

Le ROUVRAY



DOSSIER

L'organisation institutionnelle de l'établissement public de santé

Sommaire

DOSSIER

L'organisation institutionnelle de l'établissement public de santé P. 2 à 6

DIAPORAMA P. 7

GROS PLAN

L'Ergothérapie P. 8

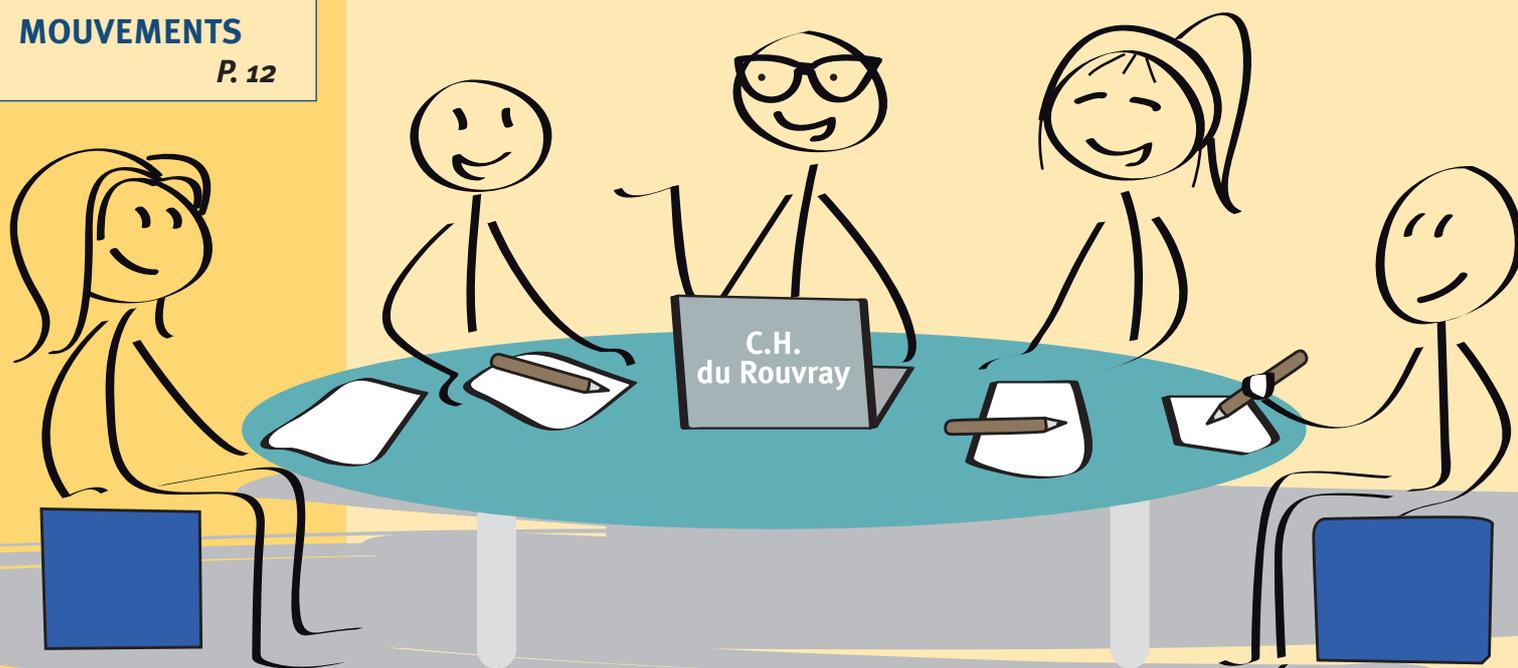
La CIM-10 P. 9

FOCUS

Le parc et jardins P. 10 et 11

MOUVEMENTS

P. 12





En juillet dernier, j'ai été élu président de la conférence régionale de santé (CRSA). Les positions et démarches que nous menons depuis des années, les motions votées en conseil de surveillance et les multiples rendez-vous où nous avons alerté les directeurs généraux successifs de l'ARS me sont revenus à l'esprit. Ils ne sont pas étrangers à cette nouvelle responsabilité...

Les années qui viennent ne seront probablement pas faciles. C'est aussi pour cette raison que nous devons continuer de multiplier de nouveaux modes de prise en charge et des coopérations renforcées avec tous nos partenaires.

Mais au final, il convient de garder présent à l'esprit notre seule mission, à savoir le bien-être et les soins aux patients qui sont pris en charge dans l'établissement. Reste la question des moyens mis à notre disposition pour assurer cette mission.

L'évolution négative du fond d'intervention régional (FIR) intervenu avant l'été et qui vient en partie en appui aux établissements est particulièrement inquiétant. La motion que nous avons votée en juin a été transmise au ministère.

Nous pouvons être fiers du sérieux et de l'engagement de tous au sein de l'hôpital du Rouvray et nous sommes assurés du soutien de l'agence régionale de santé. Mais encore faudrait-il que cela soit pris en compte au plus haut niveau.

Éric de FALCO
Président du Conseil
de Surveillance

L'organisation institutionnelle de l'établissement public de santé

Cette organisation institutionnelle a été modifiée par la loi Hôpital Patients, Santé, Territoires (HPST 21 juillet 2009). 5 ans après la promulgation de cette loi, il est apparu intéressant au Comité de Rédaction de la revue Le Rouvray de procéder à une synthèse spécifique de cette organisation. Les dispositions qui servent de fondement à cet article sont, sauf exceptions, intégrées dans le Code de la Santé Publique : 6^e Partie Établissements et Services de Santé, livre 1^{er} Établissements de Santé, Titre 4 : Établissements Publics de Santé.

Au sein de ce titre 4, on soulignera l'existence de 2 chapitres :

- *Chapitre 3 : Conseil de Surveillance, Directeur et Directoire ;*
- *Chapitre 4 : Organes Représentatifs et Expression des Personnels.*

Les organes représentatifs notamment Commission Médicale d'Établissement (CME) et Comité Technique d'Établissement (CTE) permettent l'expression des personnels et sont destinés à éclairer les organes décisionnels. En fonction de cette précision, il nous a paru logique de commencer l'étude de l'organisation institutionnelle par celle des organes consultatifs. Suivra l'exposé du Directeur et du Conseil de Surveillance (CS), principaux organes décisionnels auquel sera associée l'étude du Directoire, institution nouvelle et originale.

I - Les organes consultatifs

L'exposé concernera d'abord la CME et le CTE mais s'étendra à la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (intégrée dans le chapitre 6 du titre 4 relatif à l'organisation interne (pôles d'activité clinique et médico-technique et CSIRMT). Il sera complété en se référant à la première partie du CSP pour les dispositions concernant la Commission des Relations des Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC). Enfin, la référence au Code du Travail sera nécessaire pour les dispositions relatives au Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail.

A - La Commission Médicale d'Établissement et le Comité Technique d'Établissement

La représentation médicale à l'hôpital public est ancienne (1941-1943) et celle des personnels non médicaux n'est intervenue qu'en 1970. Des précisions relatives à la composition et au fonctionnement de ces organes seront exposées avant de concentrer l'exposé sur leurs compétences.

