

Page_06

Décryptage RH

Le Fonds pour l'insertion
des personnes handicapées
dans la fonction publique /

Page_10

Médical

La méthode du patient traceur
testée et approuvée /

Page_18

Grand angle

Comment privilégier l'accès
aux soins des plus précaires ? /

INTERACTIONS

LE MAGAZINE DE LA FHF

#15

Juillet 2013

Page_14

Grand angle

La médecine de parcours :
une révolution lente
mais nécessaire



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

Mardi 26 novembre 2013
Espace Charenton Paris

RMP

Les 6^e Rencontres du
Management de Pôles

6^e édition

Regards croisés sur l'évolution des pôles

Publics :

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

Matin : Plénière

«Regards croisés sur l'évolution des pôles»

Après-midi : 3 ateliers interactifs

- Fonctionnement interne du pôle (espace de dialogue et de concertation, place des cadres administratifs et soignants, articulation pôles/services)
- Le chef de pôle : son rôle dans l'institution (CME et pôle, directoire, liens avec la direction et les instances)
- Dialogue de gestion (délégation de gestion, modalités et outils de pilotage, intéressement)

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

LA MÉDECINE DE PARCOURS, UN DÉFI POUR LES HOSPITALIERS



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

La notion de « médecine de parcours » est mise en avant depuis plusieurs années pour répondre à la part croissante des maladies chroniques dans le système de santé (celles-ci représentent plus des quatre cinquièmes de l'augmentation des dépenses désormais) mais aussi aux incohérences multiples qui résultent de l'absence de coordination des acteurs de soins, dont l'exemple le plus emblématique est sans doute l'accueil des personnes âgées dans les services d'urgence. Comme la Fédération hospitalière de France (FHF) a eu l'occasion de l'exprimer lors d'une récente journée

organisée avec les conférences et représentants de Samu-Urgences de France,

“ Il est vain de penser de manière clivée et désarticulée. ”

il est en effet absolument primordial d'éviter des hospitalisations inappropriées pour des personnes fragiles, qui doivent être accueillies dans le cadre de filières d'hospitalisation programmées et adaptées à leur situation. Or, chaque jour, nous pouvons constater l'arrivée de personnes âgées qui doivent patienter sur des brancards en attendant qu'une solution d'urgence leur soit trouvée.

Le concept de « médecine de parcours » entend répondre à cette situation en proposant un nouveau

paradigme d'organisation, substituant la coordination autour des patients à l'accumulation d'actions non coordonnées. Largement promu par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), il doit s'inscrire au cœur de la future stratégie nationale de santé.

La FHF ne peut que s'en réjouir, elle qui en avait fait l'un des « fils rouges » de sa plate-forme politique de 2012, visant à la création d'un véritable service public de santé. Parce que nous représentons à la fois des hôpitaux et des maisons de retraite, nous pouvons mesurer combien il est vain de penser de manière clivée et désarticulée.

Les obstacles à l'émergence d'une médecine de parcours sont pourtant nombreux. Ils tiennent notamment aux questions financières, car il est difficile de répartir des financements partagés et plus aisé de raisonner dans un cadre de concurrence comme celui de la tarification à l'activité (T2A).

Il nous faudra donc avancer en multipliant des expérimentations audacieuses, comme nous l'avons proposé à l'occasion du dernier comité de réforme de la T2A, mais surtout en nous affranchissant de réflexes trop isolationnistes. C'est ensemble, et avec le concours de tous les professionnels de santé, que nous pourrions répondre aux défis qui nous sont posés.

SOMMAIRE



Plus loin avec la FHF

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



Grand angle

- /14_La médecine de parcours : une révolution lente mais nécessaire
- /18_Comment privilégier l'accès aux soins des plus précaires ?



+ d'interactions

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

Plus loin avec la FHF

RH

LE TÉLÉTRAVAIL, UNE SOLUTION QUI PROGRESSE

L'ESSENTIEL_ Le télétravail, ou travail à distance, permet de s'affranchir des contraintes géographiques pour mener à bien ses tâches professionnelles. Le CHRU de Besançon a testé cette nouvelle organisation.

Le télétravail reste peu développé dans la fonction publique, où il concerne 1 % des effectifs. Si les missions du secteur public hospitalier nécessitent une relation de proximité et une présence physique, le développement de ce mode d'organisation est encouragé pour les missions administratives, informatiques... Réglementé dans le secteur privé, le télétravail n'est pas encore encadré dans la fonction publique hospitalière (FPH), où il fait l'objet d'expérimentations.

EXPÉRIMENTATION AU CHRU DE BESANÇON

Une expérimentation de télétravail a été mise en place fin 2012 dans un but d'amélioration des conditions de travail des personnels de recherche au CHRU de Besançon.

Elle a nécessité :

- une formalisation dans le cadre d'un contrat de télétravail précisant le caractère volontaire de la participation et les modalités d'exercice;
- un à trois jours par semaine, définis préalablement;
- un équipement informatique financé par le CHRU;
- la désignation d'une personne référente assurant un soutien adapté et validant le travail effectué.

Cinq candidats volontaires ont été sélectionnés par la direction de la recherche et la direction des ressources humaines.

Une première phase a consisté en la mise en place d'outils de suivi du travail. La seconde phase, d'une durée de cinq mois, a porté sur la mise en place effective du télétravail. Des

évaluations intermédiaires individuelles et collectives ont permis d'ajuster certains paramètres.

LE BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION EST POSITIF

La qualité globale du travail ne s'est pas trouvée modifiée par la réalisation des tâches en télétravail. Les responsables du service notent en outre une optimisation de la réactivité et une meilleure planification, les activités assurées à domicile étant prioritairement des missions nécessitant une grande concentration et une disponibilité intellectuelle.

D'un point de vue collectif, il est à noter que le télétravail a été appréciable en périodes d'intempéries, de grève des transports en commun et d'épidémies hivernales, et a évité un absentéisme prévisible.

La répartition entre jours de présence et jours de télétravail a globalement été respectée. Toutefois il est important que, ponctuellement, il y ait une flexibilité pour permettre l'organisation de réunions. Les collaborateurs des télétravailleurs n'ont enfin pas noté de différence dans la fréquence et l'efficacité de la communication, préservées par l'obligation d'une journée de présence hebdomadaire commune à tous les télétravailleurs.

Le bilan est donc très positif de la part des télétravailleurs et des responsables de la recherche. Il est demandé de simplifier la procédure pour pouvoir modifier aisément les jours de télétravail du fait de contraintes liées à l'activité du télétravailleur ou au service. Une extension du télétravail à d'autres candidats semble aujourd'hui souhaitable.

TÉLÉRECOURS : UN DISPOSITIF BIENTÔT OUVERT À TOUS

À l'automne, le télérecours sera ouvert aux procédures administratives contentieuses des établissements de santé et médico-sociaux.

Lancé dès avril 2013 au sein de juridictions tests, le dispositif se généralisera à l'automne. Concrètement, l'établissement de santé ou médico-social déposera ses recours directement sur la plateforme de la juridiction administrative compétente. La plate-forme télérecours permettra un suivi en temps réel par l'établissement et un accès aux pièces simplifié par une mise en ligne centralisée. En conséquence, chaque établissement sanitaire ou médico-social pourra suivre les étapes de ses procédures contentieuses. Aujourd'hui, les utilisateurs ayant expérimenté le dispositif sont satisfaits. Ils apprécient particulièrement le mécanisme d'accusé réception immédiat sous forme électronique comme le paramétrage des alertes par courriels. « *La mise en œuvre de cette procédure nous a permis de réaliser des économies de consommables et de coûts d'affranchissement ainsi que de gains de productivité* », selon un responsable juridique.

POURENSAVOIR+

- www.telerecours.conseil-etat.fr
- www.telerecours/juradm.fr

ROUEN



La websérie qui valorise les études d'infirmiers

L'ESSENTIEL_ Le service communication du CHU de Rouen suit cinq élèves infirmiers sur trois ans pour faire une série de courts-métrages sur les études d'infirmiers. Les deux premiers épisodes sont déjà disponibles.

« Nous avons souhaité montrer à quoi ressemblaient les études pour devenir infirmier et ainsi valoriser ce métier », explique Mathilde Lapôte, responsable de la production vidéo au sein du service de communication du CHU de Rouen. C'est lors d'une réunion pour le magazine interne de l'établissement qu'est née l'idée de suivre des élèves infirmiers durant leurs trois ans d'études. Une idée impulsée par Nadia Cherchem, formatrice au sein de l'Institut de formation en soins infirmiers, et Cécile Varin, rédactrice en chef adjointe d'*Échanges magazine*. L'hôpital disposait déjà d'une chaîne de télévision en interne destinée aux patients appelée HTV, et donc des moyens humains (une journaliste, un cameraman et une monteuse vidéo) et maté-

riels nécessaires pour réaliser ce projet. Agnès, Hamida, Florine, Audrey et Mathieu, tous élèves infirmiers, se sont portés volontaires. « Nous allons les filmer à la fois en classe et durant leurs stages, afin de donner un aperçu juste de leur quotidien », ajoute Mathilde Lapôte. Dans le premier épisode d'« Objectif infirmier(e) », diffusé depuis décembre 2012, chacun raconte pourquoi il a choisi de se former aux soins infirmiers : vocation depuis l'enfance pour les uns ou reconversion professionnelle pour les autres. Dans le deuxième épisode, les élèves parlent de leur premier stage, qu'il se soit déroulé en crèche, en soins à domicile ou encore en établissement de soins de suite et de réadaptation. Ils tirent le bilan de cette première expérience



professionnelle, livrent leurs impressions, et parlent de leurs appréhensions face à des situations inconnues. Le troisième épisode de la mini-série sera diffusé courant juillet. Les vidéos sont visibles sur HTV, la chaîne de télé gratuite pour les patients hospitalisés et sur la chaîne You Tube du CHU-Hôpitaux de Rouen, pour le grand public.

