

Ey-nergie

Bulletin d'information
du Centre Hospitalier Henri Ey

n°22 Décembre 2009

édito

En cette fin d'année 2009 le Plan Directeur a été mené à terme.

Les engagements et les calendriers ont été tenus, pour l'essentiel, en ce qui concerne les ouvertures de nouvelles structures qui modernisent sensiblement l'offre de soins du Centre Hospitalier. C'est ainsi qu'au cours du dernier trimestre ont ouvert, sur le bassin dunois, l'hôpital de jour et le CMP adulte à Châteaudun, le Foyer d'accueil médicalisé « les Magnolias » et l'unité de soins « Saint-Florentin » à Bonneval. Sur le bassin chartrain, l'hôpital de jour mutualisé "La Parenthèse" s'est installé dans ses nouveaux locaux à Lucé. Que tous les personnels qui ont œuvré pour que l'ouverture de ces unités intervienne dans de bonnes conditions soient ici remerciés.

L'ouverture complète des unités de soins à Morancez est également programmée pour le début du mois de janvier, grâce aux recrutements effectués.

Cependant l'établissement est actuellement confronté à une situation difficile, sur le plan budgétaire, avec un déficit important, et l'obligation de présenter un plan de retour à l'équilibre financier. Cette conjoncture n'est malheureusement pas une rareté dans le paysage hospitalier. Elle soulève néanmoins dans notre cas d'inévitables questionnements sur le périmètre de notre activité, le maintien de la qualité des soins, le fonctionnement et l'organisation des unités de l'hôpital.

Au-delà de ces interrogations qui trouveront une réponse très prochainement, la dynamique du Centre Hospitalier Henri Ey persiste par la démarche de certification et la relance du Projet d'Établissement suite à l'intervention de la Mission d'Appui en Santé Mentale.

Je présente à chacun mes meilleurs vœux pour l'année 2010.



Hervé Lanoë,
Directeur

à la une

Certification 2010

Une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins



Engagé dans la troisième procédure de certification, l'établissement est en cours d'auto-évaluation lancée en novembre 2009 jusqu'à la fin du mois de février 2010. 90 personnes se sont inscrites dans les différents groupes d'auto-évaluation avec la participation des représentants des usagers pour mener activement leurs missions en lien avec les différents services de l'établissement. La venue des cinq experts visiteurs est prévue en juin 2010 sur une durée de cinq à sept jours. En conformité avec le calendrier défini, le rapport de l'auto-évaluation est à envoyer pour le 1^{er} mars à la Haute Autorité de Santé. L'implication de l'ensemble du personnel est essentielle pour la réussite de la démarche. Retrouvez toutes les informations relatives à la certification 2010 dans la vitrine intranet du service qualité@



2 Zoom

Le Centre Hospitalier Henri Ey poursuit le développement de son système d'information défini dans le projet d'établissement 2008/2013.

7 Pratique professionnelle

Les thérapies comportementales et cognitives

4 Retour d'expérience

Un séjour thérapeutique à Aurigny



6 Vie des services

Ouverture du FAM «les Magnolias» et de l'unité de soins «Saint-Florentin»



Sommaire

zoom

Le Centre Hospitalier Henri Ey poursuit le développement de son système d'information défini dans le projet d'établissement 2008/2013.

Dans le respect des politiques du système d'information et de l'informatique, le système informatique actuellement en place va être renforcé afin d'améliorer la couverture fonctionnelle de l'établissement en mettant plus particulièrement l'accent sur l'accès aux informations nécessaires pour la prise en charge du patient lors de son parcours. Le projet se décline en six axes principaux, dont celui du dossier patient, pour lequel un nouveau logiciel a été choisi en septembre 2009 : Cariatides.

Le progiciel Cariatides

C'est un dossier informatisé centré sur les activités de prise en charge du patient. Il est destiné à aider les différents acteurs de soins à accomplir leur travail quotidien dans les meilleures conditions et au mieux de l'intérêt des patients. Il intègre l'ensemble des activités médicales, paramédicales et soignantes au travers de modules capables d'accompagner les différents professionnels dans toutes leurs tâches courantes.



Schéma du progiciel Cariatides

Un dossier informatisé sécurisé

La sécurité du dossier informatisé est un des axes majeurs retenu dans le choix du logiciel. Celui-ci présente également d'autres avantages dont :

- Une meilleure fiabilité et cohérence des informations
- Une rapidité accrue dans la recherche de l'information

- La rationalisation des tâches (saisie unique)
- L'intégration homogène de toutes les facettes de l'activité hospitalière permettant un regroupement des informations pluri-professionnelles
- Une meilleure sécurité du système par une centralisation des données
- Un environnement matériel multi-plateformes
- Une coordination des actions et un partage des informations tout en préservant la confidentialité de ces informations

Des établissements partenaires de Cariatides ont opté pour la création d'un groupement d'intérêt public, le GIP Symaris, dont le siège social se situe au Centre Hospitalier de Rouffach. Une vingtaine d'établissements y sont adhérents.

Cariatides sera déployé dès janvier 2010 pour remplacer progressivement le logiciel Lisia en 2011. De nombreuses séances de formation spécifiques à chaque catégorie professionnelle sont prévues au Plan de Formation et seront effectuées tout au long de l'année 2010 sur la base d'un calendrier partagé avec les cadres des services. Les fonctionnalités abordées auront trait au Circuit du Médicament (prescription médicale, suivi infirmier, dispensation pharmaceutique), les observations médicales, les infirmières, etc.

La gestion des repas

En cohérence avec le choix des produits de l'éditeur AGFA, le domaine des applications de gestion sera complété en 2010 par l'acquisition du module de gestion de la production des repas. Il aidera les professionnels du service cuisine à prévoir leur



fabrication et aboutira à terme à la consommation des menus dans le service.

Une attention particulière sera portée sur les interfaces entre Cariatides et les modules Hexagone d'Agfa, afin d'éviter le plus possible les ressaisies de données.

Les orientations ont été définies avec le Directeur des Finances et du Système d'Information en lien avec le Comité de Pilotage du Système d'Information. Les modalités de mise en œuvre sont établies par le Responsable Informatique Fabien AUMEUNIER et son équipe.

Quatre objectifs priment pour le Responsable du Système d'Information :

- Satisfaire au mieux les utilisateurs
- Maintenir les conditions de sécurité et de confidentialité (CPS : carte de professionnel de santé, formation des utilisateurs)
- Centrer le système décisionnel sur les processus du patient
- Utiliser les données médicales en construisant les tableaux de bord en collaboration avec le Département de l'Information Médicale animé par le Dr SOULIE et les responsables des pôles.

Serge ADAM, Directeur Adjoint chargé des Finances et du Système d'information

Le plan de continuité de l'activité en pandémie grippale

Les informations disponibles relatives au risque de pandémie grippale font apparaître une atteinte massive des personnes sur le territoire national et par conséquent, pour ce qui concerne l'établissement, un risque concernant le patient, le résident et les professionnels. Compte tenu de l'obligation de protection des patients et des professionnels et, par ailleurs, de continuité de prise en charge, toutes mesures nécessaires doivent être décidées, afin de permettre une permanence dans l'exercice des missions, qui sont récapitulées dans le plan de continuité d'activité.

Le PCA (plan de continuité d'activité) décrit l'ensemble des mesures organisationnelles destinées à assurer la continuité du fonctionnement de l'établissement avant ou durant la situation de pandémie.

Dans le cadre de l'anticipation de la pandémie, un référent grippe H1N1 a été désigné, à la demande des instances de tutelle, et assurera la coordination des professionnels afin de permettre une mise en commun des informations médicales et faciliter, avec les responsables du COVIRIS, la préparation de l'établissement.

Les référents pour l'établissement sont :

- Dr Didier Lepeyre, référent grippe H1N1
- Dr Nina Perfettini, suppléante au référent grippe H1N1
- Stéphanie Penella, responsable qualité
- Sylvie Alix, infirmière hygiéniste



Le rôle du référent est d'informer et de conseiller le personnel sur l'application des procédures d'hygiène. Il vérifie également la disponibilité des équipements de protection contre la pandémie. Enfin, il contrôle l'application des procédures et des règles d'hygiène.



En cas de déclenchement préfectoral de la pandémie grippale, une cellule de crise sera mise en place au sein de l'établissement pour suivre l'évolution de la situation et prendre les mesures qui s'imposent.



Retour d'expérience

Un séjour thérapeutique à Aurigny

Retour d'expérience sur un séjour thérapeutique à Aurigny, entre vents et marées, par Tilemann Le Neindre, infirmier à l'unité d'admission du pôle 28G02 au Coudray.

Du 4 au 7 mai 2009, François Gadrat et Tilemann Le Neindre, infirmiers au centre psychiatrique du Coudray (unités des pôles 28G02 et 28G06) sont partis avec trois patients dans les îles anglo-normandes à bord du voilier « Ivanova » au départ de Cherbourg.

Tilemann Le Neindre est infirmier au Centre Hospitalier Henri Ey depuis 2003. Il prépare actuellement un brevet d'état sport adapté pour travailler sur les activités sportives destinées aux patients. Il souhaite se spécialiser dans le soin par les activités corporelles.

Comment est venue l'idée de ce projet ?

Ce projet n'est pas nouveau, il existe depuis 1992, mais la particularité de cette année a été d'intégrer les trois unités d'admission autour du projet.

L'idée était d'impliquer les trois pôles du CPC au séjour afin de fédérer les groupes d'infirmiers autour d'un projet de soin commun et non de secteur. Chaque équipe a pu proposer un patient pouvant répondre au projet. Finalement ce sont deux patients du pôle 28G06 et un patient du pôle 28G01 qui ont été choisis pour participer au séjour. Ces patients étaient hospitalisés depuis longtemps et plus ou moins stabilisés avec un profil très repliés sur eux, apragmatique et manquant d'élan. Le but de la thérapie est de lutter contre les replis sur soi-même pour retrouver du plaisir et du désir.



Comment a-t-il été financé ?

C'est la fédération sportive UFOLEP 28 qui a essentiellement participé au financement de ce projet dans le cadre d'un appel à projets « sport et handicaps », ainsi que l'association d'entraide psychosociale de l'établissement. Le centre Hospitalier a mis à disposition un véhicule pour aller à Cherbourg et détaché deux postes infirmiers pendant trois jours. Ce projet a aussi demandé une participation physique dans les services en raison de notre absence dans les deux unités.

Comment s'est organisée la préparation du projet ? Les patients y ont-ils participé et comment ?

Au départ je n'étais pas prévu dans l'organisation de ce séjour. J'ai pris le relais de Gilbert Langevin au dernier



moment qui ne pouvait plus participer. Deux infirmiers étaient prévus pour trois patients. Je n'ai donc pas préparé les patients personnellement à cette aventure, mais il y avait eu une préparation en amont à travers des activités proposées aux patients depuis plusieurs mois, basées sur le vent (char à voile, cerf volant), l'équilibre et les sensations.

Il a fallu une évaluation de l'ensemble de l'équipe et un accord médical pour pouvoir effectuer ce séjour.

Ce type de projet nécessite aussi une grande préparation à l'avance aux niveaux des démarches administratives à effectuer (DDASS, autorisations préfectorales, sortie de région...) et à la mise en œuvre des conditions de sécurité (équipement voilier, accompagnement d'un skippeur) nécessaires à l'accueil des patients.

Au cours de ce séjour, dans la relation soignant/soigné, avez-vous observé des différences de comportement ?

Dès le départ nous avons senti que nous allions être dans une relation non plus verticale mais horizontale de personne à personne. Notre idée était de s'effacer progressivement et de ne plus être en position décisionnaire. Nous leur avons laissé l'autonomie de gérer leur traitement. Nous les avons parfois conseillés d'attendre un moment plus opportun dans la journée



pour prendre ce traitement là. Ils ont réappris à gérer leurs incertitudes, leur sécurité autrement que par la prise du traitement.

Le plaisir et le désir étaient là et ont favorisé tous les gestes de la vie quotidienne pour se lever le matin, se laver... Le contexte était différent, ils étaient acteurs de la journée de tout le monde. Le séjour était basé sur des promenades, des sensations, des visites, sur l'adaptation et la relation à l'autre. Nous n'étions plus infirmiers, mais compagnons de voyage. Nous avons ri ensemble et partager nos émotions.

Comment s'est passé le retour et la réintégration dans l'institution ?

Les patients étaient tellement resourcés que je n'ai pas senti de dépression. Ils ne voyaient pas le retour comme une contrainte. Leur préoccupation était de savoir quel projet futur serait à venir. Ils étaient au-delà du retour du jour-même à l'hôpital. La mer a été ressentie comme quelque chose d'apaisant, une sensation de vide de liberté où tout est décloisonné.

Aux moments privilégiés des repas, nous leur avons parlé de projet, c'était l'occasion de leur montrer ce qu'ils avaient réussi à faire et de les valoriser.

Comment le séjour a-t-il été repris et utilisé dans les prises en charges ?

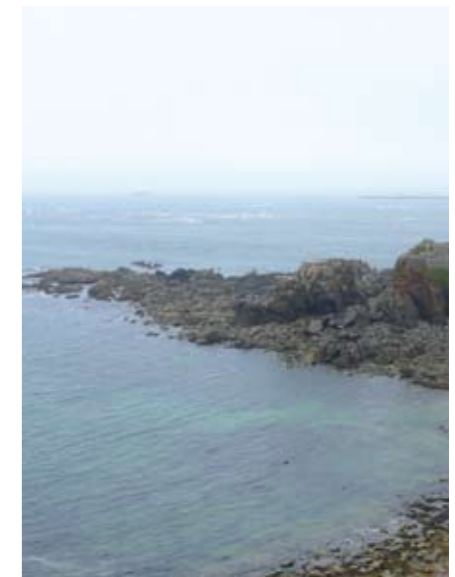
L'objectif du séjour était d'évaluer le degré d'autonomie des patients et plus particulièrement pour l'un d'entre eux dont le projet de soin visait l'intégration à l'hôpital de jour.

Au retour dans l'institution, un des deux patients en hospitalisation

d'office est passé en hospitalisation libre puis est sorti. Il est aujourd'hui suivi en CMP. Un autre des patients en HO est sorti le mois d'après pour être suivi en hospitalisation de jour. Il a retrouvé du plaisir et du désir. Enfin le patient hospitalisé à la demande d'un tiers est toujours hospitalisé au CPC, mais a retrouvé une humeur plus joyeuse et se montre plus ouvert et agréable.

Enfin, envisagez-vous de renouveler cette expérience ?

Oui, il n'y a pas mieux pour se repositionner quant à la question : qu'est-ce que soigner, c'est faire à la place de ? Ou est-ce s'effacer



progressivement pour que l'autre fasse tout seul ? Lorsque l'on est en relation, d'égal à égal on est plus en position de subordination, ce qui fait que le patient a toujours besoin du regard approuvateur pour faire et entreprendre.

J'encourage tous les soignants à vivre une expérience comme celle-ci car on s'aperçoit que l'on obtient beaucoup plus de résultats.



Vie des services

Ouverture du foyer d'accueil médicalisé « Les magnolias » et de l'unité de soins « Saint-Florentin ».



Foyer d'Accueil Médicalisé

Depuis le 23 novembre les patients et résidents de l'unité de soins « Les Berges, Colonne, Garennes » ont été accueillis dans les deux nouvelles structures, implantées sur le site bon-

nevalais : le foyer d'accueil médicalisé (FAM) « Les magnolias » et l'unité de soins « Saint-Florentin ».

Doté de 26 places d'hébergement, le FAM accueille des personnes présentant un handicap mental stable, associé à un handicap psychique dans le cadre d'un polyhandicap avec ou sans problématique autistique. Les objectifs sont, entre autres, de répondre aux besoins départementaux identifiés par la Maison Départementale des Personnes Handicapées et d'offrir une prise en charge médico-sociale adaptée aux problématiques psychiques des personnes polyhandicapées.

L'unité « Saint-Florentin » est un centre de soin actif qui dispose de 25 lits. Elle accueille des patients pour des séjours ponctuels visant à une stabi-

lisation des troubles mentaux aigus avant retour vers leur lieu d'origine, mais également des personnes adultes présentant un déficit mental accompagné de troubles sévères du comportement non stabilisés.

Le projet de l'unité de soins est porté par la volonté d'assurer une qualité de vie mais aussi des perspectives d'évolution de l'état psychique et physique des patients dans un environnement agréable, sécurisé et adapté à leurs besoins.



Mise en place de l'équipe mobile précarité en psychiatrie à l'inter-pôle chartrain

Depuis le 1^{er} janvier, une nouvelle activité de soins s'est mise en place à l'inter-pôle chartrain avec pour mission de faciliter l'accès des personnes en situation de précarité sociale aux soins psychiatriques dans le cadre de la circulaire du 23 novembre 2005

portant sur le renforcement et la mise en place d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

Afin de faciliter l'accès aux soins des publics concernés par ce dispositif, des permanences sont organisées dans les lieux sociaux prioritaires en vue d'assurer l'accueil, l'orientation et l'accompagnement des usagers vers les lieux de soins.

