

Page_04

RH

Une unité pour le développement professionnel /

Page_10

Médical

Un centre de référence pour les accidents vasculaires cérébraux de l'enfant /

Page_14

Grand angle

Prison : des mesures pour améliorer les soins aux détenus /

INTERACTIONS

LE MAGAZINE DE LA FHF

#13

Mars 2013

Page_18

Grand angle

Assistance médicale à la procréation : faut-il faire évoluer la loi ?



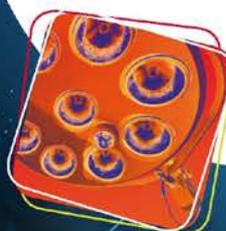
LES
DE LA
ET DE L'**SALONS
SANTÉ
AUTONOMIE**



LES CONFÉRENCES

Un programme complet de 37 sessions sur 3 jours autour d'un thème central : **LES TERRITOIRES DE SANTÉ, LES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET LES ENJEUX DE L'AUTONOMIE.**

Des sessions qui couvrent les 3 univers **DES SALONS DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE :**
HopitalExpo, HitParis et GerontExpo/HandicapExpo



VOIR LA SANTÉ DE DEMAIN

**28-30
MAI 2013**
PARIS - PORTE DE
VERSAILLES - PAVILLON 1

Découvrez le programme complet, inscrivez-vous en ligne et organisez votre visite sur www.salons-sante-autonomie.com / Rubrique **CONFÉRENCES**

Un programme mis en place par **SPH Conseil** www.sphconseil.fr



UNE MANIFESTATION



UNE ORGANISATION



LES SALONS DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE 2013 : CONSTRUIRE LE SERVICE PUBLIC DE SANTÉ



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



L'année 2013 verra pour la première fois, à l'initiative de la Fédération hospitalière de France, le rassemblement d'Hôpital Expo, Géront Expo - Handicap Expo et Hit Paris dans le cadre des Salons de la santé et de l'autonomie. Ce regroupement permettra une vision d'ensemble des sujets d'avenir portés par le secteur de la santé et le secteur médico-social.

Cette évolution correspond non seulement à l'aspiration de nombreux acteurs du secteur mais aussi aux ambitions fédératrices affichées dans la plate-forme politique de la FHF en faveur d'un nouveau service public de santé.

Il existe en effet de plus en plus de passerelles entre les structures sanitaires et médico-sociales, et un besoin de cohérence pour construire le parcours de soins des patients qui passe par un investissement fort dans les systèmes d'information.

Les professionnels de santé et ceux du monde médico-social sont confrontés à des défis inédits par leur ampleur, mais aussi par les contraintes qui pèsent sur eux. Mais ils sont également capables de mettre en œuvre des solutions originales pour mieux faire travailler ensemble ville et hôpital, tirer parti des ressources de l'e-santé, intégrer la dimension de la prévention dans leurs projets thérapeutiques,

proposer aux patients et aux résidents des réponses de qualité à leurs aspirations... Ce sont ces réponses originales qui seront mises en avant, en particulier sur les thématiques qui serviront de « fil rouge » : la construction des territoires de santé, la mobilisation contre les inégalités de santé et les enjeux de l'autonomie.

Outre la mobilisation des différentes composantes et des différents métiers, nous avons eu également le souci d'ouvrir l'événement à des publics nouveaux, ce qui démontre son caractère très attractif : ainsi la FHF aura-t-elle pour la première fois le plaisir d'accueillir le congrès de la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en Ehpad (FFAMCO).

Outre la présence de nombreux exposants qui présenteront aux visiteurs leurs services et innovations technologiques, des débats et conférences, animés par les meilleurs experts, seront également proposés aux professionnels de santé, mais aussi aux usagers tout au long de cette manifestation.

Cet événement qui regroupe vos salons est construit pour répondre toujours davantage à vos aspirations. Nous espérons donc comme chaque année vous y retrouver nombreux !

SOMMAIRE



Plus loin avec la FHF

- /04_RH
- /06_Décryptage RH
- /08_Gestion
- /10_Médical
- /12_Médico-social



Grand angle

- /14_Prison : des mesures pour améliorer les soins aux détenus
- /18_Assistance médicale à la procréation : faut-il faire évoluer la loi ?



+ d'interactions

- /21_Agenda
- /21_Le Guide
- /22_Europe

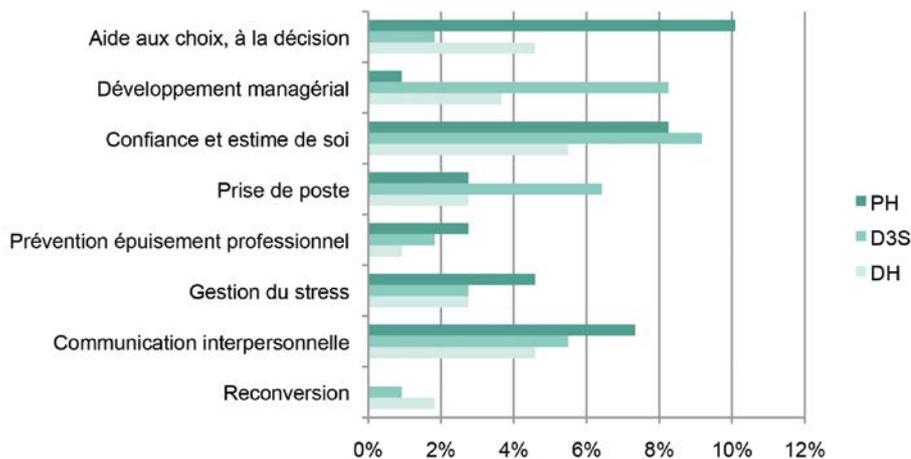
Plus loin avec la FHF

RH

UNE UNITÉ POUR LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

L'ESSENTIEL_ Depuis 2008, l'unité mobilité-développement professionnel du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG) a accompagné plus de 700 praticiens hospitaliers et directeurs de la Fonction publique hospitalière dans leur transition professionnelle ou leur développement professionnel.

Typologies des coachings réalisés au CNG par corps statutaire entre le 1er janvier 2012 et 1er septembre 2012



PH : praticiens hospitaliers ; D3S : directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ; DH : directeurs d'hôpital

L'accompagnement des professionnels est l'une des missions phare du CNG, qui part des départements de gestion et se poursuit au département des concours, autorisations d'exercice, mobilité et développement professionnel. Cette mission sera à l'honneur lors d'un colloque qui se déroulera en avril prochain à Paris.

Répondant à une véritable demande, cet accompagnement dynamique des parcours professionnels est réalisé, au sein de l'unité mobilité-développement professionnel, par

des conseillers développement-coachs assurant leur activité dans le respect de la déontologie des métiers de l'accompagnement. Selon la demande, un parcours personnalisé est mis en place : bilan professionnel, accompagnement à l'élaboration d'un projet, appui méthodologique à la préparation des candidatures ou des séances de coaching.

POURENSAVOIR

Retrouvez des informations complémentaires sur le site www.cng.sante.fr ou en téléphonant au 01 77 35 62 73.

DEUX NOUVEAUX OUTILS WEB POUR LES RH



Fortes d'un nombre de visites en constante augmentation sur fhf.fr, les ressources humaines hospitalières se développent avec deux nouveaux outils.

1. Un forum interétablissements consacré aux ressources humaines non médicales et médicales. Il a pour objet d'être un lieu d'échange et de benchmark permettant la diffusion de retours d'expérience et d'informations directement entre établissements adhérents, dans le respect de la confidentialité des situations individuelles.
2. Un forum intitulé « Questions à la FHF », qui permet aux responsables des ressources humaines des établissements adhérents de poser leurs questions sur la mise en œuvre des textes réglementaires au pôle RHH de la FHF et, ainsi, de partager les réponses apportées.

→ Pour vous inscrire aux forums, rendez-vous sur <http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Forum>

→ À noter que les réponses apportées dans le cadre des deux forums ne seront consultables que par les établissements adhérents. Hormis ces nouveautés, les internautes pourront toujours continuer à consulter les dossiers RH consacrés à la veille juridique.



Plate-forme emploi, infirmière de demain, recrutement... participez aux Salons de la santé et de l'autonomie et inscrivez-vous aux conférences en ligne sur Salons-sante-autonomie.com



NANTES

Former des auxiliaires de périnatalité

L'ESSENTIEL_ La maternité du CHU a développé une formation destinée à rendre les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture polyvalents. La mère et le nouveau-né sont désormais pris en charge ensemble et par une seule personne, « l'auxiliaire de périnatalité ».



Une vingtaine d'« auxiliaires de périnatalité » a déjà été formée par la maternité du CHU de Nantes. L'enjeu : prendre en charge la mère et l'enfant de façon globalisée, une tendance vers laquelle de nombreuses maternités évoluent. Concrètement, aides-soignants et auxiliaires de puériculture apprennent désormais les bases du métier de l'autre pour devenir auxiliaires de périnatalité, et pouvoir accompagner à la

fois la mère et le nouveau-né. « L'objectif est de ne pas scinder la prise en charge de la mère et de son enfant, de réduire le nombre de passages dans la chambre et d'éviter la multiplication de discours différents. L'auxiliaire de périnatalité passe également

davantage de temps avec la dyade mère-enfant et les retours des patientes sont excellents », explique Claude Daussy, sage-femme cadre du pôle femme-enfant-adolescent au CHU de Nantes.

