

Le ROUVRAY

**Cortexte :
tout est données**



Sommaire

ÉDITO

P. 2

DOSSIER

Cortexte

P. 2 à 5

ON EN PARLE

Le médicament

P. 6

*Développons la culture
de l'erreur positive*

P. 7

GROS PLAN

Télémédecine

P. 8 et 9

Focus sur la lingerie

P. 10

MOUVEMENTS

P. 11

CHANTIER IFSI

P. 12



Cette édition du Journal « le Rouvray » est consacrée plus particulièrement à l'évolution du dossier patient informatisé avec la nouvelle version du logiciel CORTEXTE dont l'installation vient de s'achever pour les secteurs adultes, celle des secteurs de pédopsychiatrie intervenant en janvier et février 2014.

Ceci confirme que le Rouvray, 3^e CHS de France par son activité, continue de s'inscrire dans la modernité et le dynamisme en développant l'utilisation de cet outil de travail indispensable qu'est devenue l'informatique médicale et soignante au service de la qualité des soins.

Le dossier patient informatisé facilite les transmissions, permet la traçabilité des actes réalisés, sécurise la continuité des soins par l'accès aux données du patient de n'importe quelle structure du Rouvray.

L'établissement peut ainsi envisager pour 2014 de candidater au projet national « HOPITAL NUMERIQUE » afin d'obtenir un financement venant nous aider à supporter les coûts de ce projet qui structure durablement notre système d'information.

Le Rouvray est aussi connu et reconnu nationalement pour son activité de télé-médecine, qui a permis à la région Haute-Normandie de développer le projet TISSE avec l'installation de visio-conférence dans de nombreux établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées. Des consultations, des télé-staffs et des télé-expertises sont ainsi possibles en évitant les déplacements de psychiatres, mais aussi de gériatres, de dermatologues, etc...

Ces deux exemples démontrent notre volonté de toujours améliorer la qualité et la sécurité des soins, dans un contexte de pénurie médicale, surtout en zone rurale, au bénéfice de l'ensemble de la population sous notre responsabilité.

Un grand merci à celles et ceux qui y participent très activement.

Véronique HAMON
Directrice

Déploiement de Cortexte V7 au sein du centre hospitalier du Rouvray

Retour sur les grandes phases de mise en œuvre des fonctionnalités CORTEXTE

L'aventure du dossier patient informatisé a commencé au Rouvray fin 2007, avec le déploiement du logiciel « CORTEXTE » de la société CAPCIR qui est le logiciel le plus déployé sur les établissements psychiatriques après CARIATIDES du GIP Sym@ris (selon l'Atlas SIH – Mai 2013).

Le principe était de mettre en place un dossier du patient unique qui contienne toutes les informations médicales et paramédicales centrées sur le patient avec des accès sécurisés :

- Identification unique du patient (Identification Permanente du Patient (IPP))
- Alimentation du recueil d'information médicale psychiatrique (RIMP)
- Alimentation du contenu du dossier du patient en temps réel, par les différents acteurs (Amissions, Médecins, Personnel soignant, Laboratoire...)
- Consultation du dossier à différents niveaux d'information, suivant des profils définis (médecins, infirmiers, secrétaires...)

Nous avons commencé par le RIMP (2007-2008), puis nous nous sommes engagés dans l'informatisation du circuit du médicament (prescription, dispensation, administration), impliquant l'ensemble des médecins, des personnels infirmiers, pharmacie, le DIM, la direction des Soins et l'informatique (2009).

Ce déploiement a nécessité un effort important de formations et un investissement des soignants et des médecins pour modifier les organisations afin de faire bénéficier les patients des apports de l'informatique en termes de lisibilité, de rigueur et de traçabilité des traitements.

Ensuite, à partir de septembre 2012, les prescriptions d'examens de laboratoire sont venues rejoindre les prescriptions de médicaments dans CORTEXTE, ainsi que les résultats des analyses, les analyses étant réalisées en externe par les laboratoires du CHU de Rouen.

Parallèlement, des fonctionnalités complémentaires étaient expérimentées dans les unités d'hospitalisation, comme la pancarte ou le parcours de soins des patients, tandis que les observations infirmières étaient en test dans le secteur G01 et pour les interventions de service social.

Le nouveau CORTEXTE V7 est arrivé en septembre 2013

Outre des améliorations générales, la nouvelle version V7 de CORTEXTE offre une nouvelle ergonomie Web, plus de fonctionnalités et a été développée dans le but de simplifier le travail des professionnels de santé, il était donc intéressant de la mettre en place le plus rapidement possible.

Un déploiement ambitieux avec la formation de tous les personnels concernés

Le déploiement a été déterminé par le COPIL DPI (Dossier Patient Informatisé) sur la base d'un démarrage secteur par secteur (avec les services spécifiques associés) de septembre à décembre 2013 pour la psychiatrie adulte et se fera début 2014 pour la psychiatrie infanto juvénile.

Il s'agissait de former chaque semaine un secteur qui démarrait en réel le lundi de la semaine suivante et de maintenir ce rythme sur trois mois pour déployer les 10 secteurs adultes et sur cinq semaines pour les 4 secteurs de psychiatrie infanto juvénile.