1 - Organisation et fonctionnement

- a) La CME comprend des membres de droit (les chefs de pôles) et des membres élus qui représentent les différentes catégories statutaires des personnels médicaux. En outre, siègent à titre consultatif le Directeur, le Président de la CSIRMT, les praticiens responsables de l'information médicale et de l'équipe opérationnelle d'hygiène. Le mandat, fixé à 4 ans, est renouvelable. Le président et le vice-président sont élus par celle-ci. Le nombre de séances par an est d'au moins 4 et au CH du Rouvray, la CME se réunit en principe chaque mois (deuxième mardi) sauf juillet août.
- b) Au CH du Rouvray, en fonction de l'effectif non médical, le CTE comprend 16 membres titulaires et autant de suppléants, répartis en 3 collèges (catégories A 25 %, B 25 %, C 50 %). Pour être élu, il faut être en fonction depuis au moins 3 ans et figurer sur une liste déposée par une organisation syndicale. L'élection a lieu tous les 4 ans. Le CTE, présidé par le Directeur qui ne peut participer au vote, se réunit au moins une fois par trimestre.

2 - Compétences

Concernant les compétences de la CME et du CTE, la loi HPST (21/07/2009) par rapport aux lois précédentes (31/12/1970 et 31/07/1991) a innové dans la mesure où apparaissent des compétences conjointes que l'on étudiera avant d'exposer des compétences spécifiques traditionnelles.

- a) Les compétences conjointes concernent des compétences préalables aux délibérations du Conseil de Surveillance et d'autres compétences consultatives.
 - Les compétences consultatives préalables aux délibérations du CS sont les suivantes : projet d'établissement, compte financier et affectation des résultats, rapport annuel d'activité présenté par le Directeur ; convention CHU (constitutive et d'association) et entre l'établissement public de santé et les membres du Directoire et du Conseil de Surveillance, participation de l'établissement public de santé à une communauté hospitalière de territoire et projet de fusion de cet établissement avec d'autres EPS, statuts de fondations hospitalières.
 - Les autres compétences consultatives conjointes concernent : les orientations stratégiques de l'établissement

et le Plan Global de Financement Pluriannuel, l'organisation en pôles d'activités, les modalités d'accueil et d'intégration des étudiants et professionnels et la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences ainsi que le plan de redressement.

b) Les compétences spécifiques de la CME comprennent 2 applications traditionnelles (consultation, information) mais la loi HPST développe ses compétences en matière de sécurité et de qualité des soins et de conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Elle développe en outre les compétences de son président.

b1 - Les compétences consultatives spécifiques de la CME ont 4 applications :
- la première série d'applications peut être qualifiée de transversale en raison des matières suivantes : contrat pluriannuel d'objectif et de moyens et modifications des missions de service public attribuées à l'établissement, projet médical, politique de coopération territoriale, de recherche clinique et de l'innovation ;
- les trois autres applications concernent d'une part le programme d'investissement des équipements médicaux d'autre part, en matière de personnel, la politique de formation des étudiants et internes, de recrutement des emplois médicaux, les modalités d'une politique d'intéressement, le bilan social, le plan DPC et enfin le règlement intérieur.

b2 - La CME doit être régulièrement informée des sujets suivants : rapport annuel d'activité d'établissement, contrats de pôles et bilan annuel des tableaux de service, projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, programmation de travaux, d'aménagement de locaux et acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la sécurité et la qualité des soins.

b3 - Depuis la loi HPST, la CME détient les compétences complémentaires importantes suivantes :

- contribution à l'élaboration de la politique continue de la qualité et de la sécurité des soins notamment en ce qui concerne la gestion des risques visant à lutter contre les affectations associées aux soins, à prévenir et à traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables, les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire, la politique de médicaments, la prise en charge de la douleur, le plan de DPC.

- contribution à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers notamment pour ce qui concerne la réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale, les évaluations d'une part de la prise en charge des patients et en particulier des urgences et des admissions non programmées et d'autre part de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs, le fonctionnement de la permanence des soins, l'organisation des parcours de soins.

Au CH du Rouvray, ces compétences sont exercées par une sous-Commission de la CME : la Commission de Sécurité des Soins, Qualité et Gestions des Risques (CSQR) dont le président est le M. le Dr Navarre. Elle est composée de 43 membres ce qui lui assure une très bonne représentativité. Une émanation de celle-ci, intitulée COMmission OPérationnelle (COOP) travaille en lien étroit avec la DEI et les groupes opérationnels pour contribuer à impulser la dynamique nécessaire à l'avancée du Plan d'Action, Qualité et Gestion des Risques et de la certification.

b4 - Les compétences spécifiques du président de la CME.

La loi HPST (21 juillet 2009), au détriment des compétences collégiales de la CME, développe les compétences spécifiques de son président.

- Ainsi, concernant les personnels médicaux, la compétence consultative est transférée de la CME à son président. Son avis intervient après la proposition du chef de pôle et avant l'acte de recrutement.

- Le président a en outre une compétence de nature générale axée sur 2 applications :

Coordination de la politique médicale. À ce titre, il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales et veille à la coordination de la prise en charge du patient. Il coordonne l'élaboration du plan DPC et contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique. Enfin, il présente le rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale.

Politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des conditions d'accueil et de prise en charge des patients. Concernant cette politique, le président présente au Directoire le programme d'action proposé par la CME au Directeur et il assure le suivi et l'évaluation interne de cette politique. En matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, il met en œuvre les engagements résultant notamment des inspections de l'autorité de tutelle et de la procédure de certification.

c) Les compétences spécifiques du CTE sont d'ordre consultatif et informatif.

- Le CTE est consulté principalement sur des questions de personnel : conditions et organisation de travail notamment programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel, politique générale de formation, plan de formation et plan d'EPC, politique sociale, politique d'intéressement et bilan social. Il est également consulté sur le règlement intérieur et sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi et de la gestion des risques et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

- Régulièrement, le CTE doit être informé concernant le CPOM, l'EPRD et la situation budgétaire, les effectifs prévisionnels et réels ainsi que des décisions en matière de coopération et de réseau.

B - La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques

- La représentation spécifique du personnel infirmier est apparue (1991) un demi-siècle après celle du personnel médical (1941) et la Commission des Soins Infirmiers a été élargie en 2005 en Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques.

- Cette Commission comprend au CH du Rouvray 18 membres élus répartis en 3 collèges : cadres, personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques, aides soignants. Elle se réunit au moins 3 fois par an.

- La Commission donne un avis en matière de soins infirmiers : projet élaboré par le directeur des soins coordonnateur, organisation générale et accompagnement des malades, programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que de la gestion des risques liés aux soins, recherche et innovation. Sa compétence consultative concerne également les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers et la politique du DPC. La Commission doit être informée du règlement intérieur, des procédures d'exercice libéral et du rapport annuel d'activité de l'établissement.

C - La Commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge

- Cette commission est liée à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et permet notamment l'expression des représentants des usagers dans l'hôpital.

- Elle comprend 5 membres : le Directeur de la gestion des malades représentant la Directrice, deux médiateurs (Docteur NAVARRE, M. MOLEINS), deux représentants des usagers : Mme DOMBROWSKI, M. SCHAPMAN. Son mandat est de 3 ans renouvelable.

- La Commission se réunit à un rythme trimestriel et plus souvent en cas de nécessité liée à l'examen de réclamations et plaintes.

- Les compétences de la Commission sont d'ordre général ou liées à des situations individuelles de patients :

- La Commission contribue à améliorer la politique d'accueil et de prise en charge des patients et de leurs proches. Dans cette perspective, elle doit avoir connaissance des mesures préconisées pour cette politique. Elle doit être informée des résultats d'enquête d'évaluation portant sur la satisfaction des usagers ainsi que des synthèses relatives aux réclamations et plaintes et recours gracieux et juridictionnels. Elle doit formuler des recommandations en matière d'accueil et de prise en charge et son rapport annuel sert de fondement à la délibération du Conseil de Surveillance pour la politique relative aux droits des usagers et à la qualité de la prise en charge.

