

Page_06

Offre de soins

Dossier de synthèse à destination des FHF régionales /

Page_17

Grand angle

La « démocratie hospitalière » en marche /

Page_21

+ d'interactions

Le site de la FHF fait peau neuve /

INTERACTIONS

LE MAGAZINE D'ACTUALITÉ DE LA FHF

#7
Avril 2012

Page_14

Grand angle

Cerner et prévenir les violences à l'hôpital

22 ► 25 mai 2012

ViParis | Porte de Versailles | Pavillon 1

| Se rencontrer | Imaginer | Proposer | Débattre | Décider |



HOPITAL EXPO 2012



**ENSEMBLE
CONSTRUIRE**
pour

Hit Paris 2012
Health Information Technologies
Technologies de l'Informatique et Santé

► **Événement associé**

Congrès européen des systèmes d'information de santé

www.hopitalexpo.com



LA SANTÉ AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DES FRANÇAIS



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

Toutes les enquêtes d'opinion réalisées en France depuis plusieurs mois convergent sur un point : la santé est une préoccupation croissante pour nos concitoyens, placée au second rang de leurs attentes après les questions d'emploi.

Cette importance nouvelle est liée à plusieurs évolutions, dont la plus notable est le sentiment qu'ont les Français d'un accès aux soins plus difficile, tant sur le plan géographique que financier. Ainsi, 29 % des Français déclarent selon une enquête publiée en janvier dernier par l'Institut Viaoice que l'une des principales menaces qui pèsent sur leur pouvoir d'achat est l'évolution de leurs dépenses de santé, une menace jugée par exemple plus importante que celle liée aux impôts ou aux dépenses d'énergie. Et nombreux sont nos concitoyens qui affirment renoncer à des soins en raison de leur coût. Il est vrai que l'explosion des dépassements d'honoraires en ville – plus de deux milliards et demi d'euros l'an dernier – et l'augmentation des « déserts médicaux » de plus en plus relayée par les médias menacent l'un des principes fondamentaux de notre pacte républicain, l'égal accès aux soins de tous les Français. Les hôpitaux et établissements médico-sociaux

publics, qui font face chaque jour aux conséquences de cette situation, jouent d'ores et déjà un rôle décisif pour maintenir cet accès pour les populations les plus défavorisées. Ils assurent également une mission importante en matière d'aménagement du territoire, en maintenant une offre dans des lieux désertés par des opérateurs privés soucieux de rentabilité.

Il nous faudra aller néanmoins plus loin, si l'on veut répondre aux enjeux de la démographie médicale et des évolutions de la médecine de premier recours. C'est ce que propose notre plate-forme lorsqu'elle demande un véritable « service public de santé », qui associe les établissements sociaux et médico-sociaux et dessine des solutions nouvelles, sans tabou : ainsi peut-on imaginer par exemple demain que, dans une zone où la médecine de premier recours a disparu, les hôpitaux puissent constituer des centres de santé avec des médecins contractuels ou salariés.

Ces solutions qui ne procèdent d'aucune approche idéologique devront être pensées à la lumière des contextes locaux. Mais elles devront répondre à un impératif, qui est aussi l'une de nos valeurs cardinales : l'égal accès de tous à des soins de qualité.

SOMMAIRE



Plus loin avec la FHF

- /04_Médico-social
- /05_Médical
- /06_Offre de soins
- /08_RH
- /10_Finances / Europe



Décryptage

- /11_Le DPC en 4 points

Initiatives

- /12_Des designers à l'hôpital

Grand angle

- /14_Cerner et prévenir les violences à l'hôpital
- /17_Représentation des usagers : la démocratie hospitalière en marche



+ d'interactions

- /20_Agenda
- /21_Le Guide

Plus loin avec la FHF

MÉDICO-SOCIAL

LA SURVEILLANCE DES RÉSIDENTS EN EHPAD

L'ESSENTIEL Un arrêt récent de la Cour de cassation confirme que les Ehpads ont une obligation de surveillance à l'égard de leurs résidents, mais que leur responsabilité ne peut être engagée qu'en cas de faute.

Lucien X..., résident d'un Ehpads proche de Dijon et atteint de la maladie d'Alzheimer, avait été frappé au cours de déambulations nocturnes par Marcel Y..., un autre résident souffrant de la même maladie, et avait succombé à ses blessures. La cour d'appel de Dijon avait, en septembre 2010, déchargé l'Ehpads de toute responsabilité dans cette agression.

La société d'assurance de Marcel Y... s'était cependant pourvue en cassation, arguant du caractère prévisible du dommage et du caractère inadapté de l'Ehpads pour prendre en charge des malades d'Alzheimer. L'assureur estimait également que l'établissement avait failli à son obligation de surveillance, puisque seules trois rondes – au lieu de cinq – avaient été effectuées la nuit de l'agression.



La Cour de cassation, qui a rendu son arrêt le 15 décembre 2011, a confirmé la décision de la cour d'appel. Elle rappelle implicitement que, contrairement aux hôpitaux psychiatriques qui peuvent recourir à la contrainte, les Ehpads accueillent des résidents libres de tout mouvement, ayant signé volontairement un contrat de séjour avec l'établissement.

Bien que l'Ehpads accueille des patients souffrant d'Alzheimer, il ne saurait être considéré « comme ayant accepté la charge d'organiser et de contrôler à titre permanent le mode de vie de ses pensionnaires et [comme devant] répondre des dommages qu'ils ont causés ».

POURENSAVOIR
www.fhf.fr

ÉVALUATION EXTERNE ET CERTIFICATION

Le décret n° 2012-147 du 30 janvier 2012 est paru au Journal officiel du 31 janvier 2012. Il fixe les conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS).

Le décret reconnaît, pour les ESSMS qui se sont engagés dans une démarche de certification, que cette démarche peut être prise en compte en partie dans le cadre de leur évaluation externe. Les certifications concernées sont celles de type ISO ou

AFNOR : il ne s'agit pas de la certification de la HAS pour laquelle les ESSMS ne sont pas concernés.

Le décret précise également que les tableaux de correspondance entre certification et évaluation externe – sachant qu'il ne pourra pas y avoir de correspondance complète – seront déterminés par arrêté après avis de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (Anesm). Pour le moment, aucun arrêté à ce sujet n'est encore paru.

UNE TAXE D'HABITATION EN EHPAD ET USLD ?

Plusieurs établissements ont questionné la FHF concernant l'assujettissement ou non des Ehpads et unités de soins de longue durée (USLD) au paiement de la taxe d'habitation. En effet, certains établissements reçoivent des avis d'imposition et d'autres non, les centres des impôts agissant de manière différente envers les établissements et leurs résidents selon les régions.

La FHF a réalisé une note juridique sur ce sujet, qui explique de manière détaillée pour quelles raisons les Ehpads et USLD ne sont pas soumis à cette taxe.

POURENSAVOIR
www.fhf.fr > Dossiers > Vieillesse – handicap.

LA TAXE FONCIÈRE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX

Certains établissements publics reçoivent des avis d'imposition. Ce n'est pas le cas de tous. Plusieurs établissements se sont donc adressés à la FHF pour savoir si leurs structures sont assujetties ou non, au paiement de la taxe foncière. Pour répondre à leurs questions, la FHF a réalisé une note clarifiant la situation des établissements sanitaires et médico-sociaux sur ce point.

POURENSAVOIR
www.fhf.fr > Dossiers > Vieillesse – handicap.

LE MODÈLE DE CONTRAT DE SÉJOUR ACTUALISÉ



Le modèle de contrat de séjour élaboré par la FHF a été actualisé. Il tient compte des modifications introduites par deux décrets : le décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes ; et le décret n° 2010-1731 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les Ehpads.

POURENSAVOIR
www.fhf.fr > Dossiers > Vieillesse – handicap.

MÉDICAL

DES INFIRMIÈRES « EXPERTES » POUR LES BILANS URODYNAMIQUES

L'ESSENTIEL La coopération entre professionnels de santé, inscrite dans l'article 51 de la loi HPST, est devenue une réalité au CHU de Rouen : deux infirmières effectuent désormais les bilans urodynamiques, jusqu'ici exclusivement réalisés par les médecins.

Jusqu'à fin 2011, seuls les médecins pratiquaient les bilans urodynamiques dans le service d'urologie du CHU de Rouen, ce qui créait des tensions dans l'offre de soins et conduisait à des délais de rendez-vous variant de 10 à 30 jours. Un protocole validé par la HAS et signé par l'ARS de Haute-Normandie, en novembre 2011, permet désormais à deux infirmières de réaliser ces bilans. « L'objectif est de pouvoir répondre aux demandes de rendez-vous dans un délai rapide, c'est-à-dire dans les huit à dix jours, avec une assurance de qualité », explique le Pr Philippe Grise, chef de service d'urologie au CHU de Rouen.

Le protocole prévoit que les infirmières aient quatre ans d'expérience en service d'urologie, une formation de base en urologie et une formation à la technique urodynamique.

