

Page_06

Décryptage RH

La formation des agents
progresses /

Page_10

Médical

Le don de sang de cordon
se développe /

Page_18

Grand angle

Laïcité à l'hôpital :
des règles pour tous /

INTERACTIONS

LE MAGAZINE DE LA FHF

#16

Septembre 2013



Page_14

Grand angle

Soulager la douleur,
au cœur de la mission
des hôpitaux publics

Mardi 26 novembre 2013
Espace Charenton Paris

RMP

Les 6^e Rencontres du
Management de Pôles

6^e édition

Regards croisés sur l'évolution des pôles

Publics :

- Présidents de CME
- Chefs de pôles
- Cadres de pôle
- Directeurs
- Praticiens
- Cadres

Matin : Plénière

«Regards croisés sur l'évolution des pôles»

Après-midi : 3 ateliers interactifs

- Fonctionnement interne du pôle (espace de dialogue et de concertation, place des cadres administratifs et soignants, articulation pôles/services)
- Le chef de pôle : son rôle dans l'institution (CME et pôle, directoire, liens avec la direction et les instances)
- Dialogue de gestion (délégation de gestion, modalités et outils de pilotage, intéressement)

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

LA RECHERCHE, UN LEVIER POUR FÉDÉRER LES ÉNERGIES



Le délégué général de la FHF,
Gérard Vincent



Le président de la FHF,
Frédéric Valletoux

Du triptyque associé à la réforme de 1958 promue par le professeur Debré, soins-enseignement-recherche, on a souvent eu une vision réductrice. Loin d'être cantonnée en effet aux laboratoires hospitalo-universitaires ou aux unités Inserm, l'ambition de développer un véritable effort de recherche anime de nombreux hospitaliers.

C'est bien entendu le cas dans les CHU, qui sont le lieu privilégié où s'invente la médecine de demain, grâce à la mobilisation d'équipes reconnues internationalement, au maillage réalisé avec les

laboratoires privés comme avec les grandes institutions publiques, à l'alliance entre

recherche fondamentale, recherche clinique et recherche translationnelle. La consolidation de cette dynamique doit contribuer au renforcement des industries de santé françaises.

Les centres hospitaliers généraux sont eux aussi des partenaires très importants, non seulement parce qu'ils traitent une part importante des malades, mais aussi parce qu'ils comptent en leur sein des praticiens qualifiés et intéressés par

la recherche clinique. Celle-ci est un facteur d'attractivité pour les établissements et nous devons veiller à valoriser cette dimension, comme nous l'avons fait lors de la campagne de valorisation des carrières hospitalières publiques.

Mais l'objet de la recherche hospitalière ne doit pas se limiter à la seule recherche médicale, comme le montre la fécondité des démarches de recherche en soins infirmiers, qui sont tout à la fois un facteur de progrès dans les soins délivrés aux patients, de valorisation des équipes et d'attractivité des professions, à l'heure où émergent de nouveaux métiers soignants qui tiendront une place importante dans l'organisation des soins.

Nous souhaitons également, au vu des enjeux considérables qui sont ceux de la gestion hospitalière, que la recherche en management voie sa place consacrée, en particulier au sein de l'Institut du management de l'École des hautes études en santé publique.

Plus que jamais, la recherche est donc l'affaire de tous les hospitaliers, car elle est la condition du progrès dans les connaissances comme dans les pratiques.

**“La médecine de demain s'invente
au sein des CHU.”**

SOMMAIRE



Plus loin avec la FHF

- /04_RH
- /06_Décryptage RH
- /08_Gestion
- /10_Médical
- /12_Médico-social



Grand angle

- /14_Soulager la douleur,
au cœur de la mission
des hôpitaux publics
- /18_Laïcité à l'hôpital :
des règles pour tous



+ d'interactions

- /21_Agenda
- /21_Le Guide
- /22_Europe

Plus loin avec la FHF

RH

ZOOM SUR LA COMMISSION DE DÉONTOLOGIE

L'ESSENTIEL_ La Commission de déontologie est l'instance consultative nationale qui donne le pouls du respect des règles déontologiques dans la fonction publique hospitalière. Ses avis traduisent une forte demande des personnels hospitaliers pour bénéficier d'un cumul d'activités.

Créée en 1993, à la suite d'affaires politico-financières, par la loi dite Sapin, la Commission de déontologie a officié à compter de 1995 et a vu régulièrement ses compétences et sa composition évoluer au gré des orientations politiques sur les valeurs de la fonction publique et de la vie publique.

L'actualité récente a conduit le gouvernement actuel à rouvrir un dossier législatif resté en suspens en 2011 en la matière et à élargir le débat sur la réforme des statuts de la fonction publique.

À l'aube des débats en Hémicycle sur ce projet de loi relatif « à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires », l'occasion se présente de revenir sur l'activité de la Commission de déontologie concernant les agents publics hospitaliers.

LES MISSIONS DE LA COMMISSION DE DÉONTOLOGIE

La Commission de déontologie est chargée d'apprécier la compatibilité avec les fonctions publiques de toute activité lucrative autorisée à titre dérogatoire par le statut général, qu'il s'agisse d'un cas de départ vers le secteur privé ou d'un cas de cumul d'activités pour création d'entreprise.

Pour exercer son contrôle de compatibilité et donc de déontologie, la Commission vérifie que :

- d'une part, l'agent public n'est pas en situation de prise illégale d'intérêt (contrôle dit pénal, code pénal, art. 432-13) ;
- et d'autre part, l'activité lucrative projetée ne porte pas atteinte à la dignité des fonctions publiques, ne risque pas de com-

promettre ou de mettre en cause le fonctionnement normal, l'indépendance ou la neutralité du service (contrôle dit déontologique).

UN NOMBRE D'AVIS QUI AUGMENTE

Alors que le nombre des avis de la Commission de déontologie avait augmenté considérablement en 2011 avec plus de 70 % d'avis supplémentaires (746 avis), en 2012, l'augmentation bien qu'importante est plus mesurée, avec 26 % d'avis supplémentaires (945 avis).

Contrairement aux deux autres versants de la fonction publique, où l'on constate une décrue, dans la fonction publique hospitalière (FPH), on dénombre une forte augmentation des demandes de cumuls d'activités. Les dossiers de saisine de la Commission concernent à 70 % le cumul d'activités. Les agents publics de la FPH se dirigent majoritairement vers des activités privées dans le secteur médical et paramédical (62 %) et le secteur du bien-être (17 %).

En 2012, sur ces 945 avis, la Commission a rendu 26 % d'avis de compatibilité avec réserve, soit 3 % de plus qu'en 2011 – dans les deux autres versants, ils représentent 40 à 45 % des avis rendus. Seuls 0,21 % d'avis d'incompatibilité ont été émis et ont donc lié l'administration hospitalière. En définitive, 66 % des avis exprès et tacites émis sont des avis de compatibilité, alors qu'ils sont de 45 % dans la fonction publique de l'État et de 35 % dans la fonction publique territoriale.



LA PARTICULARITÉ DES MÉDECINS HOSPITALIERS

La Commission de déontologie considère que son rôle ne peut être que limité aux aspects déontologiques des situations de départ de médecins hospitaliers vers le secteur privé lucratif médical sans pouvoir ni se prononcer sur une situation de concurrence déloyale ni apprécier ce qu'il conviendrait de faire primer entre la liberté d'installation et le bon fonctionnement du service public hospitalier. Au titre de son contrôle « déontologique », reste que la Commission doit vérifier que les modalités d'exercice de l'activité médicale projetée ne pourront pas gêner le fonctionnement normal du service.

Le projet de loi en examen propose notamment de renforcer les modalités de contrôle des départs vers le secteur privé en rendant sa saisine toujours obligatoire et en élargissant son contrôle à la méconnaissance de « tout principe déontologique inhérent à l'exercice d'une fonction publique ».

Source : rapport de la Commission de déontologie 2012.

ROUEN



Un plan d'action pour réduire l'absentéisme

L'ESSENTIEL_ Les hôpitaux sont confrontés à une hausse de l'absentéisme. Pour enrayer la tendance, le CHU Hôpitaux de Rouen a décidé de mener un audit et de mettre en place un plan d'action. Résultat : la courbe s'est inversée.

Le nombre d'agents en arrêt maladie est en hausse régulière depuis 2007. Il a même progressé de 7 % rien qu'en 2011, selon une étude de l'assureur Sofaxis. « En 2008, le taux d'absentéisme des agents de l'hôpital venait d'atteindre 11,37 %, indique Asmahane Khelfat, directrice adjointe des ressources humaines au CHU de Rouen. Les hôpitaux étant leur propre assureur, le coût des salaires des agents absents représente 20 millions d'euros sur l'année. C'est colossal ! » Le problème est d'autant plus complexe que l'hôpital s'était engagé à réaliser 7 millions d'euros d'économies sur les dépenses de personnel non médical, dans le cadre d'un contrat de retour à l'équilibre 2009-2011.

Face à l'urgence et aux demandes répétées du CHSCT et de la Médecine du travail, la direction de l'établissement a pris la décision, fin 2010, de commander un audit dans le cadre d'un Contrat local d'amélioration des conditions de travail. « Cet audit a coûté 70 000 euros, dont 50 000 euros financés par l'ARS. Il nous a permis de cartographier l'absentéisme, de nous comparer avec les autres CHU et d'identifier en interne les services les plus et les moins touchés », souligne Asmahane Khelfat.

