENSAVOIR⁺

Écrire à Aline Regnault,
aline.regnault@ch-paimpol.fr

EN CHIFFRES

16000

euros d'économies d'intérim (pour raison de congés) réalisées par le CH de Paimpol en 2013 par rapport à 2012;

100 %

des bons de demande d'intervention des équipes transversales remplis (contre 33 % en 2013);

2

Le délai de réception du dossier patient au département de l'information médicale est passé de 18,77 jours en 2013 à 2 jours en 2014;

15 %

des sorties patients ont lieu le matin et 97 % des sorties sont organisées avant 15h aujourd'hui (contre 27 % avant 2013).

Ressources humaines

DÉCRYPTAGE

PARTIR EN MISSION À L'ÉTRANGER : MODE D'EMPLOI

L'ESSENTIEL_ Les personnels hospitaliers peuvent se porter volontaires pour exercer leur métier dans des pays en situation de crise sanitaire ponctuelle, ou ayant besoin d'aide humanitaire. La participation à des missions internationales peut s'inscrire dans le cadre de la réserve sanitaire ou être pratiquée à titre individuel.



© Eprus

La France a annoncé en octobre dernier l'ouverture en Guinée forestière (Guinée) d'un centre de traitement Ebola de 50 lits pour neuf mois. Cette mission associe la Croix-Rouge française, le ministère des Affaires étrangères, celui de la Défense, celui de l'Intérieur, le ministère chargé de la Santé et l'Eprus. L'Eprus recherche, via la mobilisation de la réserve sanitaire, des professionnels de santé pour assurer le fonctionnement de ce site : médicaux, paramédicaux et psychologues, sur des missions de six semaines. Les missions sont toujours assurées par des personnes volontaires, sous réserve d'un accord exprès de l'employeur, et sous le statut protecteur de réserviste

sanitaire défini dans les articles L.3132-1 et suivants du code de la santé publique : temps de travail effectif, assurance, remboursement intégral à l'employeur, etc.

LA PARTICIPATION À TITRE INDIVIDUEL

L'arrêté du 14 janvier 2005 fixe les modalités d'intervention des personnels des établissements publics de santé à des actions de coopération internationale humanitaire à titre individuel, et précise dans son article 4 que les personnels relevant de la fonction publique hospitalière peuvent bénéficier à ce titre d'une autorisation d'absence de 15 jours maximum par périodes de deux ans avec maintien automatique de leur rémunération pour une période de 15 jours.

LA MOBILISATION DE LA RÉSERVE SANITAIRE

L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus) a été créé le 5 mars 2007 pour répondre aux différentes menaces sanitaires graves, en France et à l'étranger, en facilitant l'organisation et le déploiement des forces de santé en cas de crise sanitaire exceptionnelle (www.eprus.fr).

Opérateur du ministère en charge de la Santé, l'Eprus s'articule autour de deux pôles d'activité :

- l'établissement pharmaceutique, qui gère le stock stratégique national santé mobilisable rapidement en cas de crise grave ;
 - la réserve sanitaire, constituée de professionnels de santé en activité, retraités ou en fin d'études, prêts à intervenir sur le terrain en France et à l'étranger.
- Contact : engagement@eprus.fr.



Management

INITIATIVE

ROUEN



DES TROPHÉES POUR RÉCOMPENSER L'INNOVATION EN SOINS PARAMÉDICAUX

L'ESSENTIEL_ Chaque année, le CHU de Rouen décerne ses Trophées Innov' à soins. Une façon de mettre en lumière et de stimuler les travaux des professionnels des filières infirmière, médico-technique et de rééducation.

Un livret facilitant l'intégration des soignants en oncologie, un chariot-douche pour le bloc opératoire de pédiatrie, un outil d'aide au choix du mode de transport du patient... Les agents paramédicaux du CHU ne manquent pas d'idées. En 2009, à l'initiative d'un directeur de soins, des membres issus de la Commission des soins infirmiers et rééducation médico-techniques (CSIRMT) ont décidé de les valoriser par le biais d'un concours. Baptisé Trophées Innov' à soins et organisé chaque année depuis, il récompense trois équipes soignantes à l'origine d'un dispositif innovant.

UN REPORTAGE PAR PROJET

Les Trophées Innov' à soins sont organisés par la direction des soins et la direction de la communication. En fin d'année, les agents sont informés du lancement du concours par un appel à candidatures relayé par leurs cadres et les moyens de communication du CHU : intranet, affichage, etc. Les équipes soignantes se mobilisent alors pour définir leur projet à présenter au concours de l'année suivante. Pour être recevable, l'initiative doit répondre à un cahier des charges précis : dater de moins de trois ans et être déjà en place auprès des patients ou des équipes. Chaque candidature est présentée à un jury de sélection (composé des membres du comité de pilotage de l'événement, issus de la CSIRMT) présidé par le directeur-coordonnateur des soins et les membres du comité de pilotage. En 2014, il a retenu dix candidatures. « Pour la première fois cette année, les projets ont été présentés sous la forme d'un reportage filmé de trois minutes, et non plus de posters. Pour le produire, les équipes ont rédigé une fiche projet détaillant toutes les caractéristiques de l'innovation... Notre atelier audiovisuel a ensuite tourné le film avec elles », explique Floriane Marchand, chargée de communication du CHU et membre du comité de pilotage des Trophées.

Les vidéos ont été postées sur la page internet du CHU, de façon à ce que tous les internautes puissent les visionner. Ils étaient également invités à voter en ligne. Plus de 7 000 voix ont été ainsi enregistrées. Une journée de présentation a été organisée dans les locaux de l'hôpital en octobre dernier, avant la remise des prix.

OUTIL DE MANAGEMENT

Les Trophées représentent un levier dynamisant pour l'innovation paramédicale et un outil de management supplémentaire pour les cadres de santé. Pour les équipes, le bénéfice ne se résume pas à la valorisation ponctuelle de leurs efforts. « Les idées primées sont suivies sur le long terme, dans le but de les développer, de les généraliser ou encore de faire bénéficier les équipes d'un accompagnement en recherche paramédicale », conclut Floriane Marchand.

POURENSAVOIR+

Voir le palmarès 2014 des Trophées Innov' à soins sur le site Internet du CHU de Rouen : www3.chu-rouen.fr/Internet/innov_a_soins



ET LE PREMIER PRIX DES TROPHÉES INNOV' À SOINS 2014 EST DÉCERNÉ À...

... une équipe du Centre d'enseignement aux soins d'urgence du CHU de Rouen, qui se sert de figurines pour enseigner la médecine de catastrophe. Les crises sont scénarisées sur un plateau autour duquel les soignants participent à un jeu de rôles. Immérgés dans une situation de catastrophe (explosion lors un meeting politique, par exemple), les soignants gèrent les contraintes des équipes de secours, en termes d'organisation et de communication. Cette méthode pédagogique mise en place en 2013 permet de former l'ensemble du personnel à moindre coût.

Finances

ACTUALITÉS

LA RÉFORME DU TICKET MODÉRATEUR À L'HÔPITAL EST ENGAGÉE

L'ESSENTIEL_ La FHF plaide pour que la réforme du ticket modérateur en cours s'inscrive dans une logique de financement équitable entre l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire.



La mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) aurait dû conduire à calculer le montant de la participation du patient sur les tarifs nationaux de prestation et non plus sur les tarifs journaliers de prestations (TJP). La loi du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009 a prolongé le système de calcul du ticket modérateur sur les TJP jusqu'au 31 décembre 2012, puis

jusqu'au 31 décembre 2015 par la LFSS du 17 décembre 2012. Le calcul du ticket modérateur assis sur le tarif des groupes homogènes de séjour (GHS) conduirait à un manque à gagner important, estimé entre 1,3 et 1,4 milliard d'euros, avec des effets financiers très variables d'un établissement public de santé à un autre.

