

Le ROUVRAY



Sommaire

**La qualité
et la sécurité
des soins**

P. 2

DOSSIER

**La satisfaction
des patients**

P. 3-5

ON EN PARLE

UNACOR

P. 6-7

GROS PLAN

Loi HPST

P. 8-10

MOUVEMENTS

P. 11

MÉMOIRE DU ROUVRAY

P. 12

La qualité et la sécurité des soins au Centre Hospitalier du Rouvray : où en est-on ?



Comment est appréhendée la problématique de la qualité des soins au sein de l'établissement ?

D'abord, il faut savoir que la qualité et la sécurité des soins sont des principes essentiels de toute prise en charge dans un établissement de santé. À ce titre, ils font partie de l'identité professionnelle de l'ensemble des personnels de santé et en constituent même une part prépondérante.

Ensuite, il est important de noter que cette problématique doit être envisagée sous l'angle de la complexité. Depuis son cadre légal d'exercice jusqu'aux recommandations de bonnes pratiques qui l'organisent, toute pratique professionnelle requiert, dans son quotidien, la coordination d'un grand nombre d'éléments constitutifs de la prise en charge. Une quelconque fragilité dans cette coordination, une petite rupture dans ce continuum peuvent être la porte ouverte à de la non-qualité. La qualité et la sécurité des soins constituent donc l'horizon indépassable du travail de tout professionnel de santé.

Au Centre Hospitalier du Rouvray, cette attention quant à la qualité des soins s'exprime dans une volonté permanente de voir évoluer l'organisation des soins. La démarche de réflexion des personnels soignants de l'établissement est constante sur cette question.

Concrètement, comment se décline cette attention portée à la qualité des soins dans l'établissement ?

C'est le projet de soins qui sert de support à la démarche de réflexion de l'ensemble des personnels soignants de l'établissement. Aux côtés du projet médical, il forme l'un des deux volets majeurs du Projet d'Établissement. Il précise les modalités selon lesquelles l'ensemble des personnels paramédicaux contribuent au projet médical. Il rappelle ainsi que les soins paramédicaux sont dispensés en complémentarité avec les médecins et l'ensemble des partenaires de soins afin de répondre aux besoins et aux attentes des personnes soignées. Il inscrit la sécurité et la qualité des soins comme un préalable dans le cadre du dispositif de soins.

Quelles sont les grandes orientations de ce projet de soins ?

Le projet de soins pour 2004-2008 s'était donné pour objectif de placer le patient au centre du dispositif de soins. En renforçant cette notion, le projet de soins pour 2009-2012 vise à permettre au patient d'être acteur de ses soins. Dans cette perspective, il a retenu trois grandes priorités d'actions concernant la personne soignée, l'organisation des soins dans son ensemble et, enfin, les professionnels qui composent le service de soins. Pour chacune des trois orientations ainsi fixées, des objectifs prioritaires ont été définis. Des groupes de travail élaborent dans le cadre de ces orientations à la mise en œuvre ces objectifs.

Quelles sont les dernières réalisations de ces groupes de travail ?

La première orientation du projet de soins a porté l'accueil, en outre, sur des thématiques comme l'accueil et la sortie du patient. Des recommandations en sont issues et sont un moyen d'homogénéiser la pratique des soignants, de garantir de bien prendre toute la mesure avec le patient de ces temps significatifs dans la prise en charge. Un pôle a complété cette approche en réalisant une EPP, qui est un moyen de rechercher à objectiver les attentes quant à la qualité de ce temps de prise en charge. Le respect de la personne, de sa situation particulière ainsi que la prise en compte des droits et de son besoin d'information sont importants.

La deuxième orientation s'intéresse à l'organisation des soins. Sur ce point, la communication autour de la prise en charge du patient doit retenir tout particulièrement notre attention. L'organisation du dossier, les modalités de recueil des informations ainsi que leur traçabilité sont un point de réflexion au sein du groupe qui élabore l'architecture du futur dossier informatisé des soins. Ce travail s'inscrit dans une continuité de changement, utilisant les modalités de dossier "Cortexte". Il nous a permis de régler en grande partie la question de la traçabilité de l'administration des médicaments. Des audits (médicament, isolement thérapeutique) nous permettent de mesurer les écarts entre les recommandations de bonnes pratiques et la réalité. Ces observations objectivent nos pratiques et sont des éléments favorisant la sécurité et la qualité des soins.

Dans un autre domaine, là encore complètement connecté à la démarche d'amélioration de la qualité des soins, un groupe de travail de cadres soignants sensibilise l'ensemble des personnels de soins concernant les évaluations de

pratiques professionnelles (EPP). Il fonctionne comme un groupe-ressource et est en capacité d'apporter à tout personnel soignant qui le souhaite des outils, des méthodologies, un soutien pour mener à bien une EPP. Lors de leur visite dans l'établissement, les experts-visiteurs de la HAS ont reconnu la valeur du travail fourni par ce groupe. Je garde de leur recommandation orale la notion d'une plus « grande transversalité », l'idée d'un second souffle à soutenir pour que ces travaux soient exploités plus largement afin d'objectiver la progression continue de la mise en œuvre de soins de qualité.

Enfin, pour coller au plus près de l'actualité de l'établissement, dans la foulée de l'informatisation du circuit du médicament, un groupe de travail se réunit depuis le début de l'année afin d'adapter l'organisation des cibles de soins en vue de l'informatisation du dossier de soins.

Quelle est l'articulation avec la démarche qualité d'ensemble de l'établissement ?

L'ensemble de ce travail autour du projet de soins s'inscrit très naturellement dans le cadre de la démarche qualité de l'établissement. La Direction des Soins a contribué à l'élaboration des 4-5 grandes priorités de l'année en matière d'amélioration de la qualité des soins au sein du Plan d'Actions Qualité (PAQ) 2010. Elle travaille avec l'ensemble des autres acteurs de l'établissement, et notamment avec la Direction de l'Évaluation, au sein des différentes instances (Comité de Pilotage Qualité-Gestion des Risques, Commission Sécurité et Qualité des Soins). Enfin, on peut noter que, dans le cadre de la préparation de l'établissement à la certification Haute Autorité de Santé (HAS), l'ensemble des personnels de soins ont grandement contribué selon des modalités diverses (participation aux groupes d'autoévaluation, contribution décisive à la démarche « Amélioration des Pratiques Professionnelles » notamment). La qualité et la sécurité des soins constitue un axe majeur de la démarche qualité de l'établissement.

Vous évoquez la certification HAS de l'établissement. Récemment a eu lieu la visite des experts-visiteurs. Quel vous paraît être l'intérêt de cette démarche ?

