

Page\_06

## Offre de soins

FHF Cancer en détail /

Page\_17

## Grand angle

Alzheimer : quel parcours de soins en 2012 ? /

Page\_21

## + d'interactions

Tous mobilisés pour le Téléthon ! /

# INTERACTIONS

LE MAGAZINE D'ACTUALITÉ DE LA FHF

#10  
Septembre 2012

Page\_14

## Grand angle

PRS : l'apprentissage de la démocratie sanitaire ?

Mardi 13 novembre 2012  
Palais Brongniart, Paris

# RMP

Les 5<sup>e</sup> Rencontres du  
Management de Pôles

## Publics :

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

5<sup>e</sup> édition

Et si on parlait des patients et des professionnels ?

L'ambition des 5<sup>e</sup> Rencontres du Management de Pôle est 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 du service au patient. Il s'agit également de faire valoir comment l'organisation en pôles peut renforcer la cohésion et la confiance des équipes pour être un levier d'innovation et de créativité qui rend l'hôpital plus attractif pour les médecins et les soignants.

..... inscription en ligne sur [www.sphconseil.fr](http://www.sphconseil.fr) .....

## DÉVELOPPER LES FILIÈRES DE SOINS



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

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

Les hôpitaux publics cherchent depuis plusieurs années à réorganiser leur offre de soins en l'insérant plus étroitement dans des filières de soins cohérentes, associant la médecine de ville et les établissements médico-sociaux. Il s'agit

**“ La construction de filières de soins doit être renforcée pour l'ensemble des pathologies chroniques ”**

d'offrir aux patients des parcours de soins plus intelligents, évitant les examens inutiles et garantissant un niveau de qualité optimale.

Dans un contexte où les établissements peinent à recruter certaines catégories de professionnels et sont soumis à des contraintes budgétaires de plus en plus

fortes, cette construction de filières de soins doit être renforcée pour l'ensemble des pathologies chroniques, en particulier celles liées au vieillissement de la population.

L'exemple de la prise en charge du cancer montre les gains que l'on peut tirer d'une meilleure structuration de l'offre autour de critères de qualité, afin d'éviter toute « perte de chance » et de mieux organiser la prise en charge du cancer dans toutes ses dimensions.

En créant FHF Cancer, les hôpitaux publics souhaitent aller plus loin par une meilleure coordination de leurs actions en matière de formation, de politique qualité ou de communication. Là encore, la cancérologie publique montre la voie, celle d'une stratégie de groupe qui permettra de garantir un égal accès à des soins de qualité pour tous les Français.

## SOMMAIRE



### Plus loin avec la FHF

- /04\_RH
- /06\_Offre de soins
- /08\_Médico-social
- /09\_Finances / Europe

### Décryptage

- /10\_L'intervention des libéraux dans les établissements publics



### Initiatives

- /11\_Cancer du sein : un parcours « tout en un »
- /12\_Seniors : un nouveau modèle de prise en charge

### Grand angle

- /14\_Projets régionaux de santé : l'apprentissage de la démocratie sanitaire ?
- /17\_Alzheimer : quel parcours de soins en 2012 ?



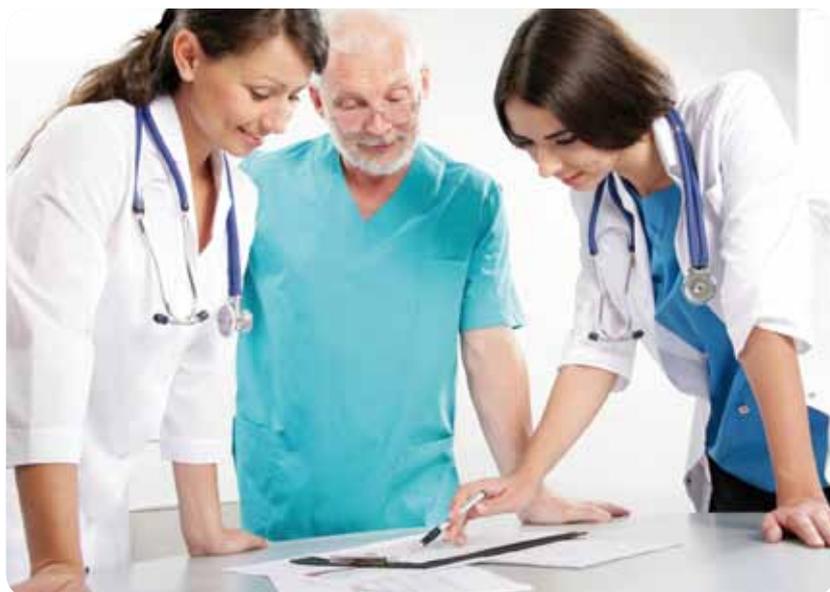
### + d'interactions

- /20\_Agenda
- /21\_Le Guide

# Plus loin avec la FHF

RH

## LE REMPLACEMENT DE PRATICIENS HOSPITALIERS PAR DES INTERNES



**L'ESSENTIEL\_** Depuis l'an dernier, la possibilité de remplacer des praticiens hospitaliers par des internes est défendue par la FHF. Des évolutions législatives ont été prises... mais leur application se fait attendre.

**E**n 2011, à l'occasion de débats parlementaires, la Fédération hospitalière de France avait déposé des amendements visant à autoriser les internes à remplacer, en cas de nécessité de service, des praticiens hospitaliers absents. Grâce à la mobilisation de la communauté hospitalière et à la détermination de la FHF, ces amendements ont été adoptés en août 2011 par les parlementaires dans le cadre de la proposition de loi Fourcade<sup>1</sup>.

Antérieurement, l'autorisation de remplacement de médecins par des internes ne concernait que les médecins libéraux de ville. Au-delà de l'incohérence de cette position, cette situation pouvait engendrer des difficultés de fonctionnement au sein des établissements de santé.

Près d'un an après, les décrets d'application n'étaient toujours pas publiés et les établissements attendaient toujours de pouvoir mettre en œuvre cette évolution législative. La FHF avait donc interpellé la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) en mai dernier, afin de rappeler l'intérêt pour les hôpitaux de voir publier rapidement les dispositions réglementaires nécessaires. La Fédération hospitalière de France soulignait l'importance de rendre possibles les remplacements en question, afin de faciliter la prise en charge des patients dans des spécialités à démographie médicale tendue.

### UN PREMIER DÉCRET

Dans sa réponse du 27 juillet, la DGOS expliquait qu'un décret était effectivement en préparation. François-Xavier Selleret, directeur général de l'offre de soins, assurait de son engagement à mettre en œuvre ces mesures « *dans des délais propres à respecter les contraintes d'un travail juridique rigoureux et les attentes des différents acteurs professionnels concernés* ».

Le 21 août, un premier décret est venu introduire des dérogations pour permettre de prolonger la période de remplacement d'un médecin libéral ou salarié. Un autre décret, qui reste à paraître lors de la rédaction de ces lignes, aura pour objet d'actualiser l'annexe 41-1 fixant le niveau d'études requis pour effectuer un remplacement dans une spécialité. Les services de la DGOS y travaillent avec le Conseil national de l'Ordre des médecins.

François-Xavier Selleret précisait également dans son courrier qu'en cas de difficulté pour procéder à l'actualisation de l'annexe 41-1, « *il [verrait] dans quelles conditions il [serait] possible de soumettre d'emblée à la concertation le décret* » permettant le remplacement de praticiens hospitaliers par des internes.

1. Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [L. 4111-1-1 CSP].

POURENSAVOIR 

Rendez-vous sur [praticiens.fhf.fr](http://praticiens.fhf.fr) > Actualités

## RENCONTRES SOCIALES : LA CONTRIBUTION DE LA FHF

**L**a FHF a été conviée en tant que représentante des employeurs publics hospitaliers aux travaux et réflexions de la grande conférence sociale organisée par le gouvernement les 9 et 10 juillet dernier. Dans le cadre de la septième table ronde de ces rencontres, intitulée « Moderniser l'action publique avec ses agents », la FHF a tenu à rappeler plusieurs points importants pour les établissements de la fonction publique hospitalière :

- la spécificité du service public hospitalier ;
- l'autonomie des établissements publics hospitaliers ;
- la modernisation et la réorganisation du service public ;
- la volonté d'un dialogue social conforté ;
- l'importance d'une politique des ressources humaines fondée sur le développement des compétences, l'amélioration des conditions de travail et la coopération entre professionnels.

La FHF participera avec détermination au rendez-vous de l'agenda social présenté le 4 septembre par la ministre chargée de la Fonction publique, Marylise Lebranchu. Cet agenda n'était pas encore

connu lors de la rédaction d'*Interactions*, mais la ministre avait déjà annoncé son intention d'organiser une réflexion avec les partenaires sociaux et les représentants des employeurs publics sur ces questions :

- la gestion des âges ;
- l'égalité professionnelle ;

- la santé, la sécurité et les conditions de vie au travail ;
- les carrières, la mobilité et les rémunérations ;
- la formation professionnelle ;
- la reprise des travaux sur l'intéressement collectif ;
- les droits et les moyens syndicaux.



