

AVRIL 2015

# 1

**Pourvoir les directions hospitalières d'un nouvel outil d'information privilégiant les aspects législatif, réglementaire, fonctionnel de l'addictologie en établissements de santé : c'est l'objectif que nous nous sommes donnés avec cette nouvelle publication semestrielle du Respadd : *Agir-Addictions*.**



© National Cancer Institute

## Sommaire

**TABAGISME ET  
CANCERS EN FRANCE**  
État des lieux

**PORTRAIT**  
Gérard Bourrat,  
directeur du Château  
de Longues-Aygues

Échos de réseaux

RESSOURCES

Save the Date

Agenda

**N**ous souhaitons ainsi contribuer à la valorisation des actions de santé publique locales et à l'animation de notre réseau d'adhérents.

Ce support est à votre disposition : vous pourrez y trouver des éléments pour élaborer vos actions en promotion de la santé, y valoriser votre offre de soins, communiquer sur vos services, faire valoir votre expertise.

Étayé par des témoignages et expériences de terrain, *Agir-Addictions* entend créer l'émulation nécessaire à tout réseau qui vise l'excellence en termes d'offres et de services.

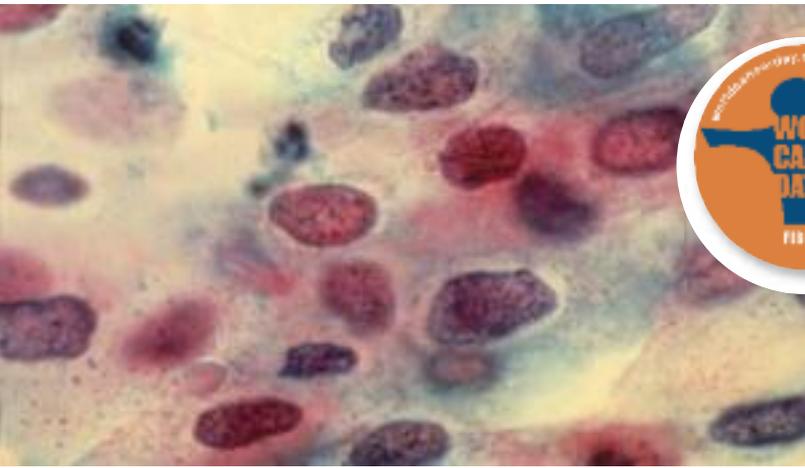
Ce premier numéro consacré notamment aux liens entre cancer et tabagisme s'inscrit dans une période particulièrement dense en termes de nouvelles mesures et législations dans le champ de la tabacologie et de l'addictologie (ou du tabagisme et des addictions) en général. D'où un besoin de se faire l'écho de ces évolutions pour pourvoir les directions d'établissements de santé membres du Respadd d'éléments d'aide à la décision.

Avec *Agir-Addictions*, le Respadd réaffirme son engagement en faveur de la prévention des conduites addictives et sa légitimité en tant que réseau fédérateur de plus de 700 établissements de santé. Conçu pour ses adhérents, ce support est le vôtre et vos contributions, attendues, l'expression de la vitalité du réseau.

Ce premier édito est aussi l'occasion de vous rappeler notre assemblée générale le 24 juin prochain à Paris qui verra le renouvellement du conseil d'administration pour les deux années à venir. A ce titre, 8 postes d'administrateurs représentants les établissements adhérents seront à pourvoir. Je vous invite donc tous à y participer activement et à être présents le 24 juin après-midi au siège du Respadd.

La convocation vous parviendra très prochainement, accompagnée d'un appel à candidature et d'un pouvoir à nous renvoyer renseigné dans l'hypothèse où vous ne pourriez vous joindre à nous.