En pratique, les auxiliaires de puériculture et les aides-soignants n'ayant pas de double compétence dans leur formation initiale, le CHU a mis au point sa propre formation. Environ 35 heures durant lesquelles les aides-soignants ont reçu des cours de puériculture, et les auxiliaires de puériculture des cours de soins aux adultes, sous forme d'ateliers cliniques axés sur les suites de couches. « L'avantage en termes de gestion du personnel est une plus grande fluidité dans l'organisation des plannings, les auxiliaires de périnatalité étant polyvalents », note Claude Daussy.

Ce projet de longue haleine a été initié dès le début de l'année 2010 par deux cadres sages-femmes de la maternité. Une première étape dans les soins globalisés avait consisté, en 2004, à confier aux sages-femmes la responsabilité de la dyade mère-enfant lorsque l'enfant ne présentait aucune pathologie au lieu de confier tous les nouveau-nés aux puéricultrices.

Depuis février 2012, l'auxiliaire de périnatalité et la sage-femme peuvent donc travailler en formant un binôme.



BORDEAUX

Le CHU à la conquête des réseaux sociaux

Autour de séances de sensibilisation, le CHU de Bordeaux a lancé début février, lors de la journée d'accueil des nouveaux arrivants, la diffusion d'un guide des bonnes pratiques sur les réseaux sociaux. Réalisé en tandem avec l'hôpital de Pontoise et le soutien de la MACSF, ce document s'adresse aux professionnels, aux étudiants, ainsi qu'aux usagers du CHU. À l'aide d'exemples et de conseils, le guide veut les amener à utiliser les réseaux sociaux de manière responsable. « Aux soignants, nous rappelons qu'ils portent des blouses, même sur Internet. Aux usagers, nous expliquons qu'ils doivent



faire attention aux contenus qu'ils publient, notamment les photos », affirme Frédérique Albertoni, directrice de la communication du CHU. Courant 2013, la sensibilisation des

professionnels du CHU continuera sous la forme d'un dialogue pour mieux comprendre l'utilisation qu'ils font de ces outils.

Enfin, le guide contribuera à construire l'identité numérique de l'hôpital. « Il vient compléter la veille que nous effectuons sur les réseaux sociaux », ajoute Isabelle Balligand, webmaster éditorial de l'hôpital.

À terme, l'hôpital envisage aussi de se positionner sur ces nouveaux moyens de communication. « L'idée est de les utiliser pour relayer des campagnes d'information de santé publique ou encore pour recruter », conclut Frédérique Albertoni.

Plus loin avec la FHF

RH



→ DÉCRYPTAGE

LA COMMISSION DES RECOURS, UNE VOIE DE RECOURS OUVERTE À L'AGENT SANCTIONNÉ

L'ESSENTIEL _Lorsqu'un agent hospitalier a fait l'objet d'une sanction disciplinaire, il peut contester sa sanction par voie de recours soit auprès de la direction qui l'a sanctionné (recours gracieux), soit auprès d'institutions extérieures à l'établissement. Dans ce dernier cas de figure, il lui est alors possible, d'une part, de saisir le juge administratif en déposant un recours en excès de pouvoir et, d'autre part, de saisir la commission des recours du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH), conformément aux dispositions des articles 15 à 28 du décret n° 88-981 du 13 octobre 1988 relatif au CSFPH.

1. QU'EST-CE QUE LA COMMISSION DES RECOURS ?

La commission des recours est une institution collégiale de ressort national, rattachée au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH). Même si elle ouvre une voie de recours, elle ne doit pas être confondue avec une juridiction puisqu'elle n'en a pas les attributs. Sa présidence est assurée par le président du CSFPH. Sa composition est paritaire (8 membres), avec, d'une part, des représentants de l'administration (DGOS et DGCS et 2 représentants FHF) et d'autre part, des représentants des organisations syndicales représentatives des fonctionnaires, nommés par arrêté du ministre de la Santé.

2. QUELLES SONT SES COMPÉTENCES ?

La commission des recours n'est compétente que pour les sanctions des deuxième, troisième et quatrième groupes infligées au fonctionnaire. Elle analyse la réalité des manquements reprochés, la qualification de faute de ces manquements et la sanction qu'il convient de prononcer au regard de la gravité de la faute. Son avis consiste à proposer soit



140

C'est le nombre de dossiers étudiés par la commission des recours entre 2005 et 2010.

le maintien de la sanction, soit une sanction plus faible ou l'absence de sanction. Il ne lui appartient pas de se prononcer sur la légalité de la sanction prononcée, ni sur la régularité de la procédure disciplinaire.

Le recours valablement déposé devant la commission ne suspend pas l'exécution de la sanction disciplinaire.

Toutefois, les avis de la commission qui retiennent une sanction moins sévère s'imposent à la direction de l'établissement (Conseil d'État, 16 mai 1984, n° 40895).

3. COMMENT PEUT-ELLE ÊTRE SAISIE ?

La commission des recours peut être saisie par :

- **tout fonctionnaire titulaire ou stagiaire,**

→ lorsqu'il a fait l'objet d'une sanction disciplinaire autre que l'avertissement ou le blâme et que cette sanction est plus sévère que celle proposée par le conseil de discipline ;

→ en cas de licenciement pour insuffisance professionnelle lorsque la commission administrative paritaire (CAP) n'a pas donné un avis favorable au licenciement.

- **la CAP (majorité des membres),**

→ à la demande du fonctionnaire, lorsque la CAP a proposé en vain à deux reprises consécutives son inscription au tableau d'avancement annuel ;

→ lorsque la direction a inscrit un fonctionnaire au tableau d'avancement malgré l'avis défavorable de la CAP.

La saisine se fait par lettre recommandée dans le délai d'un mois suivant la notification de la sanction disciplinaire. Après avoir enregistré le recours à la date de réception, le secrétariat de la commission accuse réception et invite le fonctionnaire requérant et la direction de son établissement à faire leurs observations sous 15 jours.

4. L'INSTRUCTION DU DOSSIER

Le dossier est ensuite instruit par un rapporteur désigné par le président de la commission. Au cours de la séance de la commission à laquelle le fonctionnaire et la direction de l'établissement sont convoqués, le rapporteur expose les circonstances de l'affaire. Le fonctionnaire et la direction de l'établissement peuvent se faire représenter et assister d'un avocat ou tout autre défenseur. Ils peuvent être auditionnés en séance ainsi que toute autre personne que le président juge utile d'interroger.

Les délibérations de la commission des recours ne sont pas publiques. La commission doit statuer dans un délai de deux mois, à compter du jour où elle a été saisie ou de quatre mois si un supplément d'information était nécessaire. Ces avis et recommandations, qui doivent être motivés, sont émis à la majorité des membres présents avec voix prépondérante du président en cas de partage égal des votes.

FOCUS

LES AVIS DE LA COMMISSION DES RECOURS SUR DES FAITS DE MALTRAITANCE ET LE CONTRÔLE DU CONSEIL D'ÉTAT

De 2005 à 2010, la commission des recours s'est prononcée sur 140 dossiers dont 40 relèvent au sens large de cas de maltraitance. La commission apprécie alors les faits et les circonstances qui les ont entourés, les antécédents disciplinaires, l'évolution de l'évaluation et de la notation.

Elle peut tenir compte des efforts faits par l'intéressé pour améliorer ses comportements, même postérieurement à la sanction. La commission se réfère aux décisions jurisprudentielles intervenues à propos de faits de même nature et aux sanctions alors retenues comme fondées.

Sur la période 2005-2008, pour des faits de maltraitance physique et/ou morale, la sanction de révocation a pu être remplacée par une sanction de deuxième groupe ou bien par l'absence de sanction (cas où la matérialité des faits n'était pas parfaitement avérée). Néanmoins, la jurisprudence de la commission des recours a évolué depuis 2009 en ne reconnaissant plus comme atténuantes certaines circonstances entourant les faits de maltraitance. La commission prend en compte le caractère inexorable de certains comportements qui portent atteinte à la qualité des soins et du service qui doit être donnée aux patients et résidents, qui plus est vulnérables, accueillis dans un établissement public sanitaire ou médico-social. Si les sanctions sont encore abaissées, en revanche, la commission retient moins systématiquement des sanctions d'un groupe inférieur à celle prononcée. La commission a ainsi confirmé, depuis 2009, les sanctions de révocation ou d'exclusion temporaire du troisième groupe prononcées par la direction d'établissement, notamment dans des cas de violences physiques.

Les avis de la commission des recours sont susceptibles de recours devant le tribunal administratif dans le ressort duquel se trouve le lieu d'affectation du fonctionnaire que la décision attaquée concerne (article R. 312-22 CJA). La direction de l'établissement ou l'agent peuvent en outre saisir le Conseil d'État d'un recours en excès de pouvoir contre l'avis de la commission dans le délai de 2 mois à compter de la notification de l'avis, mais il est possible également en cas d'urgence d'assortir ce recours d'une demande visant à suspendre l'exécution d'un avis en déposant un référé-suspension.

