Page_06
Médico-social
Perte d'autonomie : comment améliorer les parcours de santé ? /

Page_14
Grand angle
Chirurgie ambulatoire : la France met les bouchées doubles /

Page_21
+ d'interactions
La santé mentale sur le net /

INTERACTIONS

#9
Juillet 2012

LE MAGAZINE D'ACTUALITÉ DE LA FHF

Page_17
Grand angle
Médecines complémentaires : entre espoirs et méfiance

FHF
FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

L'hôpital public,
on a toutes les raisons **pour** le choisir.

À la pointe du progrès médical, l'hôpital public joue un rôle majeur dans les protocoles de recherche et l'essor des technologies du futur. Aujourd'hui, les 132 centres de référence sur les maladies rares se trouvent dans des Centres Hospitaliers Universitaires qui, en 50 ans, ont effectué 78 premières mondiales. **Autant de raisons pour choisir l'hôpital public.**

www.hopital.fr

FHF
FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

HOSPI DIAG : DE LA TRANSPARENCE AUX RISQUES DE DÉRIVE

Le délégué général de la FHF, **Gérard Vincent**

Le président de la FHF, **Frédéric Valletoux**

La recherche de la performance est un engagement de tous les établissements publics et la FHF veille à ce que toutes ses dimensions, y compris la pertinence des soins, soient intégrées dans leur démarche.
Dans ce cadre, l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) a développé l'outil Hospi Diag, qui permet de disposer de 67 indicateurs, sur différents axes – activités, ressources humaines, finances, qualité, organisation –, et ceci pour les établissements hospitaliers tous secteurs confondus.
Hospi Diag est donc un outil important au service des professionnels hospitaliers. La FHF rappelle avec force qu'il doit rester avant tout un outil de dialogue interne dans le cadre d'un management orienté vers la recherche d'une meilleure performance au service du patient, ainsi qu'un outil de dialogue externe de gestion avec les Agences régionales de santé (ARS).
C'est dans cet esprit que la FHF et nombre d'experts se sont engagés pour créer un support partagé de questionnement sur les pratiques et les organisations dans une perspective contextualisée.
Toutefois, il demeure un risque de dérive majeure avec l'utilisation d'Hospi Diag comme base de comparaison, ou d'établissement de palmarès.
Ceci est d'autant plus préoccupant que certains présupposés de la construction du modèle Hospi Diag font de l'organisation des soins dans les cliniques privées un modèle de référence implicite.
Cette approche réductrice, occultant les missions de service public assurées par nos établissements, ne pourra conduire qu'à la démotivation des personnels hospitaliers et à l'incompréhension des usagers sur la réalité de nos prises en charge.
La FHF est favorable à la transparence, mais elle ne peut accepter qu'un outil de gestion interne devienne un outil de marketing.
La recherche de la performance et le devoir de transparence vis-à-vis des usagers sont des sujets trop importants pour accepter qu'ils soient traités à travers une approche réductrice et biaisée.
La FHF a d'ores et déjà alerté les pouvoirs publics et restera très vigilante sur ce dossier.

SOMMAIRE

Plus loin avec la FHF
/04_**RH**
/06_**Médico-social**
/08_**Offre de soins**
/09_**Finances / Europe**

Décryptage
/10_**Les événements indésirables**

Initiatives
/11_**CHU de Grenoble :** une nouvelle conception du bloc
/12_**Quand l'hôpital s'adapte** aux personnels handicapés

Grand angle
/14_**Chirurgie ambulatoire :** la France met les bouchées doubles
/17_**Médecines complémentaires :** entre espoirs et méfiance

+ d'interactions
/20_**Agenda**
/21_**Le Guide**

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

INTERACTIONS FHF
magazine bimestriel de la Fédération hospitalière de France, 1 bis, rue Cabanis, 75993 Paris Cedex 14.
Directeur de la publication : Frédéric VALLETOUX - Rédaction en chef : Gérard VINCENT - Coordination : Noémie BRAZIER - Comité de rédaction : FHF - Rédaction : Cécile Couturier, Gaëlle Desgrées du Loû, Valérie Devillaine, Christophe Panon - Conception - réalisation : CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris. - Photo de couverture : © Istock - N° d'ISSN : en cours. Dépôt légal : juillet 2012.

Plus loin avec la FHF

RH

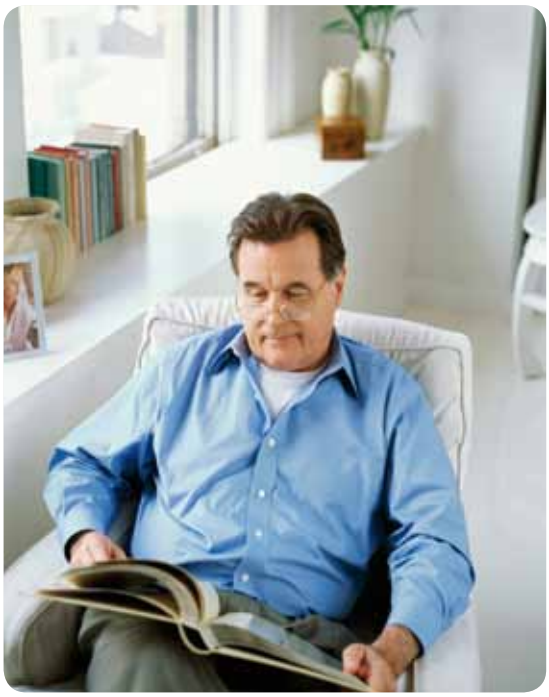
LES REPRÉSENTANTS DE LA FHF AU CONSEIL COMMUN DE LA FONCTION PUBLIQUE

L'ESSENTIEL_ Qui sont les représentants des employeurs publics hospitaliers au sein des formations spécialisées du Conseil commun de la fonction publique ? *Interactions* fait les présentations.

Le Conseil commun de la fonction publique (CCFP), qui s'est réuni pour la première fois en avril 2012 (voir *Interactions* n° 7, p. 8), siège soit en assemblée plénière, soit en formation spécialisée. Il existe quatre formations spécialisées. Pour chacune d'entre elles, les employeurs publics hospitaliers sont représentés par deux titulaires ayant chacun deux suppléants. Ces membres appartiennent au corps des directeurs d'hôpital.

Formations spécialisées	Titulaires et suppléants
« PROJETS DE TEXTES » Cette formation examine les projets de loi, d'ordonnance et de décret ayant un objet commun aux trois fonctions publiques (État, territoriale et hospitalière).	• **Bernard ROEHRICH, directeur général du CHU de Tours (37)** Alain BRUGIÈRE, directeur des ressources humaines des Hôpitaux universitaires de Strasbourg (67) Denis FRECHOU, directeur des hôpitaux de Saint-Maurice (94) • **Henri POINSIGNON, directeur du groupe hospitalier spécialisé Paul-Guiraud de Villejuif (94)** Steven TREGUER, directeur de l'Institut départemental enfance et famille Antoine-de-Saint-Exupéry de Brétigny (91) Gilles DUFFOUR, directeur des ressources humaines du centre hospitalier des Escartons à Briançon (05)
« ÉVOLUTIONS DE L'EMPLOI PUBLIC ET CONNAISSANCE STATISTIQUE » Elle recherche la comparabilité des statistiques entre les trois versants de la fonction publique, en vue de l'élaboration du rapport annuel sur l'état de la fonction publique.	• **Bernard DAUMUR, directeur général du CHU de Rouen (76)** Alain COLLOMBET, secrétaire général des Hospices civils de Lyon (69) Valérie CHAPELLE, directrice des ressources humaines du centre hospitalier Victor-Dupouy à Argenteuil (95) • **Jean-Luc DARGUESSE, directeur de l'établissement public social et médico-social Amiens-Gézaincourt (80)** Pierre WESNER, directeur du centre hospitalier de Rouffach (68) Laëtitia JEHANNO, directrice des ressources humaines du centre hospitalier intercommunal de la Haute-Saône de Vesoul (70)
« ÉGALITÉ, MOBILITÉ, PARCOURS PROFESSIONNEL » Cette formation examine les questions relatives à l'égalité femmes-hommes, l'insertion professionnelle des personnes handicapées, la lutte contre les discriminations, la mobilité et les parcours professionnels.	• **Bernard DUPONT, directeur général du CHU de Brest (29)** Pascale FINKELSTEIN, directrice adjointe de l'AP-HP Anne-Sophie AUBERT, directrice des ressources humaines du centre hospitalier Pierre-Nouveau de Cannes (06) • **Raoul PIGNARD, directeur du centre hospitalier de Bourges (18)** Zaynab RIET, directrice du GHI du Vexin (95) Émeline LACROZE, directeur de l'Esat Trait d'Union, du foyer d'hébergement et en charge de la DRH, directrice adjointe de l'institut médico-social public du Val Mandé, à Saint-Mandé (94)
« CONDITIONS DE TRAVAIL, HYGIÈNE, SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL » Elle collecte, exploite et diffuse de l'information sur les conditions de travail, en s'appuyant sur les outils méthodologiques et un état des lieux des trois fonctions publiques. Sur cette base, elle définit les orientations et actions d'amélioration des conditions de travail. Ses missions sont exercées en lien avec les Conseils supérieurs de chaque versant de la fonction publique.	• **Christian POIMBOEUF, directeur des ressources humaines de l'AP-HP** Catherine AUGER, directrice des ressources humaines du CHU Hôpitaux de Rouen (76) Anne METZINGER, directrice des ressources humaines du centre hospitalier du Mans (72) • **Jean GAUDRON, directeur de la maison départementale de l'enfance et de la famille du Calvados à Caen (14)** Yves BUZENS, directeur du Centre hospitalier spécialisé de l'Yonne, à Auxerre (89) Michel JUNCAS, directeur des ressources humaines du centre hospitalier de Béziers (34)

