

INTERACTIONS

LE MAGAZINE DE LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

Page_19

Égalité homme-femme à l'hôpital : le dessous des chiffres

Page_6

Une charte pour mieux
accueillir et former
les internes

Page_15

Pertinence des soins :
moins de risques,
moins de coûts

30 septembre et 1^{er} octobre 2014
Beffroi de Montrouge (2 Place Émile-Cresp, Paris - Montrouge)

les Rencontres RH de la Santé



3^{ème} édition

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

COMITE SCIENTIFIQUE :
FHF, ADRHess, Ministère de la Santé - DGOS, EHESP, ANFH, ANAP, SPH Conseil

Thèmes

- Actualités RH médicales
- Coaching : accroître la performance managériale
- Horaires en 12h
- Organisation et gestion du temps médical
- Management et multisite
- Management et accompagnement des cadres
- Métiers du grand âge et de l'autonomie
- Politique du handicap au travail
- Acteurs RH et risques judiciaires
- Emploi d'avenir : réussir l'intégration
- Piloter la masse salariale
- Nouveau bilan social
- RPS : outils et actions
- etc.

Publics

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

inscription en ligne sur www.sphconseil.fr

adRHess



FHF
FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

en partenariat avec



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



SOMMAIRE



ACTUALITÉS ET INITIATIVES

- 04_Ressources humaines
- 07_Management
- 08_Finances
- 09_Développement durable
- 10_Médical
- 12_Médico-social
- 14_Offre de soins



GRAND ANGLE

15_Offre de soins

Pertinence des soins :
moins de risques, moins
de coûts

19_Société

Égalité homme-femme
à l'hôpital : le dessous
des chiffres



+ D'INTERACTIONS

22_Guide / International

ÉDITO

LUTTE CONTRE LES ACTES NON PERTINENTS : UNE PRESCRIPTION... UTILE



Le président de la FHF,
Frédéric Valletoux

Le délégué général de la FHF,
Gérard Vincent

© Cocktail Santé

85 % des Français reconnaissent l'existence d'actes non pertinents et 37 % d'entre eux indiquent avoir déjà eu à faire des examens inutiles ou redondants selon l'Observatoire de l'égalité d'accès aux soins réalisé en mai dernier par Ipsos pour la FHF. Des résultats qui rejoignent la perception des professionnels : l'étude TNS Sofres commanditée en 2012 révélait que 30 % des prescriptions étaient jugées inutiles par un panel de médecins.

Depuis de nombreuses années, nous avons fait nôtre le sujet de la pertinence des soins (chirurgie, radiologie, médicaments, etc.) – et des actes – parce qu'au-delà la dimension médico-économique d'actualité, l'enjeu est aussi éthique. Il ne nous paraît pas acceptable que les patients subissent des actes non justifiés. Nous invitons donc à nouveau les

“UN ENJEU TANT MÉDICO-ÉCONOMIQUE QU'ÉTHIQUE.”

pouvoirs publics à se saisir d'un dossier qui dérange mais qui permettra non seulement de réaliser des économies à grande échelle, mais aussi de réformer en profondeur notre système de santé.

Ce numéro d'*Interactions* est l'occasion de rappeler nos recommandations en la matière :

- ouvrir et mettre à disposition des données de l'Assurance maladie pour repérer les anomalies et conduire dans chaque région une étude sur les différences de pratiques ;
- orienter les contrôles des inspecteurs de l'assurance maladie et les rattacher aux Agences régionales de santé (ARS) ;
- utiliser le mécanisme de dégressivité tarifaire ;
- instaurer un deuxième avis obligatoire et gratuit dont un par un professionnel issu du public pour un certain nombre d'actes et de procédures.

De moins en moins impertinente, la question de la pertinence des soins appelle aussi au développement des parcours de soins. Un défi qu'il nous appartient, ensemble, de relever.

Ressources humaines

ACTUALITÉS

VERS UNE PLUS GRANDE PROFESSIONNALISATION DES STAGES INFIRMIERS

L'ESSENTIEL _ Un groupe de travail sur les stages des étudiants en soins infirmiers (ESI) est animé par la DGOS depuis 2013. Il est une émanation du comité de suivi de la réingénierie de la formation infirmière auquel participe la FHF.

L'objectif de ce groupe est de mettre en place des parcours qualifiants en optimisant le potentiel des stages et en améliorant leur encadrement.

La réunion du 7 mai 2014 a permis de préparer les axes de changement issus d'un certain nombre de propositions, au premier rang desquelles :

→ Affirmer l'importance de la politique de stage au sein de la politique d'établissement ;

→ Préciser les conditions indispensables à un stage professionnalisant :

- diversité des stages (structures extrahospitalières, réseaux de soins, cabinets libéraux, établissements médicosociaux, projets européens) ;
- identification préalable des situations prévalentes ;
- exploitation des analyses de situation pour l'apprentissage de la réflexivité ;
- poursuite de la formation des tuteurs ;
- recours à des séances de simulation ;

→ Simplifier le portfolio et préparer sa dématérialisation ;

→ Améliorer la gestion des stages en lien avec les territoires et approfondir les possibilités de mutualisation ;

→ Être attentif aux conditions de vie et d'exercice en stage des étudiants en soins infirmiers.



COMMISSION DES RECOURS DU CSFPH : BILAN D'ACTIVITÉ 2008-2013

La Commission des recours du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH) est chargée d'examiner les recours formés par les agents contre les sanctions infligées par l'autorité investie du pouvoir disciplinaire lorsque cette sanction est plus sévère que celle qui avait été proposée par le conseil de discipline. Les sanctions pour maltraitance, atteinte à la dignité, agression physique ou verbale

à l'égard des usagers recouvrent environ un tiers des recours.

Entre décembre 2008 et décembre 2013, 118 avis ont été rendus soit, en moyenne, une vingtaine d'avis par an. Dans 40,7 % des cas, la commission a confirmé la sanction prononcée par l'établissement et, dans 9,3 % des cas, elle l'a infirmé totalement. La commission a par ailleurs proposé une modification de la sanction dans plus de la

moitié des cas. Cette appréciation a le plus souvent été motivée par le contexte dans lequel les faits ont été commis ou par une réévaluation de la gravité des faits.

POURENSAVOIR⁺

Rendez-vous sur www.fhf.fr > Actualités > Ressources humaines > Gestion du personnel non médical

INITIATIVE

DIJON



Des brancardiers high-tech

L'ESSENTIEL C'est smartphone à la main que la soixantaine de brancardiers du CHU de Dijon effectue ses missions, dispatchées par un logiciel ultra-performant. Résultat, moins de pénibilité et plus d'efficacité pour les équipes.

LE CHIFFRE

10 km

par jour pour une moyenne de 25 à 35 courses, c'est la distance parcourue par un brancardier au CHU de Dijon contre 15 km auparavant.



Jean-Yves Gerbet, responsable du service des transports des patients (STP) du CHU de Dijon, se souvient d'un temps pas si lointain où toutes les interventions effectuées par ses brancardiers étaient retranscrites à la main sur un grand planning papier. « *Nous étions dans les années 1980-1990. Nous recevions 950 appels par jour pour réaliser près de 300 missions de transport. Les distances parcourues étaient importantes et les retards non négligeables.* »

En septembre 1990, le téléphone cède sa place au Minitel qui apporte une amélioration certaine du dispositif puisque, désormais, les courses sont saisies sur l'appareil par chaque service. Avec pour avantages : la fiabilité de l'expression du besoin, la traçabilité et l'aide à l'ordonnancement. Mais

c'est l'avènement de l'informatique et de la téléphonie mobile qui fait basculer l'organisation du CHU de Dijon dans la modernité et la rentabilité.

DISTRIBUTION DES COURSES EN TEMPS RÉEL

Assez rapidement, le Minitel est abandonné et le logiciel mute en application web. Il devient accessible depuis le site intranet du CHU. En 2013, le service équipe ses 60 brancardiers de smartphones. Les employés reçoivent leurs ordres de mission via PTAH de GéoSoft Aquitaine, un logiciel ultra-performant, qui distribue les courses en temps réel, en fonction de critères de temps et de distance. Baptisé Optiale, ce super-calculateur résout des équations très complexes en s'appuyant sur des bibliothèques mathéma-

tiques. D'ailleurs, ces dernières sont aussi utilisées pour le pilotage de satellites ou de centrales nucléaires ! « *Le brancardier reçoit la course la plus proche de lui, ce qui limite les trajets à vide, ou celle qui permet son arrivée au plus proche de l'heure de rendez-vous* », explique Jean-Yves Gerbet.

AFFECTATION PAR PRIORITÉ

Le STP, qui gère maintenant 850 transports quotidiens, a choisi d'affecter les courses en fonction de règles de priorité de flux de patients, par exemple celles destinées aux blocs opératoires. Désormais, le chef de service sait également à la seconde près où sont ses brancardiers. Ces derniers saluent un dispositif qui a diminué d'un tiers la distance qu'ils parcouraient chaque jour et de 25 % les retards par rapport au dispositif précédent.

Ressources humaines

DÉCRYPTAGE

UNE CHARTE POUR MIEUX ACCUEILLIR ET FORMER LES INTERNES

L'ESSENTIEL _ Lancée officiellement le 20 mai sur les Salons de la santé et de l'autonomie, sous le parrainage de la ministre de la Santé, Marisol Touraine, la Charte d'accueil et de formation des internes dans les établissements hospitaliers publics vise à définir un certain nombre d'objectifs et à partager les bonnes pratiques en matière d'accueil et de formation des internes.

UN TRIPLE ENJEU :

- pédagogique ;
- d'attractivité des carrières hospitalières publiques ;
- d'amélioration des conditions de travail.

UN ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ HOSPITALIÈRE...

- la FHF ;
- la Conférence des doyens de médecine ;
- la Conférence des doyens de pharmacie ;
- les Conférences de présidents de CME de CHU, de CH et de CHS ;
- les conférences de directeurs de CHU et de CH ;
- les organisations syndicales représen-

tatives des internes : ISNI, ISNAR-MG, FNSIP-BM, SNIO.

... SUR HUIT THÉMATIQUES :

- l'accueil ;
- l'information à la prise de fonctions ;
- l'intégration dans le service d'affectation ;
- la formation ;
- les conditions de travail ;
- la gestion des temps professionnels ;
- l'implication des internes dans leurs stages ;
- le dialogue social.

Afin que cet engagement se traduise par des démarches locales effectives, la FHF a diffusé la charte à l'ensemble de ses adhérents et a invité les direc-

teurs d'établissement, les présidents de CME, les doyens et les représentants des internes à s'engager collectivement par la signature du document dans leur établissement.

La commission permanente sur l'attractivité médicale de la FHF vous donne rendez-vous dans un an pour une première évaluation de la mise en œuvre de la charte.

POURENSAVOIR⁺

La charte est disponible dans son intégralité sur www.fhf.fr > Actualités > Ressources humaines > Gestion du personnel médical



Les signataires (de gauche à droite) : Frédéric Martineau, Philippe Domy, Thomas Riquier, Frédéric Valletoux, Emmanuel Loeb, Marisol Touraine, Julien Poinboeuf, Christian Müller, Dominique Perrotin, Guy Moulin, Gérard Vincent.

Management

INITIATIVES

QUIMPER

Le personnel invité au secret professionnel

Discrétion professionnelle, information partagée, obligation de réserve, dérogations... Dans sa pratique quotidienne, il peut être difficile pour un professionnel de santé de savoir comment respecter le secret professionnel. Après plusieurs cas de rupture du secret professionnel, le CH de Cornouaille a décidé d'établir un diagnostic de la situation. Plusieurs dispositifs existaient déjà pour rappeler les dispositions prévues par la loi du 4 mars 2002 : règlement intérieur, livret d'accueil des nouveaux salariés, courrier de rappel... Mais ceux-ci semblaient insuffisants. Un groupe de travail issu de la commission des soins s'est réuni afin d'élaborer une campagne de sensibilisation à destination de tous les personnels, y compris les médecins. Celle-ci a été lancée en février 2014. Trois axes de communication ont été retenus :

- une affiche (voir ci-contre), reprenant trois situations du quotidien à risque de violation du secret ;

“Les personnels étaient conscients que des dérives existaient au sein de l'établissement, mais la question du secret professionnel restait floue.”

Laurence Grelet,
coordonnatrice générale des soins
et pilote du projet de campagne

- des stickers à l'effigie du personnage de la campagne, une silhouette avec un doigt sur la bouche, apposés au sein de tous les services, dans les ascenseurs et ponctuellement sur des chevalets posés sur les tables du restaurant de l'hôpital ;
- une charte d'engagement, résumant des passages de la loi, à signer volontairement. Plus de 700 employés du CH l'ont déjà signée.



PRIX 2014 DE LA COMMUNICATION HOSPITALIÈRE

Le prix de la meilleure communication interne a été attribué par la FHF et la MACSF au CH de Cornouaille pour sa campagne de sensibilisation au respect du secret professionnel.

NANCY

Apprendre à trouver le ton juste avec les patients

Les étudiants découvrent leur rôle, le scénario associé et se lancent dans l'improvisation d'une scène. Nous ne sommes pas dans un cours de théâtre, mais dans une salle de réunion du CHU de Nancy. Depuis un an et demi, le Pr Pierre-Édouard Bollaert, responsable du pôle urgences et réanimation médicale, anime des jeux de rôle pour les étudiants hospitaliers en stage dans l'établissement. La forme d'enseignement choisie est ludique, proche de la tendance actuelle d'apprentissage par simulation. Car pour apprendre à s'adresser aux patients et à leurs proches, assister à un entretien ne suffit souvent pas. « Il faut faire

soi-même avant. Avoir répété ses phrases, ses gestes, dans des conditions protégées. Le jeu de rôle offre la possibilité de travailler sa communication verbale et non verbale », estime le Pr Bollaert. Les scénarii les plus fréquemment travaillés sont l'annonce d'une mauvaise nouvelle, les questions de fin de vie, ou encore le premier entretien avec les proches d'un patient admis en service d'urgence. Des échanges durant lesquels un médecin doit savoir transmettre des informations importantes, et en recueillir. Avant chaque improvisation, deux observateurs sont désignés. Lors du débriefing qui suit chaque exercice, ils commentent la



prestation des « comédiens », aux côtés des autres étudiants spectateurs. « L'ambiance est plutôt amicale, même si le stress est toujours présent pour les acteurs du jour. Il s'agit d'un stress positif, qui favorise la mémorisation », conclut le Pr Bollaert.

Finances

ACTUALITÉS

DÉPENDANCE : POUR UNE NOUVELLE ÉCHELLE DE MESURE

L'ESSENTIEL La FHF plaide pour la création d'une nouvelle échelle de dépendance, destinée aux professionnels des secteurs du SSR, de la HAD et de la psychiatrie.

Le recueil de la dépendance, pour les champs HAD, SSR et psychiatrie, joue un rôle clé dans le projet de soins et dans la définition des niveaux de lourdeur de prises en charge dans les classifications de séjours du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Cette mesure de la dépendance est liée aux durées des séjours et aux coûts hospitaliers. Le sujet est complexe car il dépend de ce que l'on souhaite mesurer *in fine* : la dépendance ou l'autonomie du patient, la charge en soins requis ou en soins réellement effectués. Les grilles utilisées sont nombreuses. Actuellement, dans le PMSI, la mesure de la dépendance s'effectue grâce à la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ), commune aux trois champs. Un travail a été entrepris par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) pour revoir ce recueil. Il se trouve que cette grille AVQ – d'abord introduite en SSR et issue de plusieurs grilles étrangères adaptées, à dire d'ex-

perts, pour le recueil PMSI – n'est ni psychométriquement valide, ni fiable, ni reproductible.

Or le recueil de la dépendance est crucial dès lors que le financement repose principalement sur ce critère. C'est le cas en HAD où l'indice de Karnofsky sert, en sus de l'AVQ, comme mesure de la dépendance, pour le financement des journées. En SSR, l'impact sera le même dans le futur modèle de financement basé sur la classification en GME. Seule la psychiatrie n'est pas encore concernée en termes d'impact financier par le recueil de la dépendance.

Un changement d'échelle de dépendance est nécessaire pour remédier aux défauts de la grille AVQ. La FHF souhaite que la nouvelle échelle de dépendance soit psychométriquement valide, fiable et reproductible. Elle doit aussi permettre aux professionnels du secteur de SSR, d'HAD et de psychiatrie d'effectuer des publications scientifiques et de pouvoir se comparer à l'international.



Les emprunts toxiques des hôpitaux en chiffres

Environ 1/4 de la dette des hôpitaux (28 milliards d'euros) est constitué d'emprunts structurés sur cette proportion. Or le montant des emprunts structurés à risque avéré se monte à environ 1,5 milliard d'euros. L'essentiel de ces emprunts, qui concernent plusieurs dizaines d'établissements, à

des degrés divers, a été souscrit auprès de Dexia, de la Caisse d'épargne (BPCE), du Crédit agricole... mais les banques de contrepartie sont belges, anglaises, américaines. Les conditions de sortie sont très onéreuses, le coût de sortie étant souvent de l'ordre de 80 % de l'encours. Cela signi-

fie que le montant réel de la dette, si elle devait être soldée, est largement supérieur à 1,5 milliard d'euros. Le gouvernement a annoncé, à cette occasion, le déblocage d'aides nationales pour les hôpitaux les plus exposés aux emprunts structurés, pour un montant de 100 millions d'euros.

Développement durable

Avec le soutien de  et de 

ACTUALITÉ

Trophées du développement durable : et les gagnants sont...

L'ESSENTIEL_ Les Trophées 2014, qui récompensent l'engagement des établissements dans une démarche de développement durable, ont été remis le 21 mai dernier par un jury constitué des représentants des fédérations hospitalières (Fehap, FHF, FHP, Unicancer).

Cinq établissements publics ont été récompensés :

- le CHU de Bordeaux pour son projet « Espaces verts, jardins, source de thérapie et de qualité de vie au CHU », dans la catégorie « protection de la biodiversité » ;
- le CH du Mans, dans la catégorie « gestion des déchets », pour la création du premier restaurant solidaire hospitalier (lire l'article d'*Interactions* #18, p. 9) ;
- le CH de Rochefort pour son travail en matière de performance énergétique ;
- le CHNO des Quinze-Vingts pour sa démarche en faveur de la qualité de l'air ;
- le CH de Guingamp pour son engagement en faveur de la santé des personnels via un projet d'optimisation du circuit des matières dangereuses.

Parmi les candidatures des établissements publics, la FHF a choisi de saluer l'initiative du CHS de Nouméa. Dans le cadre de la lutte contre les risques psychosociaux, l'établissement spécialisé a mis à disposition de l'ensemble des personnels un espace de bien-être. Accessible pendant le temps de travail, l'espace de détente relève d'une politique de gestion des ressources humaines désireuse de prendre en compte les répercussions du stress et de la fatigue. L'objectif est double : favoriser la qualité de vie au travail afin d'optimiser la qualité du travail.

POUR EN SAVOIR 

Rendez-vous sur www.fhf.fr > Management durable/RSE > Actualités

LES TROPHÉES DU DÉVELOPPEMENT DURABLE EN CHIFFRES

65

candidatures enregistrées, dont 43 issues d'établissements adhérents à la FHF.

10

lauréats retenus, dont 5 établissements publics.

INITIATIVE

LYON

Une chaîne de la dépense sans papier

En février 2014, les Hospices civils de Lyon (HCL) ont dématérialisé la totalité de leur chaîne interne de la dépense fournisseurs.

Trois ans de travail ont été nécessaires pour concrétiser ce dispositif, axe majeur d'un projet de simplification des processus administratifs. Un service dédié, le Centre de services partagés, a été créé, au sein duquel cinq personnes sont affectées aux seules tâches de numérisation des factures à l'aide d'un logiciel de reconnaissance de caractères. Un autre outil permet de les rapprocher automatiquement des bons de commande et des réceptions correspondants (et de traiter les écarts de facturation), et des documents qui lui sont liés dans l'application de gestion. Toutes les pièces sont envoyées au comptable sous forme numérique : factures, marchés, devis... « Les avantages sont nombreux. Les équipes chargées

du traitement des factures ont pu être mutualisées. En plus des économies logistiques réalisées, les délais de traitement sont plus courts. La sécurisation et la traçabilité des opérations sont également améliorées », explique Arnaud Bernadet, directeur des affaires économiques et logistiques des HCL.

Par ailleurs, ce nouveau système a permis aux HCL de normaliser leur communication avec le comptable, selon le « Protocole d'échange standard V2 », un format obligatoire pour l'ensemble des établissements de santé publics dès 2015.

1 000

factures fournisseurs par jour sont dématérialisées.

90

arbres épargnés chaque année.

400 000

euros d'économies par an (personnel, éditique et transport).



Médical

INITIATIVES

LYON



CHIRURGIE DU FUTUR : LES PATIENTS VONT AU BLOC OPÉRATOIRE... À PIED

L'ESSENTIEL_ Des patients ni prémédiqués, ni à jeun et qui se rendent à la salle d'opération en marchant aux côtés de l'équipe chirurgicale. Non, vous ne rêvez pas ! C'est désormais le quotidien du service de chirurgie digestive de l'hôpital Édouard-Herriot de Lyon.

Depuis février dernier, ce service applique le programme de la société ERAS® (Enhanced Recovery After Surgery, soit récupération améliorée après chirurgie), regroupement de centres chirurgicaux de différents pays, qui vise à alléger et accélérer les procédures chirurgicales. S'appuyant sur le concept de *fast-track*, il comprend 20 recommandations pré-, per- et post-opératoires. Parmi celles-ci, une information claire donnée au patient, une anesthésie limitée ainsi que l'absence de pose de drain quand cela est possible et le retour rapide à une alimentation normale. L'objectif prioritaire est avant tout de diminuer les complications et d'améliorer la réhabilitation, tout en favorisant le bien-être du patient. La réduction de la durée d'hospitalisation n'étant qu'un bénéfice secondaire.

DES ÉQUIPES IMPLIQUÉES

Et les résultats sont là ! La diminution des complications pour une chirurgie colorectale est estimée à 50 % tandis que la durée d'hospitalisation pour la chirurgie pancréatique est passée de 26 à 13 jours. C'est d'ailleurs grâce aux résultats déjà publiés par la société sur cette technique que le Pr Mustapha Adham a pu convaincre son équipe de se lancer dans l'aventure. « C'était une vraie révolution dans les pratiques quotidiennes ! Or, les dogmes ont la vie dure », témoigne le chef de service de



chirurgie digestive. « C'est pourquoi l'implémentation s'est faite en partenariat avec le service de chirurgie digestive du CHUV de Lausanne (Suisse). Ce centre d'excellence a accompagné l'équipe tout au long de la mise en place du processus par des séminaires, des formations et des échanges. »

Car, pour donner sa pleine mesure, le programme demande non seulement une participation active du patient mais aussi l'adhésion de tous les professionnels : chirurgiens, anesthésistes, infirmières, aides-soignantes et coordinatrice ERAS®.

CHIRURGIE COLORECTALE ET PANCRÉATIQUE

Seul hôpital français à ce jour à adhérer à la société ERAS®, le CHU de Lyon ne compte pas en rester là. Pour l'instant, deux chirurgies sont concernées : la chirurgie colorectale, avec 36 patients opérés, et la chirurgie pancréatique. Demain, ce sera le foie.

Et puis, bientôt certifié lui-même centre d'excellence ERAS®, il va aller porter la bonne parole auprès d'autres établissements. Seize d'entre eux sont déjà candidats pour être formés à cette chirurgie du futur.

50 %

de complications post-opératoires en moins grâce à ERAS®.

AULNAY-SOUS-BOIS



SÉCURISATION DU CIRCUIT DU MÉDICAMENT : QUAND LES ROBOTS S'EN MÊLENT

L'ESSENTIEL Avec l'ensemble de ses services doté d'armoires robotisées et informatisées, le CHI Robert-Ballanger mise entièrement sur l'informatisation et la robotisation pour sécuriser son circuit de dispensation des médicaments. Un exemple unique en France.

Le projet de sécurisation du circuit du médicament du CHI Robert-Ballanger (Aulnay-sous-Bois) démarre en 2003 avec l'acquisition de 32 armoires dites Pyxis, robotisées et informatisées. En parallèle, l'hôpital lance la prescription informatisée et acquiert le logiciel Pharma ainsi qu'une centaine de chariots informatisés (50 pour les médecins et 50 pour les infirmiers). Soit un investissement de 1,2 million pour les armoires et 500 000 euros pour le logiciel et les chariots. Mais le CHI de 640 lits s'y retrouve. En effet, le système apporte gain de temps, augmentation de la sécurité et baisse significative des erreurs de préparation. Autre avantage : la gestion des stocks est facilitée.

MOINS D'INTERVENTION HUMAINE

Désormais, chaque prescription est saisie dans l'ordinateur, directement au lit du patient. Puis, elle est validée par les pharmaciens. Une fois cette opération effectuée, la prescription est envoyée aux armoires sécurisées de stockage des médicaments, présentes dans les services. Ne reste plus ensuite aux infirmiers qu'à récupérer les prescriptions pour les administrer aux patients. En cas de panne informatique, une sauvegarde automatique des données a lieu toutes les 30 minutes, ce qui permet de récupérer la dernière prescription d'un patient. « Notre système est innovant sur deux points », précise le Dr Bernadette Coret-Houbart, chef de service de la pharmacie. « Tout d'abord l'ensemble des services est équipé, ce qui est



unique en France. Ensuite, en dehors de la prescription, il n'y a plus aucune intervention humaine. »

FORMATION DES INTERNES ET DES INFIRMIERS

Le système a été d'abord expérimenté dans un service volontaire, le service de pneumologie. Les autres ont suivi. « Mais nous devons continuer à former les internes qui arrivent chaque semestre ainsi que les infirmiers. Pour ces derniers, une cadre-infirmière s'y consacre à plein-temps ! », ajoute le Dr Bernadette

15 fois moins

d'erreurs dans la préparation des piluliers, c'est le résultat obtenu par le CHI après la mise en place de son système de sécurisation du circuit du médicament.

Coret-Houbart. Cette année, un nouveau déploiement est prévu avec l'acquisition d'un robot de préparation de doses nominatives pour les longs séjours et les détenus de la prison toute proche.

Médico-social

ACTUALITÉS

LA PROCÉDURE D'APPELS À PROJETS CHANGE

L'ESSENTIEL_ La procédure d'appels à projets et d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux vient d'être modifiée par décret.

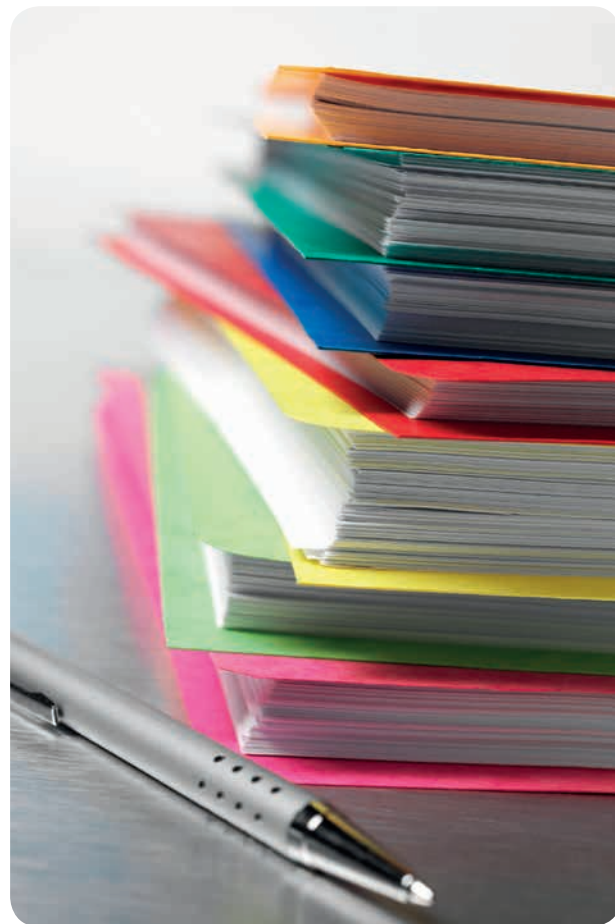
Le décret n° 2014-565 du 30 mai 2014 modifiant la procédure d'appels à projets et d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) actualise le seuil à partir duquel un projet d'extension est soumis à la procédure d'appel à projets. Il réforme également les règles de fonctionnement de la commission de sélection.

On notera les changements suivants :

- Le délai de réponse aux appels à projets est désormais de 60 à 120 jours (contre 60 à 90 jours).
- Le seuil à partir duquel les projets d'extension doivent être soumis à la commission de sélection correspond à une augmentation d'au moins 30 % de la capacité de l'établissement ou du service. Le décret supprime toute référence à un nombre de places.
- La capacité retenue pour appliquer les dispositions précédentes est la plus récente des deux capacités suivantes : la dernière capacité

autorisée par appel à projets ou la dernière capacité autorisée lors du renouvellement de l'autorisation. À défaut, la capacité retenue est celle qui était autorisée au 1^{er} juin 2014.

- Lorsque le représentant et le suppléant d'une association ou d'un organisme d'usagers sont empêchés pour l'examen d'un appel à projets, ils peuvent être remplacés par le représentant d'une autre association ou d'un autre organisme relevant de la même catégorie de membres.
- Le procès-verbal de la réunion de la commission doit désormais indiquer la mention de l'autorité ou des autorités compétente(s) pour délivrer l'autorisation, le nom et la qualité des membres présents, les projets examinés au cours de la séance, l'objet, le montant et l'origine des financements publics à mobiliser, et les motifs du classement réalisé par la commission. Tout membre de la commission peut demander que ses observations soient portées au procès-verbal.



Évaluation externe : un guide d'aide à la contractualisation avec un organisme habilité, à l'intention des ESSMS

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) a publié un guide destiné à encourager les établissements et services à poursuivre leur engagement dans la démarche d'évaluation externe. Le document s'adresse tout parti-

culièrement aux établissements et services isolés ou avec un faible nombre d'équivalents temps plein qui peinent encore à s'engager dans la démarche d'évaluation externe alors que l'échéance est fixée au 3 janvier 2015.

Au 31 décembre 2013, seulement 28,34 % des

ESSMS devant avoir fait réaliser leur évaluation externe avant le 3 janvier 2015 étaient engagés dans la démarche.

POUR EN SAVOIR +

Le guide est disponible sur : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>

INITIATIVES

VAL D'ARIÈGE



Un Ehpad héberge des start-up spécialisées en gérontechnologies

Créer un pont entre des entreprises qui innovent en matière de technologies pour favoriser l'autonomie, la prise en charge et le maintien à domicile des personnes âgées et le milieu médical d'un Ehpad, voilà un concept innovant. Il a été imaginé par l'Ehpad de Bellissen, à Foix, qui dépend du CH du Val d'Ariège.

Reconstruit en 2011, l'Ehpad de Bellissen compte 100 lits et 12 places d'accueil de jour Alzheimer. Dans ses murs, 70 m² sont réservés à une pépinière d'entreprises, véritable laboratoire dédié aux gérontechnologies. L'une des entreprises mène ainsi des recherches sur un système de géolocalisation et de détection des chutes, l'autre sur l'analyse de l'utilisation des fluides dans un appartement – eau, gaz,

électricité – permettant de renseigner sur l'état de santé du locataire, une troisième développe une plate-forme d'assistance et de surveillance des personnes à domicile. « *Le CH du Val d'Ariège se positionne comme un acteur en pointe sur la recherche en matière de prévention de la fragilité de la personne âgée* », précise Christian Albet, directeur adjoint des Ehpads Bariol/Bellissen. « *D'où l'intérêt de ces échanges entre milieu industriel et milieu médical.* »

Développé en partenariat avec l'agence de développement économique de l'Ariège « Ariège Expansion » en lien avec le gérontopôle Midi-Pyrénées et le centre e-santé, ce projet bénéficie de financements du conseil général de l'Ariège, de la région Midi-Pyrénées et de l'État.



METZ-THIONVILLE



Un service odontologie aux petits soins pour les personnes handicapées

Pas toujours facile d'être à jour de ses soins buccodentaires lorsqu'on est une personne handicapée, faute de lieux adaptés. Fort de ce constat, le service odontologie de l'hôpital Bel-Air de Thionville a conçu un cabinet de soins dentaires entièrement accessible et adapté aux personnes handicapées. En matière d'accessibilité tout d'abord, le bâtiment et le service sont équipés de portes automatiques. De même, les salles de soins ont été conçues pour un accès rapide et facile pour les personnes alitées. Ensuite, une architecture ergonomique des salles de soins permet une prise en charge adaptée aux différentes déficiences rencontrées. De plus, le personnel soignant a été formé à une approche comporte-

mentale des soins qui tient compte de la déficience de la personne et permet ainsi de rester à son écoute, pour une meilleure réussite de ses soins.

Le service d'odontologie assure également des missions de dépistage et de prévention des pathologies buccodentaires depuis plus de 30 ans. Il est à l'origine de partenariats étroits entre le CHR et sept centres d'accueil spécialisés de la région.

Imaginé par le Dr Daniel Anastasio, ce projet a reçu le 11^e trophée Innovation handicap. Ce prix, créé par la Mutuelle nationale des hospitaliers (MNH), vise à encourager les efforts d'accessibilité aux soins menés en faveur des personnes handicapées. Le CHR Metz-Thionville s'est engagé for-



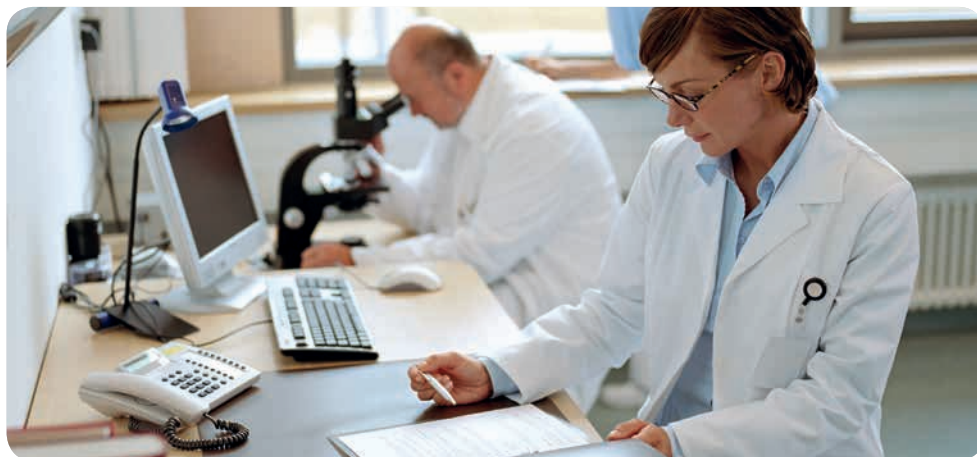
tement dans cette démarche. Il a soutenu la création d'une spatule d'accessibilité buccale (spatule SAB) par le Dr Daniel Anastasio afin de permettre une meilleure hygiène orale chez les patients déficients.

Offre de soins

ACTUALITÉS

QUELLE STRUCTURATION POUR LA RECHERCHE HOSPITALIÈRE PUBLIQUE ?

L'ESSENTIEL _ Un agenda stratégique pour la recherche, le transfert et l'innovation a été présenté en février 2013 par le président de la République. Il propose une vision à 2020 de la structuration de la recherche. Parmi les thèmes prioritaires : la santé et le bien-être.



Avec neuf millions de patients traités et 59 000 médecins, l'hôpital public promeut ou participe chaque année à 1 600 études cliniques, inclut 71 000 patients et produit 18 000 publications scientifiques. Il dispose d'un potentiel de recherche sans pareil et a un rôle de premier plan à jouer.

Pour contribuer à l'ambition nationale et renforcer les liens avec les partenaires que sont notamment Aviesan, les pôles de compétitivité ou encore les industriels, la recherche hospitalière publique poursuit sa structuration avec notamment le Comité national de coordination de la recherche (CNCR), et autour de quelques idées clés :

- le CHU est l'épicentre de la recherche médicale dans les territoires ;
- l'organisation territoriale doit largement associer autour du CHU les centres hospitaliers et, autant que possible, les profession-

nels de ville. Cette organisation territoriale est à l'avantage du CHU, des CH et des patients ;

- la compétition internationale, le besoin d'expertises et d'investissement justifient de poursuivre les efforts de coopération entre établissements de santé bien au-delà du territoire ;
- le financement de la recherche doit être fondé sur un équilibre entre le « tout appels à projets » qui suscite une compétition indéniablement bénéfique et l'allocation de budgets pérennes qui prend mieux en compte la complexité de certains projets et permet aux chercheurs de développer des projets innovants avec davantage de souplesse ;
- l'effort de professionnalisation et de structuration doit être poursuivi avec un objectif de simplification ;
- certains champs (psychiatrie, santé mentale, médecine de ville, etc.) doivent être davantage investigués.

POUR UNE SIMPLIFICATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, la DGOS a constitué un groupe de travail sur la simplification. La FHF, qui y participe, défend deux grands thèmes : la révision de la définition des besoins de santé et celle de l'organisation territoriale de l'offre de soins.

En matière de révision des besoins de santé, la FHF souhaite des schémas régionaux d'organisation des soins (Sros) amaigris, limités aux grands objectifs de santé. Leur évaluation serait confiée à la Haute Autorité de santé (HAS) dont les missions évolueraient. L'objectif est de ne plus faire coexister un système d'autorisation, fondé sur une logique administrative de conformité, avec un système d'objectif de résultats en matière de qualité.

La HAS deviendrait l'autorité responsable de la définition des normes de fonctionnement et de gestion des risques. Les conclusions des visites de certification seraient mises en relation avec le contenu des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et auraient un impact direct sur le fonctionnement des établissements. Les visites de conformité réalisées par les ARS seraient alors supprimées.

Pour la FHF, l'organisation territoriale de l'offre de soins doit également être repensée. Les coopérations doivent devenir la règle sur chaque territoire de santé, en faisant évoluer les outils à leur service.

La stratégie de groupe publique doit reposer sur la constitution de véritables acteurs de territoire, les groupements territoriaux de santé, dont la création serait obligatoire.

Grand angle

OFFRE DE SOINS

Pertinence des soins : moins de risques, moins de coûts

L'ESSENTIEL_ Au-delà de l'aspect purement économique, la lutte contre les actes inutiles est une question qui intéresse l'efficacité, la sécurité et la qualité de la prise en charge. Cet enjeu éthique appelle au développement des parcours de soins et à la mise en œuvre de quelques mesures, en concertation avec les professionnels concernés.



« **L**a pertinence des soins revêt un enjeu double. L'un, centré sur le patient, sa santé, son bien-être. L'autre, d'intérêt collectif, car il en va de la bonne utilisation des fonds publics », soulignait Alain Gautron, directeur général de l'ARS Bretagne, en novembre 2013, lors d'une journée régionale consacrée à la pertinence des soins. La thématique mobilise les agences régionales de santé (ARS) et le gouvernement, qui en a fait le deuxième axe de son plan d'économies 2014-2017. « Éviter les actes inutiles ou redondants et la consommation de médicaments inadaptés permettra d'économiser pas moins de 2,5 milliards d'euros d'ici à trois ans », estime la ministre de la Santé, Marisol Touraine. Au-delà de l'analyse de la prescription, la notion de pertinence correspond à l'adéquation des soins et des hospitalisations aux besoins des patients.

DES FRÉQUENCES PARFOIS 10 FOIS PLUS ÉLEVÉES

Depuis plusieurs années, la FHF explore cette voie du « juste soin au juste prix ». S'il existe certains

Grand angle



Suite de la page 15 ➔

L'ACTE PERTINENT

« L'acte pertinent est un acte de qualité [validé, éprouvé, justifié, proportionné aux connaissances et aux moyens] mais aussi adapté à l'environnement du patient et du médecin. C'est l'acte le meilleur pour l'objet de soin, le moins mauvais pour le risque, le plus adapté à une pratique et sûrement au meilleur coût », résume le Pr Daniel Rougé, doyen de la faculté de médecine de Rangueil (Midi-Pyrénées). La notion de coût ne se limite pas aux dépenses, mais implique aussi les risques encourus et même les contraintes subies par le patient, y compris psychologiques.

référentiels opposables, élaborés par la Haute Autorité de santé (HAS) pour constater la pertinence des actes exploratoires et chirurgicaux, l'autre voie possible consiste à comparer les taux de recours nationaux. Ces taux sont calculés par origine géographique du patient et standardisés par sexe et par âge, afin d'éliminer les effets liés à la structure des populations locales. Et les résultats interpellent. La chirurgie de la cataracte concerne ainsi 740 000 séjours en 2013, avec un taux de recours national de 11,3 séjours pour 1 000 habitants. Ce taux s'étale de 7,8 dans les Ardennes à 18,6 en Guadeloupe (12,9 en Gironde). Quant à la chirurgie du canal carpien, qui concerne environ 145 000 patients chaque année, le taux de recours s'élève à 0,76 séjour pour 1 000 habitants

à la Réunion (le taux minimum en métropole est de 1,08 dans le département des Hauts-de-Seine) et à 3,85 en Haute-Marne, soit un rapport de 1 à 5. Autres exemples d'inégalités : l'ablation des végétations adénoïdes présente un rapport de 1 à 11 entre le département le moins consommateur et celui le plus consommateur (Pas-de-Calais), et un habitant du Haut-Rhin subit trois fois plus souvent une coronarographie (suivie ou non d'une angioplastie) qu'un habitant de la Martinique. « C'est une véritable question, à la fois en termes d'accès à la santé et en termes de pertinence des actes », souligne Yves Gaubert, responsable du pôle Finances et Banque de données hospitalières à la FHF, qui appelle à l'utilisation du mécanisme de dégressivité tarifaire. Dans le collimateur :

19

C'est le nombre d'activités de soins MCO retenues comme prioritaires dans l'amélioration de la pertinence des actes. Parmi elles : l'endoscopie digestive, la césarienne ou encore l'arthroscopie.

le modèle de régulation comptable de la T2A qui incite à la surutilisation des ressources. « Au-delà d'un certain volume de recours dans un territoire donné par rapport au taux médian, il devrait y avoir une correction à la baisse du tarif. Inversement, il convient d'encourager le développement d'activité nécessaire dans des territoires qui sont en sous-activité », assure-t-il. La FHF sollicite également l'ouverture et la mise à disposition des données de l'assurance maladie.

PRÉVENTION ET PARCOURS DE SOINS

Pour optimiser l'intervention des acteurs, l'approche par parcours de soins, notamment en cancérologie, dans le domaine de l'insuffisance rénale chronique, du diabète et de certaines pathologies cardiovasculaires est une autre piste privilégiée. « S'inscrire dans un continuum "prévention-soins primaires-prévention secondaire-retour à domicile" et travailler autour des parcours du patient est l'un des enjeux de la future loi de santé publique. Celle-ci doit relancer le dossier patient partagé et faciliter l'approche territorialisée de soins et de santé, autour de groupements de territoires à la fois sanitaires et sociaux. Il faut relier ces sujets avec la médecine de proximité et les urgences, de manière à avoir une attitude qui réponde à la problématique du bon soin », fait valoir René Caillet, responsable du pôle Organisation sanitaire et médico-sociale à la FHF. Devant l'hétérogénéité des pratiques de césarienne programmée à terme, la HAS a élaboré en 2012 une recommandation de bonne pratique. Cent vingt équipes d'obstétrique volontaires de 16 régions se sont engagées dans un programme d'optimisation de la pertinence. L'expérimentation doit aussi être menée pour d'autres interventions telles que l'appendicectomie ou l'opération du canal carpien. « Dans un environnement économique difficile, la seule marge de manœuvre que nous ayons est celle de la suppression des actes inutiles. C'est un sujet de moins en moins tabou, y compris chez les citoyens », constate Yves Gaubert. Et si c'était aussi simplement la meilleure façon de soigner ?

_2 QUESTIONS AU

Dr Sami Haddad,

gynécologue-obstétricien au CH de Périgueux, membre de l'équipe de coordination du réseau de santé en périnatalité de la région Aquitaine

"Menace d'accouchement prématuré : mise en place d'un protocole régional"

Quels sont les objectifs et les actions du réseau de santé en périnatalité « protocole obstétrique » ?

Notre objectif est l'harmonisation des pratiques entre les 28 maternités régionales. Nous passons par plusieurs étapes : la rédaction et l'élaboration de protocoles régionaux (trois visioconférences par an en moyenne) et une journée d'échange de pratiques annuelle, en nous fondant sur les recommandations de la HAS et du Collège national des gynécologues et obstétriciens français. En septembre 2012, nous avons consacré une journée d'échange aux menaces d'accouchement prématuré, en réunissant 160 professionnels. Elle a débouché sur l'élaboration d'une procédure régionale et la réalisation d'une grille d'EPP (évaluation des pratiques professionnelles) réalisée par le comité de coordination et d'évaluation clinique de la qualité en Aquitaine, de façon à permettre à tous les établissements de mettre en place une évaluation informatique et de dégager des axes d'amélioration.

Comment améliorer la pertinence des soins au quotidien ?

La question à se poser est celle-ci : est-ce que je suis capable de penser que ce que je sais aujourd'hui ne sera peut-être pas valable dans un an ou dans dix ans ? Il faut avoir la capacité de modifier ses repères, avec comme seul objectif de rendre service au patient. Pour cela, on devrait être dans l'accompagnement des professionnels, pas dans l'imposition des normes. C'est parce qu'on élabore ensemble les procédures que l'on peut ensuite se les approprier et les appliquer. Nous avons mis en place une grille informatique qui permet aux établissements de voir où ils en sont dans la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré et quelles sont les améliorations à mettre en place.

_INITIATIVES

MIDI-PYRÉNÉES**LE PLAN D'ACTION PERTINENCE DE L'ARS MIDI-PYRÉNÉES**

Identifier les situations atypiques dans la région en termes de prise en charge chirurgicale et/ou de territoires de santé concernés : c'est l'un des objectifs de l'ARS Midi-Pyrénées qui, depuis 2012, a mis en place un plan d'action régional sur la pertinence des soins. Qu'il s'agisse d'une démarche diagnostique (imagerie, biologie, etc.), thérapeutique (interventions chirurgicales, prescriptions médicamenteuses, etc.) ou organisationnelle (type de séjours hospitaliers, parcours de soins, etc.), la prise en charge doit être en adéquation avec les besoins du patient, souligne l'ARS, qui a mis l'accent sur les partenariats avec les établissements de santé, les professionnels de santé, les sociétés savantes et l'université. Dans cette optique, elle a mis à disposition des établissements publics et privés de la région un logiciel pour aider les professionnels à la gestion des démarches d'EPP. Quant aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements, ils intègrent l'obligation de mener un travail sur la pertinence des soins en fonction du diagnostic établi sur le territoire de santé. Dans cette optique, une étude concernant les angioplasties coronaires est mise en place en 2014 afin d'estimer le taux d'angioplasties coronaires non pertinentes au niveau régional et d'identifier les situations cliniques dites « à risque ». Ce travail implique les fédérations hospitalières et les neuf établissements de santé (publics et privés) concernés par cette activité. Les résultats devraient être connus à la fin de l'année.

PACA**ENDOSCOPIE DIGESTIVE : L'ARS PACA PROPOSE DEUX INDICATEURS**

Parce que le recours aux endoscopies digestives est particulièrement élevé dans la région – 229 pour 10 000 habitants en PACA contre 162 pour la France métropolitaine pour le recours aux œso-gastro-duodénoscopies ; 227 contre 198 pour les coloscopies totales – l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur a publié en 2012 un document à visée pédagogique, réalisé en partenariat notamment avec la FHF et les professionnels concernés, sur la pertinence de ces actes. L'objectif du document est à la fois de partager les données d'activité, de lancer une réflexion sur la pertinence des soins et de diffuser des recommandations de bonnes pratiques en lien avec les sociétés savantes, les syndicats médicaux et la HAS. Deux indicateurs ont été déterminés : la part d'actes thérapeutiques sur le total des examens et le taux de séjours en doublon (taux de séjours comportant des actes doubles, coloscopie et gastroscopie, supérieurs aux taux nationaux). Plus d'un an après, force est de constater que les pratiques dans ce domaine n'ont quasiment pas évolué.

_3 QUESTIONS AU



Dr Marie-Hélène Rodde-Dunet, chef du service de l'évaluation et de l'amélioration des pratiques (SEVAM), à la Haute Autorité de santé (HAS)

“Dans les Ehpad, la fin de vie reste une question taboue.”

Quelles sont les dimensions retenues par la HAS pour analyser la pertinence d'une intervention de santé ?

La pertinence se focalise surtout sur l'indication et la non-indication des interventions en matière de santé. Nous cherchons essentiellement à garantir la prise en charge la plus pertinente possible, c'est-à-dire la bonne intervention, pour le bon patient, au bon moment et au bon endroit. La balance entre les bénéfices et les risques, la probabilité pour l'intervention d'aboutir aux résultats attendus, la qualité de l'intervention de santé au regard des références scientifiques font partie des critères. La HAS se fonde sur l'expertise scientifique et sur les études cliniques pour élaborer ses recommandations de bonne pratique. Nous travaillons avec les professionnels en amont et les accompagnons dans leur démarche d'amélioration de la pertinence.

Quelles sont les productions de la HAS mises en œuvre pour améliorer la pertinence des actes ?

Nous produisons systématiquement une note de problématique pour évaluer les saisines qui nous sont faites sur des thématiques données. Nous analysons alors si une recommandation est nécessaire. Les principaux outils sont les recommandations de bonnes pratiques, les évaluations technologiques d'un acte, les fiches et mémos pour les professionnels de santé, les fiches d'information patients et les guides d'analyse et d'amélioration du parcours.

L'amélioration de la pertinence du parcours des patients avec syndrome du canal carpien est l'un des axes choisis par la HAS depuis 2012. Quelles sont les méthodes utilisées ?

Au-delà de l'évaluation technologique sur les indications de la chirurgie dans le syndrome du canal carpien, la HAS a produit un guide d'optimisation du parcours du patient avec un syndrome du canal carpien pour accompagner les démarches d'analyse et d'amélioration des pratiques des professionnels. En partenariat avec l'Assurance maladie, nous avons élaboré deux documents : un référentiel du parcours de soins à destination des médecins et un livret d'information et de prévention à destination des patients. Les objectifs de qualité prioritaires, mis en exergue dans nos travaux, sont le traitement médical avant une intervention chirurgicale, la qualité du compte rendu de l'électroneurobiogramme qui doit être fait avant toute indication de chirurgie et la visite médicale avant la reprise du travail.

Grand angle

SOCIÉTÉ

Égalité homme-femme à l'hôpital : le dessous des chiffres

L'ESSENTIEL_ Non-sujet pour les uns, négligé pour les autres, la question de l'égalité entre les femmes et les hommes à l'hôpital public est un thème qui divise... et mobilise. État des lieux des pratiques et représentations selon les métiers ainsi que des initiatives en faveur de la parité, profitant à tous.

« **A**vec 77 % de femmes dans la fonction publique hospitalière, comment poser la question de l'égalité professionnelle ? », interrogeaient les intervenants d'une table ronde organisée par la FHF lors des récents Salons de la santé et de l'autonomie. On peut en effet se demander s'il ne s'agit pas d'un faux sujet, concernant une institution composée d'une population essentiellement féminine et organisée autour de concours et de règles statutaires protectrices, *a priori*, contre les inégalités. Et, pourtant, l'examen des chiffres appelle à plus de circonspection : 45 % seulement des postes de direction – tous corps confondus – sont occupés par des femmes. On compte certes 80 % de cadres soignants femmes (Base Santecole-DGOS, 2012) pour 87 % d'IDE femmes (Drees, 2013), mais 15 % de femmes chefs d'établissement et 10 % de directrices générales de CHU. On recense 47 % de praticiennes hospitalières mais 16 % de professeures des universités-praticiennes hospitalières (PU-PH), 23 % de chirurgiennes et 0 % d'urologue femme ! (Centre national de gestion, 2013).

UNE AUTOCENSURE DES FEMMES ?

Selon les corps de métiers, la problématique varie. « Le sexe n'a jamais été un critère de recrutement et le concours est accessible à tous », soutient Stéphane



Grand angle

Suite de la page 19 →

20 %

Les établissements sont obligés – depuis le 1^{er} janvier 2013 – de nommer au moins 20 % par an de femmes à des postes d'encadrants (soit 400 emplois/an), sous peine de sanctions financières.

Michaud, président de l'Association française des directeurs de soins (AFDS). « *En revanche, ce qui peut jouer, c'est l'autocensure de la femme elle-même, y compris à se décider à suivre la formation à Rennes, poursuit Sylvie Leuwers, trésorière de l'association. C'est un choix et un engagement personnels.* » La conquête de la parité doit passer aussi par une évolution des représentations très normées des métiers au sein de l'hôpital. Si, chez les soignants, les choses bougent peu (entre 85 et 91 % de femmes en sortie d'IFSI depuis 30 ans, 1 % d'auxiliaire de puériculture depuis 40 ans), dans le secteur des ingénieurs, on note une progression. « *D'ici une décennie, les ratios auront basculé, peut-être même dans les directions techniques¹, note Jacques Roos, président d'Ingénieurs hospitaliers de France. C'est une évolution sociétale dont profite encore plus notre univers hospitalier très féminisé : une femme ingénieur y est peut-être plus à l'aise et cela passe très bien auprès des soignants par exemple.* » Hypothèse optimiste cependant non partagée par tous : « *À une femme, on pardonne moins les erreurs. Elle doit plus prouver ses compétences et son engagement personnel, sans mettre en avant ni ses sentiments ni sa vie personnelle. Et avant d'y parvenir, laisser les pairs entériner les décisions à sa place.* » Chef des urgences de Roubaix pendant trente ans, ex-chef de pôle et ancienne vice-présidente de CME, Marie-Anne Babé décrit un environnement dur : « *Les pairs chefs de service sont souvent des hommes et ont encore toujours des a priori. Lorsqu'ils sont nommés, ils le sont aussi par cooptation de l'équipe, laquelle côté paramédical est plutôt féminine et préférera un homme, qu'elle percevra comme affirmant mieux qu'une femme l'autorité. Les grandes gueules, ça marche !* »

EMPLOIS PRÉCAIRES ET MOINS DE GARDES

Réalisant le bilan social de son établissement (voir encadré), Philippe Banyols, directeur du CH de Thuir, fait plusieurs observations : des inégalités de rémunération d'abord, qu'il explique par le fait que « *les emplois les plus précaires sont occupés par des femmes et que, dans le corps médical, les hommes prennent plus de gardes que les femmes* ». Un calcul qui demande un peu de travail, les systèmes d'information n'opérant pas cette distinction. De même qu'il importe qu'un autre indicateur soit genré, celui du nombre de temps partiels : les 3/4 sont pris par des femmes, ce qui a un impact sur les salaires. Autre constat de Philippe Banyols : « *On compte chez les ASH quasi 100 % de femmes mais seulement 15 % chez les cadres supérieurs. Je gage que la réalité est la même dans les autres CH.* » Pionnière sur le sujet de l'égalité hommes/femmes, la dynamique Association des directeurs d'hôpital (ADH) ne peut que faire le même constat et a décidé de s'emparer du sujet. Colloque et publications, comme *Managez équilibré !* en 2012, présentent une analyse de la réalité des candidatures et nominations dans les fonctions de chefs et d'adjoints, chiffres du CNG (Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et personnels de la direction) à l'appui. « *On note une réticence manifeste chez certaines femmes à candidater, commente Frédéric Boiron, le président de l'ADH. Cela nous conduit, sans hésitation, à interpellier les conditions de travail des dirigeants : burn out, réunions dans des conditions et à des horaires impossibles, pression professionnelle jusqu'au domicile. Prévenir les risques psychosociaux, c'est prendre soin de tous et ce n'est pas parce qu'on parle conditions de travail que*



HOPITAL DE THUIR AU FEMININ

À THUIR, ON BOUSCULE LES ÉVIDENCES

Voici deux, ans, Philippe Banyols, directeur du CH de Thuir, bousculé par les réflexions de collaboratrices sur le fait que la parité n'était pas un acquis à l'hôpital public, nomme une référente égalité. Sa mission est de créer un comité de pilotage en associant toutes les composantes de l'hôpital pour agir sur l'égalité en termes de rémunération, de déroulement des carrières et d'accès aux soins pour les personnels. Ce comité organise, à l'occasion de la journée de la femme, une action de sensibilisation à la parité professionnelle avec présentation du bilan social en présence des responsables des institutions concernées, comme le CIDF (Centre d'information sur le droit des femmes), l'Aract (Agence régionale de l'amélioration des conditions de travail), la délégation régionale au droit des femmes et des universitaires spécialistes de la lutte contre les discriminations de genre.

_3 QUESTIONS À



Brigitte Grésy,

inspectrice générale des affaires sociales, membre du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes et auteur du rapport sur l'égalité professionnelle, remis en juillet 2009 au ministre du Travail



la profession se dévirilise. » Le bon abord consisterait non pas à afficher la volonté de lutter contre les inégalités, mais à privilégier la démarche inclusive, c'est-à-dire la prise en compte de tous, « afin qu'à compétences égales, on permette à chacun d'exprimer son talent », résume Marie Houssel, adjointe au responsable du pôle RH à la FHF. Une politique d'égalité qui consiste à améliorer les conditions de travail mais formalise aussi des procédures² : « comme par exemple, conclut Marie Houssel, mettre en place un entretien préalable à un congé parental, pour expliquer l'impact sur la carrière et avant le retour pour préparer la reprise dans les meilleures conditions. Il faut que les personnels soient accompagnés, éclairés. »

1. 25 % de femmes ingénieurs travaux et maintenance et un fort taux de progression.

2. La FHF s'est engagée par la signature, le 8 mars 2013, du protocole d'accord relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique.

À SOISSONS, ON AFFICHE LA COULEUR

Cadres et médecins tout en blanc ; infirmiers, puéricultrices, manipulateurs et préparateurs en pharmacie en blanc et liseré bleu ; liseré rouge et orange pour les aides-soignantes et auxiliaires ; marron-vert anis pour les ASH... les sages-femmes restent en rose, elles l'ont voulu ! Le renouvellement des tenues du personnel au CH de Soissons a été l'occasion de faire se distinguer les tenues par fonction dans un souci de visibilité. L'occasion aussi d'éliminer des couleurs trop marquées comme le rose fuchsia. « Nous employons une majorité de femmes comme dans tous les hôpitaux mais ce n'est pas pour cela qu'on doit envisager l'activité de soin comme par essence féminine », commente le DRH de l'établissement, Alexandre Mokédé.

“Nombre d'hommes seraient pourtant excellents dans le care !”

Concours et règles statutaires protègent-ils des inégalités ?

Le plafond de verre ou les écarts de rémunération existent de façon quasi aussi importante que dans le privé. Les causes sont identiques et connues : le non-partage des tâches parentales et domestiques, la discrimination systémique exercée par les employeurs qui estiment que les femmes sont moins flexibles et disponibles que les hommes. Ces discriminations indirectes jouent à plein dans la fonction publique. Comme ailleurs, les employeurs n'y donnent pas les mêmes chances aux hommes et aux femmes. Ils anticipent – même lorsqu'une femme n'a pas d'enfant – des arrêts, avec des conséquences sur les clefs de la carrière : la promotion, les missions importantes qui contribuent à la reconnaissance, les primes, etc. Les femmes s'autocensurent et intègrent les freins invoqués. À force d'être formatées depuis l'enfance dans des systèmes différenciés, elles ont un sentiment de légitimité moindre et sont moins à l'aise pour demander augmentations et promotions. Je ne naturalise pas : elles ne sont pas plus timides que les hommes, mais n'ont pas appris les mêmes choses à l'école !

Pourquoi les métiers du care sont-ils toujours exercés par des femmes ?

Les femmes sont actives en France mais traditionnellement concentrées dans dix types de métiers : aide à la personne, santé, assistantat, commerce, etc., dans une sorte de prolongement d'une conception naturalisante des sexes. Aux femmes le soin et la prise en charge des personnes, aux hommes la production et la conquête. Cela n'a pas de sens mais explique cette répartition forte dans les mentalités qui se répercute dans les choix de métiers : nombre d'hommes seraient pourtant excellents dans le care !

Quelles solutions pour plus d'égalité ?

D'abord des politiques d'égalité menées par les fonctions publiques, avec des objectifs de progression des femmes dans les carrières en évaluant et sanctionnant les établissements qui ne le font pas. C'est la seule façon de procéder. Elles doivent être aussi accompagnées d'une organisation du travail et du temps qui profite à tous.

+ d'interactions

GUIDE

POUR TOUT SAVOIR SUR LA FHF, FEUILLETEZ SON RAPPORT D'ACTIVITÉS !



Interview croisée, reportage photo légendé, dossiers... La FHF raconte son année 2013 en textes et en images. L'occasion de (re)découvrir les chantiers prioritaires, les moments forts, les engagements phares d'une fédération qui se positionne comme le fer de lance du service public de santé.

À consulter sur : www.fhf.fr/Actualites/Presse-Communication/Supports-de-communication-FHF

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VULNÉRABLES : LA FHF ET MÉDECINS DU MONDE S'ENGAGENT



Agir pour la prise en charge des personnes vulnérables à l'hôpital et dans le système de santé. Tel est le message que portent, ensemble, la FHF et l'association Médecins du Monde en versant au débat 35 propositions via un rapport. Dans la publication, objectifs et initiatives de terrain se font écho. De la même manière, aspects historiques et prospectifs se répondent pour permettre au lecteur d'avoir une vision complète sur un sujet riche.

À consulter sur : www.fhf.fr/Actualites/Presse-Communication/Supports-de-communication-FHF

LA REVUE *INFO EN SANTÉ* INTERROGE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE



La chirurgie ambulatoire occupe une place prépondérante dans le débat public – et figure en bonne place dans les prises de parole de la FHF. En témoignent la présentation d'une étude auprès de l'Académie nationale de chirurgie en décembre 2013, la tenue d'une conférence de presse en janvier dernier et la mise à la une du sujet dans le numéro de mai 2014 de sa revue médico-économique. *Info en santé* interroge la notion, son périmètre, propose une étude de potentiel. Le numéro présente également les taux de recours à l'hospitalisation en 2012 dans les différents champs (MCO, SSR, psychiatrie, HAD).

À consulter sur : www.fhf.fr/Actualites/Presse-Communication/Magazines-FHF/Info-en-Sante

INTERNATIONAL



DÉSERTS MÉDICAUX ET RÉPONSES POLITIQUES EN EUROPE

Dans tous les pays de l'OCDE ou presque, les médecins sont inégalement répartis, ce qui nourrit des inquiétudes quant à l'accès aux services de santé. L'accès aux soins dans les zones rurales est au centre de l'attention même si, dans certains pays, les régions urbaines et suburbaines pauvres représentent également un défi. Un document de travail de l'OCDE publié début 2014 examine les raisons des choix d'installation géographique des médecins et détaille les réponses politiques apportées.

Pour en savoir plus : www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/geographic-imbalances-in-doctor-supply-and-policy-responses_5jz5sq5ls1wl-en#page1

POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE ET D'AUSTÉRITÉ : LA DÉCLARATION DE GRENADE

La crise économique qui touche l'Europe et, en particulier, les pays du Sud, a entraîné des changements dans les politiques sociales. L'analyse de l'évolution des politiques de santé visant les migrants et les minorités ethniques et leurs effets sur l'État-providence en Europe a été l'un des objectifs de la 5^e conférence de l'Alliance européenne de santé publique (Eupha), qui s'est tenue en avril dernier à Grenade (Espagne). Les participants ont produit une déclaration commune qui appelle les gouvernements à prendre des mesures concrètes pour protéger la santé des migrants et des minorités ethniques en Europe.

Pour en savoir plus, la déclaration de Grenade est disponible à l'adresse suivante : www.eupha-migranthealthconference.com/?page_id=1766



3 et 4 décembre 2014

MÉDITERRANÉE

HE

Parc Chanot **Marseille FRANCE** **HOPITALEXPO**

Les rendez-vous d'affaires
et de coopération hospitalière
du bassin méditerranéen.

UNE MANIFESTATION



EN ASSOCIATION AVEC



EN PARTENARIAT AVEC



UNE ORGANISATION



en association avec **héral**

CLAIR ET NET

NON MONSIEUR,
CE N'EST PAS LA
PESTE BUBONIQUE.
C'EST UN
FURONCLE.

TU DONNES
DES COURS DE
MÉDECINE ?

PFFF... ENCORE
UN PATIENT QUI
S'AUTO-DIAGNOSTIQUE
SUR INTERNET.

REGARDE !
INTERNET, CA A
AUSSI DU BON !

DE VRAIS
CONSEILS
SANTÉ SUR
MNH-SANTE.FR

COMME LE
RUGBYMAN
TORSE NU,
LÀ ?

EUUH...
OHH.MINCE.
UN VIRUS.



L'ESPRIT HOSPITALIER EN PLUS

Retrouvez notre plateforme santé sur **orange.fr** : mnhsanté.fr