

Passerelles

Journal des Hôpitaux de Saint-Maurice



Hôpitaux de
Saint-Maurice

**Concours photo
des rendez-vous
jardins**

Page 19



Regroupement

Projet de soin

Page 3

MCO

Amélioration
des pratiques
en néonatalogie

Page 10

Soins de suite

Unité
d'hospitalisation
à domicile

Page 13

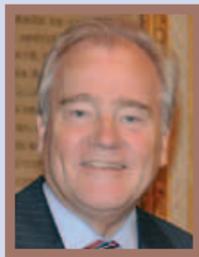
Santé mentale

La liberté « d'aller
et venir » en unités
psychiatriques

Page 16



Edito



Voilà bientôt neuf mois, j'ai été élu Président du conseil de surveillance des Hôpitaux de Saint-Maurice. Cette fin d'année est l'occasion de dresser un premier point d'étape.

Dans mes responsabilités de Sénateur-maire, vous connaissez mon attachement à inscrire les questions sociales et de santé au cœur de nos priorités : qu'il s'agisse du maintien à domicile des seniors, des actions en faveur d'une meilleure insertion des personnes handicapées dans la ville ou de l'articulation ville-hôpital et ce, notamment au travers de programmes d'éducation thérapeutique.

Président du conseil de surveillance, j'ai pu constater l'ouverture de notre établissement de santé au milieu associatif, aux structures sociales et médico-sociales pour définir un parcours de soins au profit des patients.

Ces problématiques convergent et doivent toujours plus se coordonner pour garantir à la population : prévention, éducation thérapeutique et soins.

En ce sens, les réalisations durant cette première année des Hôpitaux de Saint-Maurice témoignent une nouvelle fois de la dynamique de l'établissement. Je souhaite souligner ici :

- avant tout, une fusion réussie, qui permet déjà l'émergence d'une nouvelle identité et qui se poursuit par une plus grande mutualisation de moyens ;
- un projet médical qui oriente les Hôpitaux de Saint-Maurice pour l'avenir,
- des projets qui se concrétisent : à titre d'illustration, l'ouverture prochaine du laboratoire d'analyse du mouvement, la reconnaissance d'une unité cognitivo-comportementale pour l'accueil de patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, ou encore l'autorisation d'ouvrir un nouvel hôpital de jour en pédopsychiatrie à Choisy-le-Roi, dans le Val-de-Marne ;
- un programme de travaux qui poursuit la politique d'humanisation des conditions d'accueil,
- des partenariats et complémentarités avec les hôpitaux voisins (Begin, Créteil ...) et les établissements d'accueil médico-sociaux du département ;
- la conduite de la démarche de certification par la Haute Autorité de Santé, qui a, une nouvelle fois, mobilisé toutes les équipes.

Les enjeux et défis pour les prochains mois restent forts et chacun doit s'attacher à mener à bien ses actions en intégrant :

- les financements contraints des établissements de santé ;
- les nécessaires priorisations des actions à conduire ;
- l'élaboration du nouveau schéma régional de l'organisation des soins ;
- la publication attendue du nouveau plan de santé mentale, dans lequel nous entendons nous inscrire.

Notre établissement devra consolider sa place dans ce nouveau contexte, pour le bien être, la qualité et la sécurité des soins offerts à nos patients et je sais que je peux compter sur l'implication de tous.

Je vous souhaite de très bonnes fêtes de fin d'année.

Christian Cambon
Sénateur-Maire
Président du conseil de surveillance

Sommaire

- **Regroupement**
 - Projet de soin des Hôpitaux p. 3
 - Direction de l'organisation et du contrôle interne..... p. 4
 - Certification des comptes p. 4
 - Zoom sur les nouveaux outils de communication p. 5
- **Ressources humaines**
 - Mise en œuvre du conventionnement FIPHP p. 6
 - Audit Accessibilité des personnes handicapées..... p. 7
 - Arrivée de Luce Legendre..... p. 7
- **Droit**
 - Nouveau cadre juridique des soins psychiatriques p. 8
- **Gestion des risques**
 - Enquête sur le risque médicamenteux..... p. 9
- **Médecine/Chirurgie/Obstétrique**
 - Amélioration des pratiques en néonatalogie..... p. 10
 - Évolution du dossier en hémodialyse..... p. 11
- **Soins de suite et réadaptation**
 - Diagnostic du syndrome du bébé secoué (SBS)..... p. 12
 - Ouverture de l'HAD..... p. 13
- **Santé mentale**
 - Consultation sur l'adoption p. 14
 - La liberté « d'aller et venir » en unités psychiatriques p. 16
 - Visite du contrôleur général des lieux de privation de liberté..... p. 17
- **Retour sur...**
 - Départ du Dr Saint-Georges p. 18
 - Colloque Shalvata p. 18
 - Barbecue du personnel p. 19
 - Concours photos « Rendez-vous aux jardins » p. 19
- **Agenda** p. 20

Passerelles N°03 Décembre 2011

Directeur de publication
Denis Frécho

Rédacteurs en chef
Sandrine Barbier-Bodeau
Pascale Mocaër

Comité de Rédaction
Dr Patrick Bantman
Philippe Baronnie
Pierrette Després
Sophie Fauveau
Serge Luc
Charles Morvan
Emilie Moussard
Florence Reznik
Jean-Marc Taieb
Christophe Torrens
Thierry Voisin
Jacques Vouillot

Crédit photos
Jean-Marc Taieb, le Service communication, les gagnantes du concours et office.microsoft.com

En couverture
Photo gagnante du concours photo

Mise en page
France Lahoreau

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@hopitaux-st-maurice.fr

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

U Papier 100 % recyclé ISSN en cours

Merci à Lorna Vala pour sa relecture précieuse

Projet de soin 2011-2015

L'arrêté de création des Hôpitaux de Saint-Maurice signé le 23 décembre 2010 par le directeur de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France a officialisé la création d'un nouvel établissement public de santé appelé : *Les Hôpitaux de Saint-Maurice*. Le projet médical validé par la commission médicale d'établissement le 22 mars 2011 et présenté au conseil de surveillance le 4 avril a été voté en directoire le 11 avril. L'initialisation de la démarche d'élaboration du projet de soin a été alors engagée pour les quatre années à venir.



Cinq étapes le constituant :

- l'état des lieux,
- l'analyse,
- le choix des axes d'amélioration à travailler,
- la mise en œuvre,
- l'évaluation

En l'état de progression du travail, l'étape de l'état des lieux est achevée.

État des lieux

Cette phase consacrée à la collecte des données a été menée par un cadre de santé de la direction des soins. Elle provient de sources variées et pertinentes :

- les projets de soin développés par chaque établissement avant la fusion,
- les comptes-rendus des commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des trois années antérieures de chaque hôpital pour en extraire des données pertinentes en lien avec le projet à mener,
- les rapports de certification ainsi que le travail réalisé relatif aux Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP),
- les données pertinentes livrées par l'auto-évaluation sur la prise en charge des patients afin de les intégrer au projet,

soit par filière, soit de manière transversale selon les thématiques retenues,

- les données relatives à la satisfaction des usagers et au respect de leurs droits produites par la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et/ou toute source qui en témoignerait,
- les propositions faites par les cadres de santé lors du forum des cadres des Hôpitaux de Saint-Maurice le 23 septembre 2010,
- les orientations du projet médical justifiant d'une déclinaison dans le projet de soin,
- les orientations nationales en matière de politique de santé :

2011 : année des patients et de leurs droits

- . axe 1, faire vivre les droits des patients
- . axe 2, la bientraitance à l'hôpital
- . axe 3, nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé,

L'éducation thérapeutique du patient

. L'article 84 de la loi HPST a inséré un titre VI au livre 1^{er} du code de la santé publique intitulé « Education thérapeutique du patient ». Les dispositions qu'il



Hôpitaux de Saint-Maurice

Un nouveau logo

Le nouveau logo des Hôpitaux de Saint-Maurice a été choisi en septembre. Vous l'avez désigné parmi cinq propositions. Il a remporté 43 % des votes du personnel avant d'être entériné par le Directoire.

Sa signification

Le logo se divise en quatre motifs distincts pour les quatre secteurs d'activité de l'établissement. Ils sont imbriqués pour traduire l'idée du travail collaboratif et de la dynamique d'ensemble propres à notre institution.

Le côté floral et les couleurs vives symbolisent la vie, le mouvement, le dynamisme, l'avenir.

Enfin, pour mettre en avant le côté humain et l'accompagnement des patients vers l'autonomie, le créatif a choisi de représenter des personnages ouvrant les bras avec des points colorés au-dessus de chaque motif qui figure leur tête.

Une utilisation immédiate

Notre nouvelle identité graphique rem-

place désormais les anciens logos HNSM et EPS Esquirol. Ainsi, chaque service a reçu :

- son papier à en-tête adapté,
- la nouvelle charte graphique,
- le guide d'utilisation de la charte graphique.

Le logo, dans sa version pyramide la plus couramment utilisée pour tous les documents institutionnels, et dans sa version bandeau pour les autres documents disposant de peu de place, est disponible sur le site intranet.

Ce nouveau logo doit donc être apposé dès à présent sur tout nouveau document et sur tout document réalisé et diffusé en interne.

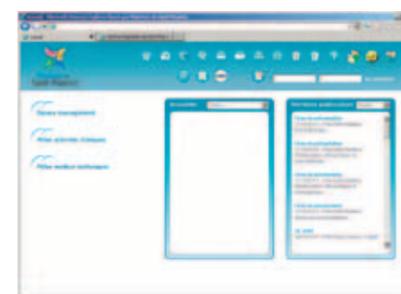
En revanche, une phase de transition est nécessaire pour les documents imprimés à l'extérieur et/ou nécessitant l'assistance d'un graphiste qui seront remis à jour au

fur et à mesure de leur réédition après épuisement des stocks existants.