POURENSAVOIR⁺

• www.youtube.com/user/CHUHopitauxDeRouen

DIJON



Une correspondante pour faciliter l'emploi des personnes handicapées

En 2009, le CHU dijonnais comptait 3,8 % de personnes handicapées dans ses effectifs, alors que, depuis 1987, les entreprises d'au moins vingt salariés ont l'obligation d'employer 6 % de travailleurs handicapés, sous peine de devoir payer une contribution au Comité national du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP).

Pour améliorer cette situation, le CHU s'est engagé dans une politique handicap et a signé, en 2009, une convention avec le FIPHFP.

Dans ce cadre, et grâce aux financements du FIPHFP, de nombreuses actions ont pu être mises en œuvre en matière de maintien dans l'emploi, de recrutement de travailleurs han-

dicapés et d'information et de sensibilisation des agents. Ces actions ont ainsi permis non seulement d'augmenter le taux d'emploi du CHU, mais aussi d'initier un changement des mentalités dans la prise en compte du handicap au travail au sein du CHU.

Cette démarche est globale : elle comprend l'insertion de personnels handicapés, la reconversion de professionnels déjà en poste, l'adaptation de postes de travail, mais aussi la mise aux normes de locaux ou l'achat de matériel dédié. Elle a nécessité un investissement de 1,5 million d'euros. « C'est pour mener à bien cette politique ambitieuse qu'un poste de correspondant handicap a été créé », explique Nadine Guerrin, qui occupe la fonction à temps plein depuis fin

2009. Une partie de sa mission est dédiée à l'insertion des personnels concernés : une quinzaine de candidatures spontanées sont reçues et étudiées chaque mois.

En outre, Nadine Guerrin, en partenariat avec les médecins du travail, se rend au sein des services pour étudier les aménagements de postes à effectuer, rencontre les cadres de santé à ce sujet ainsi que la direction des achats.

Aujourd'hui, le taux de bénéficiaires de l'obligation d'emploi est de 5,2 % au CHU de Dijon. « Nous n'avons pas atteint les 6 % réglementaires mais nous les atteindrons probablement dans les prochaines années, en poursuivant nos efforts », indique Nadine Guerrin.

Plus loin avec la FHF

RH



→ DÉCRYPTAGE

LE FONDS POUR L'INSERTION DES PERSONNES HANDICAPÉES DANS LA FONCTION PUBLIQUE

L'ESSENTIEL La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a instauré le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP).

Le FIPHFP a pour missions de favoriser, grâce à une politique incitative :

- le recrutement des personnes en situation de handicap dans les trois fonctions publiques ;
- le maintien de ces personnes dans l'emploi.

Le FIPHFP met ses moyens au service des employeurs

publics dans leurs politiques en faveur de l'emploi des personnes handicapées au moyen de conventions, du financement d'aides ponctuelles ou de travaux d'accessibilité des locaux professionnels. Le fonds aide ainsi les fonctions publiques à remplir leurs engagements vis-à-vis des personnes handicapées. Ce sont les contributions des employeurs qui ne respectent pas le taux légal de 6 % qui abondent le fonds.

Ainsi, les cotisations versées au FIPHFP par les employeurs de la fonction publique hospitalière (FPH) s'élèvent à 56 206 598,20 euros sur 192 M€ de recettes – soit 29 % (2 867 déclarations). Les montants reversés aux hôpitaux s'élèvent à 14,8 M€ en 2011 (26 % de la contribution des hôpitaux leur est donc reversée).

DEUX EPS FIGURENT DANS LES QUINZE PLUS GROS CONTRIBUTEURS EN 2011

2011	
Employeurs	Contribution (en€)
Ministère de la Justice	9 127 032
Ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi	9 116 303
Assistance publique de Paris	5 614 420
La Poste S.A. direction générale de Paris	5 399 010
Centre national de la recherche scientifique, Paris	2 960 248
Ministère de l'Agriculture et de la Pêche	2 227 666
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	1 824 646
Région d'Île-de-France, direction de l'administration générale	1 569 633
Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Aménagement du territoire	1 313 625
Ministère de la Culture et de la Communication	1 288 374
Département des Bouches-du-Rhône	1 248 418
Département du Pas-de-Calais	1 048 370
Département du Nord	1 036 824
Centre hospitalier universitaire et régional de Guadeloupe	935 616
CCIP services centraux DG	924 984

Source : déclaration relative à chaque année ciblée

4,99 %

C'est le taux d'emploi des personnes handicapées en 2011 dans la fonction publique hospitalière, soit une progression de 0,15 %.



L'ANFH et le FIPHFP ont également signé une convention en janvier 2010, afin de former les travailleurs handicapés de la FPH et les agents susceptibles d'être en relation avec eux. Cette convention porte sur une enveloppe de près de 8 millions d'euros sur trois ans et se décline en trois programmes d'intervention généraux :

- actions de formation et de sensibilisation à l'intégration et à l'accueil des personnes handicapées,
- journées dédiées à l'information des DRH et des cadres à l'accueil de personnels handicapés,
- élaboration d'un programme de formation de tuteurs pour accompagner les travailleurs handicapés.

GOVERNANCE DU FIPHFP

La gouvernance du FIPHFP est assurée à l'échelon national par un Comité national, organe délibérant dont la composition est tripartite :

- huit représentants des employeurs publics (dont un représentant de la fonction publique hospitalière),
- huit représentants des personnels,
- et quatre représentants des associations intervenant dans le champ du handicap.

51 CONVENTIONS SIGNÉES AVEC LA FPH (SUR 2867 ÉTABLISSEMENTS ÉLIGIBLES)

2007-2008

1. CHU de Bordeaux
2. Hospices civils de Lyon
3. CHI d'Elbeuf
4. CH de Saumur
5. CH de Cholet
6. CHU de Tours
7. CH des Pyrénées (Pau)
8. Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)

2009

1. CHU de Limoges
2. CHU de Nantes
3. CH de Bayeux
4. CHU de Caen
5. CHU de Rennes
6. CHU de Toulouse
7. CH de Fougères
8. CH d'Auxerre
9. CHU de Dijon
10. CH Saint-Nicolas (Blaye)
11. CH Comminges-Pyrénées (Saint-Gaudens)

2010

1. CH de Roubaix
2. CH Sainte-Anne (Paris)
3. CH de Saint-Nazaire
4. CHS Guillaume-Régnier (Rennes)
5. Claire Le Boucher (service social)
6. CHD de Vendée
7. CHU de Rouen
8. Hôpital gériatrique et médico-social de Plaisir-Grignon
9. CH Sud-Gironde (La Réole)
10. CHU de Brest
11. CH de Valence
12. Hôpitaux de Saint-Maurice

2011

1. CH du Pays d'Aix (Aix-en-Provence)
2. CH Villefranche-sur-Saône - Tarare
3. EPSM Étienne-Gourmelen (Quimper)
4. CH de Saint-Brieuc
5. CH du Cotentin (Cherbourg-Octeville)
6. CHRU de Lille
7. CHG de Martigues
8. EPD de soins, d'adaptation et d'éducation du Nord
9. CH de Montfavet (Avignon)

2012

1. CH Ravenel (Mirecourt)
2. CH de Rouffach
3. CH de Calais
4. CHRU de Besançon
5. CH de Dax - Côte d'Argent
6. CH Centre Bretagne
7. CH de Béziers
8. Hôpitaux du Bassin de Thau
9. CH de Dunkerque
10. CH de Cannes
11. Institut départemental de l'enfance, de la famille et du handicap pour l'insertion

Les 20 membres titulaires du Comité national sont nommés par arrêté interministériel. Le Comité est présidé par André Montané, représentant de la FPT, vice-président du conseil général de Lot-et-Garonne, élu le 19 avril dernier.

Les comités locaux déclinent la politique du Comité national dans chacune des régions. Ils sont placés sous la présidence des préfets de région et animés par les délégués interrégionaux handicap (DIH), nommés par la Direction du développement territorial et des réseaux de la Caisse des dépôts.

La composition des comités locaux est similaire à celle du Comité national et est en cours de renouvellement. Les membres sont nommés par arrêté préfectoral, sur proposition des FHR pour les employeurs hospitaliers.