La grande conférence sociale des 9 et 10 juillet dernier.

## ENQUÊTE SUR LES CONDITIONS DE VIE AU TRAVAIL

**L'**amélioration des conditions de travail dans les établissements publics de santé et médico-sociaux est un des enjeux majeurs du bon fonctionnement du service public hospitalier et de la qualité des soins donnés aux patients. La FHF accorde à ce sujet une importance de premier ordre. Elle l'a rappelé à l'occasion de la signature de l'accord « Santé et sécurité au travail » du 20 novembre 2009. Elle l'a aussi fait plus récemment, lors de l'élection présidentielle, dans le cadre de sa plate-forme politique 2012, en faisant de la gestion des ressources humaines et de l'amélioration

des conditions de travail une priorité.

Dans cette droite ligne, la FHF va lancer au dernier trimestre 2012, une enquête sur les conditions de travail dans la fonction publique hospitalière. Ce travail aura pour finalité de mettre en lumière les actions de diagnostic et de prévention des risques professionnels réalisées dans les établissements, et d'orienter la politique d'amélioration des conditions de travail.

**POURENSAVOIR** 

Pour retrouver la plateforme de la FHF, rendez-vous sur [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr) > Informations hospitalières > Actualités > À la une.

# Plus loin avec la FHF

## OFFRE DE SOINS

## FHF CANCER EN DÉTAIL

**L'ESSENTIEL** La création de FHF Cancer a été annoncée par Frédéric Valletoux, président de la FHF, lors des 4<sup>es</sup> Assises de la cancérologie publique, en mars dernier. Voici ses missions et son mode d'organisation.

La création de FHF Cancer a été validée par le conseil d'administration de la FHF au mois de juin. Le 6 juillet, des représentants de la cancérologie publique ont défini les objectifs et les modalités de fonctionnement de FHF Cancer.

Les objectifs sont les suivants :

- s'imposer comme interlocuteur auprès des pouvoirs publics et mieux faire connaître la cancérologie publique ;
- défendre et promouvoir une stratégie de groupe territoriale publique ;
- porter une politique volontariste en matière d'innovation, de recherche et d'enseignement ;
- élaborer une plate-forme de propositions pour le prochain Plan cancer.

L'organisation est définie ainsi :

**1 UNE COMMISSION SPÉCIALISÉE**  
Présidée par le professeur Norbert Ifrah, elle est composée de représentants de la cancérologie publique et se réunit deux fois par an. Ses travaux et propositions sont présentés devant le conseil d'administration de la FHF.

**2 UNE FORCE OPÉRATIONNELLE**  
Elle est formée de personnes ressources par grands domaines de compétences en cancérologie qui représentent FHF Cancer et en sont les ressources scientifiques et techniques.

**3 DES GROUPES DE TRAVAIL THÉMATIQUES**  
Ils rendent compte de leurs travaux à la commission. Sept thématiques ont été identifiées : ressources humaines



© Hubert Raguet

Promouvoir l'innovation et la recherche : l'un des objectifs de FHF Cancer.

(démographie, attractivité, coopérations, nouveaux métiers, formation) ; chirurgie (activité, évolution, innovation) ; radiothérapie (évolution de la radiothérapie publique, innovation) ; parcours de soins (coordination des parcours, lien avec la médecine de ville, comités de coordination en cancérologie, complémentarités spécialistes d'organes et oncologues, prévention, dépistage, éducation thérapeutique...) ; recherche et innovation incluant la question du coût de l'innovation ; structuration de l'offre (quelle graduation de l'offre, coopérations inter-établissements, incluant la dimension hospitalo-universitaire ; plateaux techniques et diagnostiques (anatomopathologie, imagerie, plates-formes de biologie moléculaire).

**4 DES OUTILS DE COMMUNICATION**  
Les travaux suivants seront réalisés :  
- un état des lieux annuel de la cancérologie publique ;  
- une plate-forme de propositions FHF Cancer ;

- un événement annuel au sein du salon de la santé et de l'autonomie (regroupant Hôpital Expo, Géront Expo-Handicap Expo et Hit) ;  
- des articles dans les supports de la FHF.

**5 UNE ÉQUIPE PROJET**  
Placée auprès du président de la commission, elle regroupe les référents des groupes de travail et des référents FHF, ainsi que des personnes ressources à la demande, en fonction de leurs disponibilités.

**6 UNE DÉCLINAISON RÉGIONALE**  
Dans chaque région sera identifié un binôme médecin-directeur, correspondant de FHF Cancer et interlocuteur de l'Agence régionale de santé (ARS) sur les questions de cancérologie en lien avec les FHF régionales. Un appel à participation aux groupes thématiques sera relayé par les FHF régionales.

**POURENSAVOIR** 

Contactez Nathalie Sanchez : [n.sanchez@fhf.fr](mailto:n.sanchez@fhf.fr)  
ou Christine Bara : [c.bara@fhf.fr](mailto:c.bara@fhf.fr)

## UNE NOUVELLE ÉTAPE POUR L'HAD ?

**L**a Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a mis en place, le 17 juillet dernier, un comité de pilotage dédié à l'hospitalisation à domicile (HAD). L'objectif est de définir les bases stratégiques d'une nouvelle étape de développement de l'offre d'HAD.

L'HAD a connu, sur la période 2005-2011, une croissance régulière, atteignant l'objectif fixé de 15000 places. Bien qu'inégalement répartie sur le territoire, cette activité

représentait, en 2011, 0,56 % des séjours, 3,9 % des journées et 0,8 % des patients accueillis en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et en soins de suite et de réadaptation (SSR). Ses principales activités concernent la périnatalité, les soins palliatifs, la cancérologie, la pédiatrie et les SSR. Le secteur public représente 40 % des séjours avec environ 120 structures. Très présent dans le domaine de l'obstétrique, il sera impacté à court terme par les travaux menés par la Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam) sur la pertinence des séjours et particulièrement ceux relatifs aux grossesses physiologiques.

Forte de ces constats, la FHF a présenté, lors du premier comité de pilotage dédié à l'HAD, les positions suivantes :

- 1.** L'HAD est un « offreur de soins » spécifique, différent de l'hôpital et des autres offreurs de soins et d'accompagnement à domicile, qui doit s'inscrire dans les parcours de soins des personnes.
- 2.** L'HAD se caractérise par un niveau de soins, une pluridisciplinarité, une coordination médicale et une continuité.
- 3.** Le développement de l'HAD doit s'inscrire dans une réflexion en termes de pertinence des prises en charge intégrant les besoins liés au vieillissement, au développement des maladies chroniques et à la prise en charge du handicap.
- 4.** Les orientations stratégiques définies pour l'HAD doivent être accompagnées sur leurs différents volets :
  - recombinaison de l'offre (capacité, mutualisation, coopération...);
  - modèle de financement;
  - dispositifs réglementaires adaptés;
  - formation (culture du domicile);
  - système d'information et télémédecine;
  - définition des rôles des différents acteurs de la prise en charge et de leur complémentarité avec l'HAD.

La DGOS a proposé trois axes de travail qui devaient être déclinés à la rentrée :

- positionner avec pertinence l'HAD dans l'offre de soins ;
- adapter le pilotage économique et tarifaire de l'HAD à ses objectifs stratégiques ;
- mieux prendre en compte les particularités de l'HAD dans la réglementation.



# Plus loin avec la FHF

## MÉDICO-SOCIAL

### LA COUPE PATHOS 2011

**L'ESSENTIEL\_** Les validations des coupes Pathos ont concerné près de 400 Ehpad et près de 500 unités de soins de longue durée l'an dernier. Quels enseignements peut-on en tirer ?

**E**n 2011, en plus des Ehpad retenus par les régions dans le programme de validation des coupes Pathos par les Agences régionales de santé (ARS), la quasi-totalité des unités de soins de longue durée (USLD) ont bénéficié d'une validation des coupes Pathos. La dernière fois que les USLD en ont bénéficié remonte à 2006, dans le cadre des travaux portant sur la redéfinition des USLD et les partitions qui ont suivi. Au total, 495 entités USLD, pour un effectif de 29 204 résidents, et 380 Ehpad, représentant 28 036 résidents, ont bénéficié d'une validation en 2011. Les effectifs proches de ces deux types de structure ont permis à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de présenter, en juillet, la comparaison des populations accueillies, notamment en termes de lourdeur de pathologie, de besoins et de niveau de soins.

Ainsi, l'âge moyen des résidents en Ehpad est sensiblement plus élevé (85,4 ans) qu'en USLD (82,7 ans). En USLD, 32 % des résidents sont des hommes et 68 % de femmes, alors qu'en Ehpad 26,3 % sont des hommes contre 73,7 % de femmes. 84,3 % des personnes sont classées en grilles groupes iso-ressources (GIR) 1 et 2 en USLD, contre 55,85 % en Ehpad. S'agissant des pathologies, on dénombre dix pathologies en moyenne par résident en USLD contre 7,7 en Ehpad. Dans les deux structures, les troubles du comportement sont élevés : 47 % des personnes accueillies en Ehpad et 55 % en USLD sont concernées. En USLD, les résidents sont plus nombreux qu'en Ehpad à souffrir de diabète, d'escarres et de dénutrition mais, plus que les pathologies, ce sont les profils de soins et les couples état pathologique/profil qui diffèrent, comme le montre le tableau ci-dessous.

