

Passerelles

Journal des Hôpitaux de Saint-Maurice



E.P.S.
ESQUIROL



HNSM

Dossier : Regroupement

Page 3-11



MCO

Ouverture des
nouveaux locaux du
CTIRC

Page 17

Soins de suite

En avant pour le
parcours de marche !

Page 18

Santé mentale

Mission
à Shalvata

Page 19

Métier

Le service des
jardins

Page 20

Edito



L'année 2011 marque l'aboutissement du processus de rapprochement entre l'EPS Esquirol et l'Hôpital National de Saint-Maurice initié il y a plus de 20 ans.

Nos deux hôpitaux, à l'histoire et au patrimoine prestigieux, forment désormais un seul établissement.

Et nous avons des raisons d'en être fiers, que ce soit par la diversité de notre offre de soins (psychiatrie, soins de suite et réadaptation, gynécologie, obstétrique, néonatalogie, et traitement de l'insuffisance rénale chronique), notre équilibre budgétaire qui a permis jusqu'à présent de financer la majeure partie des investissements, nos projets pour développer l'offre de soins proposée à nos patients et s'inscrire dans notre territoire de santé, le niveau de qualité des prises en charge, et bien sûr, c'est là un élément clé, les 2 500 professionnels qui le composent.

Tout cela est essentiel car, si la vie institutionnelle de nos établissements n'a pas été de tout repos ces dernières années, nous devons encore relever ensemble les défis qui nous attendent :

- l'application de la loi Hôpital Patients Santé et Territoires, et notamment la mise en place des nouvelles instances et des délégations de gestion dans les pôles,
- la nécessaire adaptation des directions fonctionnelles au passage de deux établissements à un seul,
- la finalisation du projet médical commun,
- la certification V2010,
- la mise en place progressive de la tarification à l'activité (T2A)...

Le regroupement des Hôpitaux de Saint-Maurice est déjà visible sur bien des aspects. Il prend ici la forme du nouveau journal interne commun. Il jouera, à n'en pas douter, le même rôle fédérateur que ses prédécesseurs *HNSM Contact* et *Panoramiques*.

Son titre, « *Passerelles* », que vous avez proposé, me semble symbolique à bien des égards. Il y a effectivement des ponts à construire entre nos communautés pour qu'une culture commune puisse s'enraciner. De nombreuses synergies sont à trouver ensemble entre nos activités et nos projets, des relations à cultiver entre nos différentes professions, des compromis à chercher entre nos points de vue respectifs.

Si cette dynamique est déjà en marche, tout ne se fera pas en un jour. Pour réussir, il faudra nous appuyer sur une bonne connaissance mutuelle et sur les valeurs que nous partageons déjà : soins de qualité pour tous, accompagnement des patients vers l'autonomie, lutte contre la stigmatisation des handicaps qu'ils soient physiques ou psychiques...

Je suis convaincu que ce regroupement est un véritable atout pour les Hôpitaux de Saint-Maurice et que nous en tirerons, à moyen terme, des avantages décisifs :

- une force de proposition renforcée auprès de nos tutelles en tant que l'un des groupes hospitaliers les plus importants d'Ile-de-France,
- une offre de soins diversifiée en faveur de projets transversaux pour avancer dans un environnement toujours plus concurrentiel, mouvant et soumis à de fortes contraintes réglementaires et financières,
- des moyens accrus pour porter des projets innovants et faire face aux investissements.

Ainsi, en cette nouvelle année riche de défis mais aussi de promesses pour notre nouvel établissement, je tiens à vous adresser, pour vous-même et votre entourage, des vœux sincères de bonheur, de santé et de réussite.

Denis FRECHOU

Directeur des Hôpitaux de Saint-Maurice

Sommaire

■ Dossier : Regroupement

Les Hôpitaux de Saint-Maurice devenus réalité	P.3
Journées scientifiques	P.7
Forum des cadres	P.8
Deux établissements à l'histoire prestigieuse	P.10

■ Droit/Qualité/Gestion des risques

2011 : Année des patients et de leurs droits	P.12
Certification Version 2010 à l'épreuve d'un an de déploiement	P.14
MERVEIL ou l'étude des erreurs médicamenteuses ...	P.16

■ Médecine/Chirurgie/Obstétrique

Les nouveaux locaux du CTIRC ont ouvert leurs portes	P.17
--	------

■ Soins de suite et réadaptation

En avant pour le parcours de marche !	P.18
---	------

■ Santé mentale

Mission inter-hospitalière à l'Hôpital Shalvata	P.19
---	------

■ Métier

A l'honneur : le service des jardins	P.20
Infirmier(e)s, à vous de choisir	P.22

■ Événementiel

AFT : l'argent "content"	P.22
XIX ^e journée de médecine et de rééducation de l'Est parisien	P.23

■ Agenda

Passerelles N°01 Janvier 2011

Directeur de publication

Denis Fréchou

Rédacteurs en chef

Sandrine Barbier-Bodeau
Pascale Mocaer

Comité de Rédaction

Dr Patrick Bantman
Betty Baron-Rousseau
Philippe Baronnie
Pierrette Després
Sophie Fauveau
Serge Luc
Charles Morvan
Emilie Moussard
Florence Reznik
Jean-Marc Taïeb
Christophe Torrens
Thierry Voisin
Jacques Vouillot

Merci à Chantal Aubert
pour sa relecture précieuse

ISSN en cours

Crédit photos

Jean-Marc Taïeb
Service communication
En couverture : le Pavillon
Berthoumeau, siège de la Direction
des Hôpitaux de Saint-Maurice.
déc. 2010

Mise en page

Marie-Laure Buis

Impression

Imprilith - 77310 Ponthierry

Hôpitaux de Saint-Maurice

Service Communication
12/14, rue du Val d'Osne
94410 Saint-Maurice
Tél. : 01 43 96 60 37
communication@hopital-esquirol.fr

Les membres du Comité de
rédaction sont à la disposition
des lecteurs pour recueillir
toutes idées ou propositions
d'articles.

♻️ Papier 100 % recyclé

Les Hôpitaux de Saint-Maurice devenus réalité

Les Hôpitaux de Saint-Maurice forment un seul et même établissement depuis le 1^{er} janvier 2011. Ce regroupement, associé à la mise en place de la loi Hôpital Patients Santé et Territoires, a des incidences dans de nombreux domaines : organisation, offres de soins, ressources humaines, finances...

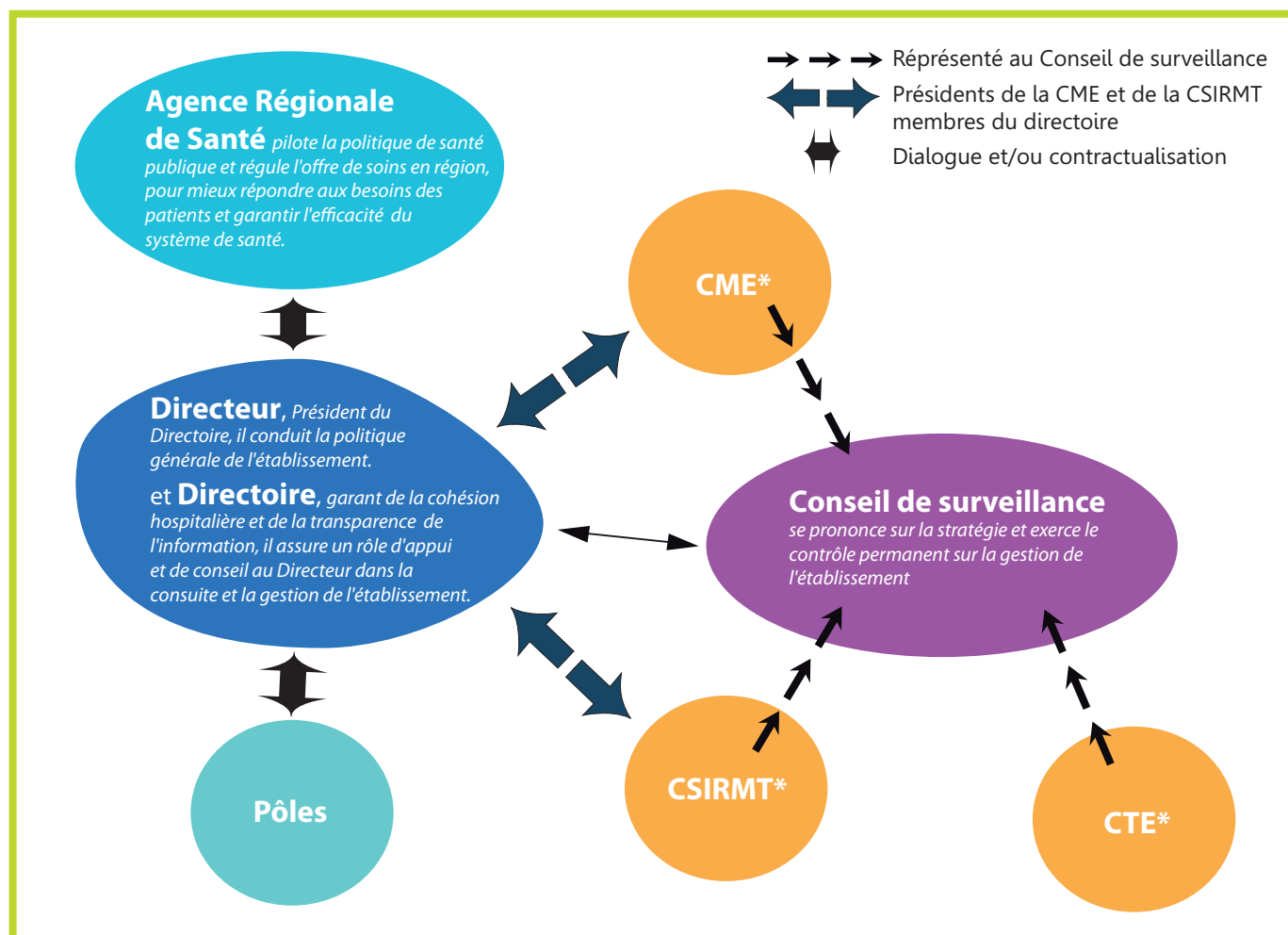
Nous vous proposons de faire le point, dans ce premier numéro, sur les aspects organisationnels et tout particulièrement sur les instances de ce nouvel établissement et les évolutions dans le management des pôles.

Le statut du nouvel établissement

Les Hôpitaux de Saint-Maurice ont été créés par arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du 23 décembre 2010. Cet arrêté a fait suite au décret du Conseil d'Etat du 22 décembre instaurant le ressort départemental de l'Hôpital National de Saint-Maurice. Ainsi, les Hôpitaux de Saint-Maurice forment-ils désormais un établissement public de santé de ressort départemental. Ce nouveau statut a essentiellement des conséquences sur la composition du conseil de surveillance.

Il ne restreint en rien l'origine géographique de nos patients qui reste la même que par le passé. Il ne modifie pas non plus les activités, les pôles d'excellence ou l'inscription dans un cadre régional d'une partie de l'offre de soins.

Une nouvelle organisation institutionnelle liée à la loi HPST



* CME : Commission médicale d'établissement - * CTE : Comité technique d'établissement - * CSIRMT : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique.
 Source du schéma : Direction générale de l'organisation des soins - avril 2010 - complément d'information en italique et légende ajoutés par les Hôpitaux de Saint-Maurice

Deux nouvelles instances

LE DIRECTOIRE se substitue au conseil exécutif

Composition :

Il comprend sept membres, dont une majorité de représentants du corps médical. Il est présidé par le directeur de l'établissement ; le président de la commission médicale en est le vice-président.

Le directeur arrête la composition du directoire sur proposition, pour les personnels médicaux, du président de la commission médicale d'établissement (CME).

Les membres du conseil de surveillance ne peuvent pas être membres du directoire.

Missions :

- l'approbation du projet médical préalablement préparé par le président de la commission médicale d'établissement (CME),

- la préparation du projet d'établissement notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et du projet médical,

- le conseil au directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

LE CONSEIL DE SURVEILLANCE se substitue au conseil d'administration

Composition : il comprend trois collèges de même taille représentant les collectivités territoriales, le personnel, ainsi que les associations d'usagers et les personnalités qualifiées. Son président est élu pour cinq ans, parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées.

Missions : elles sont recentrées sur les orientations stratégiques et le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Le conseil de surveillance délibère notamment sur :

- le projet d'établissement,
- le compte financier et l'affectation des résultats,
- le rapport annuel d'activité,
- toute convention intervenant entre l'établissement et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance.