Le Conseil d'État a ainsi été amené à plusieurs reprises à censurer les avis de la commission des recours qui reconnaissaient aux circonstances entourant les faits de maltraitance un caractère excessivement atténuant. La FHF, représentant des employeurs publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux au sein de la commission, rappelle donc l'importance de prendre une sanction proportionnée à la gravité de l'acte de maltraitance. Cela peut conduire à ne pas suivre l'avis du conseil de discipline et à prévoir un dossier complet et argumenté en cas de saisine de la commission des recours.

Plus loin avec la FHF

GESTION

Avec le soutien de  **CAISSE D'ÉPARGNE**

LA FHF RÉAGIT AU PROJET FIDES



Depuis plusieurs années, les services de l'Assurance maladie et de la direction de sécurité sociale travaillent à l'expérimentation du projet de facturation individuelle des établissements de santé (Fides). La FHF a récemment réagi à ce projet.

La FHF a fait part à la ministre de son regret de généraliser la facturation individuelle au 1^{er} janvier 2016, avec un démarrage en 2013 pour les consultations externes et en 2014 pour

les séjours. En effet, cette décision va se traduire concrètement par de lourdes dépenses pour les établissements et d'importantes réorganisations qui vont nécessiter le recrutement de nouveaux agents pour traiter les factures. La FHF souhaite qu'une véritable concertation soit engagée et que la généralisation de la Fides ne soit décidée qu'une fois les impacts précisément évalués, connus de tous et rapportés aux bénéfices attendus.

TÉMOIGNEZ LORS DES RENCONTRES DU DÉVELOPPEMENT DURABLE !

La FHF est engagée dans la promotion du développement durable en santé et l'accompagnement des établissements dans cette voie. Lors des Salons de la santé et l'autonomie, en mai prochain, auront lieu les Rencontres du développement durable au cours desquelles seront animées des conférences sur les différentes thématiques du développement durable.

Économies d'énergie, management, gestion des déchets, bâtiments, solutions de mobilité, achats responsables... les participants trouveront des solutions opérationnelles, des réponses concrètes et des outils pour avancer. Ce programme offrira également de

nombreux témoignages d'acteurs hospitaliers qui partageront leurs initiatives et actions dans ces domaines et présenteront les évolutions engendrées pour leurs établissements. Ces Rencontres sont aussi l'occasion de remettre les trophées du développement durable en établissement de santé.

POURENSAVOIR

Si vous êtes retardataire dans la remise des dossiers de candidature et que vous souhaitez tout de même présenter vos actions et démarches, vous pouvez contacter Marie-Christine Burnier, chargée du développement durable à la FHF, au 01 44 06 84 37 ou mc.burnier@fhf.fr

PACTE DE COMPÉTITIVITÉ : POUR UN TRAITEMENT ÉQUITABLE

Dans le cadre de l'adoption du pacte de compétitivité annoncé par le président de la République, la FHF fait part de sa plus grande inquiétude devant le traitement inéquitable réservé par le gouvernement aux hôpitaux et maisons de retraite publics.

La FHF dénonce, dans un courrier au Premier ministre, le fait que la loi de finances pour 2013 ne prévoit pas de baisse de la taxe sur les salaires qui pèse sur les établissements sanitaires et médico-sociaux publics. Elle a rappelé qu'il s'agissait pourtant d'une mesure d'équité permettant d'éviter une distorsion de traitement inacceptable avec les cliniques et maisons de retraite privées, qui vont bénéficier, par le biais du crédit d'impôt, d'un important allègement de charges sociales.

La FHF veillera à ce que l'avantage concédé aux opérateurs privés soit intégralement compensé par une baisse de leurs tarifs, afin d'éviter une augmentation de leurs profits financée par la collectivité nationale.



Le développement durable sera présent lors des Salons de la santé et de l'autonomie du 28 au 30 mai 2013

NANCY

Un plan pour mieux se déplacer autour de l'hôpital

L'ESSENTIEL_ Le CHU de Nancy et le centre de lutte contre le cancer Alexis-Vautrin voisin travaillent sur un plan de déplacement interentreprises. Leur objectif : faciliter l'accès aux différents bâtiments de la zone et favoriser les modes de déplacement alternatifs à la voiture individuelle.

Le CHU de Nancy et le centre de lutte contre le cancer Alexis-Vautrin ont reçu un Award « développement durable hospitalier » en mai 2012 récompensant leur plan de déplacement inter-entreprises pour le technopôle de Brabois. Le CHU, le centre Alexis-Vautrin et les entreprises privées du secteur se sont réunis afin de trouver des solutions communes. Accompagnés de l'Agence de développement et d'urbanisme de l'aire urbaine nancéienne (Aduan), ils ont publié une première charte d'engagements en mai 2011. « Nous visons des objectifs aussi bien environnementaux que sociaux ou économiques. Nous souhaitons supprimer les difficultés liées aux sorties d'autoroute bloquées, au stationnement

sauvage, aux transports en commun bondés, aux cheminements internes peu sécurisés... Cela devrait impacter les conditions de travail des salariés, faciliter le recrutement de personnels habitant dans les villes voisines et diminuer les émissions de gaz à effet de serre liés aux déplacements », détaille Agnès Delahaye-Walter, chef de projet développement durable au CHU. L'un des défis propres à l'hôpital qu'il faudra relever est lié à l'emplacement de ses sites. Implantés sur deux bâtiments, l'un sur le site de Brabois et l'autre en centre-ville, ils sont distants de 12 km. Il faut pas moins de 45 minutes en transports en commun pour les relier.



Ce vaste projet nécessite une réflexion collective. Des commissions de travail ont été formées autour de plusieurs pistes. « Nous travaillons sur la mise en place de modes de déplacement doux tels que le vélo ou la marche, sur le développement du covoiturage ou encore sur des téléconférences afin de limiter les déplacements », explique Maud Ferrier, directrice adjointe aux hôpitaux de Brabois. Après une phase de diagnostic comprenant une enquête auprès de plus de 3000 salariés, usagers et étudiants du site, un catalogue d'actions a été constitué. Les partenaires doivent à présent définir la programmation et le financement de ces initiatives.

POURENSAVOIR 

Le blog du plan de déplacement inter-entreprises pour le technopôle de Brabois : http://www.anbt.fr/pdie_web/accueil.html

LILLE

Une démarche écoresponsable pour des économies d'eau

Le CHRU de Lille a aménagé les installations du circuit d'eau de ses bâtiments de façon à mieux le contrôler. En 2008, un système de gestion des compteurs d'eau par télérelève a été mis en place. Cette technologie permet de suivre la consommation heure par heure, y compris la nuit, et de contrôler ces données par ordinateur. « En cas de pic de consommation, nous recevons une alerte car une fuite peut en être la cause. Cela nous permet d'intervenir rapidement. Auparavant, nous en prenions parfois connaissance qu'un mois et demi après le début de la fuite, à la réception de la facture », explique Wilfrid Descamps, coordinateur du

pôle de maintenance infrastructure et exploitation de l'hôpital. Sachant qu'une fuite détectée avec du retard pouvait coûter 14000 euros, le nouveau procédé permet de faire de larges économies et de pallier l'augmentation du prix du mètre cube d'eau. Les dépenses engendrées par la pose de ces nouvelles installations ont été rapidement amorties. Concrètement, depuis 2001, le CHRU consomme 259000 mètres cubes d'eau en moins alors que 50000 mètres carrés de locaux supplémentaires ont été construits. En 2011 et 2012 le CHRU de Lille a reçu un Award lors du congrès national « Manager le



développement durable en établissement de santé » pour son action en faveur du développement durable.



Plus loin avec la FHF

MÉDICAL

UN CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR LES AVC DE L'ENFANT

L'ESSENTIEL Suite à un appel d'offres, le CHU de Saint-Étienne a été choisi pour coordonner le centre national de référence de l'AVC de l'enfant, réparti sur plusieurs hôpitaux français. Un centre créé par le ministère de la Santé, dans le cadre du plan ministériel AVC 2010-2014.



Réanimation pédiatrique au CHU.

Depuis janvier 2013, le CHU de Saint-Étienne est le coordonnateur du nouveau centre national de référence pour l'accident vasculaire cérébral (AVC) de l'enfant. Labellisé pour cinq ans à la suite d'un appel d'offres, le centre devient l'interlocuteur privilégié du ministère, des agences régionales de santé (ARS), des professionnels de santé et des représentants des patients. Le Dr Stéphane Chabrier est responsable du dispositif : « À Saint-Étienne, nous travaillons déjà sur l'AVC de l'enfant depuis une quinzaine d'années. Nous avons désormais une existence légale et davantage de moyens techniques et humains pour le faire. »

Dans la pratique, peu de changements seront perceptibles pour les patients et leurs familles, en particulier au départ. Mais le



CHU de Saint-Etienne, Hôpital Nord.

centre a pour objectif, à terme, d'améliorer la qualité des soins sur l'ensemble du territoire.