Plusieurs grands facteurs d'absentéisme ont été repérés : problèmes organisationnels et de management, absence de gestion par pôle des équipes de remplacement... « Des parti-

cularités régionales ont aussi été mises au jour comme le taux de fécondité particulièrement élevé en Haute-Normandie, ce qui explique le plus grand nombre de congés maternités. » Une fois le diagnostic posé, un plan de réduction de l'absentéisme a été lancé début 2012, avec des actions concrètes : favoriser le maintien dans l'emploi après des arrêts longs (un adjoint des cadres a été recruté pour mieux accompagner le retour à l'emploi), prévenir les incivilités et les accidents du travail, renforcer les équipes de remplacement... Un an après, les résultats sont déjà perceptibles : après avoir atteint le pic de 13,11 % en février 2012, le taux d'absentéisme est retombé à 11,76 % en juin 2013. « La tendance haussière a été stoppée dès lors que nous avons mis en place un plan de prévention, résume la DRH adjointe. Nous restons modestes car nous ne maîtrisons pas tous les paramètres mais une chose est sûre : nous y avons gagné en dialogue social ! »

NANTES



Des patients-comédiens forment les futurs médecins

Les étudiants de la faculté de médecine de Nantes apprennent la relation patient-médecin avec des comédiens. La méthode, expérimentale en France, est coûteuse (260 000 euros sur trois ans à Nantes). Mais elle est courante au Canada et dans les pays anglo-saxons. Le projet comprend trois axes : confronter les étudiants de 3^e année à l'apprentissage du raisonnement clinique au travers de huit consultations de médecine ambulatoire ; former les 5^e année à l'annonce d'une maladie grave ; et apprendre la relation parents-enfants-médecin en pédiatrie. « Je n'ai découvert la consultation qu'à 30 ans, après cinq années de spécialisation en médecine interne. C'est une imperfection dans la formation, estime le Dr Pierre Pottier, à l'origine de l'initiative. Aujourd'hui, les étudiants apprennent

une médecine hospitalière. Lors de leurs stages, ils voient en groupe des malades alités, mais ils n'apprennent plus à diagnostiquer les choses simples alors que près de 90 % d'entre eux exerceront en cabinet. Depuis deux ans, les 3^e année gèrent donc des consultations simulées. L'idée, c'est de mettre l'accent sur le relationnel : un patient peut se montrer agressif, ou très gentil mais peu bavard. Il faut s'y préparer ! » Les consultations simulées existent depuis dix ans en oncologie. Stéphane Supiot, cancérologue, s'occupe du stage obligatoire en 5^e année : « Annoncer un diagnostic de cancer, ça s'apprend ! » Ainsi, chaque étudiant reçoit un scénario et se confronte à un acteur. Une professeure de psychologie, Angélique Bonnaud-Antignac, visualise l'entretien en direct puis réalise



un débriefing avec l'étudiant. Un autre partage d'expérience a lieu à froid, avec un médecin. « Il s'agit d'une sorte de crash test pour aider les étudiants à améliorer leur pratique, assure le Dr Supiot. Cette mise en situation ne laisse personne indifférent. Elle améliore le sentiment de compétences des étudiants et le confort des patients. »

Plus loin avec la FHF

RH



→ DÉCRYPTAGE

LA FORMATION DES AGENTS PROGRESSE

L'ESSENTIEL Les derniers chiffres de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier traduisent l'effort des établissements de la fonction publique hospitalière en termes de formation.



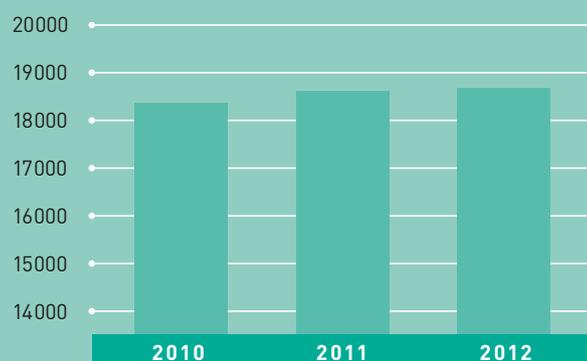
A l'heure où des discussions inter-fonctions publiques portent notamment sur la formation permanente tout au long de la vie (FPTLV) des agents publics, il est utile de se pencher sur ce qui a été réalisé dans la fonction publique hospitalière (FPH) en termes d'actions de formation pour les agents.

De ce point de vue, le rapport d'activité 2012 de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) apporte des informations non seulement sur les réalisations propres de l'association, mais également sur l'effort des établissements de la FPH en termes de formation, considérée comme un investissement de moyen et long terme en faveur de la qualité des soins.

Quelques chiffres attestent du volontarisme de la FPH en la matière :

→ 53 % de l'ensemble des fonds gérés par l'ANFH (au titre du Plan, du Fonds mutualisé de financement des études relatives à la promotion professionnelle et du congé de formation professionnelle confondus) sont consacrés aux études promotionnelles. Cela représente, en 2012, 18 667 études promotionnelles financées, concernant majoritairement le diplôme d'État d'infirmier suivi du diplôme d'aide-soignant et du diplôme de cadre de santé. Malgré un coût moyen en hausse lié à l'augmentation de la part des infirmiers diplômés d'État depuis deux ans, ce nombre a augmenté de 1,9 % par rapport à 2010.

NOMBRE D'ÉTUDES PROMOTIONNELLES FINANCÉES ENTRE 2010 ET 2012 (TOUS FONDS CONFONDUS)



→ Le taux d'accès à la formation dans la FPH (établissements adhérents à l'ANFH, soit 94,6 % d'entre eux) est de 56,9 %. En d'autres termes, plus d'un agent sur deux accède à la formation en 2012. Au total, compte tenu du fait que certains agents bénéficient de plus d'une formation, ce sont 941 368 départs en formation qui sont enregistrés par l'ANFH en 2012.

56,9 %

C'est le taux d'accès à la formation dans la FPH en 2012.

42 %

des départs en formation concernent des agents de catégorie C.

→ L'effort concerne l'ensemble des catégories d'emploi et on note ainsi que 42 % des départs en formation concernent des agents de catégorie C. L'effort en direction de ces agents, inscrits notamment dans le projet stratégique de l'ANFH, doit se poursuivre compte tenu d'un accès à la formation qui demeure inférieur aux autres catégories.

permettant de soutenir divers projets et notamment des études promotionnelles, s'est en particulier beaucoup développé.

Demain, de nouveaux défis attendent les établissements et les agents de la FPH, avec notamment la mise en place dès 2013 du DPC pour les professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Cette réforme, compte tenu du public ciblé, impacte évidemment beaucoup plus les hospitaliers que les autres fonctions publiques et demandera une évolution importante de la construction des plans de formation. L'ANFH, forte de sa dynamique paritaire, poursuivra auprès des établissements et agents FPH et des médecins, l'accompagnement qu'elle a initié sur cette réforme, comme sur d'autres précédemment : la FPH a su depuis plusieurs années s'adapter aux réformes et initier les progrès dans le domaine de la formation permanente.

RÉPARTITION DES DÉPARTS EN FORMATION PAR CATÉGORIE D'EMPLOI EN 2012



→ Les formations sur fonds mutualisés sont largement utilisées : 18 302 stagiaires ont participé en 2012 à une action de formation nationale (AFN) ou régionale (AFR).

→ Le taux d'adhésion à l'ANFH a encore augmenté, les 2 335 établissements adhérents représentant en 2012 94,6 % des établissements de la FPH. Dans le même temps, 58 % des établissements publics de santé, représentant 54 000 médecins, ont choisi d'adhérer à l'ANFH pour le développement professionnel continu (DPC) médical, pour la première année de sa mise en œuvre.

→ Les financements extérieurs, qui constituent un levier supplémentaire de développement de la formation, ont augmenté de 11 % en 2012, pour atteindre 9,4 millions d'euros. Le recours aux fonds européens,



Plus loin avec la FHF

GESTION

Avec le soutien de  **CAISSE D'ÉPARGNE**

LE PROGRAMME DE PERFORMANCE DES ACHATS HOSPITALIERS SE DÉVELOPPE

L'ESSENTIEL_ Le programme de performance des achats (Phare) poursuit son développement sous l'égide de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Un comité de pilotage auquel a participé la FHF s'est tenu le 4 juillet dernier et a permis de valider les objectifs de gains 2014, à la fois pour les groupements et pour les établissements engagés dans une démarche d'accompagnement avec leur Agence régionale de santé (ARS). Pour 2012, les 210 millions d'euros d'objectifs de gain ont été atteints. Ils sont portés à 320 millions pour 2013 et entre 350 et 400 millions pour 2014. De nouveaux segments seront progressivement implémentés au programme Phare. Par exemple, les équipements de

laboratoire et d'endoscopie ainsi que le petit matériel médico-chirurgical non stérile seront gérés par les groupements nationaux. D'autres consommables de laboratoire, des prestations de type maintenance d'ascenseur ou économiste de la construction, seront managés par les groupements constitués en région.

POURENSAVOIR

Dossier « Performance Acheteurs » - *Revue hospitalière de France* n° 554 à paraître le 15 octobre - www.revue-hospitaliere.fr

RÉSULTATS FINANCIERS DES HÔPITAUX : DU MIEUX



Le déficit des établissements publics diminue en 2012, selon les chiffres de la FHF.

