

Page_06

Décryptage RH

Développer la prévention
des risques professionnels
en établissement /

Page_10

Médical

Mieux gérer les risques
en gynécologie-obstétrique /

Page_18

Grand angle

Bien manger à l'hôpital,
c'est possible ? /

INTERACTIONS

LE MAGAZINE DE LA FHF

#14

Mai 2013

Page_14

Grand angle

Désengorger
les services
d'urgence



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

LA FHF VOUS RECOMMANDE LE CONCOURS MÉDICAL

La seule revue médicale qui traite les dossiers médicaux sur les pathologies les plus courantes sous l'angle du parcours de soin du patient.



Faites partie de la nouvelle génération de médecins !

DANS CHAQUE NUMÉRO :

- Les initiatives menées sur le terrain par vos confrères
- Les situations médicales pratiques
- Un dossier « Parcours de soins »
- Les consultations médicales et juridiques
- ➕ l'accès à 10 ans d'archives

BÉNÉFICIEZ DU **TARIF EXCEPTIONNEL QUI VOUS EST RÉSERVÉ !**
Sur tablette* ou papier !



* Application disponible sur



Remplissez le formulaire ci-dessous et envoyez-le accompagné de votre règlement à :
Global Média Santé - service abonnements - 314, bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex

- ☐ Oui, je m'abonne pour 1 an à la **version papier** au tarif de 140 € au lieu de ~~165 €~~
- ☐ Oui, je m'abonne pour 1 an à la **version tablette** au tarif de 140 € au lieu de ~~165 €~~

Complétez vos coordonnées : Je m'abonne pour 1 an à la formule cochée ci-contre

Je joins mon règlement :

☐ M. ☐ Mme

e-mail : _____

Nom : _____

Prénom : _____

N° : _____ Rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____

☐ par chèque à l'ordre de Global Média Santé

☐ par carte bancaire (sauf American Express)

N° _____

Expire fin : _____

Merci d'inscrire les 3 derniers chiffres figurant au dos de votre carte bancaire _____

Date et signature obligatoires

SANTÉ, AUTONOMIE : INNOVER POUR CONSTRUIRE DES PARCOURS



Le délégué général de la FHF,
Gérard Vincent



Le président de la FHF,
Frédéric Valletoux



En décidant le rassemblement sous une même bannière, celle des « Salons de la santé et de l'autonomie », des salons Hit, Hôpital Expo et Geront Expo-Handicap Expo, la FHF tient compte de la mixité croissante des problématiques sanitaires et médico-sociales, comme du rôle clé des technologies de l'information pour construire les parcours de soins des patients et les parcours de vie des personnes âgées.

**“ Réfléchir à toutes les étapes
du processus de soins. ”**

Chacun sait en effet combien les ruptures dans les parcours sont source de dysfonctionnements multiples, de surcoûts, et d'une terrible perte de qualité dans la prise en charge de la population. Changer cet état de fait alors que se

multiplient en ville des déserts médicaux ne sera pas chose aisée, et ne sera en tout cas pas possible sans un très fort investissement dans les systèmes d'information. Cet investissement ne suffira pas s'il ne s'accompagne d'une mobilisation des intelligences pour développer de nouvelles organisations. Alors que les efforts de productivité demandés aux professionnels de santé ne cessent de croître, on ne pourra plus construire l'évolution du système de santé sur une progression des ressources quantitatives. Afin de dégager des marges de manœuvre, il faudra donc réfléchir sans tabou ni idée préconçue à toutes les étapes du processus de soins, en inventant de nouveaux modèles. Nous vous donnons rendez-vous aux Salons de la santé et de l'autonomie pour y travailler !

SOMMAIRE



Plus loin avec la FHF

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



Grand angle

- /14_Désengorger les services d'urgence : des solutions existent
- /18_Bien manger à l'hôpital, c'est possible ?



+ d'interactions

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

Plus loin avec la FHF

RH

DEUX ÉTABLISSEMENTS VISENT LE LABEL DIVERSITÉ

L'ESSENTIEL_ L'hôpital de Brie-Comte-Robert et l'Établissement public gériatrique de Tournan-en-Brie s'engagent à promouvoir la diversité au sein de leur personnel.



Le CH de Brie-Comte-Robert et l'Établissement public gériatrique de Tournan-en-Brie, en direction commune, se sont engagés en mai 2012 dans une démarche interne de diversité et d'égalité des chances en vue de l'obtention du label Diversité, label d'État mis en œuvre sous l'égide de l'Association française de normalisation (Afnor). Les objectifs de la démarche étaient de donner du sens à la gouvernance commune en partageant des valeurs humanistes, de certifier la qualité et la rigueur de la gestion des ressources humaines, de poursuivre l'amélioration continue des conditions de travail et d'affirmer l'engagement de l'hôpital en matière de promotion de la diversité, d'égalité des chances et de lutte contre toutes formes de discriminations. La démarche a associé les partenaires sociaux et plus largement l'ensemble des professionnels :

→ **Mai 2012.** État des lieux : enquête de satisfaction, évaluation des risques professionnels (document unique) et des risques de discrimination sur chaque étape du processus RH ;

→ **Juin à septembre 2012.** Communication interne et formation interne ;

→ **Septembre 2012.** Objectivation du processus de recrutement, support d'entretien annuel standardisé, définition de 17 indicateurs spécifiques d'analyse de la diversité, puis rédaction d'un plan d'action.

→ **Octobre 2012.** Création d'un dispositif « alerte discrimination », dont les membres, formés par un organisme extérieur, sont chargés d'analyser et de proposer des actions correctives et préventives à la direction en suivant une procédure établie ;

→ **Audit Afnor et obtention du label Diversité** par une commission pluridisciplinaire.

Pour l'hôpital de Brie-Comte-Robert et l'Établissement public gériatrique de Tournan-en-Brie : « *Obtenir le label Diversité est aujourd'hui un engagement, une responsabilité qu'il est nécessaire d'entretenir et de faire vivre au sein de nos deux établissements. C'est également un moyen de mettre en valeur notre identité et notre politique managériale auprès de tous nos partenaires.* »

PROTOCOLE SUR L'ÉGALITÉ PROFESSIONNELLE ENTRE FEMMES ET HOMMES

La FHF a signé le 8 mars 2013 le protocole d'accord commun aux trois fonctions publiques sur l'égalité professionnelle et ainsi réaffirmé son engagement relatif à l'égalité des parcours, et ce quel que soit le niveau de responsabilité.

Si le protocole fixe des principes communs, il sera décliné dans le cadre de concertations locales par établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Selon le rapport de la Fonction publique 2009-2010, les femmes représentent près de 80 % de l'effectif de la fonction publique hospitalière (FHP) et 42 % de l'effectif des personnels médicaux et pharmaceutiques. Cette féminisation est très marquée chez les personnels soignants (87 %) ainsi que chez les personnels administratifs (91 %, hors personnel de direction). Seuls les métiers ouvriers et techniques sont plus fortement représentés par les hommes (65 %). Le mode de recrutement, par voie de concours majoritairement, préserve une égalité professionnelle à l'entrée. Pour autant, le cadre législatif et réglementaire applicable aux agents publics hospitaliers ne va pas dans les faits jusqu'à garantir le même déroulement de carrière entre les femmes et les hommes, notamment pour l'accès aux emplois supérieurs, ni la juste représentation des femmes au sein des instances hospitalières.



Plate-forme emploi, infirmière de demain, recrutement... participez aux Salons de la santé et de l'autonomie et à leurs conférences.

NANCY



Booster l'évolution de carrière des médecins

L'ESSENTIEL Aider de jeunes médecins, chercheurs et directeurs d'établissement en début de carrière hospitalo-universitaire à évoluer et rester dans le secteur public, c'est l'ambition de la formation « Passeport pilotage-carrière » développée par le CHU de Nancy et ses partenaires.

« À part la médecine, on ne sait rien faire. » « On ne sait pas bien gérer les relations avec les autres, communiquer, organiser. » C'est face à ces attentes de jeunes médecins qu'a été élaborée la formation « Passeport pilotage-carrière » mise en place depuis fin 2010 par le CHU de Nancy, la faculté de médecine de Nancy de l'Université de Lorraine et le laboratoire Sanofi. Ses principaux objectifs : donner des outils aux jeunes professionnels pour mieux communiquer, manager leurs équipes, améliorer leur production scientifique ou mieux connaître l'environnement du CHU. « Conscients de la problématique de la désaffection des jeunes médecins pour des carrières médicales au sein du service public, les dirigeants hospitalo-

universitaires de Nancy, en partenariat avec Sanofi, ont construit, déployé et cofinancé un dispositif spécifique de professionnalisation », explique le Dr Frédérique Prestat, directeur des affaires publiques en région Lorraine chez Sanofi.

La troisième promotion a débuté son cursus en décembre 2012. Elle se compose de dix médecins, issus des commissions de prospective hospitalière et universitaire qui les ont identifiés comme porteurs de potentiel, et de deux jeunes directeurs. Leur formation se déroule sur neuf mois et comprend trois modules : RH management, confié à l'école de management ICN Business School ; environnement du CHU de Nancy ; recherche scientifique et aide à la publication. Quatre

sessions de coaching individuel sont aussi au programme. Un « certificat de management avancé » leur est délivré à l'issue de la formation. Et après ? Les évaluations montrent des taux élevés de satisfaction des participants aux deux premières promotions. Un des indicateurs d'efficacité du dispositif est l'évolution de carrière des médecins de la première session. Une majorité a progressé vers un poste hospitalo-universitaire de MCU PU (maître de conférences universitaire - praticien hospitalier) ou de PU PH ou encore accédé à des fonctions institutionnelles (chef de pôle, membre de la CME). Le projet Passeport pilotage-carrière a remporté le Prix du projet remarquable 2012, décerné par le *Quotidien du médecin* et *Décision santé*. Il est actuellement modélisé afin d'être exporté dans d'autres régions.

