

Page_06

Offre de soins

Un rapport de la Cour des comptes critique les coopérations hospitalières /

Page_12

Médico-social

Créer de nouvelles capacités dans le secteur médico-social /

Page_23

Le guide

Sortie remarquée du magazine Rose /

INTERACTIONS



FHF

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

LE MAGAZINE D'ACTUALITÉ DE LA FHF

Numéro 5_Décembre 2011

Jeunes médecins
**L'appel de
l'hôpital public**

22 > 25 mai 2012

Paris Expo - Porte de Versailles - Pavillon 1

- 21700 visiteurs
- 540 exposants
- 950 congressistes

HOPITAL EXPO 2012

www.hopitalexpo.com

Le salon leader des technologies et services de santé

- 4030 visiteurs
- 170 exposants
- 750 congressistes

Hit Paris
2012
HealthInformationTechnologies
Technologies de l'Information et Santé

www.health-it.fr

Congrès et Salon européens des Technologies d'information en Santé

Les conférences de la FHF – informations et inscriptions prochainement en ligne
sur www.hopitalexpo.com

UN ÉVÈNEMENT



UNE ORGANISATION



Édito

LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER, UNE IDENTITÉ À PROMOUVOIR

Le sentiment d'appartenance à une « maison commune » est un élément très fort de l'identité des personnels hospitaliers, mais également une très grande richesse. Alors que tant de forces centrifuges laissent à penser que le « chacun pour soi » et le repli individuel sont des solutions aux défis qui nous sont posés, nous avons en effet la conviction que les principaux progrès qui doivent être réalisés dans les prochaines années résident justement dans cette capacité que nous aurons – ou pas – à forger ensemble des solutions collectives.

Que l'on travaille dans le CHU le plus important ou dans le plus petit Ehpad, dans un service de haute technicité ou en santé mentale, c'est bien par notre capacité à dépasser les égoïsmes que nous progresserons vers une meilleure qualité et une plus grande efficacité. Car les parcours des malades ne peuvent s'accommoder des barrières érigées, si bien que nombre des dysfonctionnements que nous constatons tous les jours sur le terrain sont liés à cette difficulté à « jouer collectif » et à sortir d'un splendide isolement aussi confortable que délétaire.

Il faut, pour répondre demain à l'essor des maladies chroniques, travailler ensemble, comme il faut, pour répondre aujourd'hui aux difficultés économiques, trouver des formes de coopération ambitieuses.

La FHF, qui est la « maison commune » des hospitaliers, souhaite rappeler, à l'occasion des prochaines échéances électorales, cette continuité qui unit tous les hospitaliers et qui doit encore être approfondie. Lorsque, par exemple, nous nous battons pour la création de postes médicaux partagés entre centres hospitaliers et centres hospitaliers universitaires, c'est bien parce que nous sommes convaincus qu'il s'agit là d'une forme de gagnant-gagnant qui répond aux désirs des professionnels comme à l'intérêt des patients. La campagne de promotion du métier de médecin hospitalier, qui est développée dans l'un des dossiers de ce numéro, participe du même esprit : construire une image forte et partagée d'un service public hospitalier ambitieux et fier de ses valeurs.



Le délégué général,
Gérard Vincent



Le président,
Frédéric Valletoux

Sommaire

Le fil d'info

P.04_ **Offre de soins**
P.06_ **Médico-social**
P.07_ **Médical**
P.08_ **RH**
P.10_ **Finances**

Grand angle

P.12_ **Soins de suite et de réadaptation**, une filière en devenir
P.14_ **Créer de nouvelles capacités** dans le secteur médico-social
P.16_ **Jeunes médecins** : l'appel de l'hôpital public

Le guide

P.20_ **Agenda**
P.21_ **Communication**

Le fil d'info

OFFRE DE SOINS

COUR DES COMPTES

UN RAPPORT TRÈS CRITIQUE SUR LES COOPÉRATIONS HOSPITALIÈRES



Dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS), la Cour des comptes fait un bilan critique des coopérations hospitalières. Elle met en avant la multiplicité des outils de coopération, la fragilité des dispositifs, leur relative effectivité dans la restructuration de l'offre de soins, voire leur effet contre-productif. La Cour met également en avant le déséquilibre de certains partenariats au détriment des acteurs publics, citant des exemples où la part du risque financier et la charge économique sont largement assumés par les établissements de santé publics. Elle s'interroge sur les résultats obtenus au regard des ambitions affichées par la loi HPST et les outils mis à disposition pour une rationalisation de l'offre de soins. Si certains exemples confirment des effets positifs, le constat fait par la Cour des comptes est qu'il y a globalement « plus d'intentions que de réalisations... ».

La Cour conclut sur un « risque que la loi HPST reste sans effet notable sur la configuration de l'offre ». Ce rapport alimente la réflexion des hospitaliers amenés aujourd'hui à mettre en œuvre ces coopérations et rejoint les questionnements actuels :

- l'intérêt des acteurs à agir dans un contexte de T2A peu favorable à la coopération ;
- la nécessaire élaboration d'un projet médical pensé sur un territoire en amont des dispositifs juridiques et des configurations régionales prédéterminées ;
- l'impact des projets sur l'accessibilité de l'offre et la pertinence des parcours ;
- les modalités de gouvernance des coopérations, etc.

POUR CONSULTER CE RAPPORT

www.fhf.fr > Dossiers > Offre de soins > Coopérations entre établissements et réseaux

JOURNÉES D'ÉTUDE

DIRECTEUR DES SOINS : L'ENJEU DU MANAGEMENT ?

L'ESSENTIEL : Les 9^{es} Journées d'étude de l'Association française des directeurs des soins (AFDS) se sont déroulées du 5 au 7 octobre à Amiens. Elles ont rassemblé quelque 300 directeurs des soins autour du thème : « Pilotage et stratégie : le directeur des soins entre éthique et performance ».

Lors de ces Journées, Gérard Vincent, délégué général de la FHF, a rappelé le rôle indispensable des directeurs de soins dans la gouvernance des établissements. Il a souligné leurs responsabilités dans la conduite du changement et dans l'accompagnement des équipes. Membre à part entière du directoire, le directeur de soins doit apporter un regard de soignant dans les décisions prises et donner du sens aux équipes de terrain, le management étant désormais partie intégrante de son métier.

Le président de l'AFDS a récemment fait part de la grande inquiétude qui règne dans la profession face à la diminution de l'attractivité des

cadres de santé pour le métier de directeur des soins. Le nombre de candidats au concours ne cesse de baisser : il était de 95 candidats en 2011, contre 112 en 2010 et 201 en 2007. Le nombre de postes ouverts au concours est également en nette régression : 35 postes étaient ouverts en 2010 et 2011, contre 70 en 2007. L'AFDS a demandé à l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) de positionner la filière des directeurs des soins dans l'Institut du management et non au sein des sciences infirmières.

La FHF rappelle combien elle est attentive à l'égard des préoccupations des directeurs de soins. À la suite de ces Journées, la FHF a engagé une réflexion avec l'AFDS et l'EHESP pour valoriser le métier de directeur des soins à travers une politique de communication plus active et une promotion du métier. Elle soutient également le positionnement de la filière au sein de l'Institut du management.

ASSISES

QUEL AVENIR
POUR LES HÔPITAUX
LOCAUX?

QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

DÉVELOPPER LA RECHERCHE
INFIRMIÈRE EN FRANCE

En 2009, la France a lancé le premier « programme hospitalier de recherche infirmière » (PHRI) pour développer la capacité de recherche en soins infirmiers. Sur les deux dernières années, plus de 115 projets ont été déposés et examinés par un comité de sélection composé de médecins et d'infirmiers. En 2010, 15 ont été retenus pour un financement d'1 million d'euros sur trois ans. Pour 2011, 10 autres viennent d'être sélectionnés et seront financés à hauteur d'1,2 million d'euros sur trois ans. Tous portent sur des sujets très variés, ce qui traduit l'implication des infirmiers dans la démarche.

Le but de ce programme PHRI est de fournir aux équipes infirmières, et aux équipes hospitalières en général, des connaissances qui contribuent à

l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des pratiques professionnelles, ainsi qu'à une meilleure prise en charge du patient. Par un soutien financier, il favorise le développement de la recherche infirmière et paramédicale. L'enjeu est notamment de combler le retard pris par la France dans ce secteur. Tous les domaines d'activité relèvent du champ d'application de ce texte officiel (clinique, gestion et formation). Toutefois, le projet doit être porté par une équipe hospitalière, et l'investigateur principal de la recherche doit obligatoirement être un infirmier (aucune exigence de titre universitaire n'a été posée).

POUR EN SAVOIR + www.sante.gouv.fr



Les Assises des hôpitaux locaux ont confirmé l'inquiétude des professionnels de ce secteur sur la pérennité de l'hôpital local dans ses spécificités comme offre de soins de premier recours en lien avec la médecine de ville.