Anne Borgne,  
présidente du Respadd



© National Cancer Institute – Unknown photographer, via Wikimedia Commons

**A l’occasion de la Journée mondiale contre le cancer le 4 février dernier et à l’issue de la conférence de l’INCa sur les cancers liés au tabac en janvier, focus sur quelques données marquantes et évolutions concernant les politiques publiques de prévention.**

## 1 // CANCER ET TABAGISME EN FRANCE

944

**ÉTABLISSEMENTS SONT HABILITÉS À TRAITER LES CANCERS FIN 2013, POUR UNE DURÉE DE 5 ANS, QUEL QUE SOIT LE MODE DE PRISE EN CHARGE CONSIDÉRÉ (CHIMIOTHÉRAPIE, RADIOTHÉRAPIE, CHIRURGIE, SOINS PALLIATIFS OU AUTRE PRISE EN CHARGE).**

### Localisations et comorbidités des cancers liés au tabac

Comme l’évoquait **Agnès Buzyn** (INCa) en ouverture de la conférence INCa sur les cancers liés au tabac, le tabac est à l’origine de 76 000 décès par an, soit près de 90 % des cancers du poumon, plus de la moitié des cancers des voies aérodigestives supérieures selon la localisation (pharynx, larynx, bouche, œsophage), 40 % des cancers de la vessie, 30 % des cancers du pancréas. Il est impliqué dans les cancers des voies urinaires, du rein et des ovaires, du col de l’utérus, de l’estomac, du colon, rectum et dans la leucémie aigüe myéloïde.

Le tabagisme est également associé à une moins bonne réponse aux traitements du cancer, à une aggravation des effets secondaires des thérapies et à une dégradation de la qualité de vie des patients.

### Risques de second cancer

Les résultats de l’étude K2 visant à produire des estimations à grande échelle de l’incidence des seconds cancers en France a mis en évidence un risque accru de second cancer multiplié par 1,36 chez les individus pour lesquels un premier diagnostic avait été

posé par rapport à la population générale, le risque allant croissant pour les cancers associés au tabac. Toutes les localisations à risque de cancer après cancer du poumon (sauf la thyroïde) ont une étiologie tabagique avérée d’après les données de l’*International agency for research on cancer* (2009). Aujourd’hui, la stratégie de prévention reconnue reste l’arrêt du tabagisme. Il apparaît nécessaire d’identifier des modalités de sevrage efficaces pour ces patients (addiction forte, faible observance des protocoles de sevrage) et d’évaluer plus clairement l’impact de l’arrêt du tabagisme en termes de diminution de risque de seconds cancers

Une méta-analyse publiée en 2010 concluait, à partir de dix études observationnelles comparant la mortalité de patients atteints de cancer du poumon à un stade peu avancé ayant ou non stoppé leur consommation de tabac, que 30 % des patients qui continuaient de fumer étaient en vie 5 ans après le diagnostic contre 63 % pour ceux qui avaient arrêté. Continuer de fumer se voyait ainsi significativement associé à une augmentation du risque de seconds cancers primitifs (SIR = 4,31 avec IC95 % : 1,09-16,98).

### Les défis d’un dépistage précoce

Le cancer du poumon est la première cause de décès et d’années de vie perdue chez l’homme et la seconde cause chez la femme.

Son incidence augmente pour les deux sexes à partir de 55 ans avec un pic d’incidence à 75 ans. Le diagnostic a lieu le plus souvent après l’apparition des symptômes alors que la maladie a atteint un stade irréversible. Aussi un repérage précoce constitue-t-il un objectif rationnel pour tenter de maîtriser la mortalité. Un essai clinique contrôlé dont les résultats ont été publiés en 2011 a montré pour la première fois qu’un dépistage par scanner thoracique (comparé à la radiographie thoracique) pouvait diminuer la mortalité spécifique de 20 % et la mortalité globale de 6,7 %.

1,5

MILLIARD,  
C'EST LE MONTANT  
ALLOUÉ AU  
3<sup>e</sup> PLAN CANCER  
DONT L'UN DES  
OBJECTIFS  
MAJEUR EST LA  
RÉDUCTION DES  
INÉGALITÉS  
SOCIALES LIÉES  
À LA MALADIE.

Le protocole de cette vaste étude américaine n'a pas pu être reproduit à grande échelle et cependant, malgré l'absence de directives et processus standardisés et d'une modélisation opérationnelle à l'échelle du territoire, les experts, comme l'a rappelé **Gérard Zalzman** (CHU Caen) se prononcent aujourd'hui en faveur de la mise en place d'un dépistage par scanner thoracique basse dose, répété de façon annuelle pendant 3 ans, chez le fumeur actif ou ayant arrêté il y a

moins de 15 ans, si le patient en fait la demande et est au fait des risques/bénéfices associés – notamment le risque de faux positifs – et s'il a entre 55 et 74 ans. Enfin, le patient doit avoir été sensibilisé à la nécessité d'engager de façon concomitante une démarche de sevrage tabagique.