Plus loin avec la FHF

GESTION

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

QUAND ÉCOLOGIE RIME AVEC ÉCONOMIE

L'ESSENTIEL Les résultats du Baromètre du développement durable 2013 ont été publiés. L'intérêt des structures sanitaires et médico-sociales pour cet outil d'auto-diagnostic semble toujours plus fort.

En 2013, 470 établissements ont répondu à la 6^e édition du Baromètre du développement durable, l'outil d'auto-diagnostic annuel mené par PG Promotion auprès des structures sanitaires et médico-sociales adhérentes à la FHF, de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), de la Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France (FHP) et d'Unicancer. Principaux enseignements.

- La dimension de plus en plus concrète de la démarche : l'engagement dans le développement durable n'est pas une position de principe ou idéologique, il a des conséquences et des applications concrètes dans l'exercice de la mission de soins ou d'accueil : plus de 70 % des établissements intègrent les problématiques liées au développement durable dans les activités de soins ou dans la prise en charge de l'utilisateur ;
- L'importance croissante prise par les piliers économique et social : on note un rééquilibrage des trois piliers du développement durable en termes de priorités identifiées par la direction. Si le volet environnemental est toujours cité

avec la plus grande fréquence (81,5 %), les volets économique (62,1 %) et surtout social (66,2 %) sont aujourd'hui perçus comme tout autant prioritaires, ce qui n'était pas le cas en 2012 (31 % pour ces deux piliers) ;

- L'élargissement de plus en plus net de la communication durable vers les publics externes : si l'interne est toujours la cible prioritaire (pour plus de 94 % des réponses), la cible externe progresse vite et est citée par 46,1 % des établissements (vs 33 % en 2012).

POURENSAVOIR⁺

Pour en savoir plus, téléchargez la synthèse et les résultats complets sur : www.fhf.fr > Dossiers > Développement durable



LE COMITÉ D'ÉVALUATION DE LA T2A A REMIS SON RAPPORT

Un travail a été initié par la FHF afin de réaliser un bilan d'étape de la tarification à l'activité. Les conclusions du groupe présidé par le Pr Jean-Yves Fagon viennent d'être publiées.

En l'absence d'instance officielle d'évaluation de la tarification à l'activité (T2A), la FHF a pris l'initiative de composer un groupe de travail présidé par le Pr Fagon, chef du service de réanimation à l'Hôpital européen Georges-Pompidou, pour établir un bilan d'étape de ce qui a constitué une (r)évolution majeure du financement des établissements de santé introduite en 2005. Cette « vue de l'intérieur » de la T2A repose sur l'analyse de données financières, mais aussi médico-administratives, ainsi que sur un questionnaire adressé aux établissements publics. La méthode a ses limites puisqu'elle repose sur l'analyse d'un système fondamentalement instable et évolutif.

Le rapport présente tout d'abord l'architecture générale des ressources prévues avant de décrire l'environnement dans lequel évolue le dispositif. Il s'agit là non seulement de contraintes connues, économiques ou politiques, mais également de réalités méconnues et de traits particuliers sources d'interrogations quant à la transparence et à la prédictibilité du système.

POURENSAVOIR⁺

Ce rapport a été rendu public début juin 2013 et est téléchargeable sur www.fhf.fr > Achats - Finances

BAGNOLS-SUR-CÈZE



L'hôpital échange des e-mails cryptés avec les médecins

L'ESSENTIEL_ Le centre hospitalier de Bagnols-sur-Cèze (Gard) utilise un système de messagerie sécurisée pour échanger avec les généralistes et spécialistes de la région. À la clé : une meilleure prise en charge des patients et des économies pour l'hôpital.

Les médecins de ville qui se plaignent de ne pas recevoir les comptes rendus d'hospitalisation dans les temps, à Bagnols-sur-Cèze, c'est bientôt terminé. Depuis 2008, le centre hospitalier déploie une boîte mail sécurisée au sein de ses services, de façon à ce que les documents contenus dans les dossiers patients soient transmis le plus rapidement possible aux généralistes et spécialistes de la région. À ce jour, plus de la moitié d'entre eux sont équipés et environ 1500 courriers sont envoyés chaque mois. « *Nous cherchions un moyen de*

communiquer avec les praticiens de ville qui soit rapide et qui respecte les contraintes imposées par la loi en matière de traitement des données médicales. Nous avons consulté quelques médecins libéraux pour répondre au mieux à leurs attentes. C'est ainsi que nous avons opté pour cette messagerie sécurisée », indique Philippe Barbot, ingénieur informatique au centre hospitalier. Moyennant une soixantaine d'euros par an, le médecin s'abonne à l'un des deux outils de cryptage des données dont l'hôpital est équipé. Il reçoit ensuite les comptes ren-

dus d'imagerie, de consultation ou d'hospitalisation, les lettres de sortie, ou les résultats de biologie de ses patients, depuis les services d'imagerie médicale, de médecine, de chirurgie, de gynécologie obstétrique ou encore du laboratoire d'analyses. « *Si de nombreux services utilisent déjà ce mode de transmission, les services d'urgences en sont encore dépourvus, un défaut auquel nous allons prochainement remédier* », ajoute Philippe Barbot.

Côté investissement, l'hôpital a financé l'installation du logiciel en 2008. La dématérialisation permet d'économiser des frais de papier et d'affranchissement, et entraîne une meilleure traçabilité des flux d'information. Pour cette messagerie, le CH a par ailleurs reçu le prix « Hit Award de l'innovation », mention « Mobilité de l'information de santé dans son territoire » en 2012.

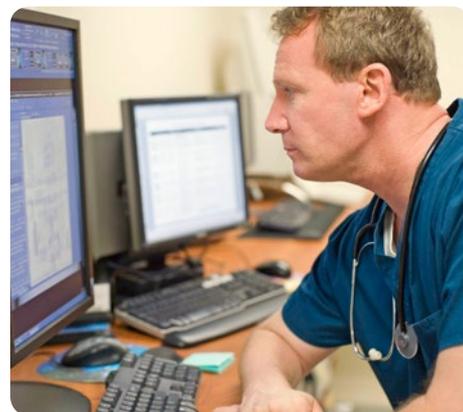
BELFORT-MONTBÉLIARD



Un centre hospitalier tout numérique

Le CH de Belfort-Montbéliard a bientôt achevé sa révolution informatique. En 2010, l'établissement a commencé à déployer un système d'information clinique dans le cadre d'un projet régional mené avec cinq autres établissements de Franche-Comté. Ce logiciel, aujourd'hui installé dans la grande majorité de ses services de soins, permet au personnel d'accéder au dossier complet d'un patient en quelques clics. Toute la production de soins y est intégrée, organisée et consultable en temps réel : des données cliniques du patient, aux prescriptions (biologie, imagerie, médicaments, ...), en passant par la documentation et les résultats en tout genre. « *Le système est utilisé au quotidien par les*

médecins et les soignants, mais aussi par les pharmaciens, qui peuvent vérifier les prescriptions de médicaments et limiter les risques iatrogènes », décrit Corinne Casoli, directrice des systèmes d'information du CH de Belfort-Montbéliard. Le logiciel fait gagner du temps aux équipes, qui peuvent avoir accès à un dossier médical complet en tout point de l'hôpital. Le système permet aussi d'alerter le prescripteur lors d'une éventuelle redondance avec une prescription récente, économisant ainsi des examens inutiles. Enfin, il permet d'assurer la traçabilité de tous les éléments de la prise en charge du patient et de sécuriser les professionnels de santé « *Bien sûr, le système ne remplacera*



jamais la vigilance humaine... Sa prise en main nécessite un effort important dans la formation des utilisateurs afin qu'ils en maîtrisent tous les aspects », remarque Corinne Casoli.

Plus loin avec la FHF

MÉDICAL

LA MÉTHODE DU PATIENT TRACEUR TESTÉE ET APPROUVÉE

L'ESSENTIEL_ Le CHRU de Lille s'est porté volontaire pour tester la méthode du patient traceur mise en place par la Haute Autorité de santé, dans le cadre de la certification des établissements. Retour sur ce nouveau procédé d'évaluation des parcours des patients.



Se baser sur le vécu des patients et aller à leur rencontre pour évaluer la qualité de leur parcours de soins : c'est en quelques mots le principe de la méthode appelée du « patient traceur ». Elle rentre dans le cadre de la certification des établissements assurée par la Haute Autorité de santé (HAS). Cette démarche vise à compléter la phase d'audit de processus qui prévalait jusqu'alors et qui perdure en parallèle. La nouvelle méthode d'investigation, déjà mise en place aux États-Unis, a été expérimentée en France dans huit structures volontaires, dont le CHRU de Lille. Ce grand hôpital a reçu les experts-visiteurs de la HAS fin septembre 2012, durant une semaine.

18/20

C'est la note attribuée par les professionnels du CHRU de Lille à la méthode du patient traceur. Cette note a été recueillie grâce à un questionnaire.