RAPPEL SUR L'ORIGINE DE L'ÉCART

Le facteur essentiel d'écart entre les recettes potentielles sur la base des GHS et les recettes actuelles provient pour l'essentiel de la mise en place de la T2A. Bien que les budgets hospitaliers soient constitués majoritairement d'un financement à l'activité, il n'en demeure pas moins qu'une part non négligeable reste financée sous forme de dotation notamment pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), que les pouvoirs publics

ne financent pas à 100 %. Cette structure budgétaire différencie les hôpitaux des cliniques. Il en résulte que les ressources liées à l'activité ne couvrent qu'une partie des coûts, ce qui explique le maintien d'une assiette de calcul du ticket modérateur sur les charges au regard d'une activité prévisionnelle (décret n° 2009-213 du 23 février 2009). Au cours des dix dernières années, la possibilité de faire varier le ticket modérateur sur la base objective du coût de revient prévisionnel de la journée s'est traduite par une croissance forte pour compenser des insuffisances de financements. Ces solutions ont été validées et parfois provoquées par les tutelles. La FHF agit auprès des pouvoirs publics pour que la réforme du ticket modérateur à l'hôpital s'inscrive dans une logique de financement équitable entre l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire.

Objectif des dépenses d'assurance maladie 2015 pour les établissements de santé

ONDAM 2015 MONTANT EN Md€	BASE 2015	SOUS- OBJECTIFS	TAUX D'ÉVOLUTION
ONDAM TOTAL	178,5	182,3	2,1 %
Soins de ville	81,2	83,0	2,2 %
Établissements de santé	75,4	76,8	2,0 %
Établissements et services médico-sociaux	17,5	17,9	2,2 %
- pour personnes âgées	8,5	8,7	2,1 %
- pour personnes handicapées	9,0	9,2	2,2 %
Fonds d'intervention régional	3,0	3,1	2,1 %
Autres prises en charge	1,5	1,6	5,2 %

L'objectif des dépenses d'assurance maladie pour 2015 s'établit à 182,3 milliards d'euros (Md€), en progression de 2,1 % par rapport aux objectifs arrêtés pour 2014, soit 3,8 Md€ de ressources supplémentaires. L'évolution tendancielle des dépenses est estimée à 3,9 % sur l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) total et à 2,9 % pour les établissements de santé.

Afin d'atteindre un taux de progression des dépenses, à champ constant, de 2,1 % sur l'Ondam total et de 2 % sur les établissements de santé, des mesures d'économies à hauteur de 3,2 Md€ sont intégrées, dont 730 millions pour les établissements.

Développement durable

Avec le soutien de  et de 

INITIATIVE

LIMOGES



LE DÉVELOPPEMENT DURABLE APPLIQUÉ AU MANAGEMENT

L'ESSENTIEL La politique de développement durable du CH Esquirol de Limoges, comprend un axe social important. Renforcer le bien-être au travail des 1 500 agents permet d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients.



700 000 €

C'est l'économie réalisée en 2012 par le CH Esquirol de Limoges, grâce à sa politique globale de développement durable. Soit 0,8 % de son budget.

une culture du bien-être à l'hôpital. Pour cela, des séances de toucher bien-être et de sophrologie sont proposées aux soignants sur leurs heures de travail. Les agents sont au maximum associés aux prises de décision (réorganisations des pôles, etc.), tout comme les représentants d'usagers. Depuis novembre dernier, ceux-ci ont d'ailleurs leur propre pôle au sein de l'établissement.

Le fonctionnement d'un établissement de santé repose en grande partie sur l'humain, et notamment sur les différentes qualités et compétences de ses agents. Le contexte financier dans lequel se trouvent les hôpitaux publics et les contraintes budgétaires qu'il impose peuvent mettre à mal ce capital humain. C'est devant ce risque que le CH Esquirol de Limoges a décidé de réunir son personnel autour d'un sujet fédérateur, transcendant la culture hiérarchique en place. « *Le développement durable, avec ses axes environnementaux et sociaux, est apparu comme le meilleur vecteur* », explique Antoine Pacheco, directeur du CH.

VOLETS ÉCOLOGIQUES ET SOCIAUX

Depuis 2009, cette politique s'est traduite par différents types d'actions. Sur le plan environnemental, des panneaux solaires ont été installés, la contrainte du développement durable a été intégrée aux achats, des vélos et véhicules électriques ont été mis à disposition du personnel... Sur le volet social, cet établissement public de santé mentale a organisé des actions visant à faciliter le quotidien des agents : amélioration de la signalétique de l'établissement, réorganisation de l'accueil, ouverture d'une crèche, formation de l'encadrement pour une direction par objectifs... L'enjeu était aussi de faire émerger

MOINS D'ABSENTÉISME

Résultats de cinq ans de politique de développement durable : l'absentéisme a diminué d'un point depuis 2009 et l'établissement, plus attractif pour les professionnels en recherche d'emploi, recrute plus facilement. « *L'état d'esprit général a évolué dans le bon sens. Les agents dialoguent plus directement avec leur hiérarchie. Pour les cadres, il est plus simple aujourd'hui de demander un effort ponctuel lorsque cela est nécessaire* », estime le directeur.

POURENSAVOIR 

Formulaire de contact sur le site du CH Esquirol de Limoges :

www.ch-esquirol-limoges.fr/Contact

Médical

INITIATIVES

MONTPELLIER



DES CONSULTATIONS DENTAIRES À DISTANCE

L'ESSENTIEL_ Des téléconsultations bucco-dentaires ont récemment été mises en place par le CHU de Montpellier pour les personnes fragiles et peu mobiles.

Les détenus, les personnes âgées et les personnes handicapées ont souvent une mauvaise hygiène bucco-dentaire et un fort besoin de soins. Or, pour elles, consulter un dentiste est plus compliqué que pour les patients pouvant se rendre en cabinet par leurs propres moyens. En cause, le manque de chirurgiens-dentistes se déplaçant dans les établissements pénitentiaires et médico-sociaux, et de connaissance des soignants en matière de surveillance bucco-dentaire. C'est face à ces constats que le Centre de soins, d'enseignement et de recherche dentaires du CHRU de Montpellier (pôle Neurosciences Tête et Cou), a lancé le dispositif « e-DENT ». Sa finalité : faciliter l'accès aux soins des personnes ne pouvant se déplacer, en leur proposant un diagnostic à distance. « Cette étape clé du parcours de soins, véritable porte d'entrée de la prise en charge, est souvent celle qui fait défaut », explique le Dr Nicolas Giraudeau, chirurgien-dentiste, assistant hospitalo-universitaire du CHU de Montpellier et coordonnateur du projet. Limitation des déplacements du patient, gain de temps pour le chirurgien-dentiste... les bénéfices du dispositif sont nombreux.

CAMÉRAS INTRABUCCALES

Financé à hauteur de 110 000 euros par l'Agence régionale de santé (ARS) de Languedoc-Roussillon, le projet, qui se trouve encore en phase expérimentale, a notamment nécessité l'achat de cinq caméras intrabuccales. Une maison d'arrêt, 12 Ehpad, trois maisons d'accueil spécialisées de la région ont été inclus dans le



dispositif. Un infirmier de chacune de ces structures a été formé à la prise d'images. Pas moins de 250 téléconsultations ont eu lieu entre avril et octobre 2014.

ANALYSE POSTÉRIEURE DES DONNÉES

En pratique, l'infirmier préalablement formé à l'utilisation du matériel prend des clichés et des vidéos de l'intérieur de la bouche du patient. Le système de fluorescence des caméras utilisées révèle des affections telles que les caries ou les inflammations des gencives. Les différentes données utiles au diagnostic sont enregistrées grâce à un logiciel dédié sur un serveur sécurisé. Un chirurgien-dentiste de l'hôpital les analyse, et pose

un diagnostic si nécessaire. La prise en charge du patient est ensuite planifiée selon l'urgence, et celui-ci consultera le praticien de son choix pour être traité. Par la suite, certaines visites de contrôle, comme la surveillance de la cicatrisation, peuvent se faire à distance.