L'enquête annuelle de la FHF sur la situation financière des hôpitaux publics confirme l'amélioration, en 2012, du résultat net comptable et une légère baisse de la capacité d'autofinancement (CAF). Ces résultats reposent sur 93 % du volume financier des établissements. Ils montrent que le déficit total, inscrit aux comptes de résultats principaux (CRP), s'est élevé à près de 388 millions d'euros en 2012, contre 611,5 millions en 2011. L'excédent total a atteint 238 millions en 2012, contre près de 130 millions pour l'exercice précédent. Le résultat net comptable des budgets principaux fait toujours apparaître un déficit, mais qui est moins élevé en 2012 qu'en 2011 (149 millions contre près de 482 millions). Tous budgets confondus, le résultat devient même excédentaire, à plus de 54 millions d'euros, après un déficit de plus de 323 millions en 2011. En revanche, la CAF ne s'est pas améliorée en 2012 par rapport à 2011 et a même légèrement baissé (3,7 milliards d'euros en 2012 contre 3,86 milliards en 2011). L'insuffisance d'autofinancement a atteint en 2012 près de 13 millions d'euros, contre 56,6 millions en 2011.



GRENOBLE



Lean management : la stérilisation centrale optimise ses flux

L'ESSENTIEL_ Depuis décembre 2011, la stérilisation centrale du CHU de Grenoble a entrepris une opération pilote de « lean management », autrement dit de gestion sans gaspillage.

Sur les conseils de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap), le centre hospitalier de Grenoble a fait appel à un consultant. L'objectif : « Réduire les délais de mise à disposition des dispositifs médicaux (DM) stériles réutilisables », explique Catherine Guimier, pharmacienne responsable de la stérilisation. Et éviter la perte d'instruments. Ces deux points présageaient la déprogrammation d'interventions. « Si cette crainte n'a pas pu être objectivée, nous

avons cependant passé en revue l'intégralité de notre process, depuis la fin d'utilisation du DM jusqu'à son retour au bloc », souligne Catherine Guimier. L'étude a permis d'identifier des déplacements inutiles et des goulets d'étranglement générant des « en-cours » : « Nous travaillions beaucoup en amont mais la production restait bloquée au niveau des autoclaves et de la recomposition des plateaux. » La recomposition étant réalisée à 70 % par du personnel de stérilisation dédié à ce poste et à 30 % par des Ibode (infirmiers de bloc opératoire

diplômés d'État) affectés dans les blocs, « nous avons décidé de renforcer ce travail en développant la polyvalence du personnel de stérilisation afin qu'il soit compétent, tant sur le processus de stérilisation que sur la recomposition ». Des indicateurs de performance ont été mis en place : « Tous les jours, nous nous retrouvons à 10 heures devant le tableau des indicateurs journaliers pour faire le point et résoudre les problèmes rencontrés. Cela implique les personnels, et les solutions viennent d'eux ! » se félicite Catherine Guimier. Les premiers résultats sont visibles : tandis que le délai d'attente médian – entre la prise en charge du matériel et leur stérilisation – était de 7 h 38 avant la démarche, il est aujourd'hui retombé à 7 h 04.

ALPES-MARITIMES



Soins de suite et de réadaptation : un site pilote en santé et développement durable

Un trèfle à quatre feuilles, habillé d'une double couverture en bois : le centre de soins de suite et de réadaptation (SSR) Les Lauriers roses fait figure de pionnier à Levens, près de Nice. Après quatre années de réflexion et deux ans de travaux, l'établissement de 4 800 m², d'une capacité de 75 lits et d'un accueil de jour de 10 places pour les patients Alzheimer, a ouvert fin 2012. Son originalité ? « Nous avons cherché à allier le développement durable et la santé », explique le Dr Joël Sapir, directeur de l'établissement. Nous nous sommes d'abord appuyés sur un projet médical en définissant une prise en charge globale et pluridisciplinaire en partenariat avec le CHU de Nice et le Centre de lutte contre le cancer Antoine-Lacassagne (CAL), puis nous avons travaillé sur l'aspect éco-environnemental

en partenariat avec l'Ademe et l'ensemble des collectivités territoriales. L'idée étant de construire un modèle reproductible. » Chaudière à bois, capteurs solaires... L'établissement, exemplaire, fournit de l'énergie à une école et une salle polyvalente.

L'association Chaîne de vie 06, gestionnaire du site, prévoit de construire un jardin de rééducation sensorielle autour des cinq sens : « Nous travaillons avec des entreprises de parfums de Grasse et le CNRS », indique le Dr Sapir.



Plus loin avec la FHF

MÉDICAL

LE DON DE SANG DE CORDON SE DÉVELOPPE

L'ESSENTIEL La maternité du centre hospitalier d'Arras est la première du Pas-de-Calais à s'être lancée dans le prélèvement de sang placentaire en février 2013. Une initiative complexe à mettre en place mais porteuse d'espoirs pour guérir les maladies graves du sang.



Le sang de cordon ombilical peut sauver la vie de milliers de patients souffrant de maladies hématologiques. Comme la moelle osseuse, ce sang également appelé « placentaire » est très riche en cellules souches hématopoïétiques. Des cellules qui, une fois greffées, sont capables de fabriquer des globules rouges, blancs ou des plaquettes. « Dans certains cas, le sang de cordon peut se substituer à une greffe de moelle osseuse. Laquelle est relativement contraignante à pratiquer puisque le donneur doit être compatible sur le plan immunologique, et que le prélèvement se pratique soit sous anesthésie générale, soit par aphérèse pendant plusieurs heures », résume le Dr Bérangère Sicot, médecin au sein du service gynécologique obstétrique du CH d'Arras.

2000

patients atteints de maladie grave du sang ont besoin, chaque année, d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques.

UN PRÉLÈVEMENT INDOLORE ET SANS DANGER

« La sage-femme pique dans le cordon ombilical, ça prend trois minutes entre la naissance et la délivrance du placenta. » Auparavant jeté, ce sang de cordon présente un autre avantage : toutes les femmes peuvent potentiellement en faire don. Ce qui crée une variété immunologique intéressante pour le réseau de sang placentaire, piloté par l'Établissement français du sang

(EFS). Plusieurs banques de sang de cordon existent, celle du Nord-Pas-de-Calais a reçu l'autorisation de fonctionner de l'Agence de la biomédecine en octobre 2010. En matière de prélèvements, les maternités Cotteel à Villeneuve-d'Ascq et Paul-Gelle à Roubaix ont été pilotes dans la région. « Nous souhaitons les rejoindre et nous avons été sollicités par l'EFS en décembre 2011, notamment parce que nous pratiquons plus de 2000 accouchements par an », indique le Dr Sicot.

Elle insiste toutefois sur la lourdeur de l'activité : « Il faut au minimum un mi-temps de sage-femme, et dans les hôpitaux publics le don de sang de cordon est difficilement greffable sur l'activité courante ». Si le recueil de cellules est rapide, il suppose un entretien médical pour écarter les contre-indications : « Les refus sont très rares mais la patiente consentante doit remplir un document de quatre pages. Et puis il y a un examen post-natal à réaliser pour exclure les maladies génétiques, avec un questionnaire à renvoyer à l'EFS. »

Après analyse, peu de prélèvements sont déclarés recevables comme greffons : « Dans les 70 ml de sang placentaire prélevés, le taux de cellules doit être suffisant et il y a de nombreux critères à remplir », souligne le Dr Sicot. C'est là le revers du succès du don de sang placentaire : sur les 183 prélèvements réalisés au CH d'Arras depuis février 2013, seuls 22 % ont été déclarés recevables par l'EFS. Ces derniers sont ensuite conservés et implantés par les établissements autorisés : « Le don est anonyme et hétérologue en France », rappelle le Dr Sicot. À la différence des États-Unis, il est interdit de le conserver à des fins autologues, c'est-à-dire pour son propre enfant.

POURENSAVOIR⁺

« Sang de cordon, un service public »,
Revue hospitalière de France n° 541-
www.revue-hospitaliere.fr

AUVERGNE



Cardiauvergne : un hôpital virtuel pour les patients insuffisants cardiaques

L'ESSENTIEL_ L'insuffisance cardiaque chronique est la première cause d'hospitalisation après 60 ans. Pour renforcer la coordination des soins et la surveillance des patients, un dispositif innovant a vu le jour en Auvergne.

C'est une première : depuis janvier 2012, le service de télésurveillance Cardiauvergne permet de renforcer la coordination des soins et la surveillance des patients insuffisants cardiaques les plus graves de la région Auvergne. 467 patients sont inclus dans le dispositif. L'objectif ? « Améliorer leur confort et limiter les hospitalisations, très coûteuses, sachant que l'insuffisance cardiaque est la première cause d'hospitalisation en France, avec près de 200 000 séjours par an », indique le Pr Jean Cassagnes, le

fondateur et ancien chef de pôle de cardiologie du CHU de Clermont-Ferrand. Pour intégrer Cardiauvergne, le patient doit être au stade 3 ou 4 de la maladie, c'est-à-dire qu'il ne peut pas monter un étage sans être essoufflé. « Il doit aussi avoir été hospitalisé au moins une fois dans l'année écoulée et avoir été adressé par un cardiologue. » Chaque patient est équipé gratuitement d'une balance reliée à un télétransmetteur. « La prise de poids rapide, liée à une rétention hydrosodée, est

un marqueur fort de la maladie. Tous les patients nous transmettent donc leur pesée chaque matin », explique le Pr Cassagnes. Un dossier médical informatisé, comprenant trois volets (clinique, biologique et thérapeutique), génère des alertes et des alarmes. Lesquelles sont gérées « dans les 4 heures » par la cellule de coordination, composée d'un – et bientôt deux – cardiologue, d'un cadre de santé, d'une infirmière et d'une secrétaire. En cas de problème, le médecin traitant, qui reste le pivot du système, est contacté. « L'enjeu, c'est d'agir vite pour éviter le retour à l'hôpital » et réduire le taux de mortalité qui, avant ce mode de prise en charge, était de 35 % la première année.