L'équipe est composée d'infirmiers, d'un temps médical et de cadre infirmier, de psychologue et personnel de secrétariat. Elle est basée dans les locaux des Centres Médico-

psychologiques chartrains.

Les actions mises en place auront pour objectif d'apporter un soutien aux équipes sociales qui accueillent en première ligne ces publics : l'organisation d'actions de formation de professionnels de santé et de travailleurs sociaux sur les problématiques liées à la précarité, aux repérages des troubles psychotiques et les conduites à tenir.

Enfin, l'équipe assurera une fonction d'interface par la coordination et l'articulation des partenaires et contribuera au développement du travail en réseau à partir de situation clinique pour favoriser une culture et des pratiques communes entre équipes sociales et équipes de psychiatrie publique.

Les locaux des CMP chartrains accueillent l'équipe mobile précarité en psychiatrie



Pratique professionnelle

Les thérapies comportementales et cognitives : de nouveaux moyens d'action pour le traitement de troubles variés.

Largement répandues dans les pays anglo-saxons où elles ont vu le jour, les thérapies comportementales et cognitives (T.C.C.) sont encore peu appliquées en France où la communauté pédopsychiatrique reste largement dominée par les courants psychanalytiques.

Longtemps ignorées ou rejetées, et souvent présentées d'une façon caricaturale, leur application chez l'enfant présente pourtant de nombreux avantages.

Elles permettent en premier lieu d'obtenir une amélioration souvent rapide sur des symptômes lourds et invalidants dont la persistance peut compromettre gravement l'avenir de l'enfant en termes d'intégration comme c'est le cas notamment des phobies scolaires.

Par ailleurs, elles peuvent s'adapter à des patients dont les capacités d'introspection sont encore peu développées comme c'est le cas pour de nombreux enfants et adolescents.

En outre, elles trouvent en pathologie de l'enfant et de l'adolescent un champ d'application très large qui va des troubles anxieux et obsessionnels aux troubles du comportement, en passant par les troubles du spectre autistique.

Bien que reposant sur un nombre réduit de principes de base simples dans le domaine comportemental (renforcement positif et négatif, conditionnement opérant, désensibilisation systématique) leur application tient toujours compte de la singularité du patient dont on analyse également les mécanismes cognitifs. Mécanismes sur lesquels on cherchera aussi à agir en remettant en cause les cognitions erronées et en les confrontant au principe de réalité.

Contrairement aux thérapies psychodynamiques, les T.C.C. ont un aspect contractuel dans lequel les objectifs sont clairement définis entre le patient et le thérapeute. Certains praticiens n'hésitent pas à

faire usage des nouvelles technologies comme Internet pour la gestion des contrats de soins, ce qui semble séduire particulièrement les jeunes patients.

Plus concrètement, ces thérapies peuvent s'appliquer individuellement ou en groupe (ex : groupes d'affirmation de soi pour des patients phobiques sociaux ou présentant une anxiété de performance, groupes d'entraînement aux habilités sociales pour les patients présentant un trouble du spectre autistique).

Pour conclure, les thérapies cognitivo-comportementales représentent un outil particulièrement utile en pédopsychiatrie, domaine dans lequel elles gagnent à être mieux connues et plus développées.

*Dr Vincent Rouyer,
pédopsychiatre*

*Médecin Chef du pôle 28101
(infanto-juvénile)*

Trois questions à...

Nadia Sauvage, Psychologue clinicienne au pôle 28101

Une formation spécifique est-elle nécessaire pour pratiquer cette nouvelle thérapeutique et à qui s'adresse-t-elle ?

Il existe des formations spécifiques AFTCC diplômantes en trois ans ainsi qu'un DU. Elles sont adressées aux médecins psychiatres, généralistes, pédo-psychiatres et psychologues. Des formations de sensibilisation existent pour les infirmiers et éducateurs.

Pourriez-vous nous expliquer, à partir d'un cas concret, comment se déroulent les séances de thérapie ?