POURENSAVOIR 

Lire l'article consacré au dispositif dans la *Revue hospitalière de France*, de janvier-février 2013

PARIS



Recruter du personnel étranger via Twitter et Facebook

Début 2012, l'hôpital universitaire Necker-Enfants malades (AP-HP) devait recruter huit anesthésistes réanimateurs pour l'ouverture de son nouveau pôle mère-enfant. L'hôpital avait déjà recruté à l'étranger dans le passé, afin de pallier ce manque de professionnels. Plutôt que de passer par un cabinet de recrutement spécialisé et payant, les directions de la communication, du personnel médical et le service anesthésie-réanimation de l'hôpital ont opté pour le Web. « Nous disposions de l'équipement informatique et vidéo nécessaire pour mettre en place un mini-site Internet et tourner quelques films très courts, dans lesquels des

médecins étrangers de l'hôpital témoignent », raconte Loubna Slamti, adjointe à la direction de la communication. L'opération n'a donc nécessité aucun budget supplémentaire. Sur le mini-site, créé pendant la phase de recrutement et accessible depuis le site principal de l'hôpital, les candidats ont pu voir ces vidéos, trouver des informations pratiques, et déposer leurs CV et lettre de motivation en ligne. Ces éléments ont été diffusés via le fil Twitter, la page Facebook de l'hôpital Necker, et sur des forums étrangers spécialisés. Et la stratégie a été payante puisqu'en un mois et demi une cinquantaine de candidatures ont été

enregistrées. Huit médecins d'origine italienne, espagnole ou encore roumaine ont ainsi été recrutés.



Je me suis dit : pourquoi pas Paris ?
C'est une ville agréable à vivre

Plus loin avec la FHF

RH



→ DÉCRYPTAGE

DÉVELOPPER LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS EN ÉTABLISSEMENT

L'ESSENTIEL L'enquête Sumer (Surveillance médicale des risques) portant sur les salariés des secteurs public et privé démontre que les agents de la fonction publique hospitalière (FPH) sont particulièrement exposés aux risques professionnels en raison d'horaires atypiques et de contraintes physiques et psycho-organisationnelles. L'amélioration de la qualité de vie au travail, dans un objectif d'attractivité des carrières hospitalières et de meilleure qualité des soins, oblige les établissements à prendre en compte ces risques. Ce contexte est en outre renforcé par la réglementation applicable à l'ensemble des entreprises, dont les établissements publics de santé (EPS)¹.

RÉSEAU RÉGIONAL DE PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

Les projets de formation développés par l'ANFH en matière de prévention des risques professionnels seront présentés lors d'une manifestation régionale le 24 mai 2013, en présence de la FHF, de la DGOS, de l'ARS, du FNP, de l'université de Cergy-Pontoise et des stagiaires du diplôme universitaire. L'objectif est de créer avec les stagiaires un réseau régional de préventeurs des risques professionnels, de manière à diffuser les bonnes pratiques et de mettre à disposition des autres établissements, notamment les plus petits, les compétences développées.



Le déploiement d'une politique de prévention des risques professionnels est donc devenu un élément incontournable des projets en ressources humaines (RH). Ces démarches supposent de respecter certaines étapes incontournables, dont la mise en œuvre nécessite des compétences spécifiques.

LE DÉPLOIEMENT D'UNE POLITIQUE DE GESTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

La politique de gestion des risques professionnels repose sur l'analyse des risques, l'élaboration de plans d'action et l'évaluation de leur mise en œuvre.

LE DOCUMENT UNIQUE, PIERRE ANGULAIRE DE LA POLITIQUE DE GESTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

Le document unique (DU) doit être mis à jour au minimum tous les ans afin de prendre en compte les changements organisationnels, humains et techniques, et être tenu à la disposition des personnes concernées par la santé et la sécurité au travail : membres du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), médecin du travail, inspection du travail...

La démarche repose sur l'identification des dangers, puis l'analyse des risques, en prenant en compte la notion d'unité de travail, sans négliger les particularités de certaines expositions individuelles. Ce travail s'appuie sur les fiches d'exposition, le rapport annuel du médecin

PROJET « PRÉVENTEUR » DE L'ANFH ÎLE-DE-FRANCE

Depuis plusieurs années, la délégation de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) d'Île-de-France propose dans son plan régional des formations sur l'amélioration des conditions de vie au travail. Dans ce cadre, en 2012, elle a proposé un diplôme universitaire de « conseiller en prévention des risques professionnels en EPS » aux agents de neuf établissements franciliens volontaires, financé

par des fonds régionaux mutualisés, avec pour objectif de former des « préventeurs » chargés de mettre en place des plans de prévention et d'amélioration de la qualité de vie au travail. L'université de Cergy-Pontoise a été retenue par l'ANFH pour dispenser ce cursus de 22 jours sur 9 mois, avec un stage de 20 jours destiné à initier un projet de prévention en relation avec une problématique de l'établissement. Deux sessions

ont lieu : en 2012-2013 et en 2013-2014.

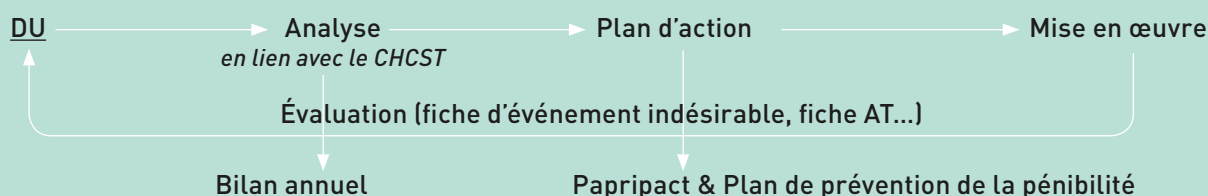
Il s'agit d'un métier en devenir, les activités exercées par le préventeur étant de :

- conseiller et alerter l'employeur sur la réglementation ;
- faire un état des lieux pour identifier les situations à risques ;
- coordonner les ressources internes (médecin et psychologue du travail, membres du CHSCT...);
- contribuer à l'élaboration du

document unique et son actualisation annuelle ;

- élaborer le Papripact ;
 - communiquer auprès du personnel sur l'avancement des plans de prévention.
- Le « préventeur » doit bénéficier de l'appui de sa hiérarchie, c'est pourquoi il est demandé aux directions de présenter le projet de formation aux instances représentatives du personnel et de produire un engagement écrit sur leur volonté de mettre en place un projet de prévention.

MÉCANISME DE LA POLITIQUE DE GESTION DES RISQUES PROFESSIONNELS



Papripact : Programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail

du travail, les registres hygiène et sécurité, les fiches de données de sécurité...

C'est au chef d'établissement que revient réglementairement la responsabilité d'établir le DU, mais sa réalisation doit s'effectuer en collaboration avec les acteurs opérationnels de l'hygiène et de la sécurité et en concertation avec les agents et leurs représentants au CHSCT.

PLAN D'ACTION : LE PAPRIPACT

Le Programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (Papripact) est établi à partir de l'analyse faite par le CHSCT des risques professionnels et des conditions de travail. Il fixe la liste détaillée des mesures de prévention devant être réalisées au cours de l'année à venir.

SIGNATURE D'UNE CONVENTION DE PARTENARIAT ENTRE LE FNP ET L'ANFH

Ce projet s'inclut dans l'accord-cadre national signé par l'ANFH et la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) le 5 octobre 2012. Celui-ci cible l'appui et l'accompagnement des « agents exerçant une fonction en relation directe avec les questions de santé et sécurité au travail (conseiller en prévention des risques professionnels, médecins du travail, conseiller en organisation, membres de CHSCT) et les cadres de la fonction publique hospitalière ayant en charge l'organisation du travail, qu'elle soit sociale ou technique. »

Des discussions sont actuellement en cours pour que ces projets régionaux bénéficient d'un financement renouvelé de la CNRACL par l'intermédiaire de son Fonds national de prévention (FNP).

1. Article L 4121-1 du code du travail. La circulaire DGOS/RH3 n° 2011-491 du 23 décembre 2011 a dans ce cadre rappelé aux établissements leurs obligations relatives à l'évaluation des risques et les éventuelles conséquences en cas de non-respect de ces dispositions.

Plus loin avec la FHF

GESTION

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

GEL DES APPELS D'OFFRES POUR LES TRANSPORTS SANITAIRES

L'ESSENTIEL La FHF exprime son mécontentement face à la suspension de l'expérimentation de l'organisation du transport de patients sur la base d'appels d'offres.

En mars dernier, les ministères des Affaires sociales et de la Santé, de l'Intérieur et de l'Artisanat, du Commerce et de l'Industrie, ont annoncé le gel de l'expérimentation de l'organisation du transport de patients sur la base d'appels d'offres. Les chauffeurs de taxi avaient manifesté leur mécontentement, tandis que le principal syndicat d'ambulanciers avait quant à lui demandé l'abandon total de cette mesure.

La FHF a exprimé à la ministre sa déception de constater qu'une simple expérimentation, pourtant introduite par voie législative, n'a pu être maintenue. Ces tergiversations privent l'Assurance maladie de pistes d'économies et pénalisent les établissements. Ces derniers demeurent soumis aux contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) alors que l'Assurance maladie n'est pas en mesure d'assurer une traçabilité tant du volume que de l'évolution des dépenses par prescripteur.