- Lorsqu'un patient confirme une réclamation ou une plainte et après compte rendu du médiateur (médical ou soignant), la Commission peut juger utile de rencontrer le patient. La Commission peut alors formuler une recommandation pour apporter une solution au litige ou tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation. Elle peut aussi émettre un avis motivé en vue du classement de la réclamation et de la plainte.

D - Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

Pour tout établissement supérieur à 50 agents, un arrêté ministériel (29 juin 1960) a rendu obligatoire un Comité d'Hygiène et de Sécurité auquel a succédé, en application d'une loi du 23 décembre 1982, le CHSCT. Les dispositions relatives au CHSCT sont intégrées dans le Code du Travail et ont été rendues applicables aux Hôpitaux par un décret du 16 septembre 1985 (circulaire 8 décembre 1989).

- a) Présidé par le chef d'établissement, le CHSCT comprend en raison du nombre d'agents dans l'établissement (supérieur à 1500) 9 représentants des personnels non médicaux (CGT 6 - CFDT 3) un représentant du personnel médical (aux membres titulaires s'adjoignent, en nombre égal, des membres suppléants). Assistent en outre avec voix consultative aux séances : les médecins du service de santé au travail, la responsable des services économiques et logistiques, l'ingénieur et le Directeur des Soins - Coordonnateur des Soins.
- b) Le CHSCT se réunit au moins chaque trimestre. Il peut en outre être réuni soit à la suite de tout accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves soit à la demande motivée de 2 de ses membres.
- c) Les compétences du CHSCT sont liées à la protection des salariés de l'établissement et extérieurs en matière de santé physique et mentale et de sécurité. Il contribue à l'amélioration des conditions de travail. 5 applications principales peuvent être distinguées :
 - Avis sur un programme de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail. Ce programme est établi en fonction d'une analyse de risques et des conditions de travail et fixe les mesures nécessaires. À l'issue de l'année, l'avis du CHSCT est exprimé sur le bilan du programme ;
 - Avis avant toutes décisions ayant des conséquences importantes sur l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail (gros travaux, modification de l'organisation du travail...);
 - Analyse des risques, générale et spécifique. L'analyse spécifique des risques concerne notamment les femmes enceintes, les travailleurs handicapés et les travailleurs extérieurs à l'établissement (prestataires de service ou réalisant des travaux). Cette analyse des risques est complétée par des mesures de prévention notamment en ce qui entraîne la prévention du harcèlement moral et sexuel. Depuis novembre 2002, le CHSCT doit donner un avis sur un Document Unique d'Évaluation des Risques dont l'élaboration est complexe.
 - Compétences d'inspection ayant pour objet le respect des dispositifs de protection et des consignes assurées avant chaque séance par une délégation du CHSCT. En cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle grave ou répétée, enquête réalisée par un représentant du CHSCT associé à un représentant de la Direction.
 - Participation à la procédure de danger grave et imminent. Celle-ci est initiée soit par le salarié concerné qui exerce son droit de retrait et informe la Direction soit en raison d'une consignation de ce danger par un représentant du CHSCT sur un registre spécial. À la suite de cette initiation, un représentant de la Direction et un membre du CHSCT procèdent à une enquête immédiate et adoptent des mesures nécessaires. En cas de désaccord, la Direction doit convoquer dans les 24 h le CHSCT ainsi que l'inspecteur du travail et celui de la CARSAT.

En conclusion de l'exposé relatif aux organes consultatifs, on soulignera que leur rôle est de permettre l'expression du personnel dans la perspective d'éclairer les décideurs et que leur domaine d'application est général. Cette dernière précision conduit à indiquer qu'un organe consultatif important a des compétences liées à la situation personnelle des agents. Il s'agit, pour les personnels non médicaux, des Commissions Administratives Paritaires.



Le Directoire

Une instance de conseil

Qui siège au Directoire ? À quoi sert le Directoire ? Eclairages avec Véronique Hamon, présidente du Directoire et directrice du Centre Hospitalier du Rouvray, et Sadeq Haouzir, président de la Commission médicale d'Établissement.

Qu'est-ce que le Directoire ?

C'est une instance de conseil pour le chef d'établissement. Le Directoire se concerte pour éclairer les décisions et les présentations qui seront faites aux différentes instances comme la Commission Médicale d'Établissement, le Comité Technique d'Établissement et le Conseil de Surveillance.

Ces conseils portent sur quels types de sujets ?

Certains sujets sont traités concertés seulement en directoire comme le EPRD, l'Etat prévisionnel des recettes et dépenses, le budget, puis présentés pour information aux autres instances.

Y a-t-il un ordre du jour avant les réunions ?

Oui, l'ordre du jour est arrêté par le directeur de l'établissement. Il peut traiter de la suroccupation, des flux des patients, des différents projets mis en place dans les pôles... Le Directoire a un rôle de conseil, de stratégie, en aucun cas, il n'est un organisme de décision. Il n'y a pas de vote lors des réunions du Directoire.

Qui siège au Directoire ?

Sept membres sont au Directoire. Du côté de l'administration, il y a le chef d'établissement, le directeur des soins et un directeur adjoint. Du côté médical, siègent le président de la Commission Médicale d'Établissement et trois praticiens. Le fait de réunir des membres de l'administration et des médecins permet d'apporter des points de vue différents pour éclairer les prises de décision.

En fonction de la structuration hiérarchique des corps (A B C), 3 CAP sont instituées composées paritairement de représentants d'une part de l'administration et d'autre part des personnels élus à la suite d'élections ayant lieu tous les 4 ans.

Les CAP sont convoquées au moins 2 fois par an. Leurs compétences consultatives concernent notamment les questions suivantes : titularisation, avancement (d'échelon et de grade), révision de note, détachement et disponibilité. Ces Commissions siègent en formation disciplinaire (Conseil de Discipline) quand une procédure disciplinaire est engagée pour une faute grave.

II - Le Directoire et les organes décisionnels: Directeur et Conseil de Surveillance

Après les organes représentatifs, il faut exposer, conformément à un chapitre individualisé du Code de la Santé Publique, les dispositions relatives au Directeur ainsi qu'à deux organes récents créés par la loi HPST (21/07/2009): Directoire et Conseil de Surveillance. Le Directoire succède au Conseil Exécutif créé par l'ordonnance du 2 mai 2005 et le Conseil de Surveillance succède au Conseil d'Administration créé par la loi du 31 décembre 1970. À travers un chapitre consacré à ces 3 organes, est mise en évidence leur importance dans la gouvernance de l'établissement.

A - Le Directoire

Dans le souci d'un renforcement d'un pilotage médico-administratif, l'ordonnance du 2 mai 2005 avait créé un conseil exécutif composé de manière paritaire: directeurs, médecins. La loi HPST remplace ce conseil exécutif par un Directoire à composition majoritairement médicale dont le fonctionnement est régulier et les compétences importantes: compétences collégiales et compétences conjointes de son Président (Directeur) et de son Vice-président (Président de la CME).

1 - Au CH du Rouvray, le Directoire comporte 7 membres: d'une part 3 membres de droit: la Directrice, le président de la CME, le président de la CSIRMT et d'autre part 4 membres nommés par la Directrice dont 3 médecins proposés par le président de la CME: Drs CHALAMET, DELEGUE, FOLLET ainsi que M. ANGELLOZ-NICOU, Directeur de l'Accueil et des Finances. La durée des fonctions des membres nommés est de 4 ans mais en cas de nomination d'un nouveau Directeur, il est mis fin à leur fonction et après avis du Conseil de Surveillance, ils peuvent être révoqués par le Directeur.

