



Le Projet Médical

du CH du Rouvray 2013-2017

Le Projet d'Établissement détermine la politique sanitaire de l'hôpital pour les 4 prochaines années. Il s'appuie sur le Projet Médical: véritable pivot de ce document. Il fixe les orientations en matière de prise en charge en précisant les évolutions à prévoir sur la période de mise en œuvre du projet. Il fait suite à un état des lieux de la situation de l'établissement dans son environnement et de l'étude des objectifs du Schéma Régional de l'Organisation des Soins 2013-2017 de Haute Normandie, avec lesquels il devra tout naturellement être en corrélation.

Au cours de la Conférence des Pôles du 17 octobre 2012, les axes de travail ont été définis. Ce nouveau Projet Médical s'est voulu dans la continuité des projets antérieurs, mais inscrit dans les évolutions institutionnelles récentes.

La méthodologie volontairement participative et pluridisciplinaire a permis aux quatre nouveaux pôles de s'installer dans leur nouvelle dimension. Des appels à candidatures ont fait suite. Des groupes de travail pluri-professionnels ont été constitués, des pilotes ont été désignés et des réunions se sont déroulées du mois de janvier au mois de juin 2013. Ainsi, les groupes de travail ont portés leurs réflexions sur les thèmes suivants:

- Extra-hospitalier (organisation géographique des Pôles, projets territoriaux, coopérations...),
- Intra-Hospitalier (sous capacité, organisation interne des Pôles...),
- Prises en charge spécifiques:
 - Pédopsychiatrie: Enfants de o-3 ans,
 - Adolescents.
 - Personnes souffrants d'addictions,
 - Offre de second recours: renforcement de l'unité régionale pour psychoses résistantes,
 - Amélioration de l'articulation entre la psychiatrie et le secteur médicosocial (filière autour de la réhabilitation psychosociale),
 - Personnes âgées,
 - Urgences suicide,
 - Personnes en situation de précarité,
 - Personnes avec autisme et troubles envahissants du développement,
 - Amélioration des prises en charge somatiques,
 - Auteurs de violences sexuelles

Les avancées des différents groupes de travail ont été présentées lors des réunions des comités de pilotage « Projet Médical » des 31 janvier, 8 mars, 5 avril et du 24 mai dernier. Son état d'avancement a fait l'objet d'informations devant les différentes instances de l'Établissement. Enfin, ce document présenté à l'état de « Projet » a fait l'objet d'un vote favorable de la CME lors de sa séance du 25 juin 2013.

Le Projet Médical 2013-2017 fait ainsi apparaître une double approche dans l'évolution attendue de nos filières de soins : l'une territoriale de 1^{er} recours (sectorisée), l'autre transversale de second recours (non sectorisée).

Dans la réflexion territoriale de 1er recours :

Sur l'Intra-hospitalier, il ressort qu'il faudra:

- porter une réflexion sur la réorganisation des unités d'hospitalisation, aussi bien d'admission que « complémentaires » en vue d'améliorer la fluidité de la filière intra-hospitalière ;
- renforcer les capacités d'accueil de la filière enfants et adolescents.

Sur l'Extra-hospitalier, il ressort qu'il faudra:

- faciliter l'accès aux soins de 1^{er} recours, en termes d'accessibilité, de disponibilité et de fiabilité de la filière (Psychiatrie Générale et Enfants-Adolescents) ;
- développer pour les zones rurales, du Pôle Vallée de Seine-Caux-Bray, deux

- grandes structures ambulatoires « Pivots » à Barentin (à l'Ouest) et à Neufchâtel (à l'Est);
- mettre en œuvre, pour le Pôle Rouen Sud Elbeuf et pour le Pôle Enfants-Adolescents, une réorganisation de leurs dispositifs ambulatoires;
- porter, pour le Pôle de Rouen rive droite, une réflexion, de premier et second recours, sur l'amélioration des articulations du Centre de jour pivot de St Gervais, avec les autres structures sanitaires, sociales et médico-sociales.

Dans la filière de second recours :

- La filière de soins, dédiée aux personnes âgées devrait pouvoir bénéficier d'une augmentation de sa capacité d'admission (lits d'hospitalisation) et d'un renforcement de son dimensionnement régional.
- Le dispositif de soins psychiatriques pour personnes en situation de précarité devra connaître un renforcement ambulatoire et bénéficier de lits dédiés.
- La filière de prise en charge des auteurs de violences sexuelles, par l'intermédiaire du Centre Thérapeutique St Sever, devra renforcer son développement et notamment son dimensionnement régional, afin de renforcer son action dans la lutte contre la récidive.
- Les structures pour enfants et adolescents poursuivront le développement des coopérations avec les structures sociales et médico-sociales.
- La filière de prise en charge spécifique des Troubles Envahissants du Développement (TED) devra être renforcée et mieux identifiée.
- Les structures dédiées à la prise en charge des personnes souffrant d'addiction devront être renforcées et développées.
- Le dispositif de prévention du suicide devra être amélioré, notamment avec la mise en œuvre de groupes de parole pour les patients et les familles endeuillées.
- Le dispositif de soins de second recours pour psychoses résistantes et troubles affectifs complexes devra être renforcé.
- L'amélioration de l'attractivité médicale devra se poursuivre.

Ces différents axes de développement pourront s'appuyer sur de nouveaux outils en cours de développement sur notre établissement, tels que la télémédecine, l'éducation thérapeutique... lesquels devront aussi être renforcés.

Ces évolutions, qui nous apparaissent indispensables dans les années à venir, devront aussi pouvoir donner lieu à une réflexion plus générale, aussi bien d'un point de vue architectural que patrimonial. Enfin, notre établissement devra se doter d'un dispositif de régulation, unique outil capable d'assurer l'harmonisation des prises en charge, le bon contrôle des flux de patients et l'efficience de toutes nos filières de soins.

Le Projet Médical, pierre angulaire du Projet d'Établissement étant en cours de finalisation, les autres pans du Projet d'Établissement, complémentaires du premier, vont pouvoir être parachevés. Ainsi, le Projet d'Établissement pourrait être présenté sous la forme d'un document unique, aux instances de décembre.

Sotteville-Lès-Rouen, Le 3 septembre 2013

Docteur Sadeq HAOUZIR

Président de la Commission Médicale d'Établissement

Troubles de l'humeur

Présentation générale du Dr Olivier GUILLIN:



Les troubles de l'humeur sont parmi les pathologies les plus fréquentes et les plus invalidantes que la médecine a à traiter. Au cours de la vie, on estime que 9 % des hommes rempliront les critères d'un épisode dépressif majeur et 16.5 % des femmes, qu'entre 1 et 2 % de la population souffrira d'un trouble bipolaire. Cette pathologie est lourde de conséquences pour les sociétés, puisqu'en 2020 elle se situera à la deuxième place après l'ischémie cardiaque des pathologies entraînant le plus d'incapacités dans le monde. Ainsi, la majorité des études dont nous disposons, montrent que la moitié des patients souffrant de troubles de l'humeur sont dans l'incapacité transitoire ou définitive de travailler. Ces pathologies sont associées à une forte mortalité, représentant environ 3 % de la mortalité annuelle et les patients souffrant de troubles bipolaires ont une espérance de vie diminuée d'au moins 10 ans par rapport à la population générale. La dépression et les troubles de l'humeur sont des affections qui sont souvent associées à d'autres troubles psychiatriques, notamment les abus ou dépendances aux substances et les troubles anxieux. Une autre association souvent méconnue est l'association à une affection somatique chronique et douloureuse qui multiplie le risque de dépression par 5.

Pendant plus d'un siècle la psychiatrie a tenté de subdiviser les troubles de l'humeur. Ainsi, nous avons connu les dépressions psychogènes versus endogènes, psychotiques versus névrotiques, la névrose dépressive versus la dysthymie. Aujourd'hui, les classifications se veulent a-théoriques, ayant finalement simplifié l'ensemble de ces catégories diagnostiques. On pourrait percevoir cela comme un appauvrissement. Néanmoins, force est de constater que ces catégories ne reposaient que sur des bases théoriques fragiles et n'ont pas tenu à l'épreuve du temps et de la recherche scientifique.

Dans notre établissement, les troubles de l'humeur sont les pathologies que nous rencontrons le plus souvent. Ceci a été confirmé par le travail de thèse d'un des internes du Centre Hospitalier du Rouvray, Jean-Baptiste Alexanian. En 2012, les unités d'admission ont réalisé 3 578 séjours et pratiquement 30 % de ces

séjours étaient le fait de patients souffrant de troubles de l'humeur. Améliorer nos prises en charge des troubles de l'humeur peut donc être un élément fort pour notre établissement.

Les chimiothérapies des troubles de l'humeur ont fortement évolué au cours des différentes années. Ainsi, dans le trouble bipolaire, nous avons vu apparaître une utilisation de plus en plus extensive des antipsychotiques de seconde génération et une quasi-disparition de l'utilisation des tricycliques. Du côté des régulateurs de l'humeur, le lithium reste le chef de file mais nous avons vu apparaître de nouvelles molécules comme la lamotrigine. Dans les dépressions récurrentes comme dans les épisodes uniques, les stratégies pharmacologiques ont été profondément modifiées sur les 10 dernières années avec l'émergence des stratégies de potentialisation qu'il s'agisse de la potentialisation par le lithium, les antipsychotiques de seconde génération, les hormones thyroïdiennes, les associations d'antidépresseurs, l'utilisation des agonistes dopaminergiques. Le travail de thèse de Jean-Baptiste Alexanian montre d'ailleurs que toutes ces stratégies sont utilisées dans notre établissement.

De nouveaux outils thérapeutiques non pharmacologiques ont été développés dans notre établissement permettant d'améliorer les soins des patients souffrant de troubles de l'humeur. Deux programmes de psychoéducation, l'un en groupe et l'autre individuel à la phase aiguë sont proposés par le Dr Bourgeois aux patients souffrant de troubles bipolaires. La remédiation cognitive qui permet aux patients de trouver des solutions pour améliorer leur efficience cognitive est également proposée à ces patients par les neuropsychologues du service 76Go3 (Gaëlle Opolczinski et Iris Mirea) et à l'hôpital de Jour Théodore Monod pour personnes âgées (Céline Gabrielli). La prise en charge des comorbidités anxieuses à l'aide de psychothérapies groupales basées sur les thérapies cognitivo-comportementales sont proposées par Juliette Côme psychologue, l'une axée sur la prise en charge des phobies sociales et l'autre sur la gestion du stress. Notre établissement par l'intermédiaire de l'unité qu'anime le Dr Hélène Defay-Goetz propose également des prises en charge spécialisées pour les patients souffrant d'un trouble de l'humeur et d'une addiction. Fait récent, l'équipe de l'Unité Mobile d'Intervention sur le Suicide, qui est dirigée par le Dr Audrey Baguelin-Pinaud, propose avec Juliette Côme, maintenant des groupes de parole pour parents endeuillés par le suicide.

Ce numéro nous propose de faire le point sur ces prises en charge qui démontrent que notre établissement sait s'adapter et innover. Il est important de soutenir ces initiatives qui enrichissent les soins que nous offrons à la population et devraient permettre, dans les années à venir, de proposer des programmes de soins intégrant l'ensemble de ces prises en charge. Je vous souhaite une bonne lecture.

Dr Olivier GUILLIN Responsable du secteur 76Go3

Les troubles bipolaires et leur prise en charge

Le trouble bipolaire est une pathologie "fréquente". Elle concerne plus de 1 % de la population. Valérie Bourgeois, psychiatre, Iris Mirea-Grivel, psychologue, et Sophie Boutron, infirmière, viennent en aide aux patients bipolaires au sein du service du Docteur Guillin.

Qu'est-ce qu'un trouble bipolaire?

Valérie Bourgeois: Une modification des mécanismes qui régulent l'humeur. Le patient alterne entre phase dépressive et phase d'exaltation pathologique qu'on appelle manie ou hypomanie. Un ensemble de signes caractérisent la manie dont la diminution du temps de sommeil sans fatigue, une augmentation du débit verbal, une désinhibition, une agitation et parfois des éléments délirants...