LES RETRAITÉS HOSPITALIERS, AMBASSADEURS DE L'HÔPITAL PUBLIC



La FHF a souhaité développer, par l'élaboration d'une charte, une politique active en faveur des personnels retraités médicaux et non médicaux de la fonction publique hospitalière afin que ceux-ci deviennent des « ambassadeurs » du service public de santé. Cette démarche répond à l'ambition politique de l'Union européenne via l'événement « 2012, Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle » et s'inscrit dans une démarche globale de responsabilité sociale et d'amélioration de la gestion des ressources humaines.

Par la charte « Établissements-retraités », la FHF et ses adhérents s'accordent sur la poursuite des engagements suivants :

- informer et accompagner les futurs retraités (accès généralisé à un séminaire de préparation à la retraite, remise d'un document sur la charte, promotion de l'espace dédié sur le site FHF) ;
- valoriser le service accompli durant la carrière ;
- maintenir un lien avec les personnels retraités ;
- favoriser l'implication des retraités dans les actions externes à l'établissement ayant vocation à promouvoir l'hôpital public.

Chaque établissement poursuit les actions qu'il considère les plus adaptées afin que tous, actifs et retraités, contribuent à développer la promotion des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

POURENSAVOIR

- www.fhf.fr > Informations hospitalières > Dossiers > Communication > Retraités
- europa.eu/ey2012
- Le site de l'ANHR : www.retraites-hospitaliers.fr

LE RÉGIME CHÔMAGE DES PRATICIENS ENFIN CLARIFIÉ !

Pendant plus d'un an, la FHF a défendu les établissements contre les démarches de redressement opérées par certaines Unions de recouvrement de cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf), au motif qu'ils n'avaient pas cotisé au régime d'assurance chômage pour leurs praticiens temps plein et temps partiel (voir *Interactions* n° 7, p. 9).

La détermination de la FHF, appuyée par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), a finalement permis de donner gain de cause aux établissements. La FHF vient en effet de recevoir un courrier de la DGOS et une copie d'un courrier de la Direction de la Sécurité sociale (DSS) qui rappellent que, pour les praticiens hospitaliers à titre permanent et à titre probatoire, de même que pour les internes, le principe est la non-affiliation au régime d'assurance chômage. En conséquence, aucun redressement n'aurait dû être opéré à ce titre. Le directeur de la DSS précise que les organismes de recouvrement doivent répondre favorablement aux demandes de remboursement présentées par les établissements redressés à tort. Les demandes doivent être accompagnées des arrêtés de nomination des praticiens concernés par le redressement.

La FHF se réjouit de l'aboutissement favorable de ce dossier et invite les établissements concernés à lui faire remonter les difficultés qu'ils pourraient encore rencontrer.

POURENSAVOIR

www.fhf.fr > Dossiers > RH

Plus loin avec la FHF

MÉDICO-SOCIAL

PERTE D'AUTONOMIE : COMMENT AMÉLIORER LES PARCOURS DE SANTÉ ?

L'ESSENTIEL_ La prise en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie constitue un enjeu d'avenir. La FHF formule ses propositions afin de favoriser une nouvelle organisation du système sanitaire et médico-social.

Présidé par Dominique Libault, un comité de pilotage (Copil) a été mis en place pour faire suite aux propositions du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) sur la perte d'autonomie. Ces propositions consistent à tester des projets pilotes visant à améliorer les parcours de santé des personnes âgées, éviter les ruptures dans les parcours de soins et mettre en œuvre des coordinations solides articulant les secteurs sanitaire et médico-social, les professionnels de santé libéraux, ainsi que les dispositifs sociaux (notamment l'allocation personnalisée d'autonomie).

Il s'agit pour la FHF d'un enjeu stratégique majeur pour les dix ans à venir. Les personnes en perte d'autonomie vont être de plus en plus nombreuses. Elles souhaitent généralement rester le plus longtemps possible chez elles, mais subissent des ruptures importantes dans leur parcours de santé, connaissent des restes à charge lourds, en établissement comme à domicile, et ont du mal à se repérer dans l'offre institutionnelle existante. Face à cette demande, les établissements publics sont présents sur l'ensemble du territoire. C'est une force en termes d'offre de proximité du service public, mais aussi une faiblesse : certains établissements souffrent d'un réel isolement, parfois d'un problème de taille critique et se trouvent dans des territoires subissant une forte désertification médicale et paramédicale.

Face à ce constat, la FHF a souhaité formuler quelques propositions, reprises en partie dans sa plate-forme. Leur ambition est de permettre la mise en place d'une nouvelle organisation du système sanitaire et médico-social afin de faciliter les trajectoires de santé des patients atteints de maladies chroniques et/ou en perte d'autonomie[1]. Un chantier ambitieux qui suppose :

- de chaîner les données retraçant les parcours de santé des personnes ;
- de disposer d'un outil pluridimensionnel d'évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de soins et d'accompagnement ;
- de repenser le système des autorisations pour passer à une logique de « coordonnateur de services » pour un parcours de santé sur un territoire. En effet, ce n'est plus une activité de soins ou un service médico-social qui devrait être autorisé, mais un parcours de santé, articulant l'offre libérale, sociale, médico-sociale et sanitaire sur un territoire donné ;
- de revoir les modes de financement. La logique actuelle favorise les financements verticaux alors qu'il faudrait imaginer un financement complètement décloisonné des parcours de santé, qui favorise l'intérêt à agir des acteurs ;
- de réfléchir au reste à charge des personnes en perte d'autonomie dans le parcours de soins afin que les choix de ces patients ne se fassent pas en fonction des coûts des services proposés mais en fonction de leurs besoins.

1. HCAAM, rapport juin 2011, « Assurance maladie et perte d'autonomie », p. 45-88.

LE CALENDRIER

Les premiers appels à projets auront lieu en janvier 2013, après les travaux du comité de pilotage et les traductions législatives nécessaires dans les prochains projets de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS).

DU NOUVEAU POUR LES INFIRMIERS LIBÉRAUX EN EHPAD

Dans le cadre de la signature de sa convention tripartite, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) a recruté des infirmiers salariés. Il en a informé ses résidents dans un courrier, en leur précisant que, s'ils conservent leur liberté de choix, *« toute intervention d'un[e] infirmier[e] libéral[e] auprès [d'eux] ne sera plus remboursée par la Sécurité sociale et restera par conséquent à la charge du résident »*. À la suite de ces embauches, une infirmière libérale qui exerçait dans l'établissement a perdu la clientèle des résidents et a assigné ce dernier, en vue d'obtenir sa condamnation au paiement de dommages et intérêts en réparation du préjudice causé.

La deuxième chambre civile de la Cour de cassation a cassé et annulé l'arrêt de la cour d'appel de Colmar datant du 15 octobre 2010. Dans son arrêt du 15 mars dernier, elle a donné raison à l'établissement et indiqué que *« le versement à l'établissement du forfait de soins exclu[ai]t que les caisses primaires d'assurance maladie [CPAM] puissent prendre en charge, en sus de ce forfait, les soins prodigués par les praticiens libéraux intervenant à la demande des personnes hébergées »*. La Cour de cassation considère donc qu'un Ehpad peut faire le choix de recruter des infirmiers salariés et peut légitimement informer ses résidents des conséquences financières de sa décision.