Enfin, en termes de stratégie sanitaire, un leadership clinique doit être sous-tendu par une connaissance des ratios coûts-efficacité de ce type de dépistage associé au sevrage tabagique.

## 2 // DE QUELLE PRÉVENTION LE CANCER A-T-IL BESOIN ?



### Riches et pauvres inégaux face au cancer

**Damien Bricard** (Institut national des études démographiques) est venu rappeler la pertinence de se placer dans une perspective historique pour saisir l'évolution dynamique des consommations de tabac en fonction des capitaux socio-économiques des individus. De ces analyses, le constat d'une mortalité différentielle est rendu possible. Ainsi la probabilité d'être en mauvaise santé est plus grande chez les individus issus des milieux plus précaires. On observe également une transmission des comportements à risque à travers les générations, autre phénomène corrélé à la reproduction sociale des inégalités. Être issu d'un milieu défavorisé, avoir connu des périodes de précarité, avoir des parents de niveau scolaire faible adoptant des comportements à risque ou en mauvaise santé constituent autant de facteurs explicatifs des inégalités de santé à l'âge adulte. En termes d'adhésion aux campagnes sanitaires, on observe que l'indigence rend moins sensible à la prévention d'où l'importance de mettre en place des stratégies de prévention spécifiques adaptées à ces publics.

### Un programme politique ambitieux

Le 3<sup>e</sup> plan cancer 2014-2019 et le programme national de réduction du tabagisme présenté dans le cadre du colloque de l'INCa en janvier dernier par **Nathalie Joannard** (DGS) sont tous deux ambitieux à la mesure de la prévalence toujours importante des cancers liés au tabagisme. Parmi les objectifs du programme national de réduction du tabagisme : une baisse de 10 % du nombre de fumeurs en 5 ans, une prévalence du tabagisme en deçà de 20 % en 10 ans et enfin une première génération de non-fumeurs chez les enfants nés en 2014.

### La prévention du tabagisme en établissement de santé

Les établissements de santé ont un rôle essentiel à jouer dans le succès de ces politiques publiques, au-delà de la prévention des cancers et bien amont du diagnostic. Cela passe par des actions de prévention à tous les niveaux de consommation de tabac et quel que soit le degré de motivation du patient. Parmi les personnes hospitalisées dépendantes du tabac, certaines sont

atteintes de maladies pour lesquelles la poursuite du tabagisme majore les complications dans des proportions beaucoup plus importantes que les bénéfices attendus du traitement (maladies cardiovasculaires, pulmonaires, diabète, dyslipidémies...).

On connaît aujourd'hui non seulement les conséquences délétères du tabagisme sur le système cardiorespiratoire, mais aussi l'impact négatif considérable sur l'ensemble des processus de cicatrisation et donc sur le risque de survenue de complications chirurgicales postopératoires. En effet, à titre d'exemple, dans la chirurgie péri-opératoire, le tabagisme altère les processus de cicatrisation et de défense anti-infectieuse. Le tabac retarde la consolidation osseuse et majore le risque de pseudarthrose après chirurgie orthopédique. Chaque fumeur doit ainsi pouvoir bénéficier d'une prise en charge de son tabagisme.

**Anne-Cécile Cornibert,**  
*chargée de projets Respadd*



**Gérard Bourrat est directeur du Château de Longues-Aygues, établissement proposant des soins de suite et réadaptation en addictologie. Cet établissement prend en charge et accompagne des patients qui souhaitent s'engager dans une dynamique de sevrage de leurs addictions et de reconstruction de leur projet de vie personnel. Il se distingue par un environnement tout à fait exceptionnel et la place importante de l'éducation thérapeutique.**



**Pouvez-vous nous dire quelques mots sur votre parcours et ce qui vous a amené à prendre la direction de cet établissement ?**

De formation supérieure en gestion hôtelière, après quelques expériences dans l'hôtellerie et la restauration haut de gamme, j'ai eu l'opportunité de poursuivre ma carrière au sein de la direction générale de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris.