Couple état patho/T2 en % sur la totalité de la pathologie concernée	USLD 2011	EHPAD 2011
Insuffisance cardiaque /T2 <sup>1</sup>	17,40 %	4,10 %
Broncho-pneumopathie /T2	23,50 %	6,70 %
Insuffisance respiratoire /T2	27 %	8,90 %
Syndrome digestif haut /T2	16,40 %	2,30 %
Dénutrition /T2	19 %	6,60 %
Diabète /T2	21,90 %	6,70 %

1. Pathos comprend 12 profils de soins au total, qui correspondent chacun à un état pathologique. Le profil T2 correspond à un état clinique requérant une surveillance médicale pluri-hebdomadaire, le plus souvent une permanence infirmière 24 h/24, des soins techniques infirmiers journaliers. Ce tableau représente donc les principales pathologies identifiées dans les profils T2.

Les coupes 2011 permettent aussi de comparer les niveaux de soins nécessaires aux résidents, comme le montre ce deuxième tableau :

Postes de soins	Points moyens par patient par poste USLD	Points moyens par patient par poste EHPAD 2011	Points moyens par patient par poste EHPAD 2007-2011
1. Soins médicaux gériatriques	29,7	13,86	13,5
2. Soins médicaux psychiatriques	12,5	7,27	6,2
3. Soins techniques infirmiers	34,5	16,49	15,8
4. Rééducation et réadaptation	13,4	7,29	7,4
5. Soins de psychothérapie	42,4	33,80	30,3
6. Actes de biologie	14,1	3,84	3,6
7. Autres explorations	10,4	3,49	3,2
8. Pharmacie et petit matériel	55,9	24,14	21,4

Enfin, le groupe iso-ressources moyen pondéré (GMP) moyen des USLD s'élève à 853, celui des Ehpad à 695. Le Pathos moyen pondéré (PMP) est de 389 pour les USLD et de 184 pour les Ehpad. Les coupes 2011 démontrent également que pour les USLD, la partition a porté ses fruits : globalement, elles remplissent les missions qui leur ont été confiées par le législateur en 2007. Reste à la DGOS à ouvrir de manière urgente des travaux sur les décrets d'autorisation de l'activité des USLD et sur l'évolution de leur modèle de financement. Pour les Ehpad, les coupes continuent à refléter des disparités régionales assez importantes. Le décret relatif à la commission régionale de coordination gériatrique est donc particulièrement attendu ; les établissements qui le souhaitent pourront y déposer leurs contestations de coupes.

## FINANCES

Avec le soutien de  CAISSE D'ÉPARGNE

# LE PROTOCOLE D'ÉCHANGE STANDARD SUR LES RAILS

**L'ESSENTIEL** L'arrêté du 3 août 2011 rend obligatoire, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, le protocole d'échange standard (PES V2) en remplacement des protocoles historiques Htitre et Hmandat. Tous les établissements publics de santé travaillant sous Hélios sont concernés.

**L**es flux en protocole d'échange standard (PES V2) permettent de dématérialiser les documents papier : mandats, titres, bordereaux et pièces justificatives. L'obligation concerne le PES « aller » et tous les établissements travaillant sous Hélios, l'application informatique de la Direction générale des finances publiques (DGFIP). L'implantation du PES V2 passe par la validation, d'une part, de l'éditeur et, d'autre part, de l'établissement. La mission Hélios a transmis à son réseau de comptables des consignes à diffuser aux ordonnateurs afin qu'ils entreprennent les travaux préalables : reprise et mise à plat des procédures, nettoyage des bases de tiers et mise aux normes du PES V2, organisation des circuits documentaires, révision et harmonie des pratiques... Côté éditeurs, la mission de déploiement de la dématérialisation valide les éditeurs pour un périmètre complet : dépenses, recettes, pièces justificatives et signature électronique. L'éditeur doit s'appuyer sur un établissement pilote suffisamment représentatif et s'attacher au « dialogue » entre dépenses et recettes. Si ces dernières sont gérées par des éditeurs différents, une solution d'échange est à prévoir.

L'articulation de la mise en œuvre du PES V2 et de la facturation individuelle des établissements de santé (Fides) est totalement dépendante de l'existence ou non d'une solution de gestion électronique de documents

(GED) au sein de l'établissement. Sur les 520 établissements publics de santé ayant une activité médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) :

- 230 ont actuellement une solution de dématérialisation des titres de recettes faisant l'objet d'un accord local. Ces établissements basculeront d'abord en Fides « actes et consultations externes » avec leur solution actuelle, puis basculeront en PES V2 « dépenses et recettes ».
- 290 n'ont pas de solution de dématérialisation des titres de recettes faisant l'objet d'un accord local. Ces établissements basculeront d'abord en PES V2 « dépenses et recettes », puis en Fides « actes et consultations externes » avec le PES V2 sur les titres de recettes.

### QUEL AVENIR POUR LE PROJET FIDES ?

Trois scénarios ont été étudiés dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2013 :

- prolonger l'expérimentation d'un an. Ce scénario a été refusé par le comité de pilotage ;
- généraliser les ACE du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 décembre 2016 ou 2017, et prolonger l'expérimentation d'un an sur les séjours ;
- généraliser les ACE + séjours du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 décembre 2016 ou 2017.

## EUROPE



### PROGRAMME D'ÉCHANGE HOPE 2013

Comme chaque année depuis 1981, la Fédération européenne des hôpitaux (Hope) lance son programme d'échange de professionnels hospitaliers. L'an prochain, il débutera le 13 mai et s'achèvera le 12 juin, après un séminaire final d'évaluation aux Pays-Bas, à La Haye. Le programme de cette année portera sur la sécurité du patient.

#### POURENSAVOIR<sup>+</sup>

Pour vous inscrire : téléchargez le dossier de candidature sur le site de Hope, [www.hope.be](http://www.hope.be) et renvoyez-le avant le 31 octobre 2012.

### ÉTALONNAGE DES PERFORMANCES : LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

Eurhobop était un projet cofinancé, jusqu'à l'été 2012, par la Commission européenne dans le cadre du deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2008-2013).

Eurhobop fournit aux hôpitaux européens des outils statistiques. Ceux-ci leur permettent de réaliser un étalonnage des performances sur la qualité de la gestion de l'infarctus du myocarde et dans l'utilisation des traitements visant à éliminer l'occlusion de l'artère coronaire. L'étalonnage des performances des hôpitaux est un instrument clé pour améliorer la qualité des soins.

#### POURENSAVOIR<sup>+</sup>

[www.eurhobop.eu/files/Pre-leaflet\\_French2.pdf](http://www.eurhobop.eu/files/Pre-leaflet_French2.pdf)

### QUALITÉ DES SOINS : L'ACTION CONJOINTE EST LANCÉE !

L'action conjointe européenne sur la sécurité des patients et la qualité des soins a été officiellement lancée en mai au Danemark. Coordinée par la Haute Autorité de santé, elle vise à renforcer la coopération entre les États membres, les organisations internationales et les parties prenantes de l'Union européenne dans le domaine de la qualité des soins de santé.

Elle aura notamment pour missions de faciliter l'élaboration de programmes de sécurité des patients et de fournir un appui aux pays les moins avancés dans ce domaine.

#### POURENSAVOIR<sup>+</sup>

[fhf.fr](http://fhf.fr) > Dossiers > Europe-International > Projets et programmes européens

### LA MÉDECINE PERSONNALISÉE

Hope, la Fédération européenne des Hôpitaux, a publié, début 2012, un rapport sur la médecine personnalisée dans les établissements de santé européens. Ce document est désormais disponible en français.

#### POURENSAVOIR<sup>+</sup>

[pwc.fr/assets/files/pdf/2012/05/pwc\\_etude-medicine-personnalisee\\_avec\\_hope\\_2012-05-21.pdf](http://pwc.fr/assets/files/pdf/2012/05/pwc_etude-medicine-personnalisee_avec_hope_2012-05-21.pdf)

# Décryptage

RH



## L'ASSURANCE EN RESPONSABILITÉ CIVILE

**L'ESSENTIEL** L'acte d'achat de l'assurance de responsabilité médicale et hospitalière influe largement sur les finances de l'établissement, et sur sa relation avec les patients. Voici quatre fondamentaux à maîtriser pour bien assurer son hôpital en responsabilité civile.

### 1 PENSER « LONG TERME »

À la différence d'autres types d'assurances, les sinistres de responsabilité médicale sont le plus souvent gérés et indemnisés de nombreuses années après la fin du marché. Il faut en effet tenir compte de la manifestation tardive de certaines victimes, de la lenteur des procédures de règlement du dommage corporel et de l'indemnisation, sous forme viagère, des préjudices les plus lourds.