Côté rémunération, l'acte de téléconsultation bucco-dentaire ne faisant pas partie de la Classification commune des actes médicaux, le CHRU de Montpellier propose ces téléconsultations gracieusement le temps de l'expérimentation. Des praticiens libéraux seront prochainement intégrés au dispositif. L'Union régionale des professions de santé des chirurgiens-dentistes du Languedoc-Roussillon les rémunérera à hauteur de 30 euros par téléconsultation.

INITIATIVES

MARSEILLE

Une échographie pulmonaire pour détecter l'insuffisance respiratoire durant la grossesse

Utiliser l'échographie pulmonaire pour déterminer rapidement si une femme enceinte avec pré-éclampsie est à risque d'insuffisance respiratoire, c'est l'idée d'une équipe d'anesthésistes réanimateurs et de gynécologues de l'Hôpital Nord de Marseille. « Les femmes enceintes présentent une susceptibilité particulière à l'œdème du poumon, a fortiori en cas de pré-éclampsie. L'échographie pulmonaire nous permet de le visualiser en temps réel », explique le Dr Laurent Zieleskiewicz, premier auteur de l'étude sur le sujet que ces professionnels ont publiée dans la revue *Anesthesiology*¹. Grâce à cette technique, les médecins

peuvent vérifier la présence d'eau dans les poumons des patientes, avant l'apparition de signes cliniques (troubles respiratoires). Et donc diagnostiquer l'œdème plus tôt. « Notre étude a montré que l'examen par échographie pulmonaire produit des résultats fiables et identifie plus précisément les femmes ayant réellement besoin d'être traitées. L'efficacité des traitements administrés peut ensuite être suivie par la même méthode », affirme le Dr Zieleskiewicz.

Autre avantage, l'échographie pulmonaire ne nécessite pas de formation complémentaire pour les professionnels qui souhaitent l'employer. Et elle peut être pratiquée avec



les appareils d'échographie abdominale déjà présents dans les maternités.

1. Laurent Zieleskiewicz et coll., « Lung ultrasound predicts interstitial syndrome and hemodynamic profile in parturients with severe preeclampsia », *Anesthesiology*, avril 2014.

POURENSAVOIR⁺
Écrire à Laurent Zieleskiewicz,
Laurent.ZIELESKIEWICZ@ap-hm.fr



BORDEAUX

Escarres : des consultations pluridisciplinaires à distance

Le CHU de Bordeaux a expérimenté des téléconsultations pour les résidents d'Ehpad ou les patients en HAD présentant des escarres. Des professionnels de santé, principalement des infirmiers prenant en charge des patients souffrant de ce type de plaies, ont par la même occasion pu être conseillés à distance par une équipe pluridisciplinaire du CHU de Bordeaux. Ce dispositif de téléconsultations et télé-expertise a fonctionné durant six mois, en 2012-2013.

En pratique, le médecin observant des escarres chez l'un de ses patients demande une téléconsultation au service de gériatrie de l'hôpital. Pour cela, il remplit un dossier informatique avec le consentement du patient, qu'il transmet au secrétariat en charge de la télémédecine au CHU. Il obtient un rendez-vous

deux à trois jours plus tard, contre trois mois environ pour une consultation sans télémédecine. Le jour J, se trouvent d'un côté une équipe de professionnels du CHU (médecin gériatre, infirmière, secrétaire, ergothérapeute et diététicienne), et de l'autre, une infirmière aux côtés du patient. Réalisée par caméras interposées, la téléconsultation dure une heure environ. « La situation est examinée dans sa globalité : de l'alimentation au changement des pansements, en passant par la prescription d'antalgiques », explique le Dr Aurélie Lafargue, gériatre au CHU.

Bilan de l'expérimentation : les plaintes de douleur qui concernaient 65 % des patients à escarres n'en concernent plus que 24 %. Les pansements qui étaient changés tous les jours et demi ne sont changés que tous les quatre jours, conformément aux

bonnes pratiques. Quant au coût de la prise en charge hebdomadaire d'un patient à escarres, il est passé de 35,20 à 14,50 euros.

POURENSAVOIR⁺
Écrire au Dr Aurélie Lafargue,
aurelie.lafargue@chu-bordeaux.fr

UNE EXPÉRIMENTATION RENOUELLÉE ET ÉLARGIE

Face aux bons résultats observés à l'issue de cette première expérimentation, l'ARS Aquitaine, qui l'a financée, a décidé de la poursuivre et de l'élargir. Ainsi, un dispositif de télémédecine pour la prise en charge des plaies chroniques et des escarres a été lancé en novembre 2014 pour un an. Il inclut 59 Ehpad de la région.



Médico-social

ACTUALITÉS

LES DIRECTEURS D'ÉTABLISSEMENTS NE DEVRONT PAS REMPLACER LES MANDATAIRES JUDICIAIRES

L'ESSENTIEL Suite à une saisine de la FHF, le Conseil d'État a confirmé que les directeurs d'établissements ne pouvaient remplacer les mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM) en cas d'empêchement.

La FHF et l'Association nationale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs (ANMJPM) ont réalisé un recours pour excès de pouvoir au Conseil d'État, contre le décret n° 2012-663 du 4 mai 2012 relatif aux modalités de gestion des biens des personnes protégées, dont la protection est confiée à un mandataire judiciaire, personne ou service préposé d'une personne morale de droit public.

Le Conseil d'État fait en partie droit à ces demandes. Il indique que « la condition d'exercice indépendant des mesures de protection confiées par le juge fait obstacle à ce que le responsable de l'établissement puisse être désigné en qualité de MJPM ».

Il a ainsi jugé que « le pouvoir réglementaire ne pouvait légalement prévoir, au dernier alinéa de

l'article 3 de ce décret, en cas d'empêchement du mandataire judiciaire préposé d'un établissement, l'exécution de ses obligations par le directeur de l'établissement, lequel ne fait pas l'objet d'une désignation par le juge des tutelles ». Les directeurs d'établissements médico-sociaux et les directeurs d'établissements de santé qui ont une unité de soins de longue durée ou un service de psychiatrie ne peuvent donc pas remplacer le MJPM en cas d'empêchement. Cette clarification du Conseil d'État permet de sécuriser les directeurs d'établissements. En effet, cette disposition aurait conduit les directeurs à devoir assumer les missions de MJPM en cas d'empêchement, y compris durablement, ce qui aurait pu représenter une charge de travail conséquente en l'absence de contrepartie et de formation pour assumer ces missions.

ADOSSEMENT DES FONCTIONS SUPPORTS DE L'ANESM À LA HAS

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) et la Haute Autorité de santé (HAS) ont signé en octobre dernier une convention de services à titre gracieux qui prévoit l'adossement des fonctions supports de l'Anesm à celles de la HAS. La HAS assure pour l'Anesm les fonctions relatives à la paie, à la passation des marchés publics ainsi qu'à la comptabilité de l'ordonnateur depuis le 1^{er} janvier 2015. En dehors de ces activités, les deux parties conservent leur gouvernance et leurs compétences métier. Cette opération permet à l'Anesm de redéployer trois postes sur la fonction assurant le contrôle des organismes habilités et la promotion de l'évaluation externe. Par ailleurs, la HAS qui emménagera dans de nouveaux locaux d'ici fin 2015, accueillera l'Anesm à titre gracieux au cours du premier trimestre 2016.

Ehpad : le Conseil d'État juge illégale la disparition du droit d'opter pour le tarif global

Dans un arrêt du 15 octobre dernier, le Conseil d'État a jugé illégale la disparition du droit d'option tarifaire en Ehpad. Il a annulé certaines dispositions relatives au passage des Ehpad en tarif global prévues par les circulaires budgétaires des établissements et services médico-sociaux de 2012 et 2013, considérant que l'État ne peut pas donner aux directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS)

une instruction générale de ne conclure aucune convention ou avenant prévoyant le passage en tarif global.