« Nous avons été prévenus un mois à peine avant la visite. Ce délai nous a permis de sélectionner trois ou quatre dossiers dans une vingtaine de services, afin de montrer fidèlement la réalité de nos activités », explique le Dr Jean-Marc Rigot, président de la sous-commission qualité sécurité des soins et de la prise en charge des usagers de la commission médicale d'établissement du CHRU de Lille.

DES PRISES EN CHARGE COMPLEXES ÉTUDIÉES

Les dossiers sélectionnés représentaient des situations complexes, avec des patients ayant connu différentes prises en charge. Les experts-visiteurs ont choisi un dossier de patient par service. Ils sont ensuite allés à la rencontre des professionnels de santé, des patients et parfois de leur entourage. « Les patients et leurs proches ont été ravis qu'on leur demande leur avis sur la prise en charge. Ils ont tous accepté de répondre. Quant aux professionnels, ils ont d'abord eu des doutes. Mais, après avoir essayé cette méthode, ils en sont satisfaits car elle valorise leurs pratiques et reflète bien la réalité », indique le Dr Jean-Marc Rigot. Les experts ont également vérifié la présence de tous les documents liés à l'hospitalisation dans le dossier patient, comme la lettre de sortie.

DEUX MÉTHODES COMPLÉMENTAIRES

Après la semaine de visites, les observations n'ont été formulées qu'à l'oral, l'expérience n'étant qu'en phase de test. Elles correspondaient globalement aux résultats recueillis lors de l'audit mené en parallèle pour permettre la certification du CHRU. Le test a par exemple permis de se rendre compte que tous les dispositifs de gestion des déchets n'étaient pas appliqués dans les faits, malgré les bons points de l'établissement en la matière. Concernant les infections nosocomiales en revanche, les constats étaient conformes aux données de la certification. « L'audit de processus et le patient traceur sont, à mon sens, deux démarches complémentaires. L'ancienne méthode est indispensable pour se mettre à niveau et être certifié. La nouvelle est dynamique et simple à réaliser ensuite, en entretien », conclut le Dr Jean-Marc Rigot.

TOULOUSE



Les greffes rénales entre groupes sanguins incompatibles maintenant possibles

L'ESSENTIEL_ Le CHU de Toulouse a procédé avec succès à une vingtaine de greffes rénales dites ABO incompatibles. La loi autorise ce type d'actes depuis 2010.

L'autorisation des greffes de rein ABO incompatibles est une petite révolution en néphrologie. Le CHU de Toulouse en pratique une dizaine supplémentaire par an, grâce à l'évolution de la loi de bioéthique qui les autorise depuis 2010. Cette innovation médicale permet de greffer un rein à un malade même s'il n'appartient pas à un groupe sanguin compatible avec celui de son donneur. Avant l'évolution législative, ces demandes de greffes auraient été refusées. « Nous nous doutions que ce progrès allait être autorisé en France, nous nous y sommes donc préparés », explique le Pr Lionel Rostaing, coordonnateur du département de

néphrologie et transplantation d'organes du CHU de Toulouse. L'équipe a étudié la littérature scientifique des pays dans lesquels ces greffes sont déjà autorisées, tels que la Suède ou le Japon, afin de valider un protocole de prise en charge du patient. Le premier acte de ce type effectué au CHU de Toulouse a été réalisé en avril 2011. La technique impliquant un surcoût de 20000 euros par greffe, elle a bénéficié d'un financement de 400000 euros sur trois ans par le CHU au titre de « projet d'activité nouvelle ». Ce surcoût est rapidement amorti puisqu'une année d'hémodialyse coûte environ 65000 euros à la société. « Quant à la

formation du personnel, l'acte chirurgical n'étant pas différent d'une greffe classique, seules les infirmières ont dû être formées aux traitements qui précèdent la transplantation », ajoute le Pr Lionel Rostaing. Concrètement, la nouvelle technique nécessite un traitement pour lever l'incompatibilité, sans lequel le greffon serait rejeté par le receveur. Il s'agit soit de séances d'échanges plasmatiques, soit de séances d'immunoabsorption, qui permettent de retirer un maximum d'anticorps du patient dirigés contre le groupe sanguin incompatible, et de prévenir le rejet. « Pratiquées depuis les années 1990 au Japon, les greffes ABO incompatibles donnent des résultats au moins aussi bons que les ABO compatibles. De plus, elles améliorent la qualité de vie des patients en leur permettant d'être greffés plus rapidement », conclut le Pr Lionel Rostaing.

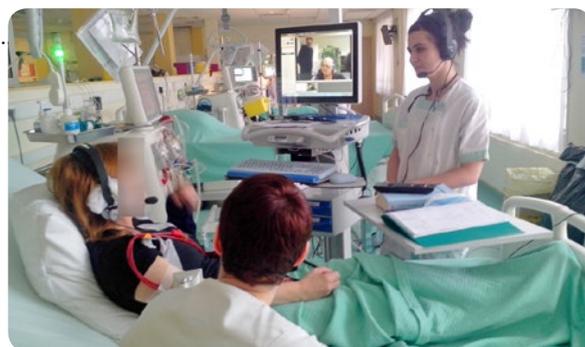
BAR-LE-DUC



L'unité de dialyse médicalisée se met aux consultations à distance

Déjà employée dans plusieurs disciplines médicales, la télémédecine est désormais appliquée à la dialyse.

C'est pour palier la pénurie locale de néphrologues que le centre hospitalier de Bar-le-Duc (Meuse) a opté pour la solution de la téléconsultation en unité de dialyse médicalisée (UDM), dès mars 2013. Installée au sein même de l'hôpital, l'unité peut recevoir jusqu'à 32 patients. Le nouvel équipement évite au médecin d'être physiquement présent en permanence. En pratique, les infirmières sur place utilisent un chariot mobile grâce auquel le médecin interroge à distance le patient, contrôle la caméra, et zoome pour l'ausculter. « Les patients sont dialysés trois fois par semaine. Le médecin doit rencontrer physiquement les patients une fois par mois, les voir en télémédecine une fois par semaine, et bien sûr, pouvoir intervenir chaque fois que nécessaire », explique le Dr Jacques Chanliou, directeur de l'Association Lorraine pour le traitement de l'insuffisance rénale, à l'origine du



projet réalisé en collaboration avec le GCS télésanté de Lorraine grâce au soutien de l'ARS.

Côté personnel, la mise en place du système a nécessité une heure de formation pour les médecins, et une demi-journée pour les infirmières. Côté patients, cette innovation a été très bien accueillie puisqu'ils peuvent désormais bénéficier de cet acte plus près de chez eux, et gagner en moyenne deux heures et demie de trajet par dialyse. La réussite du projet a favorisé son déploiement dans la région, notamment à l'UDM de l'hôpital de Freyming-Merlebach (Moselle), qui propose des téléconsultations depuis mai 2013.

Plus loin avec la FHF

MÉDICO-SOCIAL

LANCEMENT DU COMITÉ NATIONAL POUR LA BIEN-TRAITANCE

L'ESSENTIEL_ Le Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées a été lancé en février. Il vise à promouvoir les bonnes pratiques en la matière.

Le décret n° 2013-16 du 7 janvier 2013 a créé le Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNBD).

Son lancement officiel a eu lieu le mardi 12 février dernier, par les ministres Michèle Delaunay et Marie-Arlette Carlotti. Le CNBD a pour objectifs de mieux repérer la maltraitance, de développer la formation des professionnels et des aidants, de sensibiliser le grand public aux traitements

malveillants, mais aussi de promouvoir la bientraitance et les bonnes pratiques.

Le CNBD est orienté autour de quatre thèmes prioritaires de travail :

1. la promotion de la bientraitance ;
2. les dispositifs d'alerte et de vigilance ;
3. les droits (liberté et dispositif de géolocalisation, explicitation des droits, protection juridique des majeurs...);
4. le suicide.

La FHF participe aux groupes de travail 1 et 3.

LA TARIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES HANDICAPÉES SERA RÉFORMÉE

Des mesures transitoires seront proposées, le temps que la réforme de la tarification soit mise en place.

Dans la continuité de leur rapport d'octobre 2012 intitulé « Établissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement », Agnès Jeannet (Inspection générale des affaires sociales) et Laurent Vachey (Inspection générale des finances) poursuivent leur travail à l'occasion d'une nouvelle mission.

Différents chantiers doivent être conduits : l'élaboration d'un outil de mesure des besoins des personnes, la création d'un instrument de mesure des prestations fournies par les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), la consolidation des allocations de ressources pour les ESMS à plusieurs financeurs et pour la dépense de santé, la conception et la mise en place d'un système d'information, la définition de la méthode de conduite de l'étude nationale de coûts, l'identification du ou des modèles de financement et les conditions de simulation de l'impact de la réforme.

Ils proposeront les mesures transitoires à mettre en œuvre le temps que la réforme soit effective, notamment l'identification d'un mode de financement transitoire ainsi que des outils de suivi.



ANNECY



Des consultations spécialisées pour les patients en échec de soins

L'ESSENTIEL_ Pour que l'accès aux soins des personnes lourdement handicapées ne soit pas un parcours du combattant, le CH de la région d'Annecy a lancé Handiconsult, une filière spécialisée de consultations pluridisciplinaires.