Comme chacun a pu le constater, les experts-visiteurs sont effectivement venus rencontrer les personnels de l'établissement au tout début du mois de décembre. Dans le cadre d'une démarche de qualité et de sécurité des soins, la certification HAS est sans doute un élément stimulant. Ne serait-ce que pour préparer cette visite de certification, nous avons du nous évaluer, nous mettre en réflexion par rapport à nos pratiques. D'ailleurs, c'est quelque chose d'assez lourd, en temps de préparation et de réunion. En même temps, il faut aussi voir que c'est un exercice particulier. La HAS développe une méthodologie très précise afin de déterminer quelle est la politique de l'établissement, ses modalités de mise en œuvre et d'évaluation. Ce sont des questions importantes mais la qualité des soins ne s'y réduit pas. C'est le professionnalisme des acteurs du soin qui compte. Enfin, on peut aussi noter que la visite des experts HAS, c'est tous les 4 ans. Or, la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans l'établissement, c'est à la fois quelque chose de quotidien et quelque chose qui s'inscrit dans un temps plus long. On évoquait tout à l'heure le projet de soins, on parlait de démarches en cours depuis 2000 et prévues jusqu'à 2012. L'amélioration de la qualité demande du temps. La HAS, quand elle vient, ne peut faire autre chose qu'une photographie à un instant donné.

Pour conclure, quels sont, selon vous, les prochains grands chantiers prioritaires de l'établissement en matière de qualité des soins ?

En deux mots, je dirais permanence et renouvellement. Les personnels de l'établissement sont des professionnels du soin. Il y a des points de passage obligés et qui ne bougent pas dans les prises en charge : l'attention à la personne soignée, une organisation des soins forte et structurée autour des équipes, des professionnels formés et soucieux d'actualiser leurs compétences. En même temps, et c'est là la dynamique de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, il est nécessaire de chercher à faire évoluer l'organisation des soins pour répondre au mieux aux attentes et aux besoins des personnes soignées. Dans le projet de soins actuellement en cours, on peut ainsi noter le souci d'aller vers une personnalisation de la prise en charge (projet de soin individualisé). On doit également mentionner la volonté de la Direction des soins d'apporter un soutien important aux équipes et de leur fournir, là où c'est possible et souhaitable, des outils harmonisés de prise en charge.

Gérard MOLEINS

Directeur des soins, Coordonnateur général des soins

Les experts-visiteurs de la HAS sont passés dans l'établissement : premières impressions

Entre le 29 novembre et le 3 décembre dernier, les 7 experts-visiteurs de la Haute Autorité de Santé (HAS) sont venus à la rencontre des personnels de l'établissement et ont pu apprécier le niveau de qualité de l'ensemble de nos activités.

Étude des différents circuits, rencontre sur site avec les professionnels des unités de soins intra ou extra-hospitalières, échanges avec les représentants institutionnels, des usagers, des personnels ont permis aux experts-visiteurs de recueillir l'ensemble des informations nécessaires à la préparation de leur rapport. Les experts ont travaillé dans un climat de confiance avec l'ensemble des équipes de l'établissement. Le calendrier de visite a été tenu. Les experts ont pu tout voir même s'ils ont souvent eu l'impression, comme l'ensemble des personnels de l'établissement d'ailleurs, de passer très vite dans les services.

La visite s'est achevée le vendredi 3 décembre par une restitution devant les personnels venus en grand nombre (l'amphithéâtre de l'IFSI était plein). Devant un auditoire attentif, les experts-visiteurs ont présenté leurs constats.

Un certain nombre de points forts ont été mentionnés par les experts, qu'il s'agisse des démarches d'éducation thérapeutique « pour lesquelles l'établissement dispose d'une réelle expertise », de la prise en charge des personnes détenues au sein du SMPR, de celle des personnes précarisées au sein de l'UMAPPP ou encore de la démarche « Amélioration des Pratiques Professionnelles » et des démarches d'EPP de l'établissement en net progrès. Par ailleurs, l'autoévaluation de l'établissement a été jugée sincère et honnête et les experts ont proposé de la valider.

Mais l'équipe d'experts-visiteurs n'en est pas restée à ces remarques positives. Elle a également pointé des marges de progression pour l'établissement : la gestion du dossier patient, l'accès du patient à son dossier, la démarche éthique, la fonction « gestion des risques », la gestion des événements indésirables, la prise en charge de la douleur, celle des patients en fin de vie, la politique nutritionnelle, la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la gestion de l'énergie. Sur l'ensemble de ces points, les experts ont noté l'existence de démarches d'amélioration en cours au sein de l'établissement. Ils ont toutefois invité fermement les personnels présents lors de la restitution à se saisir de l'ensemble de ces domaines pour améliorer encore la qualité de nos prises en charge.

À l'issue de la restitution, l'établissement n'avait pas notification de la décision de la HAS concernant sa certification. Cette décision ne sera prise qu'après envoi du rapport complet des experts-visiteurs à la HAS et réunion de son instance décisionnelle. Elle devrait être officialisée sur le site de la HAS en fin de 1^{er} semestre 2011.

La Direction de l'Évaluation et de l'Informatique tient une nouvelle fois à adresser ses remerciements à l'ensemble des personnels de l'établissement qui ont bien voulu se rendre disponibles pour faciliter le travail des experts-visiteurs et ainsi rendre possible le succès de cette visite.

Laure MAGUIN, Conseillère à la Qualité (DEI)

Ronan SANQUER, Directeur Évaluation et Informatique (DEI)

248 personnes ont participé, le 5 novembre dernier, au repas annuel des retraités. Comme à l'habitude, la joie de se retrouver et la bonne humeur étaient au rendez-vous.



La satisfaction des patients au centre hospitalier du Rouvray

Depuis 1999, le Centre Hospitalier du Rouvray s'est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, en plaçant plus que jamais le patient et sa satisfaction au cœur de ses préoccupations. Ainsi, notre établissement a renouvelé l'expérience en réalisant pour la seconde fois une enquête générale auprès des patients des unités intra-hospitalières.

Afin d'apprécier de manière générale et adaptée le niveau de la satisfaction des usagers, les professionnels ont accueilli dans leurs services en qualité d'auditeurs, 52 étudiants de deuxième année de l'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers), le mercredi 2 juin 2010, pour réaliser une enquête de satisfaction.

À l'origine du projet, une première enquête réalisée en janvier 2008, suite à une recommandation de la haute autorité de santé lors de la seconde procédure de certification. Jusqu'à cette première enquête globale, l'évaluation de la satisfaction des patients reposait uniquement sur deux modalités : l'analyse des questionnaires de sortie et le traitement des plaintes et réclamations. Bien que pertinents ces deux éléments n'étaient que peu démonstratifs de la satisfaction des patients sur l'ensemble des aspects de leur hospitalisation.

Cette nouvelle évaluation, intégrée dans le Plan Actions Qualité 2010 de l'établissement, s'inscrit désormais dans une démarche projet reconnue et pérenne dans l'amélioration continue de la qualité et la prise en compte de la satisfaction des usagers.

Grâce à la participation active des équipes de soins et des acteurs du projet, 186 entretiens ont pu être menés dans l'établissement, sur les 526 patients hospitalisés ce jour-là.

Réalisée selon une méthodologie similaire à la précédente enquête, l'avis des patients a été recueilli sur différents thèmes en lien avec leur prise en charge, nous permettant d'établir un comparatif des résultats entre 2008 et 2010 afin d'envisager des actions d'amélioration.