Le **nouveau livret d'accueil des patients hospitalisés** vient de paraître. Il est commun aux pôles de soins de suite et réadaptation, de psychiatrie, et de traitement de l'insuffisance rénale chronique. Le pôle femme-enfant dispose d'un livret d'accueil spécifique. Rappelons que le livret d'accueil doit être remis à chaque patient lors de son arrivée dans le service accompagné de la plaquette sur les infections associées aux soins et de la plaquette sur la lutte contre la douleur. La plupart de ces documents est disponible auprès des magasins.

Bientôt de nouveaux sites internet et intranet

Avant l'été, les Hôpitaux de Saint-Maurice ont lancé un vaste projet de refonte du site intranet à destination des personnels et de création d'un nouveau site internet de présentation de l'ensemble de nos activités à l'attention de nos publics extérieurs (patients, visiteurs mais aussi partenaires, médias, fournisseurs, etc.). Ces deux sites devraient être lancés officiellement début 2012.



Intranet : un outil incontournable

Le futur site intranet est conçu sur un mode participatif dans une logique de large partage de l'information en interne et de développement durable. Il sera constitué :

- d'un espace « actualités »,
- d'un espace « outils » où se trouveront l'annuaire interne, la gestion électronique de documents, la réservation de salles de réunion, les bons travaux, les bons de transports, les bons de prise en charge de consultation externe, l'espace emploi, les gardes et astreintes etc.,

d'un espace d'information pour les pôles cliniques et médico-techniques et d'un espace d'information sur des sujets transversaux (Stratégie, Ressources humaines, Achats-logistique et travaux, Finances-Système d'information).

Le projet s'appuie pour cela sur une communauté de référents et de contributeurs formés et chargés de mettre le site à jour. Afin de permettre à tous d'y accéder, il sera accompagné de la mise en place progressive de postes informatiques en accès libre dans les services.

Internet : une nouvelle vitrine

Le site internet offrira différents accès à l'information pour les internautes, notamment une entrée par public (Patients et visiteurs, Professionnels de santé, Etudiants), et une entrée par spécialité.

On y retrouvera des actualités, une présentation de l'établissement, de l'ensemble de nos services, et des écoles, un espace emploi, etc.



Depuis bientôt un an, nos adresses e-mail ont changé pour le suffixe « **@hopitaux-st-maurice.fr** ». Jusqu'à présent les messages envoyés sur les anciennes adresses étaient transférés sur les nouvelles. Ce transfert cessera définitivement le 1^{er} février 2012.

Calendrier prévisionnel

Déroulement des différentes étapes du projet

Initialisation de la démarche, élaboration de la méthode :
5 avril 2011

État des lieux :
9 mai 2011 - 30 septembre 2011

Analyse :
octobre - novembre 2011

Mise en évidence et choix des axes d'amélioration :
décembre 2011

comporte érigent le concept d'éducation thérapeutique du patient en une politique et une priorité nationale,

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins

. Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPA-QSS) déclinés selon les trois filières de soins : Médecine Chirurgie Obstétrique, Psychiatrie, Soins de Suite et Réadaptation

. Indicateurs de la lutte contre les infections nosocomiales.

Conduite de la démarche

Le projet repose sur une démarche collective et participative conduite

par un comité de pilotage chargé de faire des choix, des propositions et d'entériner les options prises. Son expertise, son réalisme garantissent la viabilité du projet. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, quant à elle est régulièrement informée et consultée pour avis.

La dynamique nouvelle qui s'engage va conduire la communauté des soignants à créer des références communes au bénéfice des personnes soignées, de leur entourage et de nos partenaires.

Christiane Rogacki

Coordonnateur général des soins

Installation de la Direction de l'organisation et du contrôle interne



Jacques Touzard et Thomas Collet

certification des comptes de l'établissement.

Qu'est-ce que la certification des comptes ?

À partir de leur exercice budgétaire 2014, la loi HSPT* impose la certification des comptes des hôpitaux. L'expérience montre que la certification des comptes est un exercice difficile dont le niveau d'exigence est souvent sous-estimé par les organisations. De plus, la

démarche implique de nombreux acteurs de l'organisation au-delà des seuls comptables. Enfin, l'expérience des organismes publics ayant fait l'objet d'une certification financière laisse penser que l'horizon de préparation à la certification dépasse très largement le cadre annuel. La démarche de certification favorise l'optimisation des processus avec une amélioration à la clef de 5 à 10 % de la performance financière des hôpitaux.

Pour réussir sa certification, il faut réunir trois facteurs clés :

- Premièrement, faire de la certification un véritable projet d'entreprise qui dépasse les frontières des services comptables.

- Ensuite, se préparer sans attendre ; bien maîtriser les pré-requis à la certification, avoir une vision précise des écarts à la cible (si possible dès la fin 2011) et lancer les plans d'action (dès 2012) avec comme terme le 31 décembre 2013.

- Enfin, bien comprendre la démarche et les attendus du certificateur : une approche par les risques préalablement quantifiés et évalués par l'entité, accordant une large part à l'évaluation du contrôle interne.

La certification est en fait un puissant levier d'amélioration de la performance, car dans sa démarche, le certificateur « interpelle » les organisations, les processus et les pratiques. Ainsi, les projets de renforcement du contrôle interne constituent autant d'occasions pour une organisation de réfléchir sur ses objectifs et ses missions, d'évaluer les risques pesant sur l'atteinte de ses objectifs, de comparer, rationaliser, simplifier et optimiser les processus, les pratiques de contrôle et de pilotage de ses activités.

En résumé, la certification « fait bouger les lignes » car elle demande de repenser : processus, dispositifs de contrôle et pratiques de travail.

Jacques Touzard
Directeur de l'organisation et du contrôle interne

*HPST : Hôpital Patients Santé et Territoires

La mise en œuvre du **conventionnement FIPHFP***

*Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique

Un projet novateur et structurant qui dynamise l'emploi - et le maintien dans l'emploi - des travailleurs handicapés

La loi du 11 février 2005, qui crée le FIPHFP, instaure pour tous les employeurs publics une obligation d'emploi de 6 % de travailleurs handicapés. Les établissements publics de santé n'échappent pas à cette règle et se voient obligés de verser des amendes substantielles en cas de non-respect de ce taux. C'est ce qui nous engage à formaliser notre politique d'accueil de ces travailleurs handicapés, fragilisés par l'allongement des carrières et par l'évolution des effectifs et des organisations de travail.

l'occasion de définir une réelle politique d'emploi en leur faveur. Plusieurs leviers d'action sont ainsi mobilisés :

- la communication interne et externe (actions de sensibilisation sur la politique handicap)
- la refonte complète de notre processus de maintien dans l'emploi
- la formation et l'accompagnement (de l'encadrement d'une part, des personnes en situation de handicap d'autre part)
- le développement d'un réseau de partenaires externes (pour le recrutement)
- la mise en place d'aménagements spécifiques et d'adaptations permettant une meilleure accessibilité au poste de travail (mobilier, études ergonomiques, équipements adaptés, aménagements de véhicules...)

Les agents concernés

Les aides financières du FIPHFP* sont destinées en premier lieu aux bénéficiaires de l'obligation d'emploi : bénéficiaires de l'allocation temporaire d'invalidité, agents reclassés sur avis du Comité Médical, agents titulaires de la carte d'invalidité, agents reconnus

par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)... Mais les aides peuvent aussi être mobilisées pour des agents non bénéficiaires de l'obligation d'emploi, reconnus inaptes à leurs fonctions et pour lesquels le médecin du travail propose une adaptation au poste de travail.

Changement de périmètre

La fusion des Hôpitaux de Saint-Maurice, qui a, d'un côté, ralenti le démarrage concret du projet, lui donne cependant une nouvelle dimension : la direction va prochainement rencontrer le FIPHFP pour négocier une éventuelle extension du dispositif aux services de psychiatrie et de maternité, initialement non concernés. Cet élargissement de périmètre représentera un nouveau défi.

À la fin de l'année 2011, l'ensemble de l'encadrement des Hôpitaux de Saint-Maurice sera sensibilisé à la démarche de maintien dans l'emploi et sollicité pour l'optimisation du processus.

Charles Morvan
Directeur des ressources humaines

Désignation d'un référent FIPHFP*



Dans le cadre du conventionnement des Hôpitaux de Saint-Maurice avec le FIPHFP, Lorna Vala a été nommée référent FIPHFP. Son rôle consiste à accompagner, dans le respect du secret professionnel et de la confidentialité, le parcours professionnel des agents dont la restriction d'aptitude a été reconnue. Elle propose et suit la mise en œuvre d'actions de maintien dans l'emploi et d'accessibilité au poste de travail, en collaboration avec la médecine du travail, la DRH, dont elle dépend pour ces fonctions, l'encadrement de l'agent, la direction

des achats et de la logistique, l'assistante sociale, la direction du système d'information et les prestataires externes.

Permanence : lundi en journée, dans les locaux de la DRH du site HNSM (poste 6376).

Dans cet esprit, c'est en novembre 2010 que l'ancien Hôpital National de Saint-Maurice voit aboutir son projet de conventionnement avec le FIPHFP*, après un important travail d'étude-diagnostic et de conception du projet. Aujourd'hui, la Direction des Ressources Humaines pilote sa mise en œuvre, en coordination avec la direction des achats et de la logistique, la direction des services techniques, la direction du système d'information.