Cette volonté de régulation des transports et de leur coût est par ailleurs déconnectée de

la recherche d'alternatives à l'hospitalisation (chirurgie ambulatoire), du regroupement de plateaux techniques ou plus généralement de la politique d'évolution des soins. Ce principe ne tient pas non plus compte des situations géographiques locales des établissements.



PERTINENCE DES ACTES : SITUER SON ÉTABLISSEMENT ET ÉVALUER SON ENVIRONNEMENT

La Banque de données hospitalière de France (BDHF) vient de mettre à disposition de ses adhérents un nouveau module expérimental sur la pertinence des actes.

Le module expérimental de la BDHF présente treize procédures opératoires¹. Sur ces dernières, certains indicateurs sont mis en avant, afin que l'établissement puisse situer son environnement (le département en l'occurrence) par rapport à la pratique nationale, et afin qu'il puisse lui-même se situer dans son environnement.

Pour la première version du module (exercice 2011), les procédures analysées concernent la cataracte, le canal carpien, l'appendicectomie, l'amygdalectomie, l'adénoïdectomie, les aérateurs trans-tympaniques, la coloscopie diagnostique, l'arthroscopie du genou, la cholécystectomie, la césarienne, l'angioplastie coronaire, la coronarographie et la prostatectomie pour cancer.

1. Ce nombre augmentera lors des évolutions futures de ce module. Des prises en charge non opératoires sont également envisageables.

NÉGOCIATIONS AVEC LA MUTUALITÉ FRANÇAISE POUR LE SUPPLÉMENT « CHAMBRE PARTICULIÈRE »

Dans le cadre de leurs relations conventionnelles, la FHF et la Mutualité française ont entrepris des négociations au niveau national concernant la facturation du supplément « chambre particulière ». Le principal objectif

poursuivi par la FHF est de garantir aux établissements publics de santé une égalité de traitement intra- et intersectorielle en vue d'une homogénéisation des pratiques et d'une plus grande visibilité pour les patients.

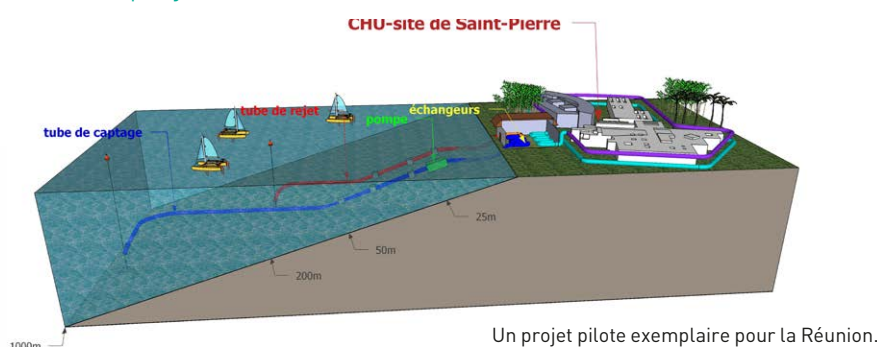


Le développement durable, un thème majeur lors des Salons de la santé et de l'autonomie du 28 au 30 mai 2013.

SAINT-PIERRE (ÎLE DE LA RÉUNION)

Climatiser l'établissement grâce à l'eau de mer

L'ESSENTIEL Le CHU de La Réunion souhaite remplacer sa climatisation électrique par un système plus économique et écologique. Pour cela, il travaille avec plusieurs partenaires sur un projet de thalasso-thermie.



Le site de Saint-Pierre du CHU de La Réunion a la chance de se trouver en bord de mer. Il va tenter de se servir de cet atout pour diminuer sa consommation électrique associée à la climatisation d'au moins 75 %. En sep-

tembre 2012, l'établissement s'est allié à EDF et à l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (Ademe) pour travailler sur un projet pilote de thalasso-thermie, qui doit voir le jour fin 2014. L'idée est de substi-

tuer la quasi-totalité de l'énergie électrique nécessaire à la climatisation par l'énergie thermique des mers. « L'hôpital est situé près d'un à-pic. De l'eau de mer à 4-6 degrés est pompée à 1000 mètres de profondeur, et remontée jusqu'à l'hôpital. L'eau de mer ainsi pompée va venir refroidir, via un échangeur thermique, le circuit d'eau douce qui alimente déjà en eau froide les bâtiments à climatiser », explique Isaline Tronc-Barrière, responsable du projet au sein du CHU.

L'énergie nécessaire au pompage reste marginale par rapport aux gains électriques engendrés par le système. L'eau de mer est ensuite renvoyée en profondeur à une température compatible avec le milieu ambiant (12 °C). Une fois le dispositif en place, il permettrait de réduire de 0,3 % la consommation électrique globale de l'Île de la Réunion et éviterait une émission de 6000 tonnes de CO₂ par an.

CHÂTEAUX

Un plan d'action global pour l'environnement

En matière de développement durable, l'hôpital de Châteauroux (Indre) a vu les choses en grand. Le centre a commencé à travailler sa stratégie dans ce domaine en 2009, en établissant un rapport d'orientation et en formant des groupes de travail composés de volontaires. Ensuite, un plan d'action à moyen terme (2011-2016) a été lancé. « Nous avons retenu des mesures pragmatiques, réalisables avec nos moyens, mais en agissant tout de même sur l'ensemble des facteurs de pollution et d'émission de gaz à effet de serre », explique Yves Théveny, directeur adjoint chargé de la logistique et des travaux. Les mesures adoptées vont de l'économie de papier d'imprimantes au changement d'énergie. Le chauffage au gaz représentant une grosse partie du bilan des émissions de gaz à effet de serre de l'hôpital, une chaufferie bois a été installée sur l'un des

deux sites de l'hôpital. Elle est opérationnelle depuis septembre 2011. Celle-ci ne pouvant fonctionner à bas rendement (lorsqu'il ne fait pas très froid), elle est couplée avec une chaudière à gaz. Le site central va être équipé également en 2014.

La désinfection du matériel de l'établissement a aussi été repensée afin d'éviter au maximum le recours aux produits chimiques polluants et leur préférer la vapeur. « Sur des incubateurs aux nombreux recoins, la vapeur est même une méthode de nettoyage plus efficace », ajoute Yves Théveny. Les dépenses en eau sont également visées, via l'installation d'économiseurs d'eau (filtres sur les robinets qui diminuent la pression). La construction en cours d'un bâtiment de soins de suite et de rééducation intègre l'utilisation de panneaux photovoltaïques pour les installations d'eau chaude sanitaire.



Plus loin avec la FHF

MÉDICAL

MIEUX GÉRER LES RISQUES EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

L'ESSENTIEL_ Gynérisq est une association professionnelle agréée par la Haute Autorité de santé pour organiser la gestion des risques en gynécologie-obstétrique, et l'entrée des médecins dans le dispositif d'accréditation qui y est lié.



Comme la chirurgie ou l'anesthésie-réanimation, la gynécologie-obstétrique est l'une des spécialités médicales dites à risques. Pour aider les médecins à maîtriser ces risques, la Haute Autorité de santé (HAS) a mis en place un dispositif d'accréditation volontaire. Les praticiens qui y adhèrent déclarent librement les événements porteurs de risque (EPR) auxquels ils ont été confrontés dans leur pratique professionnelle. La HAS souhaite, par ce biais, mieux connaître les mécanismes qui ont conduit à ces incidents. Créée par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français et le Syndicat national des gynécologues obstétriciens de France, Gynérisq est chargée notamment de la gestion du dispositif d'accréditation. Cet organisme a été agréé en 2007 par la HAS : 25 experts ont été formés en son sein pour assurer le suivi de ces EPR,

1 939

C'est le nombre de gynécologues-obstétriciens qui adhèrent aujourd'hui à Gynérisq.

et pour instruire et documenter les demandes d'accréditation.

DEMANDES D'ACCRÉDITATION

Pour les médecins, l'engagement dans cette démarche permet notamment de satisfaire à l'obligation de Développement professionnel continu. Pour les libéraux, il donne droit à la prise en charge d'une partie de l'assurance en responsabilité civile professionnelle par l'Assurance maladie (50 % pour le secteur 1). « Les primes d'assurance ayant fortement augmenté ces dernières années pour notre spécialité, cette mesure a motivé les médecins libéraux à adhérer

à Gynérisq. Ceux-ci découvrent aujourd'hui l'intérêt plus large du dispositif pour leur exercice professionnel », explique le Dr Serge Favrin, gynécologue libéral et président de Gynérisq.

DÉCLARATION ANONYME

En pratique, les médecins déclarent des événements porteurs de risque de façon anonyme sur le site Internet de la HAS. Cette déclaration peut porter sur un EPR ciblé dont les thèmes sont définis par Gynérisq (asphyxie périnatale, hémorragie du post-partum...), et pour lesquels des formations spécifiques seront mises en place, ou sur un EPR non ciblé (tout événement ayant été perçu comme porteur de risque). La déclaration est ensuite analysée par les experts de Gynérisq. Un dialogue peut avoir lieu entre le gynécologue et le déclarant, et son observation est validée ou rejetée. Si elle est validée, elle entre dans la base de retours d'expériences (REX).