Pour tout projet thérapeutique, il faut avant tout une bonne alliance entre le psychologue, l'enfant et sa famille et qu'ils soient partie prenante du projet. La première étape de la thérapie consiste à créer cette alliance. Dans la deuxième étape, on construit une analyse fonctionnelle en s'appuyant sur les situations problèmes pour ensuite travailler sur les émotions, les pensées et schémas dysfonctionnels.

Dans chacune des séances on travaille sur l'identification des émotions : comment on peut l'exprimer, la réguler, l'utiliser vis-à-vis d'autrui. Le travail est mené sur l'ensemble des situations qui sont difficiles pour l'enfant. Les outils utilisés sont la remédiation cognitive autour des dessins, questions-réponses, contines, la relaxation, des jeux de rôles et parfois des mises en situations concrètes.

Quels sont les intérêts et les limites des TCC ?

Un des intérêts est d'apporter un bénéfice concret assez rapidement dans la gestion des situations problèmes. Cette thérapie peut être proposée en individuel ou en groupe. Les limites sont dans l'alliance nécessaire entre le psychologue, l'enfant et sa famille. S'il n'y a pas d'attente de soin de l'enfant et de sa famille, la thérapie est vouée à l'échec. L'enfant doit être acteur de sa prise en charge.

Arrivée

Muriel Fritz, 53 ans, a rejoint l'équipe de direction le 1^{er} décembre à la direction des affaires logistiques et économiques. Elle occupait précédemment des fonctions similaires au CH de Compiègne.

Mère de deux enfants et titulaire d'un DESS en Sciences Sociales de la Santé, elle a exercé dans divers établissements des régions d'Alsace, Nord Pas-de-Calais et Picardie. Au cours de sa carrière, elle a été chargée des ressources humaines, de l'analyse de gestion et de l'évaluation, de la qualité des services logistiques et enfin des affaires juridiques, des relations clientèle et de la gestion des risques.

Nous lui souhaitons la bienvenue.



l'ensemble des services de l'établissement. Soixante cinq personnes venant des structures de soins chartraine, nogentaise, bonnevalaise, ainsi que de la maison de retraite, ont participé à cette journée sportive et fédératrice. (rassemblement / fédérer)

12 kms de parcours étaient proposés aux plus vaillants afin de découvrir la vallée de la Conie. Des véhicules balai assuraient la sécurité et repositionnaient plus loin sur le parcours les moins sportifs. La moitié des participants ont effectué la boucle entière partant de Saint-Christophe au bois de Marboué, puis passant par Dheury pour revenir au point de départ (GR 35).

Au cours de la journée, des temps de pause (collation, repas) ont rythmé le parcours et ont permis aux randonneurs de recharger les batteries, notamment autour du buffet froid réalisé par un restaurateur à la salle municipale de Donnemain. La randonnée s'est terminée autour d'un goûter pendant lequel les participants ont pu échanger leurs impressions sur les sentiers parcourus, qu'ils ont tous appréciés malgré le mauvais temps qui, sans être trop perturbant, ne leur aura pas facilité la marche.

La structure de soins adultes à Châteaudun : un nouvel équipement pour une nouvelle dynamique de prise en charge

Dans la continuité des projets de rénovation de l'offre de soins, le centre médico-psychologique (CMP) et l'hôpital de jour adultes « Les bains douches » se sont installés depuis le mois d'octobre dans les locaux de l'ancienne bibliothèque municipale de Châteaudun où l'équipe s'est fortement mobilisée pour aider à l'emménagement. Située au cœur de la ville, la nouvelle structure permet une meilleure qualité de l'accueil et offre des prises en charge plus diversifiées, en particulier dans le domaine de l'addictologie, des dépressions et des troubles anxieux. Elle offre des soins personnalisés et de groupe, afin de répondre aux besoins des usagers et des



acteurs de santé, médecins généralistes du bassin de Arrou, Bonneval et Châteaudun, et de l'hôpital de Châteaudun où une prestation spécialisée est assurée aux urgences et dans les services. L'équipe pluri-professionnelle a été renforcée au plan médical par l'arrivée du Dr Philippe Prévost, coordonnateur du service.

acteurs de santé, médecins généralistes du bassin de Arrou, Bonneval et Châteaudun, et de l'hôpital de Châteaudun où une prestation spécialisée est assurée aux urgences et dans les services. L'équipe pluri-professionnelle a été renforcée au plan médical par l'arrivée du Dr Philippe Prévost, coordonnateur du service.