Le but de ce conventionnement ?

Financer sur trois ans un vaste programme d'aide en faveur de l'emploi des personnes handicapées, qui soit

Audit Accessibilité des personnes handicapées

La loi du 11 février 2005 impose aux établissements recevant du public (ERP) d'établir un diagnostic d'accessibilité et de réaliser les travaux en faveur de cette accessibilité avant le 1^{er} janvier 2015. Les Hôpitaux de Saint-Maurice ont chargé le cabinet *Accèsométrie* de réaliser l'audit.

Aspect réglementaire

La loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, dite « loi handicap » place au cœur de son dispositif l'accessibilité du cadre bâti et des services à toutes les personnes handicapées.

Cette loi vise désormais sans distinction, tous les types de handicaps : qu'ils soient moteurs, sensoriels, cognitifs, mentaux ou psychiques.

Elle rend essentielle la notion de chaîne de déplacement et de participation. Le décret n° 2006-555 du 17 mai 2006 fixe au 1^{er} janvier 2015 le délai de mise en conformité des Etablissements Recevant du Public (ERP).

Pour répondre aux exigences de la réglementation

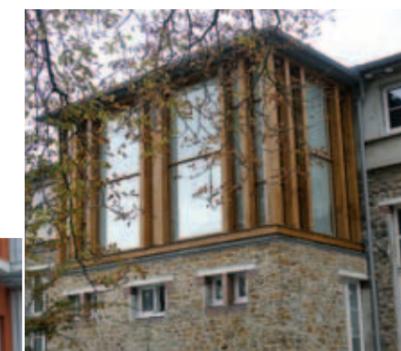
Les Hôpitaux de Saint-Maurice ont mandaté la société *Accèsométrie* afin de réaliser un audit sur l'accessibilité précis de ses services et structures, y compris les sites extrahospitaliers.

Cet audit est décomposé en deux phases :

- Phase 1 : la réalisation d'un état des lieux et le relevé des non-conformités vis-à-vis de la réglementation.
- Phase 2 : l'élaboration de propositions dans le respect des contraintes architecturales et techniques pour améliorer l'accessibilité, avec l'établissement d'un programme accompagné d'une estimation financière des travaux de mises en conformité.

La première étape est désormais terminée et servira de support à la définition d'un plan d'actions pour permettre l'accessibilité aux personnes handicapées de l'ensemble de nos services.

Nadia Fannane
Dessinateur



Travaux d'accessibilité du CTIRC et du pavillon Berthoumeau



Bienvenue à Madame Luce Legendre

Directrice adjointe en charge de la coordination générale de la direction des ressources humaines des hôpitaux de Saint-Maurice, Luce Legendre a été directrice adjointe chargée des ressources humaines et des affaires médicales au centre hospitalier de Mantes-la-Jolie jusqu'au 31 juillet 2011.

Elle a antérieurement été en fonction à l'hôpital du Vésinet (78) et aux hôpitaux de Saint-Denis (93).

Elle est également,

- vice-présidente de l'ADRESS (Association pour le Développement des Ressources Humaines dans les Établissements de Santé),
- présidente de la conférence des directeurs des ressources humaines de la fédération hospitalière de France d'Île de France,
- membre du comité de rédaction des « cahiers hospitaliers »
- et expert au CNEH (Centre National d'Expertise Hospitalière).

Le nouveau cadre juridique des soins psychiatriques

La Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 entrée en vigueur le 1er août 2011 a réformé l'ensemble du dispositif des soins psychiatriques en place depuis la loi du 27 juin 1990.

Les soins psychiatriques libres, sous forme d'hospitalisation ou de soins ambulatoires restent inchangés.

Les principaux apports introduits par la nouvelle loi :

L'accès aux formes alternatives à l'hospitalisation complète : les soins ambulatoires sans consentement avec programme de soins.

Les soins sans consentement, qui existaient sous la forme de l'hospitalisation complète, peuvent désormais prendre la forme de soins en ambulatoire. Ce n'est donc plus l'hospitalisation qui est imposée mais les soins. Le psychiatre décide du cadre de ces soins : hospitalisation partielle, hôpital de jour, consultations sur les CMP, soins à domicile, etc.

L'entrée dans le dispositif de soins sans consentement sur décision du directeur est facilitée.

L'admission en soins sans consentement sur décision du directeur ne peut se faire qu'à la demande d'un tiers ou, en l'absence de tiers, en cas de péril imminent dûment constaté par un médecin extérieur à l'établissement. Les soins pourront se poursuivre en soins ambulatoires si l'état de santé du patient ne justifie plus une prise en charge en hospitalisation complète.

Le préfet n'a plus le dernier mot sur la fin des mesures de soins.

La procédure d'admission en soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat reste inchangée, sous réserves que les soins pourront se poursuivre, si l'état de santé du patient ne justifie plus une prise en charge en hospitalisation complète, en soins ambulatoires.

Lorsque le psychiatre demande la transformation de l'hospitalisation complète en soins ambulatoires :

- si le préfet n'est pas d'accord, le directeur demande immédiatement un deuxième avis de psychiatre ;
- si les 2 avis médicaux sont identiques, le préfet doit suivre ce double avis ;

- si le 2^{ème} avis est différent, le préfet peut maintenir l'hospitalisation complète.

Lorsque le psychiatre demande la fin de l'hospitalisation complète sans programme de soins :

- si le préfet n'est pas d'accord, le directeur demande un 2^{ème} avis de psychiatre ;
- si les 2 avis médicaux sont identiques, le préfet suit ce double avis ;
- si le 2^{ème} avis est différent et que le préfet souhaite maintenir l'hospitalisation complète, il en avise le directeur d'établissement qui saisit immédiatement le JLD.

Une période d'observation de 72 heures sous forme d'une hospitalisation complète est un préalable à toute décision sur la poursuite des soins.

Un certificat médical d'un psychiatre à 24 heures confirme la nécessité de la mesure et, dans les 72 heures, un second certificat propose, si la mesure est maintenue, le cadre de la prise en charge (hospitalisation complète ou forme alternative), ainsi que le programme de soins, le cas échéant.

L'intervention du Juge des Libertés et de la Détention (JLD) dans le contrôle des mesures d'hospitalisation complète

À l'instar de la plupart de nos voisins européens, le Juge Judiciaire, garant des libertés individuelles, intervient désormais dans le contrôle des mesures de soins restrictives de liberté.

Jusqu'alors, le recours au Juge se faisait uniquement a posteriori, lorsqu'il était saisi d'une requête en mainlevée. Il appartenait alors à celui qui contestait la mesure d'hospitalisation de déposer une requête au TGI. La procédure a posteriori demeure : le JLD peut toujours être saisi, dans le cadre d'une contestation d'hospitalisation, d'une requête en mainlevée.



La nouveauté réside dans le contrôle systématique du Juge des mesures d'hospitalisation complète. Ainsi, le juge est désormais saisi a priori, par le directeur ou par le représentant de l'Etat selon les modes d'admission, afin qu'il se prononce sur la nécessité de la poursuite des soins en hospitalisation complète. Le Juge doit ainsi statuer dans le délai de 15 jours à compter de l'admission en hospitalisation sans consentement ; avant l'expiration d'un délai de 6 mois suivant toute décision judiciaire prononçant l'hospitalisation complète sans consentement.

Le renforcement des droits des patients concernés par une mesure de contrainte

- La personne qui fait l'objet de soins sans consentement doit être informée à chaque étape de sa prise en charge de façon à pouvoir faire valoir ses observations de manière appropriée à son état.
- Le patient, pendant ses sorties, peut désormais être accompagné par un membre de sa famille ou sa personne de confiance.
- Les mesures de soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement de plus d'un an font l'objet d'un examen par un collège tripartite.
- Les missions des Commissions Départementales des Soins Psychiatriques (CDSP) sont recentrées sur les situations les plus sensibles : cas de péril imminent (sans tiers) et soins psychiatriques depuis un an.
- Un rapport annuel est transmis au contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Sophie Lascombes

Attachée d'administration hospitalière
Chargée des affaires juridiques



Les erreurs médicamenteuses, parlons en...

En décembre 2010, une enquête sur les erreurs médicamenteuses a été adressée à l'ensemble des médecins, infirmiers, cadres de santé, préparateurs en pharmacie et pharmaciens des Hôpitaux de Saint-Maurice.

Cette action s'inscrit dans le programme 2009-2011 de gestion des risques, dont l'une des priorités est la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. Ses objectifs : estimer la fréquence des erreurs, recenser leurs modalités de signalement et d'analyse et poursuivre la sensibilisation des professionnels à la déclaration des erreurs médicamenteuses.

Selon la littérature, il existe 1,3 erreurs médicamenteuses pour 1000 journées d'hospitalisation. Soit à l'échelle des Hôpitaux de Saint-Maurice, environ une erreur médicamenteuse grave (ayant une incidence sur le patient) tous les 2 jours. Il est démontré qu'une analyse collective des erreurs permet de les diminuer de moitié.

Le questionnaire d'enquête et la présentation des résultats ont été élaborés et utilisés avec l'accord de l'Hôpital Sainte-Anne.

Nous remercions sincèrement l'ensemble des professionnels qui ont répondu à cette enquête.

Résultats : 134 questionnaires ont été retournés à la gestion des risques dont : 27 % de médecins, 6 % de cadres de santé, 57 % d'infirmiers, 3 % de pharmaciens et 7 % de préparateurs.

Types et causes erreurs médicamenteuses

72 % des répondants disent avoir déjà eu connaissance de la survenue d'une erreur médicamenteuse et 61 % (41 % des infirmiers et 23 % des médecins) disent en avoir déjà fait une au cours de leur expérience professionnelle.