Cette particularité implique que l'assureur garantisse l'accompagnement de l'établissement dans la durée et honore ses engagements le moment venu.

### 2 BIEN CONNAÎTRE L'ASSUREUR

En dehors des assureurs, généralement mutualistes, qui travaillent et répondent en direct aux appels d'offres, les offres des compagnies sont présentées par des courtiers mandatés : ces courtiers

ne portent pas le risque. En tant qu'intermédiaires, ceux-ci ne sont pas tenus de garantir l'établissement en cas de défaut de l'assureur.

La question de la gestion des sinistres se pose également : même si le courtier ou un autre mandataire implanté en France peut être habilité par la société d'assurances à effectuer la gestion courante des sinistres, la décision ultime et le versement des indemnités relèvent uniquement de l'assureur.

### 3 COMPARER LE MONTANT DES GARANTIES

Il existe un lien direct entre le montant des garanties et celui de la cotisation (ou prime). Aussi, il peut être tentant de stipuler dans le cahier des charges des montants de garantie inférieurs à ceux habituellement proposés par le marché afin de réduire le prix de l'assurance.

Il est relativement aisé de déterminer le niveau de couverture requis compte tenu du coût actuel de l'indemnisation d'une victime unique d'un accident médical grave, au regard des normes jurisprudentielles (entre 5 et 8 millions d'euros). Il convient néanmoins de garder un peu de marge pour faire face à l'inflation indemnitaire des juridictions en matière de réparation du dommage corporel.

### 4 ANTICIPER LES RISQUES

Le montant de garantie demandé dans le cahier des charges doit être suffisant pour faire face aux sinistres sériels (faits dommageables successifs ayant la même cause technique, tels que l'accident de radiothérapie d'Épinal) et catastrophiques, et satisfaire véritablement à l'obligation d'assurance.

Pour ces sinistres de grande ampleur, la question ne se limite pas à l'engagement financier de l'assureur. Sa proximité et sa capacité à apporter une réponse appropriée aux victimes, aux côtés de l'établissement placé sous le feu des médias, en concertation avec les pouvoirs publics, constituent un enjeu majeur pour tout hospitalier, en permanence exposé à un risque de situation critique.



# Initiatives

## ON EN PARLE

### Cancer du sein : un parcours de soins « tout en un »



**L'ESSENTIEL** Depuis le début de l'année, les Hospices civils de Lyon proposent un parcours de soins complet et simplifié pour les femmes atteintes d'un cancer du sein.

**A**vec 53 000 nouveaux cas chaque année en France, le cancer du sein est le plus meurtrier chez les femmes de 35 à 65 ans. La prise en charge de cette maladie représente donc un véritable enjeu pour les établissements de santé. L'hôpital de la Croix-Rousse a ainsi mis en place, au début de l'année, une nouvelle plate-forme de traitement du cancer pour accompagner les patientes à chaque étape de leur maladie. Le principe ? Simplifier et accélérer le parcours de soins, du diagnostic jusqu'à la rééducation post-thérapeutique.

La première étape est la prise de rendez-vous, avec la mise en place d'un numéro d'appel d'urgence : « *Nous avons souhaité que chaque femme puisse être reçue en consultation dans la journée s'il y a inquiétude, et dans les dix jours pour un dépistage*, explique le Pr Gil Dubernard, responsable du service. *Le but est de supprimer les étapes intermédiaires afin d'éviter une errance dia-*

*gnostique.* » Par exemple, l'« accueil sein », opérationnel depuis septembre 2011, permet aux patientes d'être examinées au cours d'une même consultation par un radiologue et un gynécologue.

Si un prélèvement se révèle nécessaire, le diagnostic est facilité par l'utilisation, à la Croix-Rousse, d'un nouveau dispositif de macrobiopsie : Intact System®. Par un procédé d'extraction « en monobloc » d'une lésion bénigne, il permet d'améliorer la fiabilité du diagnostic et, dans un certain nombre de cas, d'éviter une intervention ultérieure, l'examen pouvant servir de traitement.

Les patientes peuvent également suivre une remise en forme personnalisée au sein d'un service d'« activité physique adaptée ». Pour Gil Dubernard, « *il s'agit d'aider les femmes à remettre le pied à l'étrier* ». Une façon de mieux supporter le traitement, mais aussi de préparer dans les meilleures conditions un retour à la vie active.

### Une consultation pour les victimes d'excision

**D**epuis un an, le CHU de Rennes propose une consultation spécifique aux femmes victimes de mutilations sexuelles. Créé par le Dr Jean-Philippe Harlicot, chirurgien-gynécologue, cet accueil se distingue par « une prise en charge globale », et non uniquement chirurgicale. Plusieurs rendez-vous sont ainsi programmés avec l'équipe médicale – composée du chirurgien, de trois sages-femmes et d'une psychologue – afin d'écouter et d'informer la patiente sur ce qu'elle a subi : « *Il faut qu'il y ait une prise de conscience personnelle*, explique le Dr Harlicot, *car le processus d'acceptation est parfois long et douloureux.* » Plusieurs mois peuvent donc s'écouler

avant qu'une opération soit décidée. À l'issue de l'intervention, un suivi de plusieurs semaines est mis en place afin de surveiller l'état de la cicatrisation et d'accompagner la patiente.

Une telle structure d'accueil, avec une prise en charge aussi complète, est unique en Bretagne. La réussite du projet tient notamment à la sensibilisation réalisée par l'hôpital auprès de médecins traitants et de gynécologues, et au partenariat avec l'association culturelle Zassa d'Afrique (ACZA), qui informe et sensibilise les Rennaises d'origine africaine. Plus de 50 patientes se sont déjà rendues en consultation, pour une quinzaine d'opérations chirurgicales.

# Initiatives

## REPORTAGE

# Seniors : un nouveau modèle de prise en charge

**L'ESSENTIEL\_**  
 Sur l'impulsion du directeur des Hôpitaux du bassin de Thau, l'hôpital et les Ehpad du territoire travaillent main dans la main pour améliorer la prise en charge des personnes âgées. Focus sur une expérience inédite.

**U**ne nuit à Sète, dans l'Hérault. Le téléphone sonne au domicile d'une infirmière. L'hôpital lui indique qu'elle doit se rendre à L'Occitane, résidence retraite : un résident a perdu sa perfusion. Aussitôt sur place, l'infirmière s'occupe du monsieur, qui peut se rendormir tranquillement. Ce type d'intervention est devenu banal dans la résidence. Depuis février, son directeur, Nicolas Mélis, participe à l'expérience menée par l'hôpital de Sète pour pallier l'absence d'infirmière, la nuit, dans les Ehpad : « *Les aides soignantes sont rassurées. Elles n'ont plus besoin d'appeler systématiquement le 15 car l'infirmière connaît les résidents et prend en charge un certain nombre de soins. Le confort des per-*

*sonnes est nettement amélioré, leur nuit est moins perturbée que si elles avaient été aux urgences.* » Bien sûr, aucun risque n'est pris pour les résidents.

Ce système d'astreinte n'est qu'un des volets du projet de Jean-Marie Bolliet, directeur des Hôpitaux du bassin de Thau. Pour optimiser la prise en charge des seniors, il a mis en place une série de mesures à l'intention des Ehpad du territoire : « *L'idée est de créer une prise en charge globale pour qu'elle soit plus efficace.* » Ainsi, un poste de médecin-conseil, qui se rend dans les établissements pour traiter les cas les plus complexes, a été créé. Un poste d'« infirmière sentinelle » sera également ouvert. « *Elle se rendra chez les personnes âgées afin de constater leurs conditions de vie et d'alerter les autorités si*



le maintien à domicile n'est plus possible. » Enfin, un système de téléconsultation par tablette numérique a été mis en place : le personnel de l'Ehpad prend rendez-vous avec un spécialiste de l'hôpital qui, au moyen d'une vidéo ou d'une photo, établit un protocole et/ou donne un avis. Grâce à cette filière, le résident pris en charge n'attend plus des heures aux urgences pour une visite de quelques minutes. Et l'Assurance maladie n'a ni frais de transport ni hospitalisation à rembourser. Les rondes de nuit des infirmières impliquent, à elles seules, sur les estimatifs d'activité minimum, une économie de 200 000 euros par an, selon Jean-Marie Bolliet... qui a tout de même dépensé 80 000 à 100 000 euros. « L'important, c'est le modèle de prise en charge qui se dégage progressivement », affirme-t-il. La délégation territoriale de l'Hérault de l'ARS Languedoc-Roussillon s'intéresse d'ailleurs au projet, et est en passe d'allouer 90 000 euros à l'initiative « visio-gériatrie ».



Nicolas Mélis (ci-dessus), dirige L'Occitane, résidence retraite (vue de l'établissement en bas à droite). Il participe à l'opération lancée par Jean-Marie Bolliet, le directeur de l'hôpital de Sète (ci-contre, au milieu).



21

C'est le nombre d'Ehpad, publics et privés, que compte l'agglomération du bassin de Thau.

4

Ehpad auront bientôt rejoint le réseau des astreintes de nuit.