Corinne Lebehec et Sylvain Lemarchand ont assuré les formations des personnels non médicaux, aidés par Valérie Simon et une partie des cadres référents. Au fil des groupes, le contenu et les exemples présentés ont évolué et cela a constitué une expérience enrichissante pour les formateurs et pour les formés.

Les formations des médecins ont été réalisées parallèlement par le Dr Serge Delègue, afin que tous les professionnels concernés soient confrontés ensemble à ce changement.

Le secteur pilote a été le Go8. Il a été formé à partir du 9 septembre, a démarré en production le 16 septembre et a « essuyé les plâtres » pendant deux semaines. Il faut remercier tous ceux qui ont souffert devant leur écran mais qui ont permis ainsi de réajuster le paramétrage, de remonter à l'éditeur les modifications à faire, tout cela pour éviter aux autres le plus de problèmes possibles.

Ensuite, le projet a été mis en place selon le calendrier suivant :

SECTEURS	SEMAINES	NOMBRE DE PROFESSIONNELS FORMES	DATE DÉMARRAGE
G01	39	58	30/09/2013
G02	40	65	07/10/2013
G03	41	72	14/10/2013
SCE ACCOMPAGNEMENT	41	19	14/10/2013
G04	42	57	21/10/2013
SPAR	42	21	21/10/2013
G05	43	49	28/10/2013
G06	46	60	18/11/2013
G07+BADINTER	48	82	02/12/2013
G08	38	58	23/09/2013
G10	47	66	25/11/2013
G09	49	69	09/12/2013
SPNP-GERONTO-SMPR	50	57	16/12/2013
UMD	51	63	23/12/2013
Adultes (séances sup)	2	15	
ADO	2	31	13/01/2014
l01	3	50	20/01/2014
l02	4	70	27/01/2014
l03	5	51	03/02/2014
TOTAL		1013	

Témoignage d'une cadre de Santé

« Ce petit message afin de vous donner des nouvelles concernant le fonctionnement de CORTEXTE.

Au bout d'une semaine, je crois pouvoir dire que c'est un outil que nombre de personnels (pour ne pas dire la majorité) a adopté et apprécie.

Le personnel s'est rapidement familiarisé avec cette nouvelle « formule ».

Je me fais la porte parole de l'équipe soignante pour remercier l'ensemble des personnes (DIM et informatique) qui nous a permis d'utiliser rapidement et efficacement cet outil. »

Plusieurs mesures d'accompagnement des équipes ont été réalisées lors de chaque démarrage :

- le DIM et la DEI se sont mobilisés en assurant une présence sur place tous les lundis et en ayant organisé un accès hot line privilégié,
- un complément de postes informatiques a été défini avec l'encadrement supérieur et mis en place dans les unités de soins afin de faciliter les évolutions organisationnelles.

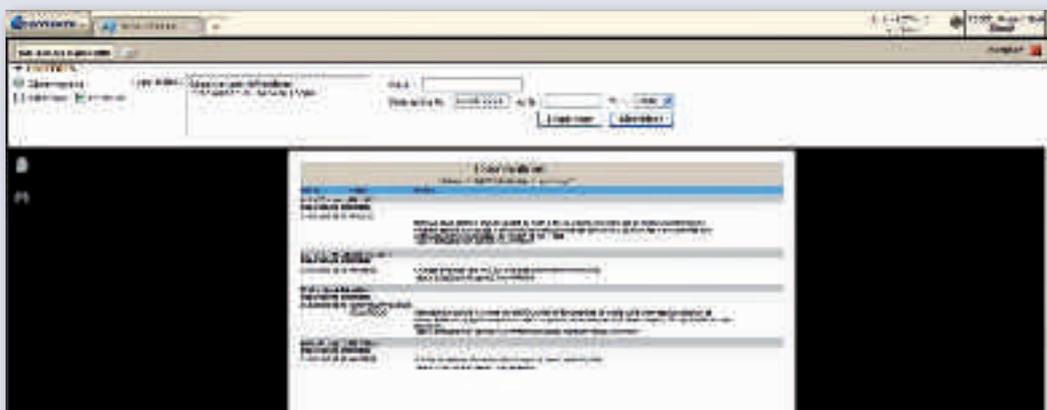
En complément, des réunions de bilan au sein des différents services ont eu lieu avec le DIM et la DEI, après quelques semaines d'utilisation, pour prendre en compte les difficultés et les avancées rencontrées et ainsi capitaliser l'expérience au bénéfice de tous.

Des apports fonctionnels importants pour la transmission des informations

Le dossier patient informatisé a comme avantages d'être accessible immédiatement et en permanence, de favoriser le partage de l'information et la communication entre les différentes équipes de soins. Il contribue à une meilleure prise en charge du patient.