Cette décision du Conseil d'État a une grande importance symbolique bien qu'elle ne permette pas aux Ehpad qui l'auraient souhaité en 2012 ou 2013 de passer rétroactivement en tarif global.

On rappelle toutefois que la circulaire budgétaire pour 2014 a rouvert partiellement

la possibilité pour les Ehpad d'opter pour le tarif global : 10 M€ ont été prévus, ce qui est assez faible. Les Ehpad prioritaires sont ceux en tarif partiel avec une pharmacie à usage intérieur (8,5 M€) et les Ehpad en tarif partiel engagés dans un projet de fusion ou de mutualisation des charges avec d'autres établissements en tarif global (1,5 M€). Les ARS peuvent être sollicitées sur ce sujet.

INITIATIVE

PARIS



LE MÉDICO-SOCIAL A SON ÉQUIPE MOBILE D'URGENCE

L'ESSENTIEL_ Mieux prendre en charge les besoins médico-psycho-sociaux des personnes isolées, c'est le pari de l'équipe mobile d'urgence médico-sociale du SAMU de Paris.



« **L**e taux d'appels qui relèvent effectivement d'une urgence grave, de type accident cardiovasculaire ou plaie par arme à feu, est faible, explique le Dr Suzanne Tartière, praticien hospitalier au Samu de Paris. Nous avons remarqué qu'un nombre croissant de demandes cachait autre chose qu'un besoin de soins médicaux urgent. » C'est face à ce constat que le Dr Xavier Emmanuelli a créé, en 2012, une équipe mobile d'urgence (EMU), en appui au Samu de Paris.

PERSONNES ÂGÉES ISOLÉES

L'EMU intervient le plus souvent auprès de personnes âgées isolées qui ont composé le 15, mais dont le problème médical masque une détresse sociale. La récurrence des appels en est un signe. Trois appels en moins de quinze jours entraînent la mobilisation de l'équipe. Au bout du fil, les médecins régulateurs et les assistants de régulation médicale ont été sensibilisés

à cette problématique et ils ont intégré un nouvel acteur de la régulation : l'assistante sociale.

PRISE EN CHARGE GLOBALE

La réponse va d'un simple conseil téléphonique à une visite à domicile, en passant par l'orientation et le lien vers les services sociaux de la ville et l'hôpital. Elle est apportée par une équipe multidisciplinaire (médecin et assistante sociale), qui peut faire appel à des experts (gériatopsychiatre, médecin traitant, psychologue, etc.). Cette équipe, lors d'une visite à domicile, « prend le temps d'examiner de façon transversale les troubles de santé de la personne, ses prescriptions médicamenteuses, son alimentation, son lieu de vie, ses finances... Et de s'apercevoir par exemple

“Il faut éviter de transférer sur l'hôpital les problèmes sociaux non résolus.”

Dr Suzanne Tartière,
responsable de l'EMU.

que ses problèmes de santé sont liés à une alimentation carencée en raison de difficultés financières », explique le Dr Tartière. L'équipe prend en charge la personne dans sa globalité.

200

dossiers traités et 20 visites à domicile.
C'est le bilan des interventions de l'EMU en un an.

POURENSAVOIR+
Écrire à Suzanne Tartière,
suzanne.tartiere@nck.aphp.fr

Offre de soins

ACTUALITÉS

LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES NÉCESSITE LA MOBILISATION DE TOUS

L'ESSENTIEL_ Prescrits à mauvais escient, les antibiotiques deviennent moins efficaces. Pour lutter contre la résistance des germes à ces médicaments, législateurs, prescripteurs et grand public ont un rôle à jouer.

Découverts dans la première moitié du XX^e siècle, les antibiotiques ont permis de soigner des pathologies infectieuses graves et jusqu'alors mortelles. Ils expliqueraient ainsi à eux seuls la moitié de la baisse de la mortalité constatée dans le monde au siècle dernier. Plus encore, ils sont à la base de progrès majeurs en médecine et sont indispensables dans bien des prises en charge telles que celle des prématurés dans la réanimation, la chirurgie prothétique, les chimiothérapies anticancéreuses ou encore les greffes d'organes.

Aujourd'hui, et en réalité depuis de nombreuses années, la situation en matière de résistance des bactéries aux antibiotiques est préoccupante. Victimes de leur succès (des traitements courts, efficaces et quasiment sans toxicité), les antibiotiques ont été trop prescrits, bien souvent

de manière inadéquate, qu'il s'agisse de l'indication ou des posologies et durées de traitement.

Dès les années 1950, les premières résistances sont apparues. S'ensuit depuis une course-poursuite entre émergence de résistances et découvertes nouvelles. Depuis les années 2000, la recherche continue à être encouragée, et s'ajoute la mise en œuvre de stratégies pour diminuer la pression des antibiotiques sur les germes. Cette stratégie est formalisée dans les plans nationaux de lutte contre les résistances aux antibiotiques, dont le troisième couvre la période 2011-2016.

Diminuer cette pression repose sur un arsenal de mesures incitatives et d'adaptation de la réglementation, mais aussi sur le professionnalisme des prescripteurs ainsi que sur la mobilisation du grand public, et tant en santé humaine qu'en santé animale.



Réforme territoriale : quelle conséquence pour l'offre de soins locale ?

Quels effets auront la nouvelle organisation territoriale de la République et la loi de santé sur l'offre de soins ? Lors du conseil d'administration de la FHF du 14 septembre 2014, cinq propositions concrètes ont été présentées qui visent à rendre la politique de santé sur les territoires plus cohérente.

- Assurer un découpage du territoire

cohérent, s'appuyant sur les limites intercommunales futures, afin d'éviter les chevauchements administratifs ;

- Clarifier les compétences des collectivités territoriales dans le domaine global de la santé ;
- Donner aux élus territoriaux les moyens de piloter la politique de santé publique de

proximité ;

- Rattacher juridiquement les établissements de santé à une collectivité territoriale : région, métropole ou communauté de communes ;
- Permettre aux régions d'engager une politique forte de développement et d'innovation en santé.

Grand angle

RESSOURCES HUMAINES

Emploi de personnel handicapé : les établissements publics de santé s'engagent

L'ESSENTIEL_ L'emploi de professionnels en situation de handicap est une préoccupation croissante des employeurs de la fonction publique hospitalière. Si les établissements rencontrent encore des difficultés à intégrer ces profils à leurs effectifs, la dynamique est lancée. En témoigne notamment la signature d'un partenariat national entre le FIPHFP – le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique – et la FHF en novembre dernier.



© Maxime Jégat

L'obligation d'emploi en faveur des personnes handicapées existe dans la fonction publique hospitalière comme dans tous les secteurs en France. La loi a fixé un objectif de 6 % de personnel handicapé parmi les effectifs. Les établissements de soins et médico-sociaux affichent un taux moyen de 5,2 %. Un chiffre qui progresse chaque année.

ADAPTER LES POSTES

Aujourd'hui, les établissements publics de santé reclassent deux fois plus d'agents en situation de handicap en interne qu'ils n'en recrutent à l'extérieur. « Un agent d'entretien devenu allergique à un produit ou un aide-soignant souffrant de maux de dos peut, par exemple, occuper un poste administratif, avec ou sans adaptation, après une formation de reconversion », explique Patricia Monnot, chargée de la coordination du réseau à la **Fagerh**, qui regroupe des établissements de réadaptation professionnelle. C'est dans cet objectif de maintien dans l'emploi que le centre

Grand angle

Suite de la page 15 →

Le taux d'emploi légal de travailleurs handicapés pour l'ensemble des employeurs publics est de 4,64 % dont :

3,56 %

État, établissements publics de sécurité sociale, organismes consulaires.

5,20 %

Fonction publique hospitalière.

5,66 %

Fonction publique territoriale.