## \_ LES ACTEURS DU PROJET

> **LE DIRECTEUR DES HÔPITAUX DU BASSIN DE THAU**, Jean-Marie Bolliet, est à l'origine du programme : « J'ai toujours été sensible à la thématique de l'efficacité de la prise en charge des personnes âgées », explique-t-il. Le projet est porté par Marion Bertrand, directrice adjointe, et Bernard Arnal, à la tête de la direction de l'action médico-sociale et des services extérieurs.

> **QUATRE INFIRMIÈRES VOLONTAIRES** participent aux astreintes de nuit. Parmi elles, Manon, diplômée depuis un an et demi : « Cette expérience m'apporte beaucoup. L'ambiance la nuit est différente, le contact avec le patient est plus individualisé. Et je me sens utile, attendue par les aides soignantes. »

# Grand angle

## PROJETS RÉGIONAUX DE SANTÉ

# L'apprentissage de la démocratie sanitaire ?

**L'ESSENTIEL\_** D'ici à la fin 2012, et malgré le retard de certaines régions, les 26 Agences régionales de santé auront arrêté leur premier projet régional de santé (PRS). Objectif : assurer une offre de soins et des politiques de prévention et d'accompagnement médico-social adaptées à chaque territoire. Une idée de départ pertinente... mais dont l'application reste largement perfectible.

Il s'agit d'une démarche visant à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation.

**C**lé de voûte de l'action des Agences régionales de santé (ARS), le projet régional de santé (PRS) définit la politique de santé régionale pour les cinq ans à venir, en intégrant l'organisation des soins, la prévention et l'accompagnement médico-social. Sa vocation : garantir la transversalité de l'ensemble de l'action publique régionale. Alors que plus de la moitié des régions ont adopté leur PRS au premier semestre 2012<sup>1</sup>, le conseil d'administration de la FHF a réclamé, le 20 juin, un moratoire sur leur mise en œuvre et demandé à ses adhérents, en attendant la réponse de la ministre de la Santé, de ne plus signer de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les ARS. Les critiques sont nombreuses : « *délais incompatibles avec l'exercice minimal de la démocratie sanitaire* », « *documents trop complexes pour susciter une véritable appropriation par les acteurs de terrain* »... Elles portent aussi sur le fond, la FHF estimant que les PRS « *témoignent souvent d'une insuffisante réflexion stratégique, particulièrement en ce qui concerne la prise en compte de la démographie médicale* » (voir « Trois questions à », page 16).

Selon la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » de 2009, la campagne de contractualisation avec les établissements hospitaliers doit se déclencher à l'adoption du PRS et durer six mois. Le contrat signé entre l'État et chaque ARS est censé constituer un levier pour la transformation de l'offre de soins territoriale et l'amélioration de la performance des établissements. Il intègre, dans le schéma régional d'organisation des soins (SROS), un volume d'activité cible (non opposable) par région sur les champs médecine/chirurgie et soins de suite et réadaptation (SSR). Objectif affiché : « *assurer un alignement minimum entre les contraintes nationales et les dynamiques régionales* ». La FHF voit dans ces indicateurs de pilotage de l'activité (IPA) une « *fixation arbitraire de limites à l'activité des établissements* » et dénonce le risque de « *mettre en cause les conditions de l'égal accès aux soins pour les patients* ».

### UN DISPOSITIF À PLUSIEURS VOLETS

Retour sur une mécanique complexe. Premier volet du PRS, un plan stratégique régional de santé (PSRS), qui fixe les orientations et les objectifs de santé pour la région, a été adopté par chaque ARS en 2011. En Aquitaine, par exemple, quatre priorités ont été définies : développer la prévention dans un objectif de réduction des inégalités de santé, faciliter un accès équitable et pertinent aux soins et aux prises en charge médico-sociales, renforcer la qualité des soins et des prises en charge, et améliorer la transversalité et la capacité d'adaptation du système de santé régional. La région Pays de la Loire met, elle, en avant trois orientations stratégiques : la personne au cœur des préoccupations du système de santé, la proximité organisée et la maîtrise des risques concernant la santé des populations.

La prévention est l'un des principaux volets des PRS.



## \_TÉMOIGNAGES



**Françoise Tenenbaum,**  
présidente de la  
FHF Bourgogne,  
vice-présidente  
du Conseil régional  
de Bourgogne

### “Absence de chiffrage du SROS”

L'ARS a accompli un travail titanesque, en rendant compte des besoins de la population, de la démographie des professionnels de santé et du maillage des autorisations et des équipements. Si la démocratie sanitaire a bien fonctionné, la FHF Bourgogne a regretté l'absence de chiffrage du SROS et s'est montrée soucieuse de prioriser les objectifs principaux, dans le contexte financier d'un Ondam 2012 limité à + 2,5 % et de perspectives peu encourageantes après 2012. Or la réussite de ces schémas est conditionnée par les moyens qui leur seront consacrés. Par ailleurs, le financement *a priori* des orientations médico-sociales est irréaliste.

Outre le PSRS, les ARS doivent élaborer des schémas d'organisation et des programmes d'application. Les schémas couvrent trois secteurs d'intervention avec le schéma régional de prévention (SRP), le SROS, qui vise à garantir un maillage territorial solide de l'offre de soins en établissements et de l'offre de soins ambulatoire, et le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS). Ceux-ci sont ensuite déclinés en plan d'actions dans quatre domaines : l'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), la gestion du risque (PRGDR), et le développement de la télémédecine (PRT). Libre aux régions d'en ajouter d'autres, telle l'ARS Paca qui a développé un programme en faveur du droit des usagers.

### DES ARBITRAGES ET OBJECTIFS NOMBREUX

Tous ces écrits doivent s'appuyer sur un diagnostic partagé, au sein des instances de la démocratie sanitaire : la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et les conférences de territoire qui représentent les acteurs locaux de la santé. Qu'en ressort-il donc ? Des documents de 800 à 1500 pages dans lesquels sont unanimement salués le souci de réduire les inégalités de santé entre les territoires et la reconnaissance de la prévention et du secteur médico-social comme parties intégrantes du système de santé. La dynamique de travail engagée entre l'ARS et les collectivités territoriales figure aussi parmi les points positifs. Et pourtant, le résultat déçoit.

Les objectifs, souvent pertinents, sont très nombreux et, la plupart du temps, non hiérarchisés. En Bourgogne (voir « Témoignages » ci-contre), le schéma régional de prévention s'est par exemple fixé 27 objectifs dans tous les domaines, tels que diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'adulte

Suite, page 16 →

Lieu privilégié de la concertation, la CRSA, créée par la loi HPST, réunit un groupe de personnalités ayant voix consultative et une centaine de membres (représentants des usagers, professionnels de santé, collectivités territoriales, partenaires sociaux, acteurs de la cohésion et de la protection sociale, offreurs de services en santé...) ayant voix délibérative. Elle s'organise autour d'une assemblée plénière, d'une commission permanente et de quatre commissions spécialisées.



**Nicolas Brun,**  
chargé de mission  
à l'Unaf<sup>1</sup>, président  
d'honneur du Ciss<sup>2</sup>

### “Des délais extrêmement courts”

Les représentants des usagers – des bénévoles venant d'associations différentes et ne disposant ni d'équipes de travail, ni de moyens financiers – se sont sentis débordés par le flux d'informations, la multitude de documents de travail et les délais extrêmement courts qui leur étaient donnés pour élaborer une position commune. L'état des lieux était bien réalisé et les documents de qualité mais la démocratie sanitaire est très perfectible. Ce n'est pas anormal, car ce n'est que le début. Certains volets ont particulièrement intéressé les usagers : la répartition de l'offre de soins, la permanence des soins ou les droits des patients.

1. Union nationale des associations familiales.
2. Collectif interassociatif sur la santé.



**Michel Glanes,**  
délégué régional  
FHF Aquitaine

### “La démocratie sanitaire a fonctionné”

Nous jugeons que la démocratie sanitaire a bien fonctionné. Plus de 1000 personnes ont été mobilisées dans les groupes de travail. Les très nombreuses réunions ont informé, étape par étape, les partenaires de l'avancée des travaux. Concernant le SROS hospitalier, nous avons ainsi pu nous exprimer pour proposer des amendements, dont la plupart ont été repris. Cette réussite tient à la volonté de la directrice générale de l'ARS, à celle des partenaires mais aussi à une longue tradition de dialogue et de travail entre fédérations et associations, et entre les établissements publics eux-mêmes. Maintenant, ce document, il faut le faire vivre.

Suite de la page 15 →



Les PRS intègrent également l'accompagnement médico-social et l'organisation des soins.

en dessous de la moyenne nationale, permettre à échéance du schéma que 75 % des 50-74 ans soient inscrits dans la démarche de dépistage des cancers du sein, ou disposer de réseaux de surveillance sanitaire régionaux efficaces.

