

Ey-nergie

Bulletin d'information du Centre Hospitalier Henri Ey
Juillet 2015

N°32

édito

C'est une actualité particulièrement riche qui se présente en ce premier semestre de l'année 2015 avec, consécutivement, la visite des experts-visiteurs de la Haute Autorité de Santé (HAS), puis celle des évaluateurs du cabinet Ressources et Développement au profit de la certification ANESM des structures médico-sociales (EHPAD, USLD et FAM en mai). Ces visites se sont déroulées dans un climat positif, grâce au travail très important fourni par les responsables de la qualité et de la Direction de la Clientèle, des affaires juridiques et du secteur médico-social, ainsi que par les équipes de ces unités, s'agissant en particulier de l'élaboration des projets d'établissement des unités médico-sociales. Les pré-rapports de visite nous seront communiqués en juin-juillet pour la HAS ainsi que pour l'évaluation médico-sociale.

Par ailleurs, le projet de loi élaboré par Madame la Ministre de la Santé emporte déjà des conséquences sur la vie des établissements. Ce projet implique en effet des conséquences importantes du fait de la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), prenant la suite des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT).

L'adhésion des Centres hospitaliers spécialisés en santé mentale y devient obligatoire. Les GHT auront la mission d'élaborer des projets médicaux de territoire (départemental) intégrant l'ensemble des disciplines médecine chirurgie obstétrique (MCO), mais aussi la santé mentale. Ils devront également définir et mettre en oeuvre une mutualisation des « fonctions support », en premier lieu les activités administratives et logistiques, sur les thématiques de l'achat hospitalier, des systèmes d'information, de la certification et de la formation continue.

Lors d'une réunion préfiguratrice du GHT le 11 mai dernier à Chartres, ces questions ont été abordées, ainsi que celle du périmètre du GHT eu égard à l'adhésion des établissements médico-sociaux. Un calendrier d'élaboration du projet médical de territoire a été acté pour juin 2016. Le projet de coopération devra être défini au plus tard en décembre 2018.

Hervé Lanoë, Directeur



NOUVELLE composition du conseil DE SURVEILLANCE

Le calendrier imposait au mois de juin, du fait de la désignation de nouveaux membres du Conseil de surveillance issus des élections départementales et locales de 2014 et 2015, le renouvellement d'une partie de ses membres ainsi que l'élection d'un nouveau président.

Ainsi, au titre des représentants des collectivités territoriales ont été désignées madame Dominique Frichot (commune de Bonneval), monsieur Albéric de Montgolfier et madame Alice Baudet, représentants du Conseil départemental d'Eure-et-Loir. La communauté de communes du Bonnevalais sera représentée par monsieur Joël Billard et monsieur Bernard Gouin. Madame Francine Wattiaux, monsieur Danny Corbonnois (UFC – Que choisir) et mesdames Annie Salaün (UDAF) et Claude Charbonnier (UNAFAM) ont été désignées au titre des personnalités qualifiées.

Le Conseil a procédé le 24 juin à l'élection de son nouveau président. Madame Claude Charbonnier, vice-présidente du précédent conseil, a été élue forte de son investissement dans les différentes commissions et projets transversaux et de son attachement à la cause hospitalière.



Sommaire

2 **Zoom**
La démarche qualité
Gestion des risques



5 **Elections**
La CSIRMT



4 **Grand Format**
Profession psychologue
à l'hôpital



6 **Fenêtre**
Le trouble
Bipolaire



7 **Management**
Les orientations
du projet médical



9 **Evénementiel**
3^{ème} journée des pratiques soignantes et
pluriprofessionnelles avancées



LA DÉMARCHE QUALITÉ

gestion des risques au Centre hospitalier Henri Ey

ENGAGÉ TRÈS TÔT DANS L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS, LE CENTRE HOSPITALIER HENRI EY EST CERTIFIÉ V2010. PARTIE INTÉGRANTE DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT, LA DÉMARCHE QUALITÉ - GESTION DES RISQUES IMPLIQUE À TOUS LES NIVEAUX DE RÉFLEXION LES ACTEURS DU CENTRE HOSPITALIER POUR MIEUX RÉPONDRE ET ANTICIPER LES BESOINS ET ATTENTES DES USAGERS.

LA POLITIQUE QUALITÉ

L'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge fait partie intégrante du projet d'établissement. La politique qualité est validée et suivie par le directeur ainsi que par le président de la commission médicale d'établissement (CME).