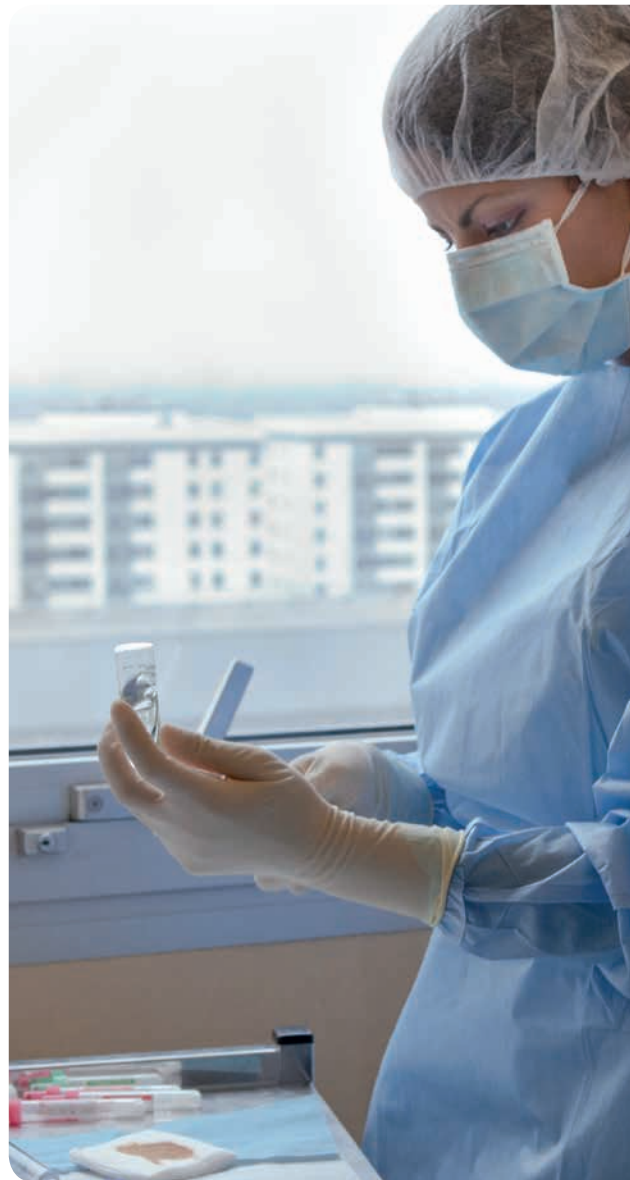
(Source : Rapport annuel 2013 du FIPHFP. Effectifs présents au 1^{er} janvier 2012 - déclaration 2013)

hospitalier de Chaumont aménage ses postes pour le personnel reconnu en qualité de travailleur handicapé. « L'accueil et les secrétariats médicaux sont équipés de bureaux réglables en hauteur, de fauteuils et d'hygiaphones ergonomiques. Les postes de plonge de la cuisine et le matériel de la blanchisserie sont également adaptés pour éviter les mauvaises postures », détaille Dominique Oury, directeur des ressources humaines du CH de Chaumont (Haute-Marne). Dès que la question du handicap d'un agent se présente, l'hôpital a désormais le réflexe de s'adresser au Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (**Sameth**), qui recherche l'installation adéquate et livre ses préconisations.

TROUVER LE BON PROFIL

Les établissements ont davantage de mal à recruter des professionnels handicapés en externe car les travailleurs présentant à la fois une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (**RQTH**), une qualification *ad hoc* leur permettant d'exercer et des restrictions d'aptitude compatibles avec les métiers à occuper, sont rares. En particulier lorsqu'il s'agit de professions réglementées, nombreuses à l'hôpital : infirmier, masseur-kinésithérapeute, diététicien, puériculteur, préparateur en pharmacie hospitalière...

À ce jour, un seul institut de formation en soins infirmiers (Ifsi) en France est dédié à l'accueil des étudiants reconnus travailleurs handicapés : il s'agit du Centre de rééducation et d'insertion professionnelle de Castelnau-le-Lez dans l'Hérault (**Crip**) (lire l'encadré page suivante). Pour Patrice Thuaud, son directeur, les freins à l'emploi des personnes handicapées tiennent aussi aux idées fausses qui circulent sur le handicap. Dans l'imaginaire collectif, il faut être soi-même dépourvu de maladie ou de handicap pour bien soigner les autres. « C'est notam-



3

IDÉES REÇUES

N°1



AMÉNAGER UN POSTE COÛTE CHER

Dans 9 cas sur 10, les travailleurs handicapés n'ont pas besoin d'un aménagement de poste. Lorsqu'il s'avère toutefois nécessaire, l'établissement peut demander un financement du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP). (Source : ANFH)

N°2



UN TRAVAILLEUR HANDICAPÉ EST INFIRME

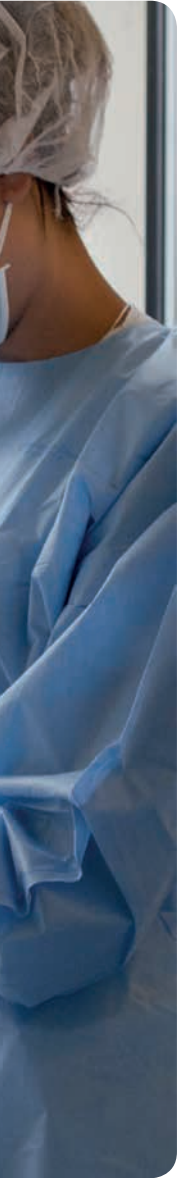
Dans 82 % des cas, le handicap d'un professionnel n'est pas visible : maladie chronique, psychique, allergie, handicap sensoriel... Les personnes en fauteuil roulant ne représentent qu'un faible pourcentage des personnels en situation de handicap. (Source : ANFH)

N°3



LES SOIGNANTS HANDICAPÉS NE SONT PAS AUSSI COMPÉTENTS

Il n'existe pas de « diplôme d'État d'infirmier handicapé ». Le diplôme professionnel ne précise pas le statut de personne handicapée. Aussi, un professionnel reconnu travailleur handicapé (TH) est un professionnel à part entière qui a satisfait aux exigences de la formation et du diplôme.



Glossaire

Crip :

Centre de réadaptation et d'insertion professionnelle. Il est réservé aux personnes reconnues travailleurs handicapés par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui délivrent les décisions d'orientation. Il a pour mission de dispenser une formation qualifiante en vue de leur insertion ou réinsertion professionnelle, soit vers un milieu de travail ordinaire, soit vers le milieu protégé.

Fagerh :

La Fédération des associations, groupements et établissements pour la réadaptation des personnes en situations de handicap est une association Loi 1.901. Elle fédère et anime un réseau d'associations et d'établissements de réadaptation professionnelle proposant 240 formations qualifiantes.

FIPHFP :

Le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique a pour mission de favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées au sein des trois fonctions publiques, ainsi que la formation et l'information des agents.

RQTH :

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé donne droit à l'agent à des aides de l'État pour faciliter son insertion professionnelle. Son employeur peut également bénéficier d'aides, notamment pour aménager son poste de travail.