Autre motif d'inquiétude : l'incertitude quant à l'ampleur des moyens financiers qui pourront être dégagés. Ou encore le manque de transversalité des PRS, les travaux des équipes des ARS étant restés marqués par des habitudes de fonctionnement encore trop segmentées. « *Il existe un risque fort de voir les professionnels en rester à leurs cloisonnements habituels et à leur strict domaine d'intervention* », constate dans son avis la CRSA de Haute-Normandie, qui juge par ailleurs les dispositifs de suivi et d'évaluation « *très variables et peu homogènes* ». La nouvelle période qui s'ouvre, celle de la mise en œuvre des PRS à l'échelle des territoires de santé (projets territoriaux de santé, Communautés hospitalières de territoire, filières gériatriques) sera déterminante pour que vive la démocratie sanitaire.

1. Il s'agit des PRS d'Alsace, Aquitaine, Auvergne, Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Limousin, Lorraine, océan Indien (La Réunion et Mayotte), Pays de la Loire, Poitou-Charentes et Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA).

#### POURENSAVOIR<sup>+</sup>

- [www.sante-iledefrance.fr](http://www.sante-iledefrance.fr) : le PRS d'Ile-de-France, région qui rendra sa copie en fin d'année.
- [www.ars.haute-normandie.sante.fr](http://www.ars.haute-normandie.sante.fr) > Actualités > Schémas du PRS : l'avis de la CRSA sur le PRS Haute-Normandie.
- Les PRS déjà arrêtés sont disponibles sur les sites internet respectifs des ARS.

## \_3 QUESTIONS À...



**Frédéric Valletoux,**  
président de la FHF

### La FHF a critiqué la mise en œuvre de ces projets régionaux de santé. Pourquoi ?

À l'issue d'un examen approfondi des projets proposés dans chaque région, le conseil d'administration de la FHF a exprimé des critiques de forme comme de fond. Sur la forme, nous avons déploré le faible délai laissé à la concertation.

### “Nous déplorons le manque de réflexion prospective”

Nous ne méconnaissons pas les difficultés liées à l'importance du nombre de problèmes évoqués comme du nombre d'acteurs désormais concernés. Mais il nous semble particulièrement important de réussir cette nouvelle étape dans la construction d'une véritable démocratie sanitaire, associant de manière étroite les représentants des usagers. Dans notre plate-forme politique, nous avons d'ailleurs plaidé pour la création d'un Institut des patients.

### Quelles sont vos critiques sur le fond ?

Elles portent avant tout sur le manque de réflexion prospective, alors que l'apport des projets régionaux de santé devait justement être d'anticiper les dynamiques qui vont profondément impacter notre système de soins au cours des prochaines années. Peu de projets régionaux proposent ainsi des solutions adaptées à l'évolution de la démographie médicale, notamment dans l'accès aux soins de premier recours et aux relations nouvelles qui doivent être tissées entre médecine de ville et hôpital.

### Comment sortir de cette situation ?

On ne peut décréter le changement. Il est essentiel de susciter une véritable concertation pour réussir l'appropriation par les acteurs de terrain. Il est par ailleurs important de mettre un terme à la fixation arbitraire d'indicateurs de pilotage de l'activité, qui se fait toujours au détriment des hôpitaux publics, et de réaffirmer la spécificité des missions de service public, en évitant que leur attribution ne se fasse par « vente à la découpe ».

# 14

C'est le nombre d'Agences régionales de santé ayant rendu leur PRS au 1<sup>er</sup> septembre 2012. Les 12 PRS restants devront avoir été arrêtés avant le 31 décembre.

# Grand angle

## DÉPENDANCE

# Alzheimer : quel parcours de soins en 2012 ?

**L'ESSENTIEL\_** La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées progressent inexorablement avec l'âge. Cet enjeu de santé publique nécessite une organisation spécifique des soins et de l'accompagnement. Le Plan Alzheimer 2008-2012 a donc redéfini les parcours de soins des patients. À l'occasion de la Journée mondiale de la maladie d'Alzheimer, le 21 septembre, *Interactions* fait le point sur la question.

**U**ne femme sur quatre et un homme sur cinq à partir de 85 ans... La maladie d'Alzheimer, affection neurodégénérative grave et invalidante, ainsi que les maladies apparentées touchent de plus en plus de personnes âgées. On estime aujourd'hui que les « démences » concernent environ 850 000 personnes. Leur prise en charge est donc un véritable enjeu de santé publique.

L'amélioration du parcours de soins des patients, mais aussi de leur qualité de vie et de celle des aidants, était l'un des volets du plan Alzheimer 2008-2012. Pour atteindre ces objectifs, de nouvelles structures, de nouvelles méthodes ont été instaurées. Désormais, il s'agit de mieux coordonner les secteurs public, privé et associatif, d'associer long terme et court terme, de lier davantage sanitaire et social ou médico-social... Objectifs : permettre une plus grande fluidité dans les prises en charge et mettre au point des parcours personnalisés, adaptables aux besoins.

### LA MAIA : UN GUICHET UNIQUE

Si un patient présente des troubles cognitifs ou de la mémoire, il peut être adressé, par son médecin traitant, à une consultation mémoire. Organisée en milieu hospitalier, forte d'une équipe médicale pluridisciplinaire, celle-ci réalise une évaluation en ambulatoire, ou en hôpital de jour si des examens plus poussés sont nécessaires. Lorsque les troubles nécessitent une expertise

plus approfondie, la personne est orientée vers un **Centre mémoire de ressources et de recherche** (CMRR), implanté dans un CHU. À l'issue des tests, le diagnostic est annoncé au patient et à sa famille, qui se voit proposer une prise en charge adaptée. Le malade et ses proches peuvent alors s'adresser à l'une des structures de coordination existantes. Parmi elles, la Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia), nouveau dispositif phare créé dans le cadre du Plan Alzheimer. Sorte de « guichet unique » coordonnant les secteurs sanitaire et médico-social, elle offre au patient, et à ses aidants, une écoute, des informations et des conseils. Un « gestionnaire de cas » y joue le rôle de chef d'orchestre de la prise en charge, pour les cas les plus complexes. En lien direct avec

Ce centre prend en charge les diagnostics complexes d'Alzheimer et des maladies apparentées, propose des formations dédiées, évalue les traitements et mène des recherches sur le vieillissement. Il y a actuellement 28 CMRR en France.



### LA FHF À VOS CÔTÉS

**Murielle Jamot**, pôle Organisation sanitaire et médico-sociale

« Le Plan Alzheimer va dans le bon sens. Mais les actions mises en place sont loin de couvrir les besoins : 25 000 places sont par exemple disponibles en Pasa, alors que, sur le nombre total de résidents en maison de retraite, 280 000 sont des patients Alzheimer... Une plus grande souplesse dans l'élaboration et dans l'application du cahier des charges permettrait le développement des Pasa et accueils de jour. Par ailleurs, il conviendrait de davantage impliquer et valoriser les médecins traitants : le plan ne leur donne aucun rôle, alors qu'ils sont les premiers à recevoir les malades et leur famille. Nous pensons donc qu'un deuxième plan, doté des crédits adéquats, est nécessaire. »



# Grand angle



le médecin traitant, il élabore un plan de soins et d'aides et adapte l'accompagnement aux besoins du patient, à toutes les étapes.

## AU DOMICILE, AUTANT QUE POSSIBLE

L'objectif principal du suivi – et l'un des objectifs du Plan Alzheimer – est de permettre aux malades de choisir leur lieu de vie, en établissement ou à leur domicile. Les interventions réalisées chez le patient sont donc renforcées. Des équipes spécialisées Alzheimer (ESA) ont été créées. L'ESA comprend une **assistante de soins en gérontologie** (ASG), un psychomotricien ou un ergothérapeute. Elle intervient, sur prescription médicale, dans le cadre d'un service de soins infirmiers à domicile. Sa mission : aider à adapter le logement aux troubles du patient, proposer des exercices de réhabilitation et de stimulation cognitive, mettre en place des mesures d'éducation thérapeutique...

Parfois, l'aidant traverse des périodes de grande fatigue et de souffrance, et a besoin de « faire une pause ». Il peut alors se tourner vers une structure de répit : accueil de jour « classique », hébergement

temporaire ou plate-forme d'accompagnement et de répit. Ce dernier dispositif innovant, adossé ou non à un Ehpad, est ouvert aux patients vivant à domicile. Il permet le répit, en établissement ou à la maison, pour une journée ou une demi-journée, propose soutien, conseils et formations aux aidants, organise des activités permettant aux couples de maintenir une vie sociale... Ces moments sont aussi des temps de soins pour les malades : ils visent à prévenir les crises et à retarder l'entrée définitive en institution.

## QUAND LES SYMPTÔMES S'AGGRAVENT

Mais parfois, la crise survient. Les troubles du comportement augmentent. Le placement en unité cognitivo-comportementale (UCC), au sein d'un service de soins et de réadaptation, peut alors s'avérer nécessaire. L'UCC est ouverte aux patients vivant à domicile comme en établissement et dotée d'une architecture adaptée et de professionnels dédiés (psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, ASG). Elle a pour objectif de stabiliser les troubles, grâce à un programme individualisé de réhabilitation cognitive et comportementale, et d'assurer les soins à l'origine de la situation de crise. Le but étant de permettre au patient de retourner à domicile.