2 - Le Directoire se réunit au moins 8 fois par an sur un ordre du jour déterminé et au CH du Rouvray il se réunit en principe le premier mardi de chaque mois (sauf Août).

3 - L'exposé des compétences collégiales du Directoire conduit d'abord à souligner qu'il conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement puis à indiquer son rôle essentiel en matière de projets car il approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Ensuite, doit être observée la compétence diversifiée du Directoire dont la concertation préalable par le Directeur est nécessaire pour les affaires suivantes:

- stratégie: CPOM, projet d'établissement, 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;
- affaires financières: EPRD, propositions de tarifs, PGFP, programme d'investissement, compte financier, plan de redressement;
- ressources humaines: organisation du temps de travail et des temps de repos (à défaut d'accord avec les organisations syndicales), politique d'intéressement, bilan social;
- organisation interne: contrats de pôle, règlement intérieur et coopérations (conventions, GCS, CHT, fusion, réseaux de santé);
- politique immobilière et d'investissement: affectation, aliénation, acquisition et échanges d'immeubles; baux supérieur à 18 ans, emphytéotiques, contrats de partenariat, délégation de services publics.

4 - Les compétences conjointes du Président et du Vice-Président du Directoire sont essentielles car, en cohérence avec le Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), ils élaborent le projet médical pour 5 ans, qui définit la stratégie médicale. En outre, en fonction des propositions de la CME et du programme d'actions proposées, ils ont une compétence décisionnelle en ce qui concerne la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des conditions d'accueil et de prise en charge des patients.

B - Le Directeur

Dans la gouvernance de l'Hôpital, la loi HPST (21/07/2009) renforce le Directeur au

détriment du Conseil de Surveillance. La procédure de nomination de celui-ci sera exposée avant celle concernant ses collaborateurs, membres de l'équipe de Direction puis seront détaillées ses compétences importantes.

1 - Concernant l'emploi de chef d'établissement du CH du Rouvray, il faut préciser que celui-ci étant classé emploi fonctionnel, la procédure de nomination est complexe. Après publication au JO, sont exprimées des candidatures et intervient un comité de sélection proposant au DG du CNG 6 candidats. Celui-ci arrête alors une liste de candidats et la transmet au DG de l'ARS. Ce DG examine les candidatures, auditionne les candidats et recueille l'avis du président du Conseil de Surveillance puis arrête une liste de 3 noms et la transmet au DG du CNG. Après avis de la Commission Administrative Paritaire, le DG du CNG procède à la nomination du chef d'établissement pour une durée de 4 ans (en raison du classement fonctionnel de l'emploi).

2 - Concernant la composition de l'équipe de Direction, le chef d'établissement propose au DG du CNG la nomination des Directeurs Adjointes et du Directeur des Soins et la CAP émet un avis sur ces propositions.

3 - Depuis la loi du 31 décembre 1970, le Directeur a une compétence de principe qui a été progressivement augmentée: notamment la loi 31 juillet 1991, ordonnance 2 mai 2005, loi HPST 21 juillet 2009.

Pour traduire la compétence de principe du Directeur, on peut se référer aux dispositions législatives indiquant qu'il est compétent pour régler les affaires de l'hôpital autres que celles prévues après concertation avec le Directoire et celles qui relèvent de la compétence du CS. Il faut également ajouter les dispositions mentionnant sa conduite de la politique générale de l'établissement, sa représentation dans tous les actes de la vie civile et son action en justice au nom de l'établissement. En matière de personnel, le Directeur dispose d'un pouvoir de nomination sur l'ensemble du personnel non médical. Pour le personnel médical, après proposition du chef de pôle et avis du président de la CME, il signe les contrats des personnels temporaires (assistant spécialiste, praticien contractuel, praticien attaché) et pour les praticiens hospitaliers, il propose leur nomination au DG du CNG. Le Directeur exerce son activité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

En matière financière, le Directeur exerce la compétence d'ordonnateur des recettes et des dépenses de l'établissement. Enfin, en renvoyant à l'étude du Directoire, on soulignera les compétences multiples qu'exerce le Directeur après concertation avec celui-ci.

C - Le Conseil de Surveillance

Au Conseil d'Administration institué par la loi du 31 décembre 1970 et doté de compétences d'attribution importantes, succède le Conseil de Surveillance (loi HPST du 21 juillet 2009) dont les compétences sont limitées.

1 - Le Conseil de Surveillance du CH du Rouvray comporte 15 membres répartis en 3 collèges de 5 membres:

- 5 représentants des collectivités territoriales: commune de Sotteville: M. BAUER; CREA: M. MOYSE, M. Cressy; département de Seine Maritime: M. de FALCO et M. COLLIN;

- 5 représentants des personnels: CSIRMT: M. GIRAULT; CME: Drs LEFEBVRE et NAVARRE; organisations syndicales: Mrs NAVARETTE (CGT) et CORROYER (CFDT);

- 5 personnalités qualifiées, 2 désignées par le DG de l'ARS: Mme LETAILLEUR et M. SCHAPMAN et 3 par le préfet de région: Dr DAIME (ordre des médecins), M. MANGANE et Mme DOMBROWSKI représentantes des usagers.

Le conseil a élu en qualité de président parmi les membres du premier et troisième collèges M. de FALCO, et celui-ci a désigné parmi ces 2 collèges, M. SCHAPMAN en qualité de vice-président. Le mandat des membres est fixé à 5 ans.

2 - Le conseil de Surveillance se réunit au moins 4 fois par an et participe aux séances avec voix consultatives: la Directrice, le Président de la CME, le DG de l'ARS et le Directeur de la Caisse d'Assurance Maladie.

3 - Comme cela a déjà été indiqué, les compétences du Conseil de Surveillance ont été réduites par la loi HPST.

- Par rapport au Conseil d'administration, les compétences délibératives du CS sont en diminution car limitées en matière financière, au compte financier et à l'affectation des résultats ainsi qu'au rapport annuel présenté par le Directeur. Il délibère sur le projet d'établissement et sur les conventions suivantes : convention constitutive et d'association au CHU, convention de CHT (si un CHU est concerné) ou avec un membre du Directoire ou du CS ainsi que sur tout projet relatif à une fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé.

- Le CS n'a plus qu'une compétence consultative sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; la politique immobilière de l'établissement ; le règlement intérieur.

- En revanche, on soulignera que la loi HPST développe les compétences stratégiques et de contrôle du CS. Ainsi, il se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de l'établissement. À tout moment il opère les vérifications et contrôles jugés nécessaires et peut se faire communiquer les documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Le CS entend le Directeur sur l'EPRD et programme d'investissement.

D - Le Contrôle sur les actes du Directeur et du Conseil de Surveillance

Les décisions du Directeur (après concertation avec le Directoire) et les délibérations du Conseil de Surveillance sont, dès réception de l'ARS, et sauf exceptions, exécutoires.

Sont en revanche soumis à l'approbation du DG de l'ARS, les actes du Directeur

relatifs à l'EPRD et au PGFP et les délibérations du Conseil de Surveillance concernant le rapport annuel d'activité, les conventions (constitutive d'un CHU et d'association) et le statut des fondations hospitalières.

A titre de conclusion, doit être principalement retenue la distinction entre d'une part les organes consultatifs diversifiés qui représentent les personnels, et d'autre part les organes décisionnels (Directeur, Conseil de Surveillance), la vocation des organes consultatifs étant d'éclairer les décideurs.

La loi HPST (21 juillet 2009) a procédé à une concentration des compétences qui se traduit notamment par une diminution des compétences collégiales de la CME et une augmentation des compétences du Président de la CME. Au niveau des organes décisionnels, cette concentration des compétences est confirmée par un développement des compétences du Directeur au détriment des compétences du Conseil Surveillance.