La randonnée des sentiers battus

Dans le cadre des animations organisées par l'association "l'entraide", une randonnée pédestre a été proposée à



La mutualisation des hôpitaux de jour chartrains

La mutualisation des hôpitaux de jour chartrains est effective depuis le 8 décembre. En effet, l'hôpital de jour mutualisé « la Parenthèse », regroupant les pôles 28G01, 28G02 et 28G06, s'est installé dans ses nouveaux locaux à Lucé, agencés sur six niveaux. La structure accueille également les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel.

L'hôpital de jour est doté de trente places d'hospitalisation de jour à temps plein, soit dix par pôle. La prise en charge des patients est organisée dans une dimension collective au niveau des activités thérapeutiques en prenant en compte le travail spécifique à réaliser pour chaque patient, plutôt que son origine géographique. Le Dr Arnaud Pereira-Estrela est le médecin référent.



agenda

19 janvier 2010
Repas convivial annuel des E.H.P.A.,
salle des fêtes de Bonneval

22 janvier 2010
Cérémonie des vœux – salle du chapitre



Ey-nergie

Bulletin d'information
du Centre
Hospitalier
Henri Ey

n° 22
Décembre 2009

Directeur de la publication:
Hervé Lanoë

Rédacteur en chef: Odile Genet

Conception: Quadrilatère Communication

Réalisation: Leitmotiv

Dépôt légal: février 2005

Comité de rédaction:

V. Auché, E. Bacquelin, C. David,
P. Lhoste, S. Martin, M-A Vallée,
I. Augereau, B. Crus.



Certification

La démarche de certification V2010

Le service qualité a diffusé aux membres de la cellule opérationnelle qualité et aux référents qualité le manuel de certification des établissements de santé V2010 – novembre 2008 en décembre 2008.

Ce manuel comporte 28 références et 82 critères contre 53 références et 215 critères pour le manuel V2.

Chaque critère est structuré par les étapes suivantes :

- **E1** : prévoir : définir une politique, organiser une activité, définir le plan d'actions...
- **E2** : mettre en œuvre : réaliser une activité, respecter des exigences, mettre en œuvre un plan d'actions, former, sensibiliser...
- **E3** : évaluer et améliorer : évaluer l'activité, mettre en œuvre des actions d'amélioration, s'assurer de leur efficacité...

Chaque étape est composée d'éléments d'appréciation.

Le rapport d'auto-évaluation et donc l'auto-évaluation seront en principe grandement simplifiés car il n'y aura plus de « constats » à décrire pour chaque élément d'appréciation contrairement à la procédure précédente. Seuls les critères pratiques exigibles prioritaires (PEP) seront à détailler.

Pour le centre hospitalier Henri Ey, on peut donc considérer qu'il y a 25 critères « sensibles » entre les PEP et les recommandations.

| Recommandations V2 | Correspondance avec le manuel de certification des établissements de santé V2010 |
|---|--|
| S'assurer de la permanence et de l'efficacité de l'organisation mise en place en cas d'alerte sanitaire. | Critère 8.i : Vigilances et veille sanitaire. |
| Organiser la coordination des vigilances sanitaires avec le programme de gestion des risques. | Critère 8.i : Vigilances et veille sanitaire. |
| Une formation de l'ensemble des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux spécifique à la prise en charge est assurée, le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel. | Critère 7.d : Hygiène des locaux. Critère 8.g : Maîtrise du risque infectieux (recommandations du CH Henri Ey). |
| Finaliser, diffuser et évaluer les protocoles de nettoyage des locaux et de gestion des déchets sur l'ensemble des secteurs d'activité. | Critère 7.d : Hygiène des locaux. Critère 7.e : Gestion des déchets. |
| S'assurer que les nouvelles règles de tenue, de circulation et de communication du dossier du patient sont connues et appliquées par l'ensemble des professionnels. | Critère 14.a : Gestion du dossier patient (recommandations du CH Henri Ey). Critère 14.b : Accès du patient à son dossier (recommandations du CH Henri Ey). |
| S'assurer des conditions de sécurité lors du transfert et l'accueil de tout détenu. | Critère 19.a : Populations nécessitant une prise en charge particulière. |
| Assurer la traçabilité systématique de la réflexion bénéfice-risque. | Critère 17.a : Évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé. |
| Renforcer la formation des professionnels paramédicaux à la prise en charge de la douleur et assurer la disponibilité permanente des produits prescrits. | Critère 8.i : Vigilances et veille sanitaire. |
| Mettre en place une organisation permettant un accès rapide et permanent aux dossiers des patients en psychiatrie. | Critère 8.i : Vigilances et veille sanitaire. |
| S'assurer que toutes les prescriptions sont écrites, datées et signées. | Critère 8.i : Vigilances et veille sanitaire. |
| Les conditions de prescription, de validation, de dispensation et d'administration des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont maîtrisées afin de réduire le risque iatrogène évitable, l'utilisation des médicaments suit les recommandations de bonne pratique en termes de pertinence de l'indication, de respect des contre-indications, et de connaissance des interactions et effets secondaires. | Critère 8.i : Vigilances et veille sanitaire. |
| Formaliser une politique d'évaluation du dossier du patient. | Critère 14.a : Gestion du dossier patient (recommandations du CH Henri Ey). |
| Évaluer le programme de gestion des risques et la gestion documentaire qualité. | Critère 8.a : Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins. |
| Renforcer l'évaluation de la satisfaction des patients. | Critère 9.b : Évaluation de la satisfaction des usagers. |