ÉVALUATION INTERNE : LA RECOMMANDATION DE L'ANESM

La nouvelle recommandation de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) s'adresse aux services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad), services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) et services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad). Elle propose des repères dans la conduite de l'évaluation interne, adaptés aux spécificités des services qui proposent un accompagnement social et médico-social à domicile.

L'Anesm recommande ainsi d'évaluer la qualité des prestations à travers quatre axes centrés sur les usagers :

→ la garantie des droits individuels et la participation des usagers ;

→ la prévention des risques ;

→ la promotion de l'autonomie et de la qualité de vie ;

→ la continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions.

POURENSAVOIR

Voir la recommandation « L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes » sur le site de l'Anesm :
www.anesm.sante.gouv.fr/

Plus loin avec la FHF

OFFRE DE SOINS

CANCER : LE PARCOURS PERSONNALISÉ DES PATIENTS

L'ESSENTIEL_ Le représentant de l'Institut national du cancer (Inca) a fait le point au printemps, lors des 4es Assises de la cancérologie publique, sur l'expérimentation du parcours personnalisé des patients.

Le parcours personnalisé des patients (PPP) est l'un des objectifs de la mesure 18 du Plan cancer 2009-2013. À ce jour, 35 sites, dont 19 publics, ont mis en place ce dispositif qui vise à : personnaliser la prise en charge ; renforcer l'information des patients et la coordination entre professionnels ; améliorer l'accompagnement social des patients ; expérimenter la mise en place du programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC). Un an après son lancement, 9 200 patients en ont bénéficié. 64 % disposent d'un PPP. Pour 32 % des patients, une fragilité sociale a été détectée et deux tiers d'entre eux ont bénéficié d'une prise en charge sociale. Sur 2 789 personnes en phase d'après-cancer, 31 % ont bénéficié d'un PPAC.

L'expérimentation a mis en avant le rôle de l'infirmier coordonnateur (Idec) qui, avec l'accompagnement social, est un point fort du dispositif. Les activités de l'Idec se répartissent en quatre grandes fonctions : évaluation des besoins (37 %), facilitation du parcours (34 %), écoute et soutien (15 %) et information (14 %).

Mais des points de vigilance existent, telles que la nécessité de repositionner le PPP en tant qu'outil destiné en priorité au patient dans la phase initiale de la prise en charge. Les marges de progrès concernent la participation du médecin traitant dans le parcours personnalisé, dans la mise en place du PPAC et dans celle de la surveillance partagée. Le bilan définitif, finalisé au mois de juin, n'est pas encore diffusé au moment où nous publions ces lignes. Le dispositif sera progressivement déployé au cours du second semestre 2012.

INDICATEUR SATISFACTION PATIENT : UNE DIFFICILE GÉNÉRALISATION

La FHF s'est clairement positionnée en faveur de la généralisation et de la diffusion d'un indicateur de mesure de la satisfaction des patients, élément essentiel au dialogue avec les usagers et à l'amélioration de notre système de santé. Les établissements publics ont, depuis des années, agi dans ce sens en développant et en exploitant des dispositifs de recueil des avis des usagers et en menant des plans d'action visant à améliorer la prise en charge des patients.

Toutefois, le dispositif actuel proposé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) rencontre de grandes difficultés qui risquent de remettre en cause la généralisation de cet indicateur. En effet, le recueil du consentement exprès, tel qu'il est requis aujourd'hui, engendre des difficultés pour atteindre le seuil d'inclusion de 120 patients. Par ailleurs, il apparaît que la taille de nombreux établissements, la structure de leur activité et, notamment, la part croissante de l'activité ambulatoire, ne leur permettront pas d'atteindre le nombre attendu de personnes interrogées. La DGOS estime en effet à ce jour que, sur les 1 400 établissements concernés (champs MCO), 537 n'atteindront pas le seuil des 120 patients du fait de la taille et de la structure de leur activité. La FHF s'est exprimée à plusieurs reprises auprès des pouvoirs publics afin qu'une solution soit trouvée, en lien avec les associations de patients, pour garantir à la fois la confidentialité des données, la liberté des patients et la nécessaire mesure de leur satisfaction.

FINANCES

En partenariat avec CAISSE D'EPARGNE

POINT DE VUE SUR **LA CONVERGENCE TARIFAIRE**

L'ESSENTIEL_ L'objectif de convergence tarifaire implique la redéfinition des groupes homogènes de malades. La FHF conteste les décisions qui ont été prises jusqu'à présent.

À la date de rédaction de cet article, une liste provisoire de 430 groupes homogènes de malades (GHM) convergents a été fournie par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). On sait déjà que celle-ci a été légèrement réduite, sans toutefois savoir exactement sur quels GHM porte cette réduction. Il est établi que la convergence porte sur à peu près toutes les activités. Tous les niveaux de sévérité sont concernés.
La FHF ne peut que s'interroger sur le sens général de ces modifications. Les autorités ont reconnu que le vocable « convergence » était une façon d'exprimer le fait qu'une partie du financement public serait transférée vers le secteur commercial.

92 M€ DE PERTES POUR LE PUBLIC

Cela explique pourquoi il a été décidé de faire converger des tarifs de GHM uniquement réalisés par le service public. C'est le cas des craniotomies pour tumeurs chez les enfants et adolescents, de la pose d'implants cochléaires, des suivis de greffe du foie ou du pancréas et de nombreux autres cas où le secteur public est quasiment le seul à intervenir. Quel sens cela a-t-il de diminuer le financement de ces activités dans le seul secteur public pour accroître le financement des cliniques ? Et s'il ne s'agit que de transférer des ressources au secteur privé, n'aurait-il pas été plus logique de baisser tous les groupes homogènes de séjours (GHS) publics d'un pourcentage supplémentaire, afin d'atteindre la récupération ciblée et de

ne pas mettre en difficulté des établissements réalisant une activité importante sur les GHM retenus ?
Sur ces 430 GHM, on estime que la perte pour le service public est de 92 M€. Les disciplines les plus touchées étant le système nerveux (moins 11 M€), les soins palliatifs (moins 11 M€) et la chirurgie cardiaque du jeune enfant (moins 6 M€). Sur ces 430 GHM, le secteur privé accroît son chiffre d'affaires de 16 M€. L'écart est donc de 108 M€ (68 M€ sur la médecine, 40 M€ sur la chirurgie). La FHF constate avec étonnement que certaines activités, en particulier médicales, auparavant considérées comme des priorités de santé publique, voient leurs financements diminués au profit, notamment, de l'activité chirurgicale programmée du secteur privé. Ne s'agit-il pas, en quelque sorte, du détournement d'un outil scientifique de description et de mesure – le Programme de médicalisation des systèmes d'information, PMSI – présentant une rigueur scientifique des plus discutables, à des fins politico-stratégiques ?

EUROPE

PLAN D'ACTION EUROPÉEN POUR LES PERSONNELS DE SANTÉ

Le 18 avril dernier, la Commission européenne a adopté une communication proposant des mesures en faveur d'une reprise génératrice d'emplois, dont un plan d'action en faveur du personnel de santé dans l'Union européenne. Ce plan d'action doit aider les États membres à relever les défis auxquels ils sont confrontés et à mettre en place des actions de coopération européenne et d'échanges de bonnes pratiques. Il s'agit également d'aider à la planification et à la prévision en anticipant les principaux besoins en termes de compétences, d'améliorer le recrutement des professionnels de santé et d'atténuer les effets des migrations de ces professionnels.

POURENSAVOIR
consulter le plan d'action (en anglais) :
ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7622&langId=en

NOUVELLE DIRECTIVE SUR LES IRM

Une nouvelle directive reportant de 18 mois la transposition de la directive 2004/40/EC sur les champs électromagnétiques est entrée en vigueur le 24 avril dernier.
La directive 2004/40/EC avait été adoptée en 2004 avec d'autres mesures de protection de travailleurs contre le bruit, les vibrations et les radiations optiques liées à l'exposition aux champs électromagnétiques. Peu de temps après son adoption, la communauté médicale utilisant l'imagerie par résonance magnétique (IRM) s'était inquiétée des limites apportées aux applications médicales des IRM.
La transposition a donc été stoppée dans un premier temps ; elle est désormais prévue pour octobre 2013.

POURENSAVOIR
europa.eu/legislation_summaries/public_health/health_determinants_environment/c11150_en.htm

RAPPORT D'ACTIVITÉ ORPHANET

Portail des maladies rares et des médicaments orphelins, Orphanet se donne pour mission de fournir un ensemble complet d'informations afin de contribuer au diagnostic et aux soins des patients porteurs de maladies rares. Orphanet a publié son rapport d'activité de l'année 2011. Il est consultable en ligne.