A la Direction du personnel bureau de l'organisation et de la prévision des effectifs comme auditeur et formateur, puis à la Direction des affaires économiques en tant que conseil chargé du Plan cuisine et des restructurations des services logistiques. Une formation au Conservatoire des arts et métiers complète mon parcours par un diplôme d'ingénieur en organisation et m'amène à multiplier les expériences d'audits dans le cadre de projets de restructurations hospitalières notamment.

La suite de ce parcours m'amène à nouveau à la gestion d'établissements sanitaires privés. D'abord en région parisienne dans une clinique chirurgicale, puis sur la région PACA à Aix et à

Marseille pour du MCO et du SSR, et depuis 2003 sur la région Midi-Pyrénées où j'assure la direction du Château de Longues-Aygues jusqu'en 2010 comme établissement postcure psychiatrique et depuis fin 2010 en tant que SSR spécialisé dans la prise en charge des addictions. C'est le retour dans ma région de prédilection, le cadre et les installations très proches de celles d'un établissement hôtelier de bon niveau qui m'ont décidé à accepter de travailler au Château de Longues-Aygues.

**Quels sont les sujets de santé publique qui vous passionnent le plus ?**

Les sujets qui traitent de la prévention sur les addictions, la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, la gestion des risques en institution m'interpellent plus particulièrement.

**Le Château de Longues-Aygues se distingue par un cadre exceptionnel et un nombre important d'équipements pour les patients. Comment ce projet d'un établissement de soins de suite en addictologie est-il né ?**

En 2008, l'ARH Midi-Pyrénées nous demanda d'envisager une réorientation de l'activité de l'établissement, alors postcure psychiatrique, au prétexte que la région comptait un équipement pléthorique dans ce domaine. La mise en place du nouveau schéma régional d'organisation des soins (SROS) et du Plan régional de santé (PRS) pour tenir compte du Plan addiction 2007-2011 prévoyant la création de deux nouvelles structures, nous avons décidé de nous orienter vers cette activité et de présenter un projet

**18 399**

JOURNÉES  
POUR L'ACTIVITÉ  
EN 2014

**84 %**

TAUX  
D'OCCUPATION  
EN 2014

# 29 jours

DURÉE MOYENNE  
DE SÉJOUR  
EN 2014

de nouvelle autorisation en qualité de SSR spécialisé dans les affections liées aux conduites addictives.

Cette demande correspondait aux attentes de l'ARS qui succédait à l'ARH et la qualité et l'originalité du projet d'établissement nous permirent d'obtenir l'autorisation attendue.

Il faut préciser aussi que l'équipe en place travaillait depuis de nombreuses années avec des patients qui souffraient de dépressions et d'addictions, dans le cadre de la posture psychiatrique, ce qui a grandement facilité la transition.

## Comment envisagez-vous l'addictologie au sein de votre établissement ?

Nous nous efforçons en premier lieu, de répondre aux exigences du texte qui régit cette spécialité. Nous avons rencontré plusieurs établissements en régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon pour mettre en place une prise en charge qui permette au patient de profiter pleinement des avantages qu'offre l'établissement.

Ainsi l'addictologie à Longues-Aygues c'est un travail dans un cadre et avec des installations de qualité et avec une équipe pluridisciplinaire fortement motivée.

La prise en charge se fait à partir d'un contrat thérapeutique accepté par le patient qui s'engage à s'impliquer et respecter les modalités du projet de soins. La motivation du patient est importante pour suivre le programme qui est proposé après le sevrage, sur une durée de cinq semaines.

## Quels sont selon vous les atouts d'une adhésion au RESPADD ?

L'adhésion au RESPADD, présente plusieurs atouts importants pour les acteurs de l'addictologie en France. D'abord la possibilité de pouvoir bénéficier de l'aide d'addictologues expérimentés dans le cadre des missions d'appui.

Elle permet en outre d'accéder à des actions de formation et d'accompagnement, de bénéficier de supports et d'outils de communication adéquats dans le cadre de la prise en charge en addictologie et de profiter de publications et de conseils de qualité sur les thèmes qui concernent les addictions.