L'association Gynérisq publie également des fiches pratiques concernant la sécurité des soins appelées « Gynérisqu'attitude ». « Nous vérifions auprès des professionnels si les recommandations de bonnes pratiques sont connues et appliquées. Si ce n'est pas le cas, nous faisons le point avec ces fiches sur la gestion des risques médicaux », décrit le Dr Serge Favrin.

Le prochain défi de l'association : tenter d'attirer les praticiens du secteur public et mettre en place un processus d'accréditation d'équipe plus adapté à ce secteur.

« Accréditations individuelles et d'équipes sont complémentaires. Que peut faire un médecin sans une équipe de qualité ? Comment une équipe peut progresser si la responsabilité de chacun est diluée dans l'organisation commune ? L'un ne va pas sans l'autre », conclut le Dr Serge Favrin.

POUR EN SAVOIR +

- www.gynerisq.fr
- www.has-sante.fr



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.

MARSEILLE



Des SMS pour améliorer l'observance des traitements

L'ESSENTIEL L'hôpital de la Timone, à Marseille, envoie des messages de rappel aux patients qui ont subi une intervention cardiaque et qui doivent prendre des médicaments antiplaquettaires. Un suivi qui a fait ses preuves.

Pour que leurs patients n'oublient plus de prendre leurs médicaments, les cardiologues de l'hôpital de la Timone, à Marseille, utilisent un moyen très moderne. Ils le leur rappellent par SMS. Ces messages courts envoyés sur les téléphones portables sont personnalisés avec le prénom du patient et varient d'un jour à l'autre. De cette façon, le destinataire ne se lasse pas de les ouvrir et de les lire. C'est un point important car la bonne observance des traitements antiplaquettaires (qui empêchent la formation de caillots) est essentielle.

« L'adhérence au traitement est un enjeu majeur en cardiologie. Les patients qui font partie du dispositif sont porteurs d'un stent, un ressort implanté dans une artère pour éviter qu'elle ne se bouche. S'ils ne prennent pas régulièrement leur traitement, ils risquent l'infarctus », explique le Dr Thomas Cuisset, cardiologue de l'hôpital.

Parmi les patients, les étourdis ne sont pas rares. Une étude coordonnée en 2009 par les Drs Jacques Quilici et Thomas Cuisset, du service de cardiologie, dirigé par le Pr Jean-Louis Bonnet¹, a montré que 15 %

des malades ne suivaient pas leur traitement correctement. La mise en place du dispositif de relance par SMS a également fait l'objet d'une étude, menée sur un mois et parue en 2013². Résultat : 40 % d'oublis de médicaments en moins. L'hôpital a donc décidé de transformer l'essai en pérennisant le projet. Sur le plan technique, le médecin entre simplement les informations nécessaires (prénom de la personne, horaires d'envoi, etc.) par ordinateur dans un tableau. Un logiciel élaboré par une société partenaire les envoie ensuite au patient. « Demain, cette application pourrait être étendue aux rappels de rendez-vous pour les consultations, ou encore aux traitements de maladies chroniques, comme le diabète ou l'hypertension artérielle », conclut le Dr Cuisset.

1. « Aspirin noncompliance is the major cause of "aspirin resistance" in patients undergoing coronary stenting », Cuisset T., *American Heart Journal*, 2009.

2. « Effect of motivational mobile phone short message service on aspirin adherence after coronary stenting for acute coronary syndrome », Quilici J., *International Journal of Cardiology*, 2013.

HAUTE-NORMANDIE



Les maternités s'équipent en télémonitoring pour suivre les grossesses à risque

Dès 2002, le Réseau périnatalité en région Haute-Normandie a réfléchi à la meilleure façon de s'équiper, grâce à un financement du conseil régional, pour suivre les femmes enceintes à domicile. Les sept maternités de type II ou III de la région se sont associées à cette démarche, et progressivement équipées en télémonitoring, ce qui paraissait être une bonne réponse aux difficultés de suivi à distance des femmes enceintes à problèmes. « Le télémonitoring permet d'assurer le confort et la sécurité des mères et de leur fœtus. Et c'est autant de lits libérés dans les maternités », explique le Pr Loïc Marpeau, chef du service de gynécologie-obstétrique au CHU de Rouen et président du réseau.

Concrètement, lorsqu'une patiente est hospitalisée pour une grossesse à risque (à cause d'un diabète, d'une hypertension artérielle, etc.), elle a besoin d'une surveillance quotidienne. Elle peut toutefois être en assez bon état de santé pour pouvoir se déplacer sans aide et rester vivre chez elle. Dans ce cas, le télémonitoring à domicile peut lui être proposé. Un appareil de la taille d'une valise est prêté à la patiente qui est formée à son utilisation. La patiente va enregistrer

le rythme cardiaque du fœtus une à trois fois par jour. Les enregistrements sont transmis par téléphone (ligne fixe ou GSM) aux sages-femmes, qui les réceptionnent sur un ordinateur et les interprètent. En fonction des résultats, l'équipe soignante peut modifier la prise en charge, ou demander à la patiente de revenir à l'hôpital.



« Cette activité n'est pour l'instant pas reconnue financièrement par l'Assurance maladie, malgré sa rentabilité pour l'hôpital », note le Pr Marpeau. Aujourd'hui, 42 valises de télémonitoring circulent dans la région. En 2011, et uniquement pour la maternité du CHU de Rouen, 78 patientes ont bénéficié de ce dispositif, soit une économie de 1 100 jours d'hospitalisation. Pour la région, ce sont 1 293 patientes qui ont pu bénéficier du dispositif depuis 2002 ; 16 959 jours d'hospitalisation ont ainsi été évités.

Plus loin avec la FHF

MÉDICO-SOCIAL

ANNULATION PARTIELLE DES TEXTES SUR LES CONTRATS D'EXERCICE LIBÉRAL EN EHPAD

L'ESSENTIEL Dans un arrêt du 20 mars 2013, le Conseil d'État a annulé partiellement le décret du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les Ehpad ainsi que l'arrêté du même jour fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral en Ehpad.

Le Conseil avait été saisi par le Syndicat des médecins d'Aix et région, par le Conseil national de l'ordre des médecins et le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

SUR LE DÉCRET :

Le Conseil d'État n'annule que l'article 1^{er} qui dispose que « les contrats types fixent les engagements réciproques des signataires, concernant notamment les modalités d'intervention des professionnels dans l'établissement et de transmission d'informations relatives à cette intervention, les modalités de coordination des soins entre le professionnel de santé et le médecin coordonnateur de l'établissement ainsi que la formation de ce professionnel ». Il juge que si le décret pouvait légalement renvoyer à un arrêté interministériel le soin de préciser, par le biais de contrats types, les modalités d'intervention du professionnel libéral de santé dans l'établissement [...], il ne pouvait renvoyer à un arrêté le soin de fixer tous autres engagements entre le professionnel et l'établissement sans en préciser la nature et, le cas échéant, la portée; que le décret attaqué doit, en conséquence, être annulé en raison

de l'utilisation du mot « notamment ».

Le Conseil d'État précise toutefois que le décret ne porte pas atteinte à la liberté contractuelle, ni à l'indépendance du praticien, et qu'il ne méconnaît pas le principe du libre choix de son médecin par le patient.

SUR L'ARRÊTÉ :

Le Conseil d'État annule les articles 5 et 6, second alinéa. Il considère que la possibilité de rétraction ouverte dans un délai de 2 mois à compter de la signature, pour tout motif, non seulement au praticien, mais également à l'établissement, méconnaît le principe du libre choix de son praticien par le malade; qu'ainsi, l'article 5 de l'arrêté doit être annulé. Il annule également le second alinéa de l'article 6 de l'arrêté car il permet à l'établissement de mettre fin au contrat, de sa propre initiative, sans que cette faculté soit entourée des garanties nécessaires au respect du principe de libre choix de son médecin par le malade.

POUR EN SAVOIR +

La décision intégrale est disponible en suivant le lien :

<http://arianeinternet.conseil-etat.fr/arianeinternet/getdoc.asp?id=196978&fonds=DCE>

PRÉSENTATION DES RAPPORTS BROUSSY, AQUINO ET PINVILLE, SUR LE VIEILLISSEMENT

Les experts Jean-Pierre Aquino, Luc Broussy et Martine Pinville ont rendu leurs rapports le 11 mars au Premier ministre. Ceux-ci ont été réalisés en vue de la future loi d'adaptation de la société au vieillissement de la population.

Les rapports de Jean-Pierre Aquino, Luc Broussy et Martine Pinville, optent pour un ton résolument optimiste en affirmant que le vieillissement est une chance pour la France, un facteur de croissance économique au travers notamment du développement de la « silver economy ».

Le rapport Broussy parle de révolution liée à l'avancée en âge et de défi majeur pour la société. Martine Pinville a mené une mission parlementaire de benchmarking visant à identifier les pratiques innovantes d'autres pays. Enjeu majeur en termes de coordination des politiques publiques autour du vieillissement de la population, les rapports préfigurent un projet de loi décliné en 3 volets :

→ **Anticipation** : prévention individuelle et collective de la perte d'autonomie, en cohérence avec la stratégie nationale de santé, bénéfice qualitatif et économique. Le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) de mai 2011 évalue la réduction des durées d'hospitalisation des personnes âgées, dégage des marges de manœuvre supérieures à 2 milliards d'euros.

→ **Adaptation de la société** : repenser les politiques publiques, le logement, les transports, l'urbanisme. Le vieillissement vu comme levier en termes d'emplois, de développement industriel, de croissance. Changer le regard, pas de discrimination ni d'exclusion liée à l'âge.

→ **Accompagnement** : en priorité, permettre le maintien à domicile.