LYON

Dépistage inédit de la DMLA grâce à la télémedecine



Une simple photographie couleur de la rétine suffit pour dépister la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) : c'est ce que révèle une étude menée par le service ophtalmologie de l'hôpital de la Croix-Rousse, à Lyon, et le centre d'examen de santé (CES) de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Rhône. « La télémedecine n'est pas encore admise pour le dépistage de la DMLA comme pour le diabète », déplore le Pr Laurent Kodjikian, coordinateur de l'étude. Nous avons donc voulu vérifier sa pertinence. Notre étude démontre que la photo couleur est aussi fiable qu'un fond de l'œil classique. » La technique a été testée auprès de 683 patients, de 65 ans et plus, ayant bénéficié d'une consultation de prévention dans un centre d'examen de santé de la CPAM du Rhône en 2012. Chaque cliché a été pris

par une infirmière grâce à une rétinographie non mydriatique (RNM), sans dilatation de la pupille, ce qui réduit la gêne pour le patient. Accompagnée d'un questionnaire, la photo a ensuite été télétransmise par le CES au service ophtalmologie de la Croix-Rousse. « 80 % des clichés étaient interprétables ! Il en ressort 16 % de dépistages positifs, ce qui est similaire aux résultats d'un fond de l'œil classique », insiste le Pr Kodjikian. Le but est de dépister des gens qui ne vont pas consulter. Ils peuvent ainsi mieux se surveiller et l'on réduit les diagnostics tardifs. » Il s'agit aussi de libérer du temps aux ophtalmologistes, de moins en moins nombreux. « Nous attendons une cotation d'acte de télémedecine pour pérenniser l'activité car pour le moment ce travail n'est pas rémunéré », regrette le Pr Kodjikian.



Pr Laurent Kodjikian,
coordinateur
de l'étude.

Plus loin avec la FHF

MÉDICO-SOCIAL

DES PROPOSITIONS CONCRÈTES POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES HANDICAPÉES

L'ESSENTIEL_ Le rapport Jacob sur « l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées » a été remis au ministère de la Santé. Il sera prochainement présenté au conseil d'administration de la FHF.

Pascal Jacob, président de l'association Handidactique I=MC² (1), a remis son rapport sur « l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées » à la ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine, et à la ministre déléguée chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion, Marie-Arlette Carlotti, jeudi 6 juin 2013.



Selon Pascal Jacob : « *Il n'y a pas de bons soins sans bon accompagnement, il n'y a pas de bon accompagnement sans bons soins. La loi de février 2005 a introduit une approche du handicap radicalement nouvelle dans notre société. Cette approche n'a pas encore développé toutes ses conséquences. Parallèlement, nous avons constaté qu'un problème reste à régler : c'est celui de l'accès aux soins. Au-delà des obstacles géographiques, d'un rationnement par la file d'attente et des renoncements aux soins pour des raisons financières, on constate aujourd'hui, d'une manière générale, que les professionnels de santé n'ont pas été préparés à accueillir et à prendre en charge les personnes handicapées dans leurs spécificités.* »

Fruit d'un travail de près d'un an, qui a mobilisé l'ensemble des acteurs concernés (professionnels de santé, associations, administrations, collectivités territoriales...), ce rapport formule des propositions innovantes et concrètes, issues des bonnes pratiques mises en œuvre sur le terrain. Pascal Jacob présentera son rapport au conseil d'administration de la FHF très prochainement.

1. Association dont l'un des objectifs est de sensibiliser et former les professionnels de santé à l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

PLAN AUTISME : MIEUX DIAGNOSTIQUER LA MALADIE

Les grands axes du troisième Plan autisme ont été dévoilés par la ministre Marie-Arlette Carlotti.

Lors du dernier conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie du 9 juillet dernier, la ministre déléguée chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion, Marie-Arlette Carlotti, a présenté les grands axes du 3^e Plan autisme. Il vise, sur la base des conclusions du rapport Létard et des recommandations de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, à :

1. Diagnostiquer et intervenir précocement en consolidant les trois niveaux de repérage et de diagnostic, en créant les pôles régionaux d'intervention très précoce et des unités d'enseignement en maternelle.
2. Accompagner tout au long de la vie en permettant notamment la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux existants, la création de places en service d'éducation spéciale et de soins à domicile (16,5 millions d'euros), le financement de 1500 places en maison d'accueil spécialisée, foyer d'accueil médicalisé, service d'accompagnement médico-social pour adultes (68,5 millions) et de 350 places d'accueil temporaire (14 millions).
3. Soutenir les familles avec la création de places de répit, la rénovation des centres de ressources autisme et la formation des aidants.
4. Poursuivre la recherche.
5. Sensibiliser et former : les professionnels de santé et du secteur médico-social, travailleurs sociaux, communauté éducative.

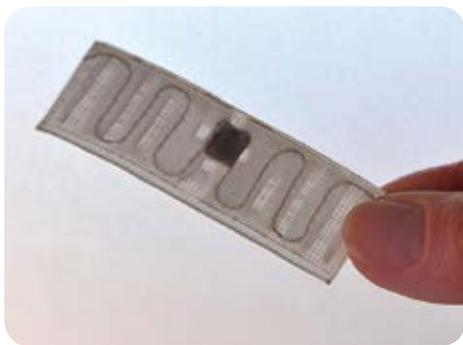
Des plans d'action régionaux doivent être élaborés. Un comité national autisme, auquel devrait participer la FHF, se réunira deux fois par an.

BOUCHES-DU-RHÔNE



Des puces électroniques pour sécuriser les résidents d'Ehpad

L'ESSENTIEL_ Deux Ehpad publics des Bouches-du-Rhône équipent certains de leurs résidents psychodépendants de micropuces. Ils déclenchent une alarme en cas de « fugue ».



Les puces RFID (*Radio Frequency Identification*) gagnent du terrain dans les Ehpad. Soutenu par l'ARS PACA, le dispositif fonctionne depuis un an au sein de l'Ehpad de Saint-Cannat et depuis

trois mois à Lambesc, près de Salon-de-Provence. Une première dans les Bouches-du-Rhône. L'objectif ? Intervenir rapidement en cas de sortie inopinée d'un résident. « *J'ai d'abord été réticent, explique Michel Gauthier, directeur des deux Ehpad, car j'ai fait le parallèle avec les bracelets électroniques* », controversés mais utilisés dans certaines maisons de retraite depuis le début des années 2000.

La société I3S-Solutions a alors présenté une alternative, « *discrète et respectueuse de la dignité des personnes* » : des micropuces, thermocollées sur le linge des résidents. Grâce à des antennes installées sur le seuil des bâtiments, une alerte se déclenche lorsque le porteur de l'étiquette RFID quitte le périmètre défini. « *Nous*

avons de plus en plus de résidents en situation de psychodépendance. Il ne s'agit pas d'épier leurs allées et venues mais nous avons déjà été confrontés à plusieurs déambulations qui ont nécessité l'intervention des gendarmes. À chaque fois ça s'est bien terminé mais ce n'était pas satisfaisant », estime Michel Gauthier.

Les puces, qui pourraient plus tard servir à la traçabilité du linge, ne sont ni géolocalisables, ni nominatives. « *Les soignants reçoivent une alerte sur un bip et peuvent ainsi réagir immédiatement. Les familles sont rassurées et les agents plus sereins* », assure Michel Gauthier. Le système reste réservé aux résidents sujets aux déambulations : ils sont sept à Lambesc sur 65 résidents et deux à Saint-Cannat. Une prescription du médecin coordinateur et un accord écrit des familles sont impératifs. Reste que le dispositif coûte cher, « *entre 10 000 et 25 000 euros* », selon le nombre d'accès à sécuriser.

BORDEAUX



Une cellule pour coordonner les urgences gériatriques

Depuis décembre 2011, une cellule de coordination gériatrique vise l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées aux urgences du groupe hospitalier Pellegrin (CHU de Bordeaux). « *Ici comme partout, les urgences accueillent de plus en plus de patients de plus de 80 ans, avec de multiples problèmes médico-sociaux. Le service n'est pas adapté !* » indique le Dr Mathieu Lambert, membre de la cellule, qui compte un médecin urgentiste, un médecin de l'équipe mobile de gériatrie, deux cadres des urgences et le médecin responsable de

l'unité, le Dr Valdenaire. Les différents axes de travail sont : la diminution de l'iatrogénie, la coordination des formations gériatriques pour le personnel, la recherche avec l'encadrement de thèse, la rencontre des partenaires de l'aval (services de gériatrie, cliniques) pour fluidifier les parcours et le maintien de l'autonomie : « *Il s'agit, par exemple, de ne pas poser de sonde urinaire systématiquement. La pluridisciplinarité est le point fort de la cellule, tout le monde a apporté son point de vue. Nous avons même rencontré les pompiers pour*



leur demander de récupérer les ordonnances et les coordonnées des aidants. » Si la prise en charge s'est déjà améliorée, plusieurs projets restent à mener, dont l'organisation de filières standardisées pour les AVC et les fractures du col du fémur.