C'est avec le concours d'associations de personnes lourdement handicapées que le CH de la région d'Annecy a imaginé Handiconsult, un accueil destiné à des patients, quels que soient leur âge ou leur handicap. Ouvert depuis avril 2012, ce dispositif permet de surmonter les difficultés rencontrées par ces patients en milieu ordinaire : joindre un secrétariat, organiser plusieurs examens le même jour, pouvoir faire durer une consultation autant de temps que nécessaire... Il propose une filière de soins privilégiée avec toutes les spécialités nécessaires : consultation douleur, dermatologie, épileptologie, gynécologie, soins dentaires, ophtalmologie, ORL, stomatothérapie, etc. Les professionnels de santé réservent un

créneau spécifiquement dédié à ces consultations (deux demi-journées par semaine pour le dentiste par exemple), consultations sanctuarisées et dont le temps est augmenté, adapté aux patients.

« En gynécologie par exemple, seules trois à quatre patientes sont reçues en une matinée. Nous avons pensé à d'autres détails indispensables pour recevoir ces patients particuliers ; comme la présence d'une infirmière en permanence durant les consultations et les examens, la possibilité d'effectuer une visite blanche¹ en amont, l'absence d'attente avant un rendez-vous », explique le Dr Jean-Henri Ruel, médecin coordonnateur du projet Handiconsult. Ce dernier précise : « Pour que consultation

ou soins dentaires ne soient plus vécus comme une double peine, le patient en échec de soins en raison de son handicap n'est pas dans la même temporalité. »

Le dispositif a été financé par l'Agence régionale de santé de Rhône-Alpes, durant deux ans. Il semble aujourd'hui être une réussite car le volume de demandes de rendez-vous ne cesse d'augmenter, en partie grâce au bouche-à-oreille. « Nous espérons pouvoir le pérenniser, qu'il soit déployé en France, et obtenir un financement au niveau national », conclut le Dr Jean-Henri Ruel.

1. Une visite permettant de voir les locaux de la consultation avant le « vrai » rendez-vous.

POURENSAVOIR⁺

Secrétariat Handiconsult, du lundi au vendredi, de 9h à 12h. Tél. : 04 50 63 71 63. Site Internet : <https://www.ch-annecy.fr/mini-sites/handiconsult,237.html>

NICE



Apprendre à gérer les malades Alzheimer grâce à un serious game

Dans ce serious game (jeu vidéo à but sérieux), vous incarnez un infirmier en Ehpad et avez pour mission d'aller changer le pansement d'un résident. Celui-ci n'est pas dans sa chambre et erre, désorienté, dans les couloirs. Vous devez adopter le bon comportement et trouver les mots appropriés, pour garder la situation sous contrôle. Ehpad'Panic, disponible sur ordinateur et tablette, propose plusieurs défis comme celui-ci. Il a été créé par l'entreprise Genius, en réponse à un appel à projets gouvernemental sur le thème « Santé et autonomie sur le lieu de vie grâce

au numérique ». Ce serious game destiné aux infirmiers en Ehpad sensibilise et forme le personnel à la gestion des situations de crise auprès des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. « Les professionnels connaissent les gestes techniques pour soigner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, mais ils se disent insuffisamment préparés à gérer les réactions liées aux démentses. Le jeu vise à les mettre dans ce genre de situations », indique Laetitia Lacan, ingénieure pédagogique chez Genius et chef de projet sur Ehpad'Panic. Conçu en partenariat avec le CHU et Centre



de mémoire et de recherche de Nice, le jeu est actuellement en phase de test dans plusieurs Ehpad avant sa commercialisation, prévue dans deux ans.

Grand angle

La médecine de parcours : une révolution lente mais nécessaire

L'ESSENTIEL_ Remplacer des soins segmentés par une prise en charge globale des patients. Tel est le défi lancé par la « médecine de parcours ». Si le concept suscite l'adhésion des professionnels, il existe encore de nombreux obstacles à sa mise en place. Un premier pas a été franchi par les réseaux de santé, mais il reste encore beaucoup de progrès à faire.

Le concept de « médecine de parcours » a été mis en avant par le « Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie » dans un avis rendu en mars 2012 (voir encadré). L'institution part d'un double constat : l'évolution du profil des patients et le déficit du système d'assurance maladie rendent incontournable l'adoption de nouvelles pratiques. En effet, le nombre de malades atteints de maladies chroniques ne cesse

CHU DE NANTES

LE PARCOURS DE SOINS PREND PART AU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

Le centre hospitalier universitaire de Nantes a intégré la question du parcours de soins dans son projet d'établissement 2013-2017 à partir de deux dispositifs complémentaires : la communauté hospitalière de territoire (CHT) et le projet de prise en charge du patient. L'intégration dans une CHT représente une étape essentielle dans l'optimisation de la coordination entre le CHU et les établissements publics partenaires. Le projet de prise en charge du patient met l'accent sur l'ordonnancement du parcours interne et il consolide les nouvelles démarches d'optimisation de la sortie des patients « *en impliquant le service social pour aménager les conditions de retour à domicile et l'orientation vers les filières d'aval ou les alternatives à l'hospitalisation* », précise Jean-Claude Vallée, directeur des soins, coordonnateur général au CHU de Nantes.



La médecine de parcours propose une prise en charge globale du patient.

d'augmenter sous les effets conjugués du vieillissement de la population et de l'innovation médicale : selon la Haute Autorité de santé (HAS), ils étaient plus de 15 millions en 2012, auxquels s'ajoutent plus de 9 millions de patients en affection longue durée (ALD). Parallèlement, les dépenses de santé ne cessent d'augmenter pour assurer leur prise en charge. La médecine de parcours apporte la réponse adéquate à ces phénomènes. D'abord, parce qu'elle propose une prise en charge globale du patient : elle permet ainsi de prendre en compte les volets sociaux, psychologiques et médicaux des maladies chroniques et poly-pathologiques. Mais aussi parce qu'elle établit une meilleure coordination des professionnels qui lève les clivages habituels (entre le sanitaire et le social, par exemple) et qui élimine les actes inutiles.



_TÉMOIGNAGES



Daniel Carré,
délégué national
chargé des usagers
et des relations
avec le CISS
de l'Association
pour le droit de
mourir dans la
dignité

“Les relations entre l'hôpital et la ville sont difficiles”

« Le système de soins actuel n'anticipe pas les situations et ne sait pas gérer les transitions. De plus, les interlocuteurs n'ont pas la même culture. Cela provoque des dysfonctionnements majeurs, surtout concernant les relations entre l'hôpital et la ville. La maladie génère des situations sociales et familiales difficiles : il faut le prendre en compte. Dans ces cas-là, la notion de parcours est importante, notamment pour les personnes en situation de fragilité et de déshérence. Il est primordial de construire une prise en charge dynamique et une coordination entre les professionnels. »



Thierry Nobre,
titulaire de la chaire
« Management des
établissements de
santé » de l'EHESP

“La T2A n'est pas adaptée à une prise en charge globale”

« La démarche de coordination des acteurs sur un même territoire a déjà été expérimentée via le dispositif CHT ou bien par la mise en place de réseaux de cancérologie. Mais ce n'est pas simple, car cela suppose de fédérer des intérêts divergents et de répartir les ressources. La coordination peut prendre plusieurs formes : la création d'un acteur *ex nihilo* ou bien le choix d'un acteur désigné comme tête de file. Cette démarche pose aussi la question du financement : la T2A, qui a une logique individualisante, n'est pas adaptée à cette prise en charge plus globale. »



René Caillet,
responsable
du pôle organisation
sanitaire et
médico-sociale
à la FHF

“Réfléchir à un financement incitatif”

« Le financement par la T2A n'incite pas à la coopération ni au parcours : elle propose une tarification fragmentée, à l'acte, qui instaure une relation de concurrence entre les professionnels. Il faudrait donc réfléchir à un système incitatif qui peut prendre plusieurs formes. Soit un paiement forfaitaire, un paiement *per capita*, ou encore une extension des fonds d'intervention régionale. La question majeure étant l'origine de ce financement : à qui vont être retirés des financements pour financer cette démarche ? Ce sont des choix politiques complexes à faire. »

Grand angle

PRADO : UN SUIVI À DOMICILE APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Depuis septembre 2012, la maternité de Remiremont propose un nouveau service aux jeunes mamans : la possibilité de rentrer en sécurité à la maison, avec une surveillance à domicile, grâce au dispositif Prado mis en place par l'Assurance maladie. Elles sont éligibles à deux conditions : avoir eu une grossesse normale et avoir accouché par voie basse, et être affiliée à la Sécurité sociale. Des conseillers rencontrent les mamans éligibles, remplissent les formalités administratives pour ouvrir les droits de sécurité sociale du nouveau-né et remettent une liste de sages-femmes libérales aux volontaires en leur proposant un suivi à domicile [constitué de deux consultations]. « *Prado fonctionne très bien : les patientes et les sages-femmes sont très satisfaites. L'organisation pour la mise en place de ce dispositif est faite avec l'Assurance maladie et sans aucune difficulté majeure, cela a permis d'instaurer un dialogue avec l'Assurance maladie* », témoigne Gila Ebadi, cadre sage-femme. Par contre, selon l'étude menée par la FHF en 2012, la mise en place serait chronophage pour les professionnels et limitée puisqu'elle ne concerne que les patientes du régime général. Cette démarche, expérimentée par 79 maternités, concerne également les services d'orthopédie (mais il est encore trop tôt pour dresser un bilan) et, bientôt ceux de cardiologie.