POURENSAVOIR
ec.europa.eu/health/rare_diseases/docs/orphanet_report_2011_en.pdf

Décryptage

SÉCURITÉ DES SOINS

LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

L'ESSENTIEL_ Préoccupation quotidienne des professionnels de santé et des patients, la diminution des événements indésirables constitue un critère de performance pour les systèmes de soins.

1 QU'EST-CE QU'UN ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE ?

Un événement indésirable associé aux soins (Eneis) est défini comme un incident préjudiciable à un patient hospitalisé, associé à la réalisation d'une investigation, d'un traitement ou d'un acte de prévention. Il est considéré comme grave lorsqu'il entraîne une prolongation de l'hospitalisation, qu'il est à l'origine d'un handicap, d'une incapacité, associé à une menace vitale ou à un décès. Selon l'enquête nationale menée en 2009, un événement indésirable associé aux soins est jugé évitable lorsqu'il est établi qu'il ne serait pas survenu *« si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de cet événement »*. Les événements indésirables ont pour origine une procédure (intervention chirurgicale ou acte invasif), un produit de santé (médicament, dispositif médical implantable ou non) ou une infection liée aux soins.

2 QUEL ÉTAT DES LIEUX DANS LES HÔPITAUX FRANÇAIS ?

275 000 à 395 000 événements indésirables graves (EIG) surviennent chaque année à l'hôpital, soit un EIG tous les 5 jours dans un service de 30 lits. 48 % d'entre eux seraient évitables. En moyenne, 6,2 EIG surviennent ainsi pour 1 000 jours d'hospitalisation. La densité d'incidence en chirurgie (9,2 cas pour 1 000 jours) est supérieure à celle enregistrée dans les unités de médecine (4,7).

3 QUEL IMPACT FINANCIER ?

Selon l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), qui a étudié 9 types d'événements indésirables, ces événements ont représenté en 2007 un surcoût de près de 700 millions d'euros à l'hôpital en France. Quatre pathologies ou complications médicales cumulent 90 % du surcoût total : les désordres physiologiques et métaboliques postopératoires qui ont entraîné un surcoût de 260 millions d'euros (40 % du coût total), les septicémies postopératoires (155 millions), les escarres (136 millions d'euros) et les embolies pulmonaires postopératoires (70 millions d'euros).

4 QUELLE POLITIQUE D'AMÉLIORATION ?

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21/07/2009 renforce les exigences à atteindre en matière de qualité et de sécurité des soins, en conférant un rôle accru à la commission médicale d'établissement (CME). Par décret du 12 novembre 2010, les directeurs d'établissements nomment des « coordinateurs » de gestion des risques dans les CME. Enfin, la Haute Autorité de santé (HAS) vient de publier un guide de 8 pages à destination des professionnels qui comprend des outils pratiques pour sécuriser les soins.

POUR EN SAVOIR +
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1239410/mettre-en-œuvre-la-gestion-des-risques-associes-aux-soins-en-etablissement-de-sante

LA FHF À VOS CÔTÉS

Bernard Gouget, conseiller en santé publique à la FHF

« La FHF estime que la réduction des EIG relève d'une démarche globale, collective, organisée et suivie. Elle s'est fortement impliquée dans l'élaboration des indicateurs de tableau de bord comme celui des infections associées aux soins. Objectif : permettre un suivi dans le temps et des comparaisons entre établissements. Alors que la survenue d'un EIG est le plus souvent due à une absence de protocole, un défaut de communication et d'information, la FHF s'associe, dans sa plate-forme sur "Le service public de santé, une ambition pour la France", à la création d'un Institut des patients. Sa mission ? Promouvoir auprès des établissements la diffusion de bonnes pratiques en matière d'accueil et de prise en charge de qualité. »

POUR EN SAVOIR +
contacter le Dr Bernard Gouget : b.gouget@fhf.fr

Initiatives

ON EN PARLE

CHU de Grenoble : une nouvelle conception du bloc

© CHU de Grenoble

L'ESSENTIEL_ Le hall opératoire de l'hôpital Sud constitue une expérience inédite en France. Une manière innovante de repenser la prise en charge des patients et l'organisation des interventions.

Une grande salle d'opération regroupant plusieurs tables : c'est la configuration choisie par le CHU de Grenoble pour son « hall opératoire ». Le bloc de l'hôpital Sud a été totalement modifié avec la création d'un espace ouvert de 180 m² composé de 4 salles (ou « cellules ») opératoires contiguës de 3,60 m sur 3,60 m chacune. *« Un dimensionnement approprié au bon fonctionnement d'un hall opératoire »,* pour Anne Dard-Levieux, cadre Ibode au CHU.

La proximité des cellules permet de mieux répartir les tâches des personnels et de davantage partager le matériel. Des efforts importants ont été faits au niveau de l'ergonomie afin de créer un espace de travail cohérent pour les équipes, adapté à un espace ouvert. Les circuits des patients ont été pensés, étape par étape, pour éviter les désagréments et leur permettre de bénéficier du plus grand confort possible. De plus, le hall se trouvant le long de la façade du bâtiment, il est désormais possible d'opérer en bénéficiant d'une lumière naturelle, ce qu'Anne Dard-Levieux définit comme *« une chance exceptionnelle »*.

La nouvelle configuration du bloc opératoire en hall ouvert, avec ses quatre salles et les pré-anesthésies contiguës, permet en outre une collaboration plus efficace entre les chirurgiens et les anesthésistes : pendant qu'un patient est opéré, un autre est pris en charge en pré-anesthésie. Les moyens humains mobilisés sont aussi optimisés : chaque chirurgien a deux salles à sa disposition, ce qui lui permet de passer plus rapidement d'une intervention à une autre, et donc d'opérer un plus grand nombre de patients. En 2011, 3 900 personnes ont été opérées, contre 2 500 en 2006, juste avant l'ouverture du hall.

À l'AP-HP, un nouvel outil pour évaluer les pratiques

Depuis quelques mois, l'AP-HP dispose d'une nouvelle base de données : AP², pour Analyse et amélioration des pratiques professionnelles. Sa mission : faciliter l'analyse et le recensement des programmes d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

L'AP-HP disposait déjà d'un outil similaire depuis 2009, *« mais elle restait largement descendante, et les responsables d'EPP de l'AP-HP n'intervenaient pas ou peu dans l'apport d'information »*, explique le Dr Nicole Perier, de la direction de la politique médicale. Plus pédagogique, plus ergonomique, plus complète, AP² permet ainsi aux professionnels de l'EPP d'entrer facilement des données sur leurs programmes et d'avoir une vue d'ensemble de l'EPP au sein du groupe. Déployée pour l'instant sur environ un tiers des sites de l'AP-HP, AP² devrait s'étendre à tous les sites et GH d'ici l'été 2013. Pour l'instant consultable sur l'intranet de l'AP-HP, elle pourrait ensuite être diffusée sur Internet.

En avril, 399 programmes avaient déjà été publiés – contre 29 en juillet 2011 – et 672 étaient en phase de réalisation.

Cette initiative, qui devrait contribuer à dynamiser la démarche EPP au sein du groupe et mieux répondre à l'obligation annuelle de développement professionnel continu (DPC) pour les soignants, suscite de l'intérêt au-delà même de l'AP-HP : six CHU extérieurs ont signé un accord de partenariat pour pouvoir utiliser AP², et quatre autres sont intéressés.

Initiatives

REPORTAGE

Quand l'hôpital s'adapte aux personnels handicapés

L'ESSENTIEL_ Depuis 2008, les Hospices civils de Lyon (HCL) ont investi 547 000 euros pour l'insertion des personnels handicapés. Une politique volontariste, notamment ciblée sur les kinésithérapeutes non voyants ou malvoyants.

« *Il en a fallu, de l'énergie, pour en arriver là !* », avoue-t-il. Masseur-kinésithérapeute à l'hôpital des Charpennes (Villeurbanne) et déficient visuel de naissance, Patrice Bestieu n'a désormais plus à se battre pour qu'on lui fasse confiance. Mais, comme les 15 autres kinésithérapeutes malvoyants embauchés dans les services des Hospices civils de Lyon, il doit continuellement adapter sa pratique aux évolutions organisationnelles : l'écrit et l'informatique prennent de plus en plus le pas sur la communication orale…

Grâce à la convention signée entre l'établissement et le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP, voir encadré), Patrice Bestieu a bénéficié d'un aménagement de son poste de travail : installation et formation à un logiciel de synthèse vocale, achat d'un

Photos : © Maxime Jegat

Aveugle de naissance, Patrice Bestieu a bénéficié d'un aménagement de poste. Ci-dessous, il utilise un tensiomètre sonore.

tensiomètre sonore… Certains outils informatiques doivent encore être adaptés – comme le relevé d'actes pour la T2A –, mais la dynamique est lancée.