POURENSAVOIR⁺

mathieu.lambert@chu-bordeaux.fr

Grand angle

Soulager la douleur, au cœur de la mission des hôpitaux publics

L'ESSENTIEL_ Si les établissements de santé ont pris conscience de l'importance du traitement de la douleur, il reste encore de nombreux chantiers à ouvrir pour améliorer cette prise en charge. Exemple : le soulagement de la douleur chez des patients atteints de troubles mentaux, rendu difficile, notamment, par leur façon de communiquer.



Le soulagement de la douleur est reconnu comme un droit fondamental du malade depuis la loi du 4 mars 2002 et est inscrit, à ce titre, dans le Code de la santé publique. Son article L. 1110-5 précise : « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* ». L'évaluation et le traitement de la douleur sont au cœur des préoccupations des établissements hospitaliers depuis des années. Ils sont aidés, en cela, par un cadre réglementaire précis. Ainsi, le Code de santé publique oblige les établissements à se doter d'un Comité de lutte contre la douleur, le Clud, dont la mission est de coordonner les différentes actions prévues pour le soulagement de la douleur. Celui-ci est aussi un critère essentiel retenu par la Haute Autorité de santé (HAS) dans la démarche de certification des établissements. La prise en charge de la douleur est définie comme une « pratique exigible prioritaire » (PEP). À charge pour les hôpitaux de formaliser leur stratégie au sein des Clud, de prévoir des protocoles analgésiques issus des recommandations de bonne pratique, de former les équipes, de mettre en œuvre des actions d'éducation thérapeutique en direction des patients, d'évaluer les actions de soulagement de la douleur afin de les améliorer, de participer à des partages d'expérience, etc.

_3 QUESTIONS À



Dr Daniel Annequin,
responsable du Centre national
de ressources de lutte contre la douleur
(CNRD).

“La prise en charge de la douleur nécessite du temps et du budget”

NOUVEAU PLAN DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR

De plus, des plans nationaux de lutte contre la douleur se succèdent depuis 1998, à l'initiative des pouvoirs publics, afin de cibler des actions et des publics prioritaires. Cette année, le 4^e Programme national (2013-2017) insiste sur la nécessité de renforcer le travail accompli. En effet, la douleur est complexe, sa définition forcément subjective. Il n'existe pas une, mais des douleurs. Le 4^e Programme national distingue les douleurs aiguës (post-chirurgicales, urgences), les douleurs chroniques (lombalgies, céphalées chroniques quotidiennes, douleurs arthrosiques et musculo-squelettiques, neuropathiques chroniques, etc.) et celles liées aux soins. Chacune devant faire l'objet de prises en charge et de procédures adaptées et différentes les unes des autres.

Pour ce faire, le Programme met l'accent sur trois axes prioritaires. Il s'agit d'abord d'améliorer l'évaluation de la douleur et la prise en charge des patients en sensibilisant les acteurs de premier recours : les pharmaciens d'officine, les médecins, les infirmières et les kinésithérapeutes libéraux, ainsi que les professionnels des urgences hospitalières. Deuxième axe du Programme national : garantir la prise en charge de la douleur

lorsque le patient est hospitalisé à domicile ou réside en établissement médico-social, en sensibilisant les intervenants à domicile et les aidants, et en renforçant le soulagement de la douleur des patients atteints de cancer, des personnes âgées hébergées dans les Ehpad et des personnes handicapées prises en charge dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les foyers d'accueil médicalisé (FAM), etc.

Enfin, le Programme national 2013-2017 met aussi l'accent sur la nécessité d'aider les patients à mieux exprimer les douleurs ressenties afin d'améliorer leur soulagement. Les personnes de plus de 65 ans n'osent pas toujours se plaindre et certaines souffrent de pathologies, comme la maladie d'Alzheimer, ce qui rend le dialogue difficile. Plus généralement, le Programme se propose de mieux repérer et prendre en charge la douleur des patients qui rencontrent des difficultés de communication (nourrissons, personnes souffrant de troubles psychiatriques ou de troubles envahissants du développement).

Suite page 16 →

Quelles sont les difficultés auxquelles se heurtent, encore aujourd'hui, les professionnels de santé dans la prise en charge de la douleur ?

La première difficulté, c'est qu'il existe deux grands types de douleurs : les douleurs chroniques (migraine, douleur due à une atteinte nerveuse, séquelles chirurgicales, douleurs inexpliquées sans support organique...) et les douleurs aiguës dues à une intervention chirurgicale ou provoquées par les soins (ponctions pansement, mobilisation, biopsie, endoscopie...). Leurs traitements sont très différents : dans la douleur aiguë, la place des médicaments est majeure (pompe à morphine, anesthésie locale, protoxyde d'azote...); dans les douleurs chroniques, la place des médicaments est très réduite voire déconseillée car elle demande l'intervention de plusieurs professionnels, dont des psychologues, ces patients étant dans une grande détresse... La spirale infernale associant dépression et douleur chronique en est un bon exemple; dans ces cas, l'utilisation des opiacés (qui sont aussi des psychotropes) peut générer des catastrophes (les addictions iatrogènes à ces médicaments sont un véritable fléau aux États-Unis). Les professionnels de santé sont donc confrontés à des prises en charge particulièrement complexes.

Et quelles sont les difficultés pour les structures « douleur » ?

La prise en charge de la douleur est une activité qui nécessite beaucoup de temps, elle génère des coûts qui relèvent des budgets issus des

missions d'intérêt général (MIG). Or ceux-ci ne sont pas toujours pérennes et les indicateurs d'activité sont souvent inadaptés pour la douleur aiguë, notamment celle provoquée par les soins. Les unités mobiles « douleur » ont une activité transversale d'évaluation des patients, de conseil thérapeutique et de formation aux bonnes pratiques; cela n'est pas inclus dans le financement MIG, qui ne concerne que la douleur chronique... Se pose aussi le problème de la rémunération de l'activité des psychologues, qui ne font pas d'actes médicaux remboursés par la Sécurité sociale. Tout cela pèse nécessairement sur l'organisation de la prise en charge de la douleur.

Nous en sommes au 4^e Programme national de lutte contre la douleur. Des efforts sont-ils encore nécessaires ?

Il est indéniable que les choses ont beaucoup bougé depuis le premier Programme national, en 1998. Aujourd'hui, la certification oblige les établissements à rendre des comptes sur les moyens mis en œuvre pour la prise en charge de la douleur, notamment celle provoquée par les soins, et c'est une bonne chose. La HAS a rappelé qu'elle restait une priorité. Ensuite, sur le terrain, les situations sont très hétérogènes. Certains services font du très bon travail, d'autres sont encore à la traîne. Comme pour la lutte contre les infections nosocomiales, régulièrement, les bonnes pratiques doivent être rappelées car malheureusement, les mauvaises habitudes sont toujours les plus fortes...

1. Bohnert AB, et al. Association Between Opioid Prescribing Patterns and Opioid Overdose-Related Deaths. JAMA. 2011

Grand angle

Suite de la page 15 →



Près de

27 %

des Français souffrent de lombalgies chroniques. Elles représentent **20 %** des consultations au sein des structures de prise en charge de la douleur chronique.

60 %

des patients qui consultent un service d'accueil d'urgence éprouvent une douleur aiguë. Pour **85 %** d'entre eux, la douleur représente le principal motif de recours.

Près de

90 %

des patients déclarent avoir souffert lors des 24 heures qui suivent une intervention chirurgicale.

DOULEUR ET MALADIE MENTALE

Des initiatives, particulièrement novatrices et allant dans le sens d'une meilleure écoute des patients, existent déjà. C'est par exemple le cas à l'ICM, l'Institut du cancer de Montpellier (lire ci-contre), où les patients sont parties prenantes dans l'élaboration d'un guide pratique d'évaluation et de traitement de la douleur. Avec, à la clé, un dialogue amélioré entre patients et soignants. L'établissement public de santé Barthélémy-Durand, à Étampes, a quant à lui inscrit dans son projet d'établissement la création d'un Centre régional douleur et soins somatiques en santé mentale. Celui-ci a ouvert ses portes en février dernier et permet de mesurer le chemin parcouru dans le domaine du traitement de la douleur chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques et du trouble envahissant de la personnalité. « *Il y a encore dix ans, on pensait que ces patients étaient insensibles à la douleur, rappelle le D^r Djéa Saravane, praticien hospitalier spécialiste de la douleur et responsable du Centre régional douleur et soins somatiques en santé mentale d'Étampes. Aujourd'hui, nous savons que les voies de la douleur sont les mêmes chez ces personnes que dans la population générale. Simplement, elles ne l'expriment pas de la même façon.* » C'est une découverte capitale : jusqu'alors, des plaintes douloureuses mal identifiées pouvaient passer pour des symptômes de la maladie mentale alors qu'elles signalaient l'apparition d'une pathologie somatique grave, comme un infarctus du myocarde. « *Je me souviens d'un patient schizophrène, stabilisé par ses médicaments, qui disait que des vers entraient sous sa peau. Grâce à un examen clinique et à un échange prolongé, j'ai découvert qu'il*

souffrait de neuropathie diabétique. Ce que nous, nous appelons fourmillements dans les jambes, était identifié par ce malade comme des vers... » Le Centre régional d'Étampes reçoit, en ambulatoire, les patients atteints de troubles psychiatriques ou présentant un trouble envahissant du développement et hospitalisés dans les structures spécialisées (MAS, Ehpad, IME etc.) d'Île-de-France.