Types d'erreur

Erreur de posologie
31 %

Erreur de patient
25 %

Erreur de médicament
25 %

Erreur de dose
25 %

Omission de dose
12 %

Erreur de forme galénique
8 %

Erreur de voie d'administration
2 %

Causes d'erreur

Un défaut d'attention
60 %

Une prescription peu lisible
20 %

L'urgence de la situation
18 %

Une prescription erronée
12 %

Un rangement mal organisé des médicaments
3 %

À la suite d'une erreur, 61 % des soignants répondants ont ressenti de la culpabilité, 32 % de la colère, 19 % du remord, 18 % une perte de confiance.

Le signalement des erreurs médicamenteuses

80 % des répondants disent avoir signalé leur erreur, majoritairement oralement auprès du médecin de l'unité (59 % des répondants), à un collègue (48 % des répondants) ou au cadre de santé (34 % des répondants) ; à noter que 13 % disent l'avoir déclaré à la pharmacie et 1 % à la gestion des risques.

Raisons du non signalement : le professionnel n'a pas jugé le signalement nécessaire car il a été sans conséquence sur le patient (30 % des répondants), il ne savait pas qu'il fallait déclarer les erreurs médicamenteuses (19 % des répondants) ou n'a pas osé signaler par peur de sanction (7 % des répondants).

83 % estiment que l'erreur pourrait se reproduire de nouveau dans le service ou dans un autre, d'où l'importance du signalement pour permettre une analyse a posteriori et ainsi la mise en place d'actions visant à éviter le renouvellement de l'erreur. Pour les professionnels, le signalement serait facilité par une sensibilisation aux erreurs médicamenteuses (63 %).

Comment faciliter le signalement des erreurs médicamenteuses ?

La sensibilisation sur les erreurs médicamenteuses
63 %

Le fait que le signalement soit anonyme
37 %

L'élaboration d'une fiche spécifique sur les erreurs médicamenteuses
36 %

L'accès à la fiche de signalement des événements indésirables
33 %

L'assurance que mon signalement ne sera pas suivi de sanction
30 %

La mise en place d'un groupe de professionnel d'analyse et de retour d'expérience
24 %

La désignation d'un référent dans chaque service
22 %

En conclusion

L'erreur médicamenteuse peut concerner une ou plusieurs étapes du circuit du médicament : prescription, dispensation, analyse des ordonnances, préparation, délivrance, administration, suivi thérapeutique ou les interfaces : transmissions, etc.

L'erreur médicamenteuse est toujours évitable.

Cette étude montre que le signalement des erreurs liées au circuit du médicament est fondamental pour renforcer sa sécurisation. Il est important de déclarer les erreurs potentielles. Le signalement permet une analyse des causes, la recherche et la mise en œuvre d'actions d'amélioration prévenant ainsi le renouvellement de l'erreur en question.

C'est pourquoi les Hôpitaux-de-Saint-Maurice sont engagés, depuis 2009, dans l'analyse des erreurs médicamenteuses selon la méthode REMED. Cette méthode simple de recherche de causes, à partir de la description chronologique des faits, permet d'établir des plans de réduction des risques. L'approche est non culpabilisante mais centrée sur l'analyse des facteurs directs ou indirects (organisation, matériel, etc.) ayant contribué à l'erreur.

L'informatisation prochaine du signalement des événements indésirables pourra faciliter la déclaration.

Dr Laurence Gagnaire,
pharmacien
Séverine Grelier,
gestionnaire des risques

Les équipes du pôle femme enfant veillent au confort et à la sécurité du nouveau-né

En janvier 2010, les services de Néonatalogie et de Suites de Couches se sont portés volontaires pour évaluer la conformité du dossier nouveau-né.



Ce travail s'est inscrit dans le cadre du développement d'indicateurs obligatoires pour tous les établissements de santé. L'évaluation du dossier patient au sein du pôle femme-enfant est insérée dans les pratiques depuis plusieurs années. Que l'évaluation soit partielle ou complète, elle apporte toujours des effets bénéfiques à la prise en charge des patients.

Historique des évaluations du dossier patient

- 2005 : évaluation du partogramme
- 2009 : évaluation de la conformité du dossier en MCO
- 2009 : évaluation de la conformité du dossier patient en Anesthésie.
- 2010 : évaluation de la check list encore appelée « fiche écologie »
- 2010 : évaluation du dossier du nouveau-né

L'évaluation du dossier du nouveau-né :
 • est également une suite logique à la mise en place du dossier de néonatalogie (1^{er} semestre 2009),
 • s'inscrit dans le contexte réglementaire de financement via la tarification à

l'activité qui exige un contrôle qualité renforcé des dossiers.

Le décret du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité du médicament conforte la pertinence de ce travail.

Le projet était ambitieux. Le service voulait avoir une vision systémique de la prise en charge du nouveau-né.

Depuis janvier 2010, deux audits des dossiers médicaux des nouveau-nés ont été réalisés. Entre ces deux évaluations, un plan d'amélioration a été décliné de septembre 2010 à juin 2011 et a permis de quantifier les résultats positifs de cette démarche.

Les objectifs recherchés étaient de disposer d'un indicateur de pratique ciblée, à évaluation périodique et d'obtenir une optimisation sur :

- la conformité des prescriptions par rapport à la prise en charge du nouveau-né,
- la tenue du dossier du nouveau-né en néonatalogie et suites de couches.

Planning de travail

- Février 2010 :** définir les critères de l'évaluation
- Mai 2010 :** 1^{ère} évaluation des dossiers
- Septembre 2010 :** présentation des résultats au pôle Femme-Enfant
- Septembre 2010 - Mai 2011 :** mise en œuvre du plan d'amélioration
- Août 2011 :** 2^{ème} évaluation du dossier médical du nouveau-né
- Septembre 2011 :** communication sur l'impact de la prise en charge

- la coordination de la prise en charge
- l'observation du lien mère-enfant
- la traçabilité de la douleur, les délais d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation

L'équipe s'est mobilisée et a obtenu en un an des résultats significatifs :

Quatre axes d'amélioration ont été identifiés :

1. Gestion du dossier et conformité des prescriptions médicales
2. Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH)
3. Évaluation de la douleur et traçabilité des actions de lutte contre la douleur
4. Éléments médico-légaux

Perspectives du projet :

Le travail de l'équipe a modifié les règles de tenue du dossier médical du nouveau-né. L'évaluation a confirmé que les supports actualisés permettent de tracer la prise en charge du nouveau-né selon les bonnes pratiques.

L'étape suivante consiste à actualiser le guide d'utilisation du dossier médical du nouveau-né afin de pérenniser le niveau de qualité atteint en août 2011.

Le plan d'action 2009-2011 était ambitieux, toutes les actions n'ont pas pu être conduites en même temps. L'équipe se consacrera dans le plan 2011-2012 à poursuivre la mise en œuvre des actions identifiées.

Docteur Bardou,
Chef de pôle
 Docteur Bourenane,
Responsable néonatalogie
 Mme Aubrun
Sage Femme cadre supérieur,
 M. Irureta Goyena
Cadre de santé Puériculteur,
 Mme Marbach
Service Qualité

Pratique clinique :

Qualité de la prise en charge initiale des patients hémodialysés chroniques.



L'insuffisance rénale est définie comme l'altération de la fonction excrétrice des reins, appelée usuellement fonction rénale. L'insuffisance rénale chronique est souvent évolutive et s'aggrave progressivement. Elle est définie par une diminution permanente du débit de filtration glomérulaire avec augmentation de la créatinémie et de l'urée sanguine par diminution de la clairance de la créatinine. Elle peut aboutir à l'insuffisance rénale chronique majeure ou terminale qui est

irréversible, nécessitant des mesures « palliatives ». La prolongation de vie n'est possible que grâce aux traitements de suppléance que sont l'épuration extra-rénale (par hémodialyse ou dialyse péritonéale) ou la transplantation rénale. Le pôle IRC, Insuffisance Rénale Chronique, a testé dans le cadre de sa démarche d'amélioration Continue de la Qualité un

indicateur de pratique clinique en cours de construction sur le plan national dans le cadre du projet COMPAQH-HPST, COordination de la Mesure de la Performance et Amélioration de la Qualité : Hôpital - Patient - Sécurité - Territoire (cf. figure 1).

Les données ont été recueillies de mars à mai 2011 sur des dossiers de patients hémodialysés depuis juin 2010. L'évaluation a consisté en une analyse rétrospective de 60 dossiers de patients adultes hémodialysés dans la structure depuis au moins neuf mois.

L'objectif de ce set d'indicateurs est d'évaluer la qualité de la prise en charge en hémodialyse des patients insuffisants rénaux sur la base de neuf critères sources tirés des recommandations à l'échelle du dossier.

L'évaluation a été précédée puis suivie d'une phase d'amélioration du dossier patient afin de progresser vers une meilleure conformité vis-à-vis des recommandations professionnelles. Chaque indicateur indique la position de l'établissement par rapport à la moyenne nationale et à l'échantillon des 60 établissements participant à ce recueil (cf. figure 2).

Un tel indicateur, qui a vocation à être généralisé sur le plan national à l'ensemble des établissements, constitue une belle opportunité pour le pôle IRC de cibler ses axes d'amélioration des pratiques cliniques dont font partie :

- la surveillance du statut martial du patient traité par ASE
- la surveillance nutritionnelle.

Issue de l'analyse des recommandations diagnostiques et thérapeutiques de bon niveau de preuve, la participation à démarche doit permettre de valider les spécifications du tirage au sort et se poursuivre dans le temps afin de garantir aux patients le meilleur niveau de prise en charge.