SOIGNER L'AVC PARTOUT EN FRANCE

Ce nouveau centre de référence comprend plusieurs sites hospitaliers. Leurs missions

ENTRE

500 ET **1 000** ENFANTS

sont victimes d'AVC chaque année en France (ministère de la Santé). Cette pathologie est l'une des principales causes de handicap acquis de l'enfant.

sont diverses. La première est de fournir des soins aux enfants ayant souffert d'un AVC, en favorisant le maillage du territoire. « Nous n'avons pas pour ambition d'accueillir la totalité de ces enfants sur les sites appartenant au centre national de référence. Premièrement parce que nous n'en avons pas la place. Ensuite, parce que cela serait peu pratique pour les patients et leur famille, qui préfèrent évidemment être pris en charge au plus près de leur domicile », indique le Dr Stéphane Chabrier. À ce propos, le centre d'expertise va définir des filières de soins, publier des référentiels de traitements et de bonnes pratiques, afin que d'autres professionnels puissent prendre en charge ces patients.

MIEUX CONNAÎTRE L'AVC DE L'ENFANT

La seconde mission est de devenir un centre de recours et d'expertise, notamment grâce à la mise en place de la télémédecine. Des vidéoconférences devraient permettre de mener des réunions de concertation pluridisciplinaire à distance.

Le centre va également développer la formation, l'information et l'éducation thérapeutique, auprès des professionnels, des associations de familles et du grand public. Sur le plan de la recherche, le centre coordonne les travaux et élabore de nouveaux protocoles. Enfin, la dernière mission est statistique. Il s'agit de recueillir des données sur la maladie durant les cinq prochaines années afin de mieux la cerner et d'en établir un bilan.



Diabète, cancérologie, médicaments, innovations, bloc opératoire du futur, maladies rares, service ambulatoire de demain... les Salons de la santé et de l'autonomie vous donnent rendez-vous.



SAINT-QUENTIN - PÉRONNE

Une permanence des soins grâce à la téléradiologie

L'ESSENTIEL _ Les centres hospitaliers de Saint-Quentin et de Péronne ont mis en place un service de télémédecine en imagerie médicale. Un moyen de mutualiser les ressources humaines afin de faire face à la problématique de démographie médicale que connaît la région.

Depuis décembre 2012, les centres hospitaliers de Saint-Quentin (Aisne) et de Péronne (Somme) assurent la permanence des soins en imagerie médicale grâce à la téléradiologie. Concrètement, lorsqu'un patient se présente aux urgences de l'hôpital de Péronne la nuit, les week-ends ou les jours fériés et

qu'il doit subir un scanner, il peut le passer sur place sans qu'un médecin radiologue ne se trouve dans les locaux. Un manipulateur présent à Péronne utilise le scanner selon les consignes données par le médecin radiologue d'astreinte au CH de Saint-Quentin, qui interprétera l'examen à distance. Le patient obtient son résultat une heure environ après l'examen. « Ce nouveau dispositif permet de pallier le manque de radiologues de la région, car deux seulement travaillent au centre hospitalier de Péronne. Pour les professionnels de santé, l'avantage est l'allègement de leurs astreintes en mutualisant les ressources humaines. De leur côté, les patients peuvent continuer à être pris en charge au plus près de leur domicile. De ce fait, tout le monde est gagnant », explique Sylvain Gallet, directeur de projet au GCS e-Santé Picardie, en charge du déploiement de ce nouveau système.



Pour le rendre possible, il a suffi de conserver les appareils présents à l'hôpital de Péronne et d'utiliser les liaisons de communication régionales sécurisées préexistantes. L'acte médical ainsi réalisé en télémédecine, via la plate-forme Comedi-e (COopération MEDicale Innovante en e-santé) conçue et déployée par le GCS e-Santé Picardie¹, permet une prise en charge complète du patient. La radiologue dispose de l'ensemble de son environnement de travail et de toutes les informations nécessaires au rendu de son interprétation.

Six radiologues, quatre secrétaires, huit manipulateurs et six médecins urgentistes ont déjà été formés à ce nouveau service et l'utilisent. « Cette solution bilatérale entre deux établissements a vocation à être étendue dans le cadre de la permanence des soins à un territoire, voire à la région », indique Sylvain Gallet. Le dispositif devrait être déployé cette année à minima dans quatre plateaux techniques supplémentaires de la région. À noter que ce projet présenté par l'ARS de Picardie a été retenu dans le cadre de l'appel à projets pilotes en télémédecine 2012 lancé par la DGOS.

1. Service de téléradiologie de la plate-forme Comedi-e opéré par CGTR.

MARTIGUES

Un salon de sortie pour réguler les flux de patients

Depuis deux ans, le centre hospitalier de Martigues (Bouches-du-Rhône) a aménagé un salon de sortie en son sein. Les objectifs de ce nouveau dispositif sont de libérer des lits dans les services, mieux gérer la rotation des patients et diminuer le temps d'attente aux urgences. Le projet a débuté par un audit des sorties des services de l'hôpital. Il a été observé que 64 % des patients rentraient chez eux (les autres intégrant un autre service par exemple) et que 90 % d'entre eux le faisaient par leurs propres moyens, sans véhicule sanitaire. « Ces personnes sont donc valides et n'ont plus besoin de soins. En organisant la sortie le matin, on peut proposer au patient une attente dans un lieu convivial et libérer des places pour les admissions des urgences mais aussi les admissions programmées. Les services de cardiologie et de chirurgie utilisent le

dispositif régulièrement et nous œuvrons pour en élargir l'usage », indique le Dr Stéphane Luigi, chef du service des urgences du CH de Martigues. Ce salon d'une vingtaine de mètres carrés comprend huit fauteuils et propose revues, boissons et télévision. Un poste d'agent d'accueil financé par l'hôpital et la société de transports conventionnée y a été créé. Son rôle : être l'interlocuteur unique des services pour toutes les demandes de transport et assurer une présence dans le salon. Par ailleurs, l'établissement s'est engagé dans la régulation des flux de patients depuis 2003 par la création d'un poste de régulateur de la qualité de l'hospitalisation (RQH) qui fait le point sur la disponibilité des lits, propose des solutions au quotidien et lors de tensions sur l'orientation des patients, et facilite l'utilisation du salon.



Plus loin avec la FHF

MÉDICO-SOCIAL

ÉVALUER LA PERTE D'AUTONOMIE

L'ESSENTIEL Le décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 est paru au *Journal officiel* du 10 janvier 2013. Il fixe d'une part les conditions d'évaluation et de validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et, d'autre part, la composition et le fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale mentionnée à l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles.

Ce décret souligne plusieurs points :

1. Le groupe iso-ressources (GIR) doit être évalué à la signature de la convention tripartite et, une fois en cours de convention, en même temps que la coupe Pathos.
2. Les médecins valideurs ont trois mois pour valider ; à défaut, cela équivaut à une validation tacite.
3. Une commission régionale de coordination médicale est instaurée. Elle est composée :
 - d'un médecin de l'agence régionale de santé (ARS) ;
 - d'un médecin des services sociaux et médico-sociaux du département du ressort de l'établissement désigné par le président du conseil général ;
 - d'un médecin gériatre désigné par le directeur général de l'ARS sur proposition de la société régionale de gériatrie et gérontologie affiliée à la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) ;
 - d'un médecin coordonnateur également désigné par le directeur général de l'ARS sur proposition conjointe du représentant de la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs (FFAMCO) et de celui de la société régionale de gériatrie et gérontologie, autres que ceux ayant procédé à la réalisation ou à la validation de l'évaluation de la perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans l'établissement faisant l'objet du recours.



Cette commission examine les contestations de GIR moyen pondéré (GMP) et/ou de pathos moyen pondéré (PMP) : elle veille également à la bonne organisation des opérations d'évaluation du niveau de perte d'autonomie moyen et des besoins en soins de chaque établissement ainsi qu'à la qualité de la formation des médecins coordonnateurs à l'utilisation des référentiels Aggir et Pathos.

POURENSAVOIR

Pour télécharger le décret : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026920065&dateTexte=&categorieLien=id>

FACTURATION DES ACTES INFIRMIERS

L'avenant n° 3 à la convention nationale des infirmières et des infirmiers libéraux, approuvé par arrêté du 25 novembre 2011, prévoit la revalorisation de certains actes infirmiers.

Cet avenant prévoit notamment :

- la création d'une majoration d'acte unique (MAU) d'une valeur de 1,35 euro pour les cotations AMI 1 et AMI 1,5 afin de valoriser les actes réalisés de façon unique à l'occasion d'une séance de soins au domicile du patient ;
- la création d'une majoration de coordination infirmière (MCI) d'une valeur de 5 euros par passage de l'infirmière libérale (IDEL) à domicile pour la prise en charge des patients en soins palliatifs et des patients nécessitant des pansements complexes pour les soins les plus lourds, notamment les escarres et les plaies chroniques.

Des différences d'applications au niveau local ont conduit les fédérations de SSIAD, dont la FHF, à demander à la directrice générale de la cohésion sociale la publication d'une instruction visant à clarifier les situations. Dans l'attente de la publication très prochaine de cette instruction pour laquelle la FHF a été concertée, la FHF rappelle que la MCI ne doit être payée aux IDEL que lorsqu'elle est justifiée, c'est-à-dire seulement lorsque la coordination est effectivement réalisée par l'IDEL et qu'elle concerne des patients en soins palliatifs ou nécessitant des pansements complexes pour les soins les plus lourds. Si tel est le cas, vous devez bien sûr payer la MCI. En revanche, vous n'avez pas à payer systématiquement la MCI aux IDEL si elle n'est pas justifiée.