Geront Expo-Handicap Expo,
votre salon au sein des Salons
de la santé et de l'autonomie

ROUEN



Un « buccobus » pour aller à la rencontre des résidents d'Ehpad

L'ESSENTIEL_ Un réseau regroupant neuf Ehpad de l'agglomération rouennaise a mis en place un cabinet dentaire ambulante, qui stationne devant les établissements.

Les résidents d'Ehpad ont des difficultés à se rendre jusque chez le dentiste ? Le dentiste vient à eux ! C'est dans cet esprit que l'association Réseau gérontologique de la rive gauche rouennaise fait circuler un « buccobus » dans neuf Ehpad depuis le 1^{er} janvier 2013. L'Union française pour la santé bucco-dentaire, partenaire du projet, leur loue un de ses véhicules. « Le camion est équipé comme un vrai cabinet dentaire. Le professionnel peut relever des empreintes dentaires, ajuster des prothèses, ou pratiquer des anesthésies locales », explique Jean-Luc Emo, directeur d'Ehpad. Un chirurgien-dentiste et une assistante dentaire sont salariés à mi-temps et tournent deux ou trois jours par semaine dans les établissements

publics, privés ou associatifs du réseau. La première mission du dentiste : aller à la rencontre des résidents, chambre par chambre, afin de dépister les besoins de chacun, et ceux-ci semblent considérables. Au total, les initiateurs du projet ont compté que sur les 1000 résidents, une moitié environ devrait avoir recours au dentiste, et être vus deux ou trois fois en consultation.

La prévention, à travers la formation du personnel soignant à l'hygiène bucco-dentaire quotidienne, mais aussi la continuité des soins et la liaison entre le dentiste et le médecin traitant représentent les grands enjeux du projet. « Souvent, les personnes âgées ne sont pas allées voir un dentiste depuis plusieurs années. Les



cabinets sont trop loin de chez elles, non accessibles aux fauteuils roulants, ou leur démence rend difficile une consultation. Résultats : leurs bouches s'infectent et leurs prothèses ne sont plus adaptées », ajoute Jean-Luc Emo. Ces problèmes bucco-dentaires, loin d'être anodins, peuvent entraîner une dénutrition et même des problèmes cardio-vasculaires.

Côté finances, le dispositif coûte 186000 euros par an. En plus des actes pris en charge par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), le projet a reçu des subventions de l'Agence régionale de santé de Haute-Normandie, des fédérations de retraite complémentaire Agirc-Arrco et de la CPAM.

TULLE



Les services d'un Ehpad au domicile de la personne âgée



Depuis le mois de janvier 2013, la Fondation Caisses d'épargne pour la solidarité, en partenariat avec le CH de Tulle (Corrèze), expérimente une sorte d'Ehpad à domicile. Différent d'une hospitalisation à domicile, le projet « Mādo » vise à préserver l'autonomie des personnes âgées en les prenant en charge sur le long terme. Le médecin coordonnateur de ce dispositif est aussi le médecin chef du service de gériatrie du CH de Tulle. Un des objectifs de Mādo est de décloisonner les services relevant du sanitaire et du médico-social et de mailler le territoire. Plus d'une vingtaine de professionnels sont partie prenante de cette opération : soignants, aides-soignants, aides médico-psychologiques...

« La Fondation gère depuis douze ans une plate-forme de téléassistance dans la région. Au cours des appels que nous recevons, nous avons constaté d'une part que les personnes âgées désiraient rester chez elles

le plus longtemps possible, et d'autre part que leurs familles avaient de grandes difficultés à les y maintenir. Nous avons voulu leur apporter une solution globale », explique Évelyne Sancier, directrice du projet assistance à l'autonomie de la Fondation. La prise en charge répond à l'ensemble des besoins en matière d'hébergement, de dépendance et de soin. L'objectif : proposer une alternative, éviter une rupture d'accompagnement et une entrée brutale en Ehpad ou à l'hôpital, souvent mal vécue. Les personnes âgées peuvent entrer dans le dispositif lorsqu'elles présentent des signes de dépendance, ou lorsqu'elles souhaitent rentrer chez elles après un séjour à l'hôpital par exemple. Une dizaine de personnes âgées volontaires bénéficient déjà de cette opération, qui a été autorisée à titre expérimental pour trois ans et pour 40 personnes par l'Agence régionale de santé du Limousin et le Conseil général de la Corrèze.

Grand angle

Désengorger les services d'urgence : des solutions existent

L'ESSENTIEL_ Les initiatives se multiplient pour tenter de soulager les urgences, dont la fréquentation augmente de 4 % par an en moyenne depuis 1996. Tandis que des médecins libéraux proposent des solutions en amont ou à la porte de l'hôpital, des urgentistes réorganisent leur service et certains établissements repensent l'ensemble de leur gestion des lits, au bénéfice – notamment – des urgences.



_TÉMOIGNAGES



Dr François Braun,
chef de service des
urgences du CHR
Metz-Thionville

Un hiver 2012-2013 particulièrement rigoureux, des temps d'attente interminables, un afflux de personnes âgées déposées là par défaut, des soignants en souffrance, des actes d'incivilité et de violence qui se banalisent... Très remontés, les représentants des urgentistes l'affirment : la surcharge de patients – et le temps d'attente qui en découle – est un facteur prédictif indépendant de mortalité et de morbidité, comme l'a démontré une étude canadienne publiée en 2011 dans le *British Medical Journal*¹. Dans l'intérêt des patients avant tout, l'hiver prochain ne saurait connaître le perpétuel recommencement des brancards dans les couloirs...

Les pouvoirs publics semblent également décidés à agir. La ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine, a saisi en octobre dernier le Conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH) pour évoquer la mise en œuvre de ses deux priorités : la garantie pour chaque Français d'un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes – engagement de François Hollande – et le désengorgement des services d'urgence. Pour répondre à ce deuxième objectif, elle a indiqué vouloir faciliter les consultations des médecins de ville pour éviter des passages inutiles à l'hôpital, et promouvoir la réorganisation des services hospitaliers. Début mars, à l'occasion de la remise du rapport Couty sur l'hôpital, elle a annoncé la commande d'un « *diagnostic précis des ressources humaines médicales des services d'urgence* » par les ARS, et confirmé la priorité à la gestion des lits d'aval.

Sur le terrain, un certain nombre de professionnels et d'établissements ont d'ores et déjà pris les devants.

DES MAISONS MÉDICALES DE GARDE EFFICACES ?

En amont des services d'accueil d'urgence, la régulation médicale organisée par le SAMU-Centre 15 a bien pour vocation d'orienter les patients en fonction de leurs symptômes (du conseil médical à l'équipe de réanimation, en passant par l'adressage à un médecin généraliste de garde), et ainsi de limiter le recours inutile aux urgences. La participation des médecins généralistes libéraux à la régulation des appels mais aussi aux tableaux de gardes, très variable selon les endroits, pourrait être développée. Dans son rapport 2012, l'Inspection générale des affaires sociales estime ainsi que le désengorgement des urgences

“Des filières d'urgence et une cellule de gestion des admissions”

Dans le nouvel hôpital de Metz (Mercy), l'Infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) définit la gravité de l'état des patients à l'aide de la Classification infirmière des malades des urgences (CIMU), et les oriente vers six différentes filières : les patients graves en salle d'urgence vitale, la filière longue (hospitalisation et examens approfondis), la filière courte (cas « simples »), ultra-courte (simple avis ou consultation), ultra-spécialisée (AVC, syndrome coronarien aigu, grands brûlés) ou la filière pédiatrique. Chacune d'elles a son personnel soignant dédié. Cet hiver, nos urgences ont été surchargées, avec 5 à 6 heures d'attente pour les patients et une perte de chances évidente. Faute de lits d'aval adaptés, nous devons transférer 3000 patients par an dans les structures privées avoisinantes, nombre correspondant au déficit de l'hôpital... Cet électrochoc pour la direction, la CME et les représentants des usagers a permis la création d'une toute nouvelle cellule de gestion des admissions, gérée par un cadre de santé. Elle supervise l'ensemble des admissions (programmées ou non) et doit fournir les 45 lits de médecine nécessaires chaque jour aux urgences de Metz et Thionville. Entre le coup de fil de l'urgentiste au médecin de spécialité pour l'admission de son patient, l'intervention de la cellule de gestion qui trouve le lit et le transfert du patient, pas plus de 15 minutes doivent s'écouler.



**Dr Joseph-Alain Ruimy
et Dr Raphaël Elfassi,**
cofondateurs
et médecins
coordinateurs du
réseau SphereS

“Des pathologies aiguës prises en charge en ville”

Le réseau parisien SphereS crée un véritable parcours de soins en ville pour des patients souffrant de pathologies aiguës, souvent déléguées à l'hôpital pour des raisons plus logistiques que médicales. Nous permettons à ces patients d'avoir un accès rapide aux différents partenaires (biologistes, radiologues, médecins spécialistes, urgences spécialisées, autres réseaux...), ou à des lits d'aval. Les pathologies concernées à ce jour sont la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs, la pyélonéphrite aiguë, la prostatite aiguë, la pneumonie aiguë communautaire, les douleurs thoraciques et l'accident ischémique transitoire à faible score ABCD2. Pour chacune d'elles, nous avons établi avec un comité scientifique multidisciplinaire un algorithme de prise en charge en ambulatoire tenant sur une feuille de format A4, très lisible pour les différents acteurs, ainsi qu'un protocole de coordination. Le réseau est animé par une coordinatrice administrative et quatre médecins (1,5 ETP), qui gèrent une file active de 60 cas par mois. Environ 2 500 médecins ont déjà travaillé avec nous. Notre financement reste précaire. Pourtant, la prise en charge par SphereS (honoraires, frais de fonctionnement, hospitalisations éventuelles) coûte sensiblement moins cher qu'un passage aux urgences, et évite des hospitalisations.