POURENSAVOIR⁺

Voir le programme de retour à domicile Prado maternité sur le site de l'Assurance maladie www.ameli.fr

Suite de la page 15 →

DE NOMBREUX OBSTACLES

Pourtant, il existe de nombreux obstacles à sa mise en place. Tout d'abord, elle semble difficilement compatible avec l'organisation du travail au sein des hôpitaux. Ainsi, les professionnels sont plutôt enclins à la sédentarité dans leurs services ; le fonctionnement des unités demeure assez opaque, et les professionnels, hyperspécialisés, adoptent plutôt une logique de secteur. Si on ajoute à cela le manque de temps, il semble difficile de construire une communication fluide. Ensuite, les relations entre les hôpitaux et les praticiens de ville ne sont pas toujours évidentes : les informations ne circulent pas correctement et les liens avec les assistantes sociales, par exemple, sont assez distendus. Il est donc parfois difficile de préparer la sortie d'un patient qui a besoin d'un accompagnement à son domicile. Enfin, il faut assurer la coordination de tous les praticiens autour du malade : il faut définir qui va assumer cette mission (un acteur interne ou externe au parcours), comment il va être financé et comment il va remplir concrètement son rôle. Une fois tous ces obstacles levés, une question demeure encore en suspens : celle du paiement. En effet, la tarification à l'acte

La périnatalité représente un des nombreux parcours de soins.



via la T2A favorise une rémunération fragmentée alors que la médecine de parcours suppose un accompagnement global, sans concurrence entre les praticiens (voir encadré entretien de René Caillet).

LES RÉSEAUX DE SANTÉ, UNE PREMIÈRE ÉTAPE

Pourtant, les prémices d'une médecine de parcours sont d'ores et déjà à l'œuvre via la mise en place des réseaux de santé (introduits par la loi du 4 mars 2002) : il en existe environ 700 sur tout le territoire. La direction générale de l'offre de soins (DGOS) en a dressé un bilan contrasté : s'ils permettent une meilleure coordination grâce à des professionnels expérimentés et des outils spécifiques, leurs formes sont très hétérogènes et leurs résultats inégaux. La DGOS préconise donc un meilleur ciblage de leur activité et un recentrage sur leur fonction de coordination à travers un guide



paru en 2012. Néanmoins, ils constituent une première étape vers la médecine de parcours au même titre que le dispositif de communauté hospitalière de territoire (CHT) – une innovation de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) (voir initiative au CHU de Nantes). Ils permettent de tisser des relations de confiance entre les professionnels et de poser les bases d'une approche commune.

Sur le terrain, les avis sont contrastés. Du côté des patients, les changements ne sont pas encore perçus. Ils déplorent le manque d'anticipation à l'hôpital : « *Quand un patient arrive en chirurgie, on ne se pose pas la question de sa convalescence. On ne s'en occupe qu'à la fin de son séjour, en urgence. Pourtant, sa maladie peut avoir un impact sur sa vie familiale, professionnelle et sociale. Les conséquences de la maladie font partie de la maladie* », affirme Daniel Carré, délégué national chargé des usagers et des relations avec le CISS de

MÉDECINE DE PARCOURS : L'AVIS DU HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

Le 22 mars 2012, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a rendu un avis déterminant concernant la question de la médecine de parcours. En voici les principaux points :

1. LES CONSTATS

- La croissance des dépenses de santé est due à l'augmentation des maladies chroniques et des polyopathologies.
- La prise en charge de ce phénomène, lié au vieillissement de la population, représente une part très importante des soins et des remboursements.
- Ces pathologies sont souvent accompagnées de fragilité psychologique et sociale. Elles nécessitent une approche globale et plurielle, impliquant différents types de professionnels.
- C'est là que réside la majeure partie des défis à venir concernant la coordination des soins et la réduction des coûts.

2. L'OBJECTIF

Il faut passer d'une « médecine pensée comme une succession d'actes ponctuels et indépendants » à une médecine de parcours « par une pratique plus coopérative entre professionnels et une participation plus active des personnes soignées ».

3. LES OBSTACLES

- Le financement : la T2A, tarification à l'acte, ne répond pas à cette logique de parcours. Elle finance une succession d'interventions, mais elle ne garantit pas que ce soit le meilleur parcours.
- Le clivage entre la médecine de ville et l'hôpital : certes, l'hôpital peut être considéré comme le « cœur du système » mais il doit s'ouvrir sur l'environnement soignant extérieur.
- Le clivage entre le sanitaire et le social : les notions de soins et d'accompagnement sont fortement imbriquées et les professionnels des deux secteurs doivent collaborer.

4. LES DÉFIS À RELEVER

- Mettre en place un système d'information complet et efficace pour mesurer les résultats d'une médecine de parcours.
- Faire confiance aux Agences régionales de santé (ARS) pour définir une politique autonome et adaptée aux besoins de leurs territoires.
- S'appuyer sur les expériences déjà existantes pour tester « grandeur nature » la notion de parcours de soins.

L'Association pour le droit de mourir dans la dignité (voir témoignage). Du côté des praticiens, la machine est lancée, mais le processus est long à se mettre en place. Ils reconnaissent l'utilité de la médecine de parcours bien qu'elle soit difficile à traduire dans les faits. Une évolution est en marche, ralentie par le manque de moyens. Car, au-delà du schéma induit par le T2A, la médecine de parcours ne peut voir le jour sans ressources pour financer la coordination. Or, pour l'instant, aucune recette supplémentaire n'est prévue. Cet ultime frein est pourtant déterminant dans l'adoption de cette nouvelle pratique.

Grand angle

Comment privilégier l'accès aux soins des plus

L'ESSENTIEL_ Créé initialement pour l'hébergement charitable des pauvres, puis devenu à partir des années 1950 un pôle d'excellence médicale, l'hôpital est aujourd'hui tiraillé entre prouesses techniques et accueil de ceux qui n'ont d'autre endroit où aller. Ses initiatives pour prendre en charge les patients les plus précaires trouvent leur prolongement dans le tissu associatif.

On peut y voir un paradoxe : malgré la création de Permanences d'accès aux soins et à la santé (PASS) dans les hôpitaux en 1998 puis celle d'une Couverture maladie universelle (CMU) l'année suivante, les inégalités en matière d'accès aux soins demeurent.

Chaque année, les rapports de Médecins du monde, du Secours catholique, des multiples observatoires dressent le même constat : l'état de santé des personnes en situation d'exclusion reste non seulement moins bon que celui de la population à revenus plus élevés, mais le retard et les renoncements aux soins semblent s'étendre.

Les hôpitaux publics sont en première ligne pour l'accueil des personnes démunies. Mais désireux d'être à la pointe du progrès scientifique et technique, et confrontés à un système de paiement prospectif qui ne valorise pas le temps supplémentaire nécessaire à la prise en charge de ces patients, ils éprouvent des difficultés à assurer cette mission.

_INITIATIVE



Hassina Haddad,
coordinatrice de
la Halte canine
brestoise

"Faire garder le chien le temps de l'hospitalisation de son maître"

« La Halte canine brestoise vise à favoriser l'accès aux soins des personnes en errance ou en situation précaire et accompagnées par un référent social, en faisant garder leur chien au domicile d'un bénévole le temps de leur hospitalisation. Née en 2010 grâce au partenariat entre le CHRU de Brest, le service santé de la ville, le CCAS et l'association Frédéric Ozanam, la Halte canine a été primée lors du concours national « Droits des usagers de la santé 2011 ». De juillet 2010 à juillet 2012, 57 demandes prises en charge ont été effectuées au bénéfice de 24 personnes différentes, orientées soit par le service social du CHRU, soit par le CCAS, soit par les organismes de tutelle. En moyenne, un usager a été hospitalisé entre 2 et 3 fois, et 28 chiens différents ont été accueillis par des bénévoles. En 2013, 7 chiens ont pour le moment été placés. »

QUELLE RESPONSABILITÉ POUR LES SERVICES D'URGENCE ?

La Société française de médecine d'urgence (SFMU) estime qu'il revient aux Service d'Accueil des Urgences (SAU) de repérer et de prendre en charge la vulnérabilité sociale dès l'accueil, moment où se joue la possibilité d'« accrocher » une personne exclue de l'accès au soin. La difficulté vient alors de la nécessité, en un temps court et au milieu des autres patients, de réfléchir d'une part à l'évaluation et au dépistage, d'autre part à la transmission et à la liaison vers l'intervenant approprié. Les scores de « prévisibilité sociale individuelle » (Credes) faisant intervenir l'emploi, la scolarité ou les diplômes, la nationalité et la couverture maladie sont peu utilisables dans le cadre de l'urgence. En l'absence de consensus, la SFMU conseille de choisir un outil de repérage de la précarité simple d'emploi, auquel doit être sensibilisé en priorité l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO).