Pour les fédérations, la coordination peut être justifiée notamment par la prévenance de l'infirmière coordinatrice (IDEC) de l'engagement d'actes de soins justifiant de la MCI, par le renseignement du dossier de soins infirmiers (fiche de suivi, transmissions ciblées, diagramme de soins...). Rien n'est arrêté pour l'instant. Les dispositions précises d'application de la MCI seront décrites dans l'instruction à paraître prochainement.



Rendez-vous à Geront Expo – Handicap Expo à l'occasion des Salons de la santé et de l'autonomie



ROUVRAY

Des consultations de psychiatrie pour les Ehpad

L'ESSENTIEL _ Le centre hospitalier du Rouvray coordonne un dispositif régional de télé-médecine, initié par l'ARS de Haute-Normandie, appliqué à la psychiatrie et à la gériatrie. Ce projet vise à lutter contre les problèmes posés par la désertification médicale. Il concerne un nombre croissant de patients hébergés dans des établissements médico-sociaux.

Lancé en 2007 et affiné au fil des ans, ce projet de télé-médecine implique des psychiatres et des gériatres de sept établissements sanitaires. Les patients sont pris en charge dans une soixantaine de structures médico-sociales (Ehpad ou établissements du handicap). Le Dr Sadeq Haouzir, psychiatre au CH du Rouvray, utilise ce nouveau dispositif depuis sa mise en place. « Avant 2007, je passais 30 % de mon temps de travail dans les transports. Aujourd'hui, je peux suivre davantage de patients – une centaine –, mon activité est beaucoup plus soutenue et mes journées rentabilisées », raconte le médecin. La Haute-Normandie compte en effet deux fois moins de psychiatres que la moyenne nationale.

Concrètement, les patients suivis à distance ont déjà été vus une première fois par le médecin, durant une séance en face à face et ont accepté ce nouveau procédé. Le professionnel de santé a estimé qu'ils se trouvaient dans un état cognitif assez satisfaisant pour pouvoir comprendre et suivre ces téléconsultations.

« Sur le plan technique, le système est simple d'utilisation, avec une commande pour allumer l'écran et une autre pour changer l'orientation de la caméra. Une infirmière est présente lors de la consultation, excepté si le patient souhaite être seul. La séance se déroule de façon ordinaire et, par la suite, je rédige un courrier, en y joignant une ordonnance si besoin, destinée à

l'infirmière ou au médecin traitant du patient », décrit le Dr Sadeq Haouzir. Les images sont transmises via un réseau sécurisé et en haut débit.

Si le lancement de cette nouvelle méthode a suscité au départ une certaine frilosité de la part des professionnels de santé, ceux qui l'ont essayée l'ont rapidement adoptée. Les patients, quant à eux, sont satisfaits de la souplesse et de la simplicité du dispositif. « La télépsychiatrie est un bon moyen de s'affranchir des contraintes géographiques. La télé-médecine représente un progrès technique qui ne peut être ignoré des praticiens », conclut le spécialiste. La technique doit être déployée à d'autres établissements de Haute-Normandie dans les prochaines années.

POURENSAVOIR⁺

Retrouvez la conférence « Améliorer le recours aux soins psychiatriques pour les personnes âgées » durant les Salons de la santé et de l'autonomie, organisés par la FHF du 28 au 30 mai 2013.

CHÂTELLERAULT

Un accueil de jour pour les personnes handicapées

Pour les personnes souffrant d'un handicap mental, l'accès aux soins peut être un parcours du combattant. Pour lever les obstacles, le centre hospitalier de Châtellerault a mis en place en janvier 2011 un accueil de jour dédié aux personnes handicapées présentant des troubles comportementaux. « La visite chez le médecin met le patient dans une situation inhabituelle, ce qui peut générer assez d'angoisse pour rendre difficile la consultation. De plus, la personne qui l'accompagne va passer son temps à l'aider et à le contenir et ne sera pas dans de bonnes dispositions pour échanger avec le médecin », explique le Dr Agnès Michon, médecin au sein de cet accueil.

Ce dispositif, composé d'un médecin, d'une infirmière, de deux secrétaires et de treize dentistes assurant des vacations, fournit une prise en charge multidisciplinaire, des soins aussi bien médicaux que dentaires.

Lorsqu'un patient a rendez-vous à l'accueil de jour, et si son médecin traitant ne l'a pas déjà fait, il bénéficie d'un examen complet afin de faire le tour de ses soucis de santé mais aussi des freins

psychologiques qu'il peut avoir vis-à-vis des soins. Il est ensuite accompagné vers les différents services de l'hôpital : gynécologie, ORL, biologie, cardiologie, ophtalmologie, neurologie... Les consultations peuvent être regroupées sur une seule journée et le patient accompagné par une infirmière. Pour le bon déroulement de ces séances, le patient peut être placé sous prémédication ou sédaté (sédation consciente avec le MEOPA ou anesthésie générale), si l'une des interventions le nécessite.

Pour ce nouveau service, le centre hospitalier de Châtellerault a reçu le prix OCIRP¹ Acteurs économiques & handicap, dans la catégorie « accompagnement social et/ou médical personnalisé ».

1. Organisme commun des institutions de rente et de prévoyance.

POURENSAVOIR⁺

Le site de l'association Handisoins 86 : www.handisoins86.com



Grand angle

Des mesures pour améliorer les soins aux détenus

L'ESSENTIEL_ Prendre en charge les patients incarcérés est l'une des missions du service public hospitalier. Pour la mener à bien, de nouveaux textes appellent les établissements de santé à s'investir davantage, à coopérer entre eux et avec l'administration pénitentiaire, voire à innover dans les pratiques de soins.

La loi du 18 janvier 1994 a transféré la responsabilité de la prise en charge sanitaire des détenus au ministère de la Santé, plus précisément au service public hospitalier. Des unités de consultations et de soins ambulatoires ont ainsi été créées dans chaque établissement pénitentiaire (178 UCSA). Les hospitalisations d'urgence et de courte durée sont réalisées dans les chambres sécurisées des hôpitaux de rattachement, tandis que les hospitalisations programmées de plus de 48 heures se déroulent depuis 2004 dans les unités hospitalières sécurisées interrégionales (8 UHSI). La prise en charge psychiatrique est assurée dans les hôpitaux spécialisés, au sein des services médico-psychologiques régionaux (26 SMPR) et des premières unités hospitalières spécialement aménagées (3 UHSA à ce jour, 4 ouvertures en 2013). La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 stipule dans son article 46 que « la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population ». Voilà pour la théorie. Mais qu'en est-il sur le terrain ?

D'IMPORTANTES LACUNES DANS L'ACCÈS AUX SOINS

Plusieurs rapports parlementaires et émanant de l'Observatoire international des prisons (OIP) montrent que les nécessités sanitaires peinent à s'imposer dans le milieu carcéral. Presque vingt ans après la réforme de 1994, les protocoles conclus entre les établissements pénitentiaires et les hôpitaux sont diversement appliqués : les personnels soignants sont souvent en nombre insuffisant, les locaux de l'UCSA inadaptés et trop étroits, les projets de santé réduits au minimum. Dans son rapport d'activité pour 2012 rendu public le



25 février dernier, le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) souligne ainsi d'importantes lacunes dans l'accès aux soins, en particulier pour les soins dentaires, l'ophtalmologie, la kinésithérapie (notamment post-opératoire) et la prise en charge des maladies de longue durée. Consulter un médecin spécialiste demeure une gageure pour un détenu, car certains praticiens ne souhaitent pas venir dans les UCSA et les transferts vers l'hôpital sont compliqués et mal vécus par le patient-détenu. Le manque de soins psychiatriques, même en cas d'injonction prononcée par le juge, se fait sentir dans les prisons ne disposant pas de SMPR. Et les inégalités sont fortes d'une région à l'autre.

Suite page 16 →



© Burger/Phanie

_TÉMOIGNAGES



Jean-Marie Delarue,
contrôleur général
des lieux de privation
de liberté

“Le médecin peut jouer un grand rôle”

La promotion des soins en milieu carcéral est indispensable. La population pénale, majoritairement des hommes jeunes et défavorisés, gagnerait beaucoup à bénéficier d'une éducation sanitaire de base à la santé bucco-dentaire et à la prévention des MST notamment. Ce sont des patients « abrupts » mais désireux de parler à leur médecin en toute confiance, et ce dernier peut jouer un rôle déterminant. Confrontés aux « pressions » de l'administration pénitentiaire, ces soignants ont besoin de l'accompagnement et des encouragements de leur hôpital de rattachement.



Dr Patrick Serre,
président de
l'Association des
professionnels
de santé exerçant
en prison (APSEP)

“Le secret médical doit être préservé, même en prison”

La loi pénitentiaire de 2009 impose le respect du secret médical, mais les clés des locaux sanitaires circulent, des déductions sont faites à partir de la facturation des médicaments délivrés par l'hôpital... Le médecin traitant d'une UCSA doit résister aux pressions : il n'a pas à dire si tel détenu est compatible avec le quartier disciplinaire, ni à rédiger un certificat médical à la demande du juge. Concernant notre participation à la commission pluridisciplinaire unique (CPU), nous avons élaboré une grille d'informations socio-sanitaires partageables avec l'accord du patient.