La FHF a soutenu la plate-forme des hôpitaux locaux et a demandé le report de la mise en place de la T2A en médecine, report que Nora Berra, secrétaire d'État en charge de la Santé, a annoncé lors de son intervention au congrès de l'Union des régions hospitalières du Sud-Est. Les simulations de la Direction générale de l'offre de soins, du ministère de la Santé (DGOS) ont mis en évidence que 70 % des établissements concernés étaient « perdants » à la T2A, soit une diminution potentielle de leurs ressources de 43 millions d'euros sur une base estimée à 243 millions. Au-delà de l'impact financier, c'est bien la reconfiguration de l'offre de premier recours, la pertinence du parcours du patient, notamment pour la filière gériatrique, et l'implication coordonnée de la médecine de ville et des autres acteurs de santé dans le dispositif qui sont en jeu. Les conversions de lit de médecine en soins de suite et réadaptation (SSR), fortement encouragées dans certaines régions, doivent tenir compte des mutations en cours marquées par :

- une réorganisation de l'offre de premier recours, notamment l'adossement des maisons de santé pluridisciplinaires aux hôpitaux locaux, permettant une continuité des soins et un exercice mixte pour les médecins libéraux ;
- une réflexion naissante sur la pertinence des parcours qui doit guider les décisions en amont ;
- une inégale maturité des coopérations qui doivent s'inscrire dans une réflexion d'offres graduées et de services mutuels entre les centres hospitaliers de référence et les hôpitaux locaux ;
- des interrogations sur le modèle de financement, tant générales sur les limites de la T2A que plus particulières sur la construction du modèle SSR, à ce jour non finalisée.



MÉDICO-SOCIAL

RÈGLEMENTATION

MÉDECIN COORDONNATEUR EN EHPAD ET COMMISSION DE COORDINATION GÉRIATRIQUE



L'ESSENTIEL: Le décret relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad) et l'arrêté relatif à la commission de coordination gériatrique sont enfin parus. Le décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011, publié au *Journal officiel* du 4 septembre, augmente le temps de présence minimal des médecins coordonnateurs en fonction de la capacité des établissements. Il renforce leur mission de coordination des soins et prévoit qu'un contrat fixe le contenu des engagements minimaux des gestionnaires d'établissements ainsi que ceux des médecins coordonnateurs. Il précise que le médecin coordonnateur signe avec le représentant légal de l'établissement un contrat mentionnant notamment les modalités d'exer-

cice de ses missions et les moyens appropriés, le temps d'activité et l'encadrement des prescriptions médicales. L'arrêté relatif à la commission de coordination gériatrique a été publié au *Journal officiel* du 8 septembre 2011. Il précise la composition de la commission de coordination gériatrique, présidée par le médecin coordonnateur, et les sujets sur lesquels elle est consultée. Cette commission est invitée à se réunir deux fois par an. L'arrêté précise que la présence des professionnels de santé libéraux signataires du contrat type est obligatoire une fois par an. Enfin, cet arrêté modifie notamment l'article 2 du contrat type à signer avec les médecins libéraux et les kinésithérapeutes en supprimant l'obligation pour ces derniers de communiquer leurs coordonnées et, lorsqu'il est désigné, les coordonnées de leur remplaçant en cas d'absence, ainsi que leurs dates de congés.

DÉCRET

CAPACITÉ DES ACCUEILS DE JOUR

Le décret n° 2011-1211 du 29 septembre 2011 fixe la capacité minimale en accueil de jour à dix places dans les structures autonomes, et à six places lorsque l'accueil de jour est organisé dans un établissement ou un service recevant des personnes âgées ou leur apportant à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.

Selon ce décret, « ne sont pas soumises aux capacités minimales les structures qui mettent en œuvre un projet d'établissement ou de service spécifique à l'accueil de jour et qui se sont fixé comme objectif de réaliser annuellement un nombre de journées d'activité supérieur ou égal à 80 % du nombre de journées prévisionnelles fixé au budget de l'année considérée ». La réalisation de cet objectif est appréciée par l'Agence régionale de santé (ARS) dans le ressort de laquelle la structure est établie, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé des Personnes âgées. Le décret précise également que « le forfait journalier de transport peut servir à rembourser les frais de transports acquittés par les familles quand les établissements n'ont pas mis en place un dispositif adapté d'organisation des transports, et que les dépenses couvertes par le forfait de soins peuvent également comprendre le paiement de prestations d'ergothérapeutes et de psychomotriciens ».

SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION EN EHPAD

Un dossier unique de demande d'admission en Ehpad a été élaboré par un groupe de travail copiloté par la Direction générale de la cohésion sociale et la Direction de la sécurité sociale. Ce groupe de travail associait l'ensemble des fédérations de gestionnaires d'Ehpad, dont la FHF, ainsi que les organisations de médecins libéraux, le conseil national de l'Ordre des médecins, la Fédération d'associations de médecins coordonnateurs et la société française de gériatrie et gérontologie.

Ce dossier s'inspire de documents types déjà utilisés dans certaines régions ou départements. Il est mis à disposition des Ehpad, conseils généraux, CLIC, établissements de santé, professionnels de santé libéraux, etc. Il peut dès à présent être utilisé par les Ehpad, sans obligation, toutefois, puisqu'il n'est pas rendu opposable par un texte.

POUR TÉLÉCHARGER CE DOSSIER www.fhf.fr > Dossiers > Vieillesse-handicap

MÉDICAL

MÉDICAMENTS

SURVEILLER LES EFFETS INDÉSIRABLES



C'est à un projet important pour les cliniciens que s'est attaquée l'équipe d'informatique médicale et de biostatistiques du CHRU de Lille, dirigée par le Pr Régis Beuscart : la détection et la prévention des effets indésirables liés aux médicaments (EIM). Grâce à un financement de la Commission européenne et aux avancées de l'intelligence artificielle, ces médecins lillois ont conçu le programme PSIP, *Patient Safety through Intelligent Procedures in medication*.

DES ALERTES POUR GUIDER LES MÉDECINS

Le PSIP analyse la survenue des EIM et lance des alertes pour guider les médecins lorsqu'ils envisagent une prescription inappropriée. « Lorsque l'outil PSIP détecte un EIM, celui-ci est confirmé par les experts dans 50 % des cas, contre 5 à 15 % dans les autres projets de recherche. » se félicite le Dr Emmanuel Chazard, qui a été maître d'œuvre de ce projet sur le terrain. Le principal intérêt de ce programme est

de se limiter aux alertes pertinentes, individualisées par service hospitalier. Ce qui a une vertu pédagogique et évite de bloquer inutilement les prescriptions. « *PSIP nous renseigne également sur la fréquence des EIM. Par exemple, les anti-vitamine K (AVK) sont la première cause de mortalité par EIM. Mais, alors que c'est en cardiologie qu'on trouve le plus de patients sous AVK, c'est plutôt dans d'autres services hospitaliers que surviennent des EIM liés aux AVK. Nous supposons que ces praticiens connaissent moins bien ces médicaments. PSIP a aussi débusqué des risques mal connus, comme celui de surdosage par AVK après arrêt des neuroleptiques.* » « Ce projet européen, débuté en 2007, est expérimenté depuis 2010 dans 2 hôpitaux danois, 1 hôpital bulgare et l'hôpital de Denain, en France », explique le Dr Chazard. Il devrait bientôt être étendu à d'autres établissements du nord de la France.

POUR EN SAVOIR + <http://psip-project.eu/>

AVC

MIEUX DÉTECTER L'APHASIE

À l'hôpital Bicêtre (AP-HP), Constance Flamand-Roze, orthophoniste, et le Dr Christian Denier, praticien hospitalier responsable de l'unité de soins intensifs neurovasculaires dans le service de neurologie, ont mis au point une échelle simple, rapide et reproductible pour dépister un trouble phasique, même discret, à la phase aiguë de l'AVC (accident vasculaire cérébral). Nom de code: LAST, acronyme de Language Screening Test*. Objectif: détecter au plus tôt ce trouble du langage afin de mieux rééduquer le patient. Le principe de LAST est simple: une infirmière ou un médecin soumet un questionnaire de 15 items au patient. Celui-ci doit, par exemple, désigner l'image correspondant au mot lapin, reconnaître un téléphone dessiné, compter de 1 à 10, répéter une phrase, mettre une main sur la tête, etc. L'exercice ne dure que deux minutes. Si le patient obtient un score inférieur à 15, il a potentiellement un trouble phasique; les médecins pratiquent alors les tests nécessaires. Cet outil permet aussi de suivre l'évolution de l'aphasie quelques jours après l'AVC. Depuis un an, tous les patients entrant dans l'unité de soins intensifs neurovasculaires de Bicêtre sont ainsi testés. Déposée et protégée par l'AP-HP, l'échelle LAST est aujourd'hui diffusable dans tous les hôpitaux de France.

* Traduction: « Test de dépistage du langage ».

CANCER

LIBÉRER LA PAROLE DES ENFANTS

La Ligue contre le cancer, en partenariat avec le CHRU de Tours et le réseau Oncologie 37, a créé Questions d'enfants, des groupes de paroles destinés aux familles dont un parent est atteint d'un cancer. L'objectif est de permettre aux enfants de parler de la maladie de leur mère ou de leur père, et d'échanger avec leurs parents dans un cadre sécurisant. Chaque groupe de parole, composé de deux à six familles, est coanimé par un médecin et une psychologue clinicienne. Deux séances sont proposées à quinze jours d'intervalle. Elles ont lieu à l'hôpital Bretonneau (CHU de Tours). La première session débute par la diffusion d'un petit film qui initie les échanges. Durant la seconde réunion, les participants reprennent la parole et reviennent sur ce qui s'est dit la fois précédente. De nouvelles questions sont abordées. Chaque séance se termine par un goûter, qui a lieu au comité de la Ligue contre le cancer.