_INITIATIVES



D^r Dominique Grassineau,
médecin
coordinateur de
la PASS Rimbaud,
CHU de la
Conception
(AP-HM)

“Une médecine générale de qualité adaptée aux patients précaires”

« Initialement transversal et peu identifié, notre service s’est mis en place progressivement, avec des vacations médicales dédiées à partir de 2007, un équivalent temps plein depuis 2010, et une unité de lieu depuis fin 2011 évitant un cheminement entre le médecin, l’assistante sociale et la pharmacie. Les consultations médicales à la PASS permettent d’éviter des recours aux urgences, inadaptées à la prise en charge des personnes précaires et beaucoup plus coûteuses. Nous faisons de la médecine générale de qualité, qui prend son temps : 30 ou 45 minutes de consultation pour un sans-abri, que nous prenons par la main pour l’amener vers le soin et la prévention, à qui nous ouvrons des droits, et que nous orientons vers un médecin traitant, le réseau d’infirmières de ville ou un lit halte soins santé... Sur les 837 patients pris en charge en 2012, 10 % n’ont pas pu bénéficier d’investigations poussées faute de pouvoir constituer un dossier social complet, ce qui est problématique. »

précaires ?



Les consultations de la PASS Rimbaud évitent des recours aux urgences.

L’assistante sociale n’étant pas toujours disponible, les outils de transmission sont d’une grande importance : dossiers sociaux informatisés consultables à toute heure par les soignants, fiches techniques répondant aux problèmes sociaux demandant une réponse immédiate (abri, logement, protection), cartes de visite mentionnant coordonnées, heure et jour de présence de l’assistante sociale ou de la PASS... Dans les faits, nombre de SAU sont démunis face à l’urgence sociale.

Suite page 20 →



Attika Poncet,
directrice des
lits halte soins
santé (LHSS)
Villa-d’Hestia
à Villeurbanne
(association Orsac)

“Des soins médico-sociaux pour les sans-abri”

« Conformément à la circulaire du 7 février 2006, les lits halte soins santé ne se substituent pas à l’hôpital et offrent une prise en charge médico-sociale des personnes sans domicile, quelle que soit leur situation administrative. Financés par l’ARS de Rhône-Alpes, nos 30 lits accueillent depuis fin 2007 des personnes ayant un problème somatique, cumulant notamment des problèmes psychiatriques, d’addiction et d’adhésion aux soins, ainsi que des demandeurs d’asile. Près de 80 % d’entre eux sortent d’une hospitalisation, les autres sont adressés par les PASS ou les travailleurs sociaux. Ils ont ici des soins médicaux et paramédicaux, un accompagnement social, une éducation sanitaire si possible... La prise en charge est en principe de deux mois maximum mais 30 % des patients doivent rester plus longtemps, ou sont en fin de vie. Ces cas très lourds nécessitent la création de lits d’accueil médicalisés (LAM). »

16,5 %

de la population métropolitaine déclaraient en 2008 avoir renoncé à certains soins pour des raisons financières au cours des douze mois précédents. (IRDES)

+16 %

C’est l’allongement moyen des durées de séjour pour les patients précaires. +24 % si un faible revenu est associé à de mauvaises conditions de logement. (DREES, 2010).

_INTERVIEW



Michel Legros¹, vice-président du conseil des formations de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), membre du conseil de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES).

Suite de la page 19 →

D'AUTRES RÉPONSES APPORTÉES PAR L'HÔPITAL

Financées dans le cadre des missions d'intérêt général (MIG), les PASS accueillent les malades dépourvus de couverture sociale. Elles leur offrent un accès aux soins au sens large : consultation médicale généraliste, soins infirmiers, plateau technique, délivrance de médicaments et accompagnement social. Près de 410 PASS sont implantées dans les établissements de santé, certaines spécialisées dans les soins dentaires ou psychiatriques. Mais tandis que certaines PASS transversales aux services souffrent d'un manque de visibilité au sein de leur établissement, d'autres sont victimes de leur succès et d'un manque de moyens. Les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP), dont le cadre est fixé par la circulaire du 23 novembre 2005, interviennent quant à elles à l'extérieur des établissements, au plus près des lieux de vie des personnes défavorisées et des acteurs sociaux qui les suivent. On comptabilisait en 2011 près de 110 EMPP réparties sur le territoire, composées de plus de 200 professionnels principalement infirmiers, psychiatres, psychologues et assistants sociaux. Leur partenariat avec les services d'urgence et les PASS à vocation psychiatrique doit, bien souvent, être clarifié. Lors de la Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale des 10 et 11 décembre 2012, le bien-fondé de ces dispositifs et l'intérêt de leur renforcement ont été soulignés.

POURENSAVOIR

Lire le dossier « Précarités et inégalités en santé », *Revue hospitalière de France* n°550, fév. 2013.

“Une fonction sociale de première ligne à laquelle l'hôpital n'est plus préparé”

L'hôpital public est-il toujours en première ligne pour l'accueil des plus précaires ?

Accueillir les indigents est historiquement une mission première de l'hôpital, puis le temps a passé. Les lois hospitalières de 1958 et 1970 ont consacré les soins techniques, pour tous les patients. Mais la population pauvre augmente depuis les années 1980 : plus de 8 millions de personnes vivent désormais en dessous du seuil de pauvreté (964 euros/mois/personne). Ces patients accèdent plus difficilement et tardivement aux soins, et engorgent les urgences. L'hôpital public retrouve une fonction sociale de première ligne à laquelle il n'est plus préparé.

Comment améliorer l'efficacité des dispositifs existants d'accueil des patients précaires ?

Dans le volet santé de la loi contre l'exclusion de 1998, le législateur a inventé des portes d'entrée spécifiques : les PASS. Mais elles ne s'intègrent pas dans la culture hospitalière,

sauf chez quelques militants. Retravailler l'accueil hospitalier dans son ensemble – efforts de pédagogie, interprétariat – et améliorer le premier recours en ville bénéficieraient à tous les patients. Les rôles de la santé scolaire et de la PMI doivent être revus et amplifiés. Par ailleurs, il convient de solvabiliser davantage les patients pauvres plutôt que de développer les soins gratuits. Or, aujourd'hui, plus de 60 % des personnes éligibles à l'ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé) n'y ont pas recours !

Faut-il redonner la priorité aux dépistages et bilans de santé ?

Pour toucher les allocataires des minima sociaux avec ce type d'actions, il faut aller les chercher. Et un bilan puis une lettre ne suffisent pas, il faut les prendre par la main et assurer la transition avec le soin. C'est tout un lien qu'il faut reconstruire.

1. Michel Legros est l'auteur du rapport « Santé et accès aux soins : pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins » (nov. 2012).



Dr Véronique Di Costanzo, chef de service endocrinologie et maladies métaboliques au CH de Toulon (hôpital Sainte-Musse-La Seyne)

“Proposer une prise en charge globale des personnes précaires et diabétiques”

« Je suis convaincue que l'éducation thérapeutique des patients diabétiques et/ou obèses doit trouver un prolongement hors de l'hôpital, ce qui a motivé la création de structures ambulatoires de relais. Dans ce cadre, il leur est proposé entre autres une activité physique adaptée gratuite dans des salles mises à disposition par les mairies des communes jouxtant les différents sites de l'hôpital,

avec l'encadrement d'étudiants en sport, ainsi que des ateliers diététiques de cuisine maghrébine. Encore faut-il aller chercher les personnes vraiment précaires. Mon projet, pour lequel l'hôpital a reçu début 2013 un financement de l'ARS PACA, consiste à sensibiliser et former les médecins généralistes au dépistage de la précarité (score Épices¹). Orientés à l'hôpital, ces patients précaires

y bénéficieront, avec l'aide d'habitants relais, d'un diagnostic éducatif, d'une prise en charge pluridisciplinaire, notamment psycho-sociale, puis rejoindront les groupes d'activités en ville. J'espère intégrer une cinquantaine de patients la première année. »

1. Le score Épices est un indicateur individuel de précarité développé dans les centres d'examen de santé de l'Assurance maladie.

+ d'interactions

AGENDA



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 (Adrhess), 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.

NOUVEAUTÉ : « LES RENCARDERIES RH »

JEUDI 26 SEPTEMBRE 2013 DE 17H30 À 18H30

Séries de mini-rencontres informelles organisées au sein de l'exposition sur des sujets proposés par les participants ou les exposants portant sur des innovations RH, des demandes de coopérations, des recherches de solutions...

12 SEPTEMBRE 2013, À PARIS (FHF)

SÉMINAIRE « ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX : OPTIMISER LA GESTION BUDGÉTAIRE »

Depuis deux ans, les excédents des établissements médico-sociaux sont systématiquement repris. Les autorités tarifaires ne permettent plus de les affecter en investissement comme par le passé. Comment faire pour dégager des marges pour financer l'investissement dans le cadre de comptabilité publique et conserver les excédents ?

Cible : directeurs et directeurs adjoints des établissements publics médico-sociaux autonomes ou rattachés à un centre hospitalier, ayant déjà une connaissance de la tarification médico-sociale.

Objectifs :

- mieux comprendre les mécanismes comptables et d'analyse financière,
- optimiser la gestion des résultats,
- bénéficier de retours d'expériences et d'un partage de savoir-faire et d'outils pratiques.

Inscription sur www.sphconseil.fr

ou en contactant le pôle Colloques/Formation au 01 44 06 85 26.

GUIDE

LE RAPPORT ANNUEL 2012 DE LA FHF EST PARU



Le rapport annuel 2012 de la Fédération hospitalière de France est paru à l'occasion des Salons de la santé et de l'autonomie, à la fin du mois de mai 2013.

Ce document regroupe les chiffres clés de la FHF et du monde hospitalier et médico-social, les faits marquants qui ont ponctué l'année, les missions et actions des pôles de la FHF, ainsi que des données chiffrées sur la vie interne de la Fédération. Des fiches synthétiques présentent également les actions des FHF régionales.

Ce document est téléchargeable sur :

www.fhf.fr > Dossiers > Communication > Actualités.

« JE RENTRE À LA MAISON AVEC BÉBÉ » : UN DVD DE CONSEILS SIMPLES ET PRATIQUES



Réalisé sous le haut patronage de l'Académie nationale de médecine avec le concours de nombreux professionnels des spécialités concernées, ce DVD est destiné à tous les parents et contribue à un accueil plus serein du nouveau-né. L'information médicale et paramédicale à la sortie de la maternité est fondamentale : elle permet de donner les signes essentiels de surveillance du nouveau-né aux parents. Ce manuel de puériculture offre une multitude de petites astuces. Segmenté en grandes thématiques, il permet de répondre à toutes les questions : de

l'alimentation au sommeil, des soins à la sécurité, en passant par de nombreux conseils pour bien accueillir le nouveau-né et rassurer les parents au moment du retour à la maison.

Plus d'informations sur : www.bebealamaison.com

DES ANNUAIRES EN LIGNE : ATTENTION AUX ARNAQUES !

Quand un simple formulaire de renseignement se transforme en facture de plusieurs milliers d'euros... la vigilance est de mise!

Suite à une remontée d'informations, nous souhaitons attirer votre attention sur des pratiques de sociétés qui proposent des parutions dans des annuaires sur Internet visant divers professionnels dont les médecins. Ces sociétés opèrent selon le mode opératoire suivant :

- l'envoi aux médecins d'un formulaire utilisant une charte graphique très similaire à celle des « Pages jaunes »;
- les médecins remplissent ce formulaire, pensant répondre à une demande des « Pages jaunes » et le renvoient sans se douter qu'il s'agit d'un contrat;
- en fin d'année, ces derniers reçoivent une facture d'un montant allant de 1500 euros à 3000 euros pour une parution dans un annuaire sur Internet. À ce jour, quatre médecins de l'établissement nous ayant alerté ont signalé avoir signé ces contrats.

Afin d'éviter toute déconvenue, nous vous conseillons une information et une sensibilisation des personnels de vos établissements.

+ d'interactions

Suite guide →

UN PRIX POUR LA CONNAISSANCE DE L'HISTOIRE DES HÔPITAUX

La Société française d'histoire des hôpitaux (SFHH) organise en partenariat avec l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) un concours destiné à encourager la connaissance de l'histoire des hôpitaux. L'attribution des prix aura lieu au cours du premier semestre 2014. Peuvent concourir les auteurs de travaux en langue française, universitaires ou non, rédigés, publiés ou soutenus après le 1^{er} janvier 2010. Afin d'encourager la recherche, les travaux universitaires lauréats font l'objet de prix dotés par le mécénat hospitalier.

Les travaux doivent être déposés en trois exemplaires auprès du service des Archives de l'AP-HP :

ARCHIVES DE L'AP-HP
 Coordination du concours SFHH
 7, rue des Minimes, 75003 Paris
 Tél. : 01 40 27 50 77
 Fax : 01 40 27 50 74
 Courriel : archives.ap-hp@sap.aphp.fr
 Site internet : <http://archives.aphp.fr>
 La date limite de dépôt des candidatures est fixée au 31 octobre 2013.

Toute correspondance et toute demande de renseignements sont à adresser à la SFHH :

1, résidence Sus-Auze
 84110 Vaison-la-Romaine
 Tél. : 06 19 79 55 17
 Courriel : sfhh@orange.fr
 Site internet : www.biusante.parisdescartes.fr/sfhh



UNIVERSITÉ D'ÉTÉ ALZHEIMER, ÉTHIQUE ET SOCIÉTÉ 2013



Organisée du 18 au 20 septembre à Lille, en partenariat avec l'association France Alzheimer, la Fondation Médéric Alzheimer, l'ARS Nord - Pas-de-Calais et le laboratoire DISTALZ, la Ville de Lille et la Région Nord - Pas-de-Calais, la 3^e Université d'été Alzheimer, éthique et société aura pour thème « Interventions précoces : anticiper, diagnostiquer, accompagner ».

Une consultation libre est ouverte aux professionnels, personnes malades ou proches pour identifier et approfondir les thématiques. Adressez vos textes (format et volume libres) sur la thématique de l'Université 2013 à contact@espace-ethique-alzheimer.org. Publication sur le site de l'Espace éthique Alzheimer.

Inscriptions gratuites dans la limite des places disponibles :
<http://www.espace-ethique-alzheimer.org/universitedete2013.php>

EUROPE/INTERNATIONAL

UN ACCORD CONCLU SUR LES CHAMPS ÉLECTROMAGNÉTIQUES

Le 10 avril 2013, le Conseil et le Parlement européen, sont parvenus à un accord sur la directive concernant les exigences de sécurité de santé minimales relatives à l'exposition des travailleurs aux risques dus aux champs électromagnétiques.

Le texte adopté et revu expose les limitations fondées sur de nouvelles preuves scientifiques, tout en prévoyant des exceptions pour l'installation, les essais, l'utilisation, le développement et la maintenance des équipements d'imagerie par résonance magnétique utilisée dans les soins de santé, ainsi que la recherche dans ce domaine.



PROGRAMME EUROPÉEN DE SANTÉ 2011 : SÉLECTIONS DES ACTIONS EUROPÉENNES

La Commission européenne a récemment publié une brochure qui donne un aperçu complet des actions les plus récentes qui ont bénéficié du soutien financier de l'Union européenne. Ces actions ont toutes été cofinancées dans le cadre du deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique.

Le programme fonctionne par le biais de plans de travail annuels adoptés par la Commission européenne, qui énonce les priorités spécifiques et alloue les ressources du programme en conséquence pour chaque année du programme. À titre indicatif, environ 27 millions d'euros ont été alloués en 2011 au titre d'appels à propositions.

La brochure est disponible ici :
http://ec.europa.eu/health/programme/docs/progr_call_2011_abstracts.pdf

ACCÈS AUX SOINS EN EUROPE EN TEMPS DE CRISE

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.

Le rapport est disponible à l'adresse suivante :
http://www.mdm-international.org/IMG/pdf/MdM_Report_access_healthcare_in_times_of_crisis_and_rising_xenophobia.pdf

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

ENCC 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



LA MNH 1^{RE} MUTUELLE DU MONDE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL



Depuis plus de 50 ans, la MNH regroupe les professionnels de la santé et du social autour des valeurs mutualistes. Elle apporte ainsi à plus d'un million de bénéficiaires une protection sociale efficace, solidaire et accessible à tous.

Des garanties adaptées à chacun :

- Le choix parmi 3 garanties complémentaires santé.
- Des indemnités journalières en cas de perte de salaire pour maladie ou accident du travail.
- La prise en charge intégrale en matière d'hospitalisation.
- Solides garanties en optique, dentaire et prévoyance.

Une prestation Prévoyance décès, éducation, invalidité, perte d'autonomie et rente survie.

Un large choix de services :

- Ligne claire : conseil en santé et en social au **N°Cristal 09 69 32 45 04**
APPEL NON SURTAXE
- Cautionnement des prêts immobiliers.
- Assistance à domicile.

Une politique de prévention active :

- Des actions menées sur : le mal de dos, l'alcoolisme, le tabagisme, le stress, le risque VIH et exposition au sang, la lutte contre la toxicomanie.
- Le réseau « Hôpital sans tabac ».

L'action sociale et solidaire :

- Services d'entraide et du handicap.
- Minoration de cotisations pour les faibles revenus.

www.mnh.fr

Renseignements au **N°Cristal 09 69 32 45 00**
APPEL NON SURTAXE



PERFORMANTE CÔTÉ **SANTÉ** + SOLIDAIRE CÔTÉ **SOCIAL**.