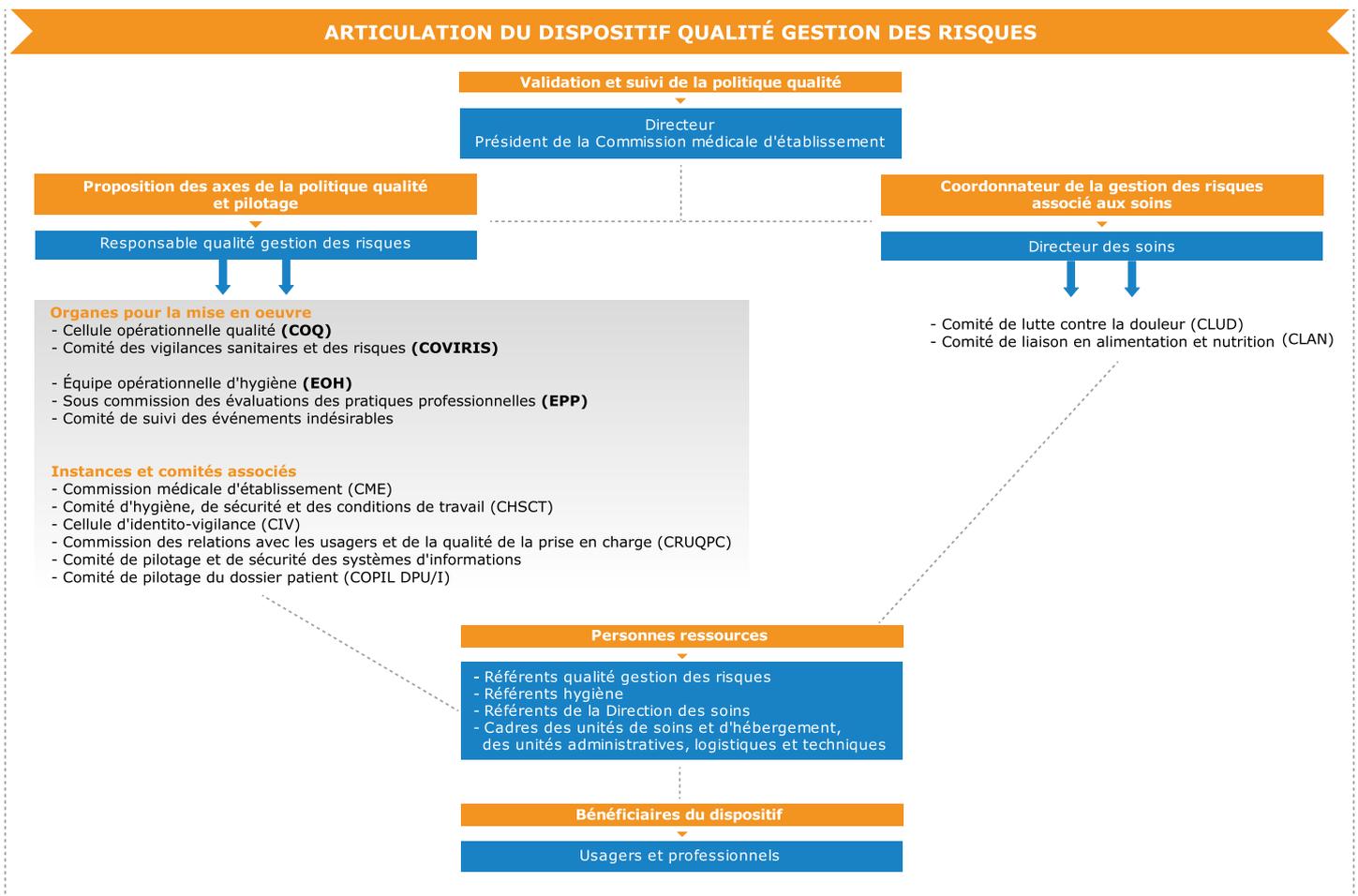
La Direction qualité gestion des risques a pour mission d'animer et conduire la mise en oeuvre de la politique qualité. Pour ce faire, elle s'appuie sur un dispositif institutionnel « qualité-gestion des risques » (cf. schéma). Cette ossature pérenne, intégrant en particulier la CME, le CHSCT et la CRUQPC, répond aux objectifs fondateurs de la démarche : respectueuse de l'organisation hiérarchique de l'établissement, impliquant à tous les niveaux de réflexion les acteurs du centre hospitalier.

Orienté autour de quatre axes, le projet qualité 2012-2016 arrive à son terme. L'écriture du prochain projet débutera au cours de l'été en tenant compte des enjeux stratégiques et des exigences réglementaires.

PROJET QUALITÉ 2012-2016

- Structurer et pérenniser la culture qualité et gestion des risques à l'échelle de l'établissement et de ses pôles
- Renforcer la satisfaction des usagers par leur écoute et leur expression
- Mettre en place l'organisation et le fonctionnement de chemins cliniques au sein des pôles
- Déployer les approches et démarches d'évaluation interne

ARTICULATION DU DISPOSITIF QUALITÉ GESTION DES RISQUES



INDICATEURS QUALITÉ

La qualité passe aussi par la mesure et l'évaluation. L'établissement recueille les données afférentes aux différents indicateurs nationaux ainsi que celles relatives à la satisfaction des usagers. Ces données sont à disposition du public par voie d'affichage dans les services et sur les sites Intranet et Internet du centre hospitalier.

FOCUS SUR LES AUDITS FLASHS

La Direction qualité gestion des risques et la direction des soins ont élaboré conjointement un programme d'audits flash renseignés mensuellement par les cadres des unités de soins et d'hébergement. Les objectifs sont d'aider les cadres de proximité à contrôler les conformités, recueillir des indicateurs qualité au niveau des services mais également de l'établissement et tendre vers l'amélioration des pratiques.

SCORES DES AUDITS FLASHS	2011	2012	2013	2014	OBJECTIF
DASRI (déchets d'activité de soins à risque infectieux)	58,9%	77,6%	88,5%	88%	100%
Recueil des choix du patient (BI5)	44,9%	59,4%	76,1%	85,6%	>75%
Validation des administrations de traitements dans Cariatides	-	91,5%	87%	85%	100%
Pharmacie / Sacs d'urgence	70,5%	77,6%	83,5%	83,5%	>80%
Offices alimentaires	62,5%	77,9%	85,3%	87,8%	100%
Résumé de soins (BII16) / Synthèses	48,2%	60,1%	75,8%	78,5%	100%
Douleur	45%	67,4%	76,7%	83,2%	≥80%
Escarres	-	1,9	0,8	0,8	0
Chambres d'isolement	-	87,5%	89,7%	83,2%	>80%
Contention	-	44,7%	45,1%	84,5%	>80%

■ Atteinte de l'objectif

■ Proche ou modérément éloigné de l'objectif

■ Très éloigné de l'objectif

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) consiste à évaluer la concordance des pratiques de l'établissement et des résultats obtenus avec les recommandations de bonnes pratiques validées. De cette confrontation émergent des actions d'amélioration.