Personnels soignants, agents d'accueil, manutentionnaires… Au total, 164 personnes ayant un handicap ont bénéficié de ce plan d'action au niveau des Hospices civils de Lyon. Un programme qui aura permis de financer une soixantaine de prothèses auditives, l'adaptation de postes de travail, le recours à des interprètes en langue des signes, la mise en place d'un dispositif de transports adaptés ou encore l'accompagnement au travail de certaines personnes dépendantes par des auxiliaires de vie. *« Prévue en 2013, la prochaine convention avec le FIPHFP mettra l'accent sur le maintien dans l'emploi et le développement des reconversions pour les personnels – et ils sont nombreux – souffrant de troubles musculo-squelettiques, de lombalgies chroniques ou de pathologies invalidantes, des handicaps acquis au cours de la vie »*, indique Sandrine Poirson-Schmitt, directeur adjoint à la direction du personnel des HCL.

6,36 %

c'est le taux d'emploi de travailleurs handicapés aux HCL en 2011, soit 1063 agents sur 16707. Il était de 4,35 % en 2008.

180

personnes ont bénéficié du plan d'action entre 2008 et fin 2011.

212000 €

c'est le montant consacré aux actions envers les kinésithérapeutes malvoyants sur l'enveloppe globale de 547000 €.

_LES ACTEURS DU PROJET

> LA DIRECTRICE ADJOINTE DE LA DIRECTION DU PERSONNEL, Sandrine Poirson-Schmitt, coordonne l'ensemble de la démarche, en lien avec la référente financière, Nicole Pont.

> LA RÉFÉRENTE HANDICAP AUX HCL, Annie Fontanet, est chargée de la coordination du groupe de travail HCL (réunions mensuelles), en lien avec des ergonomes et les conseillers « conditions de travail » sur les différents sites.

> LES ASSISTANTES SOCIALES reçoivent les agents pour connaître leurs conditions de vie et de travail, et les accompagnent dans leurs démarches. Les médecins de santé au travail assurent le suivi des personnels.

QU'EST-CE QUE LE FIPHFP ?

Instauré par la loi du 11 février 2005, le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) accompagne les employeurs publics dans le recrutement, le maintien dans l'emploi et la formation des travailleurs handicapés. Il finance des actions concrètes et propose des conventions aux employeurs publics qui le sollicitent pour s'engager dans une politique globale d'insertion. Ce sont les contributions des employeurs qui ne respectent pas l'obligation d'employer 6 % de travailleurs handicapés qui financent le fonds.

Grand angle

ORGANISATION

Chirurgie ambulatoire : la France met les bouchées doubles

L'ESSENTIEL_ Si notre pays accuse un certain retard en matière de chirurgie ambulatoire, le développement de ce mode d'intervention est désormais une priorité nationale. Encouragée par de nouvelles techniques de pointe, toujours plus demandée par les patients, elle oblige à une organisation sans faille… Revue de détails.

« *En 1998, quand j'ai opéré ma première vésicule biliaire en chirurgie ambulatoire, on m'a dit de prendre tout de suite un avocat, que j'allais tuer mon patient !* », se souvient, avec amusement, Corinne Vons, chirurgienne digestive au CHU Jean-Verdier de Bondy et aujourd'hui vice-présidente de l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA).

La chirurgie ambulatoire recouvre toutes les interventions programmées, réalisées sous des anesthésies de mode variable, qui permettent la sortie du patient le jour même. Les interventions réalisées en ambulatoire sont deux fois moins nombreuses en France qu'aux États-Unis (voir chiffres page 16)… Pourquoi un tel retard ? Pour des raisons culturelles, estime Corinne Vons. « *Nous n'avons pas la même vision du système de santé que les Anglo-saxons. Notre sécurité sociale présente l'avantage de favoriser l'accès aux soins pour tous, mais elle favorise la passivité des patients, alors que la chirurgie ambulatoire nécessite qu'ils participent à leur prise en charge. Aux États-Unis, on ne passe la nuit à l'hôpital que si l'on est encore malade après une intervention.* »

MODERNITÉ ET EXCELLENCE

Toutefois, la chirurgie ambulatoire gagne du terrain en France. Entre 2007 et 2010, le taux de recours à la chirurgie ambulatoire a progressé de 5 points, contre 2,4 pour la chirurgie[1]. Désormais, de l'avis de tous, c'est une chirurgie moderne, d'excellence, qui oblige à la rigueur et à l'efficacité. « *En ambulatoire, on est tout de suite confronté aux suites opératoires*, rapporte Corinne Vons. *Il faut agir rapidement, par exemple pour prendre en charge la douleur ou les vomissements avant le retour au domicile.* » La chirurgie ambulatoire profite également des derniers progrès de la médecine : laparoscopie ou anesthésie loco-régionale, pour ne citer qu'elles, favorisent le rétablissement rapide des patients. De plus, les techniques utilisées étant moins invasives et le séjour à l'hôpital plus court, le risque d'infections serait moindre. Mais on attend encore

des études sur des cohortes importantes pour en avoir confirmation. La diminution de certains risques, comme la phlébite ou l'embolie pulmonaire, est quant à elle bien démontrée[2].
Au ministère de la Santé, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a fixé un objectif de 50 % d'actes chirurgicaux réalisés dans les établissements français en ambulatoire d'ici à 2016.

UN PLAN D'ACTION

Pour favoriser son déploiement, la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) ont lancé un plan d'action (voir interview p. 16). L'Anap a aussi rénové son outil « Diagnostic Flash » : devenu « Hospi-Diag », il fournit aux établissements un tableau de bord de leurs performances… et permet aux hôpitaux d'estimer leurs forces, faiblesses et marges de progression en matière de chirurgie ambulatoire.
En outre, la tarification T2A favorise de plus en plus ce mode de prise en charge. Désormais, 55 séjours pour le secteur public – un peu plus en privé – sont rémunérés de façon identique en ambulatoire et en conventionnel ; pour les autres séjours, les écarts se resserrent. D'autres incitations, coercitives, sont expérimentées. Ainsi, l'Assurance maladie a établi, dans certains établissements, la mise sous entente préalable pour la pratique en chirurgie

Suite, page 16 →

Cette technique d'endoscopie chirurgicale peu invasive est utilisée pour le diagnostic ou l'intervention, en particulier dans l'appareil digestif, en gynécologie et en urologie.

Mode d'anesthésie de plus en plus utilisé pour les interventions localisées et de courte durée, consistant à injecter un produit anesthésiant à proximité des nerfs de la région du corps concernée.

_TÉMOIGNAGES

Véronique Anatole-Touzet, directrice générale du CHR de Metz-Thionville,

et Élisabeth Gloaguen, coordinatrice des soins

"Les équipes y trouvent leur compte"

Dans notre établissement, le taux de chirurgie ambulatoire est désormais de 45 %. Personne ne regrette cette réorganisation : les patients sont les premiers satisfaits, mais les chirurgiens et les équipes soignantes des services de spécialités y trouvent aussi leur compte. Ils peuvent mieux se consacrer aux malades les plus lourds ainsi qu'aux urgences. La prise en charge en ambulatoire a été protocolisée avec, notamment, un appel des patients la veille. Cela réduit le taux d'interventions annulées et peut éviter la prise d'anxiolytiques avant l'intervention.

Nicolas Estienne, directeur du Centre hospitalier de Martigues et auteur d'un mémoire de MBA sur la chirurgie ambulatoire

"Pour des méthodes plus efficientes"

L'hôpital public n'est pas « génétiquement » programmé pour la chirurgie ambulatoire : si le patient est au centre des préoccupations, il n'est pas toujours au cœur de l'organisation. Il est impératif d'adopter des méthodes plus efficientes. Sinon, la santé va continuer à coûter de plus en plus cher et, à la fin, les plus démunis ne pourront plus se soigner. Pour réussir, il y a des impératifs à trois niveaux : que les Agences régionales de santé définissent des priorités précises, que l'établissement se fixe des objectifs clairs et atteignables et que médecins et cadres aient davantage de latitude dans leur organisation interne.