DIFFICULTÉS LIÉES À UNE HYPERSPÉCIALISATION DES SERVICES

Un bilan complet leur est proposé afin d'évaluer les origines de la douleur. Celle-ci est traitée et la prise en charge est réévaluée pour être améliorée ou modifiée si nécessaire. « *Ces consultations sont très longues et complexes, explique le D^r Saravane. Les patients ont besoin de s'approprier le lieu, de se sentir en confiance avant que nous puissions faire un examen clinique complet et rechercher un phénomène douloureux.* » À noter que le Centre régional est un lieu de soins mais aussi de recherche : ses équipes vont travailler en collaboration avec l'université de Sherbrooke, au Canada, très en pointe sur les questions de prise en charge de la douleur chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques.

On le voit, des progrès considérables ont été réalisés au sein des hôpitaux dans ce domaine. Pourtant, des efforts restent à accomplir. « *On a trop souvent tendance à penser que les difficultés à évaluer correctement la douleur viennent des patients atteints de troubles mentaux car ils ne savent pas l'exprimer, souligne le D^r Éric Serra, psychiatre responsable du Centre d'étude et de traitement de la douleur au CHU d'Amiens. Leur façon de communiquer est peut-être complexe à décrypter, mais là n'est pas le principal problème. Celui-ci est avant tout d'ordre institutionnel.* » Selon le D^r Éric Serra, en effet, l'hypermécialisation des services hospitaliers rend difficile la prise en charge de la douleur : « *Un orthopédiste est excellent dans son domaine mais il ne sait plus soigner une infection ou soulager une douleur aiguë ou chronique. Il doit donc faire appel à des compétences extérieures pour ce faire... C'est vrai pour toutes les spécialités et aussi pour les psychiatres. Eux savent traiter les troubles mentaux, pas la douleur.* » L'une des solutions ? Mettre en place des formations transversales de façon à ce que les psychiatres et leurs équipes reconnaissent la plainte liée à la douleur et sachent orienter les patients vers la structure ou l'équipe compétente.

_INITIATIVES

**MONTPELLIER****Dr Anne Stoebner****Nadine Vayssettes****UN GUIDE CONÇU EN COLLABORATION AVEC LES PATIENTS**

Depuis avril 2013, le « Guide pour aider à gérer la douleur par traitement morphinique » est distribué aux malades traités au sein de l'Institut régional du cancer de Montpellier (ICM). Sa particularité : il a été conçu en collaboration avec 49 patients qui, au cours d'entretiens directs et semi-directifs, ont expliqué quels types d'informations ils souhaitaient lire et de quelle façon ils aimeraient qu'elles leur soient présentées. Les professionnels du Comité de lutte contre la douleur (Clud) et de l'Unité transversale en éducation thérapeutique du patient (Utep) ont retenu toutes leurs propositions. « *Ils nous ont demandé d'utiliser des termes usuels, précise le Dr Anne Stoebner, coordinatrice du pôle prévention*

Epidaure, au sein de l'ICM. *Nous devons vraiment éviter notre jargon médical.* » Les patients ont aussi souhaité que la mise en œuvre du traitement soit expliquée clairement et accompagnée d'un agenda, à remplir au jour le jour. Enfin, ils ont souhaité que l'échelle d'évaluation de la douleur, utilisée en milieu hospitalier, soit reproduite dans le guide. « *Les patients sont devenus plus actifs dans la prise de leur traitement, souligne Nadine Vayssettes, infirmière référente douleur de l'ICM. Ils notent leurs questions, nous les soumettent, nos échanges sont précis. Nous entrons dans le détail de la prise en charge. Le dialogue professionnels-patients s'en trouve enrichi et approfondi.* »

**PARIS****Bénédicte Lombart****Céline Guiot****DES IMAGES VIRTUELLES EN 3D POUR ATTÉNUER LA DOULEUR DES ENFANTS**

La réflexion sur la prise en charge de la douleur des enfants – et l'utilisation des moyens appropriés pour y remédier – fait partie de l'ADN de l'hôpital pédiatrique Trousseau, à Paris. Dès les années 1990, les équipes médicales introduisaient l'utilisation du protoxyde d'azote, le Meopa, la crème Emla ainsi que toute une palette d'antalgiques pour atténuer la douleur pendant les soins, rendant ceux-ci plus acceptables et moins anxiogènes pour les jeunes patients. Cette réflexion ne s'est jamais arrêtée. Depuis 2010, à l'initiative de Bénédicte Lombart, infirmière et cadre de santé, puis de Céline Guiot, puéricultrice et cadre de santé au Centre de la douleur et de la migraine de l'enfant¹, un système de distraction virtuelle en 3D est utilisé dans le service de chirurgie orthopédique, dans la salle

des pansements. « *Les médicaments sont toujours utiles, mais ils atteignent parfois leurs limites. D'où notre idée de proposer, en complément, des séquences vidéo interactives en 3D aux enfants : c'est leur monde, ils y entrent facilement et parviennent ainsi à se décentrer de la douleur tout en acceptant le soin et l'intervention du professionnel de santé, expliquent Bénédicte Lombart et Céline Guiot. Ils facilitent le contact entre l'infirmière et l'enfant, ce qu'aucune crème ne peut accomplir !* »

1. Avec Xavier Courties, cadre supérieur au Centre de la douleur et de la migraine de l'enfant, et Héléne Ruiz, consultation multidisciplinaire chirurgicale.

**AIX-EN-PROVENCE****Dr Houtin Baghdadi****L'HYPNOSE FAIT BAISSER LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS**

Cela fait maintenant dix ans que le centre hospitalier d'Aix-en-Provence utilise l'hypnose dans le traitement de la douleur chronique et des soins palliatifs. D'ici à 2014, 60 médecins, infirmières, aides-soignantes et psychologues devraient être formés à cette technique, au sein du CH qui regroupe 1 000 lits. Depuis 2011, l'établissement hospitalier a décidé d'aller plus loin dans le recours à l'hypnose, cette fois-ci en complément de l'anesthésie locale ou générale.

« *Que ce soit dans le traitement de la douleur chronique, dans la prise en charge de la douleur aiguë postopératoire ou dans l'accompagnement de*

l'anesthésie, l'hypnose limite le recours aux médicaments, antalgiques ou anesthésiques, et diminue, de ce fait, les effets secondaires », précise le Dr Houtin Baghdadi, anesthésiste-réanimateur et chef de pôle anesthésie-douleur au CH d'Aix-en-Provence. « *Cette technique ne remplace en aucun cas l'anesthésie mais elle présente l'avantage de remettre le patient au centre des soins, poursuit-il. On l'emmène mentalement dans un lieu qu'il apprécie, on l'aide à travailler sur son geste médical.* » Les équipes enseignent aussi aux patients les techniques d'auto-hypnose, de façon à ce qu'ils puissent les utiliser une fois rentrés chez eux.

Grand angle



Laïcité à l'hôpital : des règles pour tous

L'ESSENTIEL_ La circulaire de février 2005 relative au respect de la laïcité à l'hôpital public a globalement répondu aux attentes de la communauté hospitalière et des usagers. Mais certaines situations continuent de poser problème, et des formations s'avèrent nécessaires pour mieux les repérer et les gérer.

« **G**lobalement apaisée et sous contrôle » : c'est ainsi que l'Observatoire de la laïcité décrit la situation à l'hôpital, dans son rapport d'étape de juin 2013 sur le respect du principe de laïcité dans les services publics (voir l'interview de Michèle Lenoir-Salfati). Pourtant, les médias et certains soignants relaient des situations problématiques, qui seraient en augmentation. Dans son livre *Menaces religieuses sur l'hôpital*, Isabelle Lévy (voir interview) évoque, du côté des personnels hospitaliers, le port

de signes distinctifs d'appartenance religieuse, des pressions sur les plannings par rapport aux fêtes religieuses, des soignants qui quittent leur poste pour prier. Parmi les patients, des musulmanes exigent que les prises de sang soient effectuées à travers leurs vêtements, un juif met le feu à son lit d'hôpital avec le chandelier allumé pour célébrer Hanoukka, des témoins de Jéhovah abandonnent leur enfant ayant reçu en urgence une transfusion sanguine, des catholiques s'opposent à un traitement contre la douleur...

_TÉMOIGNAGES



Dr Jean Thévenot,
président
du conseil
départemental
de l'Ordre des
médecins de
Haute-Garonne.

« Des fiches pratiques pour aider les soignants »

« Les obstétriciens, les urgentistes et les pédiatres du département sont confrontés quotidiennement à des situations mettant en cause la laïcité, et s'interrogent. Nous avons donc constitué un groupe de travail avec l'ARS Midi-Pyrénées, le comité d'éthique régional et six représentants des cultes, afin d'élaborer des fiches réflexes synthétiques proposant des solutions consensuelles. Les premières seront consacrées aux demandes de circoncision, aux refus de soins au motif du sexe du soignant, aux demandes de chirurgie réparatrice de l'hymen et aux problèmes médicaux liés au jeûne. Elles seront mises en ligne sur le site du CDOM et envoyées à tous les médecins du département. »



Catherine Barthelet,
responsable
de l'aumônerie,
et Angélique
Greffier,
responsable
des affaires
juridiques du
CHU de Dijon.

« Une salle omniculture ouverte à tous »

« Comme beaucoup d'hôpitaux, nous n'avions qu'une chapelle catholique, excentrée et donc peu fréquentée. Nous avons donc profité de la construction du bâtiment "Bocage Central" pour y intégrer une salle répondant au besoin de recueillement des patients, quelle que soit leur religion. L'équipement de cet espace a été pensé pour respecter toutes les sensibilités : aucun symbole liturgique, un désert méditatif, des lumières indirectes, des chemises avec les textes des grandes traditions spirituelles... Une salle adjacente permet aux aumôniers de dialoguer avec les familles dans l'intimité. Ouvert depuis mars 2012, ce lieu dispose d'un cahier témoignant de sa pertinence et des remerciements de patients. »



_3 QUESTIONS À



Isabelle Lévy, écrivain¹, conférencière et formatrice en rites et religions.