Grand angle



Dr Bernard Le Douarin
président de
l'association des
Sami (services
d'accueil médical
initial) du Val-de-
Marne (94)

"Un transfert de flux des services d'urgence vers les libéraux"

Entre 2008 et 2011, les 10 puis 12 maisons médicales de garde (MMG) du département ont connu une augmentation de 211 % de leur activité, avec plus de 42000 passages l'an dernier. Une étude médico-économique s'est penchée sur les coûts des SAMI et leur impact sur la régulation des soins non programmés. Publiée prochainement, elle montre que le Val-de-Marne a enregistré une augmentation significativement moindre de la fréquentation des services d'urgence du département que le reste de la région Île-de-France, sur la période 2008-2011. L'augmentation de l'activité des SAMI (environ 15000 patients) correspond aux flux de patients qu'auraient dû recevoir les SAU du département s'ils avaient suivi la courbe régionale. Cette singularité semble bien témoigner d'un transfert de flux et non de la création d'une nouvelle demande. Il a aussi été noté que l'attractivité du dispositif dépasse les frontières du département : en 2011, plus de 10 % de l'activité était réalisée pour des patients résidant hors du 94. Cela souligne l'importance de telles structures pour la continuité des soins et la prise en charge de la population.

Suite de la page 15 →

+ 4 %

c'est l'augmentation
annuelle moyenne de la
fréquentation des urgences
depuis 1996 (Drees).

16,9

millions, c'est le nombre
de passages dans les
648 services d'urgences
de France métropolitaine
en 2009 (DREES/SAE).

« suppose d'abord que puisse être garanti un accès permanent aux soins de premier recours, incluant l'accès à un médecin de garde, par exemple au sein d'une maison médicale de garde ».

Les maisons médicales de garde (MMG) à la porte des urgences se sont multipliées ces dernières années. Mais permettent-elles vraiment une régulation des flux de patients ? « Elles peuvent y contribuer mais ne sont pas la solution miracle », explique le Dr Didier Honnart, chef de service adjoint des urgences et chef du pôle au CHU de Dijon, près duquel une MMG est implantée depuis février 2012. Le nombre de passages aux urgences a augmenté de 39 500 à 41 100 l'an dernier, tandis que la MMG – ouverte le week-end et de 20h à minuit en semaine, et dans laquelle se relaient 18 médecins généralistes – a accueilli 1 200 patients, envoyés par le centre 15 ou réorientés par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) des urgences. « La MMG n'a donc pas absorbé la hausse de la demande... Mais sans



elle, on aurait sans doute eu 1 200 patients supplémentaires aux urgences », indique le Dr Honnart. Lequel précise que ses urgences accueillent relativement peu de « bobologie », la ville de Dijon étant bien pourvue en offre médicale aux heures de la permanence des soins ambulatoire (PDSA). Et sont donc moins susceptibles d'être délestées qu'ailleurs...

Ailleurs, d'autres voies sont testées pour assurer cette PDSA. Ainsi, le centre de santé de Gennevilliers (92) a décidé d'ouvrir jusqu'à minuit depuis le 1^{er} avril, avec un accès régulé par le centre 15 et un tiers payant intégral pour le patient. L'ARS Île-de-France finance l'initiative, espérant là encore un effet sur la fréquentation des urgences.

RÉORGANISATION INTERNE

Mais aux yeux des hospitaliers, la vraie solution à la surcharge des urgences doit être trouvée à l'intérieur même de l'hôpital.

Ainsi, de nombreux services d'urgence repensent leur organisation. Sur son nouveau site de Sainte-Musse, le CH de Toulon a innové fin 2011 avec un accueil renforcé, des filières d'urgence dissociées et des flux de patients distincts. Après une évaluation médicale, l'IAO oriente le patient vers l'une des cinq filières, qui ont chacune

_POINT DE VUE



Marc Giroud,
Président de « Samu-Urgences de France ».

“La question prioritaire est celle de l’aval des urgences”



un médecin référent (déchoquage et soins critiques, soin couché, ambulatoire, urgences pédiatriques ou urgences psychiatriques). Objectif : diminuer le temps d’attente et de présence aux urgences.

Au CHU de Limoges, c’est la filière d’urgences gériatriques qui se distingue, mise en place dès 2005 à l’initiative du pôle de gériatrie, de la direction du CHU et de celles de six Ehpad. Lorsqu’un patient de plus de 75 ans arrive aux urgences, une unité mobile gériatrique (UMG : médecin gériatre, infirmière, assistante sociale...) est sollicitée pour apporter une réponse médicale, médico-sociale et programmer le parcours du patient, jusqu’à sa sortie dans une structure adaptée. Un service de post-urgence gériatrique (PUG) de 8 lits est par ailleurs réservé aux patients gériatriques venant des urgences.

La gestion des lits d’aval apparaît ainsi comme une bonne pratique permettant de fluidifier les urgences, et impactant l’ensemble des services. Quelques établissements ont déjà mis en place un « bed manager » comme à Lens (Pas-de-Calais), à Pontoise (Val-d’Oise) ou à Metz (voir témoignage du Dr Braun, p. 15). Jouer sur les admissions programmées et non programmées, augmenter les préadmissions, faire sortir des patients avant midi pour libérer des lits... À partir de

La surcharge des urgences est un facteur de mortalité et de morbidité. Des publications internationales font clairement apparaître une perte de chances pour les patients qui attendent des heures aux urgences¹. Les urgentistes ne supportent plus cette maltraitance imposée au patient. Ils sont de plus en plus nombreux à quitter l’hôpital pour aller faire de l’intérim ou pour pratiquer des « soins non programmés » dans le privé, où ils sont mieux payés, mieux considérés et beaucoup moins contraints. Tous veulent en finir avec le cauchemar quotidien consistant à passer des heures au téléphone tout en continuant à surveiller et soigner leurs patients sur des brancards dans les couloirs.

Ce n’est pas l’afflux de patients légers qui plombe le fonctionnement des urgences, mais l’interminable recherche de lits d’hospitalisation pour des patients lourds, polypathologiques et très souvent âgés. Dès lors, ce n’est pas en amont qu’il faut s’obstiner à rechercher l’origine de l’engorgement des urgences, mais en aval des urgences. La ministre de la santé le reconnaît enfin : « *L’urgence n’est pas le problème des seuls urgentistes, mais de l’hôpital tout entier.* » C’est

en soi déjà un progrès, mais il ne suffit pas d’un discours. Il faut aussi des actes. Notre proposition est simple : nous demandons à la ministre d’édicter une règle enjoignant aux établissements de gérer les hospitalisations en aval des urgences de façon centralisée, en impliquant l’ensemble de la communauté médicale, de telle façon qu’il ne revienne plus à l’urgentiste de téléphoner à tous les services l’un après l’autre...

Dès l’hiver prochain, les urgentistes cesseront de passer des dizaines de coups de téléphone pour rechercher des lits. Ils prescriront les hospitalisations nécessaires et interpellent le directeur de garde. C’est au directeur et à la commission médicale de l’établissement de régler ce problème. Changeons de paradigme. Chacun sait qu’il est possible de faire entrer et sortir les patients programmés de façon beaucoup plus efficace... Y compris pour les patients non programmés. C’est donc à une commission des admissions et des sorties programmées, sous l’autorité du président de la CME, de gérer l’ensemble de cette question.

1. Voir site Samu-Urgences de France : <http://www.samu-de-france.fr>. Textes des 1^{ères} Assises de l’urgence : « Une gestion des lits d’aval assurée par l’établissement de santé », PG Claret, JE de La Coussaye.

septembre, l’Agence nationale d’appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) va accompagner 150 sites dans l’amélioration de leur gestion des lits. En ayant conscience que « *ce changement d’organisation peut se heurter aux réticences de chefs de service inquiets pour leurs prérogatives* ».

1. « Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department : population based cohort study from Ontario, Canada ». *British Medical Journal*, 2011 ; 342 : d2983.

Grand angle

Bien manger à l'hôpital, c'est possible ?

L'ESSENTIEL_ Lors d'une hospitalisation, la qualité des soins, la compétence des équipes ou les équipements disponibles peuvent faire forte impression. En revanche, pour la qualité des repas, c'est rarement le cas. Mais les choses changent, grâce aux évolutions réglementaires et au dynamisme des hôpitaux.



Bouillon incolore, riz sec, poisson fade... Les plateaux-repas des hôpitaux font souvent pâle figure. Et ce ne sont pas les indicateurs de satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS) qui contrediront cette impression. Mis en place par la Direction générale de l'offre de soins dans les établissements publics et privés MCO (médecine, chirurgie ou obstétrique), ces taux permettent notamment d'évaluer comment les malades perçoivent la restauration hospitalière. Résultat : un score de satisfaction de 55,2/100 en 2011. C'est le taux le plus faible sur les six indicateurs (prise en charge globale du patient, commodité de la chambre, etc.).