RH

TEMPS DE TRAVAIL

CUMUL D'ACTIVITÉS: LES RÈGLES EN VIGUEUR



L'ESSENTIEL : Les agents publics doivent consacrer l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches qui leur sont confiées. Toutefois, des dérogations existent. Rappel de la réglementation...

La loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires rappelle que les agents publics doivent consacrer leur activité aux missions qui leur sont confiées. Elle entend ainsi préserver la qualité et le bon déroulement des missions du service public, notamment hospitalier, dont les agents publics sont garants.

Pour autant, les dérogations se sont multipliées au cours des dernières décennies avec de nouvelles possibilités de cumul d'activités, afin de répondre aux préoccupations individuelles comme à des enjeux de coopération et de mobilité. Malgré cette évolution, certaines pratiques non conformes à la réglementation préoccupent. Un rapport paru en juin 2011 sur le cumul d'activités dans la fonction publique hospitalière (FPH) dresse un état de la situation du cumul d'activités et une liste de préconisations. La FHF répond d'ores et déjà à certaines d'entre elles en conseillant et en informant régulièrement les établissements, via notamment son site www.fhf.fr, sur l'évolution de la réglementation en matière de cumul.

1 Les personnels concernés

Les dispositions relatives au cumul d'activités¹ dans la FPH concernent les fonctionnaires hospitaliers, les agents contractuels de droit public et, depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, les personnels médicaux.

2 Le régime de l'autorisation du cumul au titre d'activité accessoire

• La procédure

L'agent qui souhaite cumuler ses fonctions avec une des activités accessoires limitativement énumérées dans le décret du 2 mai 2007 (voir tableau page suivante) en fait préalablement la demande écrite au directeur de l'établissement dont il relève. Cette demande doit comprendre, notamment, l'identité de l'employeur ou la nature de l'organisme, la nature de l'activité, sa durée, sa périodicité et les conditions de rémunération.

Le directeur accuse réception de la demande et peut demander des informations complémentaires. La décision d'autorisation ou de refus intervient dans un délai d'1 mois, sauf prolongation jusqu'à 2 mois.

• Les modalités

L'activité accessoire des agents à temps plein, à temps partiel et à temps non complet ne peut être exercée qu'en dehors de leurs heures ou obligations de service. Le cumul d'activités n'est possible qu'à condition que l'activité soit compatible avec les fonctions exercées et qu'il ne soit pas porté atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance ou à la neutralité du service. Une fois l'autorisation accordée, si ces conditions ne sont plus remplies ou les informations données se révèlent erronées ou l'activité ne s'avère plus accessoire, la direction peut retirer son autorisation. En cas de changement des conditions d'exercice ou de rémunération de l'activité accessoire, celle-ci est considérée comme nouvelle et l'agent doit formuler une autre demande d'autorisation.

3 Le régime de l'autorisation du cumul au titre de la création d'entreprise

• La procédure

L'agent qui souhaite créer ou reprendre une entreprise doit présenter une déclaration écrite détaillant les caractéristiques de l'entreprise à la direction de l'établissement dont il relève, deux mois au moins avant la date de création ou de reprise.

Après réception de la déclaration, la direction de l'établissement saisit la commission de déontologie pour avis sur la compatibilité de l'activité envisagée. Néanmoins, la création d'une entreprise ne conduit pas systématiquement à la saisine de la commission de déontologie. Si l'objet de l'entreprise peut se rattacher à l'une des activités accessoires listées, la direction peut autoriser l'activité envisagée sans saisir la commission de déontologie. En cas

d'avis d'incompatibilité, la direction est tenue de refuser l'autorisation à l'agent.

• Les modalités

La durée maximale du cumul d'activités au titre de la création d'entreprise est de deux ans, prorogeable un an après dépôt d'une nouvelle déclaration adressée au moins un mois avant le terme de la première période. L'agent ayant déjà bénéficié d'une autorisation à ce titre ne peut solliciter l'exercice d'un nouveau cumul au même titre avant l'expiration d'un délai de trois ans suivant la fin du précédent cumul. En cas d'incompatibilité avec les fonctions hospitalières en cours d'autorisation, la direction peut s'opposer à tout moment au cumul.

1. Article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires; décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires et agent non titulaires

CONTROVERSE

L'APPLICATION DES RÈGLES DE COMMANDE PUBLIQUE AU CHOIX DE L'EXPERT AGRÉÉ AU CHSCT

L'ESSENTIEL : Le tribunal de grande instance (TGI) de Cayenne a rendu le 13 mai 2011 une ordonnance en référé prononçant l'annulation des délibérations du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) du Centre hospitalier de Cayenne. En 2010, celui-ci avait désigné un cabinet d'expertise agréé sans respecter les règles de publicité et de mise en concurrence relatives à la commande publique. Le TGI retient que l'ordonnance du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics est applicable au CHSCT d'un hôpital public. Cette ordonnance définit les règles de passation des contrats de ces catégories de personnes, en termes de publicité et de mise en concurrence. Le juge considère en l'espèce que le CHSCT est un adjudicateur au sens de cette ordonnance en tant qu'il est un organisme ayant pour but de satisfaire un besoin d'intérêt général, celui de prévenir les accidents du travail, d'appliquer des règles d'hygiène et de sécurité et d'améliorer les conditions de travail. Les principes de liberté d'accès à la commande publique, d'égalité de traitement des candidats et de transparence des procédures lui sont donc applicables. Ils permettent d'assurer l'efficacité de la commande publique et la bonne utilisation des deniers publics. Ce jugement s'inscrit dans le cadre d'une controverse jurisprudentielle sur l'application de règles de commande publique au choix de l'expert agréé au CHSCT. Plusieurs pourvois ont été déposés auprès de la cour de cassation au cours du deuxième semestre 2011, afin que cette question soit tranchée définitivement. La FHF est venue en soutien de ces affaires pour défendre une utilisation responsable des deniers publics dans un contexte budgétaire tendu et afin de garantir au mieux l'amélioration de la santé et de la sécurité au travail des agents hospitaliers.

	SOUMISES À AUTORISATION DU DIRECTEUR	AVIS DE LA COMMISSION DE DÉONTOLOGIE
Liste exhaustive des activités accessoires dans le secteur privé	OUI	NON
Expertise et consultation		
Enseignement et formation		
Activité à caractère sportif ou culturel		
Activité agricole		
Activité de conjoint collaborateur au sein d'une entreprise artisanale, commerciale ou libérale		
Aide à domicile à un ascendant, à un descendant, à son conjoint, à son partenaire de PACS		
Travaux de faible importance réalisés chez des particuliers		
Auto-entreprise dans le secteur du service à la personne		
Auto-entreprise en matière de vente de biens fabriqués personnellement par l'agent		
Liste des activités accessoires dans le secteur public ou assimilé		
Activité d'intérêt général		
Mission d'intérêt public de coopération internationale		
Bénévolat	NON	
Activités au titre de la création, de la reprise ou de la poursuite d'entreprise	OUI	OUI (sauf prolongation)
Création d'une société (SA, SARL, SAS, EURL, auto-entreprise...)		
Activité libérale (remplacement en cabinet libéral...)		
Cumul d'activités par un agent à temps non complet	NON Simple information	NON

FINANCES

PHARE

POUR DES ACHATS
HOSPITALIERS MIEUX
ÉCLAIRÉS

Dans le contexte actuel d'amélioration de la performance et de restriction budgétaire, le programme PHARE pour les achats hospitaliers a été lancé officiellement par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), le 3 octobre dernier, aux Hospices civils de Lyon (HCL).

Il consiste en la mise en œuvre d'une fonction achats revalorisée et efficiente dans les établissements publics et les Établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic). Une expérimentation a débuté au Centre hospitalier d'Avignon, en collaboration avec l'Agence régionale de santé (ARS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur, avant une généralisation du dispositif. Certains segments à gains rapides sont prioritaires et portés au niveau national par les grands grou-

pements existants, à savoir l'UGAP, l'UniHA et le Résah IDF. Parallèlement, les dynamiques régionales et départementales existantes seront soutenues et accompagnées dans leur développement par les référents achats en ARS.

Au total, ce sont ainsi 910 millions d'euros d'économies qui sont attendus sur trois ans et pour tous les segments d'achats, des produits de santé au papier, en passant par les contrôles techniques des bâtiments. La FHF, tout en adhérant à la démarche ambitieuse du programme, regrette pourtant que, sur les 210 millions d'euros d'économies prévus pour 2012, 145 millions d'euros soient déjà préemptés sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

BUDGET

LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012

ONDAM 2012 (EN MILLIARDS D'EUROS)	BASE 2012	SOUS- OBJECTIFS	TAUX D'ÉVOLUTION
Soins de ville	77,3	79,4	2,70 %
Établissements de santé	72,7	74,7	2,70 %
Établissements de santé tarifés à l'activité	53,9	55,3	2,70 %
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,9	19,4	2,70 %
Établissements et services médico-sociaux	15,8	16,5	4,20 %
Personnes âgées	7,6	8,1	6,30 %
Personnes handicapées	8,3	8,4	2,10 %
Autres prises en charge	1,1	1,2	5,90 %
ONDAM TOTAL	167,0	171,7	2,80 %

Le Gouvernement a proposé de fixer l'objectif de dépenses à 171,7 Md €, soit un taux d'évolution de 2,8 % par rapport à 2011. Cela impose un montant important d'économies en construction de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). En effet, la projection tendancielle des dépenses est estimée à 4,1 %.

Afin d'aboutir à l'objectif de 2,8 % en 2012, le montant global d'économies nécessaires est de 2,2 Md €, répartis entre les soins de ville pour 1 713 M € et les établissements de santé pour

450 M €. Cet effort se compose de la manière suivante pour les établissements de santé :

- convergence ciblée: 100 M €;
- amélioration de la performance: 150 M €;
- rationalisation des achats: 145 M €;
- liste en sus: 30 M €;
- lutte contre la fraude: 25 M €.

À ces économies intégrées s'ajoute une mise en réserve (suite aux recommandations du rapport Briet) d'un montant minimal de 545 M €, dont 415 M € sur les établissements.

EUROPE



E-MEDICINIMAGE

FORMATION
EN BIOLOGIE
MÉDICALE

Cofinancé dans le cadre du programme européen Leonardo da Vinci, le projet e-MEDICINImage vient de s'achever. Il a permis la création d'un outil de formation continue opérationnel, qui favorise l'amélioration de la connaissance et du savoir-faire dans les domaines de l'hématologie, de la mycologie et de la parasitologie, pour tous les laboratoires de biologie médicale, quels que soient leur structure et leur plateau technique.

POUR EN SAVOIR +

www.e-hematimage.eu

CONFÉRENCE

LES ENJEUX
DU VIEILLISSEMENT

À l'issue du programme d'échange 2012, HOPE, la Fédération européenne des hôpitaux, organise à Berlin du 11 au 13 juin 2012 une conférence sur le thème « Vieillessement des patients/vieillessement des professionnels : de multiples enjeux ».

POUR EN SAVOIR +

www.hospage.eu

PROPOSITION LÉGISLATIVE

AIDES DE L'ÉTAT AUX
SERVICES D'INTÉRÊT
GÉNÉRAL

Le 16 septembre 2011, la Commission européenne a publié sa proposition législative de révision des dispositions concernant les aides de l'État aux services d'intérêt général. Cette initiative intervient six ans après l'adoption d'une législation qui a bénéficié aux hôpitaux. La Commission souhaite élargir cette facilité à d'autres composantes sanitaires et sociales.

POUR EN SAVOIR + http://ec.europa.eu/competition/state_aid/legislation/sgei.html



Sur Internet

- > **www.fhf.fr**: toute l'actualité de la FHF
- > **www.sphconseil.fr**: les manifestations, colloques, formations...
- > **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 Ephad publics et associatifs

Grand angle

12



Organisation

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION, UNE FILIÈRE EN DEVENIR

La campagne d'autorisation des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) est désormais terminée. L'heure est maintenant à une meilleure régulation de l'offre, en restant vigilant sur les modalités de calcul de la nouvelle tarification. /

14



Médico-social

CRÉER DE NOUVELLES CAPACITÉS DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Face aux nombreuses difficultés rencontrées dans la création d'établissements médico-sociaux pour les personnes âgées, la Fédération hospitalière de France a créé l'Association pour le développement du service public médico-social (ADSPMS). /

16



Médical

JEUNES MÉDECINS: L'APPEL DE L'HÔPITAL PUBLIC

Comment attirer les praticiens hospitaliers vers l'hôpital public, alors que la démographie médicale est en berne et que la concurrence est rude du côté du secteur privé? La FHF lance une campagne nationale pour promouvoir les nombreux atouts de l'hôpital public auprès des jeunes praticiens. /

ORGANISATION | La campagne d'autorisation des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) est désormais terminée. L'heure est maintenant à une meilleure régulation de l'offre, en restant vigilant sur les modalités de calcul de la nouvelle tarification. /

Soins de suite et de réadaptation, une filière en devenir

Les décrets de 2008 ont permis d'organiser le champ des soins de suite et de réadaptation (SSR), jusque-là très hétérogène. Ces textes ont défini les conditions d'implantation et de fonctionnement des structures de SSR, ainsi que la marche à suivre pour les établissements souhaitant obtenir une autorisation. Ils ont également prévu neuf spécialisations (ou mentions spécialisées), comme les affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux, la prise en charge des brûlés ou des personnes âgées polypathologiques, etc. Au final, en 2010, 1 858 établissements ont reçu leur autorisation. 52 % relèvent du secteur public, 28 % du secteur privé à but lucratif et 20 % sont des établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic). À titre d'exemple, 30 % bénéficient d'une mention spécialisée sur la prise en charge des personnes âgées polypathologiques, et 21 % sur les affections de l'appareil locomoteur.

RÉGULER L'OFFRE

Aujourd'hui, l'un des principaux enjeux consiste à s'assurer d'une bonne régulation de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, sur des bases qualitatives et non quantitatives. Il s'agit ni plus ni moins de vérifier que les patients se trouvent au bon endroit et reçoivent bien les soins dont ils ont besoin;

qu'ils ne sont pas en SSR parce que les structures d'aval comme les maisons d'accueil spécialisées, les foyers d'accueil médicalisés ou les Ehpad manquent. Ainsi que le souligne le Pr Alain Yelnik, praticien hospitalier et président de la société française de médecine physique et de réadaptation, « *le SSR est un service qui produit des soins. Il ne doit pas être considéré comme un lieu de dégagement des services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)* ! ». De même, il faut vérifier que telle région ne présente pas un excédent de SSR spécialisés dans les affections du système nerveux, alors que la région voisine en manque.

LA FHF À VOS CÔTÉS

• Le chantier de la T2A appliquée aux SSR est en cours pour une mise en œuvre en 2013

La FHF reste donc très attentive à ce que soient bien prises en compte les nombreuses spécificités des SSR. Si le modèle définitif reste à préciser, les grands principes sont acquis et rejoignent ceux appliqués au secteur MCO. Une partie de l'activité des établissements relèvera bien de la T2A proprement dite, mais trois autres « compartiments » sont retenus, qui n'entrent pas dans cette tarification à l'activité : les molécules onéreuses, les plateaux techniques lourds et les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Pour l'instant, les critères précis retenus pour définir ce qui entre dans chacun de ces trois compartiments manquent encore de clarté.

• Cycles de réflexion sur les SSR

La FHF organise des cycles de réflexion sur les SSR. Ainsi cette année, deux colloques, l'un organisé en janvier 2011, l'autre le 22 septembre dernier, ont permis d'aborder les questions d'organisation, de régulation et de tarification.

POUR AVOIR ACCÈS aux diverses actualités concernant les services de soins de suite et de réadaptation, il suffit d'aller à la rubrique « Rechercher dans le site » de www.fhf.fr, puis de taper « SSR ».



TÉMOIGNAGE



Aline Mercier,
directrice adjointe
du Centre
hospitalier de
Beaujeu (69),
vice-présidente
de la FHF pour
la région
Rhône-Alpes



DES PARCOURS DE SOINS COMPLEXES.

Pour réguler l'offre de soins en SSR sur des critères qualitatifs, il convient également de s'assurer de la fluidité du parcours de soins, dans l'intérêt du patient. Une étude de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) sur les soins en court séjour montre qu'il manque aujourd'hui 7 000 places en SSR. Les patients concernés restent donc en MCO, faute de solutions ! La définition du bon parcours de soins est un enjeu d'autant plus essentiel que les personnes prises en charge suivent rarement un parcours linéaire. En cas de maladies chroniques, il peut y avoir des rechutes, des sorties, puis des retours dans les structures. « *Les pathologies en médecine physique et de réadaptation sont complexes et très différentes les unes des autres, rappelle le Pr Alain Yelnik. Il n'existe pas un parcours de soins idéal, mais plusieurs.* » Encore faut-il utiliser les bons critères pour les définir : « *Il ne faut pas partir du diagnostic, mais des besoins des patients, c'est-à-dire de leurs déficiences. On ne propose pas le même parcours selon que la personne souffre d'une paralysie, d'une amputation ou d'une insuffisance cardiaque, associée, qui plus est, à des antécédents, des difficultés sociales, psychologiques et un environnement familial particuliers.* »

L'IMPACT DE LA NOUVELLE TARIFICATION

La problématique de la tarification à l'activité, la T2A n'est certes pas spécifique aux SSR mais elle reste posée. Les parcours de soins, définis selon des critères complexes, sont-ils compatibles avec une T2A dont la logique inflationniste pousse les structures à garder le patient plutôt qu'à organiser les soins de suite ou le retour à domicile ? Ne va-t-elle pas, pour les mêmes raisons, à l'encontre des coopérations ? Là encore, le Pr Yelnik insiste : « *Nous ne sommes pas contre la T2A, mais celle-ci doit refléter la complexité et la diversité de l'activité dans nos structures. Le risque étant que les établissements prenant en charge des patients simples gagnent de l'argent alors que nos structures en perdent !* »

Sur les 47 ex-hôpitaux locaux de la région Rhône-Alpes, 45 disposent de services en soins de suite et réadaptation (SSR). Moins de 10 % ont obtenu des SSR en mentions spécialisées pour la prise en charge des personnes âgées polypathologiques lors de la campagne d'autorisations de 2010. Pourtant, nos établissements ont vocation à recevoir ces patients et le font de longue date. L'hôpital local est le bon échelon pour une offre de soins de proximité qui favorise le retour à domicile de cette population fragile, alors que le déracinement favorise les dépendances. Nous avons acquis une compétence indéniable, grâce au recrutement de praticiens hospitaliers spécialisés en gériatrie, à la formation du personnel paramédical,

à une collaboration fluide avec les médecins libéraux et au travail en filière organisé avec nos CH de référence. Les mentions spécialisées ont été

**" Du SSR
polyvalent dans
des hôpitaux
locaux ! "**

prioritairement attribuées aux centres hospitaliers régionaux. Mais nous continuons à recevoir les personnes âgées de 85 ou 90 ans qui ont besoin d'une prise en charge très lourde. Nous craignons que la mise en place de la T2A en SSR soit plus favorable aux établissements ayant une mention spécialisée. Ce qui mettrait en péril la pérennité de nos structures, qui répondent à un besoin et sont saines financièrement.



Michel Thumerelle,
directeur adjoint
du CHRU de Lille



Le CHRU de Lille joue un rôle fondamental au sein de la filière régionale en SSR. En effet, il doit assurer sa triple mission de proximité, de recours et de référence. Les SSR polyvalents relèvent d'une activité essentiellement de proximité, les spécialisations telles que les affections de l'appareil locomoteur ou neurologique correspondent à notre mission de recours. Tandis que nous assurons une mission de référence concernant les spécialisations plus

gestion permanente des flux entre court et moyen séjour. En clair, nous devons trouver une solution pour tous nos patients, que ce soit au sein du CHRU ou à l'extérieur. Et lorsque l'hospitalisation en SSR ne se fait pas chez nous car nous n'avons pas la spécialisation, nous devons nouer des partenariats avec d'autres établissements en étant exigeants sur la qualité de la prise en charge. Enfin, le CHRU joue son rôle universitaire en formant les médecins de MPR (médecine, physique et réadaptation) et en leur trouvant des stages dans toutes les spécialisations. Y compris dans celles que nous n'avons pas, mais pour lesquelles nous travaillons aussi sur la base de partenariats formalisés avec d'autres structures SSR.

**" Une gestion permanente
des flux de patients. "**

pointues, telle que les maladies digestives métaboliques ou endocriniennes, et en onco-hématologie. Notre spécificité réside dans la

MÉDICO-SOCIAL | Face aux nombreuses difficultés rencontrées dans la création d'établissements médico-sociaux pour les personnes âgées, la Fédération hospitalière de France a créé l'Association pour le développement du service public médico-social (ADSPMS). Cette structure viendra en appui des réseaux locaux pour créer notamment des places d'Ehpad dans le secteur public. /

Créer de nouvelles capacités dans le secteur médico-social

Avec 232 589 lits et places, soit 49 % du marché, et une offre accessible aux personnes les plus précaires, les Ehpad publics sont des acteurs incontournables de la prise en charge des personnes âgées sur notre territoire. Mais ils perdent progressivement du terrain face aux établissements privés commerciaux, beaucoup plus réactifs et structurés dans leur développement.

Pour inverser la tendance, la FHF a créé l'Association pour le développement du service public médico-social (ADSPMS). Une solution conforme aux préconisations du groupe de travail mis en place début 2011 par la FHF avec la participation de directeurs d'Ehpad publics, d'établissements sanitaires, d'un bailleur social, de promoteurs immobiliers et d'un avocat spécialisé dans le droit public et de la santé. L'enjeu : aider le secteur public à se repositionner de façon concurrentielle afin de continuer à assurer sa mission auprès des personnes âgées, sur l'ensemble du territoire et à des tarifs accessibles.

La collectivité ou l'hôpital confie à un emphytéote, qui loue le terrain, la conception, le financement, la réalisation et la maintenance (facultative) d'un ouvrage pendant une durée déterminée entre 18 et 99 ans.

DE FORTES CONTRAINTES RÉGLEMENTAIRES

Un enjeu d'autant plus important que le contexte réglementaire n'est pas favorable aux établissements publics médico-sociaux. Mis en place par la loi HPST, le nouveau régime d'autorisation de ces structures instaure une procédure d'appels à projets lancés par les ARS et les conseils généraux, qui défavorisent le secteur public. Désormais, le délai de réponse pour ces appels à projets



La loi MOP est la loi n° 85-704 du 12 juillet 1985 modifiée relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée (version consolidée au 22 février 2007). Elle concerne les marchés publics de maîtrise d'œuvre et de travaux.

est de 60 à 90 jours. Or, un établissement qui aurait recours au code des marchés publics (**loi MOP**) pour réaliser un établissement public médico-social ne pourrait répondre à l'appel à projets, la seule obtention des plans architecturaux demandés dans le dossier étant soumise à des délais d'environ dix mois, avec une levée de fonds obligatoire. Même problème pour la procédure de conception-réalisation, qui fait appel à la loi MOP. Quant à la procédure de partenariat public-privé (PPP) de type **bail emphytéotique administratif** elle ne peut débuter que

lorsque le gestionnaire est détenteur de l'autorisation ! L'ADSPMS aura pour objectif, en cas de carence de réponse d'un opérateur public, de répondre aux appels à projets afin d'obtenir plus facilement les autorisations. Elle entend notamment favoriser le montage juridique de type VEFA (Vente en l'état futur d'achèvement) pour la construction des établissements (voir interview page 15). Les directeurs d'établissement pourront ainsi être déchargés d'une procédure d'appel à projets qui apparaît souvent complexe et contraignante, afin qu'ils puissent se recentrer sur leur cœur de métier : l'accompagnement des personnes âgées ou handicapées. En effet, l'autorisation sera, en fin de construction, transférée à un établissement public sanitaire ou médico-social, proche du lieu de l'opération et intéressé pour gérer ensuite la structure, dans le cadre d'une filière préexistante.

LA FHF À VOS CÔTÉS

- L'association ne fonctionnera bien que si elle parvient à s'appuyer sur un réseau régional intéressé et actif. Ce réseau régional participera à la veille juridique, mais il nous aidera également à identifier les bons interlocuteurs au sein des Agences régionales de santé (ARS) et des conseils généraux, ainsi que les projets intéressants.
- Si le sujet vous intéresse, si vous avez un projet ou si vous avez entendu parler d'un projet, n'hésitez pas à vous manifester auprès de votre région pour adhérer à l'association et la faire vivre. **Vous pouvez également faire remonter directement les projets dont vous auriez connaissance auprès de Carole Goyer-Daoud : c.goyer-daoud@fhf.fr**



3 QUESTIONS À |

Carole Goyer-Daoud, chargée du développement au sein de l'Association pour le développement du service public médico-social (ADSPMS)

-5%

Entre 2003 et 2007, 25 074 lits et places d'Ehpad ont été créés en France, dont 15 266 par le secteur privé lucratif (61 %), 8 808 par le secteur associatif (35 %) et seulement 1 000 par le secteur public, soit 4 %. Depuis dix ans, le secteur public a ainsi perdu 5 % des parts de marché.

1 390 €

par mois

reste à charge moyen dans un Ehpad public.

1 464 €

par mois

reste à charge moyen dans une maison de retraite publique autonome et en maison de retraite rattachée à un hôpital.

2 097 €

par mois

reste à charge moyen dans les établissements privés lucratifs.

Les établissements publics sont habilités à

100%

à l'aide sociale, ce qui n'est pas le cas des établissements privés commerciaux.

Source : rapport de l'IGAS RM2009-094P, *État des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).*

"La puissance du secteur public est son maillage du territoire et son implication locale"

En quoi la procédure VEFA (Vente en l'état futur d'achèvement) est-elle la plus appropriée pour la création d'établissement public médico-social?

→ Prenons l'exemple d'un Ehpad. La procédure VEFA supprime le processus de consultation des entreprises et comprime les études de conception. Elle permet donc de s'engager sur les délais et les coûts. Elle prévoit que le promoteur immobilier maîtrise le projet de construction et de conception avec une équipe d'experts, notamment un bureau d'études spécialisé dans la conception d'Ehpad. Dans un deuxième

"S'inscrire dans des filières de soins déjà existantes."

temps, il signe une promesse de VEFA avec un investisseur immobilier (bailleur social ou autres investisseurs), qui deviendra par la suite propriétaire du bâtiment. Dans un troisième temps, celui-ci louera le bâtiment à l'Ehpad gestionnaire.

Dans le cadre de l'obtention de l'arrêté d'autorisation conjoint, l'opérateur – dans ce cas, l'Association pour le développement du service public médico-social (ADSPMS) – répond à l'appel à projets et, s'il le gagne, devient titulaire de l'arrêté d'autorisation conjoint délivré par le président du conseil général du département d'implantation du projet et du directeur général de l'ARS de la région concernée.

Une fois les travaux achevés, cet arrêté ainsi que la convention de bail sont transmis à un établissement public sanitaire ou médico-social déjà existant et proche.

La FHF a-t-elle déjà participé à ce type d'opérations?

→ Oui, dans le cadre notamment de la création d'un Ehpad public autonome départemental de 103 lits et places à Morangis, dans l'Essonne. SPH Conseil, filiale commerciale de la FHF, a fait partie de l'équipe mise en place par le promoteur en tant que bureau d'études spécialisé en médico-social, et ce, au côté de l'architecte; ce qu'elle continuera à faire dans le cadre des futurs appels à projets. Mais, à l'époque, notre association n'existait pas. C'est donc le Centre communal d'action social (CCAS) qui détenait l'autorisation avant le transfert au gestionnaire. Demain, ce sera l'association. Le tarif hébergement sera de 61 euros, ce qui est bien en deçà du tarif aide sociale moyen en Île-de-France (75 euros).