Pour le Pr Grise, cette double qualification est importante : « Ces infirmières ne sont pas de simples techniciennes. Elles doivent pouvoir repérer quand les indications du bilan ne sont pas optimales et quand l'avis d'un médecin est nécessaire. » L'analyse des bilans reste, bien sûr, confiée aux médecins. Le protocole définit par ailleurs un certain nombre d'indicateurs à recueillir et une procédure de signalement des effets indésirables.

Le projet est, actuellement, en phase opérationnelle. « Cela se passe très bien sur le plan technique pour les infirmières, observe le Pr Grise. Et les patients se sentent en grande confiance, bien informés. » Par contre, l'objectif de réduction des délais de rendez-vous n'est pas encore atteint. « Ce sera notre objectif dans les semaines qui viennent. Actuellement, nous concentrons nos efforts sur les indicateurs de qualité. »



Carine Jago et Florence Loisel réalisent désormais les bilans urodynamiques, au CHU de Rouen.

LA SEXUALITÉ DES PERSONNES ÂGÉES : UN SUJET TABOU



La sexualité des personnes âgées en institution reste un sujet tabou, qui engendre de la gêne parmi le personnel soignant : comment trouver l'attitude adaptée pour protéger les personnes vulnérables contre des abus sexuels, tout en respectant l'intimité et les libertés individuelles ? Confronté au malaise d'une équipe soignante, le pôle Ehpad-USLD du CHU de Reims a élaboré une procédure institutionnelle pour impulser une démarche éthique. Ce projet, lancé il y a un an, est lauréat du concours « Droits des usagers » 2011, organisé par le ministère de la Santé. « Il ne s'agit pas d'un protocole avec des réponses toutes faites, mais d'une méthode

de réflexion, précise le Dr Frédéric Munsch, responsable de pôle. Lorsqu'un soignant est embarrassé devant le comportement sexuel d'un résident, nous en discutons en équipe, avec des regards croisés. C'est la meilleure manière d'éviter une attitude trop répressive et de ne pas passer à côté de réelles situations d'abus. » Le protocole définit ensuite plusieurs étapes pour parvenir à une réponse adaptée à chaque situation.

La procédure a été testée sur des cas fictifs, puis diffusée aux structures du pôle médico-social. « Les réactions sont positives, note le Dr Munsch. Cela libère la parole et permet de dédramatiser. »

Plus loin avec la FHF

OFFRE DE SOINS

PERMANENCE DES SOINS : UN DOSSIER DE SYNTHÈSE À DESTINATION DES FHF RÉGIONALES

L'ESSENTIEL_ Sujet d'actualité dans les négociations avec les Agences régionales de santé (ARS), la permanence des soins (PDS) constitue un enjeu majeur pour les établissements de santé. La FHF a réalisé un dossier de synthèse, qui rappelle les positions nationales et sera enrichi par des expériences régionales. Rappel des points clés des démarches en région.

1 LES ÉTAPES CLÉS

- Diagnostic partagé :
 - L'établissement de ce diagnostic passe par un tour de table régional, décliné par territoire avec les fédérations, les Samu, les représentants des professionnels (chirurgiens, urgentistes, anesthésistes...);
 - Les points clés en amont sont : les horaires de la PDS, le périmètre du diagnostic, les éventuelles priorités de réorganisation (à compléter localement en fonction de la dynamique des projets).
- Définition des principes fondateurs et des règles de financement :
 - Rappel de l'esprit de la loi et en particulier de la reconnaissance prioritaire aux opérateurs existants ;
 - Rappel que toute mission de service public (MSP) garantit à chaque patient (article L6112-3) l'égal accès aux soins, la permanence de l'accueil et de la prise en charge ou l'orientation vers un autre établissement, la prise en charge au tarif conventionné ;
 - Nécessité d'une transparence dans la répartition des financements de la mission d'intérêt général PDS (permanence des soins en établissement de santé) ;
 - Définition en amont de règles partagées : par exemple, un site chirurgical pour 400 à 600 habitants ou temps maximal d'accès entre deux sites...
- Procédure d'attribution :
 - L'appel à candidature n'est envisagé qu'après la procédure de reconnaissance prioritaire qui s'apprécie, à partir des opérateurs existants, en fonction des besoins définis par le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) ;
 - Le cahier des charges rappelle les conditions définies à l'article L6112-3 ;
 - Les autres obligations et engagements des établissements doivent faire l'objet d'une



concertation et être communiqués en toute transparence à l'ensemble des acteurs ;

- L'octroi des missions ne peut se faire qu'après avoir recueilli l'avis, à titre consultatif, de l'instance opérationnelle de dialogue décrite dans le guide SROS/PRS, instance dans laquelle siègent les fédérations ;
- Les critères et modalités de sélection (notamment la composition du comité de sélection) des établissements doivent être définis en amont.

- Mise en œuvre du dispositif :

Calendrier, outils, communication auprès des usagers, gestion des périodes transitoires...

- Suivi et ajustement :

Indicateurs, instances de suivi, modalités d'ajustement...

2 LES ENJEUX

- Au niveau du territoire :
 - Améliorer la qualité et la sécurité des soins, notamment sécuriser les parcours de soins non programmés et accroître la visibilité des filières de prise en charge ;

- Optimiser l'utilisation des ressources, notamment médicales ;
- Garantir l'accessibilité à tous.

- Au niveau de l'établissement :

- Attirer les usagers mais aussi les personnels médicaux, en particulier sur la rémunération des gardes (sauf à privilégier une notion d'équipe territoriale de garde) ;
- Impliquer un nouvel équilibre économique : perte de recettes, coûts supplémentaires des transports... Un nouvel équilibre à trouver le cas échéant.

3 LES LEVIERS

- L'organisation de la PDS est un levier pour favoriser des stratégies de groupe.

L'élaboration en amont des coopérations public-public permet de faire face aux orientations de l'ARS et à l'offensive du secteur privé sur le sujet. Une « doctrine a priori » élaborée au sein des FHF régionales permet d'identifier les marges de négociation avec l'ARS et les « points durs » non négociables.



- Des pistes d'organisation peuvent, selon la configuration locale, garantir un équilibre entre les établissements :

- Site de garde alternée ;

- Dissociation de la période de nuit profonde ;

- Intervention de chirurgiens libéraux dans les listes de garde des sites assurant la PDS...

4 LES QUESTIONNEMENTS

Le dossier PDS soulève des questions sur plusieurs sujets, parmi lesquels : les modalités de financement en cas de dissociation de la permanence, par site, par période ; l'articulation avec le dispositif des transports, tant en termes financier qu'organisationnel ; les modalités de rémunération des praticiens ; l'assurance des praticiens intervenant sur les listes de garde d'un autre établissement ; la gestion du repos compensateur pour les praticiens du secteur privé.

POURENSAVOIR⁺

www.fhf.fr > Dossiers > Offre de soins > Planification sanitaire.

ARS : GESTION DES RISQUES

Le 11 janvier, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a présenté aux fédérations le projet d'instruction aux Agences régionales de santé (ARS) concernant la gestion du risque 2012. Pour mémoire, ce sont 490 millions d'euros d'économies que les pouvoirs publics attendaient des ARS en 2011 sur les 10 priorités fixées en matière de gestion du risque : prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, efficacité en Ehpad, prescription des médicaments en Ehpad, développement de la chirurgie ambulatoire, transports sanitaires, prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville, imagerie, soins de suite et de réadaptation, PDSA et liste en sus. Mi-février, le bilan 2011 et les montants attendus pour 2012 n'étaient pas encore finalisés.

DONNER DES GARANTIES

La FHF a fait part, en accord avec les conférences de directeurs de CH et de CHU, de ses positions sur les différents axes du programme 2012. S'agissant des transports sanitaires et des prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville, elle a signifié son opposition à la signature de contrat assorti de sanction, alors que le dispositif ne permet pas, à ce jour, de disposer de données par prescripteur et, donc, de levier d'action. Par ailleurs, elle a demandé qu'un bilan des expérimentations sur les plateformes de régulation soit présenté aux fédérations et conférences avant toute généralisation, d'autant qu'elle ne dispose d'aucune lisibilité sur les travaux menés avec l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap).

De façon générale, il a été rappelé que la contractualisation envisagée avec les établissements doit être entourée de certaines garanties, afin de respecter un équilibre entre les partenaires. Ces trois points devront, notamment, être actés : la formule « toute chose égale par ailleurs » doit figurer au contrat, notamment pour tenir compte des impacts de fluctuations d'activités ; les contrats doivent faire explicitement référence à des circonstances particulières en cas d'écart avec les objectifs fixés ; en cas de différences d'appréciation, il doit pouvoir être fait appel à une structure neutre d'arbitrage.

POURENSAVOIR⁺

[rendez-vous sur www.fhf.fr](http://www.fhf.fr) > Dossiers > Offre de soins

Plus loin avec la FHF

RH

CRÉATION DU CONSEIL COMMUN DE LA FONCTION PUBLIQUE

L'ESSENTIEL _ Au terme d'un long processus lancé en 2008 avec les préconisations du Livre blanc sur le dialogue social et les accords de Bercy du 2 juin 2008, le Conseil commun de la fonction publique (CCFP) a été créé par décret du 30 janvier 2012⁽¹⁾. Découvrez cette nouvelle instance.