Yves Bloch, directeur du CHI de Poissy-Saint-Germain-en-Laye,

et Dr Hélène Solus, médecin anesthésiste

"Un coup de fil au patient, avant et après"

En chirurgie conventionnelle, c'est le patient qui attend le chirurgien et l'anesthésiste ; en ambulatoire, c'est l'inverse. C'est donc une organisation totalement différente. Nous avons mené un très gros travail pour accompagner ce changement auprès des personnels. Nous avons également mis l'accent sur l'information du patient, qui doit être rassuré, épaulé et doit sentir que sa prise en charge nous concerne. Nous l'appelons donc la veille de l'intervention et le lendemain pour vérifier que tout va bien, notamment qu'il n'a plus de nausées ou de vomissements et que les douleurs postopératoires sont bien traitées.

Suite de la page 15 →

conventionnelle d'actes pouvant être réalisés en ambulatoire.
Concrètement, comment développer la chirurgie ambulatoire à l'hôpital ? « *Il faut créer des unités, avec des lits dédiés, une zone du bloc dédiée et du personnel dédié* », explique Corinne Vons. La chirurgie ambulatoire réclame une organisation sans faille, et donc protocolisée. Tout le monde doit être sur le pont à la première heure le matin, le patient devant subir plusieurs heures de surveillance postopératoire avant de rentrer chez lui. Celui-ci doit avoir été bien informé en amont, et l'anesthésiste doit adapter sa prise en charge afin que la personne vive au mieux l'opération tout en étant rapidement rétablie. De plus, le chirurgien est amené à anticiper l'analgésie postopératoire. L'infirmière doit surveiller de près l'état de santé du patient et l'aider à se remettre rapidement sur pied. Enfin, il revient à l'établissement de préparer la sortie et de contacter le patient après son retour à domicile afin de s'assurer qu'il a bien suivi et compris les prescriptions. « *Désormais, une page est tournée et ceux qui auront loupé le coche vont perdre des parts de marché. Changer de cap est difficile pour tout le monde. Il faut donc une volonté collective au sein des établissements, associant médecins, équipes soignantes et directions* », conclut Corinne Vons.

1. Source : *État des lieux 2010 sur l'activité de chirurgie ambulatoire,* Atih.
2. *Chirurgie ambulatoire – Socle de connaissances*, HAS-Anap, avril 2012.

63,5 %

Aux États-Unis, en 2010, la chirurgie ambulatoire représentait 63,5 % du total des interventions chirurgicales pratiquées dans les hôpitaux. Elle y est aussi de plus en plus pratiquée dans des centres indépendants et des cabinets médicaux.

36 %

Pour 18 interventions de référence, la France réalisait, en 2009, 36 % de chirurgie ambulatoire. Elle se place devant l'Italie (32 %) et l'Espagne (33 %), mais loin derrière le Danemark (74 %) ou la Suède (69 %).

(Source : *Chirurgie ambulatoire – Socle de connaissances*, HAS-Anap)

LA FHF À VOS CÔTÉS

Dr Christine Bara, conseillère médicale à la FHF

« La FHF est largement favorable à la chirurgie ambulatoire : elle permet une prise en charge de qualité et va dans le sens de l'histoire, en impliquant un décloisonnement, une pluridisciplinarité et une meilleure coordination qui concourent à la fluidité du parcours du patient. Développer la chirurgie ambulatoire modernise toute l'organisation des soins et redéfinit la place de chacun : du brancardier au médecin traitant en ville, en passant par l'infirmière, le chirurgien et l'anesthésiste.
Ces changements nécessitent cependant d'être accompagnés. C'est pourquoi la FHF s'implique aux côtés de la HAS et de l'Anap sur ce dossier. Sa filiale SPH-Conseil organise également des séminaires sur ce sujet et les délégations régionales de la FHF sont aussi mobilisées, comme a pu en témoigner, en particulier, le séminaire organisé par la région Pays de la Loire le 15 juin dernier. »

_3 QUESTIONS À...

Dr Jean-Patrick Sales, directeur de l'évaluation économique et de santé publique à la HAS

Comment expliquer le retard français en matière de chirurgie ambulatoire ?

Le système de soins français a toujours été fondé sur l'hébergement. À l'époque où l'hôpital ne soignait pas encore, les hospices hébergeaient déjà. Depuis, l'hôpital est de plus en plus devenu un plateau technique mais ne s'est pas départi de sa fonction d'hébergement.

"Ne plus se demander quand une chirurgie ambulatoire est possible, mais quand un hébergement est nécessaire"

Est-ce en train d'évoluer ?

Oui, les patients sont de plus en plus rapidement autonomes après une intervention, notamment grâce aux progrès de l'anesthésie et des techniques chirurgicales. Le frein qui reste à lever réside dans l'organisation des établissements, particulièrement celle du parcours du patient. Si je peux faire une comparaison, c'est comme les péages autoroutiers. Il y a aujourd'hui des caisses de télépéage où l'on n'a plus besoin de s'arrêter et, si vous avez un abonnement Télépéage, vous tolérez mal de devoir passer à une caisse normale. La chirurgie ambulatoire permet elle aussi de supprimer certains temps morts, et ce sont les patients qui nous y poussent, mais il faut aménager des flux spécifiques.

En quoi consiste le partenariat HAS-Anap ?

L'idée est d'inverser la charge de la preuve : ne plus se demander quand une chirurgie ambulatoire est possible, mais quand un hébergement est nécessaire, pour quel bénéfice et avec quel risque, et accompagner les professionnels dans ce sens. Le *Socle de connaissances*, publié en avril, recense les publications scientifiques sur le sujet : état des lieux, organisations, information du patient, bénéfices et risques... Suivront, d'ici début 2013, des recommandations organisationnelles qui résulteront d'une analyse de processus réalisée par la HAS et d'un benchmark d'établissements particulièrement avancés sur le sujet établi par l'Anap. Ensuite, nous réévaluerons les critères d'éligibilité des patients, en particulier dans les aspects psychosociaux et environnementaux, et produirons des outils et analyses économiques.

Grand angle

MÉDICAL

Médecines complémentaires : entre espoirs et méfiance

L'ESSENTIEL_ Hypnose, acupuncture, massages… Les médecines complémentaires se font, doucement, une place à l'hôpital. Malgré les freins, elles viennent, dans certains établissements et pour certaines spécialités, compléter l'arsenal thérapeutique traditionnel.

Massage

État modifié de conscience, provoqué par des techniques d'induction, pendant lequel la personne se détache des contraintes externes et internes qui caractérisent son fonctionnement de veille.

Un nouveau mot fait son apparition dans les couloirs de l'hôpital : « MAC ». MAC, pour « médecines alternatives et complémentaires ». On les appelle aussi médecines douces, naturelles ou non conventionnelles. Méfiance à l'égard de la chimie, scandale du Médiator, désir de prise en compte de la personne de manière « globale »… Les pratiques comme l'acupuncture, l'ostéopathie, le yoga ou la phytothérapie (médecine basée sur les extraits de plantes et les principes actifs naturels) rencontrent un succès croissant auprès des patients. Les soignants sont unanimes : la demande est énorme. Une étude, réalisée en 2010[1], révélait que 60 % des personnes atteintes de cancer avaient recours aux médecines non conventionnelles en plus de leur traitement médicamenteux. Les MAC sont surtout utilisées pour soulager la douleur et l'anxiété, éviter le recours à l'anesthésie ou diminuer les effets indésirables liés à certains traitements. Avantage : elles engendrent peu ou pas d'effets secondaires, et les risques d'interactions médicamenteuses sont minimes. Leur vocation n'est pas de venir remplacer les traitements médicamenteux classiques, mais de s'y associer.