Nous vous présentons les résultats de cette enquête, constituant une vue d'ensemble des différents indicateurs sur l'accueil, les droits et la dignité du patient, les soins et le confort hôtelier.

Laure MAGUIN, Conseillère Qualité

Les pièces jaunes permettent de donner aux enfants de bleu soleil un nouvel outil de soin



Depuis juin 2010 l'hôpital de jour Bleu Soleil du PPIJ 02 à Saint-Étienne du Rouvray dispose d'une structure de jeux extérieurs qui a été cofinancée par le C.H. du Rouvray et la Fondation des Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France dans le cadre de l'opération « Pièces jaunes ». Le coût total du projet est de 14 906,49 €. Cette installation, véritable outil de soin,

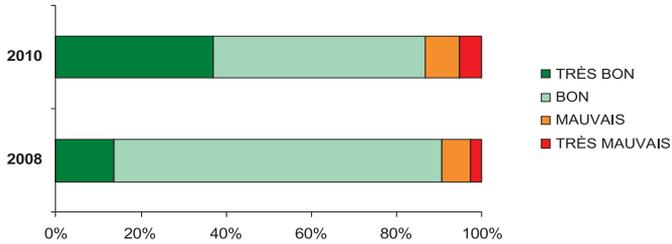


permet d'allier le côté ludique, éducatif et thérapeutique en partant de l'idée que le jeu est le premier support pour l'apprentissage des compétences sociales pendant la petite enfance avec leurs différents aspects qui concernent : Le corps ; Les limites et les règles ; La fonction symbolique du jeu ; L'aspect relationnel et social.

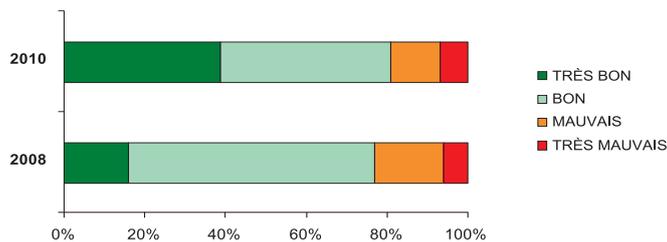
> Accueil

Question 1 : Que pensez-vous de l'accueil qui vous a été réservé à vous et/ou à vos proches à votre arrivée ?

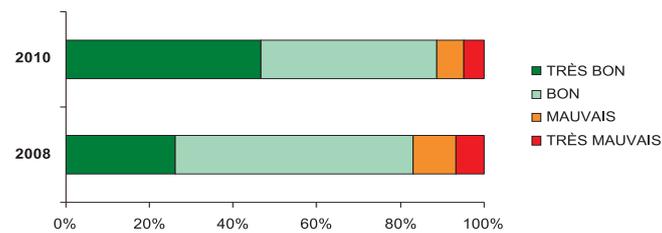
> Accueil au bureau des entrées



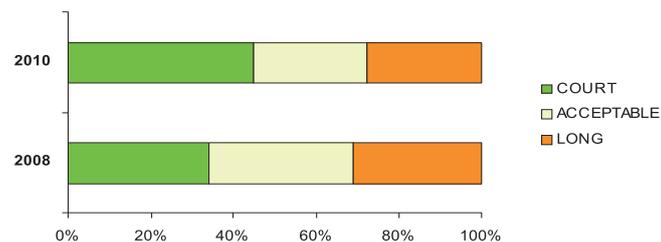
> Accueil à l'UNACOR



> Accueil dans l'unité de soins

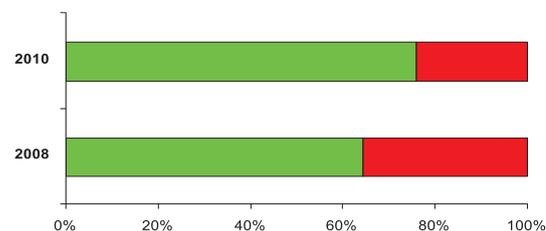


Question 2 : S'il y a eu passage à l'UNACOR, que diriez-vous du délai d'attente de prise en charge à votre arrivée ?

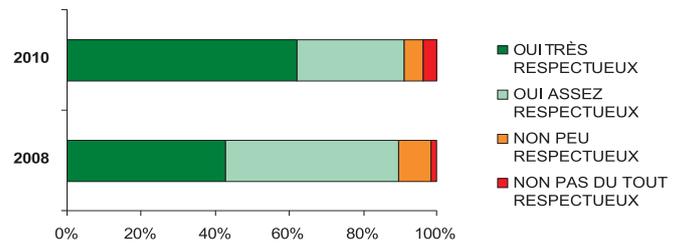


> Respect des droits et dignité du patient

Question 3 : Avez-vous été informé de votre mode d'hospitalisation (HL, HDT, HO) ?

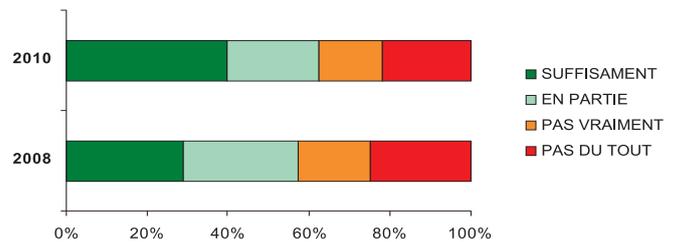


Question 4 : Le personnel du service est-il respectueux à votre égard ?

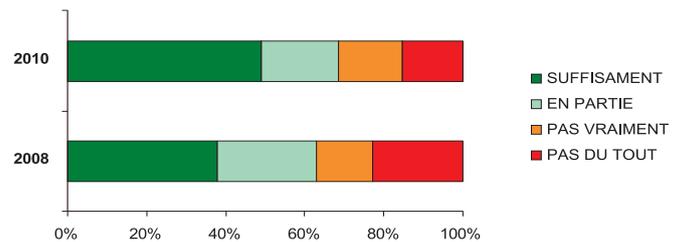


Question 5 : Avez-vous reçu des explications sur :

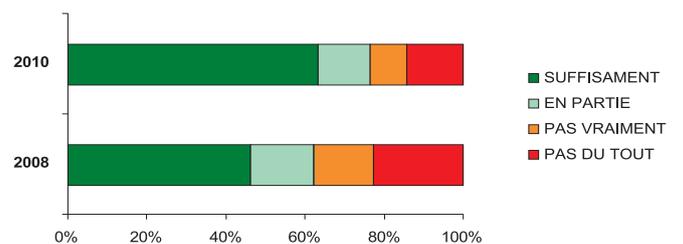
> Votre état de santé



> Votre traitement



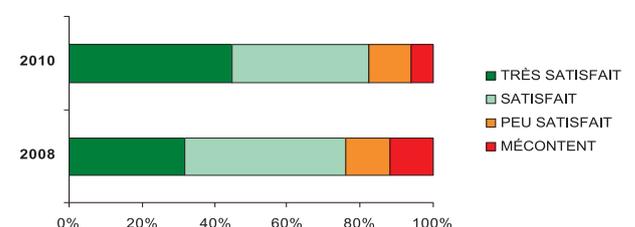
> Les conditions particulières du séjour