Pour en savoir plus : www.compaqhpst.fr

Christophe Torrens
Ingénieur hospitalier
 Docteur Stéphane Roueff
Chef de pôle

Figure 1 : résultats des indicateurs du Pôle IRC lors de la campagne 2011

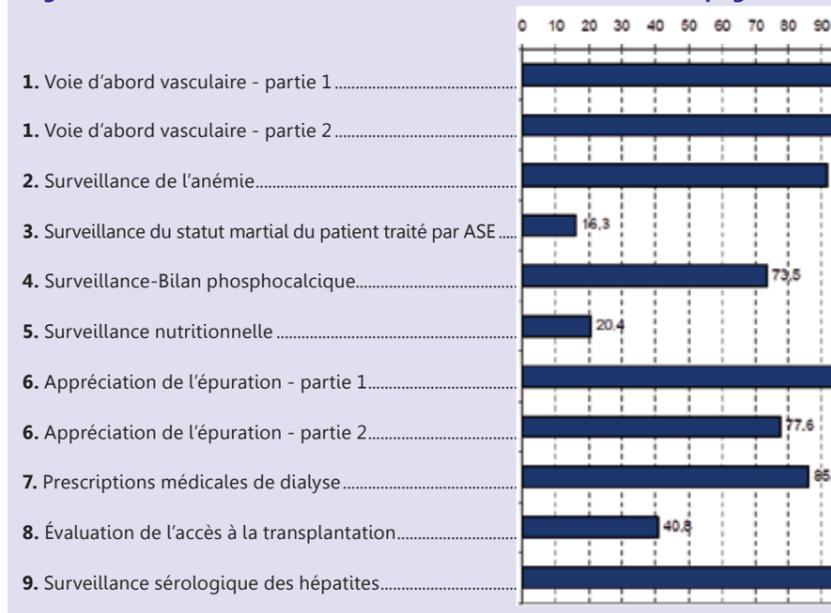
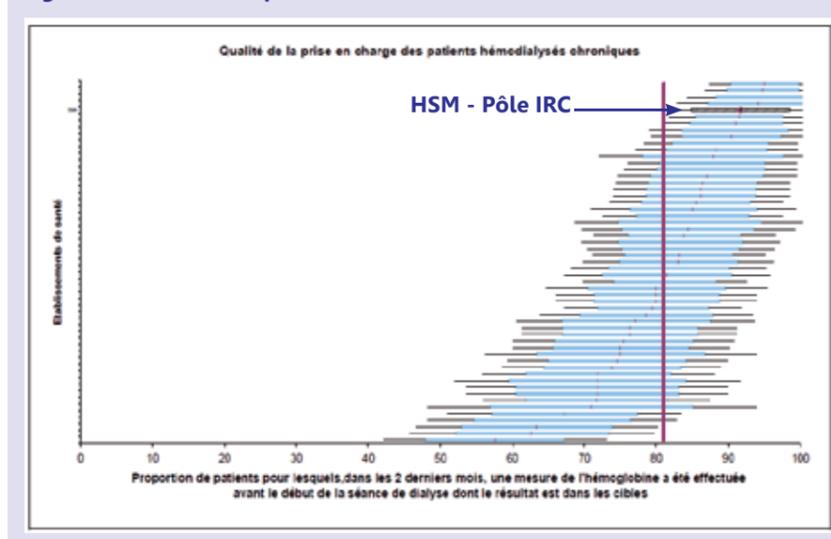


Figure 2 : résultat comparatif de l'établissement de l'indicateur 2



Diagnostic du syndrome du bébé secoué (SBS), quoi de neuf ?

Le SBS est un traumatisme crânien infligé par secouement. Le nombre estimé de 80 à 200 enfants victimes de SBS chaque année en France est sous-estimé de façon certaine. La récurrence survient dans plus de la moitié des cas. Une « Audition Publique » organisée avec le soutien méthodologique de la Haute Autorité de Santé (HAS) a abouti à la publication de critères pour la conduite du diagnostic et de la protection des enfants⁽¹⁾.

Quelles réponses apportées par l'audition publique ?

Les signes d'appel peuvent orienter d'emblée vers une atteinte neurologique (malaise grave, troubles de la vigilance, convulsions...), ou être en faveur d'une atteinte neurologique (moins bon contact, diminution des compétences de l'enfant) ou enfin être trompeurs : vomissements, troubles du sommeil...

D'autres éléments sont en faveur d'un secouement : retard de recours aux soins, explications absentes, incompatibles ou changeantes, consultations antérieures pour pleurs ou traumatisme quel qu'il soit... Les bébés secoués sont plus souvent des garçons, parfois prématurés ou issus de grossesses multiples ; l'auteur du secouement semble être d'abord le père puis le baby sitter dans 1 cas sur 5 ; tous les milieux socio-économiques, culturels, intellectuels peuvent être concernés. Il existe fréquemment un isolement social et familial des parents.

Les principales lésions observées en cas de secouement

Les lésions les plus constantes sont :

- les hématomes sous-duraux (HSD)
- les lésions cérébrales par impact ou manque d'oxygène
- les hémorragies rétinienne (HR) dans 80 % des cas.
- Il peut également s'agir d'ecchymoses ou de fractures...

Une chute de faible hauteur, une manœuvre de réanimation, une hypoxie, ne peuvent provoquer un HSD (ou alors exceptionnellement et dans ce cas de siège unifocal) ni d'hémorragies rétinienne (ou alors exceptionnellement et dans ce cas localisées au pôle postérieur). Aucun cas d'enfant de moins d'un an n'a été trouvé dans la littérature présentant, après une chute de faible hauteur, un HSD et des HR. Des critères diagnostiques permettent, chez un enfant de moins de 1 an, de poser le diagnostic de traumatisme

crânien infligé et plus précisément de secouement. Ce diagnostic est probable dès lors qu'existe un HSD multifocal associé à une histoire clinique absente, fluctuante ou incompatible avec les lésions cliniques ou l'âge de l'enfant, et ceci même s'il n'y a aucune autre lésion associée.

Quelles suites donner selon la probabilité diagnostique de secouement ?

• **Première hypothèse :** le diagnostic de secouement est hautement probable voire certain, ou probable. Le signalement au procureur de la République, avec copie au président du conseil général, s'impose. Est ainsi déclenchée une double procédure, civile pour protéger l'enfant sans délai et pénale puisque le secouement constitue toujours une infraction.

Quelles sont les conséquences du non-signalement ?

Pour l'enfant : celui-ci ne peut bénéficier d'une protection judiciaire que si le procureur de la République est saisi ; l'enquête pénale, une indemnisation ultérieure (possible même si l'auteur n'est pas identifié) et la désignation d'un administrateur ad hoc dépendent également de ce signalement.

Pour le médecin : l'article 44 du Code de déontologie médicale impose, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, d'alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives en cas de sévices ou privation sur un mineur de 15 ans. En cas de sévices graves, le signalement est préconisé par le conseil de l'ordre des médecins. Si le médecin n'alerte aucune de ces autorités, il s'expose aux sanctions de l'art. 223-6 du Code pénal.



Pour les autres professionnels : Les personnes soumises au secret professionnel peuvent ou non ne pas dénoncer des crimes et mauvais traitements, mais ont en tout cas une obligation de porter assistance à personne en péril.

• **Deuxième hypothèse :** le diagnostic de secouement est seulement possible. Si l'équipe hospitalière estime que l'enfant a besoin d'une protection elle transmet une information préoccupante à la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes dépendante du conseil général (désignée CRIP).

Cette audition publique va permettre que soit mieux diagnostiqué le SBS, que sa fréquence soit mieux connue, incitant alors à développer toutes les mesures de prévention. Elle va permettre également un meilleur respect des droits de l'enfant.

Dr Anne Laurent-Vannier
Présidente du comité d'organisation et membre de la commission d'audition

⁽¹⁾ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1095929/recommandation-syndrome-du-bebe-secoue

Unité d'hospitalisation à domicile de rééducation (pôle P3R)

L'année 2010 a vu la création d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) entre l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris et les Hôpitaux de Saint-Maurice.

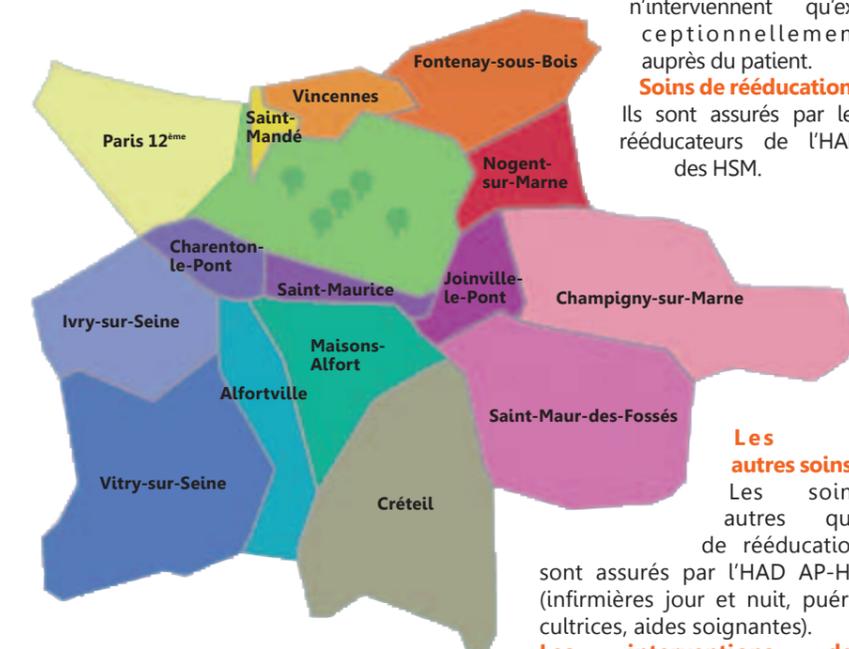


- l'accord du patient et de son entourage,
- l'existence et l'accord d'un médecin traitant

Quel secteur géographique ?