- Dans le cadre du programme EPP, six groupes doivent communiquer prochainement sur les pratiques suivantes :
- Pertinence des hospitalisations
- Douleur physique
- Contention

- Chutes
- Administration des traitements comme aide d'acte de la vie courante
- Évaluation du risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé

L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ : « L'AFFAIRE DE CHACUN »

L'engagement dans la démarche qualité doit nécessairement se traduire par un investissement constant, collectif et individuel. Il convient de féliciter l'ensemble des professionnels pour la réussite des journées d'audits et d'entretiens. Le bon déroulement des visites, salué notamment

par les experts-visiteurs de la HAS et les évaluateurs externes, ainsi que le travail accompli en amont témoignent de la mobilisation et de l'engagement des personnels dans la démarche d'amélioration continue. Dans un contexte d'évolution permanent d'autres étapes seront à franchir avec le concours de tous.

@ Retrouvez l'ensemble des informations dans la vitrine qualité – gestion des risques sur le site Intranet.

Stéphanie Penella-Dutrait,
Responsable qualité - gestion des risques



RESTITUTION DE LA VISITE DES EXPERTS VISITEURS

De gauche à droite : Madame Forey, directeur des soins; Dr Soulié, président de la CME; Monsieur Lanoë, Directeur; Madame Penella-Dutrait, responsable qualité.

CALENDRIER DES INSTANCES

• OCTOBRE 2015

Directoire : 30 septembre
CME : 26 octobre
CTE : 27 octobre
CHSCT : 15 octobre
CS : 29 octobre

Grand Format



Illustration : Sophie Pertuy

PROFESSION : psychologue à l'hôpital

Y A-T-IL UN PSYCHOLOGUE À L'HÔPITAL ?

La profession des psychologues est récente. Dès son origine, en 1947, les psychologues étaient essentiellement des chercheurs qui répondaient aux demandes des usagers, et étaient sollicités pour apporter un éclairage aux problèmes rencontrés par la société et ses institutions. En sciences humaines, la recherche se nourrit du terrain et s'articule au quotidien, elle est une dimension intrinsèque de l'exercice de la psychologie qui nécessite recul et élaboration.

Les psychologues ont une formation universitaire en sciences humaines, à la fois fondamentale (aspect recherche) et appliquée (aspect pratique), de haut niveau en psychologie, préparant à la vie professionnelle. Il existe plusieurs spécialisations (psychologie cognitivo-comportementale, psychologie sociale, neuropsychologie, psychologie du développement, psychologie clinique et psychopathologie...). Chaque psychologue, dans son champ d'investigation, définit ses méthodes et moyens d'intervention dans le respect du code de déontologie des psychologues.

(source SNP hors série n°3 « psychologue dans la fonction publique hospitalière »)

QU'EST-CE QU'UN PSYCHOLOGUE DANS UN HÔPITAL SPÉCIALISÉ ?

Dans la fonction publique hospitalière, les missions du psychologue s'énoncent ainsi : « les psychologues étudient et traitent, au travers d'une démarche professionnelle propre, les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité » (source : Décret 91 -129 du 31 janvier 1991 « statut particulier des psychologues dans la fonction publique hospitalière »).

Lors d'entretiens individuels, groupaux ou familiaux, le psychologue reçoit les personnes en souffrance psychique.

Il évalue cette souffrance ainsi que la demande telle qu'elle est formulée, et met en place des actions préventives et thérapeutiques, en fonction de sa formation et de ses modèles théoriques.

Mais, bien entendu, il ne travaille pas toujours seul ! En effet, en tant que partie intégrante de l'organisation institutionnelle, le psychologue participe au travail d'équipe et à l'élaboration de projets thérapeutiques. Il étudie également les mouvements psychiques à l'échelle, cette fois, institutionnelle : Comme tous les soignants le savent, accueillir la souffrance psychique sollicite l'humain en chacun, au delà de sa formation initiale.

En effet, le désir de soigner comporte une part subjective que le psychologue peut mettre au travail.

Bref, il peut couper les cheveux en quatre ! Il explore et analyse comme l'archéologue sonde et interprète les traces du passé. En revanche, là où ce dernier utilise truelle et pinceaux, le psychologue fait appel à son propre psychisme et ses références conceptuelles.

C'est la raison pour laquelle il doit accompagner son exercice d'une supervision. En fin de compte, le psy va chez le psy ! Il doit également, par le biais du temps FIR (Formation, Information, Recherche), penser sa pratique et la mettre en lien avec les différentes théories dont il questionne la pertinence. Il se met à la page, pour ainsi dire. Au regard du Code de Déontologie des psychologues, l'actualisation des connaissances tout au long de sa carrière est même une obligation de fait.



Illustration :
Sophie Pertuy

« SI LE PSYCHOLOGUE SAIT QU'IL NE SAIT PAS, LE PATIENT NE SAIT PAS QU'IL SAIT »

QU'ÉCOUTE LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN DU SUJET ET SON SYMPTÔME ?

Le symptôme ne fait pas la structure, il est une énigme personnelle, qui n'a de sens que par et pour le sujet qui le construit à son insu, c'est-à-dire inconsciemment. En quelque sorte, c'est une langue propre au sujet et élaborée par lui, mais qui paradoxalement lui est étrangère !

En outre, le symptôme a une valeur. Il est bizarrement le remède que le sujet a trouvé pour soulager voire traiter une souffrance. Néanmoins, cette solution reste insatisfaisante et amène le sujet à consulter. Le psychologue clinicien écoute le sujet et son symptôme, et repère au travers des phrases, mots, mimiques, gestes, le fil

associatif et les ruptures dans le discours. Il ne sait rien du patient, mais il a un savoir sur la méthode pour apprendre du patient. On ne peut écouter la souffrance psychique de quelqu'un que si un processus se met en oeuvre, et il faut du temps pour partager avec l'autre, pour faire alliance, pour faire équipe. On a là toute la dimension de la temporalité, qui peut être un problème, car tout le monde cherche à raccourcir la durée. Mais le psychologue n'est pas un cachet d'aspirine, et parfois même pour aller mieux, il faut supporter d'aller plus mal !

Aussi, la mission fondamentale du psychologue est de faire reconnaître et respecter le sujet dans sa dimension d'être au monde. Il garantit au patient sa pa-

role, aussi tenue soit-elle. Au fond, il est comme une veilleuse dont peut se servir le sujet pour avancer dans l'obscurité de sa vie psychique : lui guide, la veilleuse éclaire.