Dr Gérard Laurencin,
chef du pôle
psychiatrie
et conduites
addictives en milieu
pénitentiaire du
CH Gérard-Marchant
de Toulouse, dont
relève l'UHSa
ouverte en janvier
2012

“Poursuivre les soins une fois dehors”

Le nombre des personnes détenues présentant de graves troubles mentaux augmente. L'USHA accueille au sein de l'hôpital des patients consentants aux soins (60 %) ou hospitalisés sur demande du préfet (40 %), y compris des femmes, venant de Midi-Pyrénées et du Languedoc-Roussillon. Les surveillants pénitentiaires assurent la sécurité périmétrique de l'unité ainsi que les escortes. Les 40 lits sont occupés à presque 100 %, avec une liste d'attente de 13 jours, et la durée moyenne de séjour est d'un mois. Grâce aux deux équipes pluridisciplinaires dédiées (soit plus de 80 personnes dont trois ETP de médecins), le niveau de qualité des soins est très correct. Les projets thérapeutiques doivent se poursuivre dehors.

Grand angle

Suite de la page 15 →

NOUVELLE ORGANISATION : TROIS NIVEAUX D'UNITÉS SANITAIRES

	SOINS SOMATIQUES	SOINS PSYCHIATRIQUES
NIVEAU 1	Soins ambulatoires En milieu pénitentiaire Unité sanitaire de niveau 1 (UCSA et SMPR)	Soins ambulatoires En milieu pénitentiaire Unité sanitaire de niveau 1 (UCSA et SMPR)
NIVEAU 2	Hospitalisation à temps partiel En milieu hospitalier Hôpital de rattachement	Hospitalisation de jour En milieu pénitentiaire Unité sanitaire de niveau 2 (SMPR)
NIVEAU 3	Hospitalisations complètes En milieu hospitalier (UHSI ou chambres sécurisées)	Hospitalisations complètes En milieu hospitalier (UHSA, hospitalisation d'office, unité pour malades difficiles)



TROIS NIVEAUX DE SOINS

Une circulaire du ministère des Affaires sociales et de la Santé et du ministère de la Justice, en date du 30 octobre 2012, diffuse le nouveau guide méthodologique de quelque 300 pages sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Celui-ci intègre notamment la réorganisation des soins psychiatriques décidée dans le plan d'actions stratégiques 2010-2014 portant sur la politique de santé des personnes détenues.

Ces évolutions, ainsi qu'une volonté de rendre « plus lisible » la hiérarchisation des niveaux de soins somatiques et psychiatriques, ont amené à proposer une nouvelle dénomination des unités de soins implantées en milieu pénitentiaire. Celles-ci, regroupant les UCSA et les SMPR, se dénomment désormais « unités sanitaires ».

L'organisation des soins psychiatriques et somatiques est ainsi restructurée autour de trois niveaux. Le premier correspond aux prises en charge ambulatoires en milieu pénitentiaire, assurées par les « unités sanitaires » de niveau 1 (UCSA et SMPR). Le deuxième correspond à l'hospitalisation de jour, soit dans les « unités sanitaires » de niveau 2 pour les soins psychiatriques (SMPR), soit au sein des établissements de santé de rattachement pour les soins somatiques. Le troisième niveau porte sur les hospitalisations à temps complet, au sein notamment des UHSI pour les soins somatiques et des UHSA pour les soins psychiatriques.

18 %

des détenus sont atteints d'état dépressif majeur, 12 % d'anxiété généralisée et 3,8 % de schizophrénie nécessitant un traitement.

10347

hospitalisations somatiques (écarts régionaux de 1 à 4).

_3 QUESTIONS À...



Dr Dominique Péton-Klein,
directeur de projet au ministère
des Affaires sociales et de la Santé.

“Sensibiliser les établissements de santé”

CONTRACTUALISATION « ESSENTIELLE » EN 2013

La circulaire insiste sur le partenariat entre professionnels du monde sanitaire et judiciaire, « *indispensable pour un bon fonctionnement, [qui] doit pouvoir s'instaurer en dépassant les clivages issus de cultures et d'approches différentes et dans le respect des domaines de compétence et des cadres professionnels de chacun* ».

Chaque établissement pénitentiaire et l'établissement de santé de rattachement doivent conclure localement un protocole cadre et des conventions « *dans l'année qui suit la publication de ce guide* ». Le protocole cadre définit les responsabilités de chacun en matière de permanence des soins, de partage d'information, de prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS), de prévention du suicide, de règles de financement, etc. Deux nouvelles conventions visent pour l'une à améliorer la protection sociale des personnes écrouées, pour l'autre à mutualiser les ressources entre les hôpitaux MCO et les hôpitaux psychiatriques intervenant dans une même prison.

L'ACTIVITÉ DE SOINS EN PRISON

- **66 126 personnes détenues** au 1^{er} septembre 2012 pour 57 385 places de prisons (taux d'occupation de 115,2 %).
- **178 unités sanitaires** gérées par 223 établissements de santé.
- **1748 équivalents temps plein (ETP)** de personnels soignants dont 485 ETP de médecins.
- **190 médecins généralistes** (écarts régionaux de 1 à 3), 178 psychiatres (écarts régionaux de 1 à 5), 28 spécialistes et 90 dentistes.
- **1 million de consultations**, dont 39 % en médecine générale, 37 % en psychiatrie et 18 % en odontologie.
- La prévalence du VIH et du VHC est **5 fois supérieure à la moyenne**, l'incidence de la tuberculose 8 à 10 fois supérieure.
- **Le quart des entrants** déclarent une consommation d'au moins 2 substances psycho-actives.
- Les détenus se suicident **6 fois plus** que les hommes libres âgés de 15 à 59 ans.

Sources : Observatoire des structures de soins aux personnes détenues (OSSD 2011), statistiques de l'administration pénitentiaire, Plan d'actions stratégiques 2010-2014.

Comment résumer les priorités de la nouvelle organisation des soins en prison ?

Il ne s'agit pas à proprement parler d'une nouvelle organisation mais d'une offre de soins clarifiée en trois niveaux pour les soins somatiques et psychiatriques.

L'organisation des soins somatiques prend en compte hormis le premier niveau que sont les unités sanitaires, le niveau hospitalisation à temps partiel au sein des établissements de santé de rattachement et hospitalisation à temps complet au sein notamment des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), qui étaient peu connues en 2004.

Le dispositif de soins psychiatriques est maintenant clairement identifié au sein de toutes les unités sanitaires, incluant deux niveaux de soins. Le troisième niveau porte sur les hospitalisations à temps complet, intégrant l'ouverture progressive des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

Les hôpitaux y sont-ils prêts ?

Des avancées considérables sont notées depuis 1994, mais il faut encore sensibiliser les établissements de santé. L'éloignement de certains établissements pénitentiaires ne

favorise pas leur prise en compte et le personnel soignant est encore très réticent à y exercer, souvent par méconnaissance de ce milieu.

Le plan d'actions stratégiques 2010-2014 et le nouveau guide méthodologique, qui impose dans des délais contraints aux établissements de santé, établissements pénitentiaires, agences régionales de santé (ARS) et directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP) de contractualiser sur un certain nombre de sujets, sont des outils majeurs pour redynamiser ce secteur d'activité.

L'informatisation des unités sanitaires est-il un levier important ?

Elles doivent disposer des mêmes outils informatiques que leur établissement de santé de rattachement, or 40 % d'entre elles n'étaient pas informatisées en 2009. Ce chiffre a été ramené à 16 % en 2011. Les nouveaux outils (logiciel GAM, circuit du médicament informatisé, radiologie numérisée, dossier patient informatisé) sont indispensables, et la condition *sine qua non* du développement de la télémédecine. Des aides financières ciblées importantes ont été accordées pour l'informatisation de toutes les unités sanitaires, objectif à atteindre d'ici à fin 2013.

POURENSAVOIR

- Circulaire du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf
- Circulaire du 21 juin 2012 relative à la participation des professionnels de santé à la commission pluridisciplinaire unique (CPU). http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/06/cir_35431.pdf
- Plan d'actions stratégiques 2010-2014 - Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf
- Rapport 2012 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté. <http://www.cglpl.fr>



Grand angle

ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

Faut-il faire évoluer la loi ?

L'ESSENTIEL_ Ouverture de la procréation médicalement assistée aux personnes homosexuelles, autoconservation pour convenance des ovocytes, recherches sur l'embryon... l'assistance médicale à la procréation revient régulièrement dans l'actualité, avec la remise en question des lois qui l'encadrent. *Interactions* fait le point sur leurs enjeux.

Maternité tardive, épisodes infectieux, stress... De nombreux aspects de la vie des jeunes Françaises peuvent les conduire un jour à un problème d'infertilité. Un couple sur quatre ne parvient pas à concevoir un enfant après un an d'arrêt de contraception (Obseff, 2008). Si tous ne s'adressent pas à un service d'assistance médicale à la procréation (AMP), le nombre de consultations pour ce motif augmente chaque année. En 2010, près de 140 000 tentatives de procréations médicalement assistées (PMA)

ont été pratiquées dans le pays (Agence de la biomédecine). Le terme recouvre des techniques qui évoluent en permanence et soulèvent des questions d'éthique. En 1983, dans le sillage de la naissance d'Amandine, premier bébé français issu d'une fécondation *in vitro* (FIV), le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) est fondé. Composé de médecins, mais aussi de juristes, de philosophes ou encore de théologiens, il peut être consulté ou rendre des avis de sa propre initiative sur des questions de société telles que le statut de l'embryon.