> QUELLE EST SA COMPÉTENCE ?

Le CCFP est un organisme consultatif ayant vocation à aborder toute question d'ordre général commune aux trois fonctions publiques (État, territoriale et hospitalière) ou intéressant les agents publics relevant de ces dernières. Il est saisi pour avis sur les projets de lois, ordonnances et décrets ayant une incidence sur la situation statutaire ou d'emploi des agents publics. Il peut également examiner toutes les questions communes à au moins deux des trois fonctions publiques et ayant trait :

- aux valeurs de la fonction publique ;

- aux évolutions de l'emploi public et des métiers de la fonction publique ;
- au dialogue social ;
- à la mobilité et aux parcours professionnels ;
- à la formation professionnelle tout au long de la vie ;
- à l'égalité entre les hommes et les femmes ;
- à l'insertion professionnelle des personnes handicapées ;
- à la lutte contre les discriminations ;
- à l'évolution des conditions de travail, l'hygiène, la santé et la sécurité au travail ;
- et à la protection sociale.

Le CCFP ne se substitue pas aux Conseils supérieurs des trois fonctions publiques. Le Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière conserve ainsi son entière compétence pour répondre aux spécificités de l'hôpital et des maisons de retraite publiques.

> QUELLE EST SA COMPOSITION ?

Le CCFP n'étant pas paritaire, il est composé de trois collèges. Son avis est réputé rendu lorsque l'avis de chacun des collèges a été recueilli :

- Le collège des représentants des organisations syndicales de fonctionnaires qui comprend 30 sièges. La CGT dispose de 9 sièges, la CFDT et FO de 6, l'UNSA de 3, FSU et Solidaires de 2 sièges, la CFTC et la CGC comptant chacune 1 siège. La Fédération autonome de la fonction publique territoriale (FA-FPT) dispose d'un siège supplémentaire, de même que le Syndicat des managers publics de santé (SNCH/SMPS), jusqu'au prochain renouvellement de l'instance, conformément à l'article 29 de la loi du 5 juillet 2010.
- Le collège des représentants des employeurs territoriaux et de leurs établissements publics qui comporte 10 membres.
- Le collège des représentants des employeurs hospitaliers qui comprend 5 sièges, occupés par le président de la Fédération hospitalière de France, et 4 membres désignés par la FHF (voir l'encadré ci-contre).

Le CCFP, le 31 janvier, autour de François Sauvadet, ministre de la Fonction publique.



MEMBRES TITULAIRES ET LEURS SUPPLÉANTS

- **Frédéric VALLETOUX, président de la Fédération hospitalière de France**

Suppléants : Denis FRECHOU, directeur des hôpitaux de Saint-Maurice (94), Nadine BARBIER, responsable du pôle Ressources humaines hospitalières de la FHF.

- **Bernard DAUMUR, directeur général du CHU de Rouen (76)**

Suppléants : Bernard ROEHRICH, directeur général du CHU de Tours (37), Bernard DUPONT, directeur général du CHU de Brest (29).

- **Christian POIMBOEUF, directeur des ressources humaines de l'AP-HP**

Suppléants : Zaïnab RIET, directrice du GHI du Vexin (95), Raoul PIGNARD, directeur du CH de Bourges (18).

- **Henri POINSIGNON, directeur du CH de Villejuif (94)**

Suppléants : Yves BUZENS, directeur du CH de L'Yonne (89), Pierre WESNER, directeur du CH de Rouffach (68).

- **Jean-Luc DARGUESSE, directeur de l'établissement public social et médico-social Georges Couthon d'Amiens (80)**

Suppléants : Jean CAUDRON, directeur de la Maison départementale de l'enfance et de la famille du Calvados (14), Steven TREGUER, directeur du foyer départemental de l'enfance, Institut départemental Enfance et Famille Antoine de Saint-Exupéry de Brétigny (91).

La mise en place du CCFP officialise la FHF comme représentant des établissements employeurs publics hospitaliers, ce dont la FHF se félicite.

Sont membres de droit, sans prendre part au vote :

- le président du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière ;
- le Directeur général de l'administration et de la fonction publique ou son représentant ;
- un membre du Conseil d'État et un membre de la Cour des comptes ayant au moins rang, respectivement, de conseiller d'État et de conseiller-maître,
- le directeur général des collectivités locales ou son représentant ;
- le directeur général de l'offre de soins ou son représentant.

[1] Décret n° 2012-148

ASSURANCE CHÔMAGE : QUELS RÉGIMES POUR QUELS PERSONNELS ?

Les établissements publics de santé ou médico-sociaux peuvent choisir soit de gérer en auto-assurance le risque chômage de leur personnel, soit d'adhérer à titre révocable au régime d'assurance chômage pour les « agents non titulaires » et les « agents non statutaires ». La circulaire Unedic n° 05-10 du 29 avril 2005 et antérieurement la circulaire du 12 novembre 1987 relative à l'indemnisation de la perte d'emploi dans le secteur public, ont défini ce que recouvraient les « agents non titulaires ou non statutaires ». Il s'agit :

- pour le personnel non médical de la fonction publique hospitalière : des agents recrutés au titre des articles 9 et 9-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, c'est-à-dire les agents contractuels de droit public de la fonction publique hospitalière ;
- pour le personnel médical hospitalier : des praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel nommés à titre provisoire, des chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux, des assistants hospitaliers universitaires, des attachés,

des assistants des hôpitaux.

La situation de certains personnels médicaux fait l'objet d'interprétations divergentes de la part des Unions de recouvrement de cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf). En effet, certaines d'entre elles estiment que les rémunérations des praticiens hospitaliers à titre permanent doivent être assujetties aux cotisations chômage. Contestant cette interprétation, la FHF a saisi, à plusieurs reprises, en 2011, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) afin d'obtenir une clarification réglementaire. La DGOS a donc saisi les services tutélaires des Urssaf et du Pôle emploi, soit la direction de la Sécurité sociale ainsi que la Direction générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP). Une position tutélaire est donc attendue cette année et sera communiquée sur le site de la FHF.

Parallèlement, la FHF avait saisi les services de la Direction des affaires juridiques de l'Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le com-



merce (Unedic) qui ont encore confirmé, fin 2011, que les praticiens hospitaliers sont considérés, en règle générale, comme « un personnel statutaire ». « Bien qu'ils ne bénéficient pas du statut de la fonction publique hospitalière, ils relèvent d'un statut quasi similaire fixé par voie réglementaire. »

Plus loin avec la FHF

FINANCES

En partenariat avec  CAISSE D'ÉPARGNE

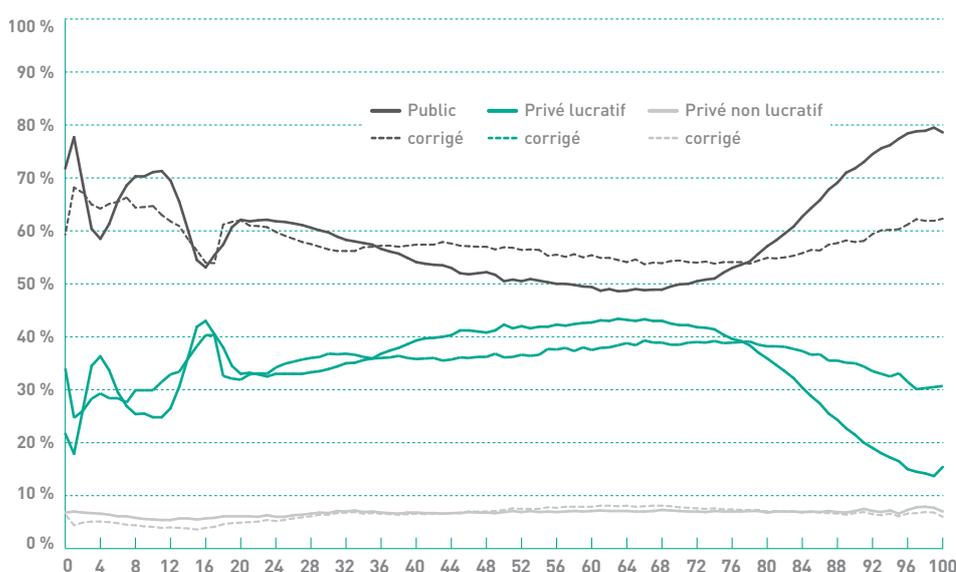
L'ÂGE DES PATIENTS : DIFFÉRENCES PUBLIC-PRIVÉ

L'ESSENTIEL De nombreuses études ont déjà analysé les parts de marché public/privé. La dernière en date s'intéresse à l'impact des tranches d'âge des usagers sur la part de marché.

Cette étude, réalisée par la FHF d'après des données 2010, se concentre sur l'influence de l'âge des patients sur les parts de marché public/parapublic et privé. L'étude distingue la part de marché réelle selon les âges et la part de marché corrigée des profils d'activité – qui tient compte des positionnements des types d'établissements sur des créneaux de prises en charge. Par exemple, si le public est positionné sur des créneaux à forte densité de personnes

âgées, il est normal qu'il ait une part de marché accrue sur les seniors. L'activité est donc corrigée afin de ne tenir compte que des parts à nature d'activité comparable. Sont supprimées de l'analyse les séances et activités absentes d'une des catégories d'établissements et pour lesquelles la comparaison n'aurait pas de sens (par exemple, les transplantations). Le graphique ci-dessous représente l'évolution de la part de marché pour les différentes catégories selon l'âge de l'utilisateur.

Part de marché en fonction de l'âge du patient (année 2010 - toutes prises en charge MCO).
Sources : PMSI 2010 - Atih/DGOS



Ce tracé fait apparaître, par exemple, que les patients de 90 ans se trouvent à 72 % dans le secteur public, à 21 % dans le privé commercial et à 7 % dans le privé non lucratif. Si l'on prend les données corrigées, la

part du public pour ces patients est de 58 %.

POURENSAVOIR 
www.fhf.fr > Magazines > Info en santé n° 19.
Ce magazine est aussi disponible sur demande à n.brazier@fhf.fr.

EUROPE



AGORA HOPE 2012

Pour la 31^e année, la Fédération européenne des hôpitaux (HOPE) organise son programme d'échanges de professionnels hospitaliers. Celui-ci vise à améliorer les connaissances du fonctionnement des services de santé des différents pays européens.

L'édition 2012 sera consacrée à la thématique « Vieillesse des professionnels de santé – vieillissement des patients : des défis multiples pour les hôpitaux et les soins de santé en Europe ». Elle se tiendra du 14 mai au 13 juin et se conclura par l'organisation de l'Agora HOPE, du 11 au 13 juin à Berlin. Séminaire d'évaluation associé à une conférence, l'Agora HOPE rassemble les participants au programme, leurs maîtres de stage et toutes les personnes désireuses d'en savoir plus sur la thématique de l'année.

POUR VOUS INSCRIRE,
[rendez-vous sur \[www.hospage.eu\]\(http://www.hospage.eu\)](http://rendez-vous-sur-www.hospage.eu)

PARTENARIAT AVEC L'AFRIQUE

L'Association africaine pour la sécurité des patients (AASP) a lancé, fin 2011, sa deuxième édition de partenariat hospitalier Europe-Afrique, afin d'améliorer la sécurité des patients dans cinq pays.

Soutenue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'AASP propose un modèle de partenariat destiné à mettre en place des actions d'amélioration de la sécurité des patients dans les hôpitaux africains. Des établissements du continent collaborent ainsi avec leurs homologues européens pour instituer les fondements de politiques d'amélioration de la sécurité.

POURENSAVOIR 
www.who.int/patientsafety/implementation/apps/en/index.html

PRENDRE EN CHARGE LA SANTÉ MENTALE

La Direction générale de la santé et des consommateurs de la Commission européenne a publié un rapport sur les prestations psychiatriques de longue durée pour les personnes souffrant de troubles mentaux sévères.

La conclusion majeure du rapport est la nécessité de passer d'une approche fondée sur l'exclusion des personnes souffrant de troubles mentaux à une démarche d'insertion sociale.

POURENSAVOIR 
ec.europa.eu/health/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf

Décryptage

FORMATION



LE DPC EN 4 POINTS

L'ESSENTIEL Prévu par l'article 59 de la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009, le développement professionnel continu (DPC) est introduit auprès des professionnels de santé à partir de cette année et sera obligatoire en 2013. Onze décrets précisant ses modalités d'application ont été publiés en janvier. Que disent-ils ?

1 UNE OBLIGATION LÉGALE

Le DPC est une obligation qui s'impose à tous les professionnels de santé médicaux et paramédicaux, quel que soit leur mode d'exercice (salarié, libéral, hospitalier), qu'ils exercent dans le public ou le privé. L'objectif est de leur permettre d'évaluer leurs pratiques professionnelles, de perfectionner leurs connaissances, d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et de prendre en compte les priorités de santé publique. Chaque professionnel doit réaliser dans ce cadre, au moins une fois par an, une action de formation et une action d'évaluation de ses pratiques pour construire son parcours DPC.

LA FHF À VOS CÔTÉS

La FHF accueille favorablement ce dispositif qui, selon elle :

- améliorera la qualité de la prise en charge en favorisant le développement de compétences tout au long de la vie professionnelle ;
- est identique, dans l'esprit, pour le privé et le public ;
- permettra à divers professionnels de santé de se former ensemble sur des thématiques communes ;
- met en jeu des méthodes de formation validées et des organismes enregistrés, ce qui constitue un gage de qualité, s'appuyant sur des orientations voulues par les professionnels.

POUR EN SAVOIR 
contacter Nadine Barbier : n.barbier@fhf.fr

2 DES MÉTHODES VALIDÉES

Toute action de DPC doit être conforme aux orientations nationales ou régionales, déterminées par le ministre chargé de la Santé ou par une Agence régionale de santé. Elle doit par ailleurs répondre à des méthodes validées par la Haute Autorité de santé et être dispensée par un organisme enregistré auprès de l'Organisme de gestion du DPC (OGDPC). Cette nouvelle entité doit être constituée au plus tard en avril. Son rôle sera, notamment, d'enregistrer les organismes qui réaliseront le DPC et d'assurer un contrôle global du dispositif.

3 UNE TRAÇABILITÉ DES ACTIONS

À l'hôpital comme dans le secteur privé, la mise en place de ce nouveau dispositif va induire certaines évolutions :

- les employeurs vont devoir adapter leur organisation pour que chaque professionnel puisse suivre cette formation obligatoire annuelle ;
- jusqu'à présent, les employeurs devaient simplement prouver qu'ils avaient consacré les crédits obligatoires à la formation continue (2,9 % de la masse salariale). Désormais, ils devront garantir la traçabilité de ces actions de formation. Ainsi, les hôpitaux devront s'assurer du respect de l'obligation DPC par leur personnel et transmettre à l'OGDPC un rapport annuel décrivant les programmes suivis par ses professionnels de santé, le budget et les ressources internes consacrés au dispositif.

4 UN ACCOMPAGNEMENT À L'HÔPITAL

L'ANFH¹, OPCA² de la fonction publique hospitalière, va accompagner la mise en place du DPC. Les établissements adhérents (93 % du total) vont bénéficier d'un programme d'accompagnement, comprenant des outils pédagogiques (guide du DPC, journées de sensibilisation et de formation...) et une évolution des systèmes d'information.

POUR EN SAVOIR 
contacter Catherine Dupire à l'ANFH :
c.dupire@anf.fr

(1) ANFH - Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier.

(2) OPCA - Organisme paritaire collecteur agréé.

Initiatives

STRASBOURG

Des designers au CHU

L'ESSENTIEL_ Faites entrer des étudiants en design dans un hôpital. Laissez-les observer, cogiter... Vous obtenez des propositions originales, malignes et créatives. Retour sur une expérience pas banale tentée par le CHU de Strasbourg.

Des crèches hospitalières, un hôpital de jour gériatrique, une chambre mortuaire, les parcours pré et post-opératoires : ces lieux ont accueilli, du 4 novembre au 16 décembre dernier, une présence inhabituelle. Pendant six semaines des étudiants en design ont visité, regardé, écouté. Ils ont discuté avec des patients, des infirmiers, des médecins, des femmes de ménage... Objectif : proposer de nouveaux décors, objets et usages, afin d'améliorer le confort des patients et des équipes. La délégation à la culture de l'hôpital est à l'initiative du projet. Ce service met en place des actions culturelles sur le long terme afin d'établir des ponts

entre arts/culture et hôpital. « *Nous avons voulu faire intervenir des spécialistes du design car les designers ont la faculté d'intégrer des aspects relevant de diverses disciplines (aspects économiques, environnementaux, psychologiques, culturels...)* dans un ensemble unique et cohérent, explique Barbara Bay, de la délégation culture. *Nous leur avons donc proposé de travailler sur des espaces pour lesquels nous avons des projets de restructuration.* » Concrètement, les étudiants ont créé des outils pour aider professionnels et usagers à exprimer leurs besoins : questionnaires, jeux de cartes, maquettes à manipuler... Grâce à un journal en alsacien, de nombreuses personnes âgées du site,



parlant cette langue, ont pu exprimer plus facilement leur ressenti dans différentes situations. Ensuite, les jeunes intervenants ont proposé des projets d'amélioration. Pour la gériatrie, ils ont imaginé un itinéraire fléché adapté aux personnes les plus désorientées. Pour les parcours pré et postopératoires, ils préconisent la création d'une interface numérique destinée à maintenir le contact entre la personne opérée et ses proches. Pour les crèches, ils ont dessiné un sas de transition entre la salle de vie et le dortoir, tout en rouge et en douceur, qui titille les sens des petits... Le CHU s'appuiera sur ces propositions pour rédiger des appels d'offres afin de réaménager ces espaces, dans les prochains mois.

POURENSAVOIR
<http://lafabriquedelhospitalite.wordpress.com/>

Pour aider les patients du service gériatrie à se repérer dans les couloirs, les étudiants ont imaginé un parcours fléché.



Photos : © Hôpitaux universitaires de Strasbourg / DSAA Le Corbusier, Illkirch

6 SEMAINES
 c'est le temps passé par les étudiants dans les différents services de l'hôpital.

4 ESPACES
 des hôpitaux universitaires de Strasbourg ont été observés à la loupe.

24 ÉTUDIANTS
 de 21 à 25 ans, inscrits en première année de DSAA, ont participé au projet.

4 DESIGNERS
 professionnels ont encadré les jeunes.

PRÈS DE 50 PERSONNELS
 hospitaliers ont été impliqués.



_ LES ACTEURS DU PROJET

> LE LYCÉE LE CORBUSIER D'ILLKIRCH, près de Strasbourg, accueille plus de 1800 élèves. Le Diplôme supérieur d'arts appliqués (DSAA) créateur-concepteur, accessible à des jeunes titulaires d'un bac + 2, forme en quatre années aux métiers du design, en particulier à celui de chef de projet.

> LES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG. Selon la légende, ils auraient été fondés dès 657, sous le nom d'Hospices civils. Le groupement hospitalier compte 7 établissements. Doté d'une capacité d'accueil de plus de 2700 places, il dispose de 7 écoles et instituts, accueille chaque année environ 120000 personnes en urgences et fait travailler 11445 personnes.



Grand angle

INSÉCURITÉ

Cerner et prévenir les violences à l'hôpital

L'ESSENTIEL_ Incivilité, vandalisme, violence verbale ou physique...

L'hôpital est concerné au premier chef par les actes de violence, qui tendent à se banaliser. Pourtant, cette situation n'est pas une fatalité : de plus en plus d'initiatives permettent aux établissements sanitaires et médico-sociaux de s'impliquer dans la prévention.



Créé par en juillet 2005, l'Observatoire national des violences en milieu hospitalier – devenu, en janvier 2012, l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS), après avoir intégré les Ordres des médecins, des infirmiers et des pharmaciens – recense les actes de violence commis dans les établissements de santé. Ces derniers se doivent en effet de signaler ces actes à l'ONVS. Le bilan annuel de l'Observatoire permet de dresser un état des lieux d'un phénomène de plus en plus prégnant. Ainsi, 5 767 actes de violence ont été signalés en 2011 contre

Elles comprennent : les vols sans effraction et dégradations légères (niveau 1), les vols avec effraction (2), les dégradations de matériels de valeur et vols à main armée (3).

5 090 en 2010 (et 4 742 en 2009), soit une hausse de 13 %. Ces signalements proviennent de 337 structures (+11 %), parmi les 3 000 établissements potentiellement déclarants. Sur le podium des régions déclarantes : l'Île-de-France (dont tous les établissements de l'AP-HP), la Picardie et la Basse-Normandie.

LA PSYCHIATRIE EN PREMIÈRE LIGNE

L'Observatoire distingue les atteintes aux personnes et les atteintes aux biens. Davantage déclarées, les premières correspondent à 87 % des signalements en 2011 (+ 4 %) : agressions physiques à 55 %, injures et insultes à 26 %, menaces à 18 % et faits criminels (1 %). Les secondes sont l'objet de 13 % des signalements : vols simples (11 %), vols par effraction (1 %) et vols avec arme ou incendie criminel (1 %).

Tous les services de l'hôpital sont concernés, mais ce sont la psychiatrie (25 % des signalements), les urgences (15 %) et la médecine générale (12 %) qui sont les plus touchées. Dans les trois quarts des cas (76 %), les auteurs de ces actes sont des patients. Les visiteurs ou accompagnants sont à l'origine de 20 % des violences, et les personnels eux-mêmes sont en cause dans 4 % des signalements (bagarres entre agents la plupart du temps). Les victimes sont des personnels dans 82 % des situations, et des patients dans 13 % des cas. Enfin, seulement 12 % de ces violences s'accompagnent d'un dépôt de plainte.

LES DEVOIRS DE L'ÉTABLISSEMENT

Face à de tels actes, quelle est la responsabilité des établissements ? La loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires instaure un devoir de protection des établissements publics à l'égard de leurs personnels, tandis que la loi sur la sécurité intérieure du 18 mars 2003 « correctionnalise » toutes

TÉMOIGNAGES



Alexandre Rosais,
infirmier
urgentiste
à l'hôpital Bichat
depuis 4 ans

"6 minutes pour chaque patient"

C'est avec les patients psychiatriques que je suis le plus prudent : ils peuvent devenir agressifs lorsqu'on leur demande de mettre une blouse pour éviter les fugues. L'autre situation à risques concerne le patient qui refuse l'attente ou ne comprend pas pourquoi il attend : il faut le renseigner au mieux. Avec 190 passages par jour, je dois consacrer 6 minutes à chaque patient quand je suis IAO (infirmier d'accueil et d'orientation), le poste le plus exposé. Et il ne doit pas rester plus de 4 heures dans le service. Les jours où je n'y arrive pas, le stress monte.

les violences commises à l'encontre des personnels de santé. Ainsi, lorsqu'un agent est victime de violence, l'hôpital doit assurer sa prise en charge médicale, psychologique et administrative. Le directeur peut lui-même déposer plainte ou assister l'agent dans son dépôt de plainte. Il paye ses frais d'avocat. Si l'auteur n'est pas retrouvé ou s'il est insolvable, c'est l'établissement qui indemnise le préjudice moral, matériel et corporel de son agent. L'événement doit par ailleurs être communiqué à l'Agence régionale de santé (ARS), ainsi qu'à l'ONVS.

Quant à la lutte contre les violences, une circulaire de 2000⁽¹⁾ établit que des projets de prévention doivent être élaborés par les établissements de santé, en large concertation avec les partenaires sociaux, et après la réalisation de diagnostics précis.

RÉFÉRENT SÉCURITÉ

Ces diagnostics (ou audits) de sécurité peuvent être réalisés par les référents sûretés locaux, présents depuis 2007 au sein des Directions départementales de la sécurité publique, par le commissaire divisionnaire délégué à l'ONVS ou par des sociétés privées. La démarche vise à identifier les lieux et les moments les plus délicats à gérer, avant de proposer des actions concrètes : renforcer les équipes soignantes à certains horaires, gérer les flux de visiteurs et limiter l'accès aux unités de soins, aménager les salles d'attente pour minimiser les risques de blessures en cas de choc, consolider les équipes de sécurité encadrées par le **chargé de sécurité**. La diminution des temps d'attente aux urgences apparaît, bien souvent, comme un point déterminant.

Suite, page suivante →

En relation directe avec la direction de l'établissement, le chargé de sécurité coordonne le système de sécurité incendie, mais aussi les actions de prévention et d'intervention visant la sécurité des biens et des personnes.

Elles comprennent : les injures et insultes, la consommation ou le trafic de substances illicites (niveau 1), les menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens, le port d'arme (2), les agressions physiques et menaces avec arme (3), les violences avec arme, le viol et tout autre fait qualifié de crime (4).



Pr Enrique Casalino,
chef du pôle
anesthésie-
réanimation-
médecine
d'urgence
du groupe
hospitalier
Paris-Nord-
Val de Seine.

"Une ambiance générale apaisée"

La sécurité des patients est indissociable de celle des personnels, et la prévention de la violence constitue un projet « qualité » aux urgences de Bichat. Réduire les délais d'attente et aller au-devant des patients pour les informer – ce que j'appelle « occuper le terrain » – a permis en quelques années d'apaiser l'ambiance générale du service. Le nombre d'interventions des agents de sécurité a été divisé par 5, le niveau sonore est plus bas, les personnels sont plus fidélisés. En cas d'accès de violence, la réponse doit être ferme et proportionnelle : soins immédiats, départ de la personne ou appel de la police et dépôt de plainte.



Lydie Froment,
directrice adjointe
des ressources
humaines
du CHRU
de Besançon.

"Un plan d'action annuel"

Créée en 2002 suite à un vote du Comité d'hygiène, de sécurité, et des conditions de travail (CHSCT), la commission violence de l'établissement a mis en place une procédure interne de déclaration des incidents par intranet. En 2011, nos 6 000 personnels ont déclaré 262 actes de violence, dont un tiers d'agressions physiques. 33 % des déclarations concernent des violences entre personnels. Notre plan d'action annuel a permis de former 1 000 personnes à la gestion de l'agressivité et 150 à la maîtrise physique des personnes dangereuses. Deux psychologues à mi-temps sont à l'écoute des personnels. Et nous voulons signer cette année un protocole santé-sécurité-justice.

_3 QUESTIONS À...

© Geoffroy Lasne



Fabienne Guerrieri, commissaire divisionnaire, chargée de mission auprès de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS)

Quelles sont vos missions au sein de l'ONVS ?

Destinataire des signalements adressés par les établissements à l'ONVS, je dois en assurer la synthèse et mettre en lumière les éléments importants pour l'action ministérielle. J'effectue aussi, à la demande des établissements, une cinquantaine d'audits de sécurité chaque année

"Le seul flic au ministère de la Santé"

sur le terrain. Ces visites me permettent de faire des préconisations adaptées aux spécificités de chaque lieu de soins. Les équipes de direction et les soignants sont avides de conseils, et une relation de confiance se noue entre eux et moi, le seul flic au ministère de la Santé !

Quelles évolutions récentes constatez-vous dans les violences à l'hôpital ?

Depuis deux ans, le niveau 2 dans les atteintes aux personnes (menaces) tend à disparaître : l'auteur passe sans transition de l'insulte à l'agression physique, et les formations des personnels doivent en tenir compte. De plus en plus de violences commises par les visiteurs ou les accompagnants ont lieu aux urgences, signe qu'ils se trouvent dans des zones de soins auxquelles ils ne devraient pas pouvoir accéder. Par ailleurs, les services de néonatalogie et de gynécologie-obstétrique ne sont plus épargnés, et la description des faits évoque des violences liées à des manifestations religieuses. C'est préoccupant.

En quoi la plate-forme de signalement* va-t-elle s'améliorer cette année ?

L'indication du sexe et de la catégorie professionnelle de la victime devrait permettre de vérifier que les infirmières et les aides-soignantes sont les plus exposées au sein des services. Le nouveau logiciel permettra aussi de compléter la fiche de signalement après sa création, en indiquant s'il y a eu plainte, arrêt ou incapacité totale de travail etc. Et les ARS seront, tout comme la DGOS, informées en temps réel des actes commis dans leur région.

* Cette nouvelle plate-forme est accessible via le site osis.sante.gouv.fr/oNVS.

Suite de la page 15 →

Par ailleurs, le ministère de la Santé encourage, depuis 2007⁽²⁾, les établissements à mettre en œuvre des actions de formation. Celles-ci visent, notamment, à préparer les personnels de santé à « prévenir et affronter les situations de violence, pour qu'ils sachent réagir de manière compatible avec leur mission de soins ». Des séances dispensées aux salariés des compagnies aériennes pour gérer les passagers violents, par exemple, peuvent être proposées aux hospitaliers et délivrer plusieurs apprentissages, tels que détecter les patients potentiellement violents, désamorcer un conflit, garder le contrôle de la situation et maîtriser les techniques de contention d'une personne violente.

PARTENARIAT EXTÉRIEUR

Enfin, un partenariat peut être envisagé entre l'établissement, la police et la justice : c'est l'objet du protocole santé-sécurité-justice, élaboré par les ministères de la Santé et de l'Intérieur en août 2005, complété en juin 2010 (adhésion de la Justice) puis en avril 2011 (ouverture aux professionnels libéraux).

Environ 500 établissements ont signé un tel protocole, qui définit les relations quotidiennes entre l'hôpital et les forces de l'ordre : patrouilles de police plus ou moins régulières, adaptées à l'environnement de l'établissement, encadrement des conditions de la venue de détenus à l'hôpital, numéro d'appel privilégié, policier référent au commissariat pour le dépôt de plainte. Au niveau judiciaire, le procureur s'engage à rencontrer le directeur d'établissement une fois par an, pour l'informer de sa politique pénale et du suivi des plaintes... Un dispositif qui, selon l'ONVS, satisfait pleinement les établissements signataires.

(1) Circulaire DHOS du 15 décembre n° 2000-609

(2) Circulaires DHOS du 14 juin 2007 et du 15 juillet 2009

+ 9%

c'est la hausse du nombre de signalements d'agressions physiques constatée en 2011.

- 28%

c'est la baisse du nombre d'actes violents en psychiatrie constatée depuis trois ans.

LA FHF À VOS CÔTÉS

Anne-Marie Doré, directrice des soins à la FHF

« La FHF a organisé un colloque sur la violence dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, en avril 2011, et suit de près cette problématique. Une politique de lutte contre les violences implique le développement des signalements. C'est un volet d'amélioration des conditions de travail et de la qualité des soins, qui intègre la violence parfois présente à l'égard de patients. Des fiches pratiques, réalisées en collaboration avec le ministère de la Santé et la MACSF, sont disponibles sur notre site. Elles présentent la conduite à adopter selon sa situation : si l'on est personnel d'encadrement, agent, patient ou proche du patient, et que l'on soit victime ou auteur. La création de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) témoigne du fait que le secteur libéral, notamment, est également touché par la violence. »

POURENSAVOIR

www.fhf.fr > Dossiers > Qualité – sécurité des soins > Violence en établissements de santé ou contacter Anne-Marie Doré : am.dore@fhf.fr

Grand angle

USAGERS

La « démocratie hospitalière » en marche

L'ESSENTIEL_ Dix ans après la loi sur les droits des malades et la qualité du système de santé, quelle est la place des représentants des usagers dans les établissements sanitaires et médico-sociaux ? Si le paysage est contrasté, la « démocratie hospitalière » est bel et bien lancée...

Désormais, au CHRU de Lille, les personnes âgées arrivant aux urgences bénéficient d'une antenne gériatrique : elles sont prises en charge plus rapidement et orientées vers des hébergements adaptés. Dans cet établissement, l'accueil a également été récemment modernisé pour faciliter les démarches administratives. Ces transformations sont le résultat de la participation des usagers : depuis 2003, le CHRU réunit des « jurys citoyens » : des groupes de personnes sollicités pour donner leur avis sur des questions stratégiques concernant l'établissement. Car, dans les structures sanitaires comme médico-sociales, les usagers ont, aujourd'hui, voix au chapitre.

UNE MONTÉE EN PUISSANCE PROGRESSIVE

Tout a commencé en 1996 : l'ordonnance du 24 avril portant réforme de l'hospitalisation crée les commissions de conciliation, où siègent des représentants des usagers. Elle introduit la participation de ces représentants aux conseils d'administration⁽¹⁾ de tous les établissements de santé. Un rôle essentiellement dévolu à l'orientation des usagers s'estimant victimes d'un préjudice – mission élevée par la suite au rang de pratique exigible prioritaire du manuel de certification V2010 de la Haute Autorité de santé (HAS). Mais le rôle des usages est encore restreint...

En 2002, la loi du 4 mars sur les droits des malades et la qualité du système de santé remplace les commissions de conciliation par des **commissions des relations avec les usagers** et de la qualité de la prise en charge (CRU, CRUQ ou CRUQPC). « Bureaux des plaintes », elles deviennent de véritables forces de proposition. Désormais, les professionnels ne sont plus seuls à décider de l'organisation de l'offre de soins et des parcours de soins : les attentes des usagers sont prises en compte dans l'élaboration du

Un CVS comprend au moins : 2 représentants des personnes accueillies et un représentant, respectivement, du personnel, de l'organisme gestionnaire et, s'il y a lieu, des familles.

Elles comprennent : le représentant légal de l'établissement, 2 médiateurs (l'un médecin, l'autre non) et 2 représentants des usagers. Le responsable de la politique qualité assiste aux séances avec voix consultative.

projet d'établissement. Les CRUQPC se réunissent au moins une fois par trimestre et les deux représentants des usagers disposent chacun d'une voix au conseil de surveillance, au même titre que les autres membres. De plus, la satisfaction des patients eux-mêmes est régulièrement évaluée, grâce à des questionnaires de sortie et des enquêtes téléphoniques.

CONSEILS DE VIE SOCIALE

Du côté du secteur médico-social, on fête aussi, cette année, le 10^e anniversaire de la représentation des usagers. En effet, c'est la loi du 2 janvier 2002 dite « de rénovation de l'action médico-sociale » qui instaure les **Conseils de la vie sociale (CVS)**. Ces instances d'échange et d'expression sont destinées à garantir les droits des usagers et leur participation au fonctionnement de leur structure d'accueil. Le CVS doit être consulté et peut faire des propositions pour tout aspect relevant du fonctionnement de l'établissement : activités socioculturelles, équipements, prix et nature des services, entretien... →



Grand angle



En 2006, une circulaire ministérielle invite les hôpitaux à aller plus loin, en recommandant la mise en place de « maisons des usagers ». Un souhait réitéré en 2009 par Annie Podeur, alors directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, lors du premier colloque⁽²⁾ sur la place des usagers dans les établissements de santé. Depuis, de plus en plus d'hôpitaux inscrivent ce projet dans leur stratégie d'établissement. Ils allouent des locaux, des moyens matériels et du personnel à ce type de structure, qu'ils nomment « maison des patients », « maison des usagers », « espace des usagers », « maison d'information en santé »... Lieux d'accueil et d'information aux usagers (sur les droits, soins, aides, activités culturelles...), ces espaces permettent aussi de recueillir et faire remonter auprès de l'établissement le point de vue des malades et de leurs familles. Enfin, ils favorisent la mise en relation entre

les usagers, leurs représentants et les associations de patients et de bénévoles, qui ont depuis longtemps leur place dans la plupart des établissements.

MIEUX FORMER LES USAGERS... ET LES MANAGERS

Il arrive même que des représentants d'usagers soient invités à siéger au sein des instances présidant à la vie de l'établissement : Comité de liaison en alimentation et nutrition, Comité de lutte contre la douleur, Comité de lutte contre les infections nosocomiales... Ils peuvent également être associés à des groupes de travail en matière d'éthique, de bientraitance, ou de formation à la communication soignant-soigné, par exemple. Autant d'initiatives qui vont dans le sens d'une plus grande « démocratie hospitalière ». Mais des freins subsistent. Ainsi, les possibilités de participation à

124

associations agréées représentent les usagers au niveau national, 376 associations au niveau régional.

Plus de
80%

des représentants des usagers (RU) estiment qu'une réclamation analysée en CRUQPC a pour effet des améliorations concrètes de la prise en charge des patients. (Enquête des représentants des usagers 2012)

_3 QUESTIONS À...



Frédéric Valletoux,
président
de la FHF

Dans sa plate-forme politique 2012, la FHF fait du renforcement de la place des usagers dans la gouvernance et l'évaluation du système une condition première pour la mise en place d'un vrai service public de santé. Pourquoi ?

Depuis une trentaine d'années, les usagers du service public ont su prendre une place importante dans la vie des structures hospitalières et médico-sociales, par l'intermédiaire des associations de patients. Leurs représentants sont devenus des

interlocuteurs reconnus des pouvoirs publics, et ils ont joué un rôle moteur dans l'évolution du système de santé vers davantage d'évaluation, de qualité et de transparence. Leur rôle est aujourd'hui fondamental et le service public de santé ne peut qu'être construit autour d'eux, de leurs besoins, de leurs aspirations. C'est pourquoi le service public de santé doit reposer sur un rôle élargi des associations de patients.

La FHF préconise la création d'un Institut des patients. Quel en est le principe ?

L'idée qui préside à la création de cet Institut, dont la gestion serait confiée à l'Institut du management de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), est de pouvoir assurer la diffusion auprès des établissements publics des bonnes pratiques en matière d'accueil et de prise en charge des patients, des résidents, des aidants et des familles.

Il s'agit de capitaliser sur les initiatives remarquables afin d'en favoriser une meilleure appropriation par les professionnels et les usagers. L'objectif central de cette proposition est de mieux former les usagers afin qu'ils soient des partenaires éclairés.

Quelles sont les autres propositions de la FHF liées à la place des usagers ?

L'objectif poursuivi est d'abord de consolider la représentation des usagers, en leur reconnaissant de nouveaux droits en matière de formation ou d'indemnisation, afin de leur permettre d'assurer pleinement leurs missions. La FHF souhaite également, dans un souci de transparence et de réelle « démocratie sanitaire », que les représentants des patients puissent être associés, dans les domaines qui les concernent, aux travaux des différentes instances de gouvernance des établissements hospitaliers.

_TÉMOIGNAGES



Aude Caria,
responsable
de la Maison
des usagers
du Centre
hospitalier
Sainte-Anne,
à Paris.

“Regrouper les associations”

Créée en 2003, cette Maison des usagers était une première dans un établissement psychiatrique. Et cet environnement explique son fonctionnement. Dans d'autres spécialités, comme la cancérologie, les services sont plus habitués à travailler directement avec les associations, et la Maison des usagers coordonne ces pratiques. Alors qu'ici elle regroupe les associations en un même lieu. C'est un point d'accueil pour les usagers mais aussi un point d'entrée pour les associations avant qu'elles ne s'impliquent dans les services.

la vie et à la politique des établissements ne sont pas toujours bien connues des usagers eux-mêmes. Une récente enquête, réalisée notamment par la FHF⁽³⁾ montre que seulement 23 % des personnes interrogées savent ce qu'est un représentant des usagers (ils n'étaient toutefois que 12,5 % il y a deux ans). De plus, les représentants éprouvent parfois des difficultés à remplir leur mission et à faire valoir la légitimité de leurs propos face à des professionnels expérimentés. La Mission des usagers de la DGOS rappelait d'ailleurs, fin 2011, l'importance de la formation de ces représentants. Ceux-ci peuvent par exemple bénéficier de formations sur le système de santé et les droits des patients, assurées par les ARS ou par le Collectif interassociatif sur la santé (CISS).

Françoise Le Deist, titulaire de la chaire Santé à l'École supérieure de commerce de Toulouse, prône également une meilleure formation des directeurs d'établissement et des cadres hospitaliers. Elle milite pour qu'ils soient davantage à l'écoute des associations de patients et d'usagers, afin de « faire remonter les problématiques de terrain ». « Si l'on forme de bons managers, rappelle-t-elle, c'est aussi pour qu'ils soient au service des patients. »

En bref, « même si elle n'est pas forcément beaucoup plus facile qu'hier, la participation des usagers au système de santé est bien entrée dans les mœurs », confirme Véronique Ghadi, de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la HAS. « La montée en puissance est inéluctable : les individus réclament de plus en plus de participer aux décisions qui les concernent. » Un processus qui contribue à garantir la qualité de notre système de santé, et un précieux investissement pour les établissements : « De nombreuses études l'ont montré : plus on intègre le patient, meilleure est la qualité des soins. »

(1) Et désormais, aussi, aux conseils de surveillance.

(2) Une deuxième édition de ce colloque, associant de nouveaux partenaires, a eu lieu le 9 mars 2012. Pour lire ses actes : www.fhf.fr.

(3) 438 usagers interrogés en 2010, 115 en 2008. Enquête à consulter sur www.fhf.fr.

POURENSAVOIR

> www.sante.gouv.fr/experiences_usagers/accueil.htm : un site de partage d'expériences

> www.fhf.fr > Informations hospitalières > Dossiers > Droits du patient

> La Revue hospitalière de France n° 545, à paraître le 30 avril, consacre un dossier au sujet.

www.revue-hospitaliere.fr



André Fritz,
directeur général
du CHU de
Rennes.

“Des formations spécifiques”

Nous ne voulons pas que notre CRUQPC se contente de gérer les réclamations et les plaintes. Ainsi, elle se réunit en séance plénière une fois par trimestre pour traiter des questions d'amélioration de la qualité, de gestion du risque... Les représentants des usagers ont ainsi participé à des sessions de formation sur les relations soignants-soignés. Ils sont aussi fortement associés à la démarche et à la visite de certification. Le bureau, composé de représentants des usagers et des médiateurs, se réunit une fois par mois pour traiter des cas individuels de plaintes, de réclamations et des médiations.



Françoise Demoulin,
présidente
de l'Alliance
nationale
des associations
en milieu
de santé
(Anams).

“Un rôle de veille et d'alerte”

L'Anams regroupe une douzaine d'associations nationales présentes sur le terrain, soit 15000 bénévoles qui accompagnent au quotidien les personnes vulnérables hospitalisées ou hébergées en établissements médico-sociaux. Nous souhaitons avoir aussi un rôle de veille et d'alerte sur les besoins et les attentes des patients auprès des associations représentant les usagers. Notre capacité d'action dépend souvent de la bonne volonté des responsables concernés, et cette volonté est encore émergente...

+ d'interactions

AGENDA

DU MARDI 22 MAI AU
VENDREDI 25 MAI 2012,
À PARIS

HÔPITAL EXPO 2012 : LES CONFÉRENCES DE LA FHF

Le salon Hôpital Expo, qui se tiendra au Parc des expositions, Porte de Versailles, est un rendez-vous incontournable pour l'ensemble des professionnels du secteur hospitalier et médico-social.

Riche en échanges, animations, formations et ateliers, cet événement comprendra un cycle de conférences proposées par la FHF, adapté aux enjeux et défis du monde hospitalier.

Actualités financières et informations médicales, place des usagers à l'hôpital, actualité du secteur médico-social, des ressources humaines hospitalières, de l'architecture de l'hôpital... Un vaste panel de thématiques sera proposé au public. À chaque fois, l'ambition sera de présenter un état des lieux de la problématique et des connaissances disponibles, mais aussi d'exposer les réponses et solutions trouvées sur le terrain, afin de susciter de véritables échanges au sein de la communauté des professionnels de santé.

Un événement qui conjugue formations de haut niveau, conférences didactiques mais aussi réflexions sur des préoccupations hospitalières concrètes.

Les inscriptions sont ouvertes sur le site de SPH Conseil : www.sphconseil.fr

POURENSAVOIR 
www.hopitalexpo.com

DU LUNDI 11 AU
MERCREDI 13 JUIN 2012,
À BERLIN



AGORA HOPE

Le programme d'échanges de professionnels de santé Hope, qui vise à améliorer les connaissances du fonctionnement des services de santé des différents pays européens, se clôturera à Berlin par l'organisation de l'Agora Hope. L'Agora Hope est un séminaire d'évaluation associé à une conférence. La thématique retenue pour 2012 est : « Vieillesse des professionnels de santé, vieillissement des patients : de multiples défis pour les hôpitaux et les systèmes de soins en Europe. » Cette manifestation est organisée par la Fédération allemande des hôpitaux, membre allemand de Hope.

POURENSAVOIR 
www.hospage.eu



MERCREDI 26 ET JEUDI 27 SEPTEMBRE 2012, À PARIS

RENCONTRES RH DE LA SANTÉ

Cet événement est le premier rendez-vous annuel spécialisé des acteurs des ressources humaines du monde de la santé. Il est organisé par la FHF, sa filiale SPH Conseil et l'Association pour le développement des ressources humaines des établissements sanitaires et sociaux (ADRHESS).

Le programme alternera, sur deux journées, des séances plénières et des conférences thématiques interactives, avec une succession d'interventions d'experts et de retours d'expériences (sujets d'actualité, réformes, problématiques fortes, outils, benchmarking...).

Préprogramme et inscriptions en ligne : www.sphconseil.fr



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

INTERACTIVITÉ

LA FHF SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX



Depuis la mi-février, la FHF est présente sur le réseau de micro-blogging Twitter pour informer en temps réel les médias et les institutions sur ses actualités et ses prises de position. En moins d'une semaine, le compte était suivi par environ 25 abonnés, ou « followers ». Par la même occasion, la FHF a décidé d'augmenter la fréquence des publications sur sa page Facebook, qui enregistre déjà près de 230 « amis » : établissements, institutions, associations et personnels hospitaliers.

POUR NOUS SUIVRE : twitter.com/#!/FHF2012 et www.facebook.com/federationhospitalieredefrance

LE GUIDE

COMMUNICATION

LE SITE DE LA FHF FAIT PEAU NEUVE



Graphisme modernisé, fonctionnalités enrichies : le site www.fhf.fr s'est offert un vrai lifting. Revue de détails des principales nouveautés.

> Une home page éditorialisée

Plus colorée, la page d'accueil met à la Une, les principales actualités, visuels à l'appui, afin d'y accéder plus rapidement. Les autres actualités sont classées par rubriques. Un accès aux dossiers thématiques facilite la navigation. La colonne centrale est consacrée à un double agenda, national et régional, qui met en couleurs les événements FHF et fait la part belle aux informations des régions. À droite, des blocs thématiques présentent les revues, magazines, guides et salons. On peut également découvrir un nouveau module de sondages.

> Des fonctionnalités enrichies

Facebook, Twitter, Viadeo, Messenger, Gmail, Blogger... Les informations du site de la FHF peuvent être partagées sur toutes

ces plate-formes, grâce à un bouton placé en haut à droite. Un fil RSS permet aussi d'être informé en temps réel sur toutes les nouveautés du site.

Par ailleurs, les articles peuvent être imprimés et agrandis pour un plus grand confort de lecture.

Enfin, le bilinguisme fait son apparition sur le site : la rubrique « Fédération » est maintenant accessible en anglais.

> Un nouvel espace médical

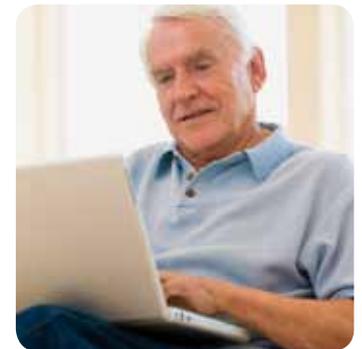
L'espace destiné aux personnels médicaux est agrémenté d'actualités, d'un agenda contextuel et de nouvelles rubriques.

> À venir

Le site va continuer à s'enrichir pour gagner en interactivité. Il comprendra par exemple un forum d'entraide dédié aux hospitaliers.

POUENSAVOIR
Fabien Viry, f.viry@fhf.fr

UN ESPACE « RETRAITÉS » SUR WWW.FHF.FR



À l'occasion du lancement de « 2012, année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle », la FHF a souhaité s'adresser de manière plus structurée et plus régulière à ses retraités. Cette ambition se traduit notamment par la création, sur le site institutionnel de la fédération, d'un espace dédié qui présente des actualités, des informations pratiques et des liens vers des sites ressources. L'objectif de la FHF est de fournir aux retraités hospitaliers des informations sur leur retraite. De plus, comme elle sait que ces anciens professionnels aiment échanger au sujet de leur ancien cadre de travail, elle leur propose également des informations sur l'hôpital. Par le biais de cet espace, la FHF veut aussi témoigner sa reconnaissance aux retraités pour leur engagement.

Cet espace est pour l'instant accessible sur :

www.fhf.fr > **Dossiers > Communication**

Bonne navigation sur votre espace !

+ d'interactions

LE GUIDE

ANIMATION

VENEZ POUSSER LA CHANSONNETTE !

Chantons à tout âge 2012 : appel à participation « Chantons à tout âge » : c'est le nom de la Semaine nationale du chant et de la musique dans les établissements gériatriques avec les personnes âgées, qui se déroule cette année du samedi 19 mai au mardi 29 mai. Initié en 2003 par l'association Culture & Hôpital, en collaboration avec le pôle gérontologique de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), cet événement est ouvert à tout établissement gériatrique souhaitant participer. La semaine « Chantons à tout âge » poursuit quatre objectifs majeurs :

- Créer une nouvelle dynamique de rencontre et d'échanges entre les établissements gériatriques et les partenaires artistiques et culturels ;
 - Valoriser les activités musicales menées par les responsables culturels, les animateurs, les bénévoles et les soignants ;
 - Fédérer les établissements gériatriques et affirmer le rôle de la personne âgée en tant que créatrice de lien au sein de la vie sociale ;
 - Sensibiliser à une réflexion sur la place de la musique dans le soin apporté à la personne âgée.
- 250 établissements se sont inscrits à cette manifestation en 2011. Cette année, comme l'an

dernier, les structures sont appelées à mettre en lumière les atouts de la musique dans le soin. Ils sont invités à organiser deux actions musicales. La première, ouverte sur la ville, est mise en place avec une structure culturelle extérieure (formation musicale, conservatoire, chœurs...) et dans l'intention d'inscrire ce partenariat dans la durée. La seconde, organisée en interne, met en valeur une activité musicale menée régulièrement dans l'établissement (atelier musical, chorale...). Les partenaires de cette semaine musicale sont : la FHF, la FNADEPA, l'ADH, l'AD-PA, le CODERPA, la FNG, Agevillage.com, le Rectorat de Paris, la Confédération Musicale de France, le CNSM de Paris, l'École Normale de Musique, la Maison des pratiques artistiques amateurs, le Centre des musiques actuelles Fleury-Goutte d'Or, les chorales À cœur joie, Les Après-midis chantants et Se-Canto.

> Vous souhaitez participer ? Inscrivez-vous sur www.culturehopital.org avant le 19 avril et retrouvez la liste des musiciens proches de votre établissement.

POURENSAVOIR 

0182093768 ou culturehopital@hotmail.com



26 et 27 septembre 2012
Paris, Espace Charenton

les Rencontres RH de la Santé



1^{ère} édition

Cet événement sera le premier rendez-vous annuel spécialisé des acteurs RH du monde de la santé. Le programme alternera sur deux journées des séances plénières et des conférences thématiques interactives, avec une succession d'interventions d'experts et de retours d'expériences (sujets d'actualité, réformes, problématiques fortes, benchmarking ...).

COMITE SCIENTIFIQUE :

ADRESS, SPH Conseil, FHF, Ministère de la Santé - DGOS, EHESP, ANFH, CNEH, CGOS

Publics

- Directeurs,
- DRH,
- Responsables et Chargés de formations,
- AAH,
- Médecins,
- Directeurs des soins,
- Cadres,
- Directeurs des affaires médicales,
- Institutionnels et experts RH,
- etc.

Thèmes

- Actualités et perspectives RH
- DPC,
- Évaluation professionnelle,
- Qualité de vie au travail,
- Télétravail,
- Dialogue social,
- E-learning,
- La GRH au cœur des coopérations et des restructurations,
- Mobilité,
- Retraite
- Responsabilité sociétale
- Coopérations
- Conditions de travail,
- etc.

inscription en ligne sur www.sphconseil.fr

adRHess



SPH Conseil
Pôle colloques/ formations
Tél : 01 44 06 85 26
www.sphconseil.fr



"Performance,
régularité, fiabilité,
votre épargne
s'appuie
sur du solide."



**Professionnels de la santé, faites le choix
d'une épargne compétitive pour vous et vos proches.**

Le contrat d'assurance vie RES MACSF c'est :

- Une épargne solide depuis plus de 40 ans
- Une épargne primée par la presse professionnelle
- Des frais de gestion parmi les plus bas du marché
- 200 € suffisent à l'ouverture d'un contrat.

Contactez nous au ☎ 3233**
ou 01 71 14 32 33 ou sur macsf.fr

* Taux net de frais de gestion de 0,5% et brut de prélèvements sociaux de 12,1%, pour un encours de provisions mathématiques de 13,67 milliards d'euros, soit un taux de 3,5599% net de prélèvements sociaux. Cet encours représente 88,87 % du total des provisions mathématiques en euro gérées par Macsf épargne retraite.

** Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé



Notre vocation, c'est vous

Mutuelle Assurance Epargne Financement