LA RESTAURATION HOSPITALIÈRE A SES CONTRAINTES

Comment expliquer ces chiffres ? En fait, les patients jugent ces repas en fonction de ce qu'ils mangent chez eux, ou à l'extérieur, au restaurant par exemple. Et ces grilles de jugement ne sont pas adaptées. La restauration hospitalière doit en effet répondre à de nombreuses contraintes qui lui sont spécifiques. Des contraintes réglementaires, comme pour toutes les structures de restauration collective. La préparation, la cuisson et le conditionnement des aliments sont réalisés prioritairement de façon à éviter la contamination microbienne. Des contraintes organisationnelles ensuite, car les hôpitaux doivent souvent servir repas et collations tous les jours de l'année, pour de nombreux patients, ce qui demande une logistique précise. Enfin, les contraintes économiques sont de plus en plus fortes.

Les hôpitaux ne sont pas non plus totalement libres dans le choix des menus. L'État impose le respect de l'équilibre alimentaire défini dans le Programme national pour l'alimentation du ministère de l'Agriculture et

_POINT DE VUE



Didier Girard,
vice-président de l'Union des ingénieurs
hospitaliers en restauration (Udihr),
ingénieur en restauration au centre
hospitalier du Mans.

"Cuisiner des plats qui conviennent à tous"

1 148 500 000

repas sont servis par an en restauration collective des
secteurs santé et social. (chiffre Gira 2009)



de l'Agroalimentaire (PNA) et le Plan national nutrition santé (PNNS). Des directives du ministère de la Santé et de l'Agriculture définissent les apports nutritionnels par type de population. Quelle marge de manœuvre reste-t-il au personnel de restauration des hôpitaux ? Ils choisissent les aliments qui composeront les menus, les modes d'approvisionnement, les textures, en fonction des patients accueillis (enfants, personnes âgées, patients allergiques...).

LES GOÛTS DES PATIENTS DANS LA LOI

La question des repas à l'hôpital est une vraie problématique car pour certains patients, ce sont des moments essentiels dans le processus de soins. Les menus doivent être adaptés à leur état de santé : dénutrition, allergies, régime alimentaire strict, etc. Mais comment améliorer la prise en charge nutritionnelle des malades et la qualité de la prestation ?

Les autorités se sont emparées de la question et ont fixé des objectifs aux hôpitaux. Une série de décrets, entrant en vigueur en juillet 2013, porte sur la qualité nutritionnelle des repas servis dans les services de restauration des établissements de santé et médico-sociaux. Ils demandent notamment aux établissements de santé de tenir compte des goûts des patients. Pour assurer au patient qu'il pourra manger un plat qui lui plaise, un choix d'au moins quatre plats doit lui être proposé (s'il ne doit pas suivre de régime spécial). La taille des portions et la fréquence des repas doivent égale-

Pourquoi les repas à l'hôpital ont-ils si mauvaise réputation ?

Quand vous arrivez à l'hôpital, vous êtes stressé, préoccupé par vos soins, vos résultats d'examens, la rencontre avec l'équipe médicale... Vous êtes souvent obligé de manger dans un lit, ce qui n'est ni naturel, ni pratique. Bref, vous n'êtes pas dans les meilleures dispositions lorsque le plateau-repas arrive. De plus, vous devez parfois suivre un régime spécifique, avaler des aliments à textures modifiées, ou enrichis en certains nutriments, ce qui modifie leur goût. Ces changements dans vos habitudes peuvent vous contrarier et jouer sur la façon dont vous allez percevoir le repas.

Comment faire apprécier ces repas ?

En utilisant des termes culinaires simples à comprendre et des aliments faciles à manger. Nous veillons à la qualité organoleptique des repas, c'est-à-dire à l'aspect, à l'odeur et au goût. Nous faisons un effort de présentation dans les assiettes avant qu'elles sortent de la cuisine, nous achetons des produits frais et locaux qui ont meilleur goût, etc. Le personnel de soin, qui est en contact avec le patient, doit le rassurer, lui proposer des couverts adaptés. Il peut aussi être formé

à l'hôtellerie pour un meilleur relationnel.

Quels projets avez-vous mis en place pour adapter vos plats aux patients ?

L'une des difficultés pour les professionnels de la restauration, c'est de cuisiner des plats qui conviennent à tous les patients : enfants, personnes âgées, personnes handicapées, patients aux différentes pathologies... À l'hôpital du Mans, 70 % des patients mangent des plats classiques, 10 % des textures modifiées, et 20 % des menus de régimes, pouvant appartenir à 27 profils alimentaires différents. Pour répondre aux besoins de chaque patient hospitalisé, nous tentons toujours d'être créatifs. Par exemple, pour les patients en fin de vie et ceux qui, en raison de leur pathologie ou de leur traitement, présentent un dégoût pour l'odeur ou la quantité d'aliments, nous avons mis au point un « menu sucré-salé ». Il ne respecte pas les contraintes nutritionnelles et de grammages (petites quantités) mais convient à certaines situations ponctuelles. Il contient un plat froid ou une préparation pâtissière salée, un ou deux laitages et un ou deux desserts, présentés de façon colorée.

ment répondre aux exigences imposées par l'État en matière d'équilibre nutritionnel.

Dans son programme national pour l'alimentation, le ministère de l'Agriculture ambitionne par ailleurs d'intégrer dans les menus au moins 20 % de produits saisonniers ou à faible impact environnemental. Une excellente mesure pour l'environnement, mais aussi pour la qualité des repas, comme l'explique Yannick Strottnier, responsable restauration à l'hôpital de Saint-Gilles-Croix-de-Vie (Vendée) et président de l'Association culinaire des établissements hospitaliers de

Suite page 20 →

_INTERVIEW



Isabelle Parmentier, cadre supérieur diététicien au CHRU de Lille (Nord-Pas-de-Calais).

Suite de la page 19 →

France. « Les marchés d'achats régionaux, mis en place depuis six ans dans les hôpitaux des Pays de la Loire, permettent d'acheter des produits via des semi-grossistes de la région. Nous bénéficions ainsi de produits frais, produits localement, de meilleure qualité. Les plats n'en sont ainsi que meilleurs. »

FAIRE ÉVOLUER LES REGARDS

Si les plateaux-repas évoluent, le regard que les Français portent sur eux change peu. La Journée de l'alimentation à l'hôpital, en maisons de retraite et en Ehpad, a été créée pour les montrer sous un nouveau jour. Elle aura lieu le 20 juin prochain. Ce jour-là, les établissements participants réalisent un même « menu qualité », qu'ils offrent au déjeuner à leurs patients, résidents et personnels, et organisent des animations pour faire connaître toute la chaîne des professionnels impliquée autour du plateau-repas.

Enfin, pour mettre en avant le savoir-faire de ces professionnels et échanger des idées, des concours de chefs, des ateliers et des tables rondes sont organisés à chaque édition des Salons de la santé et de l'autonomie, à Paris.

MARSEILLE

LA GASTRONOMIE ENTRE À L'HÔPITAL

Un restaurant élégant aux grandes baies vitrées, avec vue sur la cité phocéenne et Notre-Dame de la Garde... au sein d'un CHU ! « Le 13 » installé au 13^e étage de l'hôpital de la Timone à Marseille, offre un service à table avec une carte aux doux accents de la gastronomie du Sud, au prix de la brasserie (menus entre 16 et 22 euros). « Nous souhaitons accompagner l'hôpital dans sa transformation d'ouverture sur la ville et créer un lieu de gastronomie, ouvert, accessible à tous », explique Christelle Carrié, directrice des développements et des opérations chez Mediance, la société privée qui exploite le lieu, contre un loyer sous forme de redevance. Patients valides, proches de personnes hospitalisées, personnel et même clients de l'extérieur, le restaurant ouvert en novembre 2011, fait déjà quasiment le plein. « Ce lieu de vie dont la décoration est moderne et raffinée, accueille les expositions d'artistes et organise des rendez-vous musicaux ou culturels : une véritable bulle d'oxygène qui permet de s'évader et d'oublier que l'on se trouve à l'hôpital », conclut Christelle Carrié.

"Pour de nombreux patients, l'alimentation fait partie du soin"

Quel est l'enjeu d'une bonne alimentation à l'hôpital ?

Savoir servir une alimentation adaptée pour chaque patient correspondant à ses besoins nutritionnels et ses envies. Environ 30 % des personnes hospitalisées souffrent de dénutrition, en raison de pathologies lourdes ou invalidantes, de traitements qui limitent l'appétit, etc. Notre objectif est de ne pas aggraver cette dénutrition. Le patient ne doit pas sortir de l'établissement en pesant moins de kilos que lorsqu'il y est entré. Pour cela, les diététiciens exercent généralement sous l'autorité d'un médecin nutritionniste, en fonction des orientations d'un Comité de liaison alimentation et nutrition. Il regroupe le personnel de l'hôpital dont le travail est en lien avec les repas.

À quelles difficultés sont confrontés les diététiciens hospitaliers ?

La principale problématique est celle de concilier besoins individuels et production de repas en cuisine centrale. Personnaliser l'alimentation de chaque patient en fonction de sa pathologie et gérer les contraintes logistiques liées à la configuration de l'hôpital. Ce problème est central car,

premièrement, l'hôpital est un lieu qui concentre des populations ayant des besoins alimentaires diversifiés, et, pour de nombreux de patients, l'alimentation fait partie du soin. L'hôpital doit être un endroit qui donne le bon exemple au patient.

Comment ces difficultés sont-elles apparues ?