En quoi la phase de veille stratégique est-elle fondamentale?

→ Compte tenu des délais imposés (60 à 90 jours), il est important que nous ayons identifié au préalable les territoires prioritaires ainsi que les terrains potentiels. Or, la puissance du secteur public est son maillage du territoire et sa forte implication locale. C'est pourquoi les directeurs d'hôpitaux, d'Ehpad publics autonomes, d'établissements médico-sociaux, mais aussi les Fédérations hospitalières de France régionales, auront un rôle essentiel pour nous permettre d'identifier les communes d'implantation qui répondront le mieux au cahier des charges de l'appel à projets. Cela permettra également à l'association de répondre aux appels à projets en s'inscrivant dans des filières de soins déjà existantes sur les territoires.

MÉDICAL | Comment attirer les praticiens hospitaliers vers l'hôpital public, alors que la démographie médicale est en berne et que la concurrence est rude du côté du secteur privé? La FHF lance une campagne nationale pour promouvoir les nombreux atouts de l'hôpital public auprès des jeunes praticiens. /

Jeunes médecins: l'appel de l'hôpital public

Le chiffre est sans appel: d'ici dix ans, 31 % des médecins seront partis à la retraite. Les hôpitaux publics vont donc devoir massivement recruter pour pouvoir maintenir une offre de soins de qualité qui réponde aux besoins d'une population de plus en plus âgée. Cette situation inédite les place devant un nouveau défi: celui de mettre en œuvre une véritable politique de ressources humaines afin de recruter les internes qui passent dans leur enceinte. Mais comment convaincre les jeunes médecins de rester à l'hôpital public quand, parallèlement, hôpitaux et cliniques privés proposent des salaires et des horaires « attractifs » pour de jeunes diplômés? D'autant qu'ils n'y seront pas soumis à l'obligation de « permanence des soins »... C'est tout l'enjeu de la campagne nationale lancée par la FHF début novembre, à laquelle les délégations régionales participent activement.

SE PROJETER DANS UNE CARRIÈRE

Pluridisciplinarité, travail en équipe, intérêt scientifique et médical, plateaux techniques de pointe, formation continue, possibilité d'exercice à temps partiel, opportunités professionnelles, valeurs du service public hospitalier... Tous ces aspects plaident en faveur de l'hôpital public. Ils sont d'ailleurs reconnus et plébiscités par les jeunes médecins, mais ils s'estompent parfois devant la réalité du terrain... et les atouts du secteur privé. « À ce jour, la possibilité de se projeter, tant en termes de responsabilité que d'affectation, semble inexistante, notent ainsi les auteurs du Rapport sur L'exercice médical à l'hôpital, commandé par Roseline Bachelot, alors ministre de la Santé¹. Alors que la gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences est une source d'insatisfaction pour 56,8 % des praticiens, les débats font apparaître que de fortes attentes pèsent

TÉMOIGNAGES



Dr Alain Jacob,
chef du Pôle
pathologies
tumorales et
hématologies,
CH Sud
Francilien

"JE REFERAIS LE MÊME CHOIX D'UNE CARRIÈRE À L'HÔPITAL"

Grâce au niveau de reconnaissance et d'expertise des équipes médicales, l'hôpital recrute des patients complexes, lourds, et c'est aussi ce qui rend le métier passionnant. L'autre élément déterminant dans mon choix tient à la manière dont on exerce à l'hôpital. Car l'hôpital permet de travailler en équipe transdisciplinaire, et ça, c'est un atout très fort. J'ajouterais que le contact avec le patient en dehors de toute relation financière a aussi joué un rôle dans mon choix de carrière à l'hôpital public.



**Dr François
Venutolo,**
CH de Gonesse

"PARTICIPER À LA CONSTRUCTION DE L'HÔPITAL"

On peut participer à la construction de son hôpital, de son service. On apprend à rassembler les autres autour de soi, à trouver les solutions qui vont offrir un soin de meilleure qualité pour le patient. Pour le premier service hospitalier de France de chirurgie ambulatoire, il y a avait tout à construire. Les murs, bien sûr, mais aussi le projet médical, le projet paramédical. Il a fallu rassembler l'administration et tous les chirurgiens autour d'un projet commun. Et ce genre d'aventure collective, c'est exceptionnel.

Pour faire une belle carrière !



FUTURS MÉDECINS
LAISSEZ-VOUS GUIDER PAR L'INTÉRÊT

CHOISISSEZ L'HÔPITAL PUBLIC

Pluridisciplinarité, travail en équipe, intérêt scientifique et médical, plateaux techniques de pointe, formation continue, possibilité d'exercice à temps partiel, opportunités professionnelles, valeurs du service public hospitalier... Futurs médecins, vous avez tout intérêt à choisir l'hôpital public.

FHF
FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE
www.fhf.fr

WWW.PH-PARINTERET.COM

Pour la recherche !



FUTURS MÉDECINS
LAISSEZ-VOUS GUIDER PAR L'INTÉRÊT

CHOISISSEZ L'HÔPITAL PUBLIC

Pluridisciplinarité, travail en équipe, intérêt scientifique et médical, plateaux techniques de pointe, formation continue, possibilité d'exercice à temps partiel, opportunités professionnelles, valeurs du service public hospitalier... Futurs médecins, vous avez tout intérêt à choisir l'hôpital public.

FHF
FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE
www.fhf.fr

WWW.PH-PARINTERET.COM

Pour la pluridisciplinarité !



FUTURS MÉDECINS
LAISSEZ-VOUS GUIDER PAR L'INTÉRÊT

CHOISISSEZ L'HÔPITAL PUBLIC

Pluridisciplinarité, travail en équipe, intérêt scientifique et médical, plateaux techniques de pointe, formation continue, possibilité d'exercice à temps partiel, opportunités professionnelles, valeurs du service public hospitalier... Futurs médecins, vous avez tout intérêt à choisir l'hôpital public.

FHF
FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE
www.fhf.fr

WWW.PH-PARINTERET.COM

sur elle », soulignent encore les auteurs de ce rapport, qui ont mené quatre débats régionaux, de Lille à Bordeaux, entre mai et juin 2011. Réelle également est la « *demande d'une plus grande cohérence entre le projet individuel et le projet collectif* » formulée par les nouveaux praticiens.

AGIR À L'ÉCHELLE D'UN TERRITOIRE

Comment relever le défi du recrutement de jeunes praticiens hospitaliers ? L'une des solutions semble passer par la notion de « territoire hospitalier ». Car, si les CHU restent attractifs aux yeux des jeunes médecins, notamment à travers la recherche clinique, le recrutement dans certains hôpitaux généraux éloignés des grands centres urbains s'avère plus problématique. « *Si les jeunes médecins sont volontaires pour exercer au sein d'un hôpital de proximité, ils souhaitent aussi pouvoir vivre*

et habiter dans un milieu urbain », constate Vincent Delivet, directeur de l'hôpital de Brive. Consultation avancée des médecins spécialistes dans les hôpitaux de proximité, « ouverture » du CHU aux autres hôpitaux de la région, la solution passe par la mise en place d'une véritable politique d'échange entre hôpitaux publics, du centre hospitalier universitaire régional à l'hôpital général, ainsi qu'en témoignent praticiens et directeurs d'hôpitaux (voir encadré). Parfois, un simple forum entre représentants des internes, coordonnateurs universitaires et présidents de conférences médicales d'établissement, chefs de service ou directeurs d'hôpitaux généraux génère une rencontre qui, sans cela, n'aurait peut-être pas eu lieu. « *Mais, le préalable à ce plan d'actions était sans conteste la nécessaire convergence des acteurs depuis les Facultés de médecine et le CHU jusqu'aux hôpitaux de la région* », souligne Marc Reynier, directeur des Affaires médicales du CHU de Toulouse. Si l'hôpital public commence aujourd'hui à raisonner en termes de territoire, c'est aussi parce que la loi lui en donne les moyens... et l'obligation ! Même si des actions ont été envisagées à l'échelle locale avant la promulgation de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), cette dernière, en introduisant la notion de « communauté hospitalière de territoire » pousse les hôpitaux à trouver leur place au sein d'un véritable maillage territorial, avec le soutien des ARS. La réflexion menée avec les ARS est d'ailleurs décisive pour donner une lisibilité aux médecins sur l'évolution des postes à pourvoir et sur les possibilités d'évolution des carrières.

Un autre fil conducteur émerge des différentes actions menées en région par les hôpitaux publics : la nécessaire solidarité entre les acteurs, plutôt que la surenchère dans les offres salariales. Face à l'offensive du secteur privé en matière de recrutement, « *il est indispensable pour l'hôpital public de jouer les uns avec les autres, et non les uns contre les autres* », rappelle Vincent Delivet.

1. *L'Exercice médical à l'hôpital*, par MM. François Aubart, Didier Delmotte, Alain Jacob, Jean-Pierre Pruvo et Olivier Veran, juillet 2011.