“Comprendre les différences culturelles pour mieux savoir mettre des limites”

Les cas d'atteinte à la laïcité dans les établissements sont-ils vraiment en augmentation ?

Au fil des années, ils me sont de plus en plus souvent rapportés. Côté personnels : non-respect de la neutralité religieuse, port de signes ostentatoires, prière sur le lieu de travail, discours prosélyte... De trop nombreux directeurs n'osent pas intervenir alors qu'un recadrage immédiat serait indispensable. Côté patients : les oppositions aux soins pour motifs d'allure religieuse très discutables se multiplient. Négocier pendant des heures est inutile. Mon conseil : le personnel donne au patient les éléments nécessaires à sa réflexion et le laisse réfléchir pendant qu'il prend en charge d'autres malades. Le plus souvent, le soin sera accepté à moins que la personne accompagnant le patient le lui interdise.

Savoir réagir est l'un des nombreux objectifs des formations que vous proposez.

Pour éviter le risque de dérives, il est nécessaire de comprendre les rites et les croyances et de connaître les limites légales à respecter dans les établissements de santé. Depuis

dix-sept ans, hôpitaux, maisons de retraite et collectivités locales font appel à moi pour inciter leurs personnels à respecter les grands principes de la laïcité tout en tenant compte des différences culturelles et religieuses des patients et de leurs familles. Les thématiques abordées : cultures et religions dans le quotidien hospitalier, rites autour de la naissance, rites funéraires, alimentation, douleur, prélèvement d'organes...

Pourquoi s'intéresser à « l'accueil interculturel » ?

Un personnel informé des différences culturelles dans la communication évitera d'avoir des attitudes perçues comme agressives par le patient et ses proches. Par exemple, le mode de réception, le langage, le toucher, le regard, la gestuelle diffèrent d'une culture à l'autre, mais aussi la ponctualité, le schéma familial, le statut de la femme, les rites de passage, etc. Il s'agit en somme de mieux comprendre son prochain venu d'ailleurs, pour mieux l'accueillir et le prendre en charge.

1. *Le Guide des acteurs d'urgence face aux pratiques culturelles et religieuses*, SETES (2012); *Menaces religieuses sur l'hôpital*, Presses de la Renaissance (2011). <http://www.levyisabelle.net>

Les refus de soins peuvent avoir des conséquences dramatiques : « *Un exemple frappant est celui de cet homme arrivé vers minuit aux urgences, avec une forte fièvre et une éruption cutanée, qui a refusé la prise en charge par les soignants féminins de garde ce soir-là, rapporte le Dr Jean Thévenot, président du conseil de l'ordre des médecins de Haute-Garonne. Alité dans le service sans soin, il est décédé le lendemain d'une septicémie* ».

LA NEUTRALITÉ DES PERSONNELS

La laïcité à l'hôpital, c'est d'abord l'obligation de neutralité de tout agent public dans sa tenue vestimentaire, ses actes et ses paroles. Très claire à ce sujet, la circulaire du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière (FPH) s'est vue confortée par la jurisprudence. En janvier 2009, notamment, le tribunal administratif de Paris a estimé justifié le licenciement pour faute grave d'une assistante sociale d'un service de pédopsychiatrie de l'AP-HP, qui avait « *refusé d'enlever le couvre-chef par lequel elle manifestait son appartenance religieuse* ». Désormais, lorsque des personnels se présentent avec un voile, ou une charlotte de bloc comme substitut au voile, « *le rappel de ces éléments permet un dialogue approprié et les directions d'établissement sont plus à l'aise qu'avant* », affirme Marc Dupont, adjoint au directeur des affaires juridiques de l'AP-HP.

UNE LIBERTÉ ET DES LIMITES POUR LES PATIENTS

Outre cette circulaire du 2 février 2005, plusieurs textes affirment les droits et les devoirs des patients hospitalisés : la circulaire du 6 mai 1995 et sa charte du patient hospitalisé, l'article L. 1110-8 du Code de santé publique (libre choix par le patient de son établissement et de son praticien) et l'article R. 1112-46 (droit à l'exercice de son culte à l'hôpital), la loi du 4 mars 2002 (libre consentement aux soins)... Le

patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion : recueillement, présence d'un ministre du culte, nourriture, liberté d'action et d'expression, garantie de pouvoir procéder aux rites funéraires. Mais ce droit trouve des limites : il ne doit pas nuire à la qualité des soins et aux règles d'hygiène, à la tranquillité des autres patients, au fonctionnement régulier du service. Les récusations de médecins en raison de leur sexe font partie des problématiques fréquentes aux

_3 QUESTIONS À



Michèle Lenoir-Salfati, représentante du ministère des Affaires sociales et de la Santé au sein de l'Observatoire de la laïcité.

Suite de la page 19 →

“Le dialogue permet presque toujours l'apaisement”

Dans quelle mesure faut-il relativiser la situation dans les établissements ?

Il existe une dissonance entre des faits divers très médiatisés, le ressenti de certains soignants excédés et ce qui remonte du terrain dans les enquêtes, notamment celle menée en mai 2013 auprès des référents laïcité désignés au sein des ARS. Globalement, la situation apparaît plutôt apaisée et sous contrôle car les communautés hospitalières gèrent mieux les situations qu'auparavant. Dans les cas par exemple de refus d'un praticien de sexe opposé, de refus d'un soin en particulier, de port du voile ou de la kippa par des personnels, le dialogue et l'explication des règles de sécurité et d'hygiène – ou des risques encourus – permettent presque toujours l'apaisement. Tandis que l'opposition de principe mène au conflit. Ceci interroge notre vision de la laïcité à l'hôpital : considère-t-on toute demande religieuse comme une atteinte intolérable à la laïcité ou donne-t-on une place à l'expression religieuse, dans les limites imposées par l'exigence de neutralité du service public ?

Pourquoi appelez-vous à la vigilance quant au recrutement des aumôniers et à l'intervention des bénévoles ?

Les aumôniers salariés des

hôpitaux font un excellent travail de médiation avec les patients, peuvent assurer des formations pour les soignants, animer des groupes de travail éthiques etc. Mais les contraintes budgétaires pourraient laisser craindre une remise en question de ces postes, ce à quoi nous allons être attentifs. Concernant l'intervention des bénévoles, une convention type doit désormais être signée entre l'établissement et l'association. Mais pour prémunir les patients de tout prosélytisme ou risque sectaire, peut-être faudra-t-il cadrer davantage leur intervention.

En quoi la formation des professionnels peut-elle être améliorée ?

En 2011, le Haut Conseil pour l'intégration a préconisé que tous les futurs agents publics, de l'infirmier à l'enseignant, soient formés aux principes de la laïcité, ce qui implique l'élaboration d'un référentiel commun et partagé. Afin d'éviter le « choc des incultures », il est nécessaire que les personnels hospitaliers soient formés au fait religieux : la toilette mortuaire selon les religions, par exemple. Et notre « modèle français », basé sur la laïcité, doit également être expliqué à l'étranger !

POURENSAVOIR 

Point d'étape sur les travaux de l'Observatoire de la laïcité, juin 2013. Consultable sur <http://www.gouvernement.fr>.

urgences et en gynécologie-obstétrique. Fin 2006, l'époux d'une patiente musulmane a été condamné à 6 mois de prison ferme pour avoir giflé le chef de service de la maternité (un homme) venu ausculter sa femme. Dès lors, l'AP-HP a élaboré une affichette en plusieurs langues mettant en avant « *les nécessités du service et la disponibilité des personnels* ». Autre sujet difficile à gérer, l'alimentation. « *Un établissement ne peut préparer des plats hallal, casher, végétariens etc., car cela impliquerait plusieurs filières différentes*, explique Marc Dupont. *À l'AP-HP, on propose des alternatives au porc, mais certains patients ont des exigences supérieures...* »

LA PLACE DES AUMÔNERIES

La loi du 9 décembre 1905, consacrant la séparation de l'Église et de l'État, pose que celui-ci peut rémunérer des services d'aumônerie dans les hôpitaux publics. Le CHU de Dijon, par exemple, salarie quatre aumôniers catholiques et un rabbin à temps partiel, auxquels s'ajoute un prêtre bénévole à temps plein. Pour les autres confessions, il fait appel au ministre concerné. En septembre 2011, la charte multiconfessionnelle des aumôneries hospitalières est venue préciser les missions des aumôneries, et a imposé l'élaboration d'un projet de service. « *Depuis longtemps, les pratiques collectives comme les messes ont cédé la place au dialogue singulier avec l'aumônier et les rites post-mortem sont devenus un sujet majeur* », commente l'adjoint au directeur des affaires juridiques de l'AP-HP. Lequel rapporte aussi quelques difficultés d'organisation liées aux arbitrages budgétaires, à la diversité des courants religieux des patients, au nécessaire partage des locaux mis à disposition par l'hôpital entre les différents cultes...