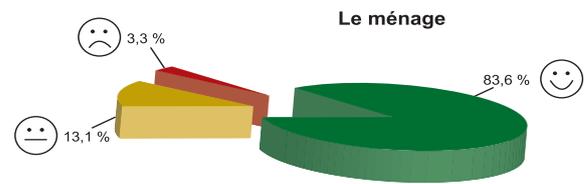
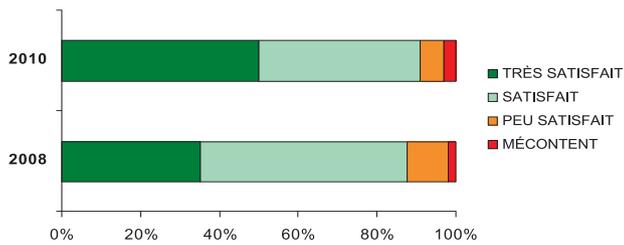
> Soins

Question 6 : Etes-vous satisfait de vos relations :

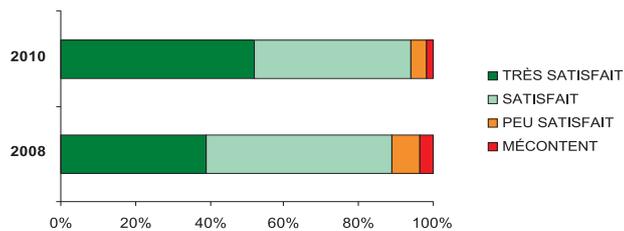
> Avec les médecins



> Avec le personnel soignant

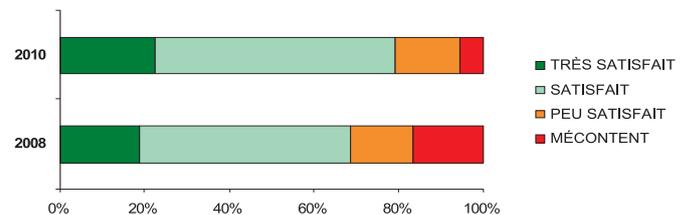


> Avec les autres personnels

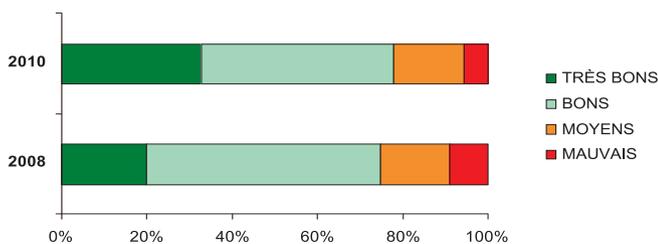


> Appréciation globale

Question 10 : Quelle est votre opinion générale sur votre hospitalisation ?



Question 7 : Dans l'ensemble, estimez-vous que les soins que vous recevez sont :



> Commentaire

La dernière partie du questionnaire de satisfaction est réservée aux commentaires libres du patient sur les sujets de son choix. Parmi les 186 questionnaires, 85 comportaient une ou plusieurs remarques. Ainsi les thèmes les plus fréquemment cités sont :

• Les relations avec le personnel (31)

Les commentaires révèlent la volonté du patient de développer des relations et d'écoute entre soignants et soignés. De plus, les personnes interrogées aspirent à une plus grande disponibilité des équipes médicales et soignantes.

• Les locaux (19)

Les patients soulignent la vétusté de certains locaux ainsi que le manque de confort et d'intimité des chambres.

• Les repas (17)

De nombreuses remarques portent sur un souhait d'amélioration de la qualité et de la variété des repas.

• La communication et l'information du patient (10)

Le manque d'informations relatives à l'état de santé et à la pathologie est mis en avant à travers les différents commentaires. De plus, certains patients souhaiteraient une meilleure lisibilité des informations générales, notamment par voie d'affichage.

• Les activités et loisirs (9)

Dans ce domaine, les remarques des patients s'appuient sur un souhait de diversifier les activités proposées et éventuellement, qu'elles soient plus en lien avec la thérapeutique et leurs pathologies.

• Les relations avec les autres patients (6)

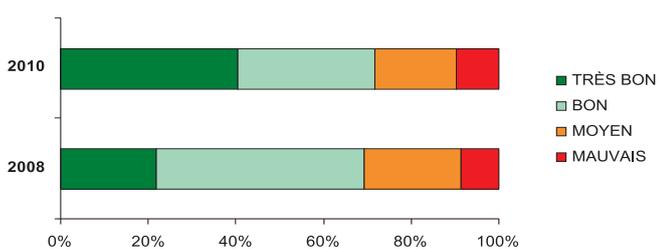
Certaines remarques concernent le fait que plusieurs patients, ayant des pathologies différentes, se retrouvent dans une même unité.

• Les prestations hôtelières (5)

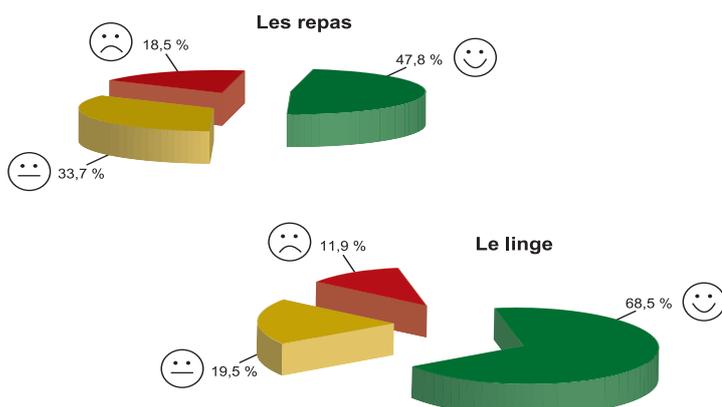
Des commentaires portent sur le manque d'hygiène des locaux des parties communes et sur la perte de linge.

> Confort hôtelier

Question 8 : Que pensez-vous du confort de votre chambre ?



Question 9 : A l'aide des symboles suivant, que pensez-vous des prestations suivantes:



Un accueil optimal du patient

Interview

Les nouveaux locaux de l'UNACOR (Unité d'accueil et d'orientation) ont ouvert leurs portes le 18 novembre dernier. Un bâtiment flambant neuf pour accueillir et orienter les patients dans de bonnes conditions. Entretien avec le docteur Mathieu Follet et Pauline Poulain, cadre de santé, pour mieux comprendre le parcours du patient...



Pourquoi avoir créé un bâtiment spécifique dédié uniquement à ce service d'accueil et de prise en charge des patients ?

L'UNACOR a été mise en service en 2005. Cette structure a été créée pour réguler le flux des patients et améliorer, par un accueil soignant, les conditions d'admission. L'UNACOR provisoire était installée dans un ancien bâtiment d'hospitalisation, aujourd'hui désaffecté, en attendant la construction de locaux fonctionnels.

Rappelons-nous qu'autrefois les patients étaient accueillis au bureau des entrées et orientés vers le service dont ils dépendaient selon le principe de la sectorisation.