Sameth :

Service présent dans chaque département, qui aide et conseille les salariés et les entreprises engagés dans une démarche de maintien dans l'emploi.

ment pour cette raison qu'un infirmier sur deux diplômé de notre Ipsi choisit de ne pas informer son employeur qu'il est reconnu en qualité de travailleur handicapé, observe Patrice Thuaud. Or, lorsqu'il le fait, ses collègues estiment que son profil apporte une valeur ajoutée au service. Par ailleurs, les étudiants reconnus travailleurs handicapés sont en général plus matures que les autres du fait de leur parcours de vie. »

FINANCER UNE POLITIQUE HANDICAP

Pour les employeurs de la fonction publique hospitalière, mettre en place une politique handicap n'est pas chose aisée. Le dispositif est long à formaliser, nécessite des outils et des compétences dont les structures, en particulier les plus petites, ne disposent pas toujours. Les employeurs souhaitant prendre ce tournant peuvent s'engager dans une démarche de conventionnement pluriannuel avec le FIPHFP, qui les accompagne et finance tout ou partie des formations et aménagements nécessaires. Pour le centre hospitalier de Chaumont par exemple, la question du coût de la politique de handicap au travail a été déterminante. Cet établissement de 900 agents suit actuellement un plan de retour à l'équilibre financier. Il n'aurait pu entreprendre cette démarche en faveur du maintien dans l'emploi des personnes handicapées sans les aides du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP). « Les financements et avances sur trésorerie nous ont permis de recruter du personnel en situation de handicap, d'en reclasser... Et finalement, de faire des économies, puisque notre contribution annuelle est passée de 150 000 euros à 15 000 euros en trois ans, ajoute Dominique Oury, son directeur des ressources humaines. De plus, les aménagements de postes et les investissements en

_TÉMOIGNAGE

Marie-Cécile Mocellin,
directrice des ressources
humaines du centre hospitalier
Saint-Anne (Paris).

**“Le conventionnement avec
le FIPHFP est structurant.”**

Notre conventionnement avec le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) nous a fourni une méthode de travail, une marche à suivre. Nous avons d'abord réalisé un diagnostic de la situation de l'établissement au regard de son obligation d'emploi, qui nous a servi de base de travail pour élaborer un plan d'action. Maintien dans l'emploi, recrutement, formation, aménagements, recours au secteur protégé... Une politique de handicap au travail globale a été mise en place à partir de 2010. Un référent handicap a été recruté, un poste rapidement « amorti » et pérenne. En trois ans, nous avons recruté dix travailleurs handicapés et 58 agents ont bénéficié des aides du FIPHFP dans le cadre du maintien dans l'emploi. Sur la durée de la convention, notre taux d'emploi a progressé, de 2,91 % à 4,94 %, et notre contribution annuelle a baissé de près de 150 000 euros.

CASTELNAU-LE-LEZ



FORMER DES INFIRMIERS RECONNUS TRAVAILLEURS HANDICAPÉS

Le Crip de Castelnaud-le-Lez est le seul Ipsi en France réservé aux personnes reconnues en qualité de travailleur handicapé – maux de dos, pathologies chroniques, allergies, surdités, etc. Les étudiants qu'il forme sont porteurs de handicaps très variés, à l'exception de ceux incompatibles avec le métier d'infirmier – handicap moteur lourd nécessitant un fauteuil, cécité, etc. « Nous savons que le handicap génère la précarité et questionne le devenir professionnel. Ainsi, nos étudiants doutent fréquemment de leurs capacités et compétences. L'ensemble des professionnels au Crip y est sensibilisé et une attention particulière leur est portée », explique Patrice Thuaud, le directeur. Une équipe médicale et psychosociale accompagne les étudiants, avec pour objectif d'éviter les « décrochages ». Les formateurs veillent à l'insertion professionnelle notamment avec l'appui des établissements partenaires pour les mises en stage et le développement des contrats d'apprentissage. Dès la sortie de l'institut, le taux d'emploi de ces nouveaux infirmiers diplômés est de 100 % : une preuve de l'efficacité de l'accompagnement proposé au Crip.

UNE OBLIGATION D'EMPLOI

La loi du 11 février 2005 contraint les employeurs de la fonction publique hospitalière à verser une contribution au FIPHFP en cas de non-respect de l'obligation d'emploi. Pour s'en acquitter, ils disposent de plusieurs solutions.

Ils peuvent employer directement des personnes handicapées, ou engager des dépenses prévues par le Code du travail et donnant lieu au calcul d'unités déductibles : contrats d'apprentissage, contrats de sous-traitance avec des entreprises employant des travailleurs handicapés, dépenses liées à l'insertion professionnelle, et dépenses pour maintien dans l'emploi des personnes lourdement handicapées, aménagements de postes de travail.

Suite de la page 17 →

matériel ergonomique bénéficie également aux collègues des agents handicapés. » Un moyen d'améliorer la qualité de vie au travail de tous et de s'inscrire peu à peu dans une politique de prévention des risques professionnels.

RENCONTRER LES STRUCTURES LOCALES DU HANDICAP

Le centre hospitalier de Chaumont a également été accompagné par l'ANFH, signataire d'une convention avec le FIPHFP depuis 2010, déclinée, sur le terrain, via des projets régionaux. Grâce à un cofinancement du FIPHFP et de l'ANFH, 20 établissements de la région Champagne-Ardenne ont bénéficié d'un diagnostic de leur situation quant à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés. Cette étape préalable est souvent nécessaire à l'élaboration d'un plan d'action. Des formations ont aussi été proposées à l'ensemble des établissements régionaux, pour les agents en situation de handicap comme pour le personnel d'encadrement. « *L'ANFH organise aussi des journées interétablissements. L'objectif est de favoriser le partage d'expériences et de permettre aux personnels des établissements hospitaliers de rencontrer les structures locales du handicap (services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés, établissements et services d'aide par le travail, etc.)* », explique Anne-Laure Coupé, chargée de projet handicap à l'ANFH qui a suivi le projet régional de Champagne-Ardenne.

Une dynamique similaire vient d'être lancée par la FHF. Un partenariat national a été conclu avec le FIPHFP en novembre dernier. L'enjeu : proposer des dispositifs innovants permettant d'accompagner les établissements, notamment ceux de petite taille, et les agents dans leurs démarches et dans leur parcours professionnels, mais aussi faciliter l'accès des étudiants en situation de handicap aux formations paramédicales. Les régions Rhône-Alpes, Haute-Normandie et Provence-Alpes-Côte d'Azur seront les premières à expérimenter ce dispositif.

_3 QUESTIONS À



Jean-Charles Watiez,
directeur du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP).

"Inciter les établissements à mener une politique handicap durable"

Pourquoi la fonction publique hospitalière (FPH) rencontre-t-elle des difficultés pour employer du personnel handicapé ?

Il est difficile de mobiliser les aides du Fonds dans la FPH du fait d'une très grande atomisation de cette fonction publique, qui compte beaucoup de petits établissements. Par ailleurs, la FPH souffre de l'absence de structures d'intermédiation équivalentes aux Centres de gestion (CDG) de la fonction publique territoriale, qui permet une mutualisation des compétences et de larges possibilités d'interventions.

Pourquoi le FIPHFP a-t-il noué un partenariat avec la FHF ?

Nous avions comme objectif d'amplifier l'action que nous conduisons déjà auprès du monde hospitalier par le biais de l'ANFH depuis quatre ans.

Ce partenariat avec la FHF nous paraissait essentiel dans la mesure où la Fédération incarne une véritable « maison commune » pour les personnels hospitaliers. C'est surtout un lieu majeur d'innovation qui partage ses valeurs avec le FIPHFP : égalité, exemplarité et solidarité propres au service public, protection et valorisation de tous les talents. Ce partenariat que nous initiions nous permettra d'inciter les établissements hospitaliers et médico-sociaux à mener une politique handicap durable en favorisant les aides aux petites structures de soins. L'objectif est de faire progresser davantage le taux d'emploi de la FPH.

Comment le partenariat FHF-FIPHFP peut-il contribuer à résoudre les difficultés des employeurs et des employeurs ?

Ce partenariat a la particularité de partir du terrain pour initier une politique nationale. Se plaçant au plus près des besoins des employeurs, il se déclinera dans les régions expérimentatrices, selon trois volets :

- une sensibilisation des établissements aux interventions du FIPHFP, avec une attention accrue envers les petits établissements ;
 - une simplification des relations avec le FIPHFP notamment pour leurs déclarations ;
 - des actions de communication pour promouvoir l'accès aux métiers de la santé pour les personnes en situation de handicap.
- Les Fédérations régionales hospitalières (FHR) sont également associées à ce partenariat. Trois régions pilotes sont déjà désignées : la région Rhône-Alpes avec le CH Lyon Le Vinatier, la Haute-Normandie et le CHU de Rouen, et la région PACA et le CH d'Avignon Montfavet. Durant les trois prochaines années, le référent handicap mutualisé de chaque établissement pilote interviendra sur son territoire, pour accompagner les structures de sa région dans le déploiement de leur politique handicap, et les agents en situation de handicap ou en restriction d'aptitude dans leur parcours professionnel.