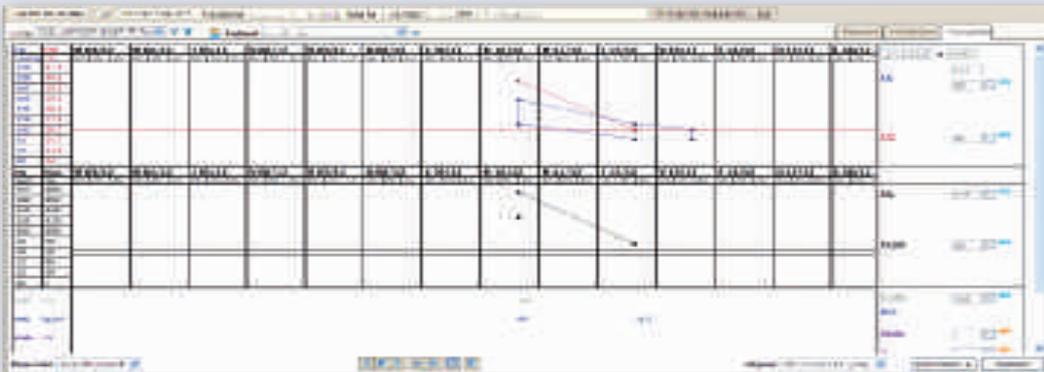
• La mise en œuvre des observations infirmières et interventions de service social

- Une source fiable d'informations
- Une amélioration de la traçabilité des soins
- Une meilleure lisibilité de l'écriture
- Une consultation des données facilitée



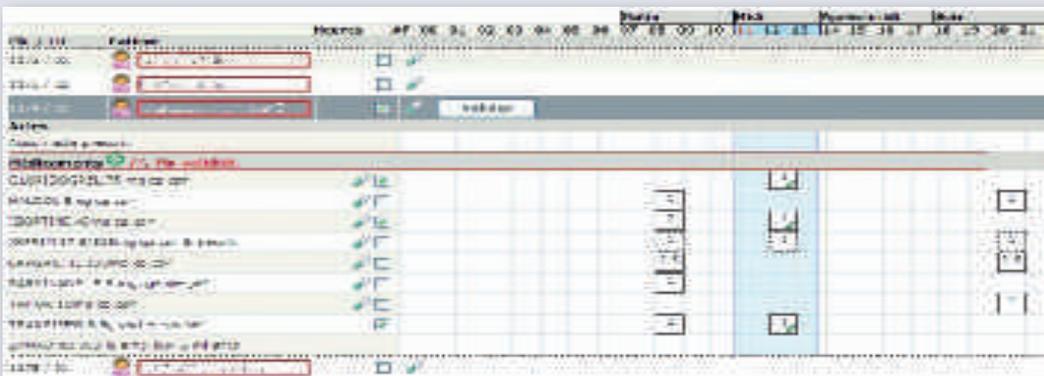
• Le cahier de rapport

Une information efficace et rapide de l'ensemble des observations des patients de l'unité.



- **La pancarte**

Une saisie et un suivi rapide des constantes



- **La validation individuelle de l'administration des médicaments**

Pour permettre une validation efficace de l'administration

- **Le plan de soins**

En cours de réalisation avec la mise en œuvre des prescriptions biologiques et les prises de rendez-vous des examens...

- **La Production de Statistiques**

Un requêteur statistique et éditeur d'états à la demande

Les projets CORTEXTE pour 2014

La V7 en psychiatrie infanto-juvénile

La même méthodologie va être mise en place pour le pôle et il faut espérer que l'expérience acquise sur les secteurs adultes permettra de continuer un déploiement qui est exemplaire.

L'intégration des courriers

En intégrant CORTEXTE, les différents courriers pourront être alimentés automatiquement à partir d'informations déjà saisies dans CORTEXTE (identité, diagnostic, séjour, prescription...), ce qui facilitera le travail des secrétariats et permettra à tous les acteurs de la prise en charge du patient d'avoir l'information nécessaire (en fonction de leurs droits), sans dépendre du dossier papier.

Les courriers dans CORTEXTE s'effectuant avec WORD 2010, des sessions de formations sont en cours (décembre 2013) pour l'ensemble des secrétaires de l'établissement.

La candidature du CH du Rouvray à Hôpital Numérique

Le plan national Hôpital Numérique définit le niveau de maturité des

systèmes d'information des hôpitaux qui est à atteindre d'ici cinq ans pour ce qui concerne la production de soins.

Le Ministère a déterminé une enveloppe pour accompagner les projets qui seront retenus par l'ARS, puis examinés nationalement. L'établissement candidat doit pouvoir prouver qu'il atteint les pré-requis techniques, fonctionnels et organisationnels. Il doit ensuite déterminer le domaine fonctionnel sur lequel il candidate, et s'il est retenu, il devra impérativement respecter le calendrier prévu et prouver qu'il atteint bien les indicateurs avant d'obtenir le financement.

Le CH du Rouvray travaille sur la possibilité de candidater sur le domaine fonctionnel concernant les prescriptions alimentant le plan de soins, domaine où il est déjà relativement avancé. Les prescriptions concernées sont celles des médicaments, des examens de laboratoire, de l'imagerie et des explorations fonctionnelles et enfin celles des actes infirmiers, l'ensemble alimentant le plan de soins.

Il reste encore bien du chemin à faire pour continuer l'informatisation du dossier patient qui permet de mettre en place des outils communs à tous les services, accessibles (en fonction des droits) aux professionnels en temps réel, leur donnant les informations nécessaires à la prise en charge des patients et facilitant ainsi leur parcours.

La dynamique remarquable que le CH du Rouvray a réussi à créer autour de CORTEXTE démontre que les pratiques professionnelles médicales et paramédicales peuvent évoluer en synergie avec les évolutions techniques et cela au bénéfice des patients et des professionnels.