Quelles sont les causes de cette pathologie et le patient peut-il en

Il existe une part génétique indéniable dans le développement du trouble mais les modalités de la transmission et les gènes impliqués ne sont pas encore bien connus. L'environnement a également une importance puisque les facteurs de stress peuvent précipiter un épisode.

La maladie se déclare en général au début de l'âge adulte. Son caractère chronique et invalidant fait que le patient ne peut guérir de son trouble et devra vivre avec. C'est une pathologie assez lourde.

Le patient bipolaire peut-il avoir une vie professionnelle, sociale et familiale?

Il y a plusieurs degrés dans les troubles bipolaires. Avec un traitement médicamenteux et un suivi psychiatrique, le patient peut avoir une vie de famille, professionnelle et sociale satisfaisante.

Mais il faut savoir que le trouble bipolaire, même traité, impacte la qualité de vie du patient (chômage, précarité, divorce, addiction). Il est par ailleurs un facteur de risque de suicide.

La thérapeutique médicamenteuse est efficace sur le traitement des épisodes et la prévention des rechutes. Mais elle est insuffisante pour gérer les symptômes résiduels et l'impact de la maladie sur la qualité de vie. C'est dans ce domaine que les autres outils thérapeutiques prennent toute leur importance.

Quels sont les traitements médicamenteux?

Les thymorégulateurs lithium; anticonvulsivants sont le traitement de fond du

trouble bipolaire. Au-delà de la prise en charge médicamenteuse, l'équipe soignante propose un suivi pour améliorer la vie du patient et son insertion sociale. Il s'agit de la remédiation cognitive et de l'éducation thérapeutique.

En quoi consiste la remédiation cognitive?

Iris Mirea-Grivel: La remédiation cognitive est une prise en charge individualisée qui vise à réduire les handicaps consécutifs aux troubles cognitifs (troubles de mémoire, d'attention, de planification, des fonctions exécutives). Ce type de prise en charge est proposé au patient suite à une évaluation des fonctions cognitives qui permet de dresser ses forces et ses faiblesses sur le plan cognitif. Les séances de remédiation cognitive sont proposées deux fois par semaine, en individuel et durent une demi-heure.

Quel est l'objectif de ces séances?

Il s'agit de travailler sur les troubles cognitifs afin d'améliorer le quotidien du patient au travers des exercices papier-crayon ou des exercices assistés par ordinateur. Les exercices mis en place sont adaptés aux difficultés du malade et on réadapte la prise en charge en fonction des résultats.

La remédiation cognitive permet également de travailler l'insight, la capacité à comprendre son propre fonctionnement et les différentes stratégies mises en place durant l'exercice proposé.

C'est une prise en charge qui vient compléter l'action de la psychothérapie el des médicaments, qui restent indispensables.

Quel est le rôle de l'éducation thérapeutique?

Sophie Boutron: Informer et former le patient sur le trouble bipolaire. C'est une démarche volontaire. Le programme s'étale sur huit séances, un thème e proposé à chaque séance : l'épisode maniaque, l'état dépressif, le traitement et les risques d'interruption... Durant les séances, on fait travailler le patier sur ses symptômes afin de prévenir une rechute et lui montrer que le traiteme est primordial.



Conduites addictives et troubles de l'humeur : double diagnostic et soins intégrés

➤ La co-occurrence ou co-morbidité d'un trouble psychiatrique et d'une addiction semble, quand on se penche sur les données épidémiologiques, être plus la règle que l'exception:

Pour le trouble bipolaire, la prévalence d'un trouble addictif s'élève à 60 %, soit un risque 11 fois plus élevé qu'en population générale. Et environ un quart des patients ayant un épisode dépressif majeur ont un trouble addictif associé.

Les interactions entre les deux troubles sont négatives sur l'évolution de la maladie, le pronostic, l'efficacité des traitements, l'observance aux soins, l'alliance thérapeutique, le nombre d'hospitalisations ou d'incarcérations...

- Les substances psycho-actives ont des effets évidents (et parfois recherchés) sur l'humeur et le comportement en général:
 - Les stimulants (amphétamines, cocaïne, alcool à forte dose) vont entraîner des exaltations, des périodes d'euphorie et de surestime de soi, plus ou moins éphémères et intenses. Inversement, le manque, l'absence d'une telle substance chez un sujet accoutumé peuvent entraîner un état dépressif voire mélancolique.
 - Les produits calmants (héroïne, médicaments anxiolytiques en tête) produisent une relaxation, une détente chez l'usager. Leur utilisation au long cours entraîne quasi inéluctablement des éléments dépressifs avec perte de motivation, perte des intérêts et un risque suicidaire majoré (jusqu'à 17 fois plus de tentatives de suicide chez l'héroïnomane, selon les études).

Inversement, le manque ou le sevrage se manifeste par des états anxieux avec parfois agitation et insomnie totale.

Les fluctuations de l'humeur liées aux troubles bipolaires ou à un état dépressif majeur peuvent donc être masquées, et parfois pendant de nombreuses années avant l'établissement d'un diagnostic et un recours aux soins psychiatriques. Il s'agit d'un

phénomène de mieux en mieux repéré et évoqué devant des conduites d'alcoolisation persistantes, ou des échecs de soins addictologiques.

➤ Parmi les troubles co-occurents les plus fréquents, et les plus discutés, attardons-nous sur les 2 cas particuliers :

1. tabagisme et dépression :

L'humeur dépressive est un des symptômes du sevrage tabagique; elle est associée à un plus grand risque de rechute. De plus, les fumeurs ayant fait un épisode dépressif tentent moins souvent d'arrêter de fumer et ont un sevrage plus difficile que les autres.

Il semblerait que cette occurrence soit liée à un partage de facteurs de risque communs entre la dépression et le tabagisme, notamment génétiques, et non à un lien causal.

Actuellement, certains antidépresseurs (nortryptiline, bupropion) sont utilisés efficacement dans l'aide à l'arrêt du tabac.