DES RECHERCHES ENCORE INSUFFISANTES

Problème : la recherche sur le sujet est encore insuffisante. Certes, des études internationales validées sont régulièrement publiées. Elles établissent par exemple que le yoga améliore l'état de santé ou que le tai-chi-chuan – une gymnastique d'origine chinoise mêlant arts martiaux et méditation – améliore la qualité de vie des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque. On sait aussi que **l'hypnose** diminue très sensiblement la douleur… *« Mais nous manquons de résultats clairs sur l'efficacité de certaines pratiques*, souligne le Pr Alain Baumelou, responsable du Centre intégré de médecine chinoise de La Pitié-Salpêtrière (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris). *En France, surtout, nous manquons d'études de grande ampleur impliquant un nombre important de patients et évaluant les effets modérés ou faibles des MAC. Pour cela, il faudrait des moyens, donc une réelle volonté. »*

Pour l'heure, l'État français ne reconnaît pas les MAC, qu'il désigne comme des « pratiques de soins non conventionnelles ». Aujourd'hui, si l'ostéopathie est reconnue comme une profession médicale, seules l'acupuncture et l'homéopathie sont considérées comme des « orientations médicales » et non comme des spécialités. La formation académique

→

Grand angle

→

des personnels soignants n'intègre pas – ou peu, voir premier témoignage p. 19 – ces « nouvelles » pratiques. Et le risque de dérives sectaires incite à la plus grande prudence. La Miviludes[2], qui recense les pratiques de santé déviantes, souligne les tentatives d'incursion de « pseudo-thérapeutes » dans l'enceinte de l'hôpital. Les freins au développement des MAC sont encore nombreux… Néanmoins, la Haute Autorité de santé mentionne la possibilité de recourir à certaines « interventions non médicamenteuses ». Sans pour autant les recommander officiellement, elle évoque le recours à l'acupuncture pour le sevrage tabagique, et même à la musicothérapie, l'aromathérapie (médecine basée sur les extraits aromatiques de plantes), les massages ou la luminothérapie pour améliorer le comportement des malades d'Alzheimer[3]…

SUR LE TERRAIN, UNE UTILISATION HÉTÉROGÈNE

Il n'existe pas d'état des lieux précis des MAC dans les établissements sanitaires ou médico-sociaux en France. Faute de cadre légal, elles sont souvent proposées de manière disparate, selon le bon vouloir des personnels. *« Les MAC sont pratiquées dans des services hospitaliers depuis des années*, souligne le Pr Baumelou, *mais ces activités relèvent souvent d'initiatives individuelles : un soignant s'intéresse à une pratique et se forme. Puis il demande l'autorisation de la mettre en place à son chef de service et, si celui-ci donne son accord, le projet se développe… La plupart du temps non reconnues et non remboursées, ces pratiques sont donc souvent exercées de manière "sauvage". »*

Ainsi, de nombreux hôpitaux, parmi lesquels les CHU de Rouen, Strasbourg, Montpellier ou encore le Centre hospitalier intercommunal de Haute-Saône (Vesoul), proposent l'acupuncture pour réduire les douleurs liées à la grossesse ou à l'accouchement. À l'hôpital Robert-Debré (AP-HP), on peut recourir à l'hypnose avant ou à la place de la péridurale lors de l'accouchement. Une technique également utilisée en remplacement de l'anesthésie au CHU d'Angers (voir *Interactions* n° 8) ou de Nîmes, par exemple (voir témoignage p. 19). La méditation est utilisée pour lutter contre l'anxiété et la dépression à l'hôpital Sainte-Anne, à Paris, ou pour soulager les patients en oncologie à l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille. Le CHU de Poitiers a ouvert, fin 2011, une unité de médecines alternatives qui ambitionne de réduire les douleurs et manifestations physiques liées aux maladies, en particulier chroniques…

L'AP-HP, FER DE LANCE ?

De son côté, l'AP-HP a inscrit le développement des médecines complémentaires dans son plan stratégique 2010-2014. Elle a ainsi lancé 11 projets d'études, moyennant un budget de 1,5 million d'euros. L'institution souhaite notamment favoriser la médecine traditionnelle chinoise (MTC) dans la prise en charge des patients et dans la réduction des troubles musculo-squelettiques des personnels. Il y a trois ans, elle a créé le Centre intégré de médecine chinoise, que dirige le Pr Baumelou. Ce centre dédié à l'évaluation clinique et à la sensibilisation des étudiants développera progressivement une activité de soin. Trois essais cliniques y sont actuellement menés, sur la prise en charge de l'obésité, les apports de l'acupuncture dans les douleurs lombo-pelviennes et les effets d'une plante chinoise chez les diabétiques.

Les MAC ont encore du chemin à parcourir pour être largement admises et diffusées à l'hôpital. Mais les personnels qui les pratiquent d'ores et déjà mettent en avant l'aspect « humain » induit par les thérapeutiques naturelles. En favorisant une prise en compte plus globale du patient, elles impliquent un dialogue soignant/soigné renforcé et développent les

2 DIPLÔMES
interuniversitaires (DIU) d'acupuncture sont proposés en France, au sein de 7 facultés.

53 %
des foyers français ont recours à l'homéopathie (Ipsos, 2010).

À partir de 8 SEMAINES
de pratique, la méditation de pleine conscience réduit la gravité du syndrome du colon irritable chez les femmes (*The American Journal of Gastroenterology*, 2011).

4 FRANÇAIS SUR 10
ont recours aux médecines complémentaires, dont 60 % parmi les malades du cancer (Miviludes).

Tai-chi-chuan

Médecine vieille d'environ 3000 ans reposant sur une philosophie (le corps, le cœur et l'esprit forment un « tout », mû par une énergie fondamentale) et cinq pratiques principales : acupuncture, pharmacopée, diététique, massage thérapeutique et exercices physiques « médicalisés » (qi gong et dao yin).

Acupuncture

relations de confiance… Encourager le dialogue : un point crucial souligné par les défenseurs des MAC. Car, malgré l'intérêt témoigné par les malades, la question des MAC reste souvent taboue entre les patients et leurs médecins.

1. Menée par l'Association d'enseignement et de recherche des internes en oncologie dans 18 centres de soins de France, auprès de 850 patients.
2. Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires. Guide *Santé et dérives sectaires*.
3. *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge*, décembre 2011.

POURENSAVOIR

- **Le Centre intégré de médecine chinoise de La Pitié-Salpêtrière :** www.medecinechinoise.aphp.fr
- **Le Centre américain des médecines complémentaires et alternatives (NCCAM) du National Health Institute :** www.nccam.nih.gov
- **Les revues du réseau international Cochrane :** www.cochrane.org
- **Le site de la Miviludes :** www.derives-sectes.gouv.fr

_TÉMOIGNAGES

Pr Jean-Raymond Attali, responsable du diplôme universitaire (DU) de médecine traditionnelle chinoise de Paris-XIII (photo), et **Pr Alain Baumelou,** responsable de l'enseignement de MAC à Paris-VI

"Il faut développer l'enseignement des MAC"

À part pour l'acupuncture, il n'y a pas de formation universitaire reconnue sur les MAC. Les hôpitaux manquent donc de praticiens dûment formés. Nous essayons de développer la formation et avons créé un enseignement obligatoire sur les MAC en 2e cycle à Paris-VI. Nous cherchons à le rapprocher du DU de médecine chinoise de Paris-XIII et du DU d'acupuncture de Paris-V. Nous espérons ainsi montrer aux étudiants qu'il y a d'autres voies que la médecine classique, favoriser l'encadrement de ces pratiques et permettre une reconnaissance des MAC.

Dr Guylaine Tran, anesthésiste au CHU de Nîmes

"Je suis devenue hypnothérapeute"

Après vingt-huit ans d'exercice, je me suis formée à l'hypnose et l'ai introduite au sein du service endoscopie digestive en 2008. Je pratique l'hypnosédation – l'association de l'hypnose et de très faibles doses d'analgésiques – en remplacement de l'anesthésie générale pour des interventions de type coloscopies. En préalable, j'aide le patient à choisir un souvenir agréable sur lequel il s'appuiera pendant l'intervention. Celle-ci ne dure pas plus longtemps qu'une opération classique. Les patients sont toujours ravis, et étonnés par l'expérience. Désormais, l'hypnose est pratiquée dans plusieurs services. Les soignants peuvent suivre une formation de 12 jours au sein du CHU.

Dr Jean-Louis Masson, médecin homéopathe à l'hôpital de la Croix-Rousse (Lyon)

"L'homéopathie contre les effets secondaires des traitements"

Dans le service hépato-gastro-entérologie, nous suivons des patients atteints d'hépatite ou du VIH. Les antiviraux (hépatites) induisent souvent démangeaisons, état pseudo-grippal, troubles du comportement. Les antirétroviraux (VIH) entraînent d'autres effets indésirables. Avec l'homéopathie, nous parvenons à atténuer ces effets, à traiter les maladies intercurrentes (herpès, etc.) et à améliorer la qualité de vie des patients. Nous ne sommes que deux médecins homéopathes pour une consultation d'une demi-journée par semaine, alors qu'il y a 16 hépatologues dans le service… Les études publiées devraient permettre de dépasser les a priori négatifs, encore bien présents.