POURENSAVOIR 

- Circulaire n° 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.
- Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.
- Charte de la laïcité dans les services publics (juillet 2007).
- Circulaire n° DHOS/P1/2006/538 du 20 décembre 2006 relative aux aumôniers des établissements de la fonction publique hospitalière.
- « Aumônerie et accompagnement de la personne hospitalisée », *Revue hospitalière de France* n° 554 à paraître le 15 octobre - www.revue-hospitaliere.fr

+ d'interactions

AGENDA

10 OCTOBRE 2013, À PARIS

LES RENCONTRES DE L'HÔPITAL NUMÉRIQUE



L'évolution des besoins de santé, des comportements, des pratiques médicales et soignantes additionnée à l'efficacité de gestion sont des enjeux majeurs pour les acteurs des établissements de santé, qui doivent s'appuyer sur les technologies de l'information et de la communication pour développer la mise en place de solutions innovantes et pertinentes.

Cette journée FHF alternera des thèmes d'actualité et des retours d'expériences pour alimenter la réflexion et les échanges.

Inscription sur www.sphconseil.fr ou en contactant le pôle Colloques/Formation au 01 44 06 85 26.

LE 16 OCTOBRE, À PARIS

6^E COLLOQUE ACTUALITÉS ET ENJEUX DU SSR

L'objectif de cette 6^e journée annuelle FHF sera de réunir un public large autour des principales problématiques de la filière de soins de suite et de réadaptation ou SSR (juridiques, politiques, financières, stratégiques, organisationnelles...), afin 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.

Inscription sur www.sphconseil.fr ou en contactant le pôle Colloques-formation au 01 44 06 85 26.

DU 7 AU 8 NOVEMBRE 2013, À BORDEAUX

ÉTUDE NATIONALE DES COÛTS À MÉTHODOLOGIE COMMUNE (ENCC) 2013

Cette manifestation annuelle regroupant plus de 750 participants est organisée par la FHF en partenariat avec le CHU de Bordeaux. Ces deux journées ont pour objectif de mutualiser les expériences d'utilisation de données médico-économiques à des fins de stratégie ou de gestion au sein des établissements de santé. Elles permettent également de communiquer sur des travaux ayant trait aux modalités de financement.

Inscription sur www.sphconseil.fr ou en contactant le pôle Colloques-formation au 01 44 06 85 26.

GUIDE

COUVERTURE DES DOMMAGES CORPORELS : UN PROGRAMME D'ASSURANCE MIS EN PLACE PAR LA FHF

La FHF prend en compte les risques afférents aux situations professionnelles des personnels hospitaliers via une couverture appropriée avec l'assureur Sarre et Moselle (jusqu'au 31 décembre 2016).

Pour connaître l'étendue des garanties des risques professionnels médicaux, deux nouvelles brochures d'information sont téléchargeables : l'une destinée aux établissements de santé, l'autre aux personnels qui souhaitent bénéficier de garanties complémentaires, moyennant une cotisation personnelle et individuelle à leur charge.

Modalité d'adhésion sur www.fhf.fr > Dossiers > Ressources humaines > Politique sociale

Pour en savoir plus :

- pour la FHF, Sylvie Cornevin-Hayton - Tél. : 01 44 06 84 78 ; s.cornevin@fhf.fr ;
- pour Sarre et Moselle, Sandrine Gobbo - Tél. : 03 87 57 92 59 ; sarre.moselle@laposte.net

CRÉATION DU FORUM DES COMMUNICANTS HOSPITALIERS



La FHF a très récemment lancé sur son site Internet (www.fhf.fr > Forum) un forum dédié aux professionnels de la communication des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Son objectif est simple : vous proposer un espace permettant de poser vos questions, apporter vos réponses, partager vos expériences, échanger vos solutions...

Comment communiquer efficacement en situation de crise ? Comment répondre à une attaque sur son établissement sur Facebook ? A-t-on le droit de faire apparaître du personnel de son hôpital sur une annonce presse ? Comment développer son recrutement via la communication ? Etc.

Adhérents FHF, n'hésitez pas à contacter Anne-Laure Voisin, al.voisin@fhf.fr, afin de connaître la procédure de création de compte.

+ d'interactions

Suite guide →

3^E SEMAINE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS : ENGAGEZ-VOUS !

Objectif de cette grande opération annuelle reconduite par le ministère chargé de la Santé : communiquer sur la sécurité des soins et favoriser le dialogue soignant-soigné.

Cette édition de la Semaine de la sécurité des patients (du 25 au 29 novembre 2013) mettra à l'honneur trois thèmes définis avec des représentants de professionnels libéraux et hospitaliers, ainsi que des représentants des usagers :

- Bien utiliser les médicaments pour faire progresser la connaissance et l'utilisation chez les patients, et pour favoriser la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse par les professionnels de santé ;
- Favoriser la communication et apprendre de ses erreurs pour faire émerger une véritable culture de la sécurité et de la transparence ;
- Bien préparer la sortie du patient hospitalisé pour préparer

au mieux cette étape clé du parcours de soins, et contribuer à la qualité et à la continuité de la prise en charge. Un effort particulier sera déployé vis-à-vis des professionnels de santé libéraux et de leurs patients, favorisant ainsi le décloisonnement ville/hôpital.

Le ministère chargé de la Santé invite l'ensemble des professionnels de santé, les ARS, les structures régionales d'appui – Omedit, CClin-Arlin, etc. –, les unions régionales des professionnels de santé, les ordres professionnels et les associations d'usagers à s'engager dans l'opération et à mener des actions d'information et de sensibilisation.

Inscrivez-vous sur www.sante.gouv.fr/ssp

Contact : Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
Lucie Dufour : 01 40 56 47 43,
lucie.dufour@sante.gouv.fr

TÉLÉTHON 2013, RENDEZ-VOUS LES 6 ET 7 DÉCEMBRE !

Début septembre, l'AFM-Téléthon a lancé la mobilisation pour le Téléthon 2013. Pour cette 27^e édition, ce n'est pas une mais cinq familles qui incarneront le combat de l'association aux côtés de Patrick Bruel, parrain de cette année. Avec « Le combat des parents, la vie des enfants », cette nouvelle édition renoue avec les origines de l'AFM-Téléthon : le combat de ces parents qui ont dit NON à la fatalité, qui ont pris leur destin en main pour combattre la maladie. Grâce au soutien de tous, les résultats sont là : des thérapies nouvelles issues des recherches impulsées par l'AFM-Téléthon, des années de vie gagnées, des enfants, des malades et des familles entières qui sortent de l'oubli... le regard qui change, la vie qui gagne et une chaîne de solidarité exceptionnelle. Cette année 2013 a été une année clé pour l'association, notamment avec l'obtention du statut d'établissement pharmaceutique de Généthron, le premier laboratoire à but non lucratif. Ce statut marque une nouvelle étape dans l'émergence de traitements innovants pour les maladies rares. Alors pour aller encore plus vite sur le chemin du médicament, rendez-vous les 6 et 7 décembre prochain pour le Téléthon 2013 !

Plus d'information sur votre participation au Téléthon sur www.fhf.fr > Actualités > Communication – Presse > Actualités.

EUROPE/INTERNATIONAL



INÉGALITÉ ET DISCRIMINATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS

L'Agence européenne des droits fondamentaux (FRA) a récemment publié les résultats de ses recherches sur les inégalités et les discriminations multiples dans l'accès et la qualité des soins de santé.

Ce projet de recherche examine comment la discrimination « multiple » est légalement adressée, mais également quelle est la jurisprudence appropriée avec un focus sur la santé. Il explore également les points de vue des utilisateurs de soins de santé et des professionnels et leurs expériences sur la façon dont les personnes de genre, d'âge, de handicap et d'origine ethnique différents sont victimes de discriminations simples et multiples en termes d'accès au système de santé.

Le rapport constate que les répondants avaient subi un traitement inégal ou injuste en ce qui concerne l'accès aux soins et à leur qualité, et examine un certain nombre d'obstacles auxquels ils sont confrontés et les éventuelles améliorations.

Plus d'information : http://fra.europa.eu/sites/default/files/inequalities-discrimination-healthcare_en.pdf

COOPÉRATION HOSPITALIÈRE FRANCO-MAROCAINE

La FHF organisait les 28 et 29 mai 2013 des journées consacrées à la coopération hospitalière franco-marocaine dans le cadre des Salons de la santé et de l'autonomie.

Ces journées d'échanges s'inscrivaient dans le projet Réseau et partenariats hospitaliers financé par l'Agence française de développement (AFD).

Le premier pays choisi en octobre 2012 par le Comité de pilotage était le Maroc en raison du nombre et de la qualité des échanges dans le secteur hospitalier.

Les journées ont débuté par le thème de l'urgence, elles se sont poursuivies par les réformes hospitalières et la gouvernance. Les enjeux et des perspectives ont ensuite été évoqués à partir d'exemples concrets. L'illustration des actions s'est poursuivie avec plusieurs actions de la coopération bilatérale, suivie d'une vue d'ensemble de la coopération multilatérale.

Programme et Interventions : <http://fichiers.fhf.fr/documents/Journee769es-Maroc-2013-programme-et-pre769sentations-.pdf>

LE JOUR DU DIAGNOSTIC,
J'ÉTAIS SONNÉE, SECOUÉE, ANÉANTIE.
AUJOURD'HUI, MON COMBAT :
TOUT FAIRE POUR GUÉRIR MON FILS.

LE **COMBAT** DES PARENTS
LA **VIE** DES ENFANTS

016 - Crédit photo : Marc Guéret - AFM132023



6 ET 7 DÉCEMBRE 2013

sur les chaînes de France Télévisions et partout en France

FAITES UN DON AU **3637***
OU SUR **TELETHON.FR**

*Appel gratuit depuis un poste fixe



Prendre soin ça NOUS RESSEMBLE

Hélène
infirmière

Maud
conseillère MNH



La MNH est la 1^{re} 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.