Les équipes DIM et DEI

L'informatisation du dossier patient

Cortexte : tout est données



Psychiatre au Département de l'information médicale (DIM), Serge Delègue est chargé de former le personnel médical de l'hôpital du Rouvray à la nouvelle version de Cortexte, le logiciel qui gère de nombreuses informations du dossier patient.

Qu'est-ce que le logiciel Cortexte et que permet-il ?

En 2007, l'hôpital a dû s'équiper d'un logiciel permettant de répondre à une nouvelle réglementation légale: la transmission de l'activité RIM-P; cela a permis de débiter l'informatisation du dossier patient. Des données médicales informatisées sont transmises anonymement à une agence ministérielle nommée l'ATIH (agence technique de l'information sur l'hospitalisation). Tout en répondant aux obligations légales, pour les soignants et les médecins, ce logiciel facilite l'accès à l'information. Des éléments autrefois contenus dans le dossier papier sont maintenant accessibles et partagées entre les différents intervenants. Par ailleurs, ce logiciel permet également de produire des données chiffrées sur nos activités. Elles peuvent être d'intérêt général pour l'hôpital, un pôle, un service mais aussi particulières et ciblées. Par exemple, si un médecin veut savoir combien de patients schizophrènes qu'il a suivis depuis 5 ans, il peut aujourd'hui avoir une réponse rapide.

Au Rouvray, qui a accès à ce logiciel ?

Tous les services de l'hôpital transmettent des informations au DIM. Le réseau est intra et extra-hospitalier puisque le dossier d'un patient de Gournay peut être consultable au Rouvray. Les médecins, les infirmiers, les psychologues, les ergothérapeutes, les assistantes sociales, le personnel administratif... utilisent Cortexte mais chaque catégorie professionnelle a accès à certaines données. Par exemple, les médecins ont accès aux prescriptions, changent les traitements

alors que les infirmiers ne peuvent que les lire. Les assistantes sociales comme les infirmiers peuvent, écrire leurs observations dans le dossier patient. Les droits aux informations recueillies ne sont donnés qu'en fonction de la nécessité que le professionnel en a.

L'accès à ce logiciel est donc sécurisé...

Oui, chaque personne a un identifiant et un code en fonction de sa profession. Il a accès ou pas à certaines données dans certaines unités de soins. En plus, Cortexte a une fonction qui permet de garder une traçabilité des connexions aux dossiers. Le dossier conserve dans un historique le nom du professionnel qui l'a consulté.

Que permet la nouvelle version du logiciel Cortexte ?

Pour l'utilisateur, la logique de cette nouvelle version est la même que l'ancienne. Seulement, son ergonomie est améliorée, sa présentation est plus lisible et son déploiement est l'occasion, après le circuit du médicament et l'informatisation des examens biologiques, de numériser les transmissions infirmières et la fiche de liaison sociale.

Le personnel de l'hôpital va-t-il devoir se former à cette nouvelle version ?

Oui, le DIM avec l'équipe du service informatique a quatre mois pour former tout le personnel hospitalier. Cette formation va permettre de rappeler les bonnes pratiques du logiciel.

Le nouveau COMEDIMS

va organiser une auto-évaluation de la prise en charge médicamenteuse dans les unités d'hospitalisation complète

En mars 2013, la Commission Qualité, Sécurité des Soins et Gestion des Risques avait préconisé de recréer un COMEDIMS, COmité du MEDicament et des DISpositifs Médicaux Stériles, au sein de l'établissement. Il était en effet indispensable que Le Rouvray dispose d'une instance chargée de mettre en place le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient exigée par l'arrêté du 6 avril 2011.

La première réunion du nouveau COMEDIMS a eu lieu le 4 juin 2013, au cours de laquelle ses missions concernant à la fois la mise en œuvre de l'arrêté du 6 avril 2011 et la réussite de la certification V2014 sans réserve majeure sur la prise en charge médicamenteuse ont été rappelées.

Le COMEDIMS se compose d'une équipe pluridisciplinaire, sous la présidence partagée du Dr Navarre et de Mme Lamidey :

➤ **Les responsables du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient :**

- Dr NAVARRE (président de la CSQR et coordonnateur des risques) ;
- Mme BAUCHET (pharmacienne) ;
- Mme MALBREC (cadre supérieure de santé).

➤ **Les représentants des pôles (un psychiatre et un cadre soignant) :**

- Pôle Rouen Sud - Elbeuf : Dr GALMEL et Mme COUTARD ;
- Pôle Rouen Rive Droite : Dr MONCHABLON et Mme LAUDE ;
- Pôle Vallée de Seine, Caux et Bray : Dr LEMOINE Xavier et Mme MOREIRA ;
- Pôle Enfants et Adolescents : Dr LARSON-WAGHEMACKER et Mme CHARLIER.

➤ **Un médecin généraliste :** Dr MICHAUT

➤ **La directrice adjointe chargée de la qualité :** Mme LAMIDEY

➤ **La responsable de la qualité :** Mme MARTEL

➤ **L'attachée du DIM :** Mme LEBECHEC

Le COMEDIMS est en train d'élaborer son programme d'action, dont la première est la réalisation d'un audit général de la prise en charge médicamenteuse dans les services d'hospitalisation complète. Cet audit

est indispensable puisqu'il fait partie des critères demandés par la HAS aux établissements et, en particulier à ceux qui, comme le Rouvray, ont eu une recommandation lors de la précédente certification sur la prise en charge médicamenteuse.