Comment s'organise l'arrivée d'un patient à l'UNACOR ?

Après quelques formalités administratives, le patient est pris en charge par une équipe paramédicale (infirmier, aide-soignant). Il bénéficie ensuite d'une consultation médicale. À l'issue de cette évaluation le patient peut-être :

- renvoyé chez lui avec un rendez-vous au CMP
- hospitalisé à l'UNACOR (48 heures maxi)
- hospitalisé dans le service correspondant à son lieu d'habitation (secteur) ou dans un autre service s'il n'y a pas de lit disponible.

Le temps d'hospitalisation à l'UNACOR a une fonction de tampon entre l'arrivée du patient et la libération d'un lit dans une unité d'admission.

Il y a donc des lits et un service de restauration dans ce bâtiment ?

Oui. Le bâtiment comporte deux zones : une zone de consultation équipée de quatre box de consultation et de bureaux et une zone

d'hospitalisation. L'ancienne UNACOR avait une capacité de dix lits et deux chambres d'isolement, cette capacité a été portée à douze lits et trois isolements dans la nouvelle UNACOR. Les chambres sont individuelles, équipées d'un cabinet de toilette. Sur le plan logistique il y a un office où on réchauffe les plats livrés par la cuisine. Les patients disposent d'un salon de détente.

Les patients viennent d'eux-mêmes à l'UNACOR ou sont-ils dirigés vers ce service ?

En général les patients sont dirigés vers l'UNACOR par leur médecin traitant, les hôpitaux ou les urgences du CHU. Ils peuvent cependant se présenter seuls ou accompagnés de leur famille pour une consultation. Il y a environ cinq milles consultants par an, 22 % retournent à domicile, 35 % sont orientés vers leur service de référence, 43 % restent à l'UNACOR pour une durée maximum de 48 heures à l'issue desquelles 20 % retourneront à domicile.

Et si au bout de 48 heures, il n'y a toujours pas de place dans le service d'affectation ?

Le patient est orienté vers un autre service. Il arrive parfois que l'hôpital soit saturé dans ce cas il peut-être fait appel à d'autres établissements (rare). Il est impératif de trouver une place, c'est notre mission de service public.

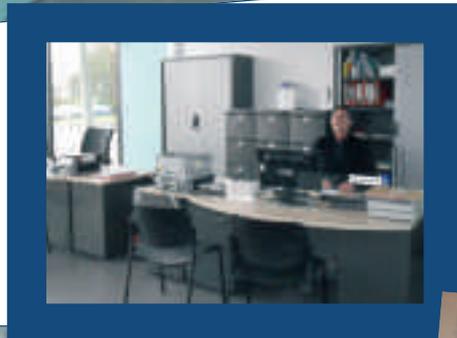
Combien de consultations faites-vous chaque année et quels types de pathologies rencontrez-vous le plus fréquemment ?

Sur les quelques cinq mille patients vus chaque année, 50 à 60 % se présentent suite à une tentative de suicide ou à des idées suicidaires. Cela est sans doute en rapport avec un taux de suicide global élevé en haute Normandie. Cependant la fréquentation est plutôt jeune et masculine. Beaucoup de patients viennent aussi pour des addictions (drogue, alcool...) On accueille et soigne les patients atteints de pathologies psychiatriques traditionnelles (troubles de l'humeur, schizophrénies...).

Et les patients qui arrivent à l'accueil de l'UNACOR sont en crise ?

Oui, ça arrive fréquemment. Et c'est pour cette raison que la prise en charge est longue. Notamment l'entretien médical. Dans un premier temps, il faut savoir si l'état du patient est en rupture ou pas avec son état habituel. Et lorsque le patient est agité ou délirant, la communication est difficile. On a aussi des patients qui sont réfractaires à donner une information surtout dans le cas des hospitalisations sans consentement.

L'UNACOR en images



Loi HPST - Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (Loi HPST du 21/07/2009)

Dans les 2 précédents numéros de la revue Le Rouvray, ont été résumées les principales dispositions de cette loi concernant d'une part, le pilotage régional de la santé conduit par les Agences Régionales de la Santé et d'autre part, 2 autres applications : la prévention et la santé publique, l'accès de tous à des soins de qualité.

Ce 3^e et dernier article concerne les Établissements Publics de Santé (EPS) et vise pour ces établissements, à souligner les modifications induites par la loi HPST et ses textes réglementaires d'application. Ces modifications concernent principalement la gouvernance et les pôles d'activité clinique et médico-technique.

LA GOUVERNANCE DE L'EPS

Schématiquement, avant la loi HPST, cette gouvernance comprenait des organes représentatifs, un Conseil Exécutif (Ordonnance 02/05/2005) et des organes décisionnels : le Directeur et le Conseil d'Administration.

La loi HPST apporte des modifications à cette trilogie dont les plus importantes résident dans la transformation du Conseil Exécutif en Directoire et concernent les organes décisionnels : Directeur et mutation du Conseil d'Administration en Conseil de Surveillance.

■ Les organes représentatifs

Parmi les 3 organes représentatifs : Commission Médicale d'Établissement, Comité Technique d'Établissement, Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, les modifications apportées par la loi HPST concernent principalement la Commission Médicale d'Établissement.

La Commission Médicale d'Établissement

Pris en application de la loi HPST, le Décret du 30/04/2010 relatif à la Commission Médicale d'Établissement modifie non seulement sa composition mais également son fonctionnement et ses compétences.

• Composition

- La Commission Médicale d'Établissement des CH et CHU comprend des membres de droit : l'ensemble des chefs de pôle et des représentants élus d'autres catégories de personnels médicaux. La répartition et le nombre de sièges sont déterminés, pour chaque catégorie, par le Règlement Intérieur.

- Les fonctions de Président de la Commission Médicale d'Établissement sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle.

• Fonctionnement

Le décret du 30 avril 2010 relatif à la Commission Médicale d'Établissement allège les dispositions réglementaires antérieures qui étaient très précises. Il indique que le Président de la Commission Médicale d'Établissement la convoque, au moins 4 fois par an, fixe l'ordre du jour et renvoie au Règlement Intérieur pour les autres précisions nécessaires.

• Compétences

Avant de développer ces compétences, on remarquera que la Commission Médicale d'Établissement n'exprime plus d'avis sur les questions nominatives des personnels médicaux. Cette compétence est notamment exercée par le Président de la Commission Médicale d'Établissement.

Attributions générales

La Commission Médicale d'Établissement est consultée en matière :

- financière : programme d'investissement (équipements médicaux)
- d'organisation :
 - . règlement intérieur
 - . convention hospitalo-universitaire et d'association
- stratégique
 - . projet médical et d'établissement
 - . modifications des missions de service public attribuées à l'établissement
- de gestion des ressources humaines
 - . plan de Développement Professionnel Continu
 - . modalités d'une politique d'intéressement
 - . bilan social
- de statut des fondations hospitalières

La Commission Médicale d'Établissement est informée en matière :

- financière :
 - . EPRD et modification
 - . comptes, affectation de résultat, rapport d'activité
- d'organisation interne (pôles) et de contrats de pôle
- stratégique :
 - . CPOM
 - . projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
 - . programmation de travaux, aménagement de locaux, acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la sécurité et de la qualité des soins.
- de gestion des ressources humaines
 - . étudiants, internes : organisation de la formation et liste des postes
 - . politique de recrutement des emplois médicaux
 - . bilan annuel des tableaux de service

Attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des soins

- La Commission Médicale d'Établissement contribue à l'élaboration de cette politique et de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.
- Elle propose un programme d'actions et élabore un rapport annuel.