2. cocaïne et troubles bipolaires:

Tous les sens de la comorbidité se retrouvent:

- prendre de la cocaïne induit des troubles de l'humeur (exaltation),
- le sevrage induit et aggrave des troubles de l'humeur (dépression),
- les troubles de l'humeur (versants maniaque et dépressif) favorisent la consommation de cocaïne.
- et enfin, il existe des facteurs favorisants communs.

Le parti-pris du service d'addictologie du Rouvray est de repérer et de traiter les deux pathologies de manière intégrée, c'est-à-dire en même temps par la même équipe, et non de manière sériée (une maladie après l'autre) ou parallèle (des soins psychiatriques et addictologiques concomitants mais assurés par des équipes distinctes, dont les efforts risquent de s'annuler).

Dr Hélène DEFAY-GOETZ Chef de Pôle de psychiatrie générale Rouen sud Elbeuf

> En quête de lumière



« Chronique des Lilas * », c'est le roman de Georges Léno, cadre supérieur de santé dans notre établissement.

Ce pavillon des Lilas ressemble beaucoup à une unité de soins qu'on appelait autrefois « pavillon de chroniques », d'où le jeu de mots ici sur « chronique ». Cette chronique, cette enquête presque, est menée par Gaby, le personnage

principal, dont l'effort consiste à récupérer la mémoire d'une journée clé de sa vie.

« À travers ce monologue, il se raconte, et livre aussi sa

conception de la réalité; il s'interroge aussi sur les patients qui l'entourent » explique G. Léno.

Ce roman s'inspire bien sûr de l'expérience vécue au Centre Hospitalier du Rouvray par l'auteur lui-même, en tant qu'infirmier dans ces unités de soins. Certains reconnaîtront aisément les traits de personnes bien connues, comme ce fameux psychiatre, très impressionnant...

Mais le personnage principal, c'est peut-être avant tout le langage. On est d'emblée plongé dans un bain linguistique riche, où cohabitent, sinon se confrontent, le créole, langue maternelle de l'affectif, et le français, langue de l'éducation, du prestige et du colonisateur.

suite page 6

La dépression et l'addiction chez la femme

Entretien avec le Docteur Hayet Lannabi.

Psychiatre au Centre Hospitalier du Rouvray, le docteur Hayet Lannabi revient sur ses travaux de recherches portant sur la comorbidité, la dépression et l'addiction chez la femme.

Pouvez-vous définir les termes de comorbidité, de dépression et d'addiction?

La comorbidité est le fait de présenter en même temps deux maladies, comme par exemple la dépression et l'addiction. La dépression est un état pathologique affectant l'humeur. L'addiction, elle, se traduit par l'abus ou la dépendance à une substance ou à un comportement qui perturbe la vie sociale du patient.

En quoi la comorbidité est plus courante chez la femme?

La dépression est une pathologie fréquente qui touche 5 à 20 % de la population générale. Les femmes font deux fois plus de dépressions que les hommes et, parmi la population de sujets présentant une comorbidité dépression-alcool par exemple, on compte trois fois plus de femmes que d'hommes. Cette association particulière de la dépression et de l'addiction notamment à l'alcool est liée à divers facteurs (biologiques, génétiques, hormonaux, socio-culturels, environnementaux...) qui sont intéressants à connaître.

Les hormones sexuelles jouent un rôle important dans la dépression chez la femme?

Leur rôle n'est pas majeur mais, elles peuvent contribuer avec d'autres facteurs à la vulnérabilité dépressive des femmes et à la comorbidité addictive. Elles participent probablement à certains aspects plus fréquemment retrouvés dans les dépressions féminines, comparativement à l'homme, comme l'anxiété et la prise de poids. Et elles sont aussi certainement à l'origine de la plus grande



fréquence de la dépression à certaines périodes de la vie génitale de la femme, comme en pré-ménopause ou autour de la grossesse.

Quelles sont les addictions les plus fréquentes chez la femme dépressive?

Incontestablement c'est l'alcool, d'où l'intérêt de rechercher une dépression chez toute femme qui présenterait une problématique alcoolique et surtout un abus d'alcool. L'existence d'autres consommations de substances psycho-actives (comme le cannabis par exemple) ou d'addictions comportementales (comme la kleptomanie, les achats compulsifs ou les troubles du comportement alimentaire...) doit également faire rechercher une dépression, même si cette association est moins clairement prouvée.

Quel est le programme de soins prévu pour les personnes comorbides?

La prise en charge de ces personnes doit se faire de préférence dans le cadre d'un programme de soins intégrés au sein d'une même équipe de psychiatres et d'addictologues.

Ce programme comprend une prise en charge psychiatrique et addictologique mais également pluridisciplinaire, médico-psychosociale. Les femmes seraient plus sensibles que les hommes à ce type d'action pluridisciplinaire. Certains traitements encore peu utilisés sont à prendre en compte comme les hormones æstrogéniques notamment si la patiente présente des indices d'hypo-æstrogénisme. À noter également que les femmes répondraient mieux que les hommes aux antidépresseurs de type sérotoninergique.

Et, le plus inattendu, et peut-être le plus savoureux, c'est l'argot parisien qui exhibe toutes ses couleurs et ses trouvailles lexicales. L'argot est une langue d'échange oral, une langue de connivence et de libération. Gaby, tout frais débarqué des Antilles dans les années soixante, ne soupçonnait même pas son existence; et lorsqu'il rencontre Ernest, qui s'exprime dans un argot très foisonnant, on comprend à quel point l'enrichissement va être partagé:

« Bon, Gaby, on va conclure un marché. J't'apprendrai à jacter l'argomuche, toi tu m'apprendras l'créole. Okay? »

Tels sont les deux versants de la situation d'immigration : l'immigré apprend de l'accueillant, qui lui, va apprendre de l'immigré. C'est

une démarche fondatrice de l'humanité. Et c'est avec infiniment de qualités humaines et littéraires que l'auteur nous peint la beauté et la laideur, la finesse et la lourdeur, la pureté et l'impudeur qui colorent pas à pas les personnages et conduisent l'intrigue jusqu'à la lumière finale.

> Nicole BESSIERE, Orthophoniste Comité de rédaction

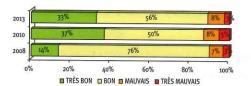
*Chronique des Lilas de Georges LENO Edition de L'Harmattan.

Enquête de satisfaction des patients

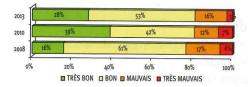
Afin d'avoir une meilleure connaissance de la satisfaction des patients, le CH du Rouvray réalise périodiquement une enquête générale auprès des patients hospitalisés. Les résultats qui sont présentés dans ce document sont ceux de la plus récente qui s'est déroulée le 28 juin 2013 (les précédentes avaient eu lieu le 2 juin 2010 et le 29 janvier 2008). Réalisées grâce à la participation des étudiants en soins infirmiers, ces enquêtes ont été menées dans les unités d'hospitalisation complète intra-hospitalières, auprès des patients adultes dont l'état de santé le permettait et qui étaient volontaires pour répondre. Sur la base d'un entretien individuel, les patients ont donné leur avis sur l'accueil, le respect des droits et de la dignité du patient, la qualité des soins et le confort hôtelier. Cette enquête constitue une étape importante de la démarche d'amélioration de la qualité de l'établissement, en permettant de faire le bilan de l'existant et de rechercher des actions d'amélioration.

> Les résultats bruts

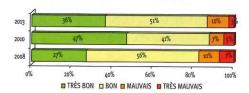
Question 1 : Que pensez-vous de l'accueil qui vous a été réservé à vous et/ou à vos proches à votre arrivée au bureau des entrées ?



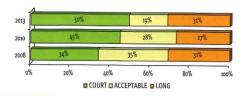
Question 2 : Que pensez-vous de l'accueil qui vous a été réservé à vous et/ou à vos proches à votre arrivée à l'UNACOR ?



Question 3 : Que pensez-vous de l'accueil qui vous a été réservé à vous et/ou à vos proches à votre arrivée dans l'unité de soins ?



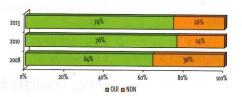
Question 4 : S'il y a eu passage à l'UNACOR, que diriez-vous du délai d'attente de prise en charge à votre arrivée dans l'unité de soins ?



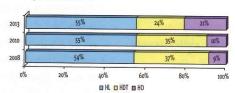
Question 5 : Sinon que diriez-vous du délai d'attente de prise en charge à votre arrivée dans l'unité de soins ?



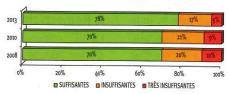
Question 6 : Avez-vous été informé de votre mode d'hospitalisation (HL,HDT, HO) ?



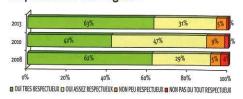
Question 7: Si oui, quel est votre mode d'hospitalisation?



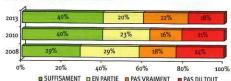
Question 8 : Que pensez-vous des précautions prises pour respecter votre intimité ?



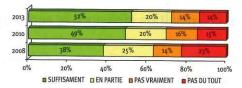
Question 9 : Le personnel du service est-il respectueux à votre égard ?



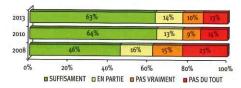
Question 10 : Avez-vous reçu des explications sur votre état de santé ?



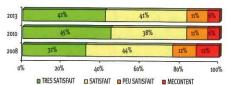
Question 11 : Avez-vous reçu des explications sur votre traitement ?



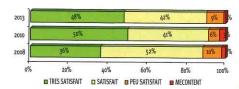
Question 12 : Avez-vous reçu des explications sur les conditions particulières de votre séjour ?



Question 13 : Etes-vous satisfait de vos relations avec les médecins ?

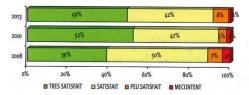


Question 14: Etes-vous satisfait de vos relations avec le personnel soignant?

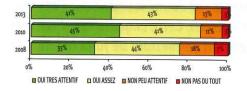


GROS PLAN

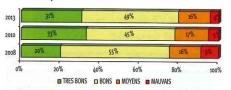
Question 15: Etes-vous satisfait de vos relations avec les autres personnels?



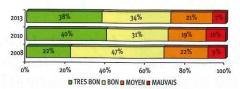
Question 16: Le personnel est-il attentif à vos demandes?



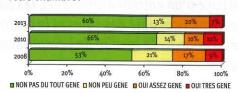
Question 17: Dans l'ensemble, estimez-vous que les soins que vous recevez sont ?



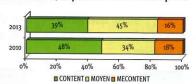
Question 18 : Que pensez-vous du confort de votre chambre ?



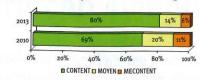
Question 19 : Etes-vous gêné par le bruit dans votre chambre?



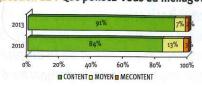
Question 20: Que pensez-vous des repas?



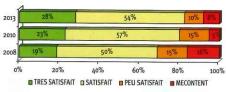
Question 21: Que pensez-vous du linge?



Question 22 : Que pensez-vous du ménage?



Question 23: Quelle est votre opinion générale sur votre hospitalisation?



Des patients très participatifs

- 40,7 % des patients présents le 28 juin ont répondu,
- 53 % des participants ont fait des remarques en texte libre.

■ Des résultats globaux très encourageants

दे दे pour la qualité globale des soins recus

- 80 % des patients estiment la qualité des soins reçus très bonne ou bonne,
- 16 % l'estimant moyenne,
- et seulement 4 % l'estiment mauvaise.

Satisfaction en progression par rapport à 2010.

☆☆☆ pour la satisfaction globale de l'hospitalisation

- 82 % de patients jugent leur hospitalisation très satisfaisante ou satisfaisante,
- 10 % peu satisfaisante,
- et 8 % sont mécontents.

Satisfaction en progression par rapport à 2010.

Ces chiffres sont très positifs, surtout en sachant que 45 % des répondants étaient hospitalisés sous contrainte, et que le non-consentement aux soins peut influer négativement sur le jugement du niveau de qualité des soins reçus et sur celui de la satisfaction de l'hospitalisation.