Certains critères seront à « répéter » plusieurs fois en fonction du type de prise en charge (ex. 19.a : personnes âgées, enfants et adolescents, personnes privées de liberté...) et en fonction du type de structures (santé mentale, soins longue durée...).

Le risque suicidaire et les patients sous contraintes font l'objet dans ce manuel de critères spécifiques (19.c et 19.d).

Un plan en deux chapitres :

Chapitre I : Management de l'établissement

- Management stratégique : références 1 et 2
- Management des ressources : références 3 à 7
- Management de la qualité et de la sécurité des soins : références 8 et 9

Chapitre II : Prise en charge du patient

- Droit et place des patients : références 10 à 13
- Gestion des données du patient : références 14 et 15
- Parcours du patient : références 16 à 24
- Prises en charge spécifiques : références 25 à 27
- Évaluation des pratiques professionnelles : référence 28

Particularités prises en compte :

- Les personnes détenues : référence 19
- Le risque suicidaire : référence 19
- L'hospitalisation sans consentement : référence 19
- L'électroconvulsivothérapie (ECT) : référence 26

Groupes d'auto-évaluation :

7 groupes ont été constitués contre 8 pour la V2.
Chaque groupe ira jusqu'à la cotation et actions d'amélioration (retrait des groupes de synthèse comme en V2) ;
Cela concerne 90 personnes environ, contre 120 pour la V2.

Chapitre I

Groupe 1 – Pilote : Jocelyne Gauron, F.F. de cadre socio-éducatif
Groupe 2 – Pilote : Fabien Aumeunier, responsable du service informatique

Chapitre II

Groupe 3 – Pilote : Christine Couchoux, adjoint des Cadres – Soins de longue durée
Groupe 4 – Pilote : Anne-Cécile Barrère, cadre de santé – Santé mentale
Groupe 5 – Pilote : Sylvie Dubreuil, cadre de santé – Soins de longue durée
Groupe 6 – Pilote : Gilles Hulot, cadre supérieur de santé – Santé mentale
Groupe 7 – Sous-commission des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) dont les pilotes sont les Docteurs Perfettini, Vincent, et Soulié (groupe de 10 personnes)
- Référence 28 : l'évaluation des pratiques professionnelles

Pour les décisions, les termes de type I, II ou III sont abandonnés et remplacés par les termes suivants (utilisés lors de la V1) :

- recommandations
- réserves
- réserves majeures

Comme pour les cotations, ils seront grandement « automatisés » en fonction des champs de réponses choisies. Contrairement à la V2, la Haute Autorité de Santé se réserve le droit de prononcer directement une « non-certification » de l'établissement sans passer au préalable par une « conditionnelle ». Les visites de suivis ne seront prononcées que dans le cadre de réserve majeure. Avec ce nouveau système, le centre hospitalier n'aurait pas eu de visite ciblée en 2008 mais un rapport de suivi à envoyer.

@ Retrouvez l'ensemble des informations dans la vitrine du service qualité sur l'Intranet.