Cet audit sera constitué **d'une auto-évaluation qui sera réalisée par une équipe pluriprofessionnelle de chaque unité**, à partir d'un questionnaire conçu par l'ANAP (agence nationale d'appui à la performance). Cet outil a été retenu par le COMEDIMS parce qu'il a l'avantage d'être validé nationalement et de donner immédiatement les résultats du questionnaire à l'équipe.

Chaque équipe pluriprofessionnelle devra comprendre les métiers concernés par la prise en charge médicamenteuse, médecins et infirmiers.

Cette auto-évaluation aura lieu en mars 2014, une fois que toutes les unités d'hospitalisation auront mis en place la version 7 de CORTEXTE qui apporte des améliorations fonctionnelles.

Des informations complémentaires sur les modalités concrètes de réalisation seront données prochainement : **recommandations pour la composition des équipes pluriprofessionnelles, calendrier des formations à l'utilisation de l'outil** par des membres du COMEDIMS etc.

Le COMEDIMS vous remercie d'avance de votre participation à cette auto-évaluation qui va mesurer le niveau de qualité de notre prise en charge médicamenteuse, ce qui permettra ensuite de mieux cibler les améliorations nécessaires.

Martine LAMIDEY, Coprésidente du COMEDIMS
Dr Christian NAVARRE, Coprésident du COMEDIMS

➤ Un psychiatre assassiné à Rouen



Le Dr Laurent Fabre a été retrouvé assassiné par de très nombreux coups d'une arme blanche dans le haut du corps, à l'entrée de son cabinet, 33 rue Beffroy à Rouen ce jeudi matin 17 octobre 2013 un peu après 8h00.

Dès la nouvelle connue des vagues immenses d'émotion, de stupéfaction, d'incrédulité, d'horreur devant cet acharnement ont déferlé dans le milieu de la psychiatrie, des soins, de la cité, à Rouen, dans la région et nationalement.

Comment cela a-t-il été possible ?

Chacun, personnel soignant en ville et à l'hôpital, citoyen s'est senti atteint dans son intégrité par l'arbitraire de cette mort qui frappe sans prévenir, avec la volonté de tuer.

Nous connaissons les risques du métier et les aléas de la vie en oubliant volontiers ce qu'est le miracle de cette vie, de l'amour, la fragilité de notre sociabilité et du pacte démocratique menacé par les forces de destruction et de mort.

Tout a été dit ou presque sur les qualités professionnelles et humaines de Laurent Fabre, son humanisme, sa curiosité, notamment lors de la cérémonie religieuse très belle et digne célébrée le 26 octobre 2013 en l'Église Notre-Dame de la Miséricorde à Mont-Saint-Aignan.

Développons la culture de l'erreur positive

Déclarons des FEI liées à la prise en charge médicamenteuse des patients

Depuis plusieurs années, le Rouvray s'est efforcé de prévenir l'apparition d'événements indésirables, et en cas de survenue de tels événements, de les identifier, d'en analyser les causes, et de mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'ils se reproduisent.

Cette démarche de gestion des risques s'inscrit dans la perspective d'une amélioration continue de la qualité des soins et prestations apportés aux patients. Cependant, en regardant les Fiches d'Événements Indésirables (FEI), on constate qu'il n'y a aucune déclaration d'erreur liée à la prise en charge médicamenteuse.

Est-ce parce qu'il n'y en a pas ?

C'est peu vraisemblable étant donné la taille de notre établissement avec ses 566 lits d'hospitalisation complète, ses 5 428 entrées et ses 207 234 journées en 2012.

Il y a forcément des erreurs de prescription, de dispensation, de préparation, d'administration, mais elles ne sont pas déclarées.

Pourquoi ?

Parce que la culture de la faute est encore dominante au Rouvray, comme dans beaucoup d'établissements.

C'est la crainte de voir sa responsabilité personnelle engagée, ou celle de l'établissement, qui domine, plutôt que la volonté d'apprendre collectivement en examinant ses erreurs et en prenant des mesures pour éviter qu'elles se reproduisent.

C'est ce changement majeur de point de vue qui est à développer : l'erreur n'est pas une possibilité, c'est une réalité inhérente à la nature humaine (perception incomplète de la réalité, émotion qui parasite la réflexion, tâche interrompue qui perturbe l'action, etc.).

Il faut donc d'abord accepter que l'erreur va se produire, qu'il est inutile de la nier, mais qu'il est de notre responsabilité collective de travailler à la limiter.

C'est ainsi que, pour ce qui concerne la prise en charge médicamenteuse, nous

mettons en place des bonnes pratiques, nous essayons d'avoir une répartition claire des tâches, nous nous aidons de l'outil informatique, nous prévoyons des points d'auto-contrôles ou de contrôles croisés, nous évitons les interruptions sur des tâches où les risques d'erreurs sont plus importants comme la préparation ou l'administration des médicaments.

Lorsque l'erreur survient malgré les précautions prises, il faut évidemment d'abord en atténuer les conséquences, puis considérer qu'il y a à apprendre de ce dysfonctionnement, et donc qu'il faut accepter d'en parler pour évoluer.