■ Des points forts à souligner

- 94 % des patients trouvent le personnel respectueux,
- 91 % sont satisfaits du ménage,
- 88 % des patients sont satisfaits de leurs relations avec les médecins, les soignants et les autres personnels,
- 86 % des patients sont satisfaits de l'accueil (administration, UNACOR, unités de soins),

- 84 % des patients trouvent le personnel attentif à leurs demandes,
- 80 % sont satisfaits du linge.

■ Des points à améliorer

- l'information (mode d'hospitalisation, état de santé, traitement, séjour),
- · les chambres.
- les repas.

■ Des résultats à diffuser

- Information des patients : affichage des résultats synthétiques de l'établissement et de l'unité.
- Information des équipes: mise à disposition du rapport détaillé des résultats de l'établissement et du document regroupant les résultats de toutes les unités de soins ayant participé.
- Information des instances: présentation au Directoire, à la Commission Médicale d'Etablissement, au Comité Technique d'Etablissement, à la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge et à la Commission Sécurité et Qualité des Soins et Gestion des Risques.

■ Remerciements

La DEI remercie la direction et l'équipe pédagogique de l'IFSI d'avoir intégré dans son programme de formation la réalisation de cette enquête. Elle remercie également les cadres et les équipes des unités d'hospitalisation qui ont préparé la venue des enquêteurs et ont permis que le taux de participation soit très bon. Elle remercie tous les patients qui ont accepté de répondre à ce questionnaire et qui, ainsi, nous donnent des informations très importantes pour l'établissement. Les résultats de cette enquête vont permettre un débat dans les services et la DEI souhaite que les équipes y trouvent un encouragement à continuer à travailler à l'amélioration de la satisfaction des patients.

> Commentaires

Le tableau suivant présente les résultats 2013 et les évolutions depuis 2010 (le classement en étoile correspond à : 🌣 🌣 🌣 90 % et plus de patients très satisfaits ou satisfaits, 🌣 🌣 🛠 entre 80 et 89 %, 🌣 🛠 entre 70 et 79 %, 🛠 moins de 70%).

Enquête de satisfaction 2013 RÉSULTATS ÉTABLISSEMENT - TABLEAU SYNTHÉTIQUE		Très satisfaits ou satisfaits	Mécontents ou très mécontents	Évolution par rapport à 2010
	ACCUEIL &	रिक्रे		
Accueil Bureau Entrées	ជាជាជ	89 %	11 %	7
Accueil UNACOR	444	81 %	19 %	7
Accueil unité soin	क्रिक्र	87 %	13 %	'n
Délai Prise en charge UNACOR	क्ष	69 %	31 %	7
Délai Prise en charge unité soin	क्रिक्र	82 %	18 %	7
RESPECT	DES DROITS ET DIO	NITÉ DU PATIENT	क्रेक	
Information mode hospitalisation	ដង	74 %	26 %	7
Respect intimité	क्रक	78 %	22 %	7
Personnel respectueux	ជាជាជាជា	94%	6 %	7
Information état santé	4	60 %	40 %	7
Information traitement	क्रिक	72 %	28 %	7
Information sur séjour	44	77 %	23 %	→
	SOINS &	OUTER IN CIASI DADIGO	A THE REAL PROPERTY.	NJ estamation
Relations avec médecins	ជជជ	83 %	17 %	→
Relations avec soignants	ជជជជ	90 %	10 %	И
Relations avec autres personnels	ជជជជ	91 %	9 %	7
Personnel attentif aux demandes	क्रिकेक	84 %	16 %	A
Qualité globale des soins	क्रेक्क	80 %	20 %	7
Leading Marine	CONFORT HÔTE	LIER 公公		
Confort chambre	44	72 %	28 %	7
Gêne bruit	44	73 %	27 %	7
Repas	☆	39 %	61 %	7
Linge	क्रक्रक	80 %	20 %	7
Ménage	ជ ជជជ	91 %	9 %	7
A CHE TOUR MESSON OF DETRETOR ALL THE TOUR	PPRÉCIATION GLO	BALE & & &		
Satisfaction générale hospitalisation	क्रेक्क	82 %	18 %	7

Direction des travaux

Maintenance générale - Les réalisations des équipes



Depuis de nombreuses années, lors des réhabilitations, l'atelier de la maintenance générale de l'hôpital réalise du mobilier spécifique : la table de la salle des Commissions ayant été fabriquée sur mesure avec le bois des arbres du parc tombés lors de la tempête de 1999.

Les ouvertures des unités Badinter et Erasme ont été à l'origine de nouvelles réalisations. Ainsi les métalliers, à la demande de la direction des soins, ont conçu les lits d'isolement de ces unités.

En effet ces lits répondent à des besoins stricts en termes de contraintes liées à la sécurité et au confort du patient isolé et parfois contentionné.

Ces lits n'existaient pas dans les catalogues des fournisseurs.

Sous l'œil vigilant de Monsieur Cornière, lui et son équipe ont rencontré les équipes des services de soins.

Lors de ces réunions un cahier des charges et des plans ont été élaborés. Il fallait, en effet, prévoir des systèmes de relevage (tête pied), l'emplacement des attaches de contentions et concevoir du matériel facile à utiliser et qui ne risquait pas de blesser les patients ou les soignants lors des interventions. Il a fallu arrondir les angles, abraser les soudures, inventer de toutes pièces un système de relevage rapide, pratique et sans danger.

Les lits de de l'unité Badinter ont été fabriqués en 2012 et ceux de l'UMD, plus complexes à réaliser, fin 2012 et début 2013.

Pour l'UMD, les menuisiers de cette équipe ont conçu le meuble de la cafétéria : meuble esthétique et pratique qui s'harmonise avec l'ensemble des menuiseries du service.

La direction des travaux a toujours favorisé la conception et la réalisation de travaux par les équipes de cette direction, car c'est très valorisant pour les ouvriers qui peuvent ainsi mettre en œuvre leurs compétences spécifiques.

Pendant la réalisation de tous ces ouvrages qui a mobilisé des agents, le reste de l'équipe a assuré le quotidien : les urgences, les dépannages journaliers, et divers petits travaux.