Ainsi, chaque patient est une nouvelle rencontre, et est accueilli dans sa singularité.

Précisons qu'il s'agit là d'une conception parmi d'autres : Aujourd'hui, le psychologue dispose d'une palette d'outils et d'approches plurielles pour accompagner au mieux les patients, sachant que les symptômes évoluent avec l'Histoire.

Sophie Pertuy, Aline Denis-Mezière,
Sophie Pavée, Anne-Eva Jusseaux.

A l'unisson des voix du Collège
des psychologues.

« TANT QU'IL Y A DE LA VIE, IL Y A DE L'HISTOIRE. »

LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, de rééducation et médico-techniques : de nouveaux représentants à élire dans les mois à venir.



UNE INSTANCE REPRÉSENTATIVE DES PROFESSIONNELS PARAMÉDICAUX

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) est une instance représentative des professionnels paramédicaux mise en place dans le cadre de la loi Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet 2009.

Au cours du dernier trimestre de l'année 2015 auront lieu les élections des nouveaux représentants répartis en trois collèges : cadres de santé; personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques et aides-soignants.

La CSIRMT permet, d'une manière participative, aux professionnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques de mener une réflexion pluri professionnelle sur la prise en charge des usagers et d'être force de proposition dans l'élaboration du projet d'établissement.

SON FONCTIONNEMENT

La CSIRMT est présidée de droit par le Directeur des soins qui est responsable des soins infirmiers et des agents de rééducation et médico-technique. Les représentants sont élus par leurs pairs pour une durée de 4 ans, renouvelable. La commission se réunit au moins trois fois par an et est convoquée par son président qui en fixe l'ordre du jour.

SES COMPÉTENCES

Elle **est consultée pour donner son avis** sur :

- le projet de soins,
- l'organisation générale des soins et l'accompagnement des patients,
- les conditions d'accueil et de prise en charge,
- la recherche et l'innovation,
- la politique de développement continu.



Elle **est informée** sur :

- le règlement intérieur de l'établissement,
- la mise en place de la procédure prévue à l'article L6146-2 sur le contrat conclu entre les professionnels participant aux missions de l'établissement et l'établissement de santé,
- le rapport annuel d'activité.

Dans une période où l'établissement doit proposer son nouveau projet, la direction des soins compte sur l'implication de chacun pour poursuivre la dynamique entreprise depuis plusieurs années au service des usagers. Les membres actuels et de nouveaux professionnels pourront présenter leur candidature.

Arielle Forey,
Directeur des soins

Fenêtre

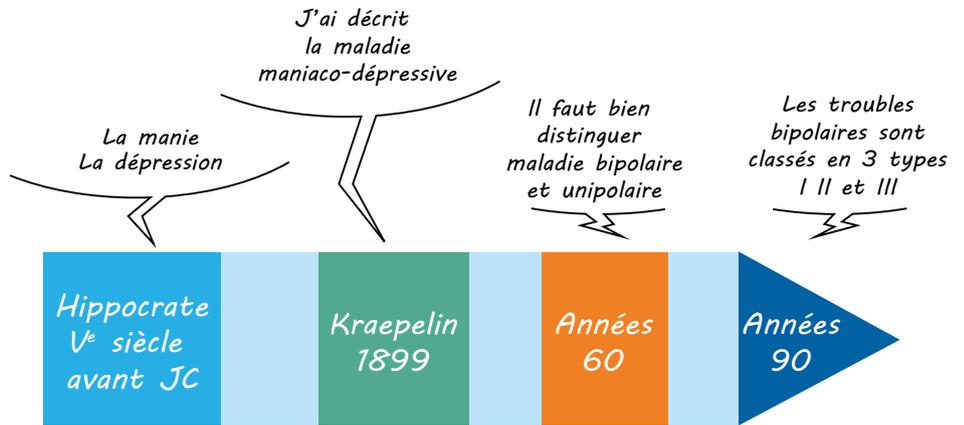
LE TROUBLE BIPOLAIRE : une façon de le comprendre

LE TROUBLE BIPOLAIRE EST UNE PATHOLOGIE PSYCHIA- TRIQUE RELATIVEMENT FRÉ- QUENTE

(environ 1% de la population) dont on retrouve les premières descriptions à l'antiquité. Mais ce n'est qu'en 1854 que J.-P. FALRET décrit une maladie qu'il dénomme « Folie circulaire », caractérisée par la reproduction successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé. Le trouble change plusieurs fois de noms, pour prendre le terme de trouble bipolaire dans les années 1990.

Pour bien comprendre cette maladie, il faut partir d'une approche neuro-physiologique. Au fond de notre cerveau, il existe des centres archaïques qui forment l'archéo-cerebellum. Ces structures ont pour fonction de réguler les instincts nécessaires à la survie de l'espèce : Appétit, sommeil, libido, vigilance, stress et peur (permettant la fuite face au danger), douleur. Mais il régule aussi les informations et la vitesse de ces dernières entre les différentes aires du cortex, comme un centre de tri postal.

Ce cerveau primitif est certes, rudimentaire (on le nomme aussi cerveau reptilien¹), mais il soutient et décharge celui des mammifères supérieurs (le cortex). Ensemble, ils forment la totalité de notre encéphale.



Nous ne savons pas encore très bien quelle est la cause de la bipolarité, mais l'hypothèse la plus vraisemblable, est que tout au fond de ce cerveau primitif, il existerait très vraisemblablement une zone qui sert de régulateur de vitesse, à l'identique de ceux des automobiles. Cette zone régule l'ensemble de la vitesse du cerveau donc de la vitesse psychique.