Grand angle

OFFRE DE SOINS

Pour une meilleure sortie de l'hôpital

L'ESSENTIEL_ La sortie d'hospitalisation est une étape clé du parcours de santé. L'améliorer signifie éviter la rupture dans la continuité des soins et la réhospitalisation. Pour l'optimiser, les hôpitaux s'organisent, en lien avec les établissements médico-sociaux publics ou associatifs.

Sortie de maternité, post-AVC, sortie d'oncologie, handicaps lourds : la sortie du patient hospitalisé recouvre des réalités variées. Elle est réussie lorsqu'elle ne conduit pas à une réhospitalisation. Étape à part entière du parcours de santé, elle ne doit pas être improvisée. « La sortie doit être anticipée par l'hôpital, la ville et les structures médico-sociales », note Pascal Champvert, président de l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA).

BIEN SE CONNAÎTRE

Améliorer la sortie passe par un renforcement des liens entre hôpitaux et structures médico-sociales. « Dès que la personne est hospitalisée, les soignants doivent identifier les besoins du patient, et contacter les structures qui se trouvent en aval », estime Régis Courmont, directeur du service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) « UMC Social ». C'est dans cette optique qu'au CHU de Dijon, le Dr Sabine Berthier, praticien hospitalier, a mis en place dans son service une organisation intrahospitalière, qui regroupe une infirmière, un médecin, une assistante sociale et des aides-soignantes. « Nous évaluons la situation du patient dès qu'il arrive, nous rencontrons sa famille et nous contactons les SSIAD [services de soins infirmiers à domicile], Ehpad ou SSR [soins de suite et de réadaptation] », explique-t-elle.

Par voie de conventions, les structures médico-sociales nouent des partenariats opérationnels avec les hôpitaux. « Mais les différents partenaires doivent faire un effort pour mieux se connaître, et l'on voit émer-



Grand angle

Suite de la page 19 →

ger la nécessité d'un répertoire opérationnel de ressources (ROR), c'est-à-dire une vision actualisée, précise, des offreurs et de ce qu'ils proposent », explique Éric Ginesy, directeur de la Fédération nationale des HAD. Au-delà de cet annuaire des compétences médico-sociales, « il faut que les professionnels se connaissent vraiment », ajoute-t-il. D'où l'utilité de modèles d'organisations tels que ceux des Centres locaux d'information et de coordination (Clic) et des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia), « qui ont montré que si les acteurs se réunissent dans un même lieu, cela permet à chacun d'optimiser les parcours des patients ».

FAIRE CIRCULER L'INFORMATION

Reste la transmission de la bonne information au bon moment, au bon professionnel et au patient – un des éléments qui participent à la non-réhospitalisation, selon la Haute Autorité de santé (HAS). « Des outils existent, mais il faudrait les uniformiser car, aujourd'hui, chaque hôpital a ses propres fiches de liaison ou documents de sortie », constate Régis Courmont.

Le projet de loi de santé du gouvernement prévoit la mise en place d'une « lettre de liaison » ville-hôpital obligatoire, remise au patient le jour de sa sortie. La HAS vient de définir un référentiel qui répond à cet objectif. Il précise les informations relatives au séjour, nécessaires à la continuité et à la sécurité des soins à la sortie : au minimum le motif de l'hospitalisation, la synthèse médicale du séjour, les résultats des examens, les traitements médicamenteux et les suites à donner.

Selon la HAS, il est important que les équipes n'aient qu'un seul document à élaborer. « Ce document pourra valoir compte rendu d'hospitalisation s'il est complet le jour de la sortie ou, sinon, pourra être complété dans les jours suivants par les résultats des examens en attente », indique Catherine Grenier, chef du service Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la HAS.

LOGICIELS D'AIDE À L'ORIENTATION

Car mettre en œuvre sur le terrain deux documents risque de ne pas être soutenable par les hôpitaux. Aujourd'hui, seulement la moitié d'entre eux respectent le délai d'envoi de huit jours après la sortie. Par ailleurs, certains établissements utilisent des logiciels d'aide à l'orientation en structures sanitaires ou médico-sociales, permettant de transmettre une grande gamme d'informations. Pour Pascal Champvert, « ces outils ne font pas tout, même s'ils sont nécessaires : il faut avant tout que les différentes structures se rencontrent, dans les Clic, les Maia, les réseaux de soins. L'entrée comme la sortie du patient de l'hôpital doit faire l'objet d'un vrai travail de partenariat. Cela suppose que les contraintes de chacun soient prises en compte, et qu'elles soient connues des uns et des autres. » L'essentiel demeure, conclut-il, « la coordination, le réseau ».

À LIRE AUSSI

Revue hospitalière de France # 557, mars-avril 2014 : « Préparation de la sortie du patient âgé », pp. 68-70. Consultable en ligne sur : www.revue-hospitaliere.fr

LYON



GUICHET UNIQUE

Mis en place par « Soins et santé », qui gère l'hospitalisation à domicile (HAD) à Lyon, le « guichet unique » des Hospices civils de Lyon est une plate-forme téléphonique qui vise à coordonner la sortie de l'hôpital, à travers une « coordination inter-métiers » orientant les patients vers une structure adaptée, et permettant le retour au domicile. Le patient est dirigé vers les structures de Soins et santé (HAD, des services de soins infirmiers à domicile, une équipe mobile spécialisée Alzheimer, une équipe mobile de soins de support) et vers un réseau de partenaires (auxiliaires de vie sociale, infirmiers libéraux, médecins de ville). « Si un soignant veut faire sortir un malade, et qu'il connaît mal l'organisation de la ville, cela ne doit pas être un frein à la sortie. Le guichet unique se charge de tout, à partir du profil du malade, et contacte les structures adaptées », explique le Dr Éric Dubost, directeur de Soins et santé.

LIMOGES



PÉRENNISER LA SORTIE DU PATIENT POST-AVC

Mis en place en 2011 par le CHU de Limoges, le Hémipass est une équipe mobile hospitalière, qui se déplace au domicile de patients ayant des séquelles d'accident vasculaire cérébral (AVC). L'objectif : favoriser le retour à domicile des patients. L'équipe est composée d'un médecin, d'une infirmière coordinatrice, d'une ergothérapeute et d'une neuropsychologue. Pour « pérenniser la sortie du patient », Hémipass collabore avec les professionnels de santé, à l'hôpital et à l'extérieur (médecin traitant), ainsi qu'avec les aidants familiaux. L'équipe se charge d'aménager le domicile, de lui apporter un soutien psychologique, et une éducation thérapeutique. En 2013, Hémipass a pris en charge 83 patients, dont 60 % en provenance des services de neurologie ou de médecine physique et de réadaptation de l'hôpital.

_3 QUESTIONS À

NÎMES

UNE PLATE-FORME OPÉRATIONNELLE DE SORTIE

Pour passer d'un « hôpital de séjour » à un « hôpital de parcours », le CHU de Nîmes teste une « plate-forme opérationnelle de sortie » (POS). Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire, composée d'un médecin, d'une assistante sociale et de deux infirmières « régulatrices de sortie ». Ce pont entre l'hôpital et la ville a pour but de prendre en charge les sorties complexes, afin de diminuer les durées moyennes de séjour des patients dits fragiles, et d'éviter leur réhospitalisation. La mission de la POS est de détecter, de façon précoce, les difficultés médico-sociales pouvant compliquer les sorties d'hospitalisation, afin de préparer leur sortie, et ensuite d'assurer un suivi téléphonique. La POS est en contact avec le patient, son entourage, mais aussi avec les SSR, les Ehpad, le médecin traitant, les infirmiers libéraux et les services de soins infirmiers à domicile.