En outre, la loi HPST, par rapport au dualisme traditionnel (consultation, décision), a ajouté, dans un souci de pilotage médico-administratif, le Directoire.

Toute l'organisation institutionnelle de l'établissement public de santé, ainsi décrite, traduit son autonomie, qui constitue l'un de ses 2 principes fondamentaux. L'autre principe constant limitant le premier réside dans le contrôle opéré par l'État à travers les compétences renforcées du DG de l'ARS.

Le Droit lié au dispositif relatif à l'organisation institutionnelle de l'établissement public de santé est particulièrement élaboré. Il faut souhaiter que ses différents acteurs développent des relations complémentaires et pertinentes afin de poursuivre l'objectif constitutionnel du droit à la protection de la santé.

Benoit DEMAS Directeur des Affaires Médicales et des Coopération

CHSCT et CTE - Ils viennent en aide aux salariés

A qui s'adresser en cas d'accident du travail ? Qui s'occupe des formations des agents hospitaliers ? Lydia Mius, secrétaire du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et René Navarette, secrétaire du Comité technique d'établissement (CTE), nous éclairent sur le rôle de ces instances.

CHSCT, CTE, à quoi servent ces deux instances ?

Lydia Mius : La mission principale du CHSCT est d'assurer la protection et la sécurité des salariés. Son but est d'améliorer les conditions de travail, d'analyser les risques professionnels, de donner un avis sur l'aménagement des postes de travail, les travaux, le bilan annuel de prévention, etc.

René Navarette : Le CTE, lui, s'intéresse à la politique de l'établissement dans son ensemble et non de manière individuelle. Le CTE donne son avis sur les conditions et l'organisation du travail, le projet d'établissement, les créations et transformations de structures médicales, la politique de formation... Il a également un droit de regard sur le bilan social : répertorier le nombre d'arrêts maladie, mettre en perspective les données par rapport à l'année précédente...

Concrètement, dans quel cas et quelle démarche un salarié doit suivre pour faire appel à ces instances ?

Lydia Mius : Généralement, l'agent appelle les syndicats pour expliquer son problème. Selon la nature de la demande, il est dirigé vers le CHSCT ou le CTE. En cas d'accident du travail, par exemple, le CHSCT peut se rendre dans l'unité de soins pour observer l'environnement dans lequel s'est produit l'accident. Le CHSCT peut également faire appel à l'Inspection du Travail. Chaque jour, le CHSCT reçoit de la direction des ressources humaines une copie des accidents du travail dans l'hôpital. Si la direction ne reconnaît



pas l'accident du travail, l'agent a deux mois pour faire un recours à la commission de réforme.

René Navarette : Le CTE peut être saisi par un agent dans le cas, par exemple, d'un changement d'horaire. Le CTE sera là pour donner son avis avant que la direction ne prenne sa décision.

Quels sont les accidents du travail les plus courants au Rouvray ?

Lydia Mius : Les problèmes de dos sont récurrents chez les soignants qui manipulent des patients. On a aussi des agressions sur le personnel soignant en psychiatrie. Et puis il y a de nombreux maux liés aux gestes répétitifs comme les problèmes de canal carpien. Le CHSCT est là pour rechercher les causes de l'accident et a également un rôle préventif. Dans le cadre de réunions, de nombreux achats ont pu être réalisés comme les Eco-box pour jeter les seringues ou encore les lève-malades pour les patients lourds.

Les nouvelles structures : La Marelle - HJ CMP

pour les enfants des secteurs I02 et I03



Avenue du Maréchal Juin
Bois-Guillaume

IFSI



Représentation de l'opéra de Rouen à la cafétéria des patients le 26 juin 2014



L'Ergothérapie au Centre Hospitalier du Rouvray



Blasquez Caroline, Delime Solène, Farce Marion, Mathoovamthem Gemini, Seille Emilie, Talbot Alexia, Gosme Matthieu, Flamand Laura, Prigent Audrey, LE MAY Johan Gasparin-Grisel (cadre de santé des ergos sur le temps fédéré) - (Ne sont pas sur la photo : le médecin référent Dr Haouzir Sadeq et le cadre supérieur Corroyer Yves)

L'ergothérapie c'est quoi ?

L'ergothérapeute est un professionnel de santé paramédical qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé.

L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement.

L'ergothérapeute intervient sur prescription médicale, au sein d'une équipe pluri-professionnelle.

L'ergothérapeute utilise trois axes de soins :

- La rééducation qui permet de restaurer les fonctions déficitaires et la restructuration globale de la personnalité.
- La réadaptation qui permet de développer des capacités d'adaptation, d'utiliser des aides techniques, d'aménager l'environnement, pour pallier les fonctions déficitaires résiduelles après la rééducation.
- La réinsertion dans la cité, qui permet de favoriser les liens sociaux et vivre au sein de la cité.

Plusieurs moyens sont utilisés pour cela :

- La médiation thérapeutique.
- L'évaluation écologique avec des mises en situations réelles.
- La réhabilitation psychosociale et la remédiation cognitive.

La médiation thérapeutique utilise différentes techniques de soins :

- Technique régressive (modelage, peinture aux doigts...) qui est rassurante, qui met en confiance la personne et permet d'instaurer une relation thérapeutique.
- Technique ludique (jeu de société, Wii...) qui permet d'instaurer la notion de plaisir et de respect des règles et du cadre.
- Technique projective (marionnettes, peinture...) qui permet à la personne d'exprimer ses pulsions et de libérer des conflits non exprimés.
- Technique d'interaction (théâtre, groupe de parole...) qui favorise les interactions sociales.
- Technique structurante (mosaïque, peinture sur soie...) qui permet de donner des limites, des règles à respecter et introduit la notion de frustration.

L'ergothérapeute, au sein d'une équipe pluri-professionnelle, travaille pour améliorer l'autonomie des personnes dans leur vie quotidienne et peut pour se faire aller au domicile de la personne, évaluer son autonomie. Il peut aussi travailler dans le service, notamment en utilisant les cuisines thérapeutiques.

L'Ergothérapie Fédérée

Au sein du Centre Hospitalier du Rouvray, on compte actuellement neuf ergothérapeutes qui sont répartis dans différents pôles sur des unités d'admission et unités complémentaires, les unités de préparation à la sortie, le service d'addictologie, des hôpitaux de jour et à l'UMD. Les ergothérapeutes peuvent être plus spécialisés dans certains domaines comme la réhabilitation psychosociale, l'autonomie dans la vie quotidienne, les médiations thérapeutiques, l'art-thérapie et l'addictologie.

Cependant, tous les services ne sont pas dotés d'ergothérapeute au sein de leurs effectifs soignants. Dans ce cas, ils peuvent faire appel à l'ergothérapie fédérée. Celle-ci réunit, au sein de l'UF Sociothérapie, les neuf ergothérapeutes, qui mettent à disposition 20 % de leur temps pour intervenir dans les services demandeurs. Cette unité est actuellement représentée par trois référents institutionnels : Mme Gasparin Grisel, cadre de santé, le Dr Haouzir, médecin responsable, et M. Corroyer, cadre supérieur de santé.