Lorsque les troubles deviennent trop importants, que le patient a besoin de soins constants ou devient dangereux pour lui-même ou son entourage, une institutionnalisation s'impose. Les patients vivant en établissement et ayant des troubles du comportement modérés peuvent se rendre dans un pôle d'activités et de soins adaptés (Pasa) : installé en Ehpad, il accueille, à la journée, 12 à 14 patients. Au sein d'un espace de vie spécialement aménagé, dans

Cette nouvelle activité est accessible aux aides-soignantes et aux aides médico-psychologiques. Maîtrisant les techniques de soins et d'accompagnement spécifiques aux patients Alzheimer et apparentés, l'ASG intervient en SSIAD, en Ehpad ou à l'hôpital.

40%

des malades vivent en institution

79

plateformes d'accompagnement et de répit

1550

assistants de soins en gérontologie

327 Ehpad

disposent d'un Pasa

Chiffres au 30 juin 2012. Source : DGOS, Fondation Médéric Alzheimer.

## \_TÉMOIGNAGES



**Florence Pasquier**,  
neurologue, coordinatrice  
du Centre national  
de référence pour les  
malades Alzheimer  
jeunes (CHRU de Lille)

### “L'hébergement des malades jeunes : un vaste chantier”

Nous regroupons trois centres mémoire (Lille, Rouen et l'AP-HP) et nous nous consacrons à la recherche, aux soins et à l'amélioration de la prise en charge des patients jeunes (moins de 60 ans), qui sont environ 5000 en France. L'un des grands enjeux est d'améliorer les conditions de leur hébergement : ils ne disposent pas d'établissements dédiés et vivent donc en Ehpad, sur dérogation des conseils généraux. Autre problème : les équipes ne sont pas préparées à ces patients. Le chantier est vaste... Mais des expérimentations intéressantes existent, comme ces accueils de jour qui dédient des journées à des malades jeunes.

un environnement rassurant permettant la déambulation, ils se voient proposer des activités sociales et thérapeutiques. Les professionnels habituels, associés à un psychiatre, s'efforcent d'améliorer la qualité de vie et de réduire les troubles du comportement. Et si les troubles sont sévères, il existe de petites unités accueillant, jour et nuit, une dizaine de malades : les unités d'hébergement renforcé (UHR). Installés en Ehpad ou en unité de soins de longue durée, ces lieux de vie et de soins accueillent des patients venant de chez eux ou d'un établissement. L'objectif, à un stade avancé de la maladie, est de diminuer les prescriptions médicamenteuses et de rendre plus douce la vie des patients (voir témoignages ci-contre).

#### POURENSAVOIR

- Le document de la HAS « Maladie d'Alzheimer : dispositif d'annonce du diagnostic et d'accompagnement » sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- le bilan du Plan Alzheimer au 30 juin : [www.plan-alzheimer.gouv.fr/-le-comite-de-suivi-.html](http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/-le-comite-de-suivi-.html)
- Une enquête sur la prise en charge des patients jeunes dans la Revue hospitalière de France n° 544 : [www.revue-hospitaliere.fr](http://www.revue-hospitaliere.fr)
- Numéro national Allô France Alzheimer : 0811 112 112

### OÙ EN EST LA RECHERCHE ?

Si la maladie d'Alzheimer est complexe, et ses causes *a priori* nombreuses, la recherche progresse. On sait par exemple que le peptide bêta-amyloïde, une petite protéine produite par les cellules, participe à la destruction des neurones en s'accumulant dans le cerveau des patients. Une étude a également mis en évidence des gènes de susceptibilité à la maladie. Mais les chercheurs ne comprennent pas encore parfaitement le fonctionnement du cerveau, et notamment le rôle exact du peptide. Sur le front des traitements, si l'on ne sait pas encore soigner la maladie, on peut espérer la freiner. Parmi les pistes figurent l'immunothérapie – une « vaccination » administrée quand la maladie est déjà déclarée – ou la diminution du cholestérol dans les neurones afin de faire chuter la production du peptide bêta-amyloïde.

[Source : Recherche & santé n° 131]



**Anne Thareau (photo) et Bénédicte Brunelli**, assistantes de soins en gérontologie à l'UCC du centre Paul-Spillman (CHU de Nancy)

### “Un accompagnement personnalisé”

Aides-soignantes, nous avons souhaité devenir assistantes de soins en gérontologie (ASG) car nous avons du mal à répondre correctement aux besoins des patients Alzheimer. Notre formation nous a permis de mieux comprendre les difficultés liées à la maladie, en particulier les troubles comportementaux et psychologiques, et d'y répondre le mieux possible. Concrètement, nous accompagnons les patients, en fonction de leurs troubles, de leur humeur et de leur histoire : les aider à retrouver des repères dans la journée, à s'orienter, à choisir leurs vêtements, les plats dont ils ont envie... Nous essayons d'adapter notre communication pour entrer en relation avec eux.



**Michel Burellier**,  
médecin coordonnateur  
de l'UHR de l'Ehpad de  
Craponne-sur-Arzon  
(43)

### “Leur permettre de s'exprimer”

Notre UHR accueille 14 patients très perturbateurs ayant des troubles du comportement. L'environnement est aménagé pour qu'ils puissent déambuler sans se mettre en danger, dans un cadre agréable et avec un minimum de contraintes. Puisqu'ils ne sont pas contraints, ils ne sont pas agressifs et il devient possible de diminuer la prise de psychotropes. Le personnel n'essaie pas de réduire les malades, mais de respecter le rythme de vie et les envies de chacun, pour qu'ils puissent exprimer ce qu'ils sont encore en capacité de faire. Cela donne parfois de beaux moments, des échanges très touchants.

# + d'interactions

## AGENDA

**MARDI 13 NOVEMBRE 2012, À PARIS**

### 5<sup>ES</sup> RENCONTRES DU MANAGEMENT DE PÔLES

La FHF organise les 5<sup>es</sup> Rencontres du management des pôles (RMP) au palais Brongniart, à Paris.

L'ambition de cette édition est 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 du service au patient. Ce thème fera l'objet des présentations de la matinée.

Il s'agit également de faire valoir comment l'organisation en pôles peut renforcer la cohésion et la confiance des professionnels, constituer un levier d'innovation et de créativité et rendre l'hôpital plus attractif pour les médecins et les soignants. Ce thème fera l'objet des présentations de l'après-midi.

Cette journée sera marquée par l'intervention d'un grand témoin, André Comte-Sponville, et par l'interactivité, les participants étant invités à poser des questions en direct par SMS.

**POURENSAVOIR**

[www.sphconseil.fr/component/content/article?id=66&Itemid=0](http://www.sphconseil.fr/component/content/article?id=66&Itemid=0)

**19 ET 20 NOVEMBRE 2012, À PARIS**

### FORUM ÉCONOMIE SANTÉ

La FHF s'associe à nouveau aux Échos Conférences, dans le cadre de la 18<sup>e</sup> édition du Forum économie santé. Les évolutions du système de santé engagées

par le nouveau gouvernement y seront passées au crible.

Dans un contexte de crise économique qui pèse significativement sur le financement de la santé, tous les acteurs sont touchés : établissements, professionnels, industriels... Le renouveau politique permettra-t-il d'impulser des solutions efficaces et durables pour assurer l'égalité et la qualité des soins, l'équilibre budgétaire de l'Assurance maladie et de l'hôpital et une croissance retrouvée pour l'industrie pharmaceutique et l'e-santé ?

**POURENSAVOIR**

[www.lesechos-conferences.fr](http://www.lesechos-conferences.fr). Les adhérents FHF peuvent obtenir une réduction de 20 % lors de leur inscription. Ils recevront prochainement un e-mail explicatif.

**MARDI 22 JANVIER 2013, À PARIS**

### PREMIÈRES RENCONTRES ANNUELLES FHF DES CADRES

Cette journée sera le premier rendez-vous des « cadres » du secteur de la santé autour des enjeux de l'organisation, du management et du rôle des cadres dans les établissements de santé. Elle sera organisée tous les ans en janvier. De multiples thèmes d'actualité et de sujets techniques (réformes, retours d'expérience, benchmarking...) seront abordés.

Ces premières rencontres auront pour thème : « Les cadres dans la stratégie des établissements ».

**POURENSAVOIR**

[www.sphconseil.fr/component/content/article?id=80&Itemid=0](http://www.sphconseil.fr/component/content/article?id=80&Itemid=0)



## LES GRANDS SALONS DE LA SANTÉ S'UNISSENT !

La FHF a l'honneur de vous annoncer qu'en 2013, Hôpital Expo, Hit Paris et Géront Expo-Handicap Expo, les trois salons leaders de la santé, auront lieu à la même date... Instituant un nouveau grand rendez-vous annuel à dimension internationale : les Salons de la santé et de l'autonomie. La première édition se tiendra du 28 au 30 mai 2013. Trois raisons principales ont présidé à cette décision :

→ Le monde de la santé évolue vite ! Les pratiques, les technologies médicales, le matériel et les équipements, les services et les prestations progressent rapidement et provoquent des bouleversements dont aucun événement à ce jour ne permet d'avoir une vue d'ensemble. Cela appelle une meilleure anticipation.