+ d'interactions

AGENDA

_MARDI 3 JUILLET 2012, À PARIS

JOURNÉE ESTHER 2012

Le groupement d'intérêt public Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau (GIP Esther), qui vise à favoriser l'accès aux soins des personnes vivant avec le VIH/sida dans les pays en développement, organise sa journée annuelle. Celle-ci se déroulera à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) en présence de tous les partenaires hospitaliers, associatifs et institutionnels impliqués dans les programmes Esther.

Cet événement, organisé avec la FHF, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence française de développement (AFD), sera consacré à la coopération hospitalière internationale et à l'inscription des projets Esther dans ce contexte. Ateliers, conférence et présentation d'exemples concrets de coopération ponctueront cette journée.

POURENSAVOIR
www.esther.fr

_MARDI 13 NOVEMBRE 2012, À PARIS

CINQUIÈMES RENCONTRES DU MANAGEMENT DE PÔLES

La FHF organise la cinquième édition des Rencontres du management de pôles au Palais Brongniart, à Paris. L'ambition de la Fédération est que ce rendez-vous permette de mettre en avant les leviers de changement que les professionnels de santé ont su mobiliser dans le cadre des pôles pour améliorer le parcours du patient, la qualité des pratiques et celle du service au patient. Ce thème fera l'objet des présentations de la matinée. Il s'agira également de mettre en lumière le fait que l'organisation en pôles peut renforcer la cohésion et la confiance des équipes. Elle peut aussi se révéler un levier d'innovation et de créativité, susceptible de rendre l'hôpital plus attractif pour les médecins et soignants. Ce sera la thématique de l'après-midi.

Cette journée sera marquée par l'intervention d'un grand témoin, André Compte-Sponville, philosophe et membre du Conseil consultatif national d'éthique. Ces rencontres se veulent interactives : les participants pourront poser des questions en direct par SMS.

Inscriptions en ligne :
www.sphconseil.fr

JEUDI 29 ET VENDREDI 30 NOVEMBRE 2012, À LILLE

ENCC 2012 : T2A ET INNOVATIONS

Lancé à Strasbourg, le séminaire de l'Étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC), dont c'est cette année la seizième édition, est organisé cet automne par le CHU de Lille, en coopération avec la FHF. Cette manifestation annuelle a pour objectif de mutualiser les expériences d'utilisation de données médico-économiques à des fins de stratégie ou de gestion au sein des établissements de santé. Elles permettent également de communiquer sur des travaux ayant trait aux modalités de financement.

La thématique fixée pour 2012 est : « T2A et innovations ». Elle sera déclinée selon les axes suivants :

- La T2A et l'innovation dans les sciences de gestion : la dimension médico-économique ;
- La T2A, l'innovation organisationnelle et managériale ;
- La prise en compte de l'innovation dans la T2A ;
- La T2A et l'innovation dans la régulation de l'offre de soins.

Les inscriptions se font sur le site du SPH Conseil : www.sphconseil.fr

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

SANTÉ MENTALE

HOPITAL.FR S'ENRICHIT

Le site grand public hopital.fr, qui connaît un trafic mensuel de près de 800 000 visites après quatre années d'existence, se dote d'un espace dédié à la santé mentale. La création du nouvel espace est née du constat de l'importante fréquentation des contenus qui étaient consacrés à la santé mentale.

L'espace, accessible depuis la page d'accueil d'hopital.fr, un site édité par la FHF, propose des contenus réalisés par les trois fédérations hospitalières associées à ce projet (la FHF, la Fehap, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, et Unicancer). Ces contenus sont, pour la plupart, édités en partenariat avec le Psycom75 (voir ci-contre). Ces informations, traitées sous forme d'actualités ou de dossiers, concernent les troubles psychiques, les traitements et les soins, les professionnels de santé, les prises en charge sanitaire et médico-sociale, les modalités de soins, les droits des patients, le handicap psychique et les lieux d'information. À cela s'ajoutent un dico médical ainsi que des fiches métiers.
Par ailleurs, le moteur de recherche du site hopital.fr a été mis à jour pour apporter davantage de pertinence et de clarté aux internautes. L'annuaire de l'espace « santé mentale » recense l'ensemble des établissements de santé mentale dans leur diversité : hôpitaux, centres médico-psychologiques, centres de cure en alcoologie, centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel, etc.

POURENSAVOIR
www.hopital.fr/Hopitaux/Espace-Sante-mentale

LE SITE DU PSYCOM75, NOUVELLE VERSION

Le Psycom75, l'un des partenaires de la FHF pour l'espace « santé mentale » du site hopital.fr, a lancé une version plus riche et plus ergonomique de son site ressource.
Parmi les points forts de ce site : une rubrique consacrée aux représentations sociales des troubles psychiques, une « Boîte à outils déstigmatisation », des brèves quotidiennes et une newsletter hebdomadaire permettant de suivre l'actualité liée à la santé mentale en France et dans le monde. Le site fournit les coordonnées précises de structures parisiennes pour les soins et l'accompagnement en fonction de sa sectorisation. Ce syndicat interhospitalier publie des documents et mène des actions de sensibilisation à l'intention de toutes les personnes concernées par les questions de santé mentale.

POURENSAVOIR
www.psycom75.org

+ d'interactions

LE GUIDE

MÉDIA

ROSE MAGAZINE REVIENT POUR LA SAISON ESTIVALE !

« Rose *n'est pas un magazine qui parle de maladie, mais un magazine qui parle de vie.* » Le ton de ce périodique, premier féminin dédié aux femmes atteintes de cancer, est résolument glamour et dynamique. Il peut paraître inapproprié à des sujets souvent sensibles et douloureux… Pourtant, la ligne éditoriale de ce support est juste, adaptée et met en valeur une évidence souvent mise à mal pour les patientes : le droit à la féminité. Pour ce deuxième numéro, la FHF renouvelle son soutien à cette publication en participant à sa diffusion auprès des services concernés des établissements publics de santé.

POURENSAVOIR
rendez-vous sur www.rosemagazine.fr
Pour toute information sur la diffusion, contactez a.bocher@fhf.fr

INTERACTIVITÉ

L'HÔPITAL PORTABLE

L'application mobile « Hôpitaux », destinée au grand public et disponible sur iOS et Android depuis 2010, vient d'être mise à jour. Elle est disponible depuis la fin du mois de juin dans l'App Store et sur Android market.
Son nouveau nom, « Urgences hôpitaux », vise à mieux mettre en avant sa fonction essentielle : l'affichage de tous les services d'urgence dans un rayon de 10 km autour de l'utilisateur. Cette version bénéficie d'une ergonomie améliorée et propose plusieurs fonctionnalités nouvelles, en particulier une fiche pratique des « gestes qui sauvent » et la possibilité de noter les établissements, comme sur le site Internet hopital.fr. Les fiches consacrées aux établissements ont également été enrichies pour permettre au public de trouver davantage d'informations, notamment les indicateurs qualité.

COMMUNICATION

CADRES ET MÉDECINS ONT DÉSORMAIS LEUR NEWSLETTER

En ce premier semestre 2012, la communication de la FHF s'est enrichie de deux newsletters thématiques, l'une à destination des médecins, l'autre des cadres. Ces deux lettres électroniques proposent des actualités, des partages d'expériences, des dossiers de fond et des éléments d'agenda du site www.fhf.fr. La lettre *Médecins* paraît le 10 de chaque mois ; la lette *Cadres*, le 20.

Pour vous abonner à l'une et/ou l'autre de ces lettres, rendez-vous sur www.fhf.fr > Newsletters en colonne de droite

FOCUS SUR LE MÉTIER DE DIRECTEUR DES SOINS

La FHF a participé, avec l'Association française des directeurs des soins (AFDS) et l'École des hautes études en santé publique (EHESP), à la réalisation d'une plaquette faisant la promotion du métier de directeur des soins.

Pour télécharger ce document, rendez-vous sur www.fhf.fr > Dossiers > Communication > Plaquettes et supports de communication FHF

26 et 27 septembre 2012

Paris, Espace Charenton

les Rencontres RH de la Santé

1ère édition

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

COMITE SCIENTIFIQUE :
ADRHESS, SPH Conseil, FHF, Ministère de la Santé - DGOS, EHESP, ANFH, CNEH, CGOS

Publics

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

Thèmes

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

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

adRHess

FHF
FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

SPH Conseil

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

Contrat d'assurance vie **RES**

"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

M.A.C.S.F.

Notre vocation, c'est vous

Mutuelle Assurance Epargne Financement

* 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

11_004 - MACSF épargne retraite – Société Anonyme au capital de 58 737 408 € - Siège Social : cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX - Tél : 3233 - 403 071 095 RCS NANTERRE