Cela demande de développer un climat de confiance, d'abord dans l'équipe, puis en dehors de celle-ci, en acceptant de déclarer des FEI sur des erreurs de prise en charge médicamenteuse qui, en étant analysées collectivement, permettront de faire progresser nos organisations en trouvant comment améliorer nos pratiques.

Il faut donc changer progressivement au Rouvray, en développant la culture de l'erreur positive au détriment de la culture de la faute, et, pour ce faire, commencer à déclarer des FEI liées à la prise en charge médicamenteuse.

Voici un exemple réel : il y a eu une erreur de voie d'administration, une ovule-suppositoire ayant été administrée par voie orale. L'infirmière a téléphoné à la pharmacie dès qu'elle s'est aperçue de son erreur, la pharmacie a confirmé qu'il n'y avait pas de conséquence pour le patient et pour éviter que cela se reproduise, la pharmacie a renforcé l'information sur ce médicament en insistant sur la voie d'administration.

Mais il n'y a pas eu de FEI, nous ne pourrions donc pas démontrer que nous sommes dans une démarche d'amélioration de la qualité et que nous apprenons de nos erreurs pour ce qui concerne la prise en charge médicamenteuse du patient, alors que nous l'avons fait.

Il est important de commencer à déclarer des FEI, cela nous permettra d'acquérir une expérience collective d'amélioration de la sécurité des soins dans un climat constructif entre professionnels de santé, en lien avec les patients et leurs familles.

La Direction de l'Évaluation et de l'Informatique

C'était un excellent psychiatre, un ami pour beaucoup, qui avait été formé dans cet hôpital qui était et demeure un lieu de formation de qualité. Il avait surtout exercé dans le secteur 76Go8 avec les Drs Paul Edmond Huguet et Jean-Michel Membrey d'Octobre 1983 à Décembre 1992, après un internat de spécialité à Paris dans les Hôpitaux de la Seine. Il était aussi directeur médical du Centre Médico Psychopédagogique Sévigné à Rouen. Il gardait de bonnes relations avec ses collègues du service public et nous étions nombreux à travailler en lien avec lui.

Après l'assassinat d'un autre médecin dans l'agglomération en mars 2013, c'est donc un autre médecin qui est frappé.

« En ces jours de tristesse et de colère... » titrait l'éditorial du

Dr Jean-Luc Maupas dans le dernier bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins... oui tristesse et colère devant le déchaînement d'une violence aveugle.

Tristesse et interrogations lancinantes, douloureuses toujours... Qui ? Pourquoi ? Deux mois après le meurtre nous ne connaissons pas le ou la coupable.

Nous espérons que la police et la justice nous aideront à répondre à ces questions.

Que la mémoire de Laurent Fabre soit honorée.

Dr Alain GOUIFFES

Le dispositif de téléconsultations en psychiatrie

La région Haute Normandie est l'une des régions les plus touchées par la désertification médicale et affiche un taux de psychiatres deux fois plus faible que la moyenne nationale. À ce triste constat, s'ajoute une augmentation prévisionnelle de la population des personnes âgées (entre 16 à 32 % de personnes dépendantes entre 2000 et 2020) et une difficulté d'accès des territoires isolés.

Le Centre Hospitalier du Rouvray a adapté ses pratiques et s'est engagé dans la télépsychiatrie dès 2007, à l'occasion d'un appel à projets HAS.

L'Agence Régionale de Santé de Haute Normandie a donc mis en place et coordonne un vaste programme de télémédecine TISSE¹. Il est destiné à améliorer la prise en charge des résidents dans le secteur médico-social, en intégrant les actes de télémédecine comme modalité d'intervention des équipes mobiles et hospitalières, dans le domaine de la psychiatrie et de la gériatrie. Il concerne à fin 2013, 19 établissements du handicap et 39 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Ainsi, 4 Secteurs sont rattachés au Centre Hospitalier du Rouvray : le Pays de Bray, le Pays de Caux, Rouen rive gauche, Rouen rive droite ; 22 structures sont conventionnées, pour une capacité de près de 3 000 lits. À ce jour, notre Établissement ne peut honorer toutes les demandes, nombre d'EPHAD sont encore en attente de conventionnement.

Ce projet a pour objet de permettre aux équipes mobiles qui travaillent avec les EPHAD, d'étendre leur couverture territoriale, à effectif constant, dans la mesure des moyens disponibles et d'optimiser le temps médical.

S'agissant de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, ce dispositif permet d'assurer principalement un suivi des propositions thérapeutiques, sous forme de téléstaff avec les médecins coordonnateurs et les médecins traitants, et de donner une réponse rapide de conduite à tenir en cas d'urgence dans les EPHAD. Il favorise en outre, les prises en charge par la tenue de téléconsultations de

suivi afin de prévenir un passage aux urgences évitable. La téléconsultation ne se substitue pas à la visite du psychiatre, elle complète la prise en charge, permet de s'affranchir des contraintes géographiques, d'étendre la couverture territoriale, et de répondre à la désertification médicale.

Quant au patient, après acceptation de la démarche, il fait l'objet d'une consultation, en face-à-face avec le psychiatre. Si son état est jugé compatible avec cette technique, la téléconsultation est ensuite mise en place. Il sera toujours accompagné d'une infirmière, sauf s'il exprime la volonté d'être seul.

La consultation se déroule comme pour une consultation traditionnelle et le patient oublie rapidement la caméra et l'écran, le dialogue s'installe comme si rien n'était différent.

Pour l'instant, il s'agit d'un dispositif simple fonctionnant entre deux établissements via un réseau haut débit sécurisé. Après un programme de déploiement technique mené tout au long des années 2012 et 2013, les téléconsultations et les téléexpertises se développent à des vitesses inégales sur le territoire régional.

La télémédecine représente un progrès technique qui ne peut plus être ignoré par les praticiens. Si le lancement de cette nouvelle méthode a suscité, au départ, une certaine frilosité de la part des professionnels de santé, ceux qui l'ont essayée l'ont rapidement adoptée. Le dispositif poursuivra son déploiement sur d'autres établissements de Haute Normandie, dans les prochaines années.

Dr Sadeq HAOUZIR

1. Tisse : Télémédecine en structure médico-sociale »

► « Les passeurs de soins » 52'

Documentaire de Philippe Masse - Une coproduction Mil Sabords et France 3 Haute-Normandie

Avec le soutien du Pôle Image Haute-Normandie (Fonds d'aide Région Haute-Normandie/CNC), Cosip, Procirep-Angoa, RRAPP (Réseau Régional d'Action Psy Précarité)

Dans l'agglomération rouennaise, une équipe psychiatrique, qui a été la première de France, part quotidiennement à la rencontre de ceux qui ne se soignent jamais, qui ne réclament rien, et qui vivent dans la rue, les grands précaires, clochards, migrants, jeunes en errance. Elle les rencontre dans les centres d'hébergement, et tentent de restaurer la dimension psychique de ces personnes, en les réintégrant dans une histoire, leur histoire. En étroite collaboration avec les travailleurs sociaux, psys et infirmiers les amènent, peu à peu, à reprendre soin d'eux.

Le film réalisé avec l'équipe de l'UMAPP a été projeté le 16 décembre en avant-première à l'Ariel (Mont-Saint Aignan) passera sur FR3 samedi 18 janvier 2014 à 15 h 30.



La téléconsultation : un nouvel outil de soin à distance

Mise en place en 2007 dans le cadre du développement de la télémédecine, la téléconsultation facilite le quotidien des soignants et des patients. Entretien avec le docteur Sadeq Haouzir.

Comment se déroule une séance de téléconsultation ?

Le praticien se rend dans la salle de visioconférence et se connecte avec un des centres où se trouve le patient. Le fonctionnement est très simple.

Cette pratique se généralise-t-elle ?

Oui. Lorsque la téléconsultation a été mise en place, on l'a testée durant un an avec l'EHPAD de Gournay. L'étude d'acceptabilité et de faisabilité a révélé que 88 % des patients et plus de 80 % des soignants étaient satisfaits par ce dispositif. En 2007, on a fait environ une centaine de consultations à distance. Aujourd'hui, on en fait une cinquantaine par mois.

Quels sont les atouts de la téléconsultation ?

Elle permet d'abord d'éviter les temps de trajets. Lorsque je me

déplace à Gournay pour une consultation d'une vingtaine de minutes, j'ai plus de deux heures de trajet... Mais elle a également des atouts pour les patients. En cas de crise, je peux réaliser une téléconsultation avec le patient et m'entretenir avec lui rapidement. Aussi, pour les structures médico-sociales manquant de médecins et de psychiatres, la téléconsultation est un vrai gain de temps.

Cette nouvelle méthode ne déshumanise-t-elle pas la relation au patient ?

Non, c'est une autre façon de travailler. La déshumanisation est un *a priori*. Les médecins qui jugent cette méthode déshumanisante ne l'ont pas utilisée. Une fois qu'on l'a testée, on se rend compte que c'est efficace, que les liens sont plus simples.

Les patients ont-ils été déstabilisés par la téléconsultation ?

Non, elle a été bien mise en place. Les patients sont devant l'écran, ils sont face à un médecin qu'ils connaissent. Ils oublient vite qu'il y a un écran entre eux et le médecin.

Y a-t-il des points négatifs ou à améliorer dans la téléconsultation ?

Les téléstaffs et téléconsultations sont plus fatigants que les staffs et les consultations classiques. Il y a un temps de latence, une rigueur dans l'entrevue qui impose au médecin une concentration accrue. Une plage de téléconsultations ou téléstaffs ne doit pas excéder deux heures. Cette limitation horaire impose aussi d'être plus concis.

Témoignage

► Laurence Roig,

psychologue à l'EHPAD de Forges les Eaux,
utilisatrice de la téléconsultation :

« En tant que psychologue, je ne suis pas toujours disponible pour me déplacer. La téléconsultation permet de garder contact avec le Rouvray. Les consultations d'urgence apportent de vraies solutions dans les moments difficiles. On ne ressent aucune déshumanisation, l'interlocuteur est très visible et on apprend vite à s'en servir ».

Focus sur...