Le Comité Technique d'Établissement

Pris en application de la loi HPST, le décret du 30/04/2010, relatif au Comité Technique d'Établissement ne modifie ni sa composition, ni son fonctionnement, mais modifie ses compétences.

Le Comité Technique d'Établissement est consulté en matière :

- financière :
 - . compte financier
 - . affectation des résultats, rapport annuel sur l'activité par le Directeur
- d'organisation interne (pôles) et règlement intérieur
- de conventions :
 - . hospitalo-universitaire et d'association
 - . CHT si un CHU est concerné
 - . avec un membre du Directoire ou du Conseil de Surveillance
- stratégique
 - . projet d'établissement
 - . politique d'amélioration continue : de la sécurité et de la qualité des soins ; de la gestion des risques ; des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
 - . plan de redressement présenté par le Président du Directoire
- de gestion des ressources humaines
 - . conditions et organisation du travail, notamment programme de modernisation des méthodes et techniques de travail et leur incidence sur la situation du personnel
 - . politique sociale, modalités d'une politique d'intéressement
 - . formation : politique générale, plan, plan de DPC
 - . critères de répartition de primes (primes de service, forfaitaire, de technicité)
 - . bilan social
- de statut des fondations hospitalières

Le Comité Technique d'Établissement est informé en matière :

- financière :
 - . EPRD
 - . situation budgétaire
- stratégique : CPOM
- de gestion des ressources humaines : effectifs des personnels, prévisionnels et réels

- il est également tenu informé des décisions conjointes du Directeur et du Président de la Commission Médicale d'Établissement, concernant la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

Il faut rappeler que depuis la loi du 31/07/1991 a été instituée dans chaque EPS une Commission de Soins Infirmiers devenue depuis l'ordonnance du 02/05/2005, Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques. En application de la loi HPST, est intervenu un décret du 30/04/2010 qui apporte peu de modifications à la composition, au fonctionnement et aux compétences de cette commission.

• Composition

La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique comprend au maximum dans les CH : 30 membres, dans les CHU : 40 membres. Son Président est toujours le Directeur des Soins, Coordonnateur. Les membres sont répartis en 3 collèges : cadres, personnel infirmier de rééducation et médico-technique, aide-soignant.

• Fonctionnement

Le Président de la Commission la convoque au mois 3 fois par an en fixant un ordre du jour.

• Compétences

La Commission est consultée sur les matières suivantes :

- soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques :
 - . projet
 - . organisation générale et accompagnement des malades
 - . recherche et innovation
- politique d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des soins et de la gestion des risques liées aux soins.
- conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers.
- politique de développement professionnel (DPC).

Elle est informée, sur les matières suivantes :

- rapport annuel lié à l'activité de l'établissement
- règlement intérieur
- mise en place de la procédure concernant l'admission d'exercice de professionnels de santé libéraux.

■ Le Directoire

Le Directoire succède au Conseil Exécutif institué par l'ordonnance du 02/05/2005. Par rapport à ce dernier, le Directoire a une composition modifiée, un fonctionnement assez comparable mais des compétences plus étendues révélatrices du souci d'accentuer un pilotage médico-directorial.

• Composition

Le Conseil Exécutif respectait une parité entre membres de la Direction et personnel médical alors que le Directoire a une majorité médicale. Il comprend dans les CH, 7 membres et dans les CHU, 9 membres.

Sont membres de droit :

- le Directeur : Président
- le Président de la Commission Médicale d'Établissement : Vice-Président
- le Président de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
- en CHU, il faut ajouter : 2 vice-Présidents : doyen et recherche

Le Directoire comprend en outre, 4 membres nommés par le Directeur :

- 3 sont membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique. Le Président de la Commission Médicale d'Établissement propose au Directeur une liste d'au moins 3 noms. En CHU, il s'agit d'une liste conjointe avec le doyen.
- le 4^e membre, non-médecin, est choisi librement par le Directeur.
- le mandat de ces membres est fixé à 4 ans, mais après avis du Conseil de Surveillance, ils peuvent être révoqués par le Directeur. En cas de nomination d'un nouveau Directeur, il est mis fin à leur fonction.

• Fonctionnement

On retiendra principalement que le Président du Directoire le réunit au moins 8 fois par an, sur un ordre du jour déterminé.

• Compétences

3 types de Compétences sont à distinguer :

Compétences en matière de conseil

Le Directoire "conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement".

Compétences en matière de projets :

- Après son élaboration par le Président et le Vice-Président du Directoire, le Directoire procède à l'approbation du projet médical.
- Sur la base notamment du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, le Directoire élabore le Projet d'Établissement.

Compétences de concertation

Le Directoire fait l'objet d'une concertation par le Directeur sur les domaines suivants : Finances ; Organisation ; Stratégie ; Politique Immobilière et d'Investissement. Les précisions relatives à chaque domaine seront formulées dans l'étude des compétences du Directeur.

■ Les organes décisionnels

Le Directeur

Concernant le Directeur, l'innovation importante de la loi HPST réside dans le transfert, à son profit, de compétences qui étaient auparavant exercées par le Conseil d'Administration. Les compétences concernées par ce transfert sont exercées après concertation avec le Directoire.

En prolongement des 4 domaines de concertation du Directoire mentionnés précédemment, il faut préciser pour chaque domaine, les compétences du Directeur, exercées après concertation avec le Directoire :

Finances : le Directeur

- FIXE : l'eprd, les propositions de tarifs et le Programme Global de Financement Pluriannuel
- DÉTERMINE : le Programme d'Investissement
- ARRÊTE : le compte financier et le soumet au Conseil de Surveillance.

Organisation : le Directeur

- ARRÊTE :
 - . l'organisation interne et signe les contrats de pôle
 - . le règlement intérieur
- PEUT PROPOSER au Directeur Général de l'Agence Régionale de la Santé et aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une forme de coopération (convention, fédération médicale inter hospitalière, CHT, GCS, fusion...) ou de réseaux de santé.

Stratégie : le Directeur

- CONCLUT : le cpom
- SOUMET : le Projet d'Établissement au Conseil de Surveillance
- DÉCIDE avec le président de la Commission Médicale d'Établissement de la politique d'amélioration continue :
 - . de la sécurité et de la qualité des soins
 - . des conditions d'accueil et des usagers
- PRÉSENTE le plan de redressement à l'Agence Régionale de la Santé

Politique Immobilière et d'Investissement : le Directeur conclut :

- . les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation
- . les baux supérieurs à 18 ans
- . les baux emphytéotiques, contrats de partenariat, convention de location.
- . les délégations de services publics.