## Pouvez-vous énoncer quelques axes stratégiques de votre politique d'établissement pour les années à venir ?

Pour le Château de Longues-Aygues, les orientations stratégiques à venir sont diverses.

Au niveau régional, nous entendons satisfaire aux besoins de prise en charge des patients majoritairement originaires de la région Midi-Pyrénées par la mise en place de conventions avec les centres hospitaliers de chaque département et avec l'aide du Réseau addiction Midi-Pyrénées (RAMIP).

Par ailleurs, nous envisageons de développer après formation de l'équipe, une prise en charge spécifique pour les addictions comportementales (jeux...).

Enfin, nous entendons devenir un acteur incontournable et reconnu dans le cadre du réseau RAMIP.

## QUELQUES CHIFFRES DE FRÉQUENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

En 2014, le Château de Longues-Aygues a reçu : 627 patients dont 438 hommes et 189 femmes.

La classe d'âge la plus représentée est celle des 30-50 ans soit 88 femmes et 225 hommes.

L'origine géographique des patients présente la répartition suivante :

- 42 % provenaient de la région Midi-Pyrénées,
- 22 % de la région Ile-de-France, et
- 36 % répartis dans les autres régions de France.



## UNE TASK FORCE INTERNATIONALE EN FAVEUR DE L'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES MIGRANTES EN STRUCTURES DE SANTÉ

Issu du réseau *Health Promoting Hospital* (HPH) créé par l'Organisation mondiale de la santé et porté par l'INPES en France, un consortium international vient d'élaborer un processus d'autoévaluation pour les établissements de santé des modalités de prise en charge des migrants et autres populations vulnérables. Cet outil a identifié et défini les standards d'équité des soins de santé à partir d'une revue systématique de la littérature et de consultations d'experts. Partant du principe qu'accueillir les patients migrants ne relève pas seulement d'une amélioration des traitements mais enjoint à repenser l'organisation des soins globale, cet outil entend aider les établissements à faire face et à répondre aux défis de la différence culturelle en leur permettant d'établir un bilan des modalités de représentation des usagers migrants, d'en apprécier performances et faiblesses, de mesurer leur impact sur les processus d'amélioration de la qualité des soins et de construire un plan d'action adapté.



> Consulter l'outil développé par le réseau international HPH : [http://www.hphnet.org/attachments/article/291/Equity%20Standards%20SAT%202014\\_Light.pdf](http://www.hphnet.org/attachments/article/291/Equity%20Standards%20SAT%202014_Light.pdf)

> En savoir plus sur le réseau français HSPS sur le site de l'INPES : <http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/HSPS/index.asp>

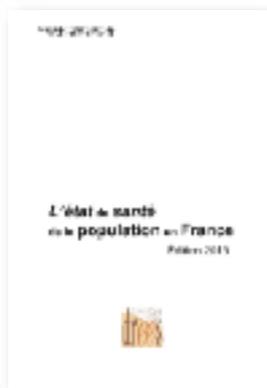
CANCER ET TABAGISME



› FICHES DE SYNTHÈSE

• **Facteurs de risque et de protection du cancer du poumon**  
<http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/3-facteurs-risque/41-tabac/67-facteurs-risque-protection-cancer-poumon.html>

• **Tabac et risque des cancers**  
<http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/3-facteurs-risque/41-tabac/68-tabac-et-risque-des-cancers.html>



› LES CANCERS EN FRANCE Edition 2014

Ce rapport présente toutes les données disponibles dans les champs de la prévention et du dépistage, des soins, de la recherche, et de la vie avec un cancer. La réalisation du rapport s'est appuyée sur un travail multidisciplinaire et transversal en collaboration avec le Réseau français des registres de cancer (Francim), le Registre national des hémopathies malignes de l'enfant (RNHE), le Registre national des tumeurs de l'enfant (RNTS), l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH), l'institut cancer de l'Alliance Aviesan ainsi que les réseaux professionnels et associatifs (la fondation ARC pour la recherche contre le cancer, ou la Ligue nationale contre le cancer).  
<http://www.e-cancer.fr/publications/69-epidemiologie/824-les-cancers-en-france-edition-2014>