Le secteur géographique de l'HAD de rééducation se situe sur un secteur à proximité des HSM (30mn de transport maximum) et sur lequel interviennent les équipes des unités de soins HAD AP-HP adjacentes à la commune de Saint-Maurice.

Une éventuelle extension aux communes limitrophes peut être étudiée par les unités de soins AP-HP et de l'équipe HSM.



Cette coopération permet la mise en commun des expertises respectives dans les domaines de l'Hospitalisation à Domicile et de la Rééducation. Les équipes de soins de l'AP-HP et l'équipe HAD de professionnels de la rééducation des Hôpitaux de Saint-Maurice travaillent ainsi en étroite collaboration pour une prise en charge coordonnée des soins. L'HAD de rééducation / réadaptation HSM - APHP organise la prise en charge de la rééducation orthopédique et neurologique au domicile des patients adultes et enfants de l'Est parisien. Cette structure a ouvert en juin 2011 en accueillant 5 patients. Depuis septembre 2011, 10 places sont disponibles. À terme, il est prévu de prendre en charge 60 patients.

Pour quelle prise en charge ?

L'HAD de rééducation prend en charge des patients présentant des atteintes :

- Neurologiques : centrales, périphériques, neuro-dégénératives
 - Orthopédiques : traumatologie, pathologies ostéoarticulaires, post opératoire
- L'admission dans le cadre d'une hospitalisation à domicile est justifiée par l'association à une prise en charge rééducative d'un autre type de prise en charge qui peut être sociale, psychologique, soins infirmiers, nursing, éducation thérapeutique, chimiothérapie...

Ce type de soin, outre le profil des patients et le secteur géographique nécessite :

Comment faire la demande d'admission ?

Le formulaire d'admission est à adresser au secrétariat de l'HAD par fax au 01 43 96 63 64. Dès réception de ce for-

mulaire, après étude de cette demande par le médecin coordonnateur, l'équipe de coordination prendra contact avec vous pour débiter les démarches de préadmission.

Modalités de prise en charge et suivi à domicile

Suivi médical :

Il est réalisé par le médecin traitant et le médecin référent hospitalier. Le médecin MPR de coordination de l'HAD des Hôpitaux de Saint-Maurice et le médecin HAD de l'unité de soins AP-HP coordonnent la prise en charge mais n'interviennent qu'exceptionnellement auprès du patient.

Soins de rééducation : Ils sont assurés par les rééducateurs de l'HAD des HSM.

Les autres soins :

Les soins autres que de rééducation sont assurés par l'HAD AP-HP (infirmières jour et nuit, puéricultrices, aides soignantes).

Les interventions des assistantes sociales, des psychologues et des diététiciennes :

L'intervention au domicile d'un assistant socio-éducatif, un psychologue et/ou d'un diététicien de l'HAD AP-HP est possible.

La permanence des soins : Elle est assurée par l'HAD AP-HP 24/24h. En cas de problème médical aigu, le médecin traitant/ hospitalier référent ou bien le SAMU sont sollicités.

Docteur Dorothée Hennebelle
Médecin Responsable de l'unité HAD de rééducation
Anne Avale
Cadre supérieur, assistante du Pôle P3R

N'hésitez pas à nous adresser toutes vos demandes !

Équipe de rééducation de l'HAD des HSM

Médecins Coordonnateurs :

Florence Guillou, Dorothée Hennebelle, Karynne Moreau

Secrétaire :

Jillian Cuvelier
Tél : 01 43 96 69 80, Fax : 01 43 96 63 64
secretariat.had@hopitaux-st-maurice.fr

Cadre supérieur de santé :

Anne Avale

Ergothérapeutes :

Soline Bertho, Stéphanie Ratel

Kinésithérapeutes :

Madeleine Bariou, Guillaume Prévert



Consultation adoption du Figuier

Pôle Paris Centre-Est

Cette consultation adoption est née de plusieurs constats :

- Le nombre très important d'adoption ces dernières années. En effet, de 1995 à 2005, le nombre d'adoptions n'a cessé d'augmenter. Depuis, il est en légère baisse mais sans commune mesure avec ce qui se passait il y a une vingtaine d'années.
- Le fait que l'adoption qui permet à un enfant abandonné de retrouver une famille et à des parents de trouver un enfant, crée une situation de « greffe de lien » toujours délicate, demandant beaucoup d'adaptation de part et d'autre. Si dans la majorité des cas cette adaptation mutuelle se passe bien, un nombre non négligeable de familles éprouve toutefois des difficultés. Elles peuvent être légères ou non spécifiques ne justifiant pas l'aide d'une équipe spécialisée, mais aussi plus importantes et nécessitant le recours à des professionnels ayant une connaissance des problèmes liés à l'adoption et une structure institutionnelle adaptée. L'objectif est d'offrir une autre porte d'entrée pour des soins ou un soutien psychologique dans un souci notamment de prévention et de soutien à la parentalité.
- Des nombreuses rencontres avec les différents services intervenant dans le cadre de l'adoption (ASE, AFA, Enfance et Famille d'Adoption), il ressort une réelle difficulté pour les familles à trouver des réponses adéquates à leurs difficultés dans le

dispositif standard de soins pédopsychiatriques, soit parce qu'elles ne s'y sentent pas bien accueillies ou reconnues, soit parce qu'elles n'ont pas le sentiment que les spécificités de leur situation sont correctement prises en compte. Cela tient notamment au fait que touchant à des points essentiels de la parentalité et de la relation parent-enfant, les situations d'adoption soulèvent des affects très forts et surtout des contre transferts difficiles à gérer lorsqu'on n'est pas un peu familiarisé à ces problématiques. Les responsables d'Enfance et Famille d'Adoption en particulier, qui représentent les parents ayant adopté, sont très bien placés pour faire remonter les demandes et les difficultés. Elles font état de la perception d'un manque véritable de réponses et ont encouragé très fortement notre projet.

La consultation adoption recueille un bon succès et est en pleine expansion

- Le fait que le pôle Paris Centre-Est soit situé au centre de Paris, à un carrefour de communication particulièrement dense, le rend très accessible pour les parisiens et une grande partie de la région parisienne. Emplacement privilégié donc pour une unité trans-sectorielle. La proximité de

l'Agence Française de l'Adoption qui s'occupe du développement des adoptions internationales et l'Espace Paris Adoption, dépendant de l'ASE qui gère les demandes d'agréments et les adoptions des pupilles de l'État de Paris, a favorisé l'établissement de liens avec ces structures. Des liens ont également été tissés avec le service adoption du Val-de-Marne.

- Le pôle Paris Centre Est a depuis longtemps développé des structures concernant la parentalité et ses multiples défaillances, telle que la Petite Horloge, le PFT* et plus récemment l'Unité Petite Enfance de la Roquette. L'équipe comprend des membres très bien formés, très au fait des dernières avancées dans ce domaine. Ce potentiel et ces compétences pouvaient être utilisés dans un projet novateur. Le responsable du pôle Paris Centre Est travaille depuis longtemps les questions d'adoption (numéros de revues, livres, colloques, articles) et est régulièrement sollicité pour des interventions sur ce thème dans le cadre de colloque ou journée d'études (AFIREM à Chartres, EFA, Toulouse, Rennes, etc.).
- Enfin, il n'existait pas de structure publique dédiée à ces problématiques, les structures existantes, Arbre Vert, COFFI étant associatives et par ailleurs débordées. De plus l'Arbre Vert qui offrait un lieu d'écoute et des consultations spécifiques aux familles adoptives a fermé le 31

décembre 2009 laissant une vacance de réponses ne pouvant être comblées par le COFFI. Depuis deux autres consultations ont vu le jour simultanément à celle du Figuier, l'une à l'hôpital Sainte Anne, l'autre à la Maison des Adolescents de Paris.

Une équipe pluridisciplinaire, des modalités de prises en charge diversifiées

La consultation a ouvert en janvier 2010 au CMP du Figuier. Elle réunit une équipe pluridisciplinaire de 3 pédopsychiatres (0,6 ETP), 3 psychologues (1 ETP), 1 assistante sociale (0,3 ETP), 1 secrétaire (0,3 etp). Les consultations sur rendez-vous sont gratuites. Le secrétariat est ouvert de 9h à 17h du lundi au vendredi. Les consultations ont lieu sur des horaires élargis, souvent le soir.

Les modalités de prises en charge sont variées :

- Consultations thérapeutiques
- Consultations pour les parents
- Consultation d'évaluation, d'orientation
- Suivi au long cours : psychothérapie, entretiens familiaux, prises en charge pluridisciplinaires.

La consultation a été organisée en tenant compte de plusieurs facteurs :

- Pour une bonne coordination le secrétariat est centralisé au CMP du Figuier où se tiennent également les réunions de synthèses et les rencontres avec les partenaires.

- Pour ne pas enfermer les enfants dans un statut d'adopté tendant à ramener toutes leurs difficultés à cette situation particulière, nous avons préféré que cette



consultation soit banalisée au sein d'un CMP classique plutôt que dans des locaux spécifiques.