Béatrice LASSERRE, Cadre supérieur de Santé Gérard CORNIÈRE, Responsable Maintenance Générale





> Action humanitaire Famille d'accueil

Je travaille dans l'établissement depuis plusieurs années. J'avais envie d'effectuer une action humanitaire mais pour des raisons personnelles et professionnelles, cela n'a pas été possible. J'ai donc contacté la « Chaîne de l'espoir » afin d'être famille d'accueil bénévole. Depuis 2010, notre famille reçoit des enfants malades venant se faire opérer en France. Cela apporte énormément, c'est enrichissant culturellement et affectueusement. Nous avons un rôle important pour ces enfants : le réconfort, le soutien, le partage et l'éducation sur un temps donné.

Actuellement, en Seine-Maritime, notre famille est la seule dans cette action. Je vous invite à me contacter ou contacter « La Chaîne de l'espoir » si vous avez envie de vous lancer dans l'action humanitaire.

Carole DUHAMEL, Infirmière UMD



Ensemble, sauvons des enfants

La Chaîne de l'Espoir est une association humanitaire créée en 1988 par le professeur Alain Deloche, présidée par le Dr Eric Cheysson (chirurgien vasculaire au centre hospitalier de Pontoise). Cette ONG a pour mission de permettre aux enfants des pays en voie de développement d'avoir accès aux soins médicaux et chirurgicaux et à l'éducation scolaire.

MOUVEMENTS

PERSONNEL MÉDICAL

MOUVEMENTS CHANGEMENTS DE STATUT

Pôle de Psychiatrie Générale Rouen sud Elbeuf

G o1 : Nomination du Dr RAMANANA Minoharivelo PH temps plein médecine générale le 16/08/13

Pôle de Psychiatrie Générale Rouen rive droite

UNACOR : Nomination du Dr LE VACON Gaël PH temps plein le 01/06/13

G o3 : Recrutement du Dr LECLERC Sophie Praticien contract tps plein (CRA, UMOSTED, Adosphère)

Med gen: Nomination du Dr MICHAUT Karen PH temps partiel le 01/06/13

Pôle de Psychiatrie Générale Vallée de Seine Caux et Bray

G 10 : Mutation interne du Dr BARGE Michèle à temps plein au 01/07/13

RECRUTEMENTS

Pôle de psychiatrie Enfants et Adolescents

lo2: Nomination du Dr PODLIPSKI Marc-Antoine, PH temps plein le 01/07/13

PERSONNEL NON MÉDICAL

RECRUTEMENTS

AVRIL

- · HEBERT Marine TSH C.R.A
- PEREZ Pauline Infirmier Go7 Réintégration après dispo
- MESLIN Chloé Psychologue C.R.A
- · LIARD Sébastien AEQ Cuisine centrale
- PARIS Adrien Infirmier Go9 réintégration après dispo
- TRANCART Virginie ASHQ Go6 réintégration après congé parental

MAI

- MENAL Jessy OPQ Cuisine centrale
- DESANGLOIS Elsa Adjoint Adm DRH
- RIMCHI Cindy ASHQ Go6
- · GERAULT Emmanuel Adjoint Adm Gestion des malades
- LEMER Sandrine Adjoint Adm Archives méd

JUIN

- FRANCOISE Antoine Infirmier addictions
- GONDRY Magalie Psychologue Gos
- · LAGOUTTE Robin Infirmier Géronto psy
- NTADISSI Booz Adjoint Adm Gestion des malades

JUILLET

- LURON Julie Infirmier Go1 Réintégration après dispo
- PRIGENT Sébastien Infirmier Go9 réintégration après dispo
- · RAUCH Kim Infirmier Géronto psy
- GILLE Mélanie Infirmier G10
- LECLERCQ Clémence Infirmier Go9
- DIOUF YAYE Infirmier Go7
- LEPAGE Hugo Infirmier U.N.A.C.O.R
- DEMAREST Priscillia Infirmier Go6
- DESFORGES Aurore Infirmier Go6
- LANGLOIS Maéva Infirmier Go2
- LEVASSEUR Clémence Infirmier Go3
- BRUMENT Céline Infirmier Go1
- HAVIN Nicolas Infirmier Go1
- PIRON Ghislaine Infirmier Go9
- 1 MON dinstance minimier dos

AOÛT

- RIFFLART Frédéric Directeur Adjoint Travaux
- FRENNE Clémence Infirmier Go7
- LANDRIN Mathilde Infirmier Go4
- DAUVIN Damien Infirmier Go3
- BAZIZI Safia ASHQ U.N.A.C.O.R
- LEPROVOTS Nathalie Infirmier U.N.A.C.O.R
- ANGOT Nathalie Assistant Médic-Adm Archives méd réintégration après dispo

DEPARTS

AVRIL

- STERCZEWSKI Perrine Infirmier Go8 congé parental
- HULEUX Alexandra Cadre de Santé Go2 congé parental
- MONDET Emilie Infirmier Go7 mutation
- LEJEUNE Marine ASHQ Go6 Fin de contrat

MAI

- DESBUISSON Xavier Cadre de Santé I.F.S.I mutation
- LEMAIR Bertrand Agent de Maîtrise Atelier de plomberie mutation
- DELAUNAY Stewen Technicien Hospitalier Informatique Fin de contrat
- DIB Lla AS U.R.H.E.A congé parental
- EL FARISSI Khadija ASHQ Go6 congé parental
- LEPROU Cécile Infirmier Go6 Démission
- · OUARET Samia Adjoint Adm C.R.A Fin de contrat
- LEGUILLON Sophie Adjoint Adm DRH Fin de contrat

HIIN

- THOMAS Amélie OPQ Self-restaurant disponibilité
- BUCARD Marjolène Infirmier Gog mutation
- GALLIER Patricia Cadre de Santé Go3 mutation
- LEBERQUIER Ingrid ASHQ Go4 Fin de contrat

OHILET

- DUPUIS Julie Infirmier Go3 disponibilité
- LAISNE Corinne Infirmier Go4 mutation
- · LURON Julie Infirmier Go1 mutation
- BATTESON Emilie Armelle AS Go6 Fin de contrat