Il donne également son avis sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins, des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation,
- ainsi que sur le règlement intérieur de l'établissement.

Il communique au directeur général de l'Agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.

A tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Le conseil de surveillance entend également le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement.

Une page se tourne... une autre s'ouvre

>> Le dernier conseil d'administration de l'Hôpital National de Saint-Maurice et le dernier conseil de surveillance de l'EPS Esquirol se sont tenus le 13 décembre dernier.



>> Première commission des soins le 15 décembre 2010



>> Premier comité technique d'établissement le 17 décembre 2010



>> Première commission médicale d'établissement le 6 janvier 2011.

Élection de Mme le docteur Cabié : Présidente de CME
et de Mme le Dr Quentin : Vice présidente de CME



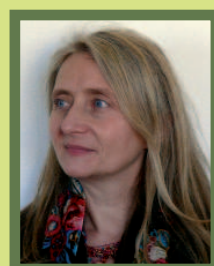
Un au revoir émouvant à M. d'Harcourt



M. François d'Harcourt, Conseiller d'Etat honoraire, a été nommé président du conseil d'administration de l'Hôpital National de Saint-Maurice le 20 décembre 1993. Il a ainsi débuté son mandat par la pose de la première pierre de la balnéothérapie.

M. d'Harcourt a effectué une prestigieuse carrière dans la fonction publique. Il a notamment exercé les fonctions de Président de la Commission supérieure du Crédit mutuel maritime, de Président du Collège régional de Haute Normandie, puis de Président de l'établissement national des Invalides de la marine avant de rejoindre l'HNSM.

et quelques jours plus tard... à Mme Sanchez



Il y a neuf ans, Nathalie Sanchez arrivait à l'hôpital Esquirol après avoir exercé ses fonctions non loin de là, au centre hospitalier de Montreuil. Elle prit la responsabilité de la direction des finances et des systèmes d'information avant de se voir confier la direction du site de l'Hôpital National de Saint-Maurice. Elle laisse l'empreinte d'une personne attentive à la concertation et à la préservation du climat social, porteuse de très nombreux projets en faveur du développement de notre offre de soins.

Nous lui souhaitons bonne chance dans ses nouvelles fonctions au sein de la Fédération Hospitalière de France.

Le management des pôles évolue lui aussi

La contractualisation et la délégation de gestion au bénéfice des pôles de l'établissement se mettront progressivement en place en 2011. En appui des chefs de pôle dans ces nouvelles attributions, un membre de l'équipe de direction est nommé référent pour chacun des pôles. Cette nouvelle organisation est effective dès à présent.

PSYCHIATRIE

• Pôle Paris Centre

(adultes, 1^{er}, 2^e, 3^e, 4^e arrondissements de Paris)

Resp. de pôle : Dr Frédéric Khidichian
Cadre coordonnateur : Marie-Line Marcilly
Directeur référent : Alain Knopf

• Pôle Paris 11

(adultes, 11^e arrondissement de Paris)

Resp. de pôle : Dr Marie-Christine Cabié
Cadre coordonnateur : Patrick Thomas
Directeur référent : Guy Chiambaretto

• Pôle du 12^e arrondissement

(adultes, 12^e arrondissement de Paris)
incluant l'Unité de soins somatiques
Resp. de Pôle : Dr Gilles Vidon
Cadre coordonnateur : Martine Legrand
Directeur référent : Eric Girardier

• Pôle 94G16

(adultes, communes d'Alfortville, Charenton-le-Pont, Saint-Mandé, Saint-Maurice)
Resp. de pôle : Dr Patrick Bantman
Cadre coordonnateur : Sylvie Boivent
Directeur référent : Gérard Taesch

• Pôle Paris Centre Est Enfants

(enfants - 1^e, 2^e, 3^e, 4^e et 11^e arrondissements de Paris)
Resp. de pôle : Dr Jean-Louis Lerun
Cadre coordonnateur : Damien Fréard
Directeur référent : Gérard Taesch

• Pôle 94I02 - CCASA

(enfants - communes de Fontenay, Joinville, Saint-Mandé, Saint-Maur et Vincennes)
Resp. de pôle : Dr Danièle Roche Rabreau
Cadre coordonnateur : Sylvie Prouff-Crépin
Directeur référent : Christiane Rogacki

• Pôle 94I03/04

(enfants, communes d'Ablon, Alfortville, Charenton, Choisy-le-Roi, Ivry, Maisons-Alfort, Orly, Saint-Maurice, Thiais, Villeneuve-le-Roi, Vitry-sur-Seine)
Resp. de pôle : Dr Jean Paul Bouvattier
Cadre coordonnateur : Roselyne Saillard
Directeur référent : Denis Fréchou

SOINS DE SUITE

• Pôle soins de suite et réadaptation adultes

Resp. de pôle : Dr Jacques de Lecluse
Cadre coordonnateur : Caroline Rivillon
Directeur référent : Eric Girardier

• Pôle soins de suite et réadaptation enfants

Resp. de pôle : Dr Anne Laurent-Vannier
Cadre coordonnateur : Sakil Valimahomed
Directeur référent : Brigitte Plagès

• Pôle P3R

(Plateau ressources de rééducation réadaptation dans et hors les murs)
Resp. de pôle : Dr Véronique Quentin
Cadre coordonnateur : Anne Avale
Directeur référent : Charles Morvan

MÉDECINE/CHIRURGIE/ OBSTÉTRIQUE

• Pôle Femme - Enfant

Resp. de pôle : Dr Roland Jeny
Cadre coordonnateur : Claudine Aubun
Directeur référent : Christiane Rogacki

• Pôle traitement de l'insuffisance rénale chronique

Resp. de pôle : Dr Martine Saint-Georges
Cadre coordonnateur : Isabelle Fallet
Directeur référent : Pascale Mocaer

MEDICO-TECHNIQUE

• Pôle Pharmacie-Hygiène-DIM

Resp. de pôle : Dr Françoise Berthet
Directeur référent : Guy Chiambaretto

• Pôle Laboratoire-Imagerie

Resp. de pôle : Dr Rachid Chekroun
Directeur référent : Lorraine François

Du nouveau dans l'équipe de direction...

2010 a vu de nombreuses évolutions dans la configuration de l'équipe de direction. Après le départ à la retraite de **Murielle Vial**, remplacée par **Brigitte Plagès** à la direction des soins du site HNSM, ce fut au tour de **d'Evelyne Tixier** de céder sa place à **Lorraine François** à la direction des achats et de la logistique.

Marie Houssel, directrice des ressources humaines du site HNSM et **Nathalie Sanchez** (voir page précédente) sont également parties pour de nouvelles aventures.

Les deux directions de site disparaissent et une direction des affaires médicales est créée. Elle sera dirigée par **Gérard Taesch**.

L'équipe de direction accueille également deux nouveaux venus :



CHARLES MORVAN

Diplômé de Sciences-Po Paris et de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), Charles

Morvan a fait ses débuts au Centre hospitalier de Vendôme (Loir-et-Cher) en tant que directeur des finances, des admissions et du système d'information. Il est arrivé aux Hôpitaux de Saint-Maurice le 1^{er} octobre 2010, et s'est vu confier la direction des ressources humaines de site HNSM.



PASCALE MOCAER

Pascale Mocaer a pris ses fonctions aux Hôpitaux de Saint-Maurice le 1^{er} octobre 2010.

Auparavant directrice adjointe aux centres hospitaliers d'Orsay et de Longjumeau, elle a également exercé comme chargée de mission à l'Institut Gustave Roussy, puis au Centre hospitalier Sainte-Anne et au sein des hôpitaux de La Flèche et Sablé-sur-Sarthe, dans le cadre du rapprochement de ces deux structures.

Au sein de l'établissement, elle est chargée des affaires générales (mise en œuvre de la stratégie, autorisations d'activité, conventions, instances...), de la communication et de la gestion du patrimoine.

Les Journées Scientifiques 2011 au programme

Nous fêtons cette année la dixième édition des Journées Scientifiques. Cet anniversaire prend une dimension toute particulière dans le contexte du regroupement car pour la première fois, cet événement est conçu par un comité d'organisation issu des deux établissements. De plus, la thématique retenue est symbolique des préoccupations communes de l'ensemble de nos équipes : "Situations de handicap et pratiques de soins".

Les Journées Scientifiques : un événement institutionnel important

Tous les deux ans, depuis bientôt vingt ans, l'Hôpital Esquirol a organisé cet événement toujours très attendu.

De nombreux thèmes ont été traités par le passé comme : "recherche et innovation", "d'un siècle à l'autre : l'angoisse", "l'éthique, les soins et le consentement", "clinique et précarité", "créativité et ouverture en santé mentale", "les frontières de la psychiatrie : dedans, dehors, quelles limites ?", "le corps en lien(s)", "familles : je vous aime ?", et plus récemment "violence et dangerosité : entre loi et soins".

Cette année, pour la première fois, cet événement s'étend aux Hôpitaux de Saint-Maurice.

Ces journées sont ouvertes à l'ensemble du personnel de nos hôpitaux, ainsi qu'à nos partenaires.

La participation d'intervenants pluriprofessionnels est l'occasion de rencontres et d'échanges riches où la nécessaire réflexion sur nos pratiques et nos modes de prise en charge prend place dans une atmosphère chaleureuse.

Un programme varié

Plusieurs thématiques viennent structurer ces journées :

- **Psyché et soma** où l'on parlera de consultation anténatale sur le handicap, de surmonter le handicap de l'hémodialyse, d'associer la prise en charge psychiatrique et de rééducation dans le cas d'adolescents handicapés suite à une tentative de suicide, et où l'on s'interrogera sur les limites, voire les échecs, et la mise en perspective des pratiques.

- **Handicap et stigmatisation** où l'on parlera notamment des liens entre psychose et handicap.

- **Handicap et intégration** où l'on verra des exemples d'accompagnement vers l'insertion ou la réinsertion de patients touchés par divers handicaps.

- **Handicap et expériences innovantes** où l'on découvrira deux initiatives créatives pour permettre aux patients de dépasser leur handicap ou de tirer le meilleur parti de leurs compétences : l'une avec la Wii pour des malades d'Alzheimer et l'autre sur la découverte de Paris pour les patients du Centre Colbert.

Par ailleurs, l'équipe du Centre médical et pédagogique de Neufmoutiers-en-Brie nous présentera son expérience de double prise en charge des adolescents en médecine physique et en psychiatrie.

Ne manquez pas le dîner !

A chaque édition, l'association Dialogues pour demain vous propose de prolonger la discussion lors d'un moment convivial.

Cette année, ce sera lors d'un dîner dansant au Chalet du lac, dans le bois de Vincennes.

Patrick BANTMAN
Chef du pôle 94G16
Comité d'organisation des
Journées scientifiques



Des invités prestigieux

Des personnalités extérieures sont conviées à nous faire partager leur vision du sujet. C'est le cas de François Chapireau, médecin responsable du DIM de l'EPS Erasme, qui a notamment rédigé un ouvrage sur le handicap mental chez l'enfant, et de Marc Hayat, pédopsychiatre au SPASM, qui interviendront sur la politique du handicap, l'évaluation et la subjectivité.

Jean-François Chossy, député de la Loire et président du groupe d'étude sur l'intégration des personnes fragilisées et handicapées à l'Assemblée Nationale ouvrira les débats du vendredi.

**Journées scientifiques
des Hôpitaux de
Saint-Maurice
3 et 4 mars 2011**

Retrouvez le programme complet et le bulletin d'inscription joints à ce numéro de *Passerelles*, mais aussi sur intranet ou auprès du service communication.

N'oubliez pas de vous inscrire avant le 14 février !

Forum des cadres ou comment être productif dans la bonne humeur !

Le 23 septembre dernier, l'ensemble de l'encadrement des Hôpitaux de Saint-Maurice a été convié à participer à une journée de travail un peu spéciale qui avait un double objectif : se rencontrer et initier une réflexion sur des problématiques communes. Cet événement s'est tenu dans le cadre de la première semaine nationale de l'encadrement en établissement de santé initiée par le Ministère de la santé.

Aucun ordre du jour, et pourtant...

Cette journée était organisée sur le modèle du forum ouvert. Ce concept, de plus en plus utilisé dans les entreprises, vise à favoriser la transformation positive au sein des organismes, augmenter la productivité, inspirer des solutions innovantes, améliorer la communication et accroître la coopération entre professionnels.

Assis en cercle et seulement guidés par quelques grands "principes", les cadres présents, soit environ quatre-vingt personnes, ont été invités à proposer des thèmes de réflexion. Ils se sont rapidement pris au jeu dans une ambiance participative et très conviviale. Ainsi, pas moins d'une dizaine de sujets ont été proposés. Chacun pouvait ensuite s'inscrire dans un ou plusieurs ateliers de réflexion sur les thèmes proposés.

Des sujets transversaux

Les cadres ont majoritairement souhaité travailler sur des thématiques métiers :

- La place des cadres dans la fusion des Hôpitaux de Saint-Maurice
- Le rôle des cadres dans les relations avec les partenaires extérieurs
- Le cadre est un relais, comment améliorer la communication institutionnelle ?
- La réflexion médico-économique, une nouvelle synergie entre le cadre

et les différents acteurs de l'établissement de santé

- Vie et dynamique institutionnelle
- L'Accueil
- La fonction encadrement : mission d'expert et mission de commercial
- Facteurs de stabilisation des personnels dans une équipe
- Créer des liens jour et nuit

Et ensuite ?

A la fin de la journée, chaque groupe de travail a restitué oralement les résultats de ses réflexions en séance plénière et en présence de l'équipe de direction.

Un document de synthèse a été édité et transmis à l'ensemble de l'encadrement des Hôpitaux de Saint-Maurice.

Au vu de la richesse des réflexions et des propositions qui ont émergé au cours de cette journée, l'équipe de direction souhaite

continuer à proposer à l'encadrement des moments d'échanges, sous forme de "réunions flash" régulières, mais aussi de journées organisées deux fois par an, pour l'ensemble de la communauté cadres.

D'autres modalités d'information, afin de favoriser l'émergence d'une culture commune mais aussi de faciliter la circulation de l'information au quotidien, sont également à l'étude. Plusieurs groupes de travail, initiés à l'occasion du forum des cadres, pourront continuer leur réflexion. Il s'agit notamment des groupes "Accueil" et "Créer des liens jour/nuit".

D'autres propositions ou attentes trouveront réponse avec la mise en place des contrats et délégations de pôle, dans les prochains mois.

Au final, l'équipe de direction souhaite avant tout faire preuve de pragmatisme et s'adapter au fur et à mesure aux attentes de l'encadrement.

■ L'équipe de direction

Points de vue

Isabelle Prévost, cadre de rééducation du service des pathologies neurologiques acquises de l'enfant, **Laurence Auté**, attachée principale d'administration au service des admissions, **Corinne d'Auzac**, cadre de rééducation au service Médecine et réadaptation, **Chantal Aubert**, attachée principale d'administration à la Direction des ressources humaines (site HNSM), **Florence Auquière**, cadre de santé à la maternité, **Christian Rybak**, cadre supérieur de santé à la direction des soins et **Janik Pikula**, cadre de santé au centre médico-psychologique de Choisy, ont accepté de se prêter au jeu des questions croisées.

Merci à Sophie Fauveau, cadre de santé au service de l'imagerie médicale, qui a collecté la plupart de ces témoignages.

Qu'avez-vous pensé du forum cadres ?

CA : C'est une occasion de se rencontrer, d'échanger sur ses pratiques, une expérience positive. L'initiative a, semble-t-il, été très appréciée.

LA : Au départ, beaucoup de curiosité, pour un moment de convivialité qui s'est révélé intense ! C'était pour l'équipe des cadres un moment de respiration commune animé dans un esprit particulièrement positif. Une expérience enrichissante !

FA : Super journée qui a permis de faire connaissance et de cotoyer les autres cadres.

SF : J'étais très intriguée de ne pas avoir de programme !

Une bonne idée : le trombinoscope !

IP : J'aurais bien aimé avoir le mode d'emploi avant, pour me préparer...

CR : Cela a été une bonne idée de profiter de la semaine nationale de l'encadrement pour organiser cette journée dans la perspective de la fusion. Cette formule était bien trouvée pour remplir à la fois des objectifs professionnels et pour favoriser les rencontres informelles lors de moments conviviaux.

JP : Comme il est agréable de mettre un visage sur un nom ou sur une voix ! Depuis un an, je converse régulièrement au téléphone avec une personne que j'ai enfin pu rencontrer (elle se reconnaîtra).

Le principe de la participation à plusieurs groupes de travail, en "s'autorisant à papillonner" vous a-t-il plu ?

SF et IP : Nous regrettons de ne pas avoir quitté notre groupe de départ mais nous avons peur de manquer un moment important du travail. Les autres salles étaient éloignées et il y avait beaucoup, voire peut-être trop de thèmes.

CR : Participer à plusieurs groupes me semble difficile dans la mesure où cela ne permet pas de participer pleinement à une réflexion approfondie et structurée dans le temps imparti. Cette possibilité était tout de même intéressante pour les gens qui ne se sentaient pas à l'aise dans un groupe.

LA : J'ai participé à deux groupes et je pense avoir contribué activement aux deux thèmes. J'aurais bien aimé pouvoir papillonner dans un troisième groupe, mais c'était trop ambitieux !

FA : C'est une bonne formule, responsabilisante et originale, et qui permet d'être autonome.

Quels ont été les points forts de cette journée selon vous ?

IP : On a pu échanger avec les cadres d'Esquirol. Nos patients sont différents mais nos préoccupations de cadres sont communes. Ce dialogue est constructif.

CD : J'ai apprécié de rencontrer les gens que l'on ne fait que croiser habituellement, me "poser" avec eux, discuter, échanger nos points de vue. Les thématiques des groupes de travail étaient vraiment intéressantes.

FA : Le repas en commun était très sympa, mais j'ai surtout aimé le travail en groupe et les discussions.

CR : J'ai particulièrement apprécié le travail en commun avec des personnes ayant des fonctions d'encadrement diverses sans distinction de niveau hiérarchique. Par ailleurs, la densité et le contenu des productions de chaque groupe sont à souligner. Les thématiques proposées par les cadres eux-mêmes me semblent être majeures, voire même prioritaires, dans le contexte de la fusion.

JP : J'ai apprécié que les thèmes ne soient pas imposés, tous proches des préoccupa-

tions des cadres hospitaliers.

Je retiens la confrontation bénéfique des expériences d'encadrement des uns et des autres. C'est une étape pour aboutir à "La dynamique des cadres évoquée dans le rapport de Mme de Singly".

Quels sont vos souhaits pour la suite ?

IP : Il faut que le travail des groupes soit approfondi, poursuivi... Impossible d'imaginer que cela reste lettre morte !

CD : On a envie d'une suite, c'est certain. Et en attendant la prochaine fois, pourquoi ne pas s'autoriser d'autres rencontres, peut-être plus restreintes, en organisant, par exemple, des visites des uns chez les autres.

CA : Il est évident que nous avons besoin de nous rencontrer, mais doit-on organiser des "grandes messes" ? A quelle fréquence ? Faut-il des réunions thématiques plus ciblées ? Des groupes de travail ? On ne peut que souhaiter que cette expérience devienne un rendez-vous institutionnel.

CR : On est impatient de savoir quelle sera la suite ! Il faut poursuivre dans la continuité de ce qui a été réalisé lors de ce premier opus et conserver la dynamique de création d'une communauté des cadres des Hôpitaux de Saint-Maurice pour favoriser une culture commune.

JP : La communication était le thème de mon groupe, je souhaite donc évidemment de nouvelles rencontres, de nouveaux temps de partage, l'instauration de rendez-vous institutionnels d'information.



Hôpitaux de Saint-Maurice : deux établissements à l'histoire prestigieuse

De l'Asile impérial à l'HNSM

L'ouverture de l'Asile Impérial de Vincennes est intimement liée aux gigantesques travaux d'urbanisme voulus par l'Empereur Napoléon III et entrepris par le Préfet Haussmann à partir de 1853.

Les chantiers, qui fonctionnaient parfois jour et nuit, attirèrent vers la Capitale de nombreux ouvriers. Vers 1860, Paris en comptait environ 400 000 pour une population totale d'un million et demi d'habitants.

On peut, dès lors, imaginer les nombreux accidents ou maladies liés à un travail harassant et dangereux, et leurs conséquences dramatiques en l'absence de protection sociale véritable.

"Si l'industrie a ses blessés comme la guerre [...], si le chantier, l'atelier, vrais champs d'honneur de l'ouvrier, le renvoient bien souvent malade ou mutilé [...], il faut construire une sorte d'asile pour assurer au sortir de l'hôpital sa convalescence, voire même, pour les plus atteints, leur retraite".

C'est en ces termes que le Ministre de l'intérieur Billault présenta la situation à l'Empereur en 1855. Celui-ci signa, le 8 mars, un décret annonçant la construction sur le domaine de la couronne de deux asiles "pour les ouvriers blessés" : l'un au Vésinet, qui reçut à partir de 1859 les femmes convalescentes, l'autre pour les hommes, à Vincennes, sur 17 hectares du plateau de Gravelle, dans un environnement encore rural. La construction de l'Asile de Vincennes, qui devait recevoir cinq cents convalescents, fut confiée à l'architecte Eugène Laval. Il fut inauguré le 31 août 1857 par le ministre Billault en présence de l'archevêque de Paris. La commission de surveillance, chargée de veiller au bon déroulement des travaux, ainsi qu'une partie de l'entourage de l'Empereur, jugeaient néanmoins ce projet utopique et son avenir hasardeux.



Aussi, recommanda-t-on à l'architecte de construire "pour trente ans" et des matériaux économiques comme le bois ou le moellon furent donc utilisés.

Dès 1858 l'Asile ouvre à tous les Français, sans distinction de profession ou de lieu de résidence. L'établissement devint à cette époque l'hôpital de suite de grand établissements parisiens : Cochin, Tenon, Lariboisière... En 1861, il apparaît que les locaux sont insuffisants pour faire face aux besoins. L'Empereur ordonne alors des travaux d'agrandissement et l'ouverture de 123 lits supplémentaires.

Le 26 octobre 1900, l'établissement prend le nom d'Asile National des Convalescents de Saint-Maurice. On ne se contente plus alors d'une simple assistance charitable, mais un véritable travail de rééducation des patients, voire d'appareillage des mutilés, est réalisé. « Réparer les dommages corporels » devient une priorité, sous l'influence probable des recherches menées au château de Vacassy* où les médecins étaient confrontés aux blessés de la Grande Guerre.

Le vieux terme d'Asile, à connotation péjorative, disparaît enfin : l'Hôpital prend le nom d'établissement National des Convalescents pour devenir finalement l'Hôpital National de Saint-Maurice en 1992.

*Etablissement voisin, fondé par Jean-Joseph Vacassy qui avait légué ses biens à l'Etat en 1875

Des frères de la charité à l'EPS Esquirol

Le 13 septembre 1641, Sébastien Leblanc, Conseiller de Louis XIII et Contrôleur des guerres, fait donation de biens sur la paroisse de Charenton-Saint Maurice aux Frères de la Charité de l'ordre de Saint-Jean-de-Dieu

pour permettre l'ouverture d'un hôpital de sept lits destiné à recevoir des malades pauvres.

Les créances des Frères de la Charité qui embrassaient toute la hiérarchie sociale, du Roi jusqu'aux vilains, permettent au fil des ans de nombreuses acquisitions rurales et l'expansion de ce qui est alors l'Hôpital de Notre-Dame de la Paix.

Dès 1660, divers documents attestent de la vocation de l'hôpital à accueillir des malades mentaux. Vocation qui se poursuivra au début du 18^e siècle avant d'être confirmée par l'édification de la Maison de Charenton, en 1732, qui sépare les aliénés des réclusionnaires reçus par ordre du Roi.

Après une période de prospérité, l'hôpital n'échappe pas à la tourmente de la Révolution. La loi du 18 avril 1792, en ordonnant la suppression des ordres religieux, entraînera la fermeture de l'établissement. En juillet 1795, les pensionnaires sont dispersés, la maison et le couvent sont pillés avant d'être transformés en prison d'Etat, annexe de Vincennes. Pourtant trois ans plus tard, le Directoire "considérant que les locaux affectés au traitement de la folie dans le grand hospice d'humanité de Paris ne présentent aucun moyen de donner à ce traitement tout le développement nécessaire", décide la réouverture de l'établissement.

L'hôpital bénéficie d'un nouveau statut administratif et laïc. Il est, en outre, placé sous la tutelle du Ministère de l'Intérieur. La direction de l'établissement est alors confiée, sous le titre de Régisseur général, à l'Abbé de Coulmiers, ancien supérieur des prémontrés et membre des assemblées constituantes et législatives.

En 1810, la Maison de Charenton accueille 328 pensionnaires.

Cette période va être marquée par l'absence totale de règlement intérieur, ce qui va permettre au régisseur d'exercer un pouvoir despotique tant au plan de la gestion qu'au plan médical.

Il va instituer le régime de la douche, du "bain surprise", et des gilets de force pour calmer les agités. Il ne tiendra aucun registre des malades.

L'Abbé de Coumiers va également inviter le tout-Paris pour des représentations théâtrales "thérapeutiques" mettant en scènes les aliénés. Il délèguera l'organisation de ces fêtes au Marquis de Sade, hospitalisé à Charenton jusqu'à son décès le 2 décembre 1814.

La même année, l'Abbé de Coulmiers est démissionné d'office trois semaines après l'abdication de l'Empereur Napoléon. Lui succède un ancien avocat, Roulhac du Maupas.

L'arrivée de Jean-Etienne-Dominique Esquirol en 1825, en tant que médecin chef, ouvre une période d'intense activité qui contribuera à la renommée internationale de l'établissement et verra se succéder les plus célèbres aliénistes : Moreau de tours, Archambault, Ritti.

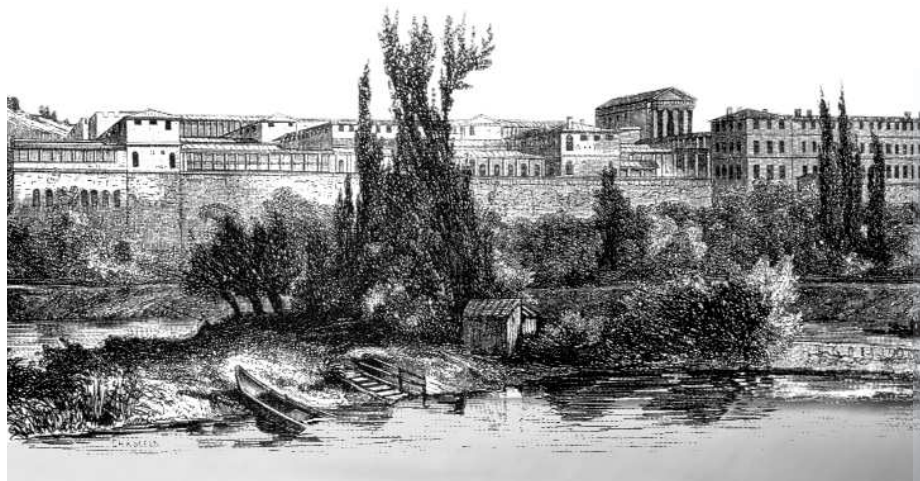
Esquirol est le "disciple" de Pinel. Il croit profondément à la nécessité d'améliorer les asiles au profit des malades, souhaitant que les maisons d'aliénés deviennent "un instrument de guérison" et non plus seulement un lieu de contention, comme il l'expose dès 1818 dans un rapport adressé au Ministère de l'Intérieur.

En 1833, il dresse le programme d'un nouvel asile destiné à accueillir trois cents malades. Il décrit sur le plateau, un bâtiment symétrique et régulier, dont la masse imposante doit agir sur le patient et favoriser le "traitement moral" de la maladie.

La première pierre du nouvel édifice, réalisé par l'architecte Emile Gilbert, est posée le 30 octobre 1838. L'objectif affirmé est d'édifier un établissement modèle, qui puisse être reproduit, puisque la récente loi sur la protection des aliénés oblige chaque département à disposer d'un asile.

Les travaux dureront six ans et seront interrompus, faute de crédits. Ils reprendront en 1865, grâce à l'Impératrice Eugénie, pour s'achever enfin en 1886.

Entre-temps, le bâtiment est devenu l'origine et le prototype de l'architecture asilaire. Cette réalisation d'Esquirol et de Gilbert, par les choix esthétiques et thérapeutiques qu'elle traduit, suscite à la fois admiration et



controverse. Elle est perçue soit comme "un temple de la raison" soit comme "une folie de l'archéologie".

Le style de la construction, néo-classique, s'inscrit dans la préoccupation monumentale de l'époque. Il est aussi fortement marqué par la Renaissance italienne et les grandes villas romaines de l'époque d'Auguste que Gilbert avait étudiées à Rome.

Mais avant tout, il est empreint d'un souci de rationalité.

Au lendemain de la 1^{re} guerre mondiale, dans un contexte démographique bouleversé où le relèvement de la natalité devient un mot d'ordre national, la loi de 1920 fixe le projet de transformation de l'hôpital en Maison maternelle nationale.

Ce projet ambitieux n'aboutit que partiellement, sans remettre en cause la vocation psychiatrique de l'établissement. Il est à l'origine d'une cohabitation originale et parfois complémentaire.

En 1970, l'hôpital, perdant son caractère d'établissement national, est érigé en établissement public hospitalier autonome du département de Paris. L'époque connaît d'importantes réformes statutaires telles que la loi hospitalière de 1970 et de grands bouleversements dans les modalités de prise en charge des patients par la mise en place de la politique de secteur.

Et aujourd'hui...

Depuis 1986, ces deux établissements ont progressivement opéré un rapprochement de certaines activités logistiques, médico-techniques et de gestion. Ainsi, par exemple, un plateau médico-technique commun intégrant la pharmacie, le service d'imagerie et le laboratoire existe depuis 1995. Par ailleurs, la Maternité des Hôpitaux



A partir de 1958, une maternité cantonale est aménagée.

Elle figure les prémices de la maternité actuelle.

de Saint-Maurice (ex Maternité Esquirol) a ouvert les portes de ses nouveaux locaux sur le site de l'Hôpital National de Saint-Maurice en 2008.

1988

Début de la mise en commun de moyens logistiques et techniques (chauffage, autocommutateur)

1992

Début de la mise en commun des services médico-techniques

2003

Mise en place d'une convention de direction commune

2008

Ouverture des nouveaux locaux de la Maternité sur le site HNSM

1986

Création du syndicat interhospitalier

1989

Mise en commun des systèmes d'information

1994

Hébergement provisoire d'un service pédiatrique HNSM à Esquirol

2006

Inauguration des locaux de la pharmacie interhospitalière

1^{er} janvier 2011

Regroupement



2011 : Année des patients et de leurs droits

L'évolution des esprits a permis de reconnaître progressivement de nouveaux droits aux patients, aujourd'hui consacrés par de nombreux textes et chartes. Le débat reste pourtant d'actualité car ces droits semblent encore trop méconnus. Ce constat a amené le Ministère de la santé à initier l'opération « 2011, année des patients et de leurs droits ».

En lien avec cette réflexion nationale, *Passerelles* vous proposera régulièrement une rubrique sur les droits des patients. Pour ce premier numéro, faisons le point sur le droit à l'information.

Le droit à l'information

L'information dans son sens habituel consiste en la transmission et la réception de renseignements. Dans le cadre de la relation soignant-soigné, l'information est essentielle car elle conditionne la confiance réciproque nécessaire.

Bien souvent, les patients attachent autant d'importance à la qualité du dialogue établi avec le praticien qu'au niveau des soins dont ils bénéficient. Il est donc indispensable que la meilleure relation s'instaure entre le malade et celui qui le soigne.

C'est pourquoi, « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.* »¹

La délivrance de l'information : une obligation déontologique devenue obligation légale

C'est la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades² qui a consacré une valeur légale à l'obligation d'information, largement détaillée à l'article L1111-2 du Code de la santé publique.

Qui émet l'information ?

« Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables »³.

Le personnel soignant, notamment infirmier, occupe également un rôle important de relais entre le médecin et le patient : il peut contrôler la compréhension des informations reçues par le patient et alerter le médecin en cas d'insuffisance.

L'obligation d'information est aussi réciproque. Dans la mesure du possible, le patient doit énoncer ses antécédents et ceux de ses ascendants ou collatéraux. « *Le courant d'information ne doit pas fonctionner à sens unique* » indiquait en 1995 la Cour d'Appel de Paris⁴ en rappelant le rôle du patient.

Quel destinataire de l'information ?

« *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé* »⁵.

Tout patient, quels que soient sa pathologie, son âge ou son degré de compréhension et de lucidité, doit être informé.

Ce droit est exercé par les titulaires de l'autorité parentale pour les patients mineurs et par le tuteur pour les personnes majeures sous tutelle. Toutefois, y compris dans ces cas particuliers, les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes l'information de manière adaptée.

Sont également destinataires de cette information, la personne de confiance désignée par le patient, ainsi que sa famille, sous réserve que le patient ne s'y soit pas opposé.

Quel contenu de l'information ?

La loi du 4 mars 2002 précise qu'elle doit porter sur⁶ :

- les différentes investigations, thérapeutiques ou actions de prévention proposées,
- leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences,
- leurs risques fréquents ou graves normalement prévisibles,
- les alternatives thérapeutiques envisageables,
- les conséquences prévisibles en cas de refus,
- le coût et les modalités de prise en charge,
- le cas échéant les risques nouveaux identifiés,
- le cas échéant les causes et les circonstances d'un dommage subi lors d'une activité de prévention, de diagnostic ou de soins.

Quelle qualité de l'information ?

L'information doit être « *claire, loyale et appropriée* »⁷, et « *délivrée au cours d'un entretien individuel* »⁸.

Les supports écrits sont un complément utile mais ne doivent pas se substituer à l'information orale qui demeure nécessairement plus adaptée et personnalisée car elle permet aussi de répondre aux interrogations du patient.

Les dérogations à l'obligation d'information

Seuls l'urgence, l'impossibilité ou le refus du patient dispensent le professionnel de son obligation d'information. La notion d'urgence, appréciée par le médecin, n'est pas définie par les textes. La jurisprudence considère qu'il y a urgence en cas de nécessité vitale ou de danger immédiat pour le patient.

Les conséquences du défaut d'information

Le défaut d'information n'est pas une infraction pénale. Cependant, il peut constituer une faute de nature à engager la responsabilité de l'établissement devant le Tribunal administratif. Il en est ainsi lorsque le patient a perdu une chance d'éviter un risque dont il n'a pas été informé. Le raisonnement du juge est le suivant : si le patient avait été informé des risques, il aurait peut-être refusé l'acte. Toutefois, il considère que le défaut d'information n'a pas entraîné de perte de chance lorsqu'il n'y a pas d'alternative thérapeutique moins risquée et lorsque l'intervention a une nécessité vitale pour le patient.⁹

Le défaut d'information constitue aussi une faute déontologique passible de sanctions disciplinaires.

La preuve de l'information incombe au médecin ou à l'établissement de santé et peut être apportée par tout moyen. C'est pourquoi il est vivement conseillé de notifier dans le dossier médical les étapes de l'information donnée au patient.

N'oublions pas que l'information est la condition de validité du consentement aux soins et que la finalité de l'information est avant tout l'obtention par le médecin d'un consentement ou d'un refus éclairé.

Le point sur la CRUQ

La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge (CRUQ) a pour objet, à travers les cas individuels dont elle est saisie et les éléments généraux fournis par l'institution :

- de « veiller au respect des droits des usagers »,
- de « porter une appréciation sur les pratiques de l'établissement »
- et de « formuler des recommandations destinées à améliorer l'accueil et la prise en charge ».

Cette commission, centrée sur les droits des patients, a été créée par la loi du 4 mars 2002.

La CRUQ a vocation à satisfaire à la fois les demandes individuelles d'écoute par la mise en place d'un système de rendez-vous rapide et attentif avec un médiateur, et les objectifs plus globaux. En effet, elle est destinataire des données relatives aux plaintes et réclamations, aux demandes diverses des patients et de leur famille, à celles émanant des autorités de police et de justice ainsi qu'aux dossiers contentieux.

Le 19 novembre dernier a été l'occasion de réunir les CRUQ des deux établissements afin d'envisager les conséquences du regroupement.

Les échanges entre les différents membres y ont été très riches.

Ainsi, 2011 donnera naissance à la CRUQ commune, destinée à veiller au respect des droits de tous les patients des Hôpitaux de Saint-Maurice.

Sophie LASCOMBE
Chargée des affaires juridiques

1. Article 35 Code de déontologie médicale
2. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
3. Article L1111-2 du Code de la santé publique
4. Arrêt de la Cour d'Appel de Paris 23 juin 1995
5. Article L1111-2 du Code de la santé publique
6. Article L1111-2 du Code de la santé publique
7. Article 35 Code de déontologie médicale
8. Article L1111-2 du Code de la santé publique
9. Arrêt du Conseil d'Etat 15 janvier 2001 COURRECH

Intempéries et continuité des soins

L'ampleur des récentes tempêtes de neige nous a tous surpris et a causé de nombreux désagréments pour les patients et les équipes. Voici l'occasion de remercier tous ceux qui se sont mobilisés pour que les soins soient assurés malgré tout, au travers d'un texte publié sur internet au lendemain de la première vague de neige.

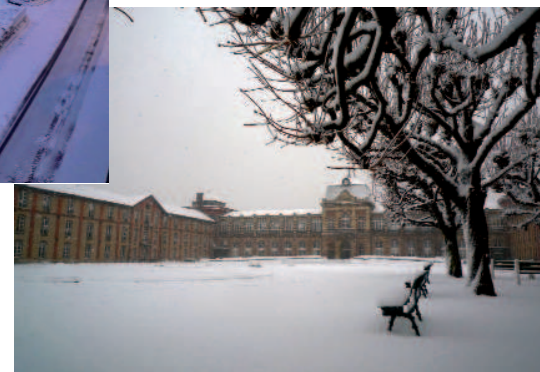


© Guy Chiambaretto

"Merci à tous ceux qui ont fait en sorte d'assurer la continuité des soins dans les hôpitaux, malgré cette immense pagaille.

Des ambulances et des taxis qui ne peuvent pas venir rechercher les patients en hôpitaux de jour, des soignants qui ne peuvent pas venir prendre leur poste de nuit, d'autres qui ne peuvent pas regagner leur domicile...

Je suis cadre aux Hôpitaux de Saint-Maurice, et je tenais à remercier toutes les personnes qui se sont mobilisées depuis hier après midi pour assurer la continuité des soins malgré l'immense pagaille engendrée par les intempéries : les soignants qui, parfois présents depuis le matin, se sont portés volontaires pour être réquisitionnés et assurer le service de nuit à la place de leurs collègues qui ne pouvaient arriver jusqu'à l'hôpital, ceux qui ont mis des heures à parcourir en voiture ou en transports en commun les quelques kilomètres les séparant de l'hôpital, ceux qui sont venus à pieds, ceux qui sont restés dormir sur place pour être sûrs d'être présents à leur poste le lendemain matin, ceux qui sont restés plus longtemps pour assurer la relève avec leurs collègues retardés, la société de restauration qui a fourni au pied levé, des repas supplémentaires pour nourrir patients et soignants bloqués par la neige, le boulanger qui a réussi à livrer le pain du petit déjeuner, certaines sociétés d'ambulances qui, bravant



les difficultés, ont assuré des navettes pour que le maximum de patients pris en charge en hôpitaux de jour et en dialyse puissent rejoindre leurs familles, l'aide soignante qui, ce matin, a ramené des viennoiseries et du pain frais pour les personnes ayant passé la nuit à l'hôpital.

Merci aussi à la Direction pour son aide dans la gestion de cet état de crise et merci à mes deux collègues cadres réquisitionnées avec moi cette nuit et grâce à qui tout cela s'est passé dans une ambiance très "bon enfant".

Merci enfin à tous ceux qui, à leur niveau, ont fait un geste pour que tout se passe bien.

Une journée et une nuit difficiles mais où la conscience professionnelle et la solidarité ont permis de préserver la qualité des soins."

Nathalie COSQUER
Cadre de santé
Pôle SSR adultes

Certification V2010

à l'épreuve d'un an de déploiement

Bilan et perspectives des pratiques exigibles prioritaires (PEP)

Afin de renforcer l'effet levier du processus de certification sur la qualité et la sécurité des soins, le principe de pratiques exigibles prioritaires a été introduit dans le dernier manuel de certification (cf. figure 1).

Ces pratiques sont des critères jugés fondamentaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Pour chacun d'entre eux, des attentes précises sont exprimées.

Si un niveau de conformité important n'est pas atteint sur ces exigences, l'établissement sera systématiquement sanctionné par une décision de certification pénalisante voire une non-certification.

Le palmarès des cotations des PEP

Globalement certaines thématiques semblent majoritairement maîtrisées au sein des établissements (cf. figure 2) notamment la gestion des plaintes (96 % de cotations A et B), l'organisation des blocs opératoires (93 %), l'accès au dossier patient (89 %), la prise en charge des urgences et des soins non programmés (87 %) et la prise en charge et les droits des patients en fin de vie (81 %). Inversement les thématiques constituant encore des axes de progrès sont la prise en charge médicamenteuse (57 % de cotation A et B), la tenue du dossier (67 %), la fonction gestion des risques (71 %), et l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge (74 %).

Pour la Médecine chirurgie obstétrique

Les critères relatifs au bloc opératoire, à l'accès du patient à son dossier et à la maîtrise du risque infectieux sont globalement bien cotés, les principaux problèmes se concentrant sur la démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse et la gestion du dossier patient.

Pour les soins de suites

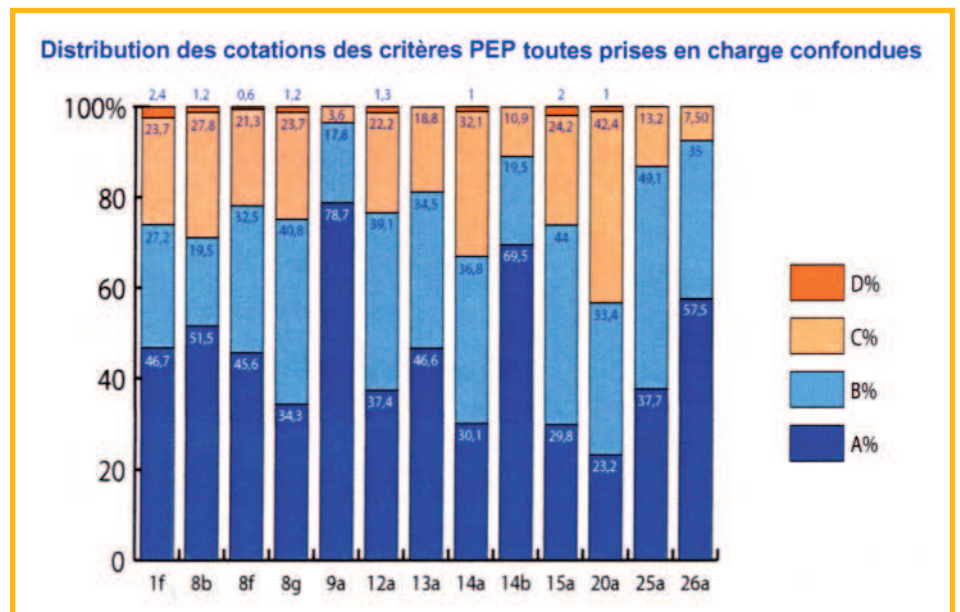
Les critères relatifs à l'accès du patient à son dossier et à la prise en charge de la douleur génèrent peu de décisions, les principales difficultés se concentrant là aussi sur la démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse et la gestion du dossier patient.

1. Critère 1.f	PEP	Politique et organisation de l'évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).
2. Critère 8.b	PEP	Fonction "gestion des risques".
3. Critère 8.f	PEP	Gestion des événements indésirables.
4. Critère 8.g	PEP	Maîtrise du risque infectieux.
5. Critère 9.a	PEP	Système de gestion des plaintes et réclamations.
6. Critère 12.a	PEP	Prise en charge de la douleur.
7. Critère 13.a	PEP	Prise en charge et droits des patients en fin de vie.
8. Critère 14.a	PEP	Gestion du dossier du patient.
9. Critère 14.b	PEP	Accès du patient à son dossier.
10. Critère 15.a	PEP	Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge.
11. Critère 20.a	PEP	Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient.
12. Critère 25.a	PEP	Prise en charge des urgences et des soins non programmés.
13. Critère 26.a	PEP	Organisation du bloc opératoire.

>> Figure 1 : liste des 13 PEP systématiquement investiguées en visite et faisant l'objet d'un processus décisionnel discriminant

L'identification de critères PEP constitue un bon outil de hiérarchisation des axes d'amélioration : elles marquent l'importance de certaines prises en charge en milieu sanitaire.

En 2010, la Haute Autorité de Santé (HAS) a étudié les résultats relatifs aux PEP à travers plusieurs bases de données. Ces résultats provenaient de la certification des établissements dans le cadre de la certification 2010.



>> Figure 2 : cette étude montre tout d'abord qu'à près de 75 %, les cotations se distribuent en valeur A ou B sans écart significatif entre les différentes prises en charge. Si le niveau d'exigence est jugé élevé par certains établissements, ceci démontre que le niveau d'exigence fixé est atteignable dès lors que les établissements se mobilisent.

Pour la psychiatrie

Le critère le plus positivement coté est celui de l'accès du patient à son dossier.

Les critères les moins bien cotés sont les critères relatifs à la fonction gestion des risques et à la maîtrise du risque infectieux : mais ces critères vont cesser d'être considérés comme PEP et être remplacés par des critères plus adaptés à la psychiatrie (cf. paragraphe 3).

Les motifs de décisions liés aux PEP

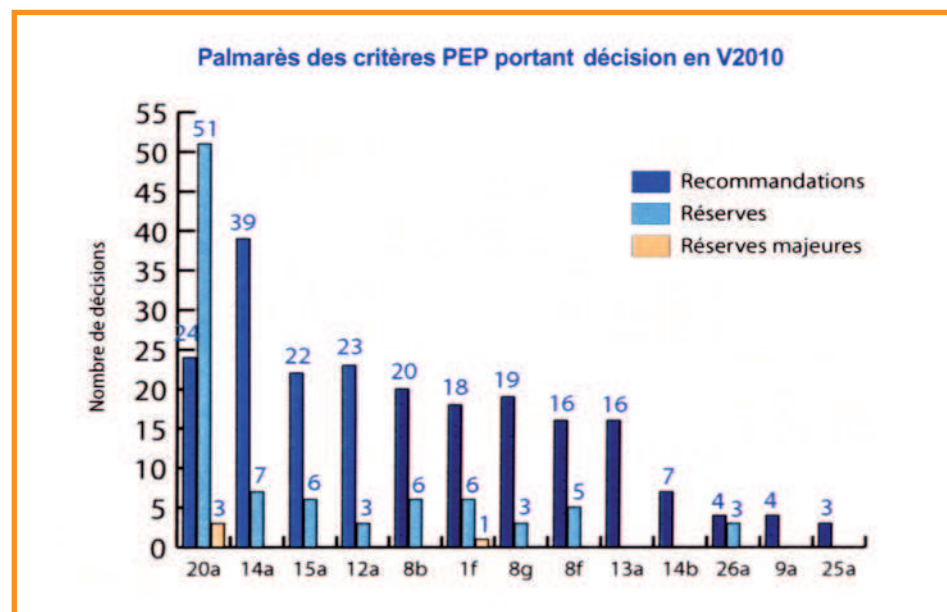
L'examen des 127 dossiers a conduit la commission de certification des établissements de santé à proposer au Collège de la HAS 673 décisions qui se répartissent en :

- 11 réserves majeures,
- 148 réserves,
- 514 recommandations.

Le critère 20a concernant la démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient se distingue très nettement en termes de fréquence et de gravité avec 78 décisions prononcées qui se répartissent en 3 réserves majeures, 51 réserves et 24 recommandations (cf. figure 3)

L'adaptation des PEP aux différentes activités sanitaires

Le dispositif de certification des établissements de santé fait l'objet d'un développement continu en lien avec les attentes de l'environnement, de l'actualité et du retour d'expérience.



>> Figure 3 : palmarès des critères PEP

Le critère 14a sur la gestion du dossier patient arrive en seconde position avec 46 décisions (7 réserves et 39 recommandations).

Enfin 22 critères sur les 82 que compte le manuel de certification (soit 27 %) concentrent 80 % des décisions (cf. figure 4).

Critère 20a : Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient
Critère 14a : Gestion du dossier du patient
Critère 11c : Information du patient en cas de dommage lié aux soins
Critère 15a : Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
Critère 8h : Bon usage des antibiotiques
Critère 12a : Prise en charge de la douleur
Critère 8b : « Fonction gestion des risques »
Critère 1f : Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)
Critère 20b : Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé
Critère 1b : Engagement dans le développement durable
Critère 8g : Maîtrise du risque infectieux
Critère 28a : Mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)
Critère 8f : Gestion des événements indésirables
Critère 28c : Démarches EPP liés aux indicateurs de pratique clinique
Critère 23a : Éducation thérapeutique du patient
Critère 28b : Pertinence des soins
Critère 13a : Prise en charge des droits des patients en fin de vie
Critère 10e : Gestion des mesures de restriction de liberté
Critère 10b : Respect de la dignité et de l'intimité du patient
Critère 19a : Populations nécessitant une prise en charge particulière
Critère 1c : Démarche éthique
Critère 7c : Gestion de l'énergie

>> Figure 4 : les 22 critères représentant 80 % des décisions (par ordre décroissant d'importance)

En 2011, les adaptations du manuel porteront sur les champs suivants : psychiatrie, hospitalisation à domicile (HAD), biologie.

Des travaux similaires seront menés sur les soins de suite et réadaptation, la dialyse, la chirurgie ambulatoire et la population des enfants et adolescents.

Pour l'ensemble des activités, deux nouvelles PEP sont définies :

- programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques associés aux soins (8a), (en remplacement de la seule fonction gestion des risques 8b),
- organisation des autres secteurs d'activité (autres que bloc opératoire, NDLR) à risque majeur dont l'endoscopie (26b).

Par ailleurs, le critère sur la démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient a été scindé en deux. Un critère porte sur la démarche qualité autour de la prise en charge médicamenteuse et l'autre décrit plus spécifiquement le circuit du médicament. Cette scission vise à permettre une identification plus fine des dysfonctionnements¹.

Pour la psychiatrie

→ Trois PEP supplémentaires ont été retenues :

- promotion du respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté (10e),
- continuité et coordination de la prise en charge des patients (18a),
- prise en charge somatique des patients (17b).

→ Le retrait du statut de PEP concernent deux critères :

- maîtrise du risque infectieux (8g),
- prise en charge et droits des patients en fin de vie (13a).

Un critère relatif au don d'organe (26c) devient non applicable pour la psychiatrie.

Pour l'hospitalisation à domicile

→ Deux PEP supplémentaires ont été retenues :

- gestion des fonctions logistiques au domicile du patient (6g),
- continuité et coordination de la prise en charge (18a).

→ Le retrait du statut de PEP concernent un critère :

- identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (15a).

Pour la biologie médicale

La certification des établissements de santé par la HAS devient complémentaire avec l'accréditation des laboratoires de biologie médicale par le COFRAC.

→ Deux critères ont été révisés pour tenir compte de cette nouvelle obligation :

- prescription d'examens de laboratoire, prélèvements, conditions de transport et transmission de résultats (21a),
- démarche qualité en laboratoire de biologie médicale (21b).

Christophe TORRENS
Service Qualité

Les résultats présentés sont issus du document : "La certification vers 2010 à l'épreuve d'un an de déploiement : bilan et perspectives" - HAS - novembre 2010

1. Dépêche APM du 03/12/2010

MERVEIL ou l'étude des erreurs médicamenteuses

Premiers résultats

L'étude nationale MERVEIL (Etude Multicentrique pour l'Evaluation de la ReVue des Erreurs et de leur Iatrogénie Liées aux médicaments) est conduite dans les Hôpitaux de Saint-Maurice depuis avril 2009, à l'initiative de la pharmacie, en lien avec la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC).

Elle a pour objectifs de :

- développer le signalement des erreurs médicamenteuses ;
- analyser ces erreurs grâce à une méthode spécifique : la REMED (Revue des Erreurs liées aux Médicaments et Dispositifs associés) ;
- prévenir et réduire les erreurs médicamenteuses, en priorisant des mesures d'amélioration.

Les résultats pour les Hôpitaux de Saint-Maurice

(au 30/10/2010)

6 erreurs médicamenteuses ont été analysées sur la période de référence :

- 2 en soins de suite et réadaptation,
- 1 au pôle Femme-Enfant,
- 2 en hospitalisation psychiatrique,
- 1 en structure ambulatoire psychiatrique.

De quelle nature étaient ces erreurs ?

- 2 erreurs de délivrance non interceptées avant administration,
- 1 erreur de délivrance et un retard dans l'administration,
- 2 erreurs de non administration d'un médicament prescrit,
- 1 erreur d'administration.

Quelles ont été les conséquences ?

- 2 erreurs, sans dommage pour le patient,
- 2 erreurs ont provoqué une surveillance accrue du malade mais sans dommage pour lui,
- 1 erreur entraînant ou allongeant un séjour hospitalier et provoquant un préjudice temporaire au malade,

- 1 erreur a provoqué un accident mettant en jeu le pronostic vital du patient.

Plans d'actions

4 à 5 actions d'amélioration ont été prévues pour chaque analyse d'erreur. 60 % de ces actions sont réalisées à ce jour.

Deux exemples

Cas 1 Dans une unité de soins, les médicaments sont reçus le vendredi après-midi. Le dimanche, un infirmier signale un manque de médicament pour la prise du matin. A midi, il appelle le pharmacien d'astreinte qui lui délivre les comprimés. Le médicament est administré avec retard.

Nature de l'erreur médicamenteuse

Oubli lors de la délivrance du médicament et retard à l'administration.

Conséquence

Cette erreur a été sans dommage pour le patient.

Les causes

- Défaut de lisibilité de l'ordonnance,
- Erreur de lecture du préparateur en pharmacie,
- Signalement tardif du manque de médicament,
- Surcharge de travail infirmier, interruption de tâches,
- Modalités de dispensation (sachets/piluliers),
- Défaut de communication sur le fonctionnement de l'astreinte pharmaceutique.

Les actions d'amélioration

- Règle pour améliorer la lisibilité de la prescription,
- Prescription informatisée,
- Double contrôle par le préparateur en pharmacie,
- Communication sur le fonctionnement de l'astreinte pharmaceutique,
- Dispensation sous forme de tiroirs nominatifs.

Cas 2 Un médecin est appelé pour un avis spécialisé. Il réalise le diagnostic et prescrit un traitement pour le jour même, à administrer dès que possible. Il imprime la prescription et la remet à un infirmier du service.

Madame, pour agrémenter utilement vos lectures et participer à notre démarche de gestion des risques, voici toutes nos bonnes pratiques de prises en charge médicamenteuses.



L'infirmière qui administre les traitements médicamenteux n'est pas l'infirmier qui a vu le médecin. Elle ne reçoit pas d'information orale sur le traitement à administrer ce jour. Elle lit le plan d'administration infirmier, où figure la prescription, mais pense qu'il s'agit d'un traitement « si besoin ». Les autres traitements sont administrés. Leur administration est tracée.

Le lendemain matin, le patient se plaint toujours de douleurs abdominales. Le médecin de la veille est alors de nouveau appelé pour un avis spécialisé. Il découvre alors que le traitement prescrit n'a pas été administré.

Nature de l'erreur médicamenteuse

Erreur de non administration de médicament.

Conséquence

L'erreur qui s'est produite a provoqué une surveillance accrue du malade mais sans dommage pour celui-ci.

Les causes

- Problème de transmission d'information au sein du service de soins,
- Défaut de lecture du plan d'administration édité via le logiciel de prescription informatisée.

Les actions d'amélioration

- Discussion en interne sur la transmission des informations entre collègues,
- Information de l'infirmier sur la fonction plan d'administration du logiciel de prescription informatisée,
- Information des cadres sur la possibilité d'organiser des séances de formation/reformation des infirmiers à l'utilisation du logiciel de prescription informatisée.

Dr Laurence GAGNAIRE,
Pharmacien
Séverine GRELLIER,
Gestionnaire des risques

CTIRC : les nouveaux locaux ont ouvert leurs portes



Il était une fois...

En 1970, l'Etablissement National des Convalescents de Saint-Maurice accueille un jeune homme de 20 ans hospitalisé dans le service du Dr Duché. Le diagnostic révèle une maladie létale sans autre traitement que la mise sous dialyse. Or José, ce jeune patient, n'avait ni permis de séjour ni couverture sociale. Les grands centres parisiens ne voulaient pas le prendre en charge et les places en dialyse étaient rares.

Le Dr Duché, très contrarié de la fin imminente de son patient, décida avec M. Fournier, directeur de l'établissement, d'acheter un générateur de dialyse pour sauver José, et deux infirmières désignées volontaires furent formées à la technique d'hémodialyse.

José fut ainsi traité gratuitement pendant plus d'un an. Pendant ses séances de 10 heures, il accueillait beaucoup de curieux autour de lui et de sa drôle de machine surnommée « Charlotte ». Les démarches pour l'obtention de son titre de séjour et de sa couverture sociales ont ensuite abouti.

C'est grâce à cet acte humanitaire que le service de dialyse a vu le jour et s'est développé au fil des années.

Aujourd'hui



Au sein de ses locaux neufs et spacieux face à la nouvelle maternité, le centre offre désormais la totalité des modalités de prises en charge de l'insuffisance rénale chronique, hors le geste opératoire de la transplantation et ses suites immédiates : suivi des patients avant la mise en dialyse, information pluridisciplinaire sur les différentes techniques de dialyse, de façon à faire bénéficier au pa-

tient de la meilleure prise en charge au vu de son état de santé, de son mode de vie et de sa réinsertion socio-professionnelle, prise en charge et formation en dialyse, préparation à la transplantation puis suivi des patients transplantés.

Une éducation thérapeutique des patients et de leur famille permet de les aider à mieux comprendre et mieux vivre leur maladie.



Ainsi, les patients peuvent être suivis :

- **en hémodialyse** en centre lourd, en unité de dialyse médicalisée, en autodialyse pendant la journée de façon classique ou en autodialyse nocturne longue (le patient passe 3 nuits par semaine à l'hôpital, ce qui lui permet par ailleurs d'avoir une vie socio-professionnelle normale), ou enfin en hémodialyse à domicile soit classique 3 fois par semaine, soit en dialyse quotidienne après une formation dans le centre pendant 2 à 3 mois, réalisée par du personnel qualifié.

- **en dialyse péritonéale** continue ambulatoire ou automatisée nocturne. Cette technique se fait à domicile soit seul après une formation de deux semaines, ce qui permet de garder la liberté de ses horaires, ou assisté par un ou une infirmière formé(e) dans le centre à la technique.

Le service comprend également des lits d'hospitalisation gérés par un néphrologue : 3 lits de court séjour pour prendre en charge les affections aiguës des patients du centre et 15 lits de SSR ouverts aux patients insuffisants rénaux sévères, ou dialysés ou transplantés rénaux qui nécessitent une rééducation ou des soins de suite.

La situation du service au sein d'un hôpital de rééducation permet aux patients de bénéficier d'une rééducation pilotée par un médecin rééducateur avec balnéothérapie (si indication médicale).

Une prise en charge en hospitalisation à domicile est possible. Elle est organisée par l'hôpital principalement en lien avec l'HAD de l'AP-HP.

L'équipe

L'équipe médicale composée de néphrologues est assistée d'une diététicienne, de kinésithérapeute, d'une assistante sociale et d'une psychologue. Il y a en plus un cardiologue, un diabétologue, un neurologue et une consultation de psychiatrie de liaison.

Quelques chiffres

Le nouveau centre offre une capacité* de :

- 15 lits de soins de suite et réadaptation
- 3 lits de court séjour
- 66 places d'hémodialyse en centre
- 24 places d'UDM
- 24 places d'autodialyse
- 5 places d'hémodialyse à domicile
- 1 place de formation à l'hémodialyse
- Une activité de dialyse péritonéale continue ambulatoire et automatisée pour 50 à 75 patients avec 2 places d'hôpitaux de jour pour le suivi et 2 places de formation.

*Ces nouvelles capacités font actuellement l'objet d'une demande d'autorisation d'activité auprès de l'ARS.



Dr Martine SAINT-GEORGES
Chef du pôle TIRC

En avant pour le **parcours de marche** !



Fondé sur la nécessité primordiale d'aider la personne âgée ou handicapée à recouvrer ou à maintenir son autonomie en vue d'un retour à domicile, le nouveau parcours de marche situé en extérieur dans un patio du service Médecine et réadaptation est un outil adapté à la fois aux activités de rééducation et de réadaptation.



Ce parcours a été conçu et imaginé par Françoise Javelot, cadre de santé rééducateur, et l'équipe des rééducateurs du service Médecine et réadaptation, à l'initiative du Dr Catherine Loeper-Jeny. Il est aujourd'hui un espace attrayant au bénéfice des patients du pôle Soins de suite et réadaptation adultes et du Centre du traitement de l'insuffisance rénale chronique.

Ce lieu apportera également, grâce à l'aménagement d'espaces cultivés et la présence d'un parcours de « senteurs », une réponse aux besoins des patients en termes d'animation, de divertissement et de plaisir propices à la récupération et la réinsertion sociale.

- améliorer la qualité de la marche,
- prévenir les chutes ou les limiter,
- offrir un réentraînement à l'effort,
- travailler l'endurance,
- simuler les fonctions cognitives ou la mémoire,
- renforcer les capacités sensorielles,
- redonner confiance en soi aux patients,
- évaluer leur capacité d'adaptation et/ou leur capacité à évaluer les dangers de l'environnement.



Un outil de travail et d'évaluation aux mains des rééducateurs

Le parcours de marche a pour objectif principal de simuler différentes situations auxquelles les patients peuvent être confrontés à l'extérieur de l'hôpital, en se rapprochant pour cela, le plus possible des conditions réelles qu'ils rencontreront.

Mieux préparés, les patients seront ainsi plus aptes à faire face à l'environnement extérieur et auront moins d'appréhension lors de leur sortie. La diversité des agrès présents sur le parcours permet un travail progressif avec des difficultés croissantes. Ces outils permettront aux rééducateurs expérimentés d'offrir un programme personnalisé en fonction des besoins de chaque patient et notamment de :

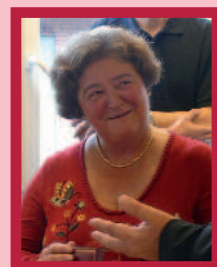
- travailler et/ou entretenir l'équilibre dynamique au cours de la marche,
- travailler l'habileté motrice dans un milieu offrant des contraintes variées,

Ce parcours de marche répond à des objectifs centrés sur les besoins des patients. Il s'intègre au programme de réadaptation réinsertion engagé par l'établissement (appartement de simulation, domotique, informatique thérapeutique...) et sera un outil majeur dans la prévention des chutes.

Il appartient maintenant aux différents acteurs, patients et soignants, de faire vivre ce projet.

Corinne D'AUZAC
Cadre de santé rééducateur
Service Médecine Physique
Rééducation orthopédique
et traumatologie du sport

Départ de Mme Loeper-Jeny



Le Dr Catherine Loeper-Jeny est entrée à l'HNMS en juin 1986 dans ce qui était alors le service de Médecine polyvalente. Nommée chef de service en 1990, elle s'est fortement engagée dans la vie institutionnelle de l'établissement en tant que présidente de la commission médicale d'établissement de 1999 à 2003 et en tant que responsable du pôle Rééducation fonctionnelle et soins de suite adultes à partir de 2006.

A l'occasion de son départ début octobre, Mme Loeper-Jeny a été unanimement saluée comme une femme de conviction, guidée par son éthique médicale et sa conception de l'hôpital public, du travail en équipe autour et pour le patient, qui a su adapter, organiser, créer (notamment la filière neurologique avec l'unité AVC) mobiliser avec exigence et bienveillance, sans perdre de vue les enjeux de notre institution.

Elle est, entre autres projets, à l'origine de la création du parcours extérieur de marche qui sera baptisé à son nom.

Mission inter-hospitalière à l'hôpital Shalvata

Dans le cadre du jumelage entre l'EPS Esquirol et l'hôpital Shalvata, une mission s'est rendue en Israël en octobre dernier.

Le groupe était composé de six personnes : un représentant de la direction, une ergothérapeute, une psychologue, deux psychiatres, et la coordinatrice du jumelage.

Ce voyage de travail s'inscrit dans le cadre de l'accord de coopération inter-hospitalière établi il y a quatorze ans, et qui a pour objectifs :

- des échanges professionnels pluridisciplinaires entre les deux établissements,
- la mise en œuvre d'actions de formation et de recherche dans le champ de la santé mentale,
- la confrontation des savoir-faire.

Chaque année, une rencontre officielle a lieu alternativement à l'EPS Esquirol, puis à l'hôpital Shalvata, et permet de visiter les structures intra et extra-hospitalières.

Ainsi par exemple, nous avons visité :

- un lieu tout à fait original et innovant pour l'ergothérapie où une thérapeute travaille auprès d'enfants avec la médiation du sable. Des milliers d'objets sont entreposés dans ce qui ressemble à une grotte, et les enfants, chaque semaine, créent une scène sur le sable avec les objets entreposés qu'ils choisissent eux-mêmes. La thérapeute ne dit quasiment rien. Elle prend des photos après chaque séance puis à la fin du cycle, et analyse le travail de l'enfant avec l'équipe,
- un autre lieu d'ergothérapie, dans lequel l'outil informatique est au premier plan,
- une école, à l'intérieur de l'hôpital, afin que les adolescents puissent poursuivre leur scolarité, à leur rythme, durant leur temps d'hospitalisation,
- le centre de recherche en neuro-psychologie qui est situé dans l'hôpital où de nombreux travaux de recherche sont effectués,
- « Le Club » où viennent des patients qui ne sont plus hospitalisés et qui nous ont accueillis et ont évoqué ce que l'hôpital Shalvata et ce Club en particulier représentent pour eux,
- les pavillons ouverts et fermés,



© Guy Chiambareto

- la maison-modèle où les patients en voie de réintégration dans la communauté, apprennent ou réapprennent, de façon active, les gestes, les tâches de la vie quotidienne (cuisine, rangement, achat de vêtements, gestion du budget).

La visite de chacun de ces lieux a fait l'objet d'échanges, de dialogues, de confrontations entre les deux équipes sur les pratiques de soins, les similitudes et les différences et a permis de réfléchir et d'envisager des applications pratiques possibles pour chaque institution, inspirées les uns des autres.

A l'occasion de chaque mission, un colloque est organisé au cours duquel les personnels de la délégation interviennent sur le thème proposé par l'hôpital invitant.

Cette année, l'hôpital Shalvata a proposé comme thématique « La supervision, la formation, la transmission ». Les collègues de l'EPS Esquirol ont participé activement à ce colloque ainsi que nos homologues israéliens, et ce fut un temps d'échanges cliniques et théoriques extrêmement fécond qui a permis de développer ces questions à partir de points de vue diversifiés, et d'enrichir la réflexion dans l'optique de produire des effets sur les pratiques des uns et des autres.

L'année dernière, le colloque organisé à Saint-Maurice avait porté sur le thème : « Innovation/ recherche/espoir dans le champ de la psy-

Première réunion
de préparation du prochain
colloque inter-hospitalier
le lundi 31 Janvier 2011
Pôle du 12^e arrondissement - Tél. : 62 00

chose », et nous venons d'établir les actes bilingues français/ anglais, que nous avons apportés à Shalvata et qui sont également à votre disposition (Mme Reznik, Pôle du 12^e arrondissement porte 19 - Tél. : 62 00).

L'hôpital Shalvata est un hôpital jeune et dynamique dans un pays jeune. Une place importante est accordée aux innovations. La confrontation avec le savoir-faire d'un hôpital inscrit dans l'histoire comme l'EPS Esquirol, avec l'héritage de la psychiatrie et de la psychanalyse qui est le nôtre, est particulièrement intéressante.

Le but de ce jumelage est d'apporter des éclairages, des réflexions, des mouvements novateurs pour les soignants. Les patients, tant à l'EPS Esquirol qu'à l'hôpital Shalvata, pourront ainsi être les bénéficiaires de ces évolutions.

Florence REZNIK
Psychologue
Pôle du 12^e arrondissement
Coordinatrice du jumelage
Esquirol-Shalvata

A l'honneur : Le service des jardins

Les Hôpitaux de Saint-Maurice ont la chance de disposer d'un vaste parc arboré et la plupart de nos structures extrahospitalières disposent elles-aussi d'une cour ou d'un patio. Qui veille à leur entretien ? L'équipe des jardiniers. C'est un service discret mais efficace et volontaire que *Passerelles* met à l'honneur dans ce premier numéro. Interview de Sylvain Fleury, responsable du service.



Quelles sont les missions du service des jardins ?

Notre mission prioritaire est l'entretien du parc des hôpitaux et des espaces verts des structures extra-hospitalières de psychiatrie qui sont basées sur Paris et dans le Val-de-Marne.

Cela inclut par exemple la tonte des pelouses, le ramassage des feuilles, les plantations, la composition de parterres différents à chaque saison, le désherbage, l'entretien et l'élagage des arbres, etc.

Par ailleurs, nous nous occupons aussi des plantes vertes des services, des sapins de Noël, et chaque année, nous réalisons un décor de Noël à l'Espace Delacroix pour l'arbre de Noël des enfants du personnel.

Enfin, nous sommes partants, dès que cela est possible, pour participer aux ateliers jardinage mis en place pour les patients dans les services de soins.



L'équipe des jardiniers de l'HNSM et celle de l'Hôpital Esquirol ont été regroupées récemment, cela a-t-il été un grand changement ?

Les deux équipes ont été regroupées lors du départ à la retraite de Christian Walther, responsable des jardins sur l'HNSM. Cependant, nous menions déjà certaines missions en commun.

Et puis, du fait de la construction des locaux de la nouvelle maternité sur le site de l'HNSM, qui a entraîné la suppression des serres, les deux équipes des jardins étaient déjà réunies depuis plusieurs années dans les mêmes locaux côté Esquirol. On peut donc dire que ce regroupement a été progressif.

Il faut aussi considérer d'autres aspects positifs : un budget et du matériel en commun, cela donne plus de possibilités !

Comment est composée l'équipe ?

Nous dépendons de la Direction des achats et de la logistique.

L'équipe se compose actuellement de dix personnes, dont une femme.

Il y a eu un certain renouvellement dans les effectifs du fait de départs à la retraite.

Les personnes nouvellement embauchées sont titulaires d'un CAP, d'un BEP ou d'un bac pro les préparant au métier de jardinier. Quelle que soit sa formation initiale, toute personne apporte son savoir-faire à l'équipe : par exemple l'entretien des plantes vertes, l'entretien des massifs, la réalisation de bouquets, la réalisation de décors, l'entretien du matériel...

Où puisez-vous l'inspiration pour renouveler les massifs de fleurs ?

Sur le site HNSM, nous voulons conserver la disposition de type "jardin à la française", assez stricte, faite de parterres symétriques, entourés de haies basses ; que l'on peut voir dans la cour d'honneur autour du bassin.

Nous nous autorisons parfois plus d'originalité pour renouveler le genre. L'été dernier, par exemple, nous y avons planté du maïs et des choux décoratifs !

Le site d'Esquirol se prête mieux à plus de fantaisie comme on pourrait le faire dans les espaces verts d'une ville.

Nous agrémentons souvent nos parterres de décorations que nous réalisons nous-mêmes : chaise longue, cabane, chevalet de peintre, etc.

C'est bien de surprendre, de faire sourire, d'apporter un brin de malice dans un environnement hospitalier forcément un peu dur.

En quoi est-ce important selon vous ?

Pour moi, des espaces verts agréables et bien entretenus dans un hôpital ne peuvent que contribuer au bien-être des patients, comme du personnel d'ailleurs, ainsi qu'au plaisir des visiteurs.

La proximité avec la nature, la possibilité de se promener dans un lieu préservé et beau, ou simplement de regarder ce lieu depuis la fenêtre de sa chambre, contribue sans doute au processus thérapeutique. C'est d'ailleurs l'un des principes qui a prévalu lors de la reconstruction du site par Jean-Etienne Esquirol !

En entretenant le parc, nous contribuons à notre manière aux soins des patients.

C'est aussi pourquoi, il nous semble important de participer aux ateliers de jardinage avec les patients dans les services de soins. Nous apprécions de parler de notre métier, de montrer nos savoir-faire et quelques astuces. Pour les patients, c'est une façon ludique de se changer les idées, de reprendre confiance.

Par exemple, c'était particulièrement émouvant lorsque nous avons animé des ateliers de plantation d'herbes aromatiques dans les services pédiatriques lors des Rendez-vous aux jardins en juin dernier (voir ci-



>> Une partie de l'équipe,
de gauche à droite :
Sylvain Fleury, Christophe Gourdin,
Sandrine Clavier, Sylvain Walther,
Justino Prêto et Philippe Chabas.

contre). Pas si facile, lorsqu'on n'a pas l'usage de tous ses membres de mettre la terre dans les pots, d'y planter des graines de persil ou de basilic et d'arroser ! Oui, mais quel plaisir et quelle fierté de constater ensuite que ça pousse !

Et puis, il y a un autre avantage non négligeable : lorsque les patients participent à la mise en valeur d'un espace vert, ils se l'approprient et le respectent davantage.

De nombreux arbres malades ont été abattus ou vont l'être dans le parc. Qu'est-il prévu pour leur remplacement ?

Un projet de reboisement est en cours de validation. Il prévoit notamment de replanter des essences plus robustes comme le platane, le tilleul ou le merisier.

En effet, les sujets malades sont principalement des marronniers atteints de la mineuse et des érables atteints de la maladie de la suie.

Ces nouvelles plantations devraient s'étaler sur les dix prochaines années.

On parle beaucoup de développement durable.

Avez-vous des projets en ce sens ?

Oui, nous allons progressivement vers l'utilisation de produits plus écologiques et nous envisageons aussi des solutions manuelles pour le désherbage notamment le chauffage ou la coupe des racines des mauvaises herbes.



Retour sur ...

Rendez-vous aux jardins

Rendez-vous aux jardins est un événement national organisé par le Ministère de la culture avec les conseils d'architecture et d'urbanisme et d'environnement (CAUE).

En juin dernier, les Hôpitaux de Saint-Maurice ont activement participé à cet événement en partenariat avec le CAUE du Val-de-Marne qui animait pour l'occasion une visite guidée de l'ensemble du parc de plus de 2h30, ouverte au grand public.

Cette visite était agrémentée des parterres créés spécialement pour l'occasion sur le thème de l'année : "Le jardinier et ses outils".

De nombreuses autres animations étaient prévues :

- Un jeu concours pour le personnel et les patients pour lequel il fallait deviner le nom des plantes présentes dans un massif. Les gagnants ont reçu des livres de jardinage ou des jardinières garnies.
- La bibliothèque des patients du site HNSM proposait une sélection d'ouvrages sur le thème des jardins.
- Et le service des jardins animait plusieurs ateliers :
 - l'un à la cafétéria des patients Esquirol pour la plantation de fleurs dans le patio,
 - un autre avec les patients du service Médecine et réadaptation pour la création de suspensions florales destinées à habiller un escalier extérieur,
 - et avec les enfants du pôle SSR, dans le cadre de l'école, pour la plantation d'herbes aromatiques. Ce dernier atelier a d'ailleurs fait l'objet d'une exposition photos dans le hall de la balnéothérapie. (Voir ci-contre).

Rendez-vous en
juin prochain pour une
nouvelle édition
de cet événement
qui a remporté un franc
succès en 2010.

Le thème est déjà connu :
"le jardin nourricier".



Infirmier(e)s : à vous de choisir

Les décrets relatifs à la mise en oeuvre de la nouvelle grille de catégorie A des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière ont été publiés au journal officiel du 30 septembre 2010.



Ainsi, tous les infirmiers diplômés d'Etat et de secteur psychiatrique relevant de la catégorie B en poste à la date du 30 novembre 2010 disposent d'un droit d'option, entre un maintien dans leur corps de catégorie B ou un reclassement dans le corps de catégorie A, ouvert pendant une période de six mois à compter de la date de publication du décret, c'est-à-dire **jusqu'au 31 mars 2011**.

Une notification de proposition de reclassement a été adressée à chaque agent concerné. Elle comporte d'une part le reclassement dans le corps d'infirmiers en catégorie B et d'autre part le reclassement dans le corps d'infirmiers en soins généraux et spécialisés en catégorie A.

Vous devrez faire connaître votre choix à la direction des ressources humaines du site dont vous dépendez d'ici la fin mars. Ce choix sera considéré comme **définitif dès la date de votre réponse** expresse déposée à la DRH. En effet, aucun droit de remord n'est réglementairement défini ni avant, ni après le 31 mars.

Si vous n'exprimez pas votre choix avant le 31 mars, vous demeurerez rattaché au corps d'infirmiers de catégorie B.

Bien que ce corps soit mis en extinction depuis le 1^{er} décembre 2010, il bénéficie d'une revalorisation indiciaire à compter de cette même date.

Votre reclassement interviendra avec une date d'effet au 1^{er} décembre 2010.

Pour évaluer l'impact de votre choix sur votre retraite, la Direction générale de l'organisation des soins et la circulaire d'application préconisent de proposer aux agents les plus proches de la retraite et **qui en font spécifiquement la demande**, des simulations de calcul de leur pension en fonction de l'option choisie.

Gérard TAESCH
Directeur des ressources humaines
par intérim (site Esquirol)

Pour toute information à ce sujet, n'hésitez pas à contacter la DRH de votre site.
Vous pouvez également consulter sur internet : www.sante-sports.gouv.fr
dossier "Infirmiers/Réforme LMD"

Accueil familial thérapeutique : L'argent "content"

A l'initiative du Pôle Paris 11 et en partenariat avec le GREPFA France (Groupe de Recherche Européen en Placement Familial), les Hôpitaux de Saint-Maurice organisent pour la seconde fois une journée de réflexion sur l'Accueil Familial Thérapeutique (AFT). Cette rencontre est ouverte à l'ensemble du personnel ainsi qu'aux familles d'accueil.

Cette année, le thème retenu est « l'argent » : nous réfléchirons autour de ce que peut représenter, pour le patient accueilli en AFT cet argent, et comment nous pouvons l'accompagner et l'aider dans sa gestion.

De même, nous aborderons ce qui se passe pour les assistant(e)s familial(e)s : nous savons que, comme dans tout service rendu, l'argent est un élément clé du dispositif en AFT.

La précarité du statut des assistant(e)s familial(e)s peut avoir des répercussions lorsqu'un accueil s'arrête (rechute, stabilisation entraînant la fin de l'accueil...).

D'autres interrogations seront soulevées : **Comment gérer les difficultés rencontrées tant par le patient que par la famille d'accueil et l'équipe de l'AFT autour de l'argent ?**
Au quotidien comment y rattache-t-on les notions de plaisir, satisfaction, frustration ?

**AFT - 2^e Journée Ile-de-France
L'Argent... "content"**

**Vendredi 4 février 2011
de 9h à 17h - Salle K2 - ENKRE**

Cette journée s'effectue dans le cadre de la formation continue. Il n'y a **pas de frais d'inscription**. Le nombre de **places** étant **limité**, merci de vous inscrire **avant le 28 janvier 2011** auprès de :

Blanche Méliarenne
Pôle Paris 11 - Hôpitaux de St-Maurice
Tél. : 01 43 96 65 83 ou 06 82 12 27 49

Retour sur...

>> Spectacle de Noël et "boom" très réussis pour les enfants du personnel grâce aux **Lutins de la rue Orange**.



Le Noël des enfants du personnel



Merci à tous !

>> **Téléthon 2010** : Merci à tous ceux qui ont déposé des téléphones portables dans les boîtes de collecte. Une cinquantaine de portables vont ainsi être recyclés et les bénéfices versés à l'AFM Téléthon.



Les selfs "font valser les préjugés"

>> 1^{er} décembre : **Journée mondiale de lutte contre le sida** - opération sets de table dans les selfs du personnel

Félicitations à Valérie Achache

Kinésithérapeute au pôle SSR enfants et Docteur de l'Université UPMC - Paris 6



Sa thèse, soutenue le 4 octobre 2010, a porté sur l'étude des mécanismes nerveux qui participent aux "raideurs musculaires", chez des jeunes adultes atteints de paralysie cérébrale.

Certains de ces mécanismes sont impliqués dans la spasticité (augmentation incontrôlée du tonus musculaire), d'autres dans la présence de contractions inadaptées apparaissant au cours du mouvement et empêchant son exécution correcte, lors de la réalisation d'un geste ou au cours de la locomotion.

XIX^e journée de **Médecine et de Rééducation** de l'Est Parisien

Cette nouvelle journée Médecine et rééducation de l'est parisien sera l'occasion de faire le point sur les avancées techniques en matière :

- de **prothèses de genou** : innovations et suites difficiles,
- de **ligamentoplasties du ligament croisé antérieur (LCA)** : innovations et rééducation,
- de **rééducation des prothèses de hanche**,
- d'**instabilité chronique de cheville**,
- de **traitement rééducatif des lombalgies discales**.

Comme chaque année, de nombreux professionnels issus des pôles soins de suite et réadaptation adultes et enfants des Hôpitaux de Saint-Maurice participeront à cette journée.

Inscription obligatoire

Programme complet et bulletin d'inscription sur intranet.

Renseignements :

Service Rééducation fonctionnelle et traumatologie
Tél : 01 43 96 63 25 / fax : 01 43 96 66 26
r-2@hopital-saint-maurice.fr

19^e journée de Médecine et rééducation de l'Est Parisien

Samedi 26 mars 2011
de 9h à 17h

Novotel ATRIA
Paris - Charenton
Accès payant
Sur inscription

Février

jusqu'au 8 février

Opération Pièces jaunes

→ Tirelires disponibles dans les services de soins du site HNSM et au restaurant du personnel Esquirol

Vendredi 4 février

2^e Journée AFT : L'argent "content"

→ 9h, salle ENKRE/IFSI
sur inscription (voir p. 22) - Tél. : 01 43 96 65 83

Vendredi 4 février

En quoi les difficultés discursives des patients rendent compte de leur difficulté à faire opérer les objets signifiants

Dr René Lew, psychiatre, psychanalyste
→ 11h, Pôle Paris 11
Porte 25 - Tél. : 01 43 96 62 10

Samedi 5 février

Portes ouvertes de l'IFSI

→ de 10h à 16h

Mardi 8 février

Autisme : vers une complémentarité des approches

Dr Anne-Sylvie Pelloux

Autisme et processus attentionnels

Benoît Virole, psychologue
→ 12h, Pôle Paris Centre Est
5 rue Saint-Denis 75001 Paris - Tél. : 01 42 77 56 70

Jeudi 10 février

Séminaire Ecart Psy - F. Reznik

L'envie, la haine et l'ignorance : trois modes négatifs de l'amour

René Lew, psychiatre, psychanalyste
→ 10h30, Pôle du 12^e arrondissement
Porte 19 - www.ecart-psy.org

2^e et 4^e vendredi de chaque mois

Présentation et "trait du cas"

→ 11h, Pôle Paris 11
Porte 25 - Tél. : 01 43 96 62 10

Mars



Jeudi 3 et vendredi 4 mars

10^e Journées Scientifiques

Situations de handicap et pratiques de soins

→ Espace Eugène Delacroix à Saint-Maurice
sur inscription (voir p. 7)

Vendredi 4 mars

En quoi les difficultés discursives des patients rendent compte de leur difficulté à faire opérer les objets signifiants

Dr René Lew, psychiatre, psychanalyste
→ 11h, Pôle Paris 11
Porte 25 - Tél. : 01 43 96 62 10

Jeudi 10 mars

Séminaires Clinique de l'adoption

Expérience d'une pédiatre de COCA

Dr Anne de Truchis, pédiatre
→ 14h, Espace Paris Adoption - 54 av. Philippe Auguste - 75011 Paris (métro Nation)
sur inscription auprès du CMP du Figuier
au 01 48 87 81 93

du lundi 14 au dimanche 20 mars

22^e Semaine d'Information sur la Santé Mentale

Santé mentale : comment en prendre soin ensemble ?

Jeudi 17 mars

Séminaire Ecart Psy - F. Reznik

L'envie : entre haine et fraternité

Pierre Marchal, philosophe et psychanalyste - Bruxelles
→ 10h30, Pôle du 12^e arrondissement
Porte 19 - www.ecart-psy.org

Vendredi 18 mars

Connaissance et psychiatrie

Travailler avec les familles

Marie-Christine Cabié, Chef de pôle
→ 11h, Pôle Paris 11
Porte 25 - Tél. : 01 43 96 62 10

Samedi 26 mars

19^e Journée Médecine et rééducation de l'Est Parisien

→ 9h, Hôtel Novotel à Charenton-le-Pont
sur inscription (voir p. 23) - Tél. : 01 43 96 63 25

Sortez avec le CGOS !

L'Affaire Seznec → Théâtre de la Madeleine - 2 et 6 février - **La paquebot France** → Exposition au Musée de la Marine - Du 9 février au 23 octobre - **Holiday on Ice - Copacabana** → Zénith 17, 20 et 21 février - **Salon de l'agriculture** → Porte de Versailles - du 19 au 27 février - **Les Ballets Russes** → Salle Pleyel - 12 mars - **Le nombril** → Théâtre Comédie des Champs Élysées - 12, 13, 26, 27 mars - **Diplomatie** → Théâtre de la Madeleine - 19, 20 mars et 2, 3 avril - **Liane Foly** → Le Palace - 18, 19, 25, 26 mars ...

Réservation au 0 820 800 300 ou sur www.cgos.info rubrique loisir