Procédé de congélation très rapide permettant de conserver du sperme, des ovocytes ou des embryons.

LORRAINE



AMÉLIORER L'OFFRE LOCALE DE PMA

En Lorraine, l'assistance médicale à la procréation (AMP) s'est structurée au fil des années en fonction des besoins de la population, des évolutions techniques, des ressources locales et de la réglementation. Ces dernières années, cette activité était stable et dans la moyenne nationale, alors que les besoins des couples sont croissants. L'écriture du schéma régional d'organisation des soins a été l'occasion pour l'ARS de réunir biologistes et cliniciens des secteurs public et privé afin de réfléchir aux solutions à mettre en place pour améliorer l'offre. Il s'agissait en particulier d'offrir aux couples demandeurs la possibilité de bénéficier de deux nouvelles activités dès 2012, à savoir l'accueil d'embryon et le don d'ovocytes grâce aux récentes techniques de **vitrification**. Cette dernière activité étant actuellement peu répandue en Lorraine comme en France, les couples infertiles ont tendance à chercher une réponse à l'étranger, où les soins ne répondent pas aux mêmes exigences qu'en France.

PAS DE RECHERCHES SUR L'EMBRYON

La première loi de bioéthique encadrant la PMA et le don de gamètes est votée en 1994. Elle ouvre ces procédés aux couples hétérosexuels souffrant d'une infertilité médicalement constatée ou à ceux qui risquent de transmettre une maladie grave à l'enfant. Elle interdit la recherche sur l'embryon, prohibe toute commercialisation de produits du corps humain et érige la gratuité et l'anonymat des dons comme principes fondamentaux.

Pour des raisons juridiques, sociales et face aux progrès de la science, cette loi est révisée en 2004. Le nouveau texte autorise l'étude de l'embryon mais de façon extrêmement limitée et dérogatoire. Il faut notamment qu'elle soit « susceptible de permettre des progrès médicaux majeurs » et qu'il soit « impossible de parvenir au résultat escompté par le biais d'une recherche ne recourant pas à des embryons humains ». Des conditions difficiles à réunir à l'avance pour un scientifique.

_INTERVIEW



Pr René Frydman,
gynécologue-obstétricien et spécialiste
de la médecine reproductive.

"Nous avons besoin d'un plan national pour la PMA"

La France encadre-t-elle correctement la procréation médicalement assistée (PMA) ?

Certains points sont très positifs. Sur le plan sociétal notamment, grâce à la prise en charge de ces techniques par la Sécurité sociale. Nous avons de ce côté-là un système exemplaire. L'autorisation du diagnostic préimplantatoire (DPI) est également une grande avancée, mais il nécessite aujourd'hui deux ans d'attente. La volonté de limiter cette pratique en autorisant quatre centres seulement en France explique ces délais à rallonge. Conséquence : la plupart des couples décident de se passer de cet examen pour leur embryon, quitte à risquer une interruption médicale de grossesse quelques mois plus tard. Le **don d'ovocytes** est lui aussi autorisé mais ne fonctionne pas car les donneuses ne sont pas assez nombreuses. Enfin, il faudrait autoriser l'autoconservation des ovules, comme mesure de prévention médicale destinée aux femmes de 33 à 35 ans.

Et sur le plan de la recherche ?

La législation est bien trop restrictive concernant la recherche sur l'embryon. La loi l'interdit, sauf de façon exceptionnelle : il faudrait

savoir à l'avance ce que l'on va découvrir et prouver qu'aucune alternative à cette méthode n'est possible. De telles recherches sont toutefois menées en France. J'espère que le texte de loi sur ce sujet prochainement discuté à l'Assemblée nationale sera un support à l'innovation et à la recherche.

Comment améliorer l'offre de PMA en France ?

Nous avons besoin d'un plan national pour la PMA. Il faut premièrement réussir à avoir une vision globale et dégagée de la situation. La première étape serait d'examiner les chiffres de l'activité de chaque centre, ce qui n'est pas réalisé aujourd'hui. De cette façon, on pourrait améliorer la qualité des soins des centres dont les taux de réussite sont moins élevés. Deuxièmement, il faut envisager la prévention de la chute de fertilité comme il existe des dépistages organisés pour certains cancers. Les femmes doivent savoir que le tabac, la nutrition, le stress ou encore le surpoids jouent sur la fertilité, et qu'une échographie et une prise de sang peuvent leur permettre de faire le point. Enfin, il faut soutenir la recherche universitaire pour pouvoir innover.

Don permettant à une femme ne pouvant fournir ses propres ovocytes pour une FIV de recevoir ceux d'une autre femme. La donneuse subit une stimulation hormonale suivie d'une ponction ovarienne.

22 401

enfants français sont nés grâce aux diverses techniques de PMA (insémination artificielle, FIV...) en 2010, soit 2,7 % des naissances. (Agence de la biomédecine)

15 %

des Françaises en âge de procréer consultent pour infertilité, la moitié d'entre elles vont suivre un traitement. (Ined)

C'est également ce texte qui crée l'Agence de la bio-médecine, un établissement public administratif placé sous la tutelle du ministère de la Santé. Elle est l'autorité de référence en matière d'AMP, de diagnostic prénatal et génétique, de recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires, et cela qu'il s'agisse de questions médicales, scientifiques ou éthiques.

DES LOIS QUI ÉVOLUENT PEU

Après l'organisation d'états généraux, les lois de bio-éthiques sont revues en 2011 mais très peu de points sont modifiés. « Les états généraux de la bioéthique paraissent une formule très morale, à condition ce que cela ne devienne pas une caricature de démocratie par-

ticipative. La dernière fois, des questions ouvertement orientées ont été posées, dans le but de disqualifier certaines demandes. Ce fut le cas du droit des jeunes issus d'une insémination avec donneur à connaître leurs origines. La biomédecine ne peut pas se saisir ainsi de la filiation; c'est un sujet qui concerne le droit de la famille et de la parenté en général et va donc bien au-delà de

Suite page 20 →

_INTERVIEW



Dr Joëlle Belaisch-Allart, vice-présidente du Collège national des gynécologues obstétriciens (CNGOF) et membre du Comité consultatif national d'éthique (CCNE).

Suite de la page 19 →

“Faire davantage confiance aux médecins”

la bioéthique », commente la sociologue Irène Théry, auteur de *Des humains comme les autres* (Éditions de l'EHESS).

« Sur le plan de la prise en charge des personnes, les lois de bioéthique me semblent raisonnables. La France évite des dérives qui sont légion dans d'autres pays : la marchandisation des produits issus du corps humain, tempère le Pr Jean-Philippe Wolf, directeur du Centre d'études et de conservation des œufs et du sperme humains (Cecos) de l'hôpital Cochin, à Paris. En revanche, ces lois sont excessivement contraignantes pour la recherche, elles ne nous permettraient pas aujourd'hui de mettre au point les techniques de PMA ou de greffes d'organes comme nous l'avons fait dans le passé. L'avis du Conseil d'État de 2009 assimilant les améliorations des techniques d'AMP à de la recherche sur l'embryon a bloqué tout progrès médical. » Un sentiment partagé par de nombreux chercheurs. En décembre 2012, une proposition de loi autorisant la recherche sur l'embryon a été adoptée au Sénat. Soutenue par le nouveau gouvernement, elle transformerait l'interdiction avec dérogations en une autorisation encadrée.

DES MOYENS INSUFFISANTS

Sur le terrain, l'accès à la PMA est souvent rendu difficile par ces règles très strictes et parfois aussi par un manque de moyens. Actuellement, les délais d'attente sont d'un an pour un don de sperme, de deux à trois ans pour un don d'ovocytes et de deux ans pour un **diagnostic préimplantatoire**. Les taux de réussite de la France en matière de PMA sont plus faibles que dans d'autres pays développés et certaines pratiques sont interdites (**gestation pour autrui**, **autoconservation pour convenance des ovocytes**). Résultats : si les couples attendent souvent des miracles de la médecine reproductive, nombre d'entre eux finissent par se tourner vers l'étranger ou ne vont pas au bout de leur demande.

POURENSAVOIR

- Le site de l'Agence nationale de la biomédecine : <http://www.agence-biomedecine.fr/AMP>
- La loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique ainsi que la précédente sont disponibles sur le site <http://www.legifrance.gouv.fr>
- Proposition de loi de décembre 2012 sur la recherche sur l'embryon : <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl11-576.html>

Le CNGOF est favorable à l'autoconservation de convenance des ovocytes, mais serait-elle concrètement envisageable ?

Nous souhaitons que l'autoconservation sociétale des ovocytes soit autorisée, mais il n'est pas question de la proposer à toutes les femmes de 25 ans ! Seules les femmes qui vers 35 ans n'auraient pas réalisé leur projet d'enfant seraient concernées. Sur les 800 000 naissances annuelles en France, 96 % des mères ont moins de 40 ans. Les grossesses tardives concernent donc une minorité de femmes. Nous sommes conscients du coût que représenterait l'autoconservation, mais cela pourrait aussi faire économiser des tentatives de FIV infructueuses, à 40 ans et plus, si les femmes utilisaient leurs ovocytes congelés à 35 ans et avaient donc les taux de succès des femmes de 35 ans. Une étude sérieuse évaluant ce coût serait utile.