AOÛ

- LE DRO Rosine Infirmier Géronto psy disponibilité
- NTIBAZI Noella AS Go1 mutation
- ROC Sylvia Adjoint Adm Go3 Fin de contrat
- MESLIN Chloé Psychologue C.R.A Fin de contrat
- GIARD Jocelyne Cadre Supérieur de Santé Direction des soins Fin de contrat

RETRAITE

MAI

• ROMAIN Nelly ASHQ Io1

1111

- REQUIER Marie Hélène Infirmier Go9
- BOURGEOIS Yasmine Aide Soignant Secrétariat consult spécialisées
- DE BOISFLEURY Anne Psychologue Io1
- PETTA Violetta Cadre de Santé Go6 (au 01/04/2013)
- STEPHAN Philippe Infirmier Go7 (au 14/12/2012)
- FOURNIER Barbara Aide Soignant Géronto psy

IUILLET

- ELNA Marie Infirmier Go8
- LIMARE Myriam Assistant familial lo3
- PECANI Violeta ASHQ Géronto psy

AOÛT

• AUBERT Gisèle Assistante maternelle Crèche familiale

par le Dr Catherine ROUSSEL

NAISSANCES

- Clément Gosme né le 02/03/2013, fils de Caroline Blasquez et de Matthieu Gosme
- Adam Renaud né le 8/03/2013, fils de Emilie Salvi
- Alban Miranda né le 20/03/2013, fils de Claire Marchand Miranda
- Adrien Rio né le 9/04/13, fils de Farnaz Rio
- Julia Russo Berenguer née le 13/04/2013, fille de Vanessa Berenguer
- Léonie Lapierre née le 13/04/2013, fille de Héloïse Lapierre
- Alex Million né le 14/04/2013, fils de Oluyemisi Million
- Anna-Linh Clérisse née le 20/04/2013, fille de Angélique Richard
- Manny et Yanis Ferry nés le 20/04/2013, fils de Coralie Fourcin
- Alice Grieu née le 22/04/2013, fille de Mélanie Rimbert
- Hugo Leroux né le 22/04/2013, fils de Sandie Leroux
- Nessa Ngongo Kind Away née le 26/04/2013, fille de Virginia De Filippi
- Elyne et Leny Lemonnier nés le 27/04/2013, fille et fils de Elisa Lemonnier
- Lorenzo Alexandre né le 02/05/2013, fils de Florence Fouchard
- Cinthia Le Carrer née le 03/05/2013, fille de Coralie Le Carrer
- Mila Cardon née le 11/05/2013, fille de Adeline Thommerel
- Lucas Guillaud né le 15/05/2013, fils de Pierre Guillaud
- Emy Prunier née le 17/05/2013, fille de Marine Prunier
- Paola Dussert née le 21/05/2013, fille de Pauline le Pieres et Jérôme Dussert
- Louis Anquetin né le 03/06/2013, fils de Jean Pascal Anquetin
- Soline Chevalier née le 10/06/2013, fille de Audrey Llado
- Mathéo Courel né le 11/06/2013, fils de Cécile Lenglet
- Gabriel Jager né le 18/06/2013, fils de Charlène Varneville et Loïc Jager
- Anthon Férion né le 29/06/2013, fils de Virginie Férion
- Joylina Montout né le 06/07/2013, fille de Hélène Postel
- Zineb Bourdonnet né le 10/07/2013, fille de Ophélie Bourdonnet
- Couro-Hawa Wane née le 12/07/2013, fille de Ibra Wane
- Could-Hawa walle flee te 12/0//2013, fille de f
- Kloé Ridel née le 15/07/2013, fille de Julie Ridel
- Sadie Rekalija née le 24/07/2013, fille de Aurélie Rekalija
 Tristan Lefebvre né le 31/07/2013, fils de Flore Lefebvre
- Gabriel Trochu Queinnec née 4/08/13, fils de Caroline Queinnec
- Nina Fessard née le 23/08/13, fille de Hélène Grès

DECEC

- PRIEUR Jean-Pierre Maître Ouvrier Cuisine centrale, le 4/05/13
- POUTRAIN Ariane Psychologue Io1, le 20/05/13
- SAUNIER Isabelle Praticien hospitalier Io1, le 18/05/13

> Hommage au Docteur Isabelle SAUNIER



Notre consœur et amie Isabelle Saunier nous a quittés le 18 mai dernier après une maladie qui a duré près de trois ans et demi. Après avoir fait ses études de médecine à Rouen, elle a partagé son temps d'interne en psychiatrie entre le CHS de Becheville-les-Mureaux (78) et le CH du Rouvray. Elle s'est intéressée tôt à la pédopsychiatrie et a suivi une formation poussée à Paris auprès du Professeur Soulé. Elle a commencé à travailler comme interne dans le deuxième intersecteur de pédopsychiatrie, sous l'autorité du Docteur Beauroy, en 1985,

puis a pris un poste de praticien hospitalier dans le premier intersecteur, avec le Docteur Tournier en 1986. Jusqu'à l'arrêt de son activité en 2010, elle n'a plus quitté ce service qu'elle a marqué de sa présence attentive, son sens du contact, ses qualités de rigueur et d'écoute aussi bien auprès des enfants et de leurs familles qu'auprès des équipes et en particulier celles des CMP de Sotteville et de Petit-Quevilly, et de ses collègues qui regrettent profondément sa chaleur et son rire communicatif.

Départ en retraite de M. le Dr GOUIFFES

le vendredi 28 juin









Inauguration des nouveaux locaux de l'UMAPP

le vendredi 5 juillet à 15 h



Inauguration du nouveau bâtiment Henri Ey

le vendredi 5 juillet à 11 h 30













Quadrimestriel - nº51 septembre 2013

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

Directrice de la publication : Véronique Hamon

Comité de rédaction :

Jackie Aubert, Nicole Bessière, Valérie Bourgeois, Armelle Cuomo, Hélène Defay-Goetz, Benoît Demas, Martine Lamidey, Hélène Martel, Pascal Peneaut, Martine Reymond, Valérie Simon, Julie Valla.

Photos : Comité de rédaction

Conception et réalisation : Italic'Communication 24, rue de Fauville - 27000 Évreux - Tél. 02 32 39 15 49 № ISSN - 1269-147X