- Nous tenons compte de l'âge des enfants et adolescents, ainsi les petits de moins de six ans sont-ils reçus dans les CMP petite enfance du pôle (Brantôme et la Roquette) alors que les plus de six ans notamment les adolescents sont reçus au CMP du Figuier.

Un lieu ressource pour les professionnels

D'autre part, la consultation adoption est un lieu ressource pour les professionnels confrontés à des situations d'adoption et qui souhaitent un avis spécialisé, des informations ou des formations. Nous avons prolongé les rencontres de formation initiales par un séminaire bimensuel en partenariat avec l'Espace Paris Adoption ce qui resserre nos liens et permet des échanges cliniques très intéressants. Nous souhaitons aussi développer la recherche.

Des demandes variées

- Demandes de soutien de la part des parents pour parler à l'enfant de sa filiation, de son histoire, questions sur l'opportunité d'entreprendre des recherches sur l'origine notamment à l'adolescence. Ou encore, sentiment que quelque chose ne va pas dans l'adoption réciproque.
- Difficultés psychologiques présentées par l'enfant soit à son arrivée en France, soit plus tard. Ces difficultés peuvent être plus ou moins importantes, simplement relationnelles témoignant d'une difficulté à trouver sa place dans la nouvelle famille

ou plus complexes relevant des conséquences de vécus chaotiques de l'enfance, de troubles de l'attachement, ou de pathologies psychiatriques.

- Les difficultés sont souvent anciennes et c'est l'existence de cette consultation qui a motivé les parents à consulter.
- Demandes de soutien psychologique des adolescents face aux problèmes identitaires qu'ils rencontrent ou à des problèmes plus graves au décours d'hospitalisation ou en nécessitant une.

Les patients viennent de toute la région parisienne, quelquefois de province, un cas venait même de la Réunion, profitant d'un passage à Paris lors de congés scolaires. Nous sommes aussi beaucoup sollicités téléphoniquement. Nous avons été également sollicités pour des interventions de formation ou d'information (Conseil général du 92, EFA, CAMPS Rozanoff) et des articles. Des thématiques de recherche se dégagent comme la place du père dans l'adoption, le tissage du lien, les nouveaux repères en parentalités, les différences de modes d'attachement de parents et des enfants. La consultation adoption recueille un bon succès et est en pleine expansion. Devant l'affluence des demandes nous serons probablement amenés à étoffer cette consultation qui fait la preuve de sa pertinence.

Docteur Le Run,
Médecin chef du pôle
Paris Centre-Est et responsable de
la consultation adoption du Figuier

* Placement Familial Thérapeutique

La liberté « d'aller et venir » en unités psychiatriques

Dans la logique du respect des droits fondamentaux du patient et de la législation en vigueur sur la liberté d'aller et venir comme « un droit inaliénable de la personne humaine », le pôle 94G16 a souhaité souligner l'exercice de ce droit, dans ses deux unités intra-hospitalières, en ouvrant ses portes.

Bien des démarches en amont furent nécessaires à cette mise en place car respecter la liberté des patients tout en assurant leur sécurité demande beaucoup d'implication.

Depuis plus d'un an, de 10h à 18h, l'accès au service reste ouvert avec un bilan plutôt positif.

Dans la majorité des prises en charge, on constate un respect total des consignes et ce quelque soit l'état du patient. Un malade très délirant ne posera aucun problème s'il a un traitement adapté et si la stratégie de soin dans la prise en charge s'organise dans l'empathie, le respect, la vigilance et la relation de confiance.

Pour les quelques transgressions de consignes, on s'aperçoit que les restrictions de sortie n'avaient pas été suffisamment explicites ou comprises. Dans les modalités du contrat de soins le patient doit rester acteur de sa prise en charge : obtenir son consentement est indispensable, son implication reste primordiale.

Avec le temps, nous mesurons vraiment l'impact de ce changement d'organisation, que se soit dans les difficultés, comme dans les avantages.

Quels apports pour le personnel ?

L'ouverture de l'accès au service a rendu l'atmosphère plus sereine avec un regard plus tranquille sur la gestion du quotidien, et les allées et venues. La pression de l'enfermement interagit sur le ressenti des équipes. Les collègues de nuit soulignent également une meilleure qualité du sommeil et ambiance plus sereine.

Cette décision renforce la relation de confiance entre patients et soignants ; l'assouplissement du cadre de soin, renforce chacun des membres de l'équipe dans sa fonction de « soignant » en

gommant l'image archaïque (et pourtant toujours bien présente) du « gardien ». Moins d'allées et venues pour actionner la serrure libère beaucoup de temps pour l'équipe et donc dégage du temps de soins supplémentaire au bénéfice du patient. Enfin, bien moins de traitements « si besoin » sont donnés et moins de mises en chambre de soins intensifs sont prescrites.

Un ressenti positif exprimé par les patients

Les personnes hospitalisées, elles aussi, sont soulagées à l'évacuation de cette lourdeur institutionnelle : c'est un souffle de liberté.

De par la confiance qui leur est accordée, basée sur l'échange et la compréhension mutuelle (contrat de soin), ils se sentent mieux considérés. Leur implication active durant le parcours de soin, les renvoie à la notion de responsabilité par rapport à leur devenir.

Quelques impacts négatifs

Pour l'équipe :

- Les visiteurs ne se présentent pas systématiquement. Ils se rendent directement auprès du patient sans le filtrage indispensable.

- Des anciens patients reviennent dans l'unité (ce qui n'est médicalement pas souhaitable) pour saluer d'anciennes connaissances ou tentent de s'inviter à un goûter ou un repas.

- Les fugues conduisent au détachement immédiat de collègues, réduisant l'équipe sur le terrain.

- Certaines familles de patients hospitalisés sous contrainte qui réclament

l'enfermement sont parfois dans l'incompréhension.

Pour les patients :

Nous n'en n'avons pas trouvé : les incidents recensés ne peuvent être corrélés à l'ouverture des portes. De plus, un patient dans l'impossibilité d'intégrer ou d'accepter les consignes de soin est mis en CSI puisqu'il soulève la notion de risque et pour lui et pour autrui.

Mais certains patients expriment la crainte de voir pénétrer dans le service des personnes indésirables susceptible de leur faire du mal. Dans un monde où l'enfermement est parfois le seul rempart conte l'insécurité, le danger ne vient pas forcément d'où l'on croit !

Se sentir plus libre d'aller et venir calme le ressenti d'infantilisation dont souffrent certains patients renforçant ainsi l'autonomie et valorisant l'image de soi. Ils ne sont plus ces « fous » voués à la réclusion. Dès le début de la mise en place de l'ouverture du service la curiosité des patients a été stimulée. Progressivement, le regard sur l'extérieur évolue, ce n'est plus une entité interdite ou dont ils sont exclus mais un extérieur en attente de les accueillir donc moins menaçant. Cela contribue à leur donner confiance en l'avenir.

Le service de psychiatrie devient un lieu de soin à l'image des autres où les gens vont et viennent où il y a du mouvement, de la vie.

Christine Soglia-Valérie Francillette
Infirmières Unité Matisse
Pôle 94G16 Dr Patrick Bantman



La visite du Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Les Hôpitaux de Saint-Maurice ont reçu la visite du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL).

La visite s'est déroulée du 10 au 20 mai 2011 au sein de tous pôles de psychiatrie adulte.

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, créé par la loi du 30 octobre 2007, fait suite à la ratification du protocole facultatif se rapportant à la Convention des Nations-Unies contre la torture et autres peines et traitement cruels, inhumains et dégradants du 18 décembre 2002.

L'indépendance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté

La loi a conféré le statut d'autorité administrative indépendante afin que sa mission puisse être accomplie en toute indépendance :

- il ne reçoit d'instructions d'aucune autorité, il est nommé pour une durée de six ans, sans qu'il puisse être ni révoqué au cours de son mandat, ni renouvelé.
- il ne peut être poursuivi à raison des opinions qu'il émet ou des actes qu'il accomplit dans l'exercice de ses fonctions.

En outre, les contrôleurs qui assistent le Contrôleur général sont placés sous sa seule autorité. Ils sont tenus au secret professionnel et soumis à un devoir d'impartialité.

L'équipe venue visiter les Hôpitaux de Saint-Maurice était composée de 5 contrôleurs :

- Betty Brahmy, praticien hospitalier, psychiatre
- Thierry Landais, directeur des services pénitentiaires
- Isabelle Le Bourgeois, psychanalyste, ancien aumônier en prison
- Louis Le Gouierec, ancien inspecteur général de l'administration
- Laurence Hamel, magistrat

Son champ de compétence : les lieux de privation de liberté

Le Contrôleur général peut visiter à tout moment, sur l'ensemble du territoire français, tout lieu où des personnes sont privées de liberté.

Il s'agit notamment des établissements pénitentiaires, des locaux de garde à vue, des centres et locaux de rétention administrative des étrangers, des établissements placés sous l'autorité conjointe du ministère de la santé et du ministère de la justice, des dépôts ou geôles situés dans les tribunaux, etc.

S'agissant des établissements de santé, il s'agit plus particulièrement des établissements ou unités de santé recevant des personnes hospitalisées sans leur consentement, des chambres sécurisées au sein des hôpitaux, des unités pour malades difficiles (UMD), des unités médico-judiciaires (UMJ).

Sa mission : veiller au respect des droits fondamentaux

Le Contrôleur général veille à ce que les personnes privées de liberté soient traitées avec humanité et dans le respect de la dignité inhérente à la personne humaine.

La mission du Contrôleur général est donc triple :

- s'assurer que les droits intangibles inhérents à la dignité humaine sont respectés,
- s'assurer qu'un juste équilibre entre le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté et les considérations d'ordre public et de sécurité est établi,
- prévenir toute violation de leurs droits fondamentaux.