L'équipe de la lingerie du Rouvray

La Lingerie Centrale du CH du Rouvray assure un soutien logistique à tous les services de l'établissement, de l'approvisionnement en linge hôtelier et en tenues professionnelles, en passant par le marquage du linge des patients, jusqu'à la récupération de ces différents types de linge.

Le personnel de la lingerie s'efforce de réaliser une prestation qui soit réactive et de qualité afin de permettre aux personnels des unités d'accueillir les patients dans les meilleures conditions possibles quant au linge, de réaliser leurs missions avec aisance quant aux tenues professionnelles.

Rattaché à la Direction des Services Economiques et Logistiques (DSEL), et en perpétuelle recherche d'amélioration, le service a été certifié ISO 9001-2008 pour la première fois en décembre 2012.

Le quotidien des agents est particulièrement rythmé, tout en étant ponctué de demandes complémentaires imprévisibles et souvent urgentes de la part des services. L'objectif de l'équipe est de répondre favorablement et dans des délais acceptables à chaque requête des unités de soins, des services logistiques et techniques ou bien des familles de patients. Pour cela, les agents doivent faire preuve chaque jour de qualités incontournables d'organisation, de rigueur, de polyvalence et d'écoute.

Une organisation quasi-chronométrée

Géré en véritable plateforme logistique, il s'opère en lingerie, un véritable va-et-vient régulier de véhicules.

Pour fournir à temps en linge propre toutes les unités de l'hôpital, un strict respect de la tournée de livraison est nécessaire (pas moins de 50 points de livraison différents). A cela s'ajoutent d'autres missions quotidiennes, comme la récupération des bacs de linge vides, la gestion des demandes complémentaires en linge ou des livraisons diverses (ex : matelas). Le ramassage du linge sale est également très structuré, de façon à optimiser les déplacements des véhicules et le temps de collecte.

Une exigence de rigueur incontournable

Dans chacune de ses missions, l'équipe est soumise à des exigences de rigueur, par exemple quand il s'agit de redistribuer le linge propre des patients dans les unités, ou lors de la phase d'étiquetage de leurs vêtements. D'une manière générale, ces facultés de rigueur sont indispensables pour traiter en



Sylvie AUDOUIN, Alvin BAYIZA, Didier PATUREL, Carole LABBE, Jonathan ROSE, Hervé PODEVIN, Florelle RENET, Pascal SIRMEL, Jérôme GODFROY, Patrice DECONIHOUT, Stéphane DUCHESNE (Absent sur la photo)

temps et en heure les demandes des différents services – arrivant quotidiennement par fax, téléphone ou mail, voire via une visite en lingerie des agents des unités. Les exigences du métier sont ainsi très fortes, et ce afin de ne pas pénaliser toute une organisation et de contribuer à l'amélioration du confort des patients comme des conditions de travail des personnels. En parallèle de cette exigence de qualité, l'équipe a également en charge le suivi régulier du stock de linge et de matériel, mais également du budget alloué, dans un objectif d'efficience.

Des missions très diverses

Les missions du service étant très variées, tous les agents sont par conséquent polyvalents. Ils sont ainsi appelés à occuper différents postes de travail : conduite des véhicules dans l'hôpital, tri du linge sale, réparation du linge hôtelier, enregistrement du linge patient, répartition du linge hôtelier selon les dotations, relai avec les services utilisateurs et avec les prestataires extérieurs, etc.

Une équipe à l'écoute de ses utilisateurs

Les agents de la lingerie sont directement en lien, sur le terrain, avec les services utilisateurs et ont dès lors en charge de garantir une qualité d'écoute à ces services. Ils ont également pour mission d'assurer l'interface entre le Rouvray et les prestataires extérieurs afin que la coordination Rouvray-prestataire soit optimale.

L'équipe de la lingerie

Chiffres-clés

Une équipe de 10 agents et une responsable de service.

350 000 kg de linge traité/an soit environ 1 000 kg de linge utilisé par jour.

20 km effectués/jour, avec 2 camions : 1 au secteur propre (livraison), 1 au secteur sale (récupération).

> L'actu du service : renouvellement du marché linge et projets en cours sur la fonction linge

Dans un souci d'amélioration de la prestation et d'économies pour l'hôpital, plusieurs projets sont en cours ou devront être menés de front au cours des prochaines années. Les agents de la lingerie sont ainsi particulièrement sollicités et mobilisés, depuis plusieurs mois, dans le cadre du renouvellement des marchés de blanchisserie, mais également pour effectuer différents tests dans les unités de soins et réfléchir à l'évolution globale de la fonction linge de l'établissement.

Après le démarrage du nouveau marché linge, le 16 décembre 2013 (hors tenues professionnelles dont le démarrage est prévu début 2014), le tri du linge sale en lingerie centrale sera progressivement arrêté, avec un tri plus exigeant des unités « à la source ». Cet arrêt du « re-tri » du linge sale permettra entre autres de dégager le temps et les moyens humains indispensables à la réorganisation complète du circuit du linge, et de faire aboutir toute la réflexion autour du passage à un système de « complémentation » susceptible d'améliorer considérablement l'ergonomie et l'hygiène du dispositif pour tous les agents (via, par exemple, l'étude sur les armoires roulantes).

Chantier IFSI

Photos depuis la grue



Direction des travaux



Quadrimestriel - n°52 décembre 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 Bessièrre, 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

N° ISSN - 1269-147X