Dr Catherine Artaud,
Cardiologue
CHG de
Fontainebleau

"POUR LE TRAVAIL EN ÉQUIPE"

Je m'occupe de patients aux âges extrêmes de la vie, de nourrissons comme d'adultes parfois très âgés. Avec souvent des pathologies lourdes. Pour répondre aux questions qui se posent, vous devez être en contact avec d'autres praticiens, d'autres spécialités et différentes équipes soignantes. C'est ce qui fait l'intérêt du métier. C'est très enrichissant, car je ne suis jamais dans la routine. Cela me permet aussi de rester à jour sur les différentes pathologies, donc de progresser dans ma pratique.



3 QUESTIONS À |

Gérard Vincent, délégué général de la FHF

"Une véritable politique RH"

Pourquoi une campagne de promotion des carrières hospitalières ?

→ Parce que les médecins sont une « ressource rare », et que la situation de la démographie médicale doit conduire à adopter des mesures énergiques : sans médecins, pas d'hôpitaux ! Au-delà de ce constat, cette campagne montre pour la première fois le souci de développer une véritable « politique de ressources humaines » aux hôpitaux et maisons de retraite qui commence par les médecins mais sera ensuite étendue aux autres personnels.

Le service public hospitalier est une « marque » à développer, mais aussi une réalité sur le terrain, comme le montre l'exemple des postes d'assistants partagés entre CH et CHU. Il faut éviter les « murailles de Chine », car, au-delà de nos différences, c'est bien une identité commune qu'il nous revient de continuer à forger.

Quels en sont les principaux messages ?

→ Avec tous les acteurs de cette campagne (conférences, jeunes, médecins volontaires), nous avons eu le souci de rassembler les bonnes volontés, d'écouter les acteurs de terrain et d'éviter les autocélébrations. Nous avons également cherché à lutter contre les idées reçues : la rémunération, la recherche clinique en centre hospitalier général. Et puis, bien entendu, nous avons mis en avant nos

atouts : dans quel métier peut-on faire des choses aussi différentes au cours d'une carrière que gérer une unité de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa) en milieu pénitentiaire, développer un hôpital local, mettre en œuvre de nouveaux protocoles ou réfléchir avec vos collègues aux prescriptions de médicaments, participer à des expertises judiciaires, travailler aux quatre coins de la France, des DOM-TOM, participer à des actions de coopération internationale... ? L'hôpital, c'est la liberté de construire vos projets ! Une carrière de praticien hospitalier n'est pas monolithique, elle est ce que vous en faites ! De même, l'hôpital ne cesse d'évoluer : à mon époque, on ne parlait pas de chirurgie ambulatoire ni d'équipe mobile de soins palliatifs ; on n'imaginait pas qu'on pourrait exercer à la fois en CHU et en CH dans le cadre de postes partagés. Si vous n'avez pas envie d'exercer le même métier toute votre vie, venez à l'hôpital !

Comment allez-vous faire connaître ces possibilités de carrière ?

→ Il s'agit d'une démarche globale de communication (magazines adressés aux internes, site Internet, quiz, vidéos, page Facebook, espace médical sur le site fhf.fr) qui sera relayée par des réunions dans chaque région, en lien avec les doyens, au cours desquelles seront présentées les possibilités de postes déjà identifiées.

LA FHF À VOS CÔTÉS

Campagne



Lancée en octobre dernier, la campagne de communication « PH par intérêt » vante auprès des jeunes internes les mérites de l'hôpital public, insiste sur ses atouts, notamment à travers le témoignage de praticiens ayant fait le choix de l'hôpital public.

Site Internet



Un site dédié à cette campagne (www.ph-parinteret.com) développe les différents thèmes (travail en équipe, recherche clinique, formation continue, techniques de pointe). Il propose des témoignages vidéo sur la pratique, la recherche la carrière, les valeurs ; une websérie ludique et humoristique « Doc & Dac », des quiz pour combattre les idées reçues sur l'hôpital public...

Outils de com'



Un magazine, une affiche et des brochures (notamment sur la rémunération des médecins) complètent cette campagne. Tous ces outils de communication sont à la disposition des fédérations de la FHF. Un vademecum sera également distribué en janvier dans les établissements afin d'améliorer l'accueil des internes (en rappelant leurs droits à un logement, le maintien du droit à concours, etc.).

TÉMOIGNAGE



Vincent DELIVET, directeur de l'hôpital de Brive-la-Gaillarde (19)

"DONNER DE LA VISIBILITÉ AUX CARRIÈRES"

En Limousin, comme dans de nombreuses régions en France, la question du recrutement des praticiens hospitaliers est devenue de plus en plus aiguë au fil du temps. « Depuis quelques années, des responsables d'hôpitaux, regroupés au sein d'un "Comité inter-établissements du Limousin" [CIEL], ont entamé une réflexion sur la ressource médicale », explique Vincent Delivet, directeur de l'hôpital de Brive. « Au-delà de la constitution d'un marché régional d'intérim ou de la centralisation des offres d'emploi sur la région, nous pensons qu'aujourd'hui il est primordial d'agir sur des facteurs dynamiques, ayant un sens réel pour les jeunes praticiens, comme des parcours professionnels identifiés afin qu'ils puissent se projeter dans une carrière, avec un projet médical clair », souligne Vincent Delivet. La lisibilité des projets médicaux de territoire, définis avec les ARS, devient alors un enjeu majeur. Confronté à la nécessité de renouveler fortement les équipes dans les prochaines années, l'hôpital de Brive se propose de mettre en avant les opportunités qui s'offrent à de jeunes médecins de pouvoir accéder à un niveau de responsabilité « dans un délai raisonnable », note Vincent Delivet. Enfin, « à travers le "temps additionnel", la loi nous permet aujourd'hui de mettre fin au "bricolage" financier qui a prévalu ces dernières années et d'apporter un complément de rémunération dans la transparence ».

MIDI-PYRÉNÉES

DES ACTIONS COORDONNÉES



L'ESSENTIEL : Pour répondre à la problématique du recrutement de jeunes praticiens à l'hôpital public, la Fédération hospitalière de France région Midi-Pyrénées lance un « plan régional d'action coordonné ».

Entre novembre et décembre 2010, la FHF Midi-Pyrénées a établi une cartographie régionale précise des postes médicaux vacants et des prévisions de départs à la retraite d'ici à 2015 pour l'ensemble des disciplines et spécialités médicales. « Cette étape nous a permis de bien nous mettre d'accord sur le diagnostic », explique Aline Gilet-Caubère, permanente de la FHF Midi-Pyrénées qui se félicite d'un taux de réponse de 100 % de la part de la cinquantaine d'établissements interrogés. Bilan : d'ici 2015 les besoins en postes médicaux représentent plus de 30 % des effectifs actuels.

Le « plan régional d'action coordonné » établi à partir de ce constat a nécessité une vingtaine de réunions entre directeurs d'établissement, présidents de CME, et les doyens des facultés

de médecine, associant représentants des internes et des ARS pour certaines de ses actions. Il a abouti à l'organisation de deux forums en mai et août 2011, regroupant tous les responsables concernés dans les disciplines les plus fragilisées du point de vue de la démographie. Parallèlement, afin d'harmoniser les niveaux de rémunération entre établissements publics et de renforcer la coopération entre les hôpitaux publics de la région, une « Charte de bonne conduite » a été rédigée, validée en octobre dernier par le conseil d'administration de la FHF. « Cette charte n'est pas seulement un acte symbolique fort », souligne Marc Reynier, directeur des affaires médicales du CHU de Toulouse et chargé des coopérations inter-hospitalières. *Chaque directeur d'hôpital doit adhérer à la charte et la présenter à ses instances (directoire et/ou CME); enfin, conformément aux dernières instructions de la comptabilité publique, l'ARS procédera certainement à des contrôles de sa mise en œuvre.* »

Cet automne également, les établissements de Midi-Pyrénées ont constitué un groupement de commande d'intérim médical. Le but : sécuriser la prestation et obtenir des tarifs avantageux de la part du prestataire sélectionné. Enfin la FHF et les hôpitaux publics travaillent actuellement à la mise en place d'équipes de remplacement hospitalier, à l'échelle d'un « territoire de santé », ici le département. Le vivier de ces équipes de remplacement serait constitué par les jeunes médecins pas encore installés souhaitant découvrir les différentes facettes d'un territoire, les médecins fraîchement retraités désireux de poursuivre une activité, ou encore des médecins en exercice volontaires et agissant dans le cadre de conventions entre établissements.

Dernier chantier, en cours de finalisation entre les hôpitaux et à l'ARS : l'adoption d'un cadre régional commun pour le recours aux nouveaux contrats de « cliniciens », ouverts par la loi HPST et ses décrets d'application.

TÉMOIGNAGES CROISÉS



Jean-Pierre Vinel,
doyen
de la faculté
de Toulouse-
Purpan

MAINTENIR LE LIEN ENTRE LE CHU ET LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX

Le succès des forums régionaux organisés au printemps et à l'été dernier pour rapprocher les coordonnateurs universitaires de DES et de DESC, les représentants des internes et les responsables des hôpitaux généraux de la région Midi-Pyrénées en témoigne : « Il y a une forte demande des médecins des centres hospitaliers pour rester en contact avec le CHU », constate Marc Reynier. Par ailleurs, dans un contexte de démantèlement de certaines équipes médicales du fait des départs déjà vacants, « proposer un poste de praticien à un jeune médecin qui se retrouvera le seul de sa discipline, tient de la gageure », reconnaît Jean-Pierre Vinel. Maintenir un lien sur le long terme entre les jeunes médecins, le CHU et les autres hôpitaux exige « un esprit d'ouverture et une participation active du CHU et de ses facultés », souligne Marc Reynier. « Nous étudions la possibilité d'envoyer les plus jeunes dans les hôpitaux généraux pour des périodes de formation, et parallèlement nous demandons à l'ARS de créer encore plus de postes d'assistants spécialistes partagés dans les hôpitaux généraux », explique Jean-Pierre Vinel. Enfin, « renforcer la participation des hôpitaux généraux au réseau de recherche clinique permet également de maintenir un lien fort et continu », estime le doyen Vinel.