Le Conseil de Surveillance

La loi HPST remplace l'organe collégial délibératif dénommé depuis la loi du 31/12/1970 Conseil d'Administration par le Conseil de Surveillance. Par rapport au Conseil d'Administration, la composition du Conseil de Surveillance est moins importante, les modalités de fonctionnement sont comparables mais les compétences sont assez profondément modifiées.

• Composition

- Elle est réduite pour les établissements de ressort communal à 9 membres et pour les autres établissements à 15 membres.
- Demeure la répartition de 3 collèges d'égale importance :
 - . Collectivités territoriales,
 - . Personnels médicaux et non médicaux (majorité de personnels non médicaux),
 - . Personnalités qualifiées et usagers.

- Il faut souligner une innovation : le Président n'est plus l'exécutif de la collectivité de rattachement, mais il est élu par le conseil de surveillance, parmi les membres des 1^{er} et 3^e collèges.

• Fonctionnement

Il y a continuité entre le Conseil d'Administration et le Conseil de Surveillance et on se limitera à souligner que le Président du Conseil de Surveillance le convoque au moins 4 fois par an.

• Compétences

En raison du transfert de compétences qui appartenaient au Conseil d'Administration vers le Directeur, le Conseil de Surveillance a des compétences recentrées vers la stratégie et la surveillance et réduites.

- Ainsi le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie d'Établissement et exerce ce contrôle permanent de la gestion de celui-ci.

Dans cette perspective, il entend le Directeur sur l'EPRD et le programme d'investissement.

À tout moment, il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents nécessitant l'accomplissement de sa mission.

- Le Conseil de Surveillance a des compétences délibératives limitées :

- . En matière financière : compte financier et affectation des résultats, rapport annuel sur l'activité présenté par le Directeur.
- . Projet d'Établissement.
- . Conventions : constitutive et d'association au CHU, convention pour une CHT (si un CHU est concerné) et avec un membre du Directoire ou du Conseil de Surveillance.
- . Statut des fonctions hospitalières.

- Enfin, le Conseil de Surveillance est doté de compétences consultatives concernant :

- . La politique d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.
- . Le règlement intérieur.
- . La politique immobilière et d'investissement.

PÔLES D'ACTIVITÉ CLINIQUE ET MÉDICO-TECHNIQUE

Concernant ces pôles, la loi HPST a été précisée par un décret très important du 1^{er} Ministre (11 juin 2010).

• Création des pôles

La loi HPST confirme les PACMT créés par l'ordonnance du 02/05/2005 en apportant des modifications et des simplifications

- Tous les EPS sont concernés par les PACMT (alors que l'ordonnance excluait les hôpitaux locaux), mais si l'effectif médical le justifie, le Directeur Général de l'Agence Régionale de la Santé peut dispenser l'EPS de créer des pôles.

- Le pôle doit être en conformité avec le projet médical de l'établissement et il a une vocation transversale puisqu'il regroupe des services, des structures internes et des unités fonctionnelles (UF).

- La procédure de création des pôles est simplifiée : disparaissent les avis des instances collégiales, puisque suffit l'avis du Président de la Commission Médicale d'Établissement (en CHU, ajouter celui du Doyen) avant la décision du Directeur.

• Chefs de pôle

La procédure de nomination est plus ouverte et simplifiée puisqu'il suffit que le Président de la Commission Médicale d'Établissement présente une liste de propositions d'au moins 3 noms (en CHU, liste conjointe avec le doyen) et que le Directeur procède à la nomination.

- Une formation d'au moins 60 heures est prévue pour l'exercice des fonctions de chef de pôle.

- Une indemnité de fonction est versée au chef de pôle : part fixe mensuelle (200 €) et part variable annuelle (2 400 € maximum) déterminée par le Directeur en fonction de la réalisation des objectifs figurant dans le contrat de pôle. Cette précision conduit à exposer les compétences du chef de pôle.

Parmi les compétences du chef de pôle, on peut commencer par celle liée à la rédaction de 2 documents stratégiques : le contrat de pôle et le projet de pôle.

- Le **contrat de pôle** définit les objectifs du pôle, notamment en matière de politique et de qualité des soins, ainsi que les moyens attribués et fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation des objectifs.

- Il définit en outre, le champ et les modalités d'une délégation de signature

accordée par le Directeur au chef de pôle permettant d'engager des dépenses en matière de gestion de ressources humaines (remplacement, formation) de médicaments et dispositifs médicaux, ainsi que de caractère hôtelier ou d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical.

- Le contrat précise également le rôle du chef de pôle, en matière de gestion des personnels médicaux et non médicaux :

- . Gestion du tableau prévisionnel des effectifs et tableaux de service
- . Définition des profils de poste
- . Proposition de recrutement du personnel non titulaire
- . Répartition et affectation des personnels dans le pôle
- . Organisation de la continuité des soins, notamment permanence médicale ou pharmaceutique
- . Formation

- Enfin, le contrat précise, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion.

- Le **projet de pôle** définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services, UF, ainsi que l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs assignés au pôle. Ce projet prévoit en outre, les évolutions de leur champ d'activité, ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

- En cohérence avec le contrat et le projet de pôle, les **compétences complémentaires** du chef de pôle sont les suivantes :

- Mettre en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs du pôle
- Organiser le fonctionnement technique et l'affectation des ressources humaines :
 - . en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels
 - . dans le respect des missions et responsabilités des services, structures, UF et de la déontologie de chaque praticien
 - . avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement sur lesquelles il a autorité fonctionnelle

Dans l'intérêt du service et après avis du Président de la Commission Médicale d'Établissement (en CHU, ajouter les avis du Doyen et du Président du comité de coordination de l'enseignement médical), le Directeur peut, par décision, mettre fin aux fonctions du Chef de pôle.

• Responsables de structures internes, services, unités fonctionnelles

Ils sont, sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la Commission Médicale d'Établissement, nommés par le Directeur.

Une décision du Directeur mettant fin, dans l'intérêt du service, à leurs fonctions, peut intervenir selon 2 modalités :

- Initiative du Directeur, avis du chef de pôle et Président de Commission Médicale d'Établissement
- Proposition du chef de pôle et avis du Président de Commission Médicale d'Établissement

• Collaborateurs du Chef de pôle

Le chef de pôle peut être assisté par plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au Directeur.

Ces collaborateurs ont vocation à remplacer les assistants des anciens responsables de pôle : assistants cadre de santé ou assistants administratifs.

• Concertation interne

La loi HPST supprime les Conseils de pôle et le décret du 11/06/2010, se limite à indiquer que le chef de pôle, organise une concertation interne, associant toutes les catégories du personnel.

➤ Conclusion

À l'issue de cet article relatif au volet hospitalier de la loi HPST, on redira les innovations principales de cette loi :

- En matière de gouvernance, l'importance du pilotage médico-directorial concrétisé par le Directoire et l'accroissement des compétences du Directeur, qui bénéficie après concertation avec le Directoire, de compétences qui étaient auparavant exercées par le Conseil d'Administration.