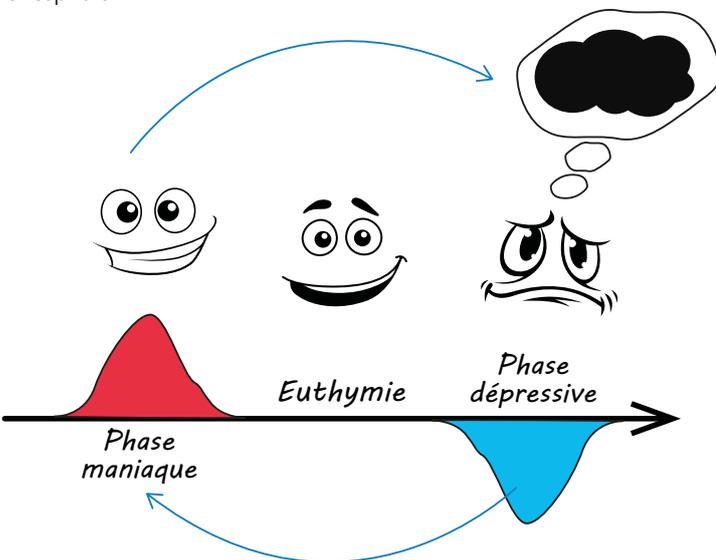
A mon sens, le plus parlant pour expliquer la maladie est l'analogie suivante : Imaginons que 0% est l'état de mort cérébrale, et que 100% est la vitesse maximum à laquelle le cerveau puisse fonctionner. Usuellement, nous « tournons » à la vitesse moyenne de 50%, oscillant entre 40% et 60%.

40% c'est les jours de blues, de grise mine. 60% c'est les jours de bonne humeur, c'est la forme. Dans cette hypothèse, le trouble bipolaire est issu de l'inefficacité

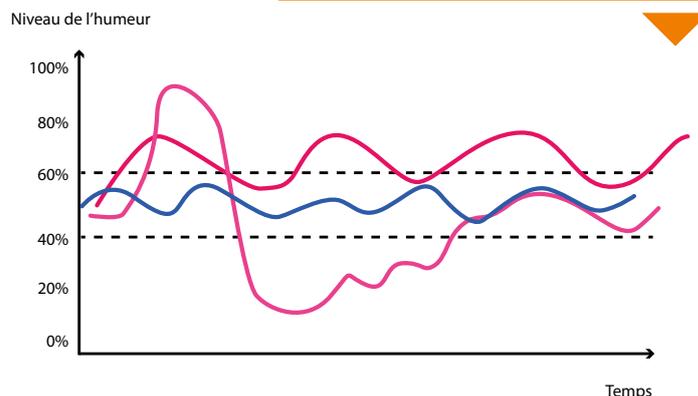
du régulateur de vitesse du cerveau des patients atteints, qui n'est plus apte à le maintenir dans la norme 40/60. Le leur est trop lâche et laisse la vitesse du cerveau osciller entre 20% (ou moins) et 80% (ou plus).

Lorsque le cerveau descend en dessous de 40%, c'est un épisode dépressif, avec comme symptômes principaux : perte de l'appétit, clinophilie², anxiété, baisse du plaisir, baisse de la libido, majoration des douleurs, et ralentissement psycho-moteur.

Lorsque le cerveau accélère au-dessus de 60%, c'est un état hypomane, avec des symptômes globalement inversés. voire, lorsque c'est encore trop vite, des productions d'idées délirantes c'est alors un plein état maniaque.



Différentes formes de bipolarité.
En bleu : humeur normale,
le reste : des profils de patient.

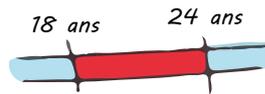


Il existe autant de profils de bipolarité que de patients. Certains sont plus maniaques d'autres plus dépressifs. Certains font deux cycles par an, d'autres un tous les 10 ans.

Cette maladie commence entre 15 et 25 ans, mais on met souvent beaucoup de temps à la diagnostiquer, la normalité du contact du patient restant parfois assez longtemps préservée, on parle alors de personne lunatique, de caractériels... Mais attention de ne pas voir de bipolaires partout.

Sans traitement, l'évolution est souvent lentement progressive, mais on constate parfois des améliorations spontanées avec l'âge. Le traitement est symptomatique, et prévient l'aggravation comme la survenue des décompensations³. Il s'appuie sur les normothymiques dont le principal est le lithium. La clef de la prise en charge, comme pour tout trouble, consiste en la psycho-éducation à la maladie. Certains patients pouvant tout à fait vivre normalement, en se connaissant suffisamment bien pour pouvoir régir leur traitement tout seul, à l'identique d'un diabétique qui teste sa glycémie et qui module son insuline. Ce doit être l'objectif de toutes

les prises en charge, et c'est d'autant plus possible qu'on diagnostique précocement les patients.



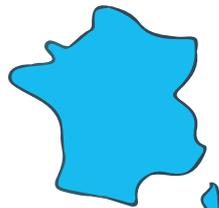
Début des troubles



Tout sexe confondu



Trouble plus fréquent en zone urbaine

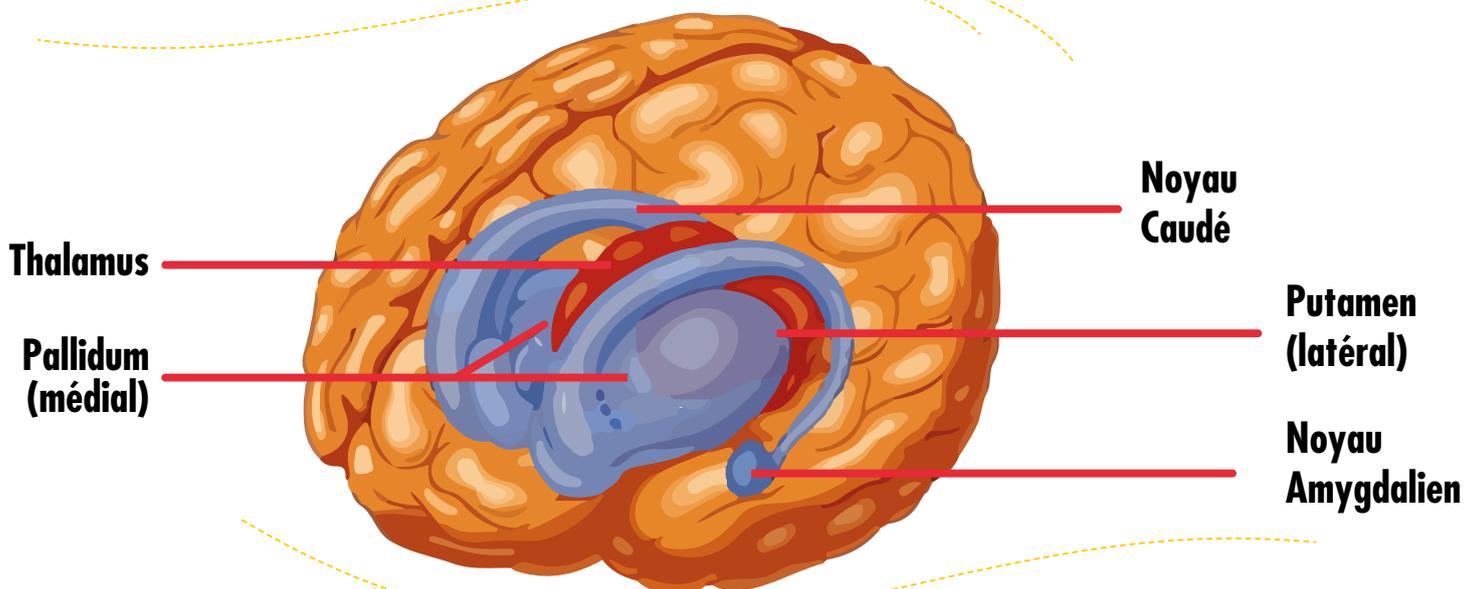


1,2% de la population



15 à 20% de risque de décès par suicide chez les bipolaires

En bleu et rouge, les éléments du cerveau archaïque.





Management

LES ORIENTATIONS

du projet médical

2016 - 2020

DES AVANT LA RÉCEPTION EN JANVIER 2015 D'UN AUDIT GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (ARS) INVITANT L'ÉTABLISSEMENT À PRODUIRE UN NOUVEAU PROJET MÉDICAL, DES GROUPES DE TRAVAIL TENDANT À CE RÉSULTAT AVAIENT ÉTÉ MIS EN PLACE, À L'INITIATIVE DU PRÉSIDENT DE LA COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT (CME), AVEC UNE PARTICIPATION LARGE DE PRATICIENS HOSPITALIERS ET DE CADRES DE SANTÉ. LES THÉMATIQUES RETENUES PORTAIENT SUR LE DÉCOUPAGE ET LA GOUVERNANCE DES PÔLES, LA RÉPONSE AUX URGENCES

ET SITUATIONS DE CRISE, LA POLITIQUE DE RÉINSERTION ET LES FACTEURS D'ATTRACTIVITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT.

Au terme de deux ou trois séances de travail, des propositions ont été faites par les animateurs de ces groupes et validées en leur sein, afin de prendre en compte les préconisations de l'audit de l'ARS et, en particulier, la nécessité de surmonter certains clivages dans les relations entre les pôles, d'améliorer la gouvernance de ceux-ci et de poursuivre la dynamique portant sur la réinsertion. C'est ainsi qu'un pôle de psychiatrie rassemblant les deux pôles géographiques existants a été proposé, ainsi qu'un pôle de réinsertion rassemblant les Unités thérapeutiques de réadaptation (UTHR) et les Maisons d'aide à la réinsertion (MAR).

Lors du séminaire médical du 15 avril, certaines divergences se sont exprimées sur plusieurs aspects de ces propositions. Elles ont fait l'objet d'une recherche de

compromis et de synthèse lors du directoire élargi du 13 mai et de la CME du 18 mai. Au terme de ces échanges et de cette concertation, la CME a validé les principales orientations du projet, assorties d'aménagements relatifs à la mise en place de chefferies de service, dans le cadre des dispositions du Projet de Santé, à la nécessité de maintenir des liens étroits entre UHP et UTHR sur chaque unité et à la recherche d'une fusion entre pôles dans le cadre d'une filière autisme associant les adultes et les enfants. Un regroupement d'unités au sein d'un pôle d'activités spécifiques des unités de Morancez est aussi envisagé. La rédaction du projet médical sera travaillée dans les prochains mois, avec une présentation aux instances en octobre prochain. D'ores et déjà ces orientations ont reçu un accueil positif de l'ARS lors d'une rencontre à Orléans le 18 mai dernier.



Évènementiel

3^{ème} JOURNÉE des pratiques soignantes et pluriprofessionnelles avancées



C'EST DANS UN CLIMAT DE CONVIVALITÉ ET DE TRAVAIL QUE S'EST DÉROULÉE, LE 4 JUIN DERNIER, LA 3^{ÈME} JOURNÉE DES PRATIQUES SOIGNANTES PLURIPROFSSIONNELLES AVANCÉES OÙ 140 PROFESSIONNELS ET PARTENAIRES DU CENTRE HOSPITALIER HENRI EY ONT ÉTÉ ACCUEILLIS.

L'engagement du Centre hospitalier Henri Ey à poursuivre, depuis 2012, cette manifestation a été récompensée par l'obten-

tion d'un franc succès grâce notamment à la qualité et la diversité des communications proposées.

Inscrite dans une dynamique institutionnelle, cette journée met en lumière les compétences et la créativité des professionnels. Elle permet de favoriser les échanges, de partager des expériences, mais aussi de donner du sens en théorisant la pratique professionnelle.

C'est également un temps de formation qui favorise l'émergence de nouveaux projets au bénéfice de la prise en charge du patient/résident. Pour preuve, les interventions des années précédentes ont participé à la diffusion, dans d'autres unités

de soins et d'hébergement, de pratiques innovantes.

Cette 3^{ème} journée fut aussi l'occasion de mettre en valeur la richesse du travail réalisé avec des partenaires extérieurs. Gageons que la 4^{ème} journée se déroule sous les mêmes auspices, ceux de la créativité, de l'ouverture et de l'enthousiasme professionnel. Ce sera la mission première du comité de pilotage qui se réunira dès le mois de septembre.

« SPORT ADAPT'ÉY » : médiateur du soin psychique

Isabelle AUGEREAU et Tilemann LE NEINDRE, infirmiers - éducateurs sportifs aux pôles dunois-perche et chartrain / Gilbert LANGEVIN, président d'UFOLEP 28

L'idée de traiter la maladie mentale par le corps date de l'Antiquité, mais c'est en 1948 avec le Dr SIVADON (CH Ville EVRARD), qu'il est question de rééduquer et de réadapter les malades par des techniques corporelles : « le sport a des vertus thérapeutiques, il soigne en transformant les relations, en les rendant signifiantes et symboliques... Il fait advenir le Sujet qui est en chacun ». Le Centre hospitalier Henri EY a, depuis de longues années, intégré le sport dans les prises en charge ainsi que la professionnalisation des personnels.

L'intervention porte sur l'intérêt d'une pratique sportive adaptée, auprès d'un patient autiste pour lequel des objectifs ciblés ont été fixés dans le cadre de son projet de soins.



« IMPRO A LA PARENTHÈSE » : du jeu d'acteur à la relation à l'autre

Jocelyne AUFRERE et Marie-Pierre LAVIE, infirmières à l'hôpital de jour au Pôle chartrain

Avoir une étiquette de «malade mental» dans la société actuelle est très difficile. Beaucoup de patients ont des difficultés à s'exprimer devant une ou plusieurs personnes et se dévalorisent. Le théâtre soulève la question du regard de l'autre, selon que l'on soit perçu comme une personne « malade », ou une personne « dite nor-

male ». Il a comme particularité de solliciter l'individu et de l'inciter à trouver sa place dans un travail de groupe. Celui-ci fait travailler l'imagination et implique l'individu dans une ouverture au groupe. Cette activité a trouvé une place importante au sein de l'hôpital de jour, pour un travail au long cours, développé à travers le cas d'une personne souffrant de schizophrénie dysthymique et d'un trouble de l'estime de soi relatif à un surpoids.



LE P.A.S.A. « COMME A LA MAISON » : Une alternative à l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer

Sandra Besnard, cadre de santé et Nadine Mischler, assistante de soins en gérontologie

Créé au sein de l'établissement dans le cadre du plan Alzheimer, le PASA (pôle d'activité et de soins adaptés) est un lieu de vie identifié au sein d'un Ehpad, destiné à accueillir, en journée, des résidents présentant une démence d'Alzheimer ou maladie apparentée, associée à des troubles du comportement légers à modérés.

La présentation d'un résident admis dans cette structure, permettra de découvrir le lieu, les activités proposées ainsi que l'intérêt d'une prise en charge spécifique par une équipe pluridisciplinaire.

L'objectif étant de maintenir les capacités cognitives et motrices de ces personnes en gardant les repères de la vie quotidienne et de limiter les traitements initiés face à la présence de troubles du comportement.



« LE CHIEN » : un émissaire en territoire autiste ?

Laëtitia BARBOSA, aide médico-psychologique et Hélène BEN MAZEG, inf. Faisant fonction de cadre de santé au pôle autisme adultes – ESAT et Clotilde CASTELAIN, éducateur canin

Le Foyer d'Accueil Médicalisé « Les Magnolias » est une structure médico-sociale accueillant 27 adultes porteurs de handicap mental et/ou de troubles du spectre autistique.

L'équipe pluridisciplinaire du FAM accompagne individuellement au quotidien les résidents, leur propose un certain nombre d'activités visant à limiter la survenue de troubles du comportement afin de leur garantir une qualité de vie la meilleure possible. L'une de ces activités fait intervenir le chien auprès des résidents.

Quels sont les effets observés sur le comportement d'un résident adulte autiste, participant régulièrement aux activités avec les chiens depuis 3 ans, date à laquelle le FAM a commencé à coopérer avec l'association « Dog Sheep and Co ».



RÉSUMÉS des interventions

« PLUS JE CRIE, MOINS IL M'ÉCOUTE » : Quelle prise en charge pour les parents d'enfants présentant un trouble oppositionnel ?

Pierre CARDINAL, psychologue clinicien au pôle de pédopsychiatrie

Le « non » fait partie intégrante du processus de développement des enfants. Quand cette opposition est particulièrement fréquente et intense, l'autorité parentale finit souvent par s'éroder. Par définition, la guidance parentale cherche à soutenir l'apprentissage du « métier de parents » d'un enfant ayant des problèmes d'opposition et de provocation. Les parents y sont reçus en groupe pour élaborer ensemble des stratégies mesurées visant un mieux vivre ensemble. De nombreuses questions sont alors soumises à la réflexion et l'expérimentation du groupe : comment consolider le lien d'attachement ? Comment encourager le développement des habiletés sociales ? Comment établir des règles et des limites claires pour responsabiliser les enfants ? Comment réagir aux colères ?

Aider les parents à donner une réponse psychoéducatrice plus cohérente face aux problèmes de comportement de leur enfant est un facteur essentiel de soutien à l'apprentissage de patterns interactionnels plus adaptés.

« HANDICAP PSYCHIQUE » : Un accompagnement partagé entre CMP et SAMSAH

Ludivine BANSARD, infirmière à l'hôpital de jour (pôle Dunois-Perche)
Aurélien BEALAY et Anne-Cécile BARRERE, ALVE (28)

Accompagner la personne souffrant de pathologie psychiatrique, la maintenir dans son lieu de vie, lui permettre d'améliorer sa santé, son quotidien, l'aider...