Ne faudrait-il pas informer les femmes sur la chute de la fertilité avec l'âge ?

Des campagnes ont déjà été menées et personnellement, j'en parle depuis vingt-cinq ans. Le message ne passe ni auprès

des femmes, ni auprès des médias, ni auprès de beaucoup de médecins. Le désir tardif d'enfant est devenu un phénomène de société : meilleure maîtrise de la contraception, études, carrières féminines, tout se conjugue pour que les femmes repoussent l'âge de la maternité. Autoriser l'autoconservation des ovocytes ne signifie pas encourager les femmes à attendre l'âge de la ménopause pour concevoir un enfant, il faudrait fixer un âge limite pour reprendre ses ovocytes. Il faut aussi informer les femmes qu'une grossesse tardive expose à des risques pour la mère et l'enfant.

Les lois sur l'AMP sont-elles adaptées à votre pratique ?

Je ne suis pas favorable à la réglementation draconienne qui s'applique à la médecine reproductive. La société ne fait pas assez confiance au corps médical ! La notion même d'infertilité pathologique sur laquelle se base la loi a déjà évolué. Est-ce qu'une femme de plus de 40 ans ou une femme qui s'est fait ligaturer les trompes et souhaite avoir un autre enfant présentent une infertilité pathologique ? Non, et pourtant elles accèdent toutes à l'AMP aujourd'hui, en toute légalité.

Diagnostic d'embryons formés après une FIV, visant à détecter d'éventuelles anomalies génétiques. Des embryons sains sont ensuite transférés dans l'utérus de la mère. Cette technique est destinée aux couples à risque de transmettre une maladie génétique grave à leur enfant.

Technique de PMA destinée aux femmes n'ayant plus un utérus fonctionnel ou à un couple d'hommes. Une mère porteuse porte l'enfant d'un couple qui lui a fourni un embryon.

L'autoconservation des ovocytes est un moyen pour les femmes de conserver certains de leurs ovocytes vitrifiés dans l'attente d'une future FIV. La méthode est autorisée pour les femmes soumises à un traitement risquant d'altérer le fonctionnement des ovaires. L'autoconservation pour convenance ou « sociétale » permettrait aux femmes ayant un désir d'enfant tardif d'accéder à cette technique.

+ d'interactions

AGENDA



4 ET 5 AVRIL, MAISON DES ASSOCIATIONS
DE SOLIDARITÉ, PARIS

LES RENCONTRES DE LA COMMUNICATION HOSPITALIÈRE

La thématique « fil rouge » de cette édition est « La communication hospitalière à l'épreuve des crises ». Pour la première fois, un parcours spécifique sera proposé aux praticiens hospitaliers, chefs de pôle et présidents de CME.

Programme : www.fhf.fr > Dossiers > Communication > Événements.
Inscriptions : www.sphconseil.fr



28 AU 30 MAI, PORTE
DE VERSAILLES, PARIS

SALONS DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE

Manifestation unique en France regroupant les salons Hôpital Expo, Geront Expo-Handicap Expo et Hit Paris.

Outre la présence de nombreux exposants qui présenteront aux visiteurs leurs services et innovations technologiques, les conférences des Salons de la santé et de l'autonomie, animés par les meilleurs experts, seront accessibles sur inscriptions aux professionnels de santé tout au long de cette manifestation. Organisé par la FHF et SPH Conseil, le programme des conférences s'articulera autour d'un thème central : « Les territoires de santé, les inégalités de santé et les enjeux de l'autonomie ». Nouveauté 2013! À l'occasion de ces conférences, la FHF aura le plaisir d'accueillir le congrès de la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en Ehpad (Ffamco).

Plus d'informations sur les conférences et le salon :
<http://www.salons-sante-autonomie.com>
ou en contactant SPH Conseil au 01 44 06 85 26.

GUIDE



16^E ÉDITION DU PRIX HÉLIOSCOPE-GMF

La Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France et GMF (Garantie mutuelle des fonctionnaires) encouragent les initiatives de décloisonnement entre les services en lançant cette année la 16^e édition du prix Hélioscope-GMF. Si vous avez mis en place et évalué des projets de ce type, participez au concours qui récompensera cinq initiatives d'équipes hospitalières ayant conduit différents services ou métiers au sein de l'hôpital à coopérer dans un projet commun au bénéfice du malade.

> Pour participer, il suffit de télécharger et remplir le dossier de candidature disponible sur : www.fondationhopitaux.fr ou www.gmf.fr. La date limite de réception des candidatures est fixée au 30 mars 2013. Les dossiers seront étudiés par un jury composé de représentants de la Fondation et de GMF. Les 5 hôpitaux lauréats recevront une récompense d'un montant respectif, du 1^{er} au 5^e prix, de 7500 €, 6000 €, 4500 €, 3000 € et 1500 €.



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

+ d'interactions

Suite guide →



LES ESPACES DE FHF.FR ÉVOLUENT!

En 2012, la FHF créait l'espace Médecins et l'espace Cadres sur www.fhf.fr. 2013 voit évoluer ces espaces avec une nouvelle arborescence. Ainsi, dans l'espace Cadres vous trouverez l'information liée aux ressources humaines – recrutement, coopération professionnelle, management d'équipe, formation des cadres et paramédicale –, à la gestion des risques, à la responsabilité juridique ou encore à l'initiative médico-sociale. Et l'espace Médecins, conçu comme un mini-site, présente à la une des dossiers de fond et des initiatives d'établissement, et en sous-rubrique des articles sur les thématiques de l'éthique, de la formation, de la pertinence des actes, de la télémédecine, etc. Un lien direct est également fait avec la rubrique « Médecin libéral » de hopital.fr. Deux newsletters mensuelles sont associées à ces espaces. Inscrivez-vous depuis la page d'accueil de fhf.fr.

EUROPE/INTERNATIONAL

LA SÉCURITÉ DES PATIENTS : PEUT MIEUX FAIRE !

Le 15 novembre 2012, la Commission européenne a publié son rapport sur la mise en œuvre de mesures visant à accroître la sécurité des patients. En 2009, l'adoption de la recommandation du Conseil sur la sécurité des patients avait poussé les États membres de l'Union européenne à développer des actions.

Le rapport établit que si des mesures ont été mises en œuvre, des efforts supplémentaires sont nécessaires, notamment sur la formation et l'éducation des professionnels de la santé et sur les dispositions pour l'implication des patients. Le rapport précise également que la recommandation du Conseil a dû faire face à des contraintes financières liées à la crise, ce qui a provoqué un ralentissement dans le processus.

POURENSAVOIR⁺

http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_en.pdf

LANCEMENT DU PROJET HONCAB

Le projet, cofinancé par la Commission européenne, d'appui à la création d'un réseau pilote d'hôpitaux lié au paiement des soins pour les patients transfrontaliers (HoNCAB) a été officiellement lancé les 24 et 25 octobre 2012 au Luxembourg.

L'objectif général du projet est d'obtenir une meilleure compréhension des exigences financières et organisationnelles qui peuvent survenir à la suite des soins reçus par un patient en dehors de l'État membre d'affiliation. En outre, le projet HoNCAB vise à fournir un cadre pour le lancement

d'un réseau hospitalier pilote autour des opportunités et des enjeux essentiels de soins de santé transfrontaliers. La Fédération européenne des Hôpitaux (Hope), les Hospices civils de Lyon et le CHU de Nice sont engagés dans ce projet.



PROJETS DE PARTENARIATS HOSPITALIERS : APPEL À CANDIDATURES 2013

L'Agence française de développement (AFD) a confié la gestion technique et financière du projet réseaux et partenariats hospitaliers à la FHF. L'appel à projets 2013 vient d'être lancé, les propositions devront cibler 29 pays d'interventions de l'AFD. Dans la première phase de la procédure, les établissements partenaires élaborent un pré-dossier. Le modèle de pré-dossier ainsi que le cahier des charges seront disponibles aux adresses suivantes :

<http://fichiers.fhf.fr/documents/PRPH-2013-Prdossier-de-candidature-2013.doc>
<http://fichiers.fhf.fr/documents/PPRH-2013-Cahier-des-charges.pdf>

> Les établissements français doivent impérativement consulter la FHF avant l'envoi du pré-dossier rempli : p.garel@fhf.fr

RENCONTRES
DE LA COMMUNICATION
HOSPITALIÈRE 2013

Paris, les 4 et 5 avril 2013
MAS
18, rue des Terres au curé
75013 Paris



La communication hospitalière à l'épreuve des crises

Une session plénière et des parcours thématiques en ateliers

Assistez également aux prix de la Communication 2013

Renseignements sur www.fhf.fr > rubrique Communication
Inscription sur www.sphconseil.fr

Un évènement :



En partenariat avec :





Qui accompagne tous les professionnels
de la santé tout au long de leur vie ?

Notre engagement, c'est vous.



3233* ou
macsf.fr

RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE PROTECTION JURIDIQUE - EPARGNE RETRAITE
PREVOYANCE - SANTE - LOCAL PROFESSIONNEL - HABITATION - AUTO - FINANCEMENT

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

02 350 - ailleurs EXACTEMENT