› DREES ETAT DE SANTÉ DES POPULATIONS EN FRANCE

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie son rapport sur l'état de santé de la population en France - Édition 2015

[http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds\\_v7\\_05022015.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v7_05022015.pdf)

La synthèse :

[http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese\\_v7\\_05022015.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_v7_05022015.pdf)



› L'ESSENTIEL DES FAITS ET CHIFFRES

Cet ouvrage présente sous la forme d'infographies, les données générales d'incidence, de mortalité, de survie et de prévalence ainsi que les données clés sur la prise en charge des cancers et les aspects sociaux de la maladie. Il rappelle les faits marquants de l'année écoulée et propose également deux focus sur les actions conduites pour lutter contre le cancer du sein et sur les politiques de lutte contre le tabac.

<http://www.e-cancer.fr/publications/69-epidemiologie/825-les-cancers-en-france-en-2014-lessentiel-des-faits-et-chiffres>



› CANCER DU POUMON : évaluation de la pertinence d'un dépistage des populations fortement exposées au tabac en France. Note de cadrage

Service évaluation économique et santé publique  
 La HAS a été sollicitée par des professionnels de l'Intergroupe Francophone de Cancérologie Thoracique (IFCT), groupe d'experts médicaux pluridisciplinaire, la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF) et le Groupe d'Oncologie de Langue Française (GOLF), la Société Française de Radiologie (SFR) et la Société d'Imagerie Thoracique (SIT) pour une « évaluation du dépistage du cancer bronchopulmonaire par scanner thoracique non injecté faiblement dosé ».

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/note\\_de\\_cadrage\\_cancer\\_du\\_poumon.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/note_de_cadrage_cancer_du_poumon.pdf)

## FOCUS INNOVATION



### DOSEO – UNE PLATEFORME TECHNOLOGIQUE POUR LA RADIOTHÉRAPIE ET L'IMAGERIE

Si les technologies destinées au traitement des cancers ou au diagnostic que sont notamment la radiothérapie, le scanner ou encore la Tomographie par Emission de Positons (TEP), ont fait leur preuve, en termes d'efficacité dans les centres médicaux et en milieu hospitalier, l'évolution de ces outils et le développement de systèmes plus performants et plus sûrs, adaptés aux patients et aux pathologies, est nécessaire.

Pour répondre à cet objectif, le CEA, l'INCa (Institut national du cancer) et le LNE (Laboratoire national de métrologie et d'essais) ont créé DOSEO, une plate-forme dédiée aux technologies de la radiothérapie et de

l'imagerie associée. Ses quatre grandes missions sont : l'innovation par le développement de technologies plus performantes et plus sûres, la maîtrise des systèmes de radiothérapie, le rapprochement des acteurs du secteur, et des actions de formation en collaboration avec les professionnels du domaine.

Implantée au cœur du campus de la future université Paris-Saclay et portée par le CEA, cette plate-forme technologique unique en Europe, entend devenir un centre français de référence en matière de radiothérapie et d'imagerie.

[http://www.platformedoseo.com/?page\\_id=8](http://www.platformedoseo.com/?page_id=8)

## OUTILS DE PRISE EN CHARGE

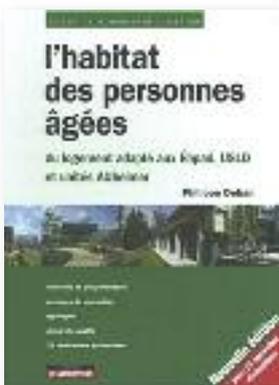
### > OUTIL D'AIDE AU REPÉRAGE PRÉCOCE ET À L'INTERVENTION BRÈVE ALCOOL, CANNABIS, TABAC CHEZ L'ADULTE

La Haute autorité de santé met à la disposition des personnels soignants un outil destiné au repérage précoce et intervention brève dans un contexte de consommations d'alcool, tabac et/ou de cannabis chez l'adulte.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil\\_rpib\\_v2.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf)