Comment faire pour que cet accompagnement partagé puisse s'effectuer dans les meilleures conditions possibles ? Entre soin et accompagnement social, entre notion de patient et d'usager, secret professionnel et travail de réseau, tel est le délicat équilibre qui est proposé ici mais ô combien nécessaire. L'accompagnement partagé nécessite une concertation efficace et une confiance mutuelle des intervenants entre eux. Faire au mieux pour que les prérogatives des différents professionnels soient complémentaires et adaptées à la situation des personnes concernées, ne pas glisser dans un lien de dépendance...

C'est à partir de la présentation d'une prise en charge partagée entre le CMP de Nogent le Rotrou et le SAMSAH, que les différents aspects de cet accompagnement sont discutés.

« APPROCHE EMOTIONNELLE » : Expérience de pleine conscience dans un service d'addictologie

Dominique NGUYEN-XUAN, psychomotricienne et Dr Aurélien WEISS, psychiatre (Pôle addictologie)

L'alcoolique est un sujet dont les digues ont cédé devant les flots d'angoisse. L'environnement et la réalité se trouvent écartés au profit d'une illusion, illusion qui le conduit à ne plus penser. L'alcoolique, dans son agir incessant tend vers un but jamais atteint. Cet agir lui serait-il indispensable pour se sentir exister.

L'alcool infiltre l'humain sans discontinuité. La propriété de l'alcool par excellence, est de dissoudre. Paradoxalement, c'est à ce moment qu'il peut se sentir le plus unifié. Dans l'ivresse, l'alcoolique se ressent comme entier alors que dans l'abstinence, il perd la face. Dans son paradoxe, l'alcool semble unifier tout en effaçant les limites de l'individu. D'où un travail de psychomotricité qui porte sur le corps, ses limites, son unité, corps comme contenant, pouvant accueillir les éprouvés. Quand le sujet est restauré, retrouve des sensations positives, un corps soutenant, nous proposons un travail de pleine conscience, en lien avec les émotions.

Nous faisons part de notre expérience avec des patients hospitalisés, le temps de la cure, en vue de les aider à repérer, accueillir les émotions, pouvoir en parler, sans être agi, sous l'emprise ou la crainte de celles-ci.



Pôle :
Mêlé

SANTÉ AU TRAVAIL

la prévention
du tabagisme

Suite à l'enquête flash «Tabac», réalisée en février 2015, certains agents ont exprimé le souhait de pouvoir bénéficier d'une aide de l'établissement pour réduire leur consommation de tabac ou arrêter de fumer.

Depuis le mois de mai et ce pour une période de trois mois, un accompagnement est proposée aux agents demandeurs. Ainsi, une consultation de tabacologie avec les Docteurs Mounier ou Lepeyre, praticiens au pôle d'addictologie, peut être obtenue sur les sites de Bonneval et de Morancez.

Ces consultations ont vocation à recevoir la personne pour un accompagnement est proposé voire une orientation vers le réseau de santé en tabacologie et la possibilité d'une prescription ainsi que la mise à disposition d'une substitution nicotinique sur la base des médicaments référencés dans l'établissement.

Fondée sur la responsabilité individuelle, cette action sera évaluée à la rentrée et présentée lors du prochain CHSCT.

INITIATIVE

convention avec
les restaurants
du cœur

Le centre hospitalier s'est engagé dans la lutte contre le gaspillage alimentaire en signant une convention avec l'antenne de l'association « Les restaurants du Coeur » à Bonneval.

C'est à l'initiative de Patrick Josien, responsable restauration, que chaque mercredi après-midi des bénévoles de l'association viennent à la cuisine centrale chercher le surplus de production généré par l'écart prévisionnel de présence des patients et résidents dans les services.

Ainsi, tartes au fromage, brocolis, carottes, jambon, steacks hachés, cocktails de fruits sont redistribués au Resto du Coeur et viennent s'ajouter aux denrées distribuées une fois par semaine à près de 150 personnes.

Cette action entre dans le cadre de la politique de l'alimentation qui vise à faciliter les dons de produits aujourd'hui détruits ou jetés afin de réduire le gaspillage alimentaire en France.

ATELIER



de soutien à l'ESAT

L'une des composantes essentielle des missions de l'ESAT est l'activité de soutien à la personne. Parmi les activités proposées, un atelier artistique, encadré par Delphine Lehoux, conseillère en économie sociale et familiale, a permis aux travailleurs de participer à une exposition, à l'Hôtel Dieu à Chartres, organisée par l'association « De liens en Art ». Afin de valoriser les oeuvres singulières des travailleurs l'exposition a été présentée au restaurant du personnel de l'établissement.

A l'automne, une visite historique adaptée sera proposée aux travailleurs en vue de favoriser la compréhension et la connaissance du lieu dans lequel ils exercent. Le contenu de la visite sera travaillé conjointement au cours de l'été avec l'infirmière de l'ESAT et la chargée du patrimoine.



Ils ont écrit...

EXPOSITO CLAIRE

MANUEL D'ENSEIGNEMENT DE PSYCHOMOTRICITÉ T3 CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUES

Edition de boeck- solal 2015

Chapitre 14 : Troubles du comportement alimentaire : anorexie et boulimie p183-199 (Philippe Scialom et Claire Exposito)

Chapitre 16 : Conduites addictives et alcoolodépendance p217-226 (Claire Exposito)

Chapitres accessibles au centre de documentation

AGENDA :



19 et 20 septembre 2015 : Journées européennes du patrimoine. Visites historiques de l'ancienne abbaye Saint-Florentin samedi et dimanche de 14h à 19h.

N°32
juillet
2015Directeur de la
publication :

Hervé Lanoe

Rédacteur en chef :

Stéphanie Martin

Droits d'auteur maquette :

Quadrilatère Communication

Conception & réalisation :

Topp Imprimerie - 28320 Gallardon

Dépôt légal : juillet 2015

Comité de rédaction :

C. Barbier ; H. Ben Mazeg ;

A. Greneche ; P. Josien ; M.J. Laly ;

R. Lefèvre ; P. Lhoste ;

C. Ragon ; P. Stehle