- En matière de pôles d'activité clinique et médico-technique, confirmation du mouvement de regroupement des services, structures internes, UF associé à un développement de compétences de gestion dévolues aux chefs de pôle.

Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible (suite)

Le « groupe de Sèvre » avait mis en exergue le désir de créer quelque chose et prépare le congrès de Tours. C'est là qu'avait été annoncée en 1959 la naissance du secteur.

Nous évoquerons comment le consensus de non-modification de loi de 1838 dite « loi des aliénés », promulguée par Louis Philippe, a conduit à modifier l'organisation de la psychiatrie par l'entremise de simples circulaires. Les deux circulaires du 15 mars 1960, particulièrement celle relative au programme d'organisation et d'équipement en matière de lutte contre les maladies mentales s'avèrent un tournant fondamental de la psychiatrie en France.

La Genèse de la circulaire de 1960

Daumézon : tout cela était en gestation lorsqu'en 1960, il a fallu faire des circulaires pour indiquer sur quelles bases fournir des prévisions pour la rédaction du IV^e plan ; on a alors fait au Ministère cette circulaire du 15 mars 1960 prônant la politique de secteur comme politique de base.

À cette époque-là (1960) ; il y avait au Ministère Aujaleu, qui était directeur général de la santé, son adjoint Jean et Mlle Mamelet, qui avait été rédactrice en chef du bureau des maladies mentales.

Mamelet : « Le secteur a été adopté en 60 sans que personne au ministère ne se rende très bien compte des répercussions de ce qu'on faisait passer. Aujaleu nous faisait confiance, à Jean et à moi. Il nous avait demandé de préparer un plan de modernisation des hôpitaux psychiatriques ; c'était là l'objet de la circulaire qui devait sortir. Et c'est en travaillant longuement avec nos conseillers techniques Mignot, Koechlin, Bailly-Salin, Bouquerel et Froment, qu'il nous est apparu que la modernisation de l'hôpital passait par la mise en place du secteur. Daumézon dit souvent que nous avons pris les psychiatres de vitesse, et c'est vrai que ce texte était très en avance, mais si on ne l'avait pas sorti à ce moment-là, on ne l'aurait jamais eu. Ce qu'il faut, pour faire passer les choses, c'est trouver une locomotive : pour le secteur, ça a été Aujaleu. Il avait de l'estime pour Mignot, Koechlin, Bailly-Salin, il nous aimait bien et nous faisait confiance. En vingt-quatre heures la circulaire a été signée par le ministre ! et au fond, c'est miraculeux, car ces dispositions, pour l'époque, étaient révolutionnaires. »

Aujaleu : nous savions bien ce que nous faisons en faisant la circulaire de 60 ! Elle visait bien la sectorisation. Il y avait un peu de tout, notamment la modernisation de l'équipement hospitalier, mais la sectorisation avait été vraiment pensée au niveau de la commission des maladies mentales, et on s'est engagé dans cette voie. Mais pourquoi une circulaire ? Parce qu'on ne pouvait rien faire sans toucher cette sacrée loi de 1838.

La justice elle-même tenait beaucoup à la loi de 38 et ne voulait pas qu'on y touche. Comme on ne pouvait pas toucher à la loi, il n'y avait plus que la circulaire ; c'est comme ça qu'on a fait, par circulaire, les services libres.

Mamelet : « finalement, on a fait deux circulaires, l'une sur la modernisation hospitalière, et l'autre sur le secteur, mais qui étaient liées. Elles n'en faisaient même qu'une, et c'est Jean qui me les a fait séparer. Mais le point de départ était cette question de modernisation. À une ou deux exceptions près, des boîtes privées, il n'y avait pas eu en France de construction d'hôpitaux psychiatriques entre 1890 et 1940, le Ministère ayant systématiquement refusé toute subvention pour la réalisation d'établissements qui, à ses yeux, devaient être pris en charge par les départements. »

« Les hôpitaux s'étaient à nouveau progressivement remplis : on retrouve en 63 les chiffres d'avant-guerre, 110 000 hospitalisés, c'est-à-dire un surembrement fantastique, avec des taux de 140 % d'occupation, des malades sur des matelas, dans les baignoires même. « ce sera plus pratique pour les douches » m'avait-on répondu aux Finances. »

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Au cours des dernières années, les données du problème de l'organisation de la lutte

contre les maladies mentales ont, dans notre pays, été sensiblement modifiées. En effet, des thérapeutiques et des méthodes nouvelles ont été mises au point, permettant notamment de réduire sensiblement la durée d'hospitalisation. Des efforts importants ont été entrepris pour améliorer les conditions de vie et de soins des malades hospitalisés notamment grâce à l'ouverture de services libres, à l'augmentation des effectifs du personnel médical, paramédical et soignant, à l'organisation de la formation professionnelle des élèves infirmiers et infirmières. La modernisation des locaux des établissements existants (hôpitaux psychiatriques autonomes, hôpitaux psychiatriques départementaux, quartiers psychiatriques, hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics) a été commencée en même temps que la construction d'établissements neufs est progressivement réalisée. Enfin, la mise en place dans chaque département d'un réseau de dispensaires d'hygiène mentale dont le rôle va en s'accroissant, s'est accélérée grâce à la réforme du financement de ces organismes effectuée par le décret du 20 mai 1955.

La conjugaison de ces éléments nouveaux a eu pour résultat :

- de modifier considérablement les caractéristiques présentées par la population admise à l'hôpital psychiatrique ainsi que par la population présente, comparativement à la période écoulée. Non seulement le malade entre à l'hôpital psychiatrique à la suite d'un dépistage effectué de plus en plus précocement au dispensaire, mais il sort dans un délai beaucoup plus rapide, grâce aux thérapeutiques modernes et à la surveillance de postcure organisée au dispensaire d'hygiène mentale. Par ailleurs, dans la plupart des établissements la sortie de sujets hospitalisés depuis de longues années a pu intervenir ;

- de transformer corrélativement le rôle joué par l'établissement psychiatrique qui, de plus en plus, devient un hôpital spécialisé pour maladies mentales et non plus un « asile » où étaient placées les personnes considérées comme dangereuses pour la société. Dans ces conditions, l'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement, qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure.

Ce dispositif consiste essentiellement à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de postcure.

Extrait de : **L'Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible**

P. 164 à 183 Recherche n° 17 mars 1975

Revue du CERFI

(i) Note de rédaction



Quadrimestriel - n°44 décembre 2010

Revue d'information du Centre Hospitalier du Rouvray
4, rue Paul Eluard - BP 45 - 76301 Sotteville-lès-Rouen

Directeur de la publication : Jean Vanderheeren

Comité de rédaction :

Nathalie Angot, Jackie Aubert, Nicole Bessière, Noèle Bret,
Armelle Cuomo, Benoît Demas, Laure Maguin, Christian Navarre,
Pascal Peneaut, Martine Reymond, Antoine Rosier, Ronan Sanquer,
Valérie Simon, Marie-Claude Tirquit

Photos : Comité de rédaction

Conception et réalisation : Italic'Communication

24, rue de Fauville - 27000 Évreux - Tél. 02 32 39 15 49

N° ISSN - 1269-147X