## ARCHITECTURE ET ESPACES DE SOINS



### > L'HABITAT DES PERSONNES ÂGÉES : DU LOGEMENT ADAPTÉ AUX EHPAD, USLD ET UNITÉS ALZHEIMER

P. Dehan, M. Le Chapellier, B. Spinga – Le Moniteur, 2007

L'augmentation spectaculaire de l'espérance de vie induit une augmentation corollaire du nombre de personnes très âgées, fragiles ou dépendantes (...). Pour répondre à cette situation, il faut transformer l'habitat et la prise en charge de ces personnes en facilitant leur maintien à domicile et en améliorant leur prise en charge dans les établissements. D'un côté, il faut aménager l'espace urbain, créer des « logements adaptés » ou « adaptables », construire des résidences-services bien conçues, ainsi que des accueils temporaires ou de jour pour soulager les aidants familiaux. De l'autre, il faut répondre à une croissance des exigences qualitatives pour les établissements dont la bonne conception est un enjeu à la fois humain et finan-

cier. S'appuyant sur une enquête menée en France et dans de nombreux pays, ce livre présente les meilleures solutions programmatiques, architecturales, techniques et paysagères pour les différents types de programme. Il propose une approche qualitative qui porte aussi bien sur la procédure de choix du projet que sur la conception de chacun de ses éléments – prescriptions spécifiques à respecter pour la grande dépendance et la maladie d'Alzheimer (dispositifs architecturaux, détails, couleurs, signalétique, jardins et cuisines thérapeutiques, etc.) afin que les établissements puissent à la fois être des lieux de vie et de travail agréables, des soutiens thérapeutiques et des outils efficaces pour les soignants.



► **9<sup>ES</sup> RENCONTRES DE LA COMMUNICATION HOSPITALIÈRE**

La Fédération hospitalière de France (FHF) organise le 9 avril 2015 les 9<sup>es</sup> rencontres de la communication hospitalière à Paris sur le thème de « l'attractivité ».

Deux conférences plénières, l'une sur « le digital au service de la communication » et l'autre sur « la communication au service de l'attractivité des établissements » animeront la matinée tandis que deux sessions de trois ateliers seront proposées aux participants l'après-midi. Plus d'information sur le site de la FHF : [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)

► **« COOPÉRATION ET RESTRUCTURATION : LA GRH HOSPITALIÈRE DANS TOUS SES ÉTATS »**

L'Association pour le développement des ressources humaines des établissements sanitaires et sociaux (ADRHSS) organise le colloque « Coopération et restructuration : la GRH hospitalière dans tous ses états » le 9 avril 2015 à Levallois-Perret. Plus d'information sur [www.transfaire.org](http://www.transfaire.org)



► **2<sup>ES</sup> JOURNÉES FRANCOPHONES DE LA RECHERCHE EN SOINS**

Les 2<sup>es</sup> journées francophones de la recherche en soins (JFRS) se dérouleront les 9 et 10 avril 2015. « Recherches industrielle et académique : lien entre sciences et pratiques cliniques » sera le thème de cet événement. Les professionnels de santé impliqués dans des projets de recherche paramédicale sont invités à participer à cet événement.

Inscription en ligne sur : [www.jfrs.fr](http://www.jfrs.fr)



► **« COOPÉRATION HOSPITALIÈRE INTERNATIONALE : NOS PRATIQUES EN QUESTION »**

Le forum professionnel « Coopération hospitalière » se tiendra à Chambéry les 26 et 27 juin 2015. A partir d'expériences menées en Asie ou en Afrique, les outils nécessaires pour animer et suivre un partenariat inter-

hospitalier seront objets d'échanges et de débats dans le cadre de la coopération décentralisée. Ce forum s'adresse aux professionnels du secteur hospitalier, aux agents et élus des collectivités territoriales et des ONG œuvrant dans le cadre de la coopération hospitalière ou de la coopération décentralisée. [www.lafibala.com/forum](http://www.lafibala.com/forum)



**ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU RESPADD 24 juin 2015**

L'assemblée générale du RESPADD aura lieu le 24 juin 2015 au siège du RESPADD, à Paris.

Cette assemblée générale verra notamment l'organisation d'élections pour le renouvellement du Conseil d'administration. Huit postes seront à pourvoir pour les établissements adhérents.

N'hésitez pas à nous contacter pour plus d'informations sur [contact@respadd.org](mailto:contact@respadd.org)