→ Les problématiques et enjeux abordés par les trois salons séparément sont parfaitement complémentaires et même, aujourd'hui, interdépendants.

→ Si le monde médical et médico-social dans son ensemble est concerné par l'offre des trois salons séparés, il est difficile pour ses acteurs de se rendre disponibles chaque année pour profiter d'un temps d'information et de formation finalement parcellaire. Institutionnels, établissements publics et privés, professionnels de santé, industriels, scientifiques, acheteurs et prescripteurs... nombreux sont ceux qui ont évoqué le souhait d'un temps annuel fort du monde de la santé à une date unique. Les Salons de la santé et de l'autonomie sont donc une réponse attendue par tous. Avec ce rendez-vous annuel global, la FHF veut montrer l'importance de mettre en relation les professionnels de la santé. La FHF espère vous accueillir nombreux pour ce nouvel événement de référence. Réservez d'ores et déjà vos dates !



**RETROUVEZ L'INTÉGRALITÉ DE L'AGENDA SUR [WWW.FHF.FR](http://WWW.FHF.FR)**

## LE GUIDE



## ÉVÈNEMENT

## TOUS MOBILISÉS POUR LE TÉLÉTHON !



Parce que le Téléthon fait avancer la recherche et émerger des thérapies innovantes, applicables aussi bien aux maladies rares qu'à des maladies fréquentes, les établissements hospitaliers et médico-sociaux apportent chaque année leur soutien à cet événement.

Chacun peut, à son échelle, apporter sa contribution en participant à des animations. Vous pouvez organiser des « goûters solidaires » en animant un stand de douceurs préparées par les équipes puis présentées par des partenaires ou par le service de restauration : une pause altruiste très appréciée ! L'occasion, pour vous, d'informer les participants et de leur proposer de faire un don. Vous pouvez également vendre des produits de la « boutique Téléthon », des produits des partenaires, ou vos créations. Certains établissements lancent aussi des défis sportifs : parcourir en vélo la distance symbolique qui relie les laboratoires de l'AFM-Téléthon à un hôpital,

par exemple. Chaque kilomètre parcouru est financé par un don de partenaires. Les structures relais (comme l'amicale du personnel, le comité d'entreprise de votre établissement) peuvent aussi organiser des courses, des ventes de crêpes, des collectes de téléphones portables (opération « Videz vos tiroirs »)... À l'image de ces centres hospitaliers et maisons de retraite de Rennes, du Puy-en-Velay, d'Avignon, etc., qui s'engagent, à travers diverses manifestations ludiques ou sportives, n'hésitez pas à contacter la coordination locale du Téléthon, qui vous aidera à affiner votre projet en vous suggérant des idées d'animations. L'équipe Téléthon sera à vos côtés pour vous conseiller et vous aider à organiser vos manifestations futures.

**POURENSAVOIR** <sup>+</sup>

Contactez votre coordination Téléthon locale en vous connectant sur le site : [www.coordination.telethon.fr](http://www.coordination.telethon.fr)

## AGIR POUR...

**LA SANTÉ MATERNELLE**

Chaque année, dans le monde, 350 000 femmes meurent au cours de leur grossesse ou suite à des complications survenues pendant l'accouchement. Plus de 300 millions d'autres souffrent de maladies ou vivent avec des infirmités. Partant de ce constat, l'association Waha International s'efforce de mettre en œuvre et de financer des activités favorisant la santé maternelle là où les besoins sont les plus importants, particulièrement dans les pays en développement. Waha plaide également pour que des mesures plus fortes soient prises afin de réduire la mortalité maternelle. Elle a lancé une action pilote, soutenue par la Fédération internationale des hôpitaux (FIH) et La Chaîne de l'espoir. Son objectif : permettre à des hôpitaux français de participer à des actions dans les pays du Sud. Ce projet consiste à tester des procédures de collecte de promesses de dons dans les établissements, auprès des personnels et des patients, ainsi qu'au jumelage entre établissements hospitaliers. La FHF s'associe à ce projet et lance un appel à candidatures auprès des établissements hospitaliers français.

**POURENSAVOIR** <sup>+</sup>

Contactez Cédric Lussiez : [c.lussiez@fhf.fr](mailto:c.lussiez@fhf.fr) ou 01 44 06 85 22. Les candidatures sont ouvertes jusqu'au 31 octobre 2012. [www.waha-international.org](http://www.waha-international.org)

# + d'interactions

## LE GUIDE

### MÉDIAS

## REVUE-HOSPITALIERE.FR ENRICHIT SES ARCHIVES

Revue de référence de la FHF, la *Revue hospitalière de France* propose 80 pages d'analyses et de partages d'expériences pluridisciplinaires sur les évolutions stratégiques du secteur. L'ensemble des sujets sont traités par de grands acteurs de santé et professionnels de terrain qui assurent la qualité d'information indispensable au pilotage d'organisations de soins complexes et diversifiées.

www.revue-hospitaliere.fr offre des ressources complémentaires à l'édition papier : moteur de recherche, archives de la revue (depuis 2008 et, bientôt, depuis 2005), recommandations aux auteurs. Les abonnés disposent d'un code d'accès. Un achat « au panier » est proposé. Au sommaire du numéro d'octobre : certification 2014-2018, achats et performance, éthique soignante, mise en œuvre de l'entretien professionnel, télémédecine et responsabilité



juridique. Parmi les thèmes abordés dans les derniers dossiers parus figurent la recherche infirmière et paramédicale, le parcours de soins et les cadres de santé.

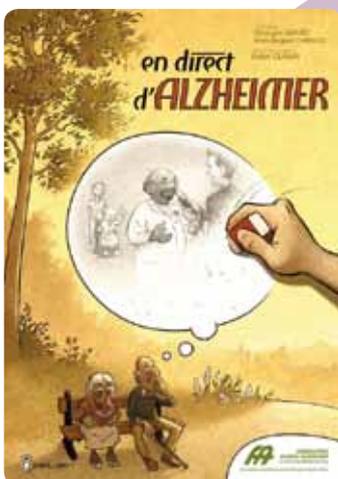
**POURENSAVOIR**

[www.revue-hospitaliere.fr](http://www.revue-hospitaliere.fr)

### RETOUR SUR... LE COLLOQUE « PARTICIPATION DES USAGERS »

Participation aux instances, création de maisons ou d'espaces des usagers, regroupement dans des comités d'usagers, implication dans des programmes d'éducation thérapeutique... Les usagers se font de plus en plus actifs dans l'amélioration des prises en charge réalisées dans les établissements de santé, que ce soit au niveau individuel ou collectif. Le colloque « Participation des usagers dans les établissements de santé... Quelle évolution depuis dix ans ? » du 9 mars dernier a rencontré un vif succès. Il était co-organisé à Paris par la FHF, à l'occasion des dix ans de la loi Kouchner sur le droit des patients. Les actes de ces rencontres sont désormais disponibles ; ils permettent de revivre tous les moments d'une journée riche d'enseignements.

**Pour télécharger les actes du colloque, rendez-vous sur [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr) > Informations hospitalières > Dossiers > Communication > Événements**



### ÉDITION UNE BD SUR ALZHEIMER

En France, 3 millions de personnes sont concernées directement ou indirectement par la maladie d'Alzheimer. Parue il y a un an, la bande dessinée *En direct d'Alzheimer*, scénarisée par Georges Grard et Jean-Jacques Thibaud et illustrée par Robin Guinin, est un véritable outil de communication et d'information sur les réalités de cette maladie. Au fil des pages, nous suivons un journaliste et son caméraman. Accueillis par le directeur de la maison médicalisée Les Mimosas, ils viennent réaliser un reportage sur la maladie d'Alzheimer. Ils rencontrent ainsi les résidents...

À la fois drôle et tendre, l'ouvrage s'adresse notamment aux familles de malades, aux aidants mais aussi aux différents professionnels impliqués. Il amène à découvrir un univers encore méconnu du grand public en mettant en lumière, avec tact, les symptômes et les comportements appropriés pour y faire face, mais aussi les traitements et les avancées mis en œuvre. Cette BD est soutenue par l'association France Alzheimer.

**POURENSAVOIR**

*En direct d'Alzheimer, Grrr...Art Éditions*, 34 p., 10 €. [grrrart.free.fr](http://grrrart.free.fr)

# OSER VAINCRE

**AFM TÉLÉTHON**

INNOVER POUR GUERIR



ENSEMBLE

LES 7 ET 8 DECEMBRE 2012

LA LIGNE DU DON

**3637**

LE DON EN LIGNE

OU SUR

**TELETHON.FR**





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



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

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

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

Contactez nous au ☎ 3233\*\*  
ou 01 71 14 32 33 ou sur [macsf.fr](http://macsf.fr)

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

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



Notre vocation, c'est **vous**

Mutuelle Assurance Epargne Financement