Marc Reynier,
directeur
des affaires
médicales
du CHU
de Toulouse

Le guide

— AGENDA

9 MARS 2012, À PARIS **PLACE DES USAGERS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

Dix ans après la loi consacrée aux droits des usagers, cette rencontre a pour vocation de faire le bilan des évolutions et la promotion des initiatives dans ce domaine afin d'aider à la création de dispositifs de participation des usagers, en dégagant notamment les grands principes et outils utiles à leur élaboration.

Cet événement national, dont la première édition s'est tenue le 30 janvier 2009 à Paris, fut organisé par le CISS, l'ANAMS, la DHOS, la maison des usagers du centre hospitalier Sainte-Anne et celle de l'Hôpital européen Georges-Pompidou, avec le soutien des fédérations hospitalières FHF, FHP et FEHAP.

La participation des usagers au fonctionnement des établissements de santé peut prendre diverses formes, allant du simple respect des obligations réglementaires à la mise en place de dispositifs plus élaborés, tels que les espaces ou maisons des usagers, qu'une circulaire ministérielle récente conseille de mettre en place.

Afin de mettre en valeur les initiatives des établissements publics de santé dans ce domaine, nous invitons tout acteur ayant mené ou participé au déploiement de solutions ou d'outils dans son établissement, son réseau de soins, son organisation, sa région... à partager cette expérience.

Merci de transmettre vos messages à Annabelle Bocher, chargée de communication externe à la FHF :
a.bocher@fhf.fr

29 ET 30 MARS, À PARIS **MAISON DES ASSOCIATIONS ASSISES DE LA CANCÉROLOGIE PUBLIQUE**

Les 29 et 30 mars 2012 auront lieu les Assises de la cancérologie publique. Les enjeux abordés lors de cette session concerneront tous les acteurs de la cancérologie (directeurs, présidents de la conférence médicale d'établissement, agences régionales de santé, soignants...). Quatre grandes thématiques seront discutées par des professionnels de la cancérologie, parmi lesquelles :

Actualités de la cancérologie

- Bilan des visites de conformité;
- Démographie des professionnels;
- Primoprescription en chimiothérapie;
- RMM.

Innovations techniques et organisationnelles

- La chirurgie en cancérologie : robotisation, chirurgie ambulatoire;
- Les thérapies ciblées;
- Les nouvelles technologies en radiothérapie et en imagerie.

Le parcours patient

- Bilan et perspectives

Vision politique et sociétale de la cancérologie

22 AU 25 MAI 2012, À PARIS, **PORTE DE VERSAILLES HÔPITAL EXPO - HIT**

11 AU 13 JUIN 2012, À BERLIN **AGORA HOPE**

Le programme d'échanges Hope aura lieu du 14 mai 13 juin 2012. Ce programme est destiné aux gestionnaires et autres professionnels de santé ayant des responsabilités de gestion.

Le thème de l'édition 2012 est : « Vieillesse des patients / vieillissement des professionnels : de multiples enjeux. »

Le programme sera conclu à Berlin par l'Agora Hope du 11 au 13 juin 2012.

**Plus d'informations sur le
programme d'échanges Hope :**
<http://www.hope.be/04exchange/exchangefirstpage.html>

Pour une présentation en français :
<http://www.hope.be/04exchange/forms2012fr/EX2012-DOC01FR-INFORMATIONSGENERALES.pdf>

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

DÉVELOPPEMENT DURABLE

LA FHF PASSE AU VERT



Une commission développement durable a été mise en place courant octobre 2011 au sein de la FHF afin de mener diverses actions. Quelques axes de travail ont été mis en avant : le mieux consommer pour le volet économique, la gestion des déchets pour le volet environnemental et la redistribution de fournitures non utilisées pour le volet social. Un vade-mecum va être réalisé dans les semaines à venir afin d'informer et de sensibiliser le personnel interne de la FHF au développement durable. Pour mener à bien ces actions et communiquer, la commission s'est d'ores et déjà dotée d'un logo qui est une adaptation « verte » du logo institutionnel.

— COMMUNICATION

BLOC OPÉRATOIRE

L'ASSOCIATION SPARADRAP LANCE UN CONCOURS NATIONAL SUR L'ANESTHÉSIE DE L'ENFANT



L'association Sparadrapp organise, avec le soutien du laboratoire Abbott, de la Fondation Apicil, de la Fondation de France, de l'Union nationale des associations familiales (Unaf) et sous le parrainage du ministère de la Santé, un concours national sur l'anesthésie de l'enfant.

Un million d'enfants sont anesthésiés chaque année. Même si les conditions techniques et la sécurité ont largement progressé, l'anesthésie reste une source d'inquiétude importante pour l'enfant comme pour ses parents. À l'appréhension concernant le succès de l'opération se mêlent la peur de se rendre dans un lieu inconnu (le bloc opératoire), la peur de l'anesthésie, de la séparation d'avec les parents et de la douleur. Ces peurs peuvent considérablement être réduites lorsqu'un projet d'accueil spécifique pour les enfants est mis en place par le service d'anesthésie. En effet, des solutions existent pour faciliter le parcours et l'accompagnement de l'enfant au bloc opératoire, de la préparation jusqu'au réveil.

Les pratiques adaptées à la pédiatrie peuvent être d'ordre technique ou médical (matériel spécifique, évaluation et prévention de la douleur...), architectural (décoration des espaces, création d'espaces dédiés), organisationnel (postes ou temps dédiés à l'information, gestion du flux, coordination avec les autres services concernés...), relationnel (approche ludique, distraction...), etc.

En organisant ce concours, l'association Sparadrapp souhaite valoriser les réalisations d'équipes d'anesthésie visant à améliorer l'accueil des enfants, pour repérer les idées efficaces et reproductibles et encourager d'autres équipes à s'en inspirer. Les résultats seront annoncés en septembre 2012. Le jury attribuera des prix variant entre 1 000 et 3 000 euros.

Le règlement complet du concours est disponible sur le site Internet www.sparadrapp.org > Professionnels > Actualités. La date limite de réception des dossiers de candidature est fixée au 2 mai 2012.

– COMMUNICATION



LUTTE CONTRE LE CANCER

SORTIE REMARQUÉE
DU MAGAZINE ROSE

Dans le cadre d'Octobre Rose, le mois de la mobilisation au dépistage du cancer du sein dans les médias, la Fédération hospitalière de France a le plaisir de vous annoncer le lancement du magazine *Rose*, premier semestriel féminin haut de gamme à destination des femmes atteintes d'un cancer.

Ce magazine, remarquable par la qualité de son contenu à la fois médical et sociétal, a pour vocation de traiter les rubriques des journaux féminins habituels, grands reportages, sujets de société, sport, beauté, nutrition, culture, etc., à travers le prisme de la vie et des besoins d'une femme atteinte d'un cancer. Il répond donc à un souhait de soutien et d'information pour toutes les femmes malades, sans pour autant se substituer à la voix du corps médical.

Tiré à 200 000 exemplaires, *Rose* est distribué gratuitement à chaque patiente lors de la consultation d'annonce ou durant le parcours de soins, dans tous les établissements de santé, publics ou privés. Dans le cadre de la mise en place de ce projet au sein des hôpitaux publics, la FHF tient à remercier chaleureusement le groupe La Poste, Neolog et Exapaq pour leur engagement et leur aide.

Un site Internet, déclinaison du magazine,
est également consultable : www.rosemagazine.fr

VIEILLISSEMENT

B2V LANCE LE PRIX SOLIDARITÉ AUTONOMIE SENIORS

Le groupe de protection sociale B2V lance un prix destiné à encourager les projets innovants dans l'accompagnement au vieillissement.

Doté de 50 000 euros et ouvert à tout organisme à but non lucratif (association, collectivité locale, etc.), le prix « Solidarité autonomie seniors » décernera quatre récompenses au cours du deuxième trimestre 2012.

Les quatre thèmes pour cette première édition sont les suivants : l'encouragement de la participation sociale des retraités, le maintien de l'autonomie à domicile, le soutien des retraités en situation de précarité ainsi que celui des aidants familiaux et bénévoles.

Les dossiers de candidature sont disponibles sur www.b2v.fr
et les dossiers peuvent être déposés jusqu'au 31 janvier 2012.



RENCONTRES
DE LA COMMUNICATION
HOSPITALIÈRE 2012

Paris, les 27 et 28 mars 2012
MAS
18, rue des Terres au curé
75013 Paris



Au programme :

Une session plénière et des
parcours thématiques en ateliers

Les informations sont disponibles sur
www.fhf.fr > rubrique Communication

Un évènement :



En partenariat avec :





"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



M. A. C. S. F.

Notre vocation, c'est **vous**

Mutuelle Assurance Epargne Financement