Dans le cadre de sa visite, le Contrôleur général s'est donc attaché en particulier aux conditions d'hospitalisation des patients en examinant particulièrement le respect de leurs droits, mais aussi aux conditions de travail des personnels. Outre la visite des différentes unités, les membres de l'équipe se sont entretenus avec les patients qui le souhaitaient ainsi que les professionnels concernés.

À l'issue de cette visite un rapport sera rédigé et rendu public sur le site

<http://www.cgpl.fr/rapports-et-recommandations/dernieres-recommandations/>

Sophie Lascombes
Attachée d'administration hospitalière
Chargée des affaires juridiques



Départ du Dr Saint-Georges



Martine Saint-Georges a pris sa retraite cette année après une longue carrière à l'Hôpital National de Saint-Maurice.

Nous lui devons notamment l'ouverture du nouveau Centre de Traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique, le CTIRC.

C'est grâce à son esprit créateur, fédérateur et innovant que ce projet a abouti, nous lui en sommes reconnaissants.

C'est autour d'un buffet au sein du service qu'elle a tenu à dire "au revoir" à ses équipes, aux patients et passer le témoin de chefferie de Pôle à Stéphane Roueff.

Martine, ton équipe te souhaite une BONNE RETRAITE !

Colloque Shalvata

Le 10 octobre 2011 s'est tenu, au sein des Hôpitaux de Saint-Maurice, le colloque biennuel inter-hospitalier entre notre établissement et l'Hôpital Shalvata en Israël, avec lequel nous sommes jumelés depuis 14 ans.

Le thème de ce colloque était :

« **Pluralité et singularité des thérapies - Expériences croisées Hôpital Shalvata/Hôpitaux de Saint-Maurice Entre soin/espoir/guérison** ».

Les soignants des deux établissements, toutes catégories professionnelles confondues, ont pu exposer leurs pratiques de soin et les confronter autour de la clinique et des thérapeutiques diverses et singulières. Cette journée a réuni 150 soignants et a été l'occasion d'échanges fructueux au niveau professionnel dans le souci constant et mutuel qui est le notre, d'améliorer la qualité des soins des patients.

Les actes du colloque en bilingue français - anglais ont été distribués en début de journée afin que chaque participant puisse suivre au plus près, et dans une langue connue, la teneur des débats et exposés. Ils peuvent être obtenus sur demande auprès du secrétariat du Dr Vidon.

Dans le cadre du jumelage, la prochaine rencontre clinique aura lieu en 2012 à l'Hôpital Shalvata.



Florence Reznik
Coordinatrice du jumelage,
Psychologue du service du Dr Vidon

Barbecue du personnel



Le barbecue annuel des Hôpitaux de Saint-Maurice s'est tenu le 8 juillet dernier. Ce moment de convivialité a rassemblé plus de 150 personnes. À renouveler en 2012 !



Concours photo

Dans le cadre des « **Rendez-vous aux jardins - le jardin nourricier** », les Hôpitaux de Saint-Maurice ont ouvert leurs portes du 3 au 5 juin dernier. Cet événement, organisé en collaboration avec le Conseil d'Architecture d'Urbanisme et d'Environnement du Val-de-Marne, a été l'occasion d'un concours photo organisé en interne pour illustrer le patrimoine et les jardins de l'hôpital. Ouvert aux patients et aux personnels, ce jeu concours a donné lieu à un vote d'un jury qui a retenu et récompensé pour l'originalité de son œuvre, une patiente de l'unité Minkowski (photo ci-contre) ainsi que Madame Delphine Aligon, ergothérapeute au CSI (voir couverture du journal).



Janvier 2012

Vendredi 6 janvier

La névrose traumatique et la notion de répétition

Philippe Jonquet, praticien hospitalier

- ➔ 11h - Salle des conférences - Pôle Paris 11 - porte 25 - Tél. : 01 43 96 62 10

Jeudi 12 janvier

« Filiation paternelle et adoption »

Docteur Jean-Louis Le Run, pédopsychiatre, responsable de pôle

- ➔ 10h30 - Pôle du 12^{ème} arrondissement - porte 57 - Tél. : 01 43 96 62 00 - www.ecart-psy.org

Séminaire clinique de l'adoption : « L'agrément »

Docteur Jean-Louis Le Run, pédopsychiatre, responsable de pôle Claudette Despagne, discutante

- ➔ 14h - Salle de conférence Espace Paris Adoption - 55, av. Philippe Auguste - 75011 Paris
Inscriptions : 01 48 87 81 93 (Figuier) ou 01 71 28 70 87 (Espace Paris Adoption)

Vendredi 13 janvier

Présentation par Choula Emerich

- ➔ 11h - Salle des conférences - Pôle Paris 11 - porte 25 - Tél. : 01 43 96 62 10

Vendredi 20 janvier

Connaissance et psychiatrie : « La différence entre psychothérapie et psychanalyse »

Charles Melman

- ➔ 11h - Salle des conférences - Pôle Paris 11 - porte 25 - Tél. : 01 43 96 62 10

Jeudi 26 janvier

Séminaire « Dangerosité et maladie mentale : évaluer pour un projet de soin »

Docteur Marie Noëlle Vacheron, chef de pôle à Saint-Anne

- ➔ 14h à 17h - CeRIAVSIF - 123, rue de Reuilly - 75012 Paris
Inscriptions auprès d'Isabelle Fache : ceriavsif@gmail.com ou fax : 01 47 00 38 94 ou tél. : 01 44 75 50 41

Vendredi 27 janvier

Trait du cas

- ➔ 11h - Salle des conférences - Pôle Paris 11 - porte 25 - Tél. : 01 43 96 62 10

Février

Vendredi 3 février

Le transfert et l'interprétation

Christophe Louka, praticien hospitalier

- ➔ 11h - Salle des conférences - Pôle Paris 11 - porte 25 - Tél. : 01 43 96 62 10

Jeudi 9 février

« Déni de filiation »

Claude Sahel, psychanalyste, philosophe

- ➔ 10h30 - Pôle du 12^{ème} arrondissement - porte 57 - Tél. : 01 43 96 62 00 - www.ecart-psy.org

Vendredi 10 février

Présentation par Jean-Pierre Rumen

- ➔ 11h - Salle des conférences - Pôle Paris 11 - porte 25 - Tél. : 01 43 96 62 10

Vendredi 17 février

Connaissance et psychiatrie : « Contributions de Lacan à la théorie psychanalytique du masochisme »

Christophe Louka, praticien hospitalier

- ➔ 11h - Salle des conférences - Pôle Paris 11 - porte 25 - Tél. : 01 43 96 62 10

Mars

Jeudi 8 mars

« La grand'maternité - retrouvailles et transmission »

Noëlle Chatelet, écrivain, universitaire

- ➔ 10h30 - Pôle du 12^{ème} arrondissement - porte 57 - Tél. : 01 43 96 62 00 - www.ecart-psy.org

Vendredi 9 mars

Acting out et passage à l'acte et psychothérapie des dits borderline

Céline Rumen

- ➔ 11h - Salle des conférences - Pôle Paris 11 - porte 25 - Tél. : 01 43 96 62 10

Jeudi 15 mars

Séminaire clinique de l'adoption : « Réflexions sur la famille et la parenté en Afrique »

Issam Idris, psycho-antropologue

- ➔ 14h - Salle de conférence Espace Paris Adoption - 55, av. Philippe Auguste - 75011 Paris
Inscriptions : 01 48 87 81 93 (Figuier) ou 01 71 28 70 87 (Espace Paris Adoption)

Vendredi 16 mars

Présentation par Cyril Veken

- ➔ 11h - Salle des conférences - Pôle Paris 11 - porte 25 - Tél. : 01 43 96 62 10

Vendredi 23 mars

Connaissance et psychiatrie : « Comment se constitue le sujet du savoir »

Pedro Valente

- ➔ 11h - Salle des conférences - Pôle Paris 11 - porte 25 - Tél. : 01 43 96 62 10

Vendredi 30 mars

Trait du cas

- ➔ 11h - Salle des conférences - Pôle Paris 11 - porte 25 - Tél. : 01 43 96 62 10

Sortez avec le CGOS !

Batman Live ➔ Palais Omnisports de Paris- Bercy - 22, 23 et 24 décembre / **Cendrillon** ➔ Théâtre du Gymnase - 30 décembre, 14, 29 janvier et 26 février 2012 / **Exposition Matisse-Cézanne-Picasso, l'aventure des Steins** ➔ Grand Palais - jusqu'au 5 janvier / **La légende de Mulan par les Etoiles du Cirque de Pékin** ➔ Pelouse de Reuilly - 6 janvier 2012 / **Exposition Fra Angelico** ➔ Musée Jacquemart-André - jusqu'au 16 janvier 2012 / **Elie Semoun** ➔ Théâtre le Trianon - 11, 17, 18 et 26 janvier / **Zazie** ➔ Théâtre Musical de Paris Châtelet - février 2012 / **Mozart 1789** ➔ Théâtre de la Pépinière - 4, 22, et 25 février / **Carnaval** ➔ Salle Gaveau - 8 février 2012 / **Shrek The Musical** ➔ Casino de Paris - 10 et 11 février 2012 / **Pierre et le Loup** ➔ Théâtre Comedia - 24 février 2012 / **Pack de 4 matchs d'exception (rugby)** ➔ Stade Français - jusqu'à mars 2012 / **Les Etoiles du Rex** - Toute l'année

Réservations au : 0 820 800 300 ou ar www.cgos.info