Ce qui s'est produit à l'hôpital de Lille est à l'image de ce qui a pu être fait ailleurs. Lorsque j'ai commencé à y travailler il y a un peu plus de trente ans, nous disposions de onze cuisines. L'individualisation des repas en fonction des services de soins en était facilitée. Puis, dans les années 1990, une cuisine centrale a été mise en place, afin de massifier la production et se conformer aux contraintes d'hygiène imposées par la loi. Conséquence : des repas standardisés. Dans le même temps, l'organisation des hospitalisations a beaucoup évolué. Les durées de séjour ont fortement diminué. Les patients commencent tout juste à être réalimentés normalement qu'ils rentrent chez eux. Les diététiciens et les responsables de restauration se sont donc adaptés peu à peu à ces évolutions. Aujourd'hui, les patients reçoivent de nouveau une alimentation adaptée à leurs besoins et peuvent souvent choisir leur menu.

POUR EN SAVOIR +

- Livre : *Cuisiner le plaisir. Guide pour un service hôtelier adapté aux patients en fin de vie dans les établissements de santé*, Presses de l'EHESP, 2008.
- Site de la Journée nationale de l'alimentation à l'hôpital : <http://journee-alimentation-hopital.org>
- Le décret n° 2012-143 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des établissements de santé, est à consulter sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
- Site de l'Association culinaire des établissements hospitaliers de France : www.acehf.fr

+ d'interactions

AGENDA

13 JUIN ET 14 JUILLET 2013, À PARIS

SÉMINAIRES « RÉDUIRE L'ABSENTÉISME : ENJEUX, STRATÉGIES ET OUTILS »

SPH Conseil, avec le soutien de la FHF, organise deux séminaires-action complémentaires sur la réduction de l'absentéisme devenue un enjeu majeur pour les établissements de santé. Ces journées seront l'occasion de comprendre les enjeux et les grandes stratégies possibles de réduction de l'absentéisme, d'acquérir des compétences sur la conception et le déploiement d'actions visant la réduction de l'absentéisme et de mettre en place un plan d'action adapté.

Inscription sur www.sphconseil.fr.

DU 26 AU 27 SEPTEMBRE 2013, À MONTRouGE

2^{ES} RENCONTRES RH DE LA SANTÉ



L'Association pour le développement des ressources humaines des établissements sanitaires et sociaux (Adhress), la FHF et sa filiale commerciale, SPH Conseil, organisent les 2^{es} rencontres RH de la santé.

Ce rendez-vous annuel alternera sur deux journées des séances plénières et des conférences thématiques interactives, avec une succession d'interventions d'experts et de retours d'expériences (sujets d'actualité, réformes, problématiques fortes, outils, benchmarking...).

Inscription sur www.sphconseil.fr ou en contactant le pôle Colloques / Formation au 01 44 06 85 26.

GUIDE

UNE FORMATION SUR LA STIGMATISATION ET SANTÉ MENTALE

L'université Paris VIII, en partenariat avec le Psycom, organise du 12 au 14 juin 2013 une formation autour du thème « Stigmatisation et santé mentale : quelle méthodologie ? Pour quels résultats ? ».

La lutte contre la stigmatisation dans le champ de la santé mentale passe par l'éducation de la population générale sur les ressources permettant de faire face aux problèmes de santé mentale, de les traiter et de les accompagner. Une information validée est une première étape mais n'est pas suffisante pour faire prendre conscience des préjugés source de stigmatisation, de discrimination voire d'exclusion.

Pour cela, les outils de promotion de la santé mentale sont à privilégier, mais doivent être accompagnés d'une rigueur méthodologique dans leur mise en place et leur évaluation.

Les objectifs :

- être au clair sur les concepts et outils des actions de promotion de la santé mentale ;
- être en capacité de mettre en place des projets visant la lutte contre la stigmatisation des personnes vivant avec des troubles psychiques en suivant une méthodologie adaptée ;
- connaître les actions et techniques développées en France et à l'étranger sur cette thématique ;
- être sensibilisé à une approche participative pour travailler avec les personnes directement concernées par ces actions.

Le public :

professionnels investis sur les questions de prévention-promotion de la santé (chargés de prévention, responsables d'associations, animateurs de GEM...) développant des projets sur la santé mentale.

Inscription sur www.fp.univ-paris8.fr

Plus d'informations : <http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Communication/Evenements/Formation-Stigmatisation-et-sante-mentale-quelle-methodologie-Pour-quels-resultats>



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

+ d'interactions

Suite guide ➔

DES AFFICHES POUR FAIRE FACE AUX VIOLENCES



Les actes d'incivilité et de violence en établissement de santé augmentent depuis quelques années. Dès 2007, la FHF a agi dans la lutte contre ces violences, notamment à travers une campagne de communication destinée aux patients et signée « On fait le maximum. Restez poli, au minimum. » L'objectif de cette campagne est de confronter la perception des patients à la réalité de ce que vit le personnel hospitalier afin de les amener à se mettre à la place de ceux qui les soignent. Aujourd'hui, cette campagne reste d'actualité. La FHF continue donc de mettre à disposition de ses établissements adhérents les affiches issues de la campagne.

Vous pouvez les télécharger sur www.fhf.fr > Dossiers > Qualité/Sécurité des soins > Violence en établissement ou les commander à l'adresse suivante : c.trocherie@fhf.fr

TÉLÉTHON 2012 : 88 156 400 EUROS COLLECTÉS

La collecte définitive dépasse largement (de plus de 7 millions d'euros) les promesses de dons enregistrées à la fin de l'émission. Un résultat remarquable alors que l'AFM-Téléthon s'apprête à relever en 2013 de nouveaux défis. Ces dons iront notamment aux chercheurs des laboratoires du Téléthon qui vont continuer à inventer des thérapies nouvelles, indispensables pour guérir les maladies rares et utiles à la médecine tout entière. En 2013, l'AFM-Téléthon pourra ainsi relever de nouveaux défis : lancer de nouveaux essais et devenir la première association de malades à produire des médicaments de thérapie génique à travers son laboratoire Généthron.

POURENSAVOIR

Le Téléthon 2013 aura lieu les 6 et 7 décembre 2013. Pour rejoindre les milliers de bénévoles qui, partout en France, préparent déjà l'événement, contactez le 0 800 595 501 (appel gratuit depuis un poste fixe).

Une question sur votre don ? L'AFM-Téléthon répond à vos questions toute l'année :

- Appelez la ligne directe Donateurs au 0 825 07 90 95 (0,15 € TTC la minute);
- Pour envoyer un message : http://www.afm-telethon.fr/contact/?id_premier_theme=don

EUROPE/INTERNATIONAL



MÉDIATION DES SOINS DE SANTÉ

La Fédération européenne des hôpitaux et des soins de santé (HOPE) vient de publier en anglais un rapport intitulé *La médiation dans les soins de santé*, qui présente les résultats d'une enquête visant à comparer le champ et la méthodologie des résolutions de conflits dans le secteur des services de santé des différents États membres de l'Union européenne. En cas de conflits survenant à tous les niveaux de la société, la médiation devient une méthode très répandue de règlement extrajudiciaire des différends, aussi bien pour son efficacité et que pour son efficience. En effet, il est prouvé que cette méthode permet de parvenir à un accord plus satisfaisant entre les parties en conflit, d'économiser du temps et de l'argent mais aussi, dans de nombreux cas, de réduire les facteurs de stress.

POURENSAVOIR

http://www.hope.be/05eventsandpublications/publications_chronologicalist.html

RÉSEAUX EUROPÉENS DE RÉFÉRENCE DANS LA SANTÉ

L'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé a récemment publié un ouvrage intitulé *Construire des réseaux de référence européens en matière de soins de santé*.

Explorer les concepts et les pratiques nationales dans l'Union européenne. Conformément à la directive européenne sur l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, le développement de réseaux européens de référence a été promu comme l'un des principaux domaines de la coopération transfrontalière entre les États membres.

Ce livre examine les différentes façons dont les réseaux de référence sont développés dans les pays européens, pour quel type de conditions médicales ou d'interventions, les motivations de leur création, les processus réglementaires et administratifs en cause, et les arrangements financiers nécessaires.

POURENSAVOIR

<http://pr4.netatlantic.com/t/2841841/31147771/173109/1/>

EQUIPAID, PARTAGER POUR AMÉLIORER L'OFFRE DE SOINS

Equip'aid, partager pour améliorer l'offre de soins, organisé par l'association Humatem, HOPE et la FHF, avec l'appui de l'Organisation mondiale de la santé, sera la première rencontre internationale de référence consacrée à l'amélioration des projets d'appui à l'équipement médical des structures de santé dans le domaine de la solidarité internationale. Elle a notamment pour objectif de partager des informations et des expériences de projets d'appui à l'équipement médical en favorisant le dialogue entre les acteurs de ces projets. Elle se déroulera les 19 et 20 novembre 2013 à Chamonix-Mont-Blanc.

Pour plus d'informations sur le colloque, ou pour une pré-inscription, consultez le site internet : www.equipaaid.org

Séminaire de l'étude nationale des coûts
à méthodologie commune
7 et 8 novembre 2013
Bordeaux, Palais des Congrès

ENC 2013

Thématique 2013 :

T2A, ENCC et coopérations :
quelles interactions ?

17^e édition

Publics :

- Chefs d'établissement,
- Présidents de CME,
- DAF,
- Contrôleurs de gestion,
- DIM,
- Praticiens,
- TIM,
- Chefs de pôle,
- AAH,
- Directeurs des soins,
- Cadres administratifs,
- Experts,
- etc.

inscription en ligne sur www.sphconseil.fr



CHU
Hôpitaux de
Bordeaux



FHF
FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

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





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

Retrouvez-nous au Salon de la Santé et de l'Autonomie : Stand N62 - Hall 1

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.

MACSF assurances - SIREN n° 775 665 631 - SAM - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX