

Page_04

Perte d'autonomie

Pour un droit universel à la compensation /

Page_15

Éthique:

de l'hémicycle au terrain, des réflexions contrastées /

Page_22

BDHF

Le module « Parts de marché par territoire » /

INTERACTIONS



FHF

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

LE MAGAZINE D'ACTUALITÉ DE LA FHF

Numéro 2_Avril-mai 2011

**Comment faire
vivre les droits
des patients?**





Revue du management et des ressources humaines hospitalières et médico-sociales

analyser

le système hospitalier, son financement, son encadrement juridique, l'organisation des soins.

anticiper

les évolutions du secteur sanitaire, social et médico-social.

découvrir

les enjeux de formation et d'évolution des compétences.

accompagner

les coopérations, les réformes et les cultures professionnelles.

- 20 %

sur l'abonnement papier
avec accès limité aux archives en ligne
www.revue-hospitaliere.fr
et sur l'achat au numéro avec ce bulletin

Société / Établissement : _____

Nom, prénom : _____

Adresse d'expédition (et de facturation si différente) : _____

E-mail (obligatoire pour abo. Internet) : _____

désire un abonnement à la **Revue hospitalière de France**

(6 numéros papier + accès illimité à tous les articles en ligne, archives comprises) au prix de :

- ☐ France - Dom-Tom - Europe/étranger* _____ 133,90 € TTC
- ☐ Abonnés à titre personnel _____ 82,40 € TTC
- ☐ Étudiants, personnels hospitaliers _____ 82,40 € TTC
- ☐ Anciens hospitaliers _____ 67,00 € TTC
- ☐ Hôpitaux locaux, EMS _____ 82,40 € TTC

☐ à l'année civile ☐ à compter de la date de votre commande

Date de votre commande :

* Tarif unique (Dom-Tom, Europe, étranger, exonéré de TVA ; France, Europe si numéro intracommunautaire non précisé : TVA 2,10 % incluse)

BULLETIN D'ABONNEMENT 2011

- 20 % sur l'abonnement papier

Règlement à réception de facture

Fédération hospitalière de France
Revue hospitalière de France
1 bis, rue Cabanis
CS 41402 - 75993 Paris cedex 14

Tél. : 01 44 06 84 35

Fax : 01 44 06 84 36

Mail : rhf.abonnements@fhf.fr



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

Édito

UNE ANNÉE POUR FAIRE PROGRESSER LES DROITS DES PATIENTS

Depuis la loi du 4 mars 2002, d'importants progrès ont été réalisés en ce qui concerne les droits des patients. Des progrès que la Fédération hospitalière de France a accompagnés depuis de nombreuses années, aux côtés des organisations et des professionnels du secteur. Mais beaucoup reste à accomplir. Afin que l'année 2011, « l'année des droits des patients », permette de réelles avancées, nous devons orienter nos actions dans trois directions :

• le renforcement des droits individuels des patients

L'accès au dossier médical doit être facilité, en tenant compte des difficultés liées aux délais de transmission, aux modalités de facturation...; l'égalité d'accès aux soins doit également être mieux garantie, par une organisation territoriale de l'offre de soins qui permette l'accès au service public dans toutes les disciplines; l'accompagnement de la fin de vie doit être assuré à tous y compris aux résidents des Ehpad;

• le développement de la représentation des usagers, par l'engagement institutionnel dans les établissements ou les CRSA, la participation active aux commissions régionales de conciliation et d'indemnisation, ou encore la création de « maisons des usagers ». Votre Fédération associe déjà à ses décisions les représentants des usagers, et leur présence enrichit largement ses débats;

• l'information des usagers

L'information et l'orientation des patients sont devenues des enjeux de société, comme en témoignent les classements de grands hebdomadaires. La FHF a créé *hopital.fr* et *maisons-de-retraite.fr* pour contribuer à l'information des usagers, et ces sites connaissent un réel succès, avec près de 600 000 visiteurs uniques chaque mois. Il est essentiel qu'ils continuent à s'enrichir, car ils portent, eux aussi, nos valeurs. Nous avons la conviction que, loin d'être des obstacles, les usagers peuvent être des leviers de changement. Ainsi, c'est en rendant publique l'information sur les données comparatives régionales qu'on pourra placer la question décisive de l'évaluation de la pertinence des actes médicaux au cœur des préoccupations des pouvoirs publics. Pour toutes ces raisons, il nous appartient ensemble de faire de 2011 une année utile pour les droits des patients.



Le délégué général,
Gérard Vincent



Le président,
Jean Leonetti

Sommaire

Le fil d'info

P.04_Médico-social
P.06_Offre de soins
P.07_Médical
P.08_RH / Europe
P.10_Finances

Grand angle

P.12_Comment faire vivre les droits des patients?
P.15_Éthique: de l'hémicycle au terrain, des réflexions contrastées
P.18_Les coopérations dans le secteur médico-social: pour être plus forts, ensemble!

Le guide

P.20_Agenda
P.21_Communication
P.22_Banque de données hospitalières de France

Le fil d'info

MÉDICO-SOCIAL

PERTE D'AUTONOMIE

POUR UN DROIT UNIVERSEL À LA COMPENSATION

L'ESSENTIEL: La FHF plaide pour la création d'un droit universel à la compensation en cas de perte d'autonomie. Elle propose les 10 grands principes qui devraient présider à ce nouveau droit, reflet de la solidarité nationale face au « 5^e risque ».

1 La perte d'autonomie doit être compensée par un droit universel, quel que soit l'âge de celui qui la subit ou l'origine de celle-ci.

2 Elle doit être accompagnée par une politique de prévention et de complémentarité de l'offre sanitaire et médico-sociale dans chaque territoire, dans le cadre de filières organisées et de réseaux d'acteurs de proximité.

3 La collectivité nationale doit veiller à une plus grande cohérence entre le dispositif d'hébergement, les besoins

des personnes les moins autonomes et leurs ressources financières. La situation actuelle d'ouverture d'établissements principalement privés sous-médicalisés et excluant financièrement la majeure partie de la population ne peut que mener à une impasse.

4 Le « reste à charge » des familles doit être limité aux seules prestations relatives à l'hébergement des personnes, à l'exclusion de la dépendance et des soins qui relèvent de la solidarité et de l'Assurance maladie.

5 Tout doit être mis en œuvre afin de retarder la survenue de la perte d'autonomie. C'est pourquoi le dispositif d'aide à l'autonomie doit s'adresser à l'ensemble des personnes, y compris celles qui disposent encore d'une certaine autonomie (Gir 4). Une

évaluation de ces dispositifs doit être effectuée pour apprécier leur efficacité dans le retard de la survenue de la dépendance.

6 Le socle financier de la couverture de ce droit doit reposer sur la solidarité nationale.

7 Celui-ci peut être complété de manière optionnelle par un partenariat avec le secteur privé de l'assurance, de la prévoyance et de la mutualité, par le biais d'un contrat passé avec les pouvoirs publics garantissant la qualité des prestations et leur évaluation partagée.

8 La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) doit jouer un rôle central dans la gouvernance du 5^e risque en garantissant l'égal accès de tous à des prestations de compensation de qualité.

9 Le « recours sur succession » ne peut constituer le mode de financement habituel car il peut constituer une « double peine » pour les plus fragiles.

10 En revanche, un dispositif de mutualisation par le biais des droits de transmission de patrimoine est de nature à participer au financement des besoins identifiés, en maintenant une couverture large de la population.

La FHF fait partie de deux des quatre groupes qui se réunissent au niveau national sur cette question: celui sur l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées, et celui sur les stratégies de couverture de la dépendance. ●





LUTTE CONTRE LA LÉGIONELLOSE DE NOUVELLES CONSIGNES

Dans sa circulaire n° DGS/EA4/2010/448 du 21 décembre 2010, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) précise le nouveau cadre réglementaire posé par l'arrêté du 1^{er} février 2010 qui a renforcé la surveillance des légionelles dans les installations d'eau chaude sanitaire des établissements médico-sociaux. Cette surveillance est obligatoire pour les Ehpad depuis le 1^{er} juillet 2010 et pour les autres établissements depuis le 1^{er} janvier 2011. La circulaire comprend en annexe un guide d'information destiné aux directeurs d'établissement.

POUR EN SAVOIR + La circulaire est disponible sur le site de la FHF, www.fhf.fr > Dossiers > Vieillesse – handicap > Organisation et gestion des risques dans les établissements

QUALITÉ DE VIE EN EHPAD

LES RECOMMANDATIONS DE L'ANESM

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) a mis en ligne la synthèse de sa première recommandation sur la qualité de vie en Ehpad. Elle concerne le volet de l'accueil de la personne à son accompagnement.

Les travaux de l'Anesm sont encore en cours sur trois autres volets : le cadre de vie et la vie quotidienne, la vie sociale des résidents, l'impact des éléments de santé sur la qualité de vie (travaux à venir).

POUR EN SAVOIR + Cette synthèse ainsi que toutes les autres recommandations de l'Anesm sont disponibles sur anesm.sante.gouv.fr

MALADIE D'ALZHEIMER

L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT RECENSÉE

La Fondation Médéric Alzheimer vient de publier, dans la *Lettre de l'observatoire*, un état des lieux sur les dispositifs d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer.

1 497 accueils de jour sont recensés ; le nombre de places pour 10 000 personnes de 75 ans et plus est passé de 3 à 18 entre 2003 et 2010. Les accueils de jour sont particulièrement développés en Bourgogne, Franche-Comté, Alsace et Poitou-Charentes.

Sur 9 932 établissements pour personnes âgées (Ehpad et USLD), 70 % déclarent accueillir à l'entrée des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

En 2010, peu d'établissements avaient un projet

de Pôle d'activités et des soins adaptés (PASA) ou d'Unités de soins renforcés (UHR) ; et l'objectif du Plan Alzheimer qui prévoyait 600 PASA et 100 UHR à la fin de 2010 n'a pas été atteint. 517 consultations « mémoire » sont recensées mais le délai moyen pour la première consultation est de 50 jours.

Enfin, des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) expérimentales sont présentes dans 17 départements et ont suivi 548 personnes malades l'an dernier.

POUR EN SAVOIR + Cette publication est disponible sur www.fondation-mederic-alzheimer.org

PROTECTION DES MAJEURS

LES ÉTABLISSEMENTS EN MANQUE DE FINANCEMENT

La FHF a été alertée, notamment par les établissements sanitaires et médico-sociaux du territoire de santé n° 7 breton, sur leurs difficultés à faire financer les mesures de protection des majeurs. De ce fait, elle a immédiatement saisi la Direction générale de la cohésion sociale. En effet, la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 réformant la protection juridique des majeurs oblige certains établissements de santé – et les établissements sociaux et médico-sociaux de plus de 80 places – à mettre à disposition des personnes soignées ou hébergées un mandataire judiciaire préposé à l'établissement.

Les établissements concernés sont nombreux à s'organiser pour coopérer et mutualiser les services d'un mandataire (lire Grand angle p. 12). Mais le poids financier de cette nouvelle obligation n'est, à ce jour, pas compensé lorsque les conseils généraux refusent d'intégrer cette charge dans les prix de journée des établissements. C'est pourquoi la FHF a adressé un courrier à la DGCS lui demandant que des solutions soient rapidement trouvées.

POUR EN SAVOIR + Cette lettre est consultable sur le site de la FHF, www.fhf.fr > Dossiers > Vieillesse – Handicap > Budget et tarification

ÉDITION

UN NOUVEAU GUIDE DES MAISONS DE RETRAITE

Un nouveau guide des maisons de retraite, de JTL Éditions, a été publié.

Il a été réalisé dans des conditions qui ont suscité beaucoup d'émotion en raison de sa méthodologie, essentiellement axée sur des critères hôteliers et sur la base de visites des locaux très partielles. La FHF n'a pas apporté de soutien à sa réalisation, laissant à chaque établissement le soin de décider s'il souhaite ou non répondre aux questions posées. Sur le fond, la meilleure réponse à apporter est le développement d'un site Internet de qualité suffisamment attractif pour organiser des partenariats avec les médias. C'est l'enjeu de www.maisons-de-retraite.fr, site de la FHF, dont l'audience a fortement progressé depuis deux mois (25 000 visiteurs uniques chaque mois).

Pour y mettre à jour les informations concernant votre établissement, rendez-vous sur annuaire.maisons-de-retraite.fr/miseajour. Entrez votre identifiant et votre mot de passe. Cliquez sur l'onglet « établissements ». En cas de difficulté, vous pouvez vous adresser à Fabien Viry : f.viry@fhf.fr

OFFRE DE SOINS

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE SROS-PRS

UNE VERSION DÉFINITIVE MAIS PAS SATISFAISANTE

L'ESSENTIEL : La Direction générale de l'offre de soins a publié le guide méthodologique SROS-PRS dans sa version finale, après une réunion de concertation. La FHF a fait part de son désaccord sur certains points.

Dans une circulaire datée du 24 février 2011, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la Santé a diffusé auprès des Agences régionales de santé (ARS) la version définitive de son guide méthodologique des Schémas régionaux d'organisation des soins - Projets régionaux de santé (SROS-PRS). La Fédération hospitalière de France s'était déjà alarmée du calendrier trop serré qu'imposait la première version de ce guide. Elle réitère son désaccord et critique deux autres points : l'attribution des missions de service public, dont la permanence des soins

et la régulation quantitative de l'offre de soins. Sur ce dernier point, la DGOS a annoncé l'abandon d'une régulation quantitative et a proposé un dispositif qui répond, dans ses principes, aux demandes de la FHF, à savoir un pilotage ciblé en lien avec des objectifs d'accès et de pertinence des soins (OROS : objectif de répartition de l'offre de soins). Toutefois, à ce stade, les modalités de mise en œuvre de ce dispositif n'ont pas été détaillées, et la FHF a donc saisi la DGOS en ce sens. La Fédération restera particulièrement vigilante, d'une part, à ce que ce dispositif ne soit pas un frein au développement d'offres de soins publiques sur les territoires et, d'autre part, à ce qu'une réelle concertation soit menée par les ARS dans le cadre d'une instance opérationnelle de suivi de l'activité hospitalière.

PERMANENCE DES SOINS

NON À L'ENQUÊTE

La FHF s'est exprimée clairement auprès de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) contre le projet d'enquête relative à la permanence des soins en établissement de santé (PDSES), en lien avec les conférences des directeurs et des présidents de CME, des CH et des CHU. Plus précisément, elle recommande aux établissements de ne pas répondre au troisième volet de cette enquête. Ce sujet s'inscrit dans le contexte plus général de l'attribution des missions de service public aux établissements de santé.

INDICATEURS DE QUALITÉ

AU PROGRAMME POUR 2010/2012

Dans le cadre d'une approche globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la Haute Autorité de santé (HAS) met en œuvre, depuis 2008, un recueil généralisé d'indicateurs permettant des analyses comparatives à des fins :

- d'évaluation externe, notamment dans le cadre des démarches de certification ;
- de pilotage interne des réorganisations des soins ;
- de diffusion publique d'informations auprès des usagers.

Les résultats des recueils 2010 seront diffusés sur le site Platinex du ministère de la Santé en juin 2011.

Le programme de généralisation des indicateurs de qualité de la HAS 2010/2012 est disponible sur le site de la FHF.

POUR EN SAVOIR + www.fhf.fr, rubrique Dossiers / Offre de soins.

PRÉVENIR LA VIOLENCE

DE LA RÉFLEXION AUX RECOMMANDATIONS

La violence devient une réalité dans de nombreux établissements de santé et médico-sociaux. Ainsi, le nombre de déclarations auprès de l'Observatoire national des violences en milieu hospitalier (ONVH) a significativement augmenté entre 2008 et 2009 (+ 38 %).

Pour aider les établissements à prévenir ces risques et à les gérer, la FHF a organisé une journée de réflexion et d'échanges sur ce thème le 14 avril dernier. En parallèle, elle pilote un groupe de travail pluridisciplinaire pour élaborer des recommandations de type « conduites à tenir » à destination des professionnels.

POUR EN SAVOIR + www.fhf.fr



GREFFE DE SANG DE CORDON

LA FHF AUPRÈS DE L'EFS

La greffe de cellules souches issues du sang de cordon ombilical consiste à remplacer les cellules anormales de la moelle osseuse d'un malade par les cellules saines d'un donneur. Ces greffes sont aujourd'hui utilisées pour

traiter de nombreuses maladies du sang (leucémies, lymphomes...). La greffe est un acte de solidarité fondé sur le don qui exige une rigueur absolue dans la démarche et la pratique. La FHF s'engage aux côtés de l'Établissement

français du sang (EFS), premier opérateur de la collecte de sang de cordon, pour constituer un réseau de maternités avec l'objectif d'effectuer 30 000 prélèvements de sang de cordon à l'horizon 2013.

MÉDICAL

CARDIOLOGIE

UN SUIVI À DOMICILE ÉDUCATIF ET INTERACTIF

L'ESSENTIEL: Le service de cardiologie du CHU de Caen a mis en place un dispositif de suivi clinique à domicile (Scad) pour les patients insuffisants cardiaques après leur hospitalisation. Explications par le Dr Rémi Sabatier, un de ses promoteurs.

En quoi consiste ce dispositif?

L'appareil comprend un écran tactile avec un téléphone intégré. L'écran s'allume chaque matin à 8 h, invitant le patient à répondre au questionnaire, qui prend une dizaine de minutes. Qu'avez-vous mangé hier? Avez-vous des œdèmes? Avez-vous pris du poids? En fonction des réponses, l'appareil affiche des messages de félicitations ou d'alerte et de conseil pour rappeler que certaines eaux gazeuses sont riches en sel par exemple. Les réponses sont aussi consultées à distance par une infirmière. En cas de besoin, si le patient signale un essoufflement par exemple, l'information apparaît en couleur sur l'ordinateur de contrôle de l'infirmière qui lui téléphone alors ou contacte son médecin traitant.

Quel bénéfice avez-vous mesuré depuis sa mise en place?

Après une hospitalisation pour décompensation, près d'un patient insuffisant cardiaque sur deux est réhospitalisé dans les six mois, parce que le suivi d'un régime sans sel ou la surveillance des signes d'alerte demandent notamment un apprentissage difficile. Trois ateliers d'éducation thérapeutique n'y suffisent pas. Nous n'avons pas de résultat officiel – une étude randomisée est en cours –, mais nous estimons déjà que la proportion de réinitialisations est nettement diminuée chez les patients bénéficiant du Scad.

Comment le Scad est-il financé?

L'investissement initial, de l'ordre de 800 000 euros, a été financé pour moitié par le conseil régional, dont je salue l'investissement, et pour moitié par l'Union régionale des caisses d'assurance-maladie (Urcam) et, à l'époque, l'ARH: une collaboration qui est aussi à saluer. Cela recouvrait



l'achat des appareils (au nombre de 200) et des licences à la société canadienne qui a créé l'algorithme pour d'autres maladies chroniques. Son adaptation à l'insuffisance cardiaque a été réalisée en collaboration avec la société canadienne dans le cadre de ce contrat. Le coût de fonctionnement est de 700 euros par patient pour trois mois d'utilisation.

Quels sont vos objectifs aujourd'hui?

Essentiellement de faire bénéficier du Scad à tous les patients éligibles qui en ont la capacité et qui l'acceptent. Aujourd'hui, de 130 à 150 patients l'utilisent chaque année, alors qu'ils sont probablement 500 dans la région à pouvoir en tirer parti et alors que nous disposons des appareils suffisants. Mais actuellement, c'est le temps infirmier nécessaire pour le suivi qui fait défaut...

POUR EN SAVOIR + Contactez le Dr Rémi Sabatier, cardiologue au CHU de Caen, sabatier-r@chu-caen.fr

BIOLOGIE MÉDICALE

UNE FORMATION EN LIGNE EN HÉMATOLOGIE, PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

En 1997, le Pr Corberand, hématologue au CHU de Toulouse, crée un premier programme de formation continue interactif en biologie médicale, en hématologie, par Internet. Ce programme repose sur la technique de « résolution de problèmes ». Un dossier de patient à résoudre est disponible chaque mois. Il présente les circonstances de l'examen, les résultats de la numération, un mur d'images pour réaliser la formule leucocytaire. Le dossier est téléchargé sur le poste de l'utilisateur, ce qui lui permet de travailler quand il le veut, même hors ligne. Dès qu'il valide sa réponse en ligne, la solution du problème apparaît avec un complément de formation sur la pathologie concernée. Puis, l'utilisateur reçoit de son tuteur, par e-mail, un commentaire personnalisé sur son travail. Depuis 2006, grâce à un financement européen, ce programme est proposé en huit langues permettant une diffusion dans 38 pays. Et depuis 2010, deux nouvelles spécialités, en parasitologie et mycologie, se sont ajoutées au programme.

POUR EN SAVOIR + Tout est regroupé sur la plate-forme www.e-medicinimage.eu

URGENCES

UN GUIDE DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES EN POCHE

Plus de confort dans la prescription, c'est le principal avantage du guide des examens complémentaires mis en place au CHRU de Strasbourg. Sa troisième version va paraître dans le courant de ce semestre. Ces 65 pages au format de poche listent tous les examens complémentaires (biologie, radiologie) utiles dans toutes les situations d'urgence, par pathologie d'organe (traumatologie, cardiologie...). Il a été élaboré conjointement par les urgentistes prescripteurs, les radiologues et tous les professionnels concernés, organisés en groupes de travail et s'appuyant sur les référentiels nationaux (HAS) ou internationaux. Avant, « certaines demandes pouvaient être refusées ou provoquer des discussions et donc des tensions et des pertes de temps pour tous. Désormais, quand on demande un examen, la réponse est immédiate, il n'y a plus de discussion », expliquent les prescripteurs. Côté labo et radio, le travail est aussi allégé car le guide a permis de supprimer certaines prescriptions jugées inutiles, comme un grand nombre de radiographies standards (abdomen, gril costal...), d'échographies de la rate ou le dosage de l'amylase, alors que celui des lipases est suffisant.

POUR EN SAVOIR + Vous pouvez contacter le Dr Jean-Philippe Steinmetz, service des urgences adultes de l'hôpital de Haute-pierre, Strasbourg: jean-philippe.steinmetz@chru-strasbourg.fr

RH

TEMPS DE TRAVAIL

NÉGOCIATIONS EN COURS À L'ÉCHELLE EUROPÉENNE

L'ESSENTIEL : La Commission européenne tente, à nouveau, de réviser la directive sur le temps de travail. Mais le bât blesse notamment en ce qui concerne le temps de travail, gardes comprises, des médecins hospitaliers français. Le point sur les échanges en cours.

Une révision de la directive sur le temps de travail datant de 1993 a été engagée par la Commission européenne en 2004. Cinq ans plus tard, les négociations entre le Parlement européen et le Conseil de l'Union européenne ont été abandonnées, faute pour les colégislateurs européens de s'entendre sur cette révision et principalement sur la clause d'*opt-out* individuel permettant de dépasser la durée maximale hebdomadaire de travail fixée à 48h.

CONSULTATION DES PARTENAIRES SOCIAUX

La Commission européenne a amorcé en 2010 un nouveau processus de révision de cette directive. Une première phase de consultation a été lancée en mars 2010 auprès des partenaires sociaux européens. En parallèle, une étude a été confiée par la Commission européenne à un cabinet de consultants pour comprendre comment la directive avait été transposée et la jurisprudence intégrée dans quelques pays.

AU-DELÀ DE 48 H HEBDOMADAIRES

La Fédération hospitalière de France a été associée à cette étude. À ce stade, les représentants des travailleurs et des employeurs n'ayant pas manifesté de désir commun d'engager un dialogue sur les questions soulevées, la Commission européenne a publié le 21 décembre 2010 une communication qui fait état des résultats de la première phase de consultation et de l'étude. La Commission estime notamment qu'« en France, le manque de clarté des dispositions relatives à la durée de travail des médecins semble avoir généré une pratique où les médecins des hôpitaux publics, rien qu'en effectuant leur service normal, dépassent déjà la limite des 48 heures » hebdomadaires. Il reste néanmoins que la France a mis en place la clause de l'*opt-*



out afin de prendre en compte les exigences particulières du service public assuré par les hôpitaux en matière d'offre de soins continue aux patients. Dans ce cadre, les praticiens bénéficient du paiement de plages additionnelles et de temps de récupération destiné à garantir de bonnes conditions de travail et de santé.

Au vu des premiers résultats de cette consultation, la Commission européenne a présenté deux possibilités de révision : l'une ciblée sur le temps de garde et le repos compensateur, et l'autre privilégiant une révision globale.

INSTAURER UNE DÉLÉGATION

Dans l'option de révision ciblée, la Commission réaffirme le principe selon lequel l'intégralité du temps de garde doit être reconnu comme du temps de travail mais propose d'« instaurer une dérogation, limitée aux secteurs où la continuité de service est nécessaire, ce qui permettrait de comptabiliser les périodes de garde différemment (c'est-à-dire pas toujours sur une base horaire mais selon un principe d'équivalence), sous réserve que certaines limites hebdomadaires ne soient pas dépassées et pourvu que

les travailleurs concernés bénéficient d'une protection appropriée ». Pour la Commission européenne, cette solution ne requiert pas d'introduire une nouvelle distinction entre périodes de garde « actives » et « inactives ».

La seconde phase de consultation s'est achevée en mars 2011. Les partenaires sociaux ont donc fait connaître à la Commission leur position quant aux différentes options de modification de la directive et quant à la procédure à suivre. Les partenaires sociaux européens peuvent en effet décider d'entamer eux-mêmes des négociations sur ces questions, comme prévu à l'article 155 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne.

S'ils ne parviennent pas à s'accorder, la Commission européenne entamera la préparation d'une proposition législative visant à modifier la directive et réalisera une évaluation détaillée de l'impact des changements proposés. Une nouvelle loi pourrait être adoptée dès l'achèvement de l'évaluation d'impact, prévu pour le troisième trimestre 2011. Elle devrait alors être soumise au Conseil et au Parlement pour examen et possible adoption.

DONNÉES TÉLÉPHONIQUES

COMMUNICATION
À L'EMPLOYEUR OU PAS?

Aucune disposition réglementaire ou jurisprudence n'impose aux agents de communiquer leur numéro de téléphone personnel à leur employeur. Toutefois, l'employeur peut légitimer sa demande en se référant aux recommandations de la CNIL prévues dans le cadre d'une pandémie grippale, par exemple et à ses délibérations (notamment la délibération n° 46) qui ont valeur réglementaire. La CNIL rappelle à cette occasion que ces informations personnelles doivent être communiquées par le salarié sur la base du volontariat.

Par ailleurs, une réponse ministérielle à une question écrite du 22 octobre 1984 précise que « certains personnels non médicaux des établissements d'hospitalisation publics, logés par nécessité de service, doivent à tour de rôle assurer une astreinte à domicile afin de répondre

rapidement aux urgences éventuelles: il s'agit des personnels de direction et des pharmaciens résidents. Le numéro de téléphone de leur domicile est donc obligatoirement connu de l'établissement. En revanche, aucune disposition réglementaire ne permet d'obliger les autres catégories d'agents à communiquer à leur employeur le numéro de téléphone de leur domicile personnel. Une telle communication ne peut être effectuée qu'à titre volontaire. »

Ces arguments peuvent donc être communiqués au comité technique d'établissement (CTE) pour compléter le règlement intérieur et y préciser que la direction souhaite disposer des numéros de téléphone pour assurer la continuité du service public en cas d'absences imprévues et afin de permettre la mise en œuvre d'un plan blanc efficace.



EUROPE



DIRECTIVE

DES SOINS
TRANSFRONTALIERS
PLUS SÛRS

Les États membres et le Parlement européen ont approuvé un projet de directive clarifiant les droits des patients qui souhaitent obtenir des soins non urgents dans d'autres États membres. Cette directive devra être transposée dans les législations nationales dans un délai de 30 mois.

CANCER COLORECTAL

UN GUIDE DES BONNES
PRATIQUES

La Commission européenne a publié ses bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic du cancer colorectal. Ce document constitue le troisième volet d'un triptyque concernant les cancers du sein et ceux du col de l'utérus.

POUR EN SAVOIR + www.ec.europa.eu
« European guidelines for quality assurance
in colorectal cancer screening and diagnosis »

SANTÉ PUBLIQUE

PROGRAMME
DE TRAVAIL 2011

La Commission européenne a publié son programme de travail 2011 en santé publique le 3 mars dernier. Avec un budget de 47,06 millions d'euros, il poursuit toujours trois grands objectifs: améliorer la sécurité sanitaire des citoyens; promouvoir la santé, dont la réduction des inégalités de santé; produire et diffuser des informations et des connaissances en matière de santé.

POUR EN SAVOIR + www.ec.europa.eu

MORTALITÉ DUE AUX SOINS

UNE ÉTUDE DE L'OCDE

Une étude méthodologique et statistique de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) sur la mortalité dans le cadre des soins a été réalisée dans 31 pays de l'OCDE. Elle vise à évaluer le potentiel du concept de « mortalité dans le cadre des soins » dans la performance des systèmes de santé et présente des estimations de cette conception dans 31 pays de l'OCDE sur la période 1997-2007.

POUR EN SAVOIR + www.oecd.org « Mortality
amenable to health care in 31 OECD countries:
estimates and methodological issues »

FINANCES

TARIFICATION À L'ACTIVITÉ

LES VRAIS CHIFFRES DE LA CAMPAGNE 2011

L'ESSENTIEL: La FHF a décrypté la campagne 2011 de la T2A. Elle met en évidence un traitement inéquitable entre secteur public et secteur privé lucratif.

Au-delà de la rigueur affichée, une analyse approfondie amène d'autres commentaires:

- **dans le secteur public:** 149 tarifs augmentent tandis que 2 244 diminuent. 90 % des GHM (Groupes homogènes de malades) de chirurgie diminuent;

- **dans le secteur privé:** 1 009 tarifs augmentent tandis que 1 342 diminuent. 84 % des GHM de chirurgie augmentent;

- **la convergence ciblée** concerne 193 GHM, 60 % d'entre eux relèvent de la chirurgie;

- **l'évolution technique de la CMD 14** (obstétrique) est finalisée mais sa mise en œuvre, appelée par la FHF pour 2011, a été reportée à 2012 (lire encadré). Affiché à 3,1 %, le taux d'évolution des Migac, les

ZOOM SUR LA CMD 14 (OBSTÉTRIQUE)

La mise en œuvre de la classification qui intègre les niveaux de maternité a été reportée à 2012, en dépit des réclamations de la FHF (lire *Interactions* n° 1). La DGOS a annoncé une compensation à hauteur de 11 millions d'euros. En 2011, dans le secteur public, tous les GHS d'obstétrique diminuent de 0,6 %, à l'exception de la césarienne sans complication (+ 0,4 %).

Les 11 millions d'euros promis seront dès lors largement amputés. Parallèlement, dans le secteur privé, deux tiers des GHS diminuent de 0,10 %, le dernier tiers augmente d'environ 0,8 %, et l'avortement en ambulatoire augmente de 31 %. Sur ce seul GHS, et à *case-mix* identique, le gain financier s'élève à environ 1 million d'euros. Le solde sera donc positif.



missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, objectif à objectif, est en réalité de 1,86 %. Après correction du changement de périmètre (financement des internes), il passe à

1,01 %, mais cela n'intègre pas le « débasage » lié au financement de la permanence des soins (60 millions d'euros). Le gel annoncé de 350 millions d'euros minorera d'autant ce taux.

ENQUÊTES

LA RÉFORME DU FINANCEMENT DU SECTEUR SSR EN MARCHÉ

Plusieurs enquêtes visant à définir les futurs compartiments de financement sont annoncées pour le printemps 2011 :

- enquête Plateaux techniques et ateliers d'appareillage (sup-

ports en ligne sur le site de la FHF, préalablement au lancement officiel);

- enquête Molécules onéreuses;
- enquête MIG, notamment éducation thérapeutique, scolarisation des jeunes patients

et accueil des parents.

La FHF vous invite à faire preuve de la plus grande rigueur lorsque vous remplissez ces enquêtes afin de décrire au mieux les spécificités du secteur public.

JUSTICE

LES CONTRÔLES T2A EN QUESTION

La FHF vous invite à prendre connaissance d'une décision d'un tribunal administratif annulant une délibération par laquelle une commission de contrôle (ex-COMEX) d'une ARH avait prononcé une décision de sanction financière à l'encontre d'un établissement.

À LIRE sur www.fhf.fr, Espace adhérents.

ÉPISTOLAIRE

LA FHF S'ADRESSE AU MINISTÈRE

La FHF se fait le porte-parole des préoccupations de ses adhérents. Elle a adressé plusieurs courriers au ministère en charge de la Santé afin de l'alerter sur:

- la sous-valorisation des activités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue;
- les difficultés relatives à la facturation et la prise en charge des transports sanitaires: SMUR secondaires, transports psychiatriques et transports depuis les établissements de SSR;
- les contrôles de l'Assurance maladie, dans un courrier commun demandant la réécriture du décret « sanctions » signé des quatre fédérations: FHF, FHP-MCO, FFCLCC et FEHAP.

POUR EN SAVOIR + Ces documents sont disponibles sur www.fhf.fr, Espace adhérents.

ATIH

DOCUMENTATION TECHNIQUE EN LIGNE

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a mis en ligne plusieurs documents:

- la notice technique Campagne tarifaire 2011;
- l'arrêté PMSI-HAD et le guide méthodologique;
- l'arrêté PMSI-MCO et le guide méthodologique;
- le guide méthodologique et la liste des médicaments traceurs de l'ENCC SSR.

POUR LES CONSULTER www.atih.sante.fr



Sur Internet

- > www.fhf.fr: toute l'actualité de la FHF
- > www.bdhf.fhf.fr: la banque de données hospitalières de France
- > www.hopital.fr: l'information hospitalière pour le grand public
- > www.maisons-de-retraite.fr: les Ehpad publics et associatifs
- > www.sphconseil.fr: les manifestations, colloques, formations...

Grand angle

12



Organisation

COMMENT FAIRE VIVRE LES DROITS DES PATIENTS ?

Accès au dossier médical, personne de confiance, consentement... Les droits des patients sont encore méconnus de nos citoyens et des professionnels de santé. Alors que la loi de 2002 sur les droits des malades fête ses neuf ans, le ministère de la Santé a fait de 2011 l'année des patients et de leurs droits, pour mieux faire respecter ces droits sur le terrain. /

15



Médical

ÉTHIQUE: DE L'HÉMICYCLE AU TERRAIN, DES RÉFLEXIONS CONTRASTÉES

Alors que la révision des lois de bioéthique entre dans sa phase ultime, sur le terrain, l'éthique clinique tente au quotidien d'éclairer les décisions à prendre, parfois douloureuses. Un équilibre subtil, fruit de réflexions collégiales, à repenser à chaque nouvelle situation. /

18



Médico-social

LES COOPÉRATIONS DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL: POUR ÊTRE PLUS FORTS, ENSEMBLE!

Optimiser l'offre de soins et son coût, élaborer des stratégies communes, ce sont quelques-uns des objectifs des coopérations qui se développent entre les établissements du secteur social et médico-social et le secteur sanitaire. L'un des gages de réussite: partir du projet et de ses objectifs pour choisir l'outil juridique adapté. /

ORGANISATION | Accès au dossier médical, personne de confiance, consentement... Les droits des patients sont encore méconnus de nos citoyens et des professionnels de santé. Alors que la loi de 2002 sur les droits des malades fête ses neuf ans, le ministère de la Santé a fait de 2011 l'année des patients et de leurs droits, pour mieux faire respecter ces droits sur le terrain. /

Comment faire vivre les droits des patients ?

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie permet à toute personne majeure de rédiger des directives anticipées. Il s'agit d'instructions écrites que donne par avance une personne majeure consciente, pour le cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté.

Nous avons la chance, dans notre pays, de ne pas avoir à écrire l'histoire des droits des patients sur une page blanche. Pour autant, il est essentiel de capitaliser ces acquis et de faire en sorte que chacun puisse bien connaître ses droits pour mieux se les approprier. C'est par ces mots que Nora Berra, secrétaire d'État à la Santé, a ouvert le colloque de lancement de l'année 2011 des patients et de leurs droits. Organisé au Conseil économique, social et environnemental le 4 mars dernier à Paris, ce colloque marquait, selon Nora Berra, « l'aboutissement d'une prise de conscience collective et d'une volonté de dresser le nécessaire bilan d'une décennie de réflexion et d'efforts, pour mieux faire reconnaître les droits des patients ». Neuf ans après la promulgation de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, une enquête TNS-Sofres¹, dévoilée lors

du colloque, montre que ce texte fondateur reste largement ignoré des professionnels de santé. S'ils se déclarent « très spontanément » favorables aux droits des patients, ils émettent également un certain nombre de réserves. Ils craignent notamment que la formalisation de ces droits ne dégrade la relation médecin-patient et ne remette progressivement en cause leur statut, avec en toile de fond, le risque de judiciarisation. Ils évoquent aussi des freins dans l'application des droits des patients : le manque de temps et de moyens matériels, de coordination et de cohésion, d'information et de formation, la résistance de certains praticiens et leur réticence à modifier des « pratiques ancrées depuis longtemps ». Au-delà de ces freins transversaux, deux lieux cristallisent les critiques en matière de non-respect des droits des patients : les services hospitaliers (notamment en ce qui concerne les soins de base) et les maisons de retraite, avec de très nombreuses évocations de la maltraitance des personnes âgées dépendantes.

LA FHF À VOS CÔTÉS

- En 2002, la FHF a élaboré un guide méthodologique sur « Les droits des patients dans la loi du 4 mars 2002 ».
- En 2005, la FHF a conduit avec la Haute Autorité de santé une conférence de consensus sur le thème « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité ».
- En 2008, la FHF a publié un « Guide pratique bientraitance / maltraitance à l'usage des établissements et institutions ».
- Depuis 2007, la FHF organise chaque année des Rencontres de la communication hospitalière. La communication au service des droits des patients était notamment au programme des Rencontres 2011 qui se sont déroulées les 6 et 7 avril.
- La FHF renouvelle son soutien au colloque « Participation des usagers dans les établissements de santé » dont la 2^e édition se tiendra le 9 mars 2012 à la Cité des sciences, à Paris. Plus d'informations à venir sur www.fhf.fr

LE REGARD DES PROFESSIONNELS

Les droits des patients ne sont pas tous appréhendés de la même manière par les professionnels de santé, comme le révèle aussi ce sondage. Leurs perceptions permettent d'élaborer une typologie de ces droits.

→ Certains droits sont perçus comme fondamentaux et leur application ne pose pas de problème :

- le droit au respect de la personne (dignité, intimité, respect de la vie privée);
- le droit à l'égalité de tous en matière de protection de la santé;
- les droits garantissant l'information sur les conditions du séjour;
- le droit de rédiger des directives anticipées;
- le droit d'être entendu par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs.

**POINT DE VUE |**

Jean Leonetti, président de la Fédération hospitalière de France, s'est exprimé lors des dernières Rencontres de la communication hospitalière. Extraits.

"L'hôpital promeut désormais la transparence, dans le respect de la pudeur et de l'intimité que nous devons à nos patients"

70 % des usagers

ne connaissent pas leurs droits.

Selon un sondage BVA de septembre 2010*, 70 % des Français répondent « non » lorsqu'on leur demande s'ils ont le sentiment de savoir quels sont leurs droits. Pour lire les résultats de ce sondage: www.sante.gouv.fr

* Sondage BVA « Les Français et les droits des patients », réalisé les 10 et 11 septembre 2010 auprès d'un échantillon de 962 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

En cette année 2011 des droits des patients, je veux saluer les initiatives portées dans les établissements sanitaires et médico-sociaux pour se saisir des nouveaux outils Internet afin de mieux communiquer avec les usagers: création de sites, de vidéos virales pour favoriser le recrutement, utilisation des médias sociaux... Plus que dans tout autre domaine, il est essentiel de nouer des liens approfondis sur Internet, et je veux saluer le succès d'hospital.fr et de maisons-de-retraite.fr, les sites

d'information et d'orientation à destination du grand public, bâtis avec le FEHAP, la FNCLCC et la Croix-Rouge... En donnant une information pertinente et objective sur nos établissements, ces sites se sont imposés en moins de trois ans comme une référence pour qui souhaite s'orienter dans le système de santé, bien loin du sensationnalisme de certains médias. L'hôpital promeut désormais la transparence, dans le respect de la pudeur et de l'intimité que nous devons à nos patients.

→ Les droits approuvés par une majorité de professionnels, mais dont le respect doit être amélioré:

- les droits garantissant le libre choix de l'établissement de santé et la continuité des soins, difficilement applicables notamment en zone rurale;
- le droit au soulagement de la douleur et le droit à une vie digne jusqu'à la mort qui soulèvent les difficiles questions de la fin de vie et de l'euthanasie dont les contours semblent particulièrement flous;
- le droit de désigner une **personne de confiance**: un droit qui semble très théorique.

→ Les droits dont l'application reste imparfaite:

- le droit au respect des croyances et des convictions pose le plus de problèmes au quotidien et son principe est souvent remis en question;
- le droit à l'information directe (information sur son état de santé et accès direct à son dossier médical) suscite des réserves de la part des médecins qui évoquent des situations dans lesquelles les patients ne sont pas en mesure de recevoir les informations. Ils estiment que leur présence est indispensable au moment de la consultation du dossier;
- le droit de ne pas être informé sur son état de santé ou de refuser un traitement;
- le droit de la personne au secret des informations la concernant: un droit qui peut ponctuellement mettre le professionnel de santé en difficulté, par exemple quand le patient lui interdit de prévenir les proches alors qu'ils courent un risque au contact du malade;
- le droit de demander réparation amiable d'un préjudice subi qui suscite la crainte d'une « américanisation » de la société et d'abus de la part de certains patients;
- le droit de la personne à participer activement aux décisions la concernant qui suscite des craintes notamment de la part des médecins.

La loi du 4 mars 2002 introduit la notion de **personne de confiance**. Il s'agit d'une mesure innovante permettant à toute personne majeure de désigner une personne habilitée à être informée et consultée lorsque le patient se trouve hors d'état d'exprimer sa volonté et à l'accompagner durant son séjour hospitalier.

C'est une notion qui recouvre un ensemble d'attitudes et de comportements positifs et constants de respect, de bons soins, et d'aide envers des personnes en situation de vulnérabilité ou de dépendance.

TROIS RAPPORTS PRÉPARATOIRES

Pour préparer le dispositif « Année 2011 des droits des patients », nourrir la réflexion et proposer des pistes d'action, le ministère de la Santé a lancé trois missions qui ont rendu leur rapport le 24 février dernier. Ces travaux peuvent être consultés sur l'espace « usagers » du site du ministère de la Santé.

- La mission « Faire vivre le droit des patients » a brossé un tableau très complet des droits individuels et collectifs pour apprécier leur visibilité. Elle propose une centaine de mesures concrètes. Par exemple: ouvrir la formation initiale des médecins aux droits des malades, au droit de la responsabilité médicale, et à l'annonce d'un dommage lié aux soins ou créer un conseil national des usagers du système de santé.
- La mission « La **bienveillance** à l'hôpital » a identifié des outils nécessaires au déploiement de la bienveillance dans les établissements de santé (formation interne, organisation d'états généraux, lancement d'un programme national de développement de la bienveillance).
- La mission « Les nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé » s'est penchée sur les évolutions de l'organisation des soins. La mission propose la création d'un portail web d'accès à l'information santé, la remise au patient d'un « plan de soin » personnalisé qui détaillerait la prise en charge des soins par les différents professionnels, comme cela se fait déjà pour les patients atteints d'un cancer.

QUATRE ENJEUX FORTS

Les 190 recommandations de ces trois missions vont désormais irriguer l'ensemble des actions de l'année 2011. La secrétaire d'État Nora Berra a précisé les quatre grands enjeux de cette .../...

Comment faire vivre les droits des patients ?

mobilisation. Premier enjeu : une plus forte implication des professionnels de santé dans la promotion des droits des patients. Beaucoup de professionnels sont d'ailleurs prêts à s'y investir comme l'atteste une récente étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)². Deuxième impératif : une vigilance accrue face au déploiement des nouvelles technologies et aux nouveaux outils de soins. La télémédecine n'est pas adaptée à tous les patients et ne doit pas faire perdre de vue l'importance du colloque singulier dans la relation patient-médecin. Troisième point : la transparence de l'offre de soins. Les patients manquent d'informations pour s'orienter dans le système de soins et choisir, en toute connaissance de cause, le professionnel ou la structure de soins dont ils ont besoin. L'objectif, à terme, est de mettre à la disposition des usagers une sorte de « GPS Santé ». Enfin, quatrième et

dernier enjeu : dynamiser la démocratie sanitaire en impliquant les représentants des patients et des usagers dans les dispositifs de contrôle et de recours. Un comité national de suivi doit bientôt voir le jour pour mettre en place un plan d'actions concrètes et mobiliser les professionnels. Parallèlement, les initiatives exemplaires, issues du terrain, en faveur de la promotion des droits des patients pourront être labellisées et récompensées lors de la 2^e édition du Prix des droits des patients.

1. Enquête qualitative menée auprès de 40 professionnels de santé, en entretiens individuels semi-directifs d'une heure à une heure trente, entre le 2 et le 14 février 2011.

2. Drees, *Études et résultats* n° 753, 17 février 2011.

POUR EN SAVOIR +

www.2011-annee-droits-patients.sante.gouv.fr

TÉMOIGNAGE



Christine Gayte,
cadre supérieur de santé à l'hôpital Elisée Charra à Lamastre (Ardèche)



L'hôpital local Elisée Charra est situé en zone rurale de montagne de l'Ardèche centrale. Il a une capacité de 189 places.

NOUS AVONS PRÉFÉRÉ LE TERME DE « BIENVEILLANCE » À CELUI DE « BIENTRAITANCE »

C'est la démarche d'accréditation de notre établissement public de santé en 2003, puis celle de sa certification, en 2007, qui nous ont amenés à mettre en place une formation-action pour la prévention de la maltraitance. Initiative qui nous a valu de recevoir le prix « Qualité-sécurité 2010 » de la Journée qualité et sécurité des soins en Rhône-Alpes ! Notre positionnement initial a été de promouvoir la bienveillance plutôt que la bientraitance, car dans bienveillance, il y a le mot « veille ». Or, dans nos professions en lien avec des personnes vulnérables – nous travaillons dans le champ de la

gérontologie –, toute situation peut vite devenir maltraitante. Cela suppose par conséquent d'avoir toujours conscience de nos actes et de nous questionner régulièrement sur nos pratiques. Notre souci était aussi que tous les membres du personnel (sanitaire et médico-social), de l'agent de service au directeur, puissent bénéficier d'une formation de six jours portant sur la prévention et le traitement des situations de maltraitance. Une cinquantaine de salariés y a déjà participé. Deux groupes de travail ont pu être constitués parmi les personnes formées pour bâtir avec eux la démarche

de bientraitance : l'un chargé de l'élaboration d'une charte de bonnes pratiques et d'un protocole de signalement, le second responsable de la communication et de la sensibilisation des équipes. La charte de bienveillance est désormais affichée dans les services de soins et à l'entrée de l'établissement. Ses grands principes sont repris dans un livret de la bientraitance qui a été remis à chaque agent avec son bulletin de salaire. Le groupe en charge de la communication a créé un calendrier de la bientraitance trimestriel, affiché dans les salles de soins. Ses thèmes sont choisis en référence à la charte

et illustrés de photographies en situation. Par exemple, on peut y lire qu'il faut laisser son téléphone portable au vestiaire, qu'on ne discute pas avec sa collègue pendant un soin, etc. Une nouvelle action de formation est prévue en 2011. Par ailleurs, nous allons créer un groupe éthique afin d'intégrer ce souci de la bienveillance dans un projet de soins plus global.

POUR EN SAVOIR +

Revue hospitalière de France n° 538.
Janv.-fév. 2011, pages 54 à 57 : « Qualité-sécurité des soins et bientraitance : démarche d'un hôpital de proximité », Christine Gayte. À lire sur <http://rhf.fhf.fr>

MÉDICAL | Alors que la révision des lois de bioéthique entre dans sa phase ultime, sur le terrain l'éthique clinique tente au quotidien d'éclairer les décisions à prendre, parfois douloureuses. Un équilibre subtil, fruit de réflexions collégiales, à repenser à chaque nouvelle situation. /

Éthique: de l'hémicycle au terrain, des réflexions contrastées

Recherche sur les embryons, extension de l'assistance médicale à la procréation, diagnostic anténatal poussé toujours plus loin : les progrès de la recherche scientifique et l'évolution de la société ne cessent de bousculer les certitudes et poussent les professionnels de santé, les soignants et, enfin, tous les citoyens à s'interroger sur la finalité de la pratique médicale. En 2004, date de la dernière révision des lois de bioéthique, le texte

avait affirmé l'interdiction de la recherche sur l'embryon tout en instituant un système dérogatoire expérimental, pour une période de cinq ans. Sept ans plus tard, l'ouvrage est de nouveau sur le métier. Après deux années, 2009 et 2010, consacrées à des États généraux de la bioéthique et à de nombreux débats publics à travers la France, le texte de loi a été inscrit en ce début d'année à l'ordre du jour du Parlement. Il a été adopté, en première lecture, par l'Assemblée nationale le 15 février dernier. Le passage devant le Sénat ne devait pas avoir lieu avant le mois d'avril, au mieux.

CE QUI CHANGE DANS LA LOI BIOÉTHIQUE

- La dérogation à l'interdiction de la recherche sur l'embryon s'étend à l'espoir de progrès « médicaux », et non plus seulement « thérapeutiques » et cette dérogation devient illimitée dans le temps.
- Le cercle des donneurs potentiels d'organes, de leur vivant, est élargi au-delà de la famille proche.
- Le don croisé d'organe est désormais possible : lorsqu'il existe une incompatibilité médicale au sein d'un couple donneur-receveur et qu'un autre couple donneur-receveur présente une compatibilité avec le premier, cette solution peut être proposée.
- L'accès à la procréation médicalement assistée (PMA) s'assouplit pour les couples non mariés. Ils n'auront plus à faire la preuve de deux ans de vie commune.
- Le don de gamètes est désormais ouvert aux femmes et aux hommes n'ayant jamais procréé.
- Le transfert d'embryon post mortem est désormais autorisé sous certaines conditions, ainsi que la vitrification des ovocytes, dans l'espoir notamment de diminuer le nombre d'embryons congelés.
- Le principe de l'utilisation allogénique¹ de certaines cellules du sang de cordon ombilical et du sang placentaire est affirmé.

1. C'est-à-dire pour une autre utilisation que celle à laquelle elles sont destinées à l'origine.

LE CHANGEMENT DANS LA CONTINUITÉ

« Il n'y a pas de grand bouleversement, l'architecture du texte est maintenue », constate Julien Marrocchella, chercheur au Centre de recherche et d'analyse juridique de l'Université de Pau et des Pays de l'Adour. Dans le cadre de cette révision, le législateur a en effet estimé que l'équilibre actuel était satisfaisant pour l'essentiel, et que chaque révision ne devait pas rimer avec révolution. La loi a donc été travaillée sur des points précis, avec des aménagements au cas par cas. Ainsi, les grands principes sont réaffirmés : interdiction de la gestation pour autrui, maintien de l'anonymat du don de gamètes, maintien de l'interdiction de la recherche sur l'embryon et sur les cellules souches embryonnaires. Les modifications apportent un assouplissement sur certains sujets

Mais au-delà de cet aspect législatif se cache une éthique clinique : celle qui se pratique au quotidien, au sein des établissements de santé, au contact des malades, de leurs proches, et face à des situations humaines, qui, malgré l'urgence et à cause de la détresse qu'elles suscitent, méritent des réflexions calmes, indépendantes et nourries d'avis variés.

Depuis bientôt dix ans, « nous sommes présents sur le terrain, non pas pour dire l'éthique, mais pour accompagner et éclairer,

Éthique: de l'hémicycle au terrain, des réflexions contrastées



au cas par cas, les décisions "éthiquement" conflictuelles qu'ont à prendre les équipes soignantes avec les malades eux-mêmes ou leur famille », confirme ainsi Véronique Fournier, qui fut à l'origine du tout premier service d'éthique clinique en France. Dans la continuité de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, le Centre d'éthique clinique est ainsi né du sentiment que « l'attitude paternaliste de la médecine n'était plus admise par les malades », explique Véronique Fournier, qui poursuit : « Nous voulions aller voir sur le terrain comment se nouent et se dénouent ces situations extrêmes et aider au dialogue permettant leur meilleur dénouement ». L'approche est résolument casuistique et pluridisciplinaire, regroupant des soignants mais aussi des sociologues, des philosophes, des économistes et des acteurs du monde associatif. « Il fallait sortir la médecine de son isolement, alors que la société évolue et pose des questions en lien direct avec les progrès enregistrés par la recherche », souligne Véronique Fournier.

Par exemple, « les familles sont confrontées à la possibilité d'investigations toujours plus poussées en matière de diagnostic

INITIATIVE

LA CONSULTATION D'ÉTHIQUE CLINIQUE DU CHU DE NANTES « LA CONCRÉTISATION D'UNE VÉRITABLE DÉMOCRATIE SANITAIRE »

La consultation d'éthique clinique du CHU de Nantes est née en 2009 de la volonté du Pr Gérard Dabouis, praticien hospitalier et professeur des universités, son responsable. « Dans mon parcours en cancérologie, j'ai été confronté à la fin de vie. Si la démarche palliative a constitué un progrès important, elle me paraissait insuffisante », explique-t-il. Quand la loi du 4 mars 2002 proclame le principe d'autonomie et la revendication pour toute personne malade d'être acteur, codécideur et coresponsable des soins, il craint qu'on ne passe « d'une relation teintée de paternalisme entre le

soignant et le soigné à une relation uniquement contractuelle. L'éthique clinique s'inscrit dans une démarche entre deux dans laquelle la personne concernée et les soignants construisent ensemble une véritable codécision. »

Après cinq années de formation auprès du Centre d'éthique clinique de l'hôpital Cochin, à Paris, Gérard Dabouis monte l'unité fonctionnelle du CHU de Nantes. « Bien souvent, ce sont les soignants eux-mêmes, plus que les médecins, qui, mis en difficulté par le malade ou sa famille, saisissent la consultation d'éthique clinique », constate-t-il.

Dans un premier temps, un binôme constitué d'un soignant et d'un non-soignant (philosophe, sociologue, économiste ou représentant de la maison des usagers) rencontre toutes les parties. Il s'agit alors, à partir d'un cas précis et toujours unique, d'identifier les questions éthiques posées. Dans un deuxième temps, une équipe multidisciplinaire, composée elle aussi de soignants et de non soignants, étudie le cas, échange, dialogue « pour écouter, découvrir d'autres points de vue, explique Gérard Dabouis. Nous ne nous réunissons pas pour dire le bien et le mal, mais pour tenter de

donner un éclairage sur une situation précise. » Bien souvent, le fait même d'avoir échangé « fait avancer le point de vue de chacun », constate-t-il. Ainsi, à ce stade de la consultation, « la réflexion se construit, transcendant les différents regards », explique Gérard Dabouis. De ce dialogue émerge une construction qui, loin d'être une succession de points de vue, dépasse chacun. La restitution écrite des échanges est présentée comme une aide à la décision, « la consultation éthique ne se substituant pas à la responsabilité du médecin ou de l'équipe », précise Gérard Dabouis.



Pr Gérard Dabouis,
praticien
hospitalier
et professeur
des universités

“ Nous ne nous positionnons pas en termes de bien et de mal. ”

prénatal, posant à tous la question : jusqu'où faut-il aller ? avec quelles conséquences ? », observe Véronique Guienne, professeur à l'université de Nantes. Sociologue¹, elle intervient dans la consultation d'éthique clinique du CHU de Nantes (Voir l'encadré « Initiative »).

DÉBUT ET FIN DE VIE

Les questions soumises aux équipes d'éthique clinique touchent le plus souvent à la naissance et à la mort, ou à la fin de vie. Faut-il laisser évoluer une grossesse chez une jeune femme atteinte d'une schizophrénie grave, alors que ses parents demandent l'interruption médicale de grossesse ? Est-il légitime de poursuivre la réanimation chez un transplanté alors que les proches demandent l'arrêt du traitement et que l'équipe soignante pense que cela vaut la peine de poursuivre ? Tels sont les cas abordés. Sans nier l'importance de la réflexion sur l'éthique médicale et la bioéthique, l'éthique clinique, inscrite dans le quotidien, fait face, elle, à la « violence de la maladie », souligne Gérard Dabouis, responsable de la consultation d'éthique clinique du CHU de Nantes. « *Devant ces questions, nous ne nous positionnons pas en termes de bien et de mal*, explique Gérard Dabouis, *nos réponses sont d'ordre relatif : comment vivre ? Et comment vivre pas trop mal ? Il faut rester modeste.* »

La formation à l'éthique clinique est une auto-formation, à travers des séminaires. Parce qu'elle réunit des professionnels de santé et des universitaires en sciences humaines, bien souvent, elle est l'occasion de confronter des approches radicalement différentes. « *Chacun essaie de ne pas être hégémonique et de comprendre le langage de l'autre* », explique Véronique Guienne. « *Si en tant que sociologue j'ai l'habitude du terrain, en tant que chercheuse, je constate que le rythme de la recherche universitaire n'est pas le même que celui de l'hôpital soumis à l'urgence* », précise-t-elle encore.

Quel développement espérer de l'éthique clinique dans les hôpitaux en France, alors que le tout quantitatif s'insinue dans la pratique hospitalière ? Dans un avis émis en 2007, le Conseil consultatif national d'éthique (CCNE) appelait à « *réintégrer la dimension éthique et humaine dans les dépenses de santé* ».

TÉMOIGNAGE



Emmanuel Hirsch,
professeur des
universités,
directeur de
l'Espace éthique
de l'AP-HP

« JAMAIS LA DEMANDE D'ÉTHIQUE N'A ÉTÉ AUSSI FORTE »

L'Espace éthique de l'AP-HP a été créé en 1995. Comment jugez-vous le développement de l'éthique clinique depuis lors ?

Dès l'origine, l'Espace éthique de l'AP-HP a été conçu comme un lieu de concertation et d'échange, contribuant à identifier les questions et les problématiques de l'éthique hospitalière et du soin, cherchant, enfin, à responsabiliser les acteurs dans leurs différents domaines de compétence. C'est ce qui confère une pertinence et une légitimité à une telle instance qui, pour autant, n'exerce aucun pouvoir de décision. La clinique, c'est notre quotidien, dans la mesure où nous accompagnons le questionnement que portent avec rigueur et compétence nombre de professionnels parfois rejoints par les membres d'associations. Jamais la demande d'éthique n'a été aussi forte, nous le constatons notamment

par l'impact de nos formations universitaires et par des sollicitations pressantes. Mais force est de constater que les choix institutionnels contraints par les politiques mises en œuvre dans le champ de la santé publique génèrent des tensions fortes, notamment du point de vue de leur recevabilité en termes d'éthique. Qu'il s'agisse des principes fondamentaux de respect, de justice et de bienveillance ou des aspects les plus quotidiens du soin, le constat est largement partagé d'une situation d'incertitude et parfois même de détresse. Il conviendrait de mieux tenter d'intégrer la composante éthique dans l'arbitrage des décisions. Cela contribuerait peut-être à d'autres orientations tout aussi sensibles aux contraintes économiques mais préoccupées également de valeurs d'humanité.

L'éthique clinique est typique de ces pratiques que « *la T2A n'est pas en mesure d'évaluer et donc de coter correctement* », note le CCNE. Pour l'heure, les quelques unités fonctionnelles d'éthique clinique existant dans l'Hexagone comptent chaque centime d'euro. « *Alors que l'éthique clinique participe de l'installation d'une véritable démocratie sanitaire, nous ne disposons d'aucun budget*, déplore Gérard Dabouis, responsable de la consultation d'éthique clinique du CHU de Nantes. *Le financement dont nous disposons grâce à la Fondation du Crédit mutuel nous permet tout au plus de rémunérer un chargé de mission.* »

1. Dernier ouvrage paru : *Sauver, laisser mourir, faire mourir*, Presses Universitaires de Rennes, 2010.

2. Avis n°101, du 28 juin 2007.

MÉDICO-SOCIAL | Optimiser l'offre de soins et son coût, élaborer des stratégies communes..., ce sont quelques-uns des objectifs des coopérations qui se développent entre les établissements du secteur social et médico-social et le secteur sanitaire. L'un des gages de réussite : partir du projet et de ses objectifs pour choisir l'outil juridique adapté. /

Les coopérations dans le secteur médico-social : pour être plus forts, ensemble !

Les coopérations ont toujours été encouragées dans le secteur social, médico-social et sanitaire. La loi hospitalière de 1970 les évoquait déjà. Plusieurs textes de loi (hospitalière de 1991, relative aux droits des malades ou rénovant l'action sociale et médico-sociale en 2002) précisent et définissent les différents modes de coopération possibles. Plus récemment, la loi HPST de 2009 propose des outils rénovés. Les avantages de ces rapprochements entre établissements ? Développer une stratégie commune, mutualiser les moyens et gérer ensemble certaines fonctions et activités. La réalisation de marchés à plusieurs, l'acquisition conjointe de matériels ou encore le partage d'équipes de professionnels spécialisés conduisent à une optimisation de l'offre de soins ainsi qu'à une réduction des coûts.

D'où un encouragement fort de la part des pouvoirs publics, via les agences régionales de santé (ARS) notamment.

PARTAGER UN SERVICE OU UNE COMPÉTENCE

Parmi les multiples champs de coopérations possibles, certains établissements choisissent de partager une pharmacie à usage intérieur, une blanchisserie ou encore un service technique. D'autres se réunissent pour recruter un médecin, un psychologue ou un mandataire judiciaire qui pourra exercer son métier à plein temps en travaillant dans les différents établissements adhérents. D'autres encore coopèrent pour mettre en place une filière de soins plus fluide pour les patients : si plusieurs services de différents établissements apprennent à travailler ensemble, il y a moins de perte d'information d'un service à l'autre, moins d'examen redondants, la prise en charge du patient est de meilleure qualité, dure éventuellement moins longtemps et, au final, s'avère moins coûteuse.

CHOISIR L'OUTIL LE PLUS ADAPTÉ

Les outils juridiques à la disposition des établissements ne manquent pas. Convention de coopération, groupement de coopération sanitaire (GCS), groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), communauté hospitalière de territoire (CHT), groupement d'intérêt public (GIP), groupement d'intérêt économique (GIE)... C'est la définition du projet de coopération qui doit amener à choisir l'outil juridique le plus pertinent, et non l'inverse. Il est donc important de bien clarifier le projet et l'objectif poursuivi. La phase de préparation et de discussion entre les futurs partenaires est donc capitale. À titre d'exemple, seuls les GCS et les GCSMS peuvent être titulaires d'une autorisation d'activités de soins. Alors que dans le cadre d'un GIP ou d'un GIE, chaque établissement reste titulaire de ses propres autorisations. Concernant les personnels, les

LA FHF À VOS CÔTÉS

La FHF met à votre disposition une boîte à outils des coopérations sur son site Internet, www.fhf.fr. Elle contient un guide méthodologique et décrit les spécificités des différents outils des coopérations : la convention de collaboration, le GCS, le GCSMS, le GIE, le GIP et la CHT, en précisant leurs avantages et leurs inconvénients. Également en partage sur son site Internet (rubrique Offre de soins, coopération et réseaux), un recensement des coopérations existantes, avec des entrées par région et par thématique. Les établissements intéressés peuvent s'inspirer d'une expérience réussie ainsi que des conventions et règlements intérieurs anonymisés. Un blog est aussi ouvert pour permettre à tout établissement intéressé de dialoguer sur ce sujet.

POUR EN SAVOIR +

Une conférence sur le thème des coopérations (continuité des parcours de soins des personnes âgées et des personnes handicapées) a lieu le mercredi 18 mai 2011 de 14h30 à 17h dans le cadre de Geront Expo-Handicap Expo 2011. Le programme complet est disponible sur www.gerontexpo-handicapexpo.com

TÉMOIGNAGES



Philippe Meyer,
directeur du
CHSLD de
Bavilliers, dans
le Territoire de
Belfort

« LE PARTAGE D'UNE PHARMACIE, UN BOND QUALITATIF ÉNORME »

« Au début des années 2000, le "d" de Ehpad s'est développé : les établissements ont reçu de plus en plus de personnes âgées dépendantes, d'où une augmentation de la médicalisation et des dépenses en médicaments ! La Ddass nous a alors proposé de nous regrouper plutôt que de demander individuellement des rallonges budgétaires. Nous avons retenu la formule du GCS, adaptée à une collaboration entre notre établissement public et sept établissements privés PSPH. L'expérience a débuté en 2007 et nous a permis d'économiser de 19 à 35 % sur nos dépenses de médicaments ! De plus, ce GCS nous a permis de faire un bond qualitatif énorme car tout le circuit du médicament a été informatisé. La traçabilité du médicament est totale. Nous avons également rationalisé les prescriptions, certains patients/résidents passant de 23 à 8 médicaments par jour ! Enfin, nous avons appris à travailler tous ensemble, en éditant notamment des livrets de bonnes pratiques concernant les antibiotiques ou le traitement des escarres... »



Daniel Lemesre,
directeur du
Centre de
gériatrie
Les Abondances,
à Boulogne,
dans les Hauts-
de-Seine

« LE PARTAGE D'UNE MANDATAIRE JUDICIAIRE À LA PERSONNE, UNE ÉCONOMIE ÉVIDENTE »

« Depuis le 1^{er} janvier 2010, les établissements de plus de 80 lits hébergeant des personnes âgées dépendantes sont tenus d'assurer une mandature judiciaire. Notre centre de gériatrie, qui gère 450 lits et places, disposait déjà de ce poste mais la mandataire judiciaire salariée à temps plein n'exerçait sa fonction qu'à mi-temps, consacrant son autre mi-temps au service qualité. Nous avons donc proposé de partager ce poste entre différents établissements. Les directeurs des Ehpad et des USLD contactés se sont révélés très intéressés. Cela leur permettait de se mettre en conformité avec la loi, d'assurer un service de qualité pour les résidents concernés, tout en réglant la question du recrutement. Nous avons choisi le régime de la convention, plus souple par rapport au GCS. Notre établissement reste l'employeur de la personne et nous facturons aux autres établissements au prorata du nombre de lits. Une recette subsidiaire, mais dans le contexte actuel, chaque denier compte ! »

Richard Tourisseau,
directeur de
trois maisons de
retraite dans le
Val-de-Marne

« NOUS SOMMES PASSÉS DE LA MUTUALISATION À UNE VRAIE COOPÉRATION »

« De 2002 à 2007, les trois établissements votaient une convention de gestion afin de préciser ce qu'ils mettaient à la disposition les uns des autres, du personnel essentiellement. En 2007, nous en étions à 65 emplois mutualisés ! Mais l'édifice était fragile, puisque chaque année un établissement pouvait choisir de se retirer. Grâce à la loi sur le handicap de 2005 et le décret de 2006, les trois établissements mettent désormais en commun leurs services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et leur accueil de jour par le biais d'autorisations communes. Aujourd'hui le GCSMS représente 130 emplois. Toutes les procédures sont allégées, donc moins coûteuses. Un seul exemple : la blanchisserie. Avant, les trois établissements lançaient trois appels d'offres différents. Désormais, c'est le groupement qui fait un seul appel d'offres. Résultat : 250 000 euros d'économies ! Le GCSMS gère aussi les ressources humaines, les services économiques, les travaux, etc. et va créer le service de mandature judiciaire. »



Les règles changent également selon que les adhérents choisissent un GCS, un GCSMS ou un GIP : le GCS et le GCSMS ont un statut d'employeur, tandis que dans un GIP, des personnels sont mis à disposition du groupement mais restent salariés d'un des établissements.

ÉTABLIR LE BON DIAGNOSTIC

Il s'agit donc de se poser les bonnes questions : quid du statut des personnels, du régime comptable, de la gestion des dettes, des critères de dissolution, etc. Il faut aussi connaître les différents statuts juridiques de chaque groupement pour en comprendre les avantages et les inconvénients. Le GCS/GCSMS reste l'outil de coopération de référence, pour les établissements publics en tout cas : il inclut un grand nombre de missions possibles, il offre une vraie liberté contractuelle, peut employer directement du personnel, ouvre la possibilité d'une coopération entre les établissements et les professionnels de santé...

Bien sûr, il ne faut pas sous-estimer les réticences de certains partenaires à s'engager sur la voie des coopérations, par peur du changement ou par crainte de disparaître au profit des autres adhérents. Mais les groupements n'ont pas vocation à fermer des établissements. L'objectif premier consiste bien à mutualiser les moyens pour être plus forts et améliorer le service rendu aux personnes en perte d'autonomie.

Le guide

— AGENDA

DU LUNDI 20 AU MARDI 21 JUIN 2011, À TURKU, EN FINLANDE 30^e ANNIVERSAIRE DU PROGRAMME D'ÉCHANGE HOPE

Chaque année, la Fédération européenne des hôpitaux (Hope) organise un programme d'échange de professionnels de santé. Cette formation de quatre semaines s'adresse uniquement à des professionnels ayant au moins trois ans d'expérience et ayant exercé des fonctions d'encadrement, qu'ils soient administratifs, médicaux ou paramédicaux. Elle leur permet de se rendre dans le pays de leur choix pour y observer le fonctionnement d'un hôpital ou d'une autre structure de soins, ainsi que celui du système de santé national. Les participants doivent pratiquer une langue acceptée par l'organisateur local.

La session 2011 aura pour thème « Améliorer la santé, un défi partagé par les hôpitaux et les soins de santé primaires ». Elle se conclura par un séminaire à Turku en Finlande.

Plus d'informations :
www.hope.be

DU MERCREDI 22 AU JEUDI 23 JUIN 2011, À LA CITÉ INTERNATIONALE UNIVERSITAIRE, PARIS CONFÉRENCE DOCTORS 2.0 & YOU

Cette conférence permettra aux participants d'apprendre comment les médecins en Europe, aux États-Unis et ailleurs utilisent les nouvelles technologies, les outils 2.0 et les réseaux sociaux pour communiquer avec les patients, les collègues, les assureurs, le gouvernement, l'industrie pharmaceutique, et bien d'autres.

Plus d'informations et inscription :
www.doctors20.fr

→ OFFRE AUX ÉTABLISSEMENTS ADHÉRENTS À LA FHF

Réglez au moins une place de congressiste « Doctors 2.0 » et recevez un exemplaire gratuit de l'étude Basil Strategies de 141 sites Internet d'hôpitaux français.

JEUDI 30 JUIN 2011, À LA FHF, PARIS PRÉPARER LES DÉFIS DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL PUBLIC (2^e ÉDITION)

Ce séminaire-action fait suite à la première édition qui s'est déroulée le 18 mars dernier.

Programme et inscriptions :
www.sphconseil.fr - Rubrique
« Séminaires et formations »

RAPPEL DU MARDI 17 AU JEUDI 19 MAI 2011 À PARIS, PORTE DE VERSAILLES

GERONT EXPO - HANDICAP EXPO / HIT PARIS

Durant Geront Expo-Handicap Expo, participez aux conférences dédiées aux professionnels de la santé et de l'autonomie.

Plus d'informations et inscription :
www.gerontexpo-handicapexpo.com
www.health-it.fr

Inscrivez-vous également aux deux ateliers sur les Ressources humaines, mardi 17 mai.

Inscription :
www.fhf.fr



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

VENDREDI 24 JUIN 2011, AUX SALONS DES ARTS ET MÉTIERS, PARIS

8^e CONFÉRENCE ANNUELLE ÉCONOMIE DE L'HÔPITAL

Dans un système de santé en pleine réorganisation, suite à la loi HPST, l'hôpital est plus que jamais au cœur des enjeux d'offre de soins. Équilibre financier, management des équipes, organisation dans les territoires, rôle du directeur d'établissement, différences de fonctionnement entre public et privé... tels sont les sujets qui seront abordés à l'occasion de la prochaine édition de la conférence Économie de l'hôpital, animée par la rédaction du quotidien *Les Échos*.

Chaque année, près de 200 participants sont réunis pour cet événement : directeurs et administrateurs d'établissements de santé, chefs de service, praticiens et pharmaciens hospitaliers, dirigeants des organisations représentatives des personnels, directeurs d'ARS, représentants des ministères sociaux et administrations de santé, représentants des associations de patients, partenaires et prestataires des établissements, conseils et experts...

Plus d'informations et inscription :
www.lesechos-conferences.fr



Éditions Les
points sur les i-
www.i-editions.com
ISBN: 978-2-
35930-36-9, 130
pages, 13,90 €

OUVRAGE

« LE VOILE SE LÈVE »

Quand une infirmière en cancérologie, dont l'engagement professionnel est fort, devient elle-même une patiente, c'est tout le système de santé français qui est pointé du doigt.

L'auteur de cet ouvrage lève le voile sur les conditions de travail des soignants, les difficultés des patients pour se soigner, les financements pour la santé... Elle dénonce, mais propose aussi des solutions à portée de main.

Françoise Charnay-Sonnek est cadre de santé au département chirurgie du centre Paul-Strauss de Strasbourg. Parallèlement, elle est intervenante pour les professionnels de santé mais aussi l'auteur de nombreux articles dans des revues professionnelles nationales et internationales.

— COMMUNICATION

CONGRÈS

MANAGER LE DÉVELOPPEMENT DURABLE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Depuis 2006, la FHF est partenaire du programme pour « Manager le développement durable en établissement de santé » animé par PG Promotion, en collaboration avec la FEHAP, la FHP, la FNCLCC, les ministères de la Santé et du Développement durable ainsi que l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (Ademe).

L'objectif est de proposer au secteur de la santé un baromètre, des formations et animations, des journées d'échange et de rencontre, un site Internet et des événements pour accompagner les établissements dans cette évolution.

Dans ce cadre, le 2^e congrès national « Manager le développement durable en établissement de santé » s'est tenu le 5 avril dernier, durant la semaine du développement durable, à la Cité universitaire - Maison internationale de Paris.

La journée fut rythmée par des débats, des interventions et des échanges entre acteurs de la santé, experts du développement durable et partenaires du secteur autour d'une question centrale pour les décideurs hospitaliers: comment faire du développement durable un atout pour la performance de votre établissement?

La liste des établissements de santé récompensés en 2011 pour leur démarche écoresponsable et leurs idées innovantes en matière de développement durable a également été dévoilée à cette occasion.

Dans la catégorie Award DDH par thématique, ont notamment été mis à l'honneur:

- Catégorie Management, centre hospitalier d'Esquirol, Limoges.
- Catégorie Construction, centre hospitalier, Dieppe.

Dans la catégorie Award DDH par catégorie d'établissement:

- Catégorie Établissements publics, prix FHF: CHI Robert-Ballanger, Aulnay-sous-Bois.
- Catégorie Établissement médico-social: maison de retraite Illkirch Graffenstaden - résidence Herrade, Strasbourg.

Plus d'informations:
www.health-lp.com

RÉCOMPENSES

LES PRIX DE LA COMMUNICATION HOSPITALIÈRE 2011



Briag Courteaux

Les prix de la communication hospitalière 2011

Pour la première fois cette année, les prix de la communication hospitalière ont été remis à l'occasion des cinquièmes rencontres de la communication hospitalière, jeudi 6 avril dernier aux Espaces Cap 15 à Paris.

Ces prix ont pour objectif de récompenser les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ayant mis en place des initiatives de communication innovantes ou à fort impact. Ils sont attribués pour tout type de communication réalisée ou en cours: événement, campagne publicitaire, site Internet, intranet, journal interne, magazine, TV, supports multimédias, etc.

Quatre prix de la communication hospitalière ont été décernés

Le Grand prix de la meilleure action de communication est revenu au CHU de Rouen pour sa lettre, *Le lien médical*: un outil d'information pratique et de qualité, destiné aux médecins de ville dont les thèmes sont choisis en collaboration avec l'Union régionale des médecins libéraux et qui permet de faciliter les relations et la communication entre médecine de ville et hôpital.

Une action remarquable qui reflète parfaitement le « fil rouge » de ces 5^{es} rencontres: « Communiquer pour mieux travailler ensemble ».

Le 1^{er} prix de la communication hospitalière a été attribué au CH Le Vinatier pour la réalisation de sa campagne d'information sur le projet de réhabilitation des trois pôles de psychiatrie adultes. Cette initiative a été saluée pour sa volonté de transparence sur l'évolution organisationnelle du CH et pour l'originalité de ses actions composées d'un site Internet dédié au projet (www.vinatier-chantierhospital2012.fr) et de la mise en place d'une maison du projet ouverte à tous.

Enfin, deux prix Mention spéciale du jury ont été remis à l'Ehpad Balthazar-Besnard et son site Internet très complet et interactif (www.maisonretraite-ligueil.fr) ainsi qu'au CH du Mans qui a réalisé un livret de liaison en cancérologie permettant aux patients de s'approprier leur parcours de soins, un outil qui s'inscrit pleinement dans la thématique ministérielle de 2011, « année des patients et de leurs droits ».

— BANQUE DE DONNÉES HOSPITALIÈRES DE FRANCE

MODULE « PARTS DE MARCHÉ PAR TERRITOIRE »

VOS PATIENTS À LA LOUPE

L'ESSENTIEL : Parmi toutes les informations disponibles dans la Base de données hospitalières de France (BDHF), les « Parts de marché par territoire » figurent en première ligne. Précieux outil pour orienter les choix stratégiques des établissements, ce module est l'un des plus consultés par les adhérents. **Présentation.**

Où se soignent les patients dans votre territoire ? Votre offre de soins est-elle adaptée à leurs besoins ? Qui sont vos concurrents ? Quels sont vos points forts et vos faiblesses par rapport à eux ? Telles sont les questions auxquelles le module « Parts de marché par territoire » de la BDHF peut répondre. « *C'est un véritable outil stratégique. C'est d'ailleurs l'un des plus regardés de la BDHF, souligne Yves Gaubert, du pôle Finances et BDHF de la FHF. Dans le contexte de la tarification à l'activité, où l'activité fait la ressource, maintenir et développer son activité est devenu crucial.* »

Le module « Parts de marché » par territoire offre donc aux établissements adhérents une visibilité sur leur environnement, leur permet de mesurer leur offre de soins par rapport à celle de leurs concurrents voisins, mais aussi par rapport à d'autres territoires. Ce module a été inauguré en 2005, dès la création de ce découpage géographique de la France en territoires de santé par les ARH. Il est ainsi très complémentaire du module conçu quatre ans plus tôt par la BDHF, « Parts de marché par zone calculée », où le découpage territorial a été réalisé par la FHF elle-même, en fonction des zones d'activités et des flux de patients réellement

observés. Les parts de marché sont calculées en volumes de séjour. Le module propose aussi une information précieuse : le poids moyen du cas traité relatif, c'est-à-dire la valorisation d'un séjour comparée à celle des autres établissements de territoire. Cette précision permet ainsi des comparaisons judicieuses entre établissements publics et privés.

L'un et l'autre de ces outils permettent des analyses particulièrement fines : parts de marché pour l'ensemble des groupes homogènes de séjour (total, médecine, chirurgie) et par regroupements de GHS : orthopédie, chirurgie orthopédique, traumatologie ou prothèse de hanche programmée, etc.

C04 Clin. soins Médicaux (hors hospital. d'urgence), Pathologies neuro-vasculaires

Établissement	Type	Eq	16	160	1600	16000	160000	1600000
AP MARSEILLE (*)	CHU	132	40.1%	40.1%	40.1%	40.1%	40.1%	40.1%
POLYCLIN. CLAPIRAL MARSEILLE (*)	CHU	56	17.1%	17.1%	17.1%	17.1%	17.1%	17.1%
HOP ST JOSEPH MARSEILLE (*)	CHU	52	15.8%	15.8%	15.8%	15.8%	15.8%	15.8%
AP HP PARIS (*)	CHU	7	2.1%	2.1%	2.1%	2.1%	2.1%	2.1%
CHU DE NANTES (*)	CHU	2	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%
CHU DE BORDEAUX (*)	CHU	2	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%
POLYCLIN. CLAPIRAL MARSEILLE (*)	CHU	1	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
HOPIT. HOSP. JACQUES CARTIER MARSEILLE (*)	CHU	1	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
CHU DE SAOIR (*)	CHU	1	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
CHU DE NANTES (*)	CHU	1	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
CHU DE BORDEAUX (*)	CHU	1	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
TOTAL		100	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Parts de territoire : 100% (100% vers le Privé et 100% vers le Public)
 Absorbtion du Territoire : 100% (100% vers le Privé et 100% vers le Public)

C05 Clin. Pathologie et Thérapeutique

Établissement	Type	Eq	16	160	1600	16000	160000	1600000
AP MARSEILLE (*)	CHU	132	27.1%	27.1%	27.1%	27.1%	27.1%	27.1%
CHU DE NANTES (*)	CHU	56	11.2%	11.2%	11.2%	11.2%	11.2%	11.2%
POLYCLIN. CLAPIRAL MARSEILLE (*)	CHU	52	10.7%	10.7%	10.7%	10.7%	10.7%	10.7%
CHU DE SAOIR (*)	CHU	2	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%
HOP ST JOSEPH MARSEILLE (*)	CHU	22	4.5%	4.5%	4.5%	4.5%	4.5%	4.5%
CHU DE BORDEAUX (*)	CHU	12	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%
CHU DE NANTES (*)	CHU	7	1.4%	1.4%	1.4%	1.4%	1.4%	1.4%
CHU DE BORDEAUX (*)	CHU	1	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
TOTAL		495	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Parts de territoire : 100% (100% vers le Privé et 100% vers le Public)
 Absorbtion du Territoire : 100% (100% vers le Privé et 100% vers le Public)

POUR PROFITER DE
TOUS LES SERVICES
DE LA BDHF :

Rendez-vous sur le site de la FHF :
www.fhf.fr

- ➔ Cliquez sur BDHF
- ➔ Entrez votre identifiant et votre mot de passe BDHF
- ➔ Accédez à vos données grâce au lien « Tous les modules »

Pour obtenir votre identifiant et votre mot de passe, envoyez une demande par e-mail à fhf@fhf.fr



techniques hospitalières

LA REVUE DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

Revue généraliste des technologies de la santé, **Techniques hospitalières** vous donne rendez-vous tous les deux mois pour partager vos expériences et découvrir la richesse des pratiques et techniques mises en œuvre dans les établissements de santé : stérilisation • hygiène • pharmacie • plateau technique • développement durable • imagerie • recherche • ingénierie biomédicale • logistique • sécurité • système d'information • qualité • techniques médicales et de soins • architecture...

Des projets aux réalisations, l'objectif de **Techniques hospitalières** est d'informer la communauté hospitalière sur toutes les formes d'innovations susceptibles d'avoir un impact sur l'évolution des pratiques.

Animée par un comité d'experts pluridisciplinaire composé de représentants de fédérations d'établissements, de directeurs d'hôpitaux, de médecins et de pharmaciens praticiens hospitaliers, de cadres soignants, d'architectes, d'ingénieurs de génie civil et biomédicaux, **Techniques hospitalières** est diffusée par abonnement en France et à l'étranger, et disponible en ligne.

Comparez vos pratiques

Découvrez d'autres techniques

www.techniqueshospitalieres.fr



BULLETIN D'ABONNEMENT 2011

Société/établissement :

Nom, prénom :

Adresse d'expédition (et de facturation si différente) :

.....

.....

Adresse mail

(Obligatoire ; sert à générer identifiant et mot de passe)

désire un abonnement

(6 numéros **papier + accès illimité à tous les articles en ligne, archives comprises**, sur www.techniqueshospitalieres.fr + **30 % de remise** sur l'achat au numéro) au prix de :

- France - Dom/Tom - Europe/Étranger..... ☐ 250 € *
- France - Dom/Tom - Europe/Étranger 2 ans (20 % de remise)..... ☐ 400 € *
- Étudiants, personnels hospitaliers abonnés à titre personnel..... ☐ 100 € *
- France - Dom/Tom - Europe/Étranger papier seul..... ☐ 150 € *

☐ à l'année civile

☐ à compter de la date de votre commande

Date de votre commande :

* Tarif unique (Dom/Tom, Europe, étranger exonéré de TVA ; France, Europe si numéro intracommunautaire non précisé : TVA 2,10 % incluse).



Règlement à réception de facture
Techniques hospitalières
SPH Conseil
 1 bis, rue Cabanis
 CS 41402
 75993 Paris Cedex 14
 Tél. : 01 44 06 84 35
 Fax : 01 44 06 84 36
th.abonnements@fhf.fr

techniques hospitalières

NOUVEAU !

Signature/Cachet



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

4,05%
net en 2010*

**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