Les ergothérapeutes et Mme Gasparin Grisel se retrouvent une fois par semaine dans le cadre de l'ergothérapie fédérée. Ce temps permet d'échanger sur leurs pratiques et d'organiser leurs interventions dans les services demandeurs de temps d'ergothérapie fédérée pour une intervention spécifique. Pour bénéficier d'un temps d'ergothérapie fédérée, le médecin du service demandeur peut faire une demande à Mme Gasparin Grisel en spécifiant le projet de soins, c'est-à-dire les objectifs thérapeutiques et le type d'intervention souhaitée. En réponse, les ergothérapeutes et Mme Gasparin Grisel proposent de rencontrer l'équipe d'accueil afin de discuter des modalités de mise en place de l'intervention souhaitée au sein de leur structure et de l'intégrer dans leur fonctionnement. Les interventions d'ergothérapie fédérée durent six mois. À l'issue de ce délai, une évaluation de l'activité est réalisée par les ergothérapeutes intervenant en lien avec l'équipe d'accueil. L'activité peut alors être reconduite en fonction du bilan réalisé sur la pertinence de l'intervention et du turn-over induit par l'afflux de nouvelles demandes au sein de l'établissement. Les interventions d'ergothérapie fédérée sont spécifiques pour une médiation précise et n'impliquent pas d'interventions supplémentaires dans le service.

Leur existence permet, en plus de la prestation de soins apportée au service d'accueil, de mieux faire connaître cette profession auprès des équipes soignantes et ce qu'elle peut apporter aux patients.

**L'équipe d'ergothérapeutes et Sylvie Gasparin-Grisel,
Cadre de Santé Responsable des médiations thérapeutiques**

La CIM-10

La classification internationale des maladies dans sa 10^e version, la CIM10, est utilisée pour le diagnostic de tous les patients du Centre Hospitalier du Rouvray.

Cette obligation d'un diagnostic utilisant la classification internationale des maladies est ancienne et elle a été renforcée en 2007 par la généralisation à tous les établissements ayant une activité de psychiatrie du recueil d'informations médicalisées en psychiatrie, le RIMP.

Le souhait d'élaborer une classification exhaustive et universelle de toutes les maladies et des causes de mortalité remonte à la fin du 19^e siècle et la première version de la CIM date de 1900. La CIM6 sort en 1948, la CIM9 est publiée en 1975. C'est avec cette dernière que les établissements de soins psychiatriques commenceront à utiliser la CIM, avec « la fiche par patient » obligatoire à partir de 1988. En 1993 la CIM10 viendra remplacer la CIM9. Ces deux versions sont très différentes l'une de l'autre particulièrement pour les maladies mentales.

Une classification exhaustive des maladies est quelque chose de complexe à élaborer. À côté des considérations scientifiques et médicales entrent aussi en jeu dans sa conception et son évolution des considérations historiques, politiques et culturelles. Les troubles mentaux ne sont apparus dans la classification internationale des maladies qu'à partir de la 6^e version. L'exemple classique de l'homosexualité illustre l'importance des considérations autres que scientifiques de ces classifications : longtemps considérée comme une maladie elle sera retirée de la CIM en 1990. À titre de comparaison la classification américaine (USA) des troubles mentaux (le DSM) retire bien avant l'homosexualité de la liste des maladies (en 1973).

Une classification doit permettre de classer et de hiérarchiser les diagnostics. Le système de classification choisit la définition des chapitres, des sous chapitres, des catégories, les intitulés des pathologies, des troubles, etc. Cela est traité par l'Organisation Mondiale de la Santé dans un dispositif institutionnel complexe, international, fait de conférences, de bureaux, de groupes de travail, de comités d'experts, de représentants des états membres, d'associations de professionnels, etc.

La 10^e version remplace la CIM9 après avoir été approuvée en mai 1990 par la 43^e Assemblée Mondiale de la Santé. Elle entre en usage par les états membres entre 1993 et 1994. C'est cette version que nous utilisons actuellement en attendant la CIM11 bien avancée et annoncée pour 2017.

Depuis sa parution, cette CIM10 a connu des révisions et certaines nations apportent quelques modifications qui leur sont propres. C'est le cas de la France où la CIM10 utilisée par les établissements de santé est modifiée à la marge par l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation).

Pour utiliser cette classification il faut commencer par connaître sa structure. Les « maladies et les problèmes de santé connexes » sont rangés dans 21 chapitres numérotés en chiffres romains. Le chapitre V est celui des « troubles mentaux et du comportement ». Le Chapitre I : « Certaines maladies infectieuses et parasitaires » ; Chapitre II : « Tumeurs » ; chapitre III : « Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire » ;

chapitre IV : « Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques », etc. jusqu'au chapitre XXI. En psychiatrie nous utilisons beaucoup le chapitre V, celui des « troubles mentaux et du comportement » mais aussi le chapitre XX qui correspond aux « Causes externes de morbidité et de mortalité ». C'est ce chapitre XX qui nous permet, entre autres, de coder les « lésions auto-infligées » ou les « événements dont l'intention n'est pas déterminée » lorsque la nature auto-agressive d'un événement (absorption médicamenteuse, strangulation, scarifications, etc.) n'est pas établie.

Chaque code diagnostic commence par une lettre de l'alphabet. Les chapitres ont le plus souvent des diagnostics qui commencent tous par la même lettre, mais certains utilisent plusieurs lettres. Pour notre chapitre V les codes diagnostic commencent tous par la lettre F. Le chapitre XX, lui a des codes qui commencent par V, W, X, et Y.

Après la lettre initiale le diagnostic comprend des chiffres. De 1 à 4 chiffres. Plus il y a de chiffres plus le diagnostic est précis.

Par exemple :

F = trouble mental et du comportement

F3 = Trouble de l'humeur

F31 = Trouble affectif bipolaire

F31.3 = Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne

F31.31 = Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne, avec syndrome somatique

Ainsi avec ce système, la CIM10 a une structure arborescente, chaque lettre et les chiffres qui suivent ouvrent une subdivision.

Le chapitre V est ainsi divisé en 10 groupes :

- F0 = Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques
- F1 = Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives
- F2 = Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants
- F3 = Troubles de l'humeur [affectifs]
- F4 = Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
- F5 = Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
- F6 = Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
- F7 = Retard mental
- F8 = Troubles du développement psychologique
- F9 = Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence.

Un diagnostic qui commence par F2 indique une schizophrénie ou un trouble délirant. En ajoutant à ce code des chiffres supplémentaires le diagnostic sera précisé. F20 précisera qu'il s'agit d'une schizophrénie ; un chiffre supplémentaire précisera le type de schizophrénie par exemple F200 pour une schizophrénie paranoïde et un 4^e chiffre renseignera sur l'évolution dans le temps, par exemple « F20.00 Schizophrénie paranoïde, continue ».

Toutes les entrées dans la classification ne vont pas jusqu'à ce niveau de subdivision. Certaines s'arrêtent au 2^e chiffre. Par exemple le trouble schizotypique codé F21 n'est pas subdivisé (il n'y a pas de F211, F212, etc.)

Les chiffres 8 et 9 ont une fonction particulière. Le 9 sert pour les situations où le diagnostic ne peut pas être posé avec précision. Par exemple « F209 schizophrénie sans précision ». Avec F209, nous savons qu'il s'agit d'une schizophrénie mais nous n'avons pas assez d'informations pour en préciser le type. Le chiffre 8 sert à désigner une forme qui n'est pas dans la liste des formes proposées par exemple « F208 autre forme de schizophrénie ». Nous sommes là avec une forme précisée de la pathologie qui n'est pas listée dans la classification. Les formes de schizophrénie proposées par la CIM10 étant : 0 paranoïde, 1 hétéroforme, 2 catatonique, 3 indifférenciée, 4 post-schizophrénique, 5 résiduelle, 6 simple. Les 9 indiquent donc une insuffisance du diagnostic et les 8 une insuffisance de la classification.

Dans le cadre du recueil de l'information psychiatrique, le RIMP, transmis à l'ATIH, il est obligatoire d'apporter une précision à 3 chiffres lorsqu'elle est possible. Il n'est pas nécessaire d'aller au-delà.

Deux autres chapitres sont souvent utilisés en psychiatrie :

- Il y a le chapitre XXI où les codes commencent par la lettre Z qui comprend les facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé. Ce ne sont pas des pathologies mais des motifs possibles par exemple : « Z04.6 Examen psychiatrique général, à la demande des autorités ; Z02.7 délivrance d'un certificat médical ; Z59.3 difficulté liée à la vie en institution ; Z62.4 négligence affective ; Z63.0 difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire ; Z59.0 sans-abri ; Z59.6 faibles revenus, etc.
- Le chapitre XVIII permet de coder des signes cliniques ou des résultats d'examen anormaux sans qu'il n'existe de diagnostic autre. Ce sont les troubles dont l'étiologie est pour l'instant inconnue. Dans ce chapitre les codes commencent par la lettre R. Exemples : R45.2 Tristesse, R45.3 Découragement et apathie, R45.6 Violence physique, R46.0 Hygiène personnelle très déficiente, R44.0 Hallucinations auditives, R46.2 Comportement étrange et inexplicable, etc.

Un patient a le plus souvent plusieurs diagnostics. À un moment donné le RIMP demande un diagnostic principal et un ou plusieurs diagnostics associés. Le premier n'est pas le principal du point de vue du patient mais du point de vue de l'acte réalisé. Un patient atteint d'un cancer au pronostic très sombre à court terme et qui consulte dans notre établissement pour une dépression légère recevra comme diagnostic principal celui d'épisode dépressif léger F32.0. Ce n'est pas le patient qui reçoit un diagnostic mais le patient dans le cadre d'un soin à un moment donné. Cela explique qu'un patient peut avoir de très nombreux diagnostics.

Il n'est pas toujours facile d'utiliser la CIM10 et de poser le meilleur diagnostic. Le codage diagnostique est réalisé par les médecins et les psychologues. Il nécessite une familiarisation avec la CIM10 alors que cette classification n'est pas toujours celle utilisée par le professionnel dans sa pratique. Elle contient environ 40 000 codes différents et environ 1 350 codes pour la lettre F (troubles mentaux et du comportement). Ce sont ces diagnostics qui sont consignés dans le dossier informatique du patient.

Dr Serge DÉLÈGUE PH Go8/DIM

L'équipe du Parc et Jardins



Le service Parc et Jardins du Rouvray assure un soutien logistique à tous les services de l'établissement, de l'aménagement paysager des nouvelles structures en passant par l'entretien de plus de 50 hectares d'espaces verts, grâce, entre autres, à la production et au fleurissement, mais aussi à l'élagage et au suivi d'un peu plus de 4 000 arbres. Ses missions s'étendent par ailleurs au déneigement des voiries, mais également à l'accueil régulier de patients dans les serres à des fins thérapeutiques.

L'équipe du Parc et Jardins s'efforce de réaliser une prestation qui soit réactive et de qualité afin d'offrir aux patients, aux usagers et aux personnels un environnement agréable, propice à la thérapie, en toute sécurité et dans le respect des normes environnementales.

Rattaché à la Direction des Services Économiques et Logistiques (DSEL), le service est en perpétuelle recherche d'améliorations et est certifié ISO 9001 depuis 2009.

Le quotidien des agents est rythmé par les saisons et les activités qui en découlent. L'automne et l'hiver sont ainsi des périodes de chantiers et de ramassage des feuilles, tandis que le printemps est synonyme de plantations de massifs fleuris et de désherbage alternatif.

À cela s'ajoutent les différentes interventions demandées par le biais des bons ATAL par les unités.

Une organisation précise et orientée vers le développement durable

Pour parvenir à entretenir un parc de cette envergure, une organisation précise des tâches de chacun et une forte motivation de l'équipe sont indispensables. Cette organisation peut parfois être modifiée au dernier moment en fonction des conditions climatiques, des disponibilités du matériel et de l'effectif présent. Il faut ainsi savoir qu'une simple panne de tondeuse aux périodes de forte pousse peut se révéler très handicapante pour l'équipe, au regard de l'esthétique des pelouses et compenser le retard s'avère souvent difficile, la nature ne se préoccupant pas de nos soucis mécaniques... !

Par ailleurs, le service travaille actuellement à l'élaboration d'un « plan de gestion différenciée » pour adapter ses interventions aux nouvelles règles du développement durable et notamment en matière de désherbage alternatif (plus aucune utilisation de produits phytosanitaires depuis 2 ans).

Des missions très diverses, assumées par une équipe polyvalente

Les missions du service étant très diverses, tous les agents sont par conséquent polyvalents. Ils sont ainsi amenés à occuper différents postes de travail : taille d'arbustes, tonte des pelouses,



Yann BONNET, Stéphane CHARLES, Gérard RENAUD, Jean-Pierre LARSON, Pierre MARTINEAU, Bruno BOUVET, Mathieu VARENGUE, François COURTY et Bertrand BREDEL, responsable du service ; Absents de la photo : Philippe BONTE, Emmanuel LEFRANCOIS, Cédric LORINEZ, Pascal GUEZOU, Jean-Pierre PLE, Christophe RISTERUCCI, Jacques GROUT, Serge DEVILLERS, Camille CHARLET

désherbage, plantations, ramassage des feuilles... En revanche la conduite d'engins est confiée aux agents détenteurs de permis spécifiques.

Le service accueille en outre des stagiaires, du CAP au BTS, pour leur transmettre ses connaissances et son expérience, nécessaires afin de compléter leur formation théorique.

Une équipe à l'écoute de ses utilisateurs

Les agents du Parc et Jardins sont directement en lien, sur le terrain, avec les utilisateurs du parc. Ainsi ils peuvent adapter leurs activités en rapport avec les contraintes qu'impose l'inscription de leurs missions dans le cadre d'un établissement de santé mentale (respect de certains horaires pour préserver le repos des patients, prise en

compte des périodes de fermeture des structures extérieures, disponibilité pour l'accueil des patients aux serres, etc.).

Chiffres-clés

- ▶ • 80 hectares composés de bâtiments, de routes et d'espaces verts.
- 7800 heures consacrées à l'entretien du parc et des jardins du CHR en 2013 (les créations et nouveaux aménagements viennent s'ajouter à ce temps passé).
- 632 compositions réalisées par la production.
- 82 arbres replantés en 2013.

L'actu du service

▶ Un nouveau jardin tourné vers le soin

Fin 2013, le CHR a participé à un concours pour l'obtention d'une bourse destinée à la création d'un jardin thérapeutique. Ce jardin met en avant trois notions : l'art, le mouvement et les sensations. Vous y trouverez, entre autres, un potager constitué de carrés hors sol (pour une meilleure ergonomie de travail). Cabane de jardin, mini-serre, outillage, tout a été prévu pour que les soignants puissent mener des activités thérapeutiques de jardinage dans de bonnes conditions avec les patients.

Grâce aux différents ateliers thérapeutiques du CHR, les patients ont participé directement à la création du lieu, depuis l'aménagement jusqu'à l'entretien du potager. Par exemple, pour l'équipe de l'UMAH (Unité Mobile pour Adolescents Hospitalisés), ce jardin est une continuité de l'activité déjà existante et fait partie intégrante du projet de soins envers des adolescents pris en charge.

Pour l'URHEA (unité Rimbaud), le jardin doit permettre l'observation du comportement des jeunes à l'extérieur de l'unité, et vise ainsi à développer les sens chez des enfants ou ados chez qui les sensations peuvent être émoussées du fait de leur pathologie.

Notre révolution verte...

Le service Parc et jardins s'inscrit pleinement dans la démarche environnementale du CHR en abandonnant les herbicides écologiquement néfastes au profit de techniques alternatives. L'engazonnement des surfaces de sable rose (trottoirs, places) autrefois traitées aux herbicides sera achevé en fin d'année. Ces surfaces peuvent désormais être tondues, ce qui limite le désherbage. En effet, l'utilisation d'herbicides sur la durée peut porter atteinte à la fertilité des sols et à l'équilibre entre la faune et la flore ; de plus, les pluies entraînent les produits concernés dans les nappes phréatiques et peuvent contaminer les cours d'eau.

L'Agence Régionale de l'Eau, sensible à notre démarche « zéro phyto », a choisi de soutenir le CHR en subventionnant pour moitié l'investissement concernant certains matériels nécessaires à un désherbage respectueux de l'environnement. Brossage mécanique et désherbage thermique viennent donc désormais compléter le binage manuel et le débroussaillage mécanique.



PERSONNEL MÉDICAL

MOUVEMENTS CHANGEMENTS DE STATUT

Pôle de Psychiatrie pour Enfants et Adolescents

- G 01/02 nomination du Dr Oleg CHIABURU, PH temps plein au 15/6
- I 02 retraite du Dr Brigitte GOGUE au 1/8

Pôle de Psychiatrie Générale Rouen sud Elbeuf

- G 01 nomination du Dr David MOINIER, PH temps plein au 1^{er}/9 (mutation à Dieppe)
- G 02 nomination du Dr Florence GALMEL, PH temps plein au 15/6
- G 04 retraite Dr Jean-Marc VILLON au 17/5
- G 09 nomination du Dr Aurélie MONCHABLON, PH temps plein au 15/6

Pôle de Psychiatrie Générale Rouen rive droite

- G 03 nomination de M. le Pr GUILLIN (psychiatrie adulte, addictologie) à compter du 1^{er} septembre 14
- Recrutement du Dr Samuel LEFEVRE, PH contractuel au 5/5
- Soins non programmés recrutement du Dr Julie RENDU, PH contractuel au 5/5
- Neurologie : retraite du Dr Donald MORCAMP au 1/8

Pôle de Psychiatrie Générale Vallée de Seine Caux et Bray

- G 06 nomination du Dr Alexandre KUCZERA, PH temps plein au 15/6
- G 07/SMPR recrutement du Dr Ludivine ELIE, assistante spécialiste 1/5.

PERSONNEL NON MÉDICAL

RECRUTEMENTS

AVRIL

- MENNEREAU Caroline Psychologue C.N.R.A.V.S
- BERTHE Amélie Infirmier G07
- DUNEUFGERMAIN Pierre Emeric Infirmier Go4
- LELIEVRE Laura Infirmier G07
- HAUTOT Fanny Orthophoniste I02
- BENARD Mathieu Agent d'Entretien Qualifié Pharmacie
- GAUTHIER Thomas Aide Soignant U.N.A.C.O.R
- AVENEL Amandine Infirmier S.M.P.R

MAI

- MULLER Maëva Aide Soignant Go8
- LEBLANC Juliette Infirmier C.H.U. G03
- DANET Audrey Infirmier de 1^{er} grade ISGS G09
- SEHIER Sébastien Technicien Supérieur Informatique
- BRION Emilie Ass soc éd - Ass Serv. Soc Go8
- DULHOSTE Florimon Infirmier G05

JUIN

- FELIERS Karine Psychologue CSAPA
- BURNEL Sandra Adjoint Administratif Gestion des malades
- CHEMIN Caroline Psychologue C.R.A
- MOUQUET Aliénore Adjoint Administratif Gestion des malades
- KOFFI Samuel Agent d'Entretien Qualifié Pharmacie

JUILLET

- DUNOT Blandine Educateur de Jeunes Enfants Crèche collective
- COGNARD Marion Psychologue Go6
- LIMARE Alexandre Infirmier G01
- BAUCHET Thomas Infirmier G03
- SEMEUX Marion Infirmier Soins pers âgées
- SALAUN Anthony Infirmier U.N.A.C.O.R
- HEBERT Arnaud Ouvrier Professionnel Qualifié Cuisine centrale

AOÛT

- ECH-CHYQUER Sophie Adjoint Administratif Secrétariat consult spécialisées
- DIENIS Isabelle Adjoint Administratif DRH
- MONDET Emilie Infirmier G09
- LEJEUNE Cédric Agent d'Entretien Qualifié Lingerie

SEPTEMBRE

- MOHAMADI Claudia Agent des Services Hospitaliers qualifié G09
- HUMBERT Séverine Psychologue Maison de l'adolescent (site CHU)
- BOUCHER Alison Infirmier G05
- SIMON Florence Cadre de Santé G02
- CHARPENTIER-NAJJAB Audrey Préparateur pharmacie Pharmacie
- CREVESY Céline Adjoint Administratif G03
- BENMAAMAR Djida Agent des Services Hospitaliers qualifié G04
- BELLEVERGUE Steve Psychologue Maison de l'Ado
- HUMBERT Séverine Psychologue Maison de l'Ado - Site CHU

DÉPARTS

AVRIL

- BETZLER Frédéric Aide Soignant Go8
- TOUZE Karina Infirmier Go4
- MERDJI Nafissa Assistante maternelle Crèche familiale
- LIEVIN Nicolas Aide Soignant U.N.A.C.O.R
- GREBAULT Emmanuel Infirmier G09
- CHERON Catherine Cadre de Santé Go7

MAI

- LETAILLEUR Marie Caroline Psychologue G03
- DUMAIS Céline infirmier de 1^{er} grade ISGS G03
- PIQUOT Jocelyne Adjoint Administratif G05
- BOUDAUD Estelle Infirmier G01

JUIN

- HOUSSAYE Virginie Infirmier G09
- BIZARRO Linda Infirmier G01
- BAYIZA Benjamine Adjoint Administratif DRH
- BENARD Mathieu Agent d'Entretien Qualifié Pharmacie
- METEL Anne Infirmier I01
- SY Maryam ASHQ G03

JUILLET

- BOURGADE Chloé Infirmier G09
- LANET Valérie Infirmier Soins pers âgées
- GUEVILLE Élodie Aide Soignant Crèche collective
- LASSERRE Béatrice Cadre sup. de Santé U.M.D
- DAVO Geneviève Infirmier Secrétariat des consult spéc
- HEBERT Florence Aide Soignant G02
- DE SOUZA Cindy Adjoint Administratif DSEL
- PRIOUL Patricia Cadre de Santé G03
- GUENDOUZI Sarah Infirmier G03
- BOUTELOUP Anaïs Infirmier G09
- MORIN Claire ASHQ G02
- ROUSSEL Denise Assist. Accueil familial G01
- EDDE Sylviane Infirmier de 1^{er} grade ISGS Serv. inf de suppléance

AOÛT

- MALLET Annick Assistant familial I03
- HAMON Véronique Direct. Etabl. Empl. Fonct Direction
- BASIA Cendrine Adjoint Administratif G03
- DEPINAY Madeline Adjoint Administratif G09
- BALEZEAUX Melissandre Cad. de Santé I.F.S.I
- NYFFENEGGER Nadine Educateur I02
- FALAISE Aurélie Psychologue C.R.A
- MENARD LAURA Orthophoniste C.R.A
- VERDURE Lucile ASHQ G10

SEPTEMBRE

- MADERN Nicole Prép. Phar. Hosp Pharmacie
- MENDES Marco Rui Infirmier G05
- KOFFI Samuel Agent d'Entretien Qualifié Pharmacie
- CANHAN Anne-Sophie Adjoint des Cadres DSEL