**Michel Varroud-Vial,**

chef du service maladies chroniques
et dispositifs d'accompagnement des malades
– Haute Autorité de santé (HAS).

**“Repérer les patients à risque,
dès l'hospitalisation, doit devenir une habitude.”**

Le document de sortie d'hospitalisation est-il suffisant ?

Il est important, mais il doit être intégré dans tout un contexte. Il faut surtout chercher à éviter la réhospitalisation. Avant tout, en repérant les patients à risque, dès l'hospitalisation, en faisant attention aux pathologies (insuffisance cardiaque, syndrome coronaire aigu, bronchopneumopathie chronique obstructive), aux hospitalisations antérieures, ou aux conditions sociales précaires (isolement, conditions financières difficiles). Ce n'est pas forcément dans l'habitude des équipes hospitalières, mais il faut que cela le devienne.

Une fois ces patients à risques repérés, comment organiser la sortie ?

L'organisation de la sortie du patient hospitalisé à risque comporte trois étapes. La première a lieu pendant l'hospitalisation. Il s'agit de contacter de façon précoce les soignants du domicile, d'évaluer les besoins du patient et de lui apporter une éducation sur ses traitements et les recours en cas de problème. La deuxième étape est la sortie elle-même : il faut transmettre les informations sur le patient à la médecine de ville, ou aux structures médico-sociales, le jour de la sortie. Le document de sortie revêt une très grande importance dans ce cadre, car il résume tout ce qui a été fait pendant l'hospitalisation et donne des préconisations pour la suite. La troisième étape se situe après la sortie : il faut s'assurer qu'il existe une prise en charge post-hospitalisation, en organisant

un suivi post-sortie. Pour les patients les plus à risque, l'on peut s'appuyer sur une infirmière coordinatrice. En France, ce système tend à se développer, par exemple au sein des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), ou autour des Plates-formes d'appui aux professionnels de santé (PAPS).

Liens entre établissements : comment les améliorer ?

Quand les patients sont déjà pris en charge par un service de soins infirmiers à domicile, ou qu'ils vivent en Ehpad, il est important que les hôpitaux le sachent, pour écourter l'hospitalisation ; car plus ils seront hospitalisés longtemps, plus ils perdront en autonomie. Pendant l'hospitalisation, il faut une prise en charge particulière qui évite d'accroître la dépendance, notamment en mobilisant les équipes de gériatrie. À la sortie, il faut renforcer les liens en termes de transmission des informations rapides, dans les deux sens. En cas d'hospitalisation, la HAS et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) travaillent actuellement sur l'amélioration du DLU, dossier de liaison d'urgence, qui synthétise les informations indispensables à un diagnostic précis et à une prise en charge adaptée en cas d'urgence. Trop compliqué, il n'est utilisé que par 10 % des Ehpad. Le propos est de le simplifier. *In fine*, le document de sortie prend toute son importance, notamment en présentant les traitements en cours comparés aux traitements d'entrée, avec justification des différences.

+ d'interactions

GUIDE

PUBLICATION : ABSENTÉISME, DES REPÈRES POUR COMPRENDRE ET AGIR



Téléchargez les fiches repères pour comprendre et agir sur l'absentéisme dans votre établissement sur le site www.fhf.fr.

Issus d'un travail de recherche commun avec l'Agence régionale de santé (ARS) Pays de la Loire, le Fonds national de prévention (FNP) et la FHF, ces outils ont été pensés pour venir en appui aux établissements, les aider à faire les choix pertinents et identifier des leviers d'action possibles.

FACEBOOK, TWITTER : LA FHF AUGMENTE SA PRÉSENCE SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX



La FHF souhaite utiliser davantage les nouveaux médias pour diffuser ses informations et toucher plus largement les internautes.

Pour cela, le site www.fhf.fr se dote d'un encart dynamique qui donne à voir en temps réel la présence de la FHF

sur Twitter. Le plus de cet encart : la possibilité pour le lecteur de suivre l'actualité tout en restant sur sa fenêtre de navigation. Par ailleurs, la FHF a revu sa présence sur Facebook avec une page on ne peut plus à la page : « Fédération hospitalière de France ». N'hésitez pas à la « liker » !

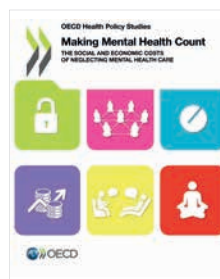
SALONS SANTÉ ET AUTONOMIE 2015 : RÉSERVEZ VOTRE DATE



Notez dès à présent dans votre agenda les dates des prochains Salons de la santé et de l'autonomie : du mardi 19 au jeudi 21 mai 2015 à Paris Expo, porte de Versailles. Trois jours d'interactions dédiés aux acteurs des secteurs sanitaire et médico-social. En attendant le programme de cette nouvelle édition, retrouvez les vidéos des agoras de cette année, sur le site www.salons-sante-autonomie.com

INTERNATIONAL

“FAIRE VALOIR LA SANTÉ MENTALE” : LE RAPPORT DE L'OCDE



La santé mentale est un domaine négligé dans la politique de santé de nombreux pays, selon un rapport récent de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). L'accent mis sur la maladie mentale grave signifie que des maladies mentales légères ou modérées, qui composent la plus grande partie des pathologies psychiques, sont restées majoritairement négligées.

Plus d'information (en anglais) : <http://www.fhf.fr/Actualites/Europe-International/L-actualite-des-institutions-internationales/Making-mental-health-count-Faire-valoir-la-sante-mentale-Rapport-de-l-OCDE>

CRISE ÉCONOMIQUE ET SANTÉ EN EUROPE

Une publication récente de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) Europe et de l'Observatoire européen sur les systèmes de santé analyse l'impact des mesures de la politique de santé sur la crise en Europe de 2008 à 2013 et constitue un élément clé d'une initiative plus large visant à surveiller les effets de la crise sur la santé elle-même.

Plus d'informations : www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/257579/Economic-crisis,-health-systems-and-health-in-Europe-impact-and-implications-for-policy.pdf?ua=1

SÉCURITÉ DU PATIENT : CONFÉRENCE DE CLÔTURE DE L'ACTION CONJOINTE PASQ



La conférence finale de l'action conjointe sur la Sécurité des patients et la qualité des soins (PaSQ) aura lieu à Bruxelles les 12 et 13 mars prochains. L'action conjointe, qui a débuté en avril 2012, a pour but d'améliorer la sécurité des patients ainsi que la qualité des soins via le partage d'informations et la mise en œuvre de bonnes pratiques.

Plus d'informations : www.pasq.eu

Mercredi 4 février 2015
Beffroi de Montrouge
(2 Place Émile-Cresp, Paris - Montrouge)

Rencontres annuelles FHF des cadres

Cette manifestation sera le troisième 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 organisée annuellement en février.
Le programme d'une journée alternera des thèmes d'actualité et des ateliers interactifs.

3^{ème} édition

avec le soutien
de la



Publics :

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

inscription en ligne sur www.sphconseil.fr

OUF !



QU'EST-CE QUI NE VA PAS ?



JE ME DEMANDE COMMENT JE FERAIS S'IL M'ARRIVAIT QUELQUE CHOSE ?

JE SERAI LÀ.

ET LA MNH AUSSI, EN TE VERSANT UN COMPLÉMENT DE REVENU.



MNH PREV'ACTIFS* : VOS REVENUS GARANTIS EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE.

RASSURÉE ?



TOUJOURS AVEC UNE SŒUR COMME TOI !



L'ESPRIT HOSPITALIER EN PLUS

* MNH PREV'ACTIFS propose aussi un capital en cas d'invalidité totale et définitive ou décès, et des rentes conjoint et/ou éducation. Pour le détail de l'offre, nous consulter.

Devis gratuit sur mnh.fr et au  N°Cristal 09 72 72 00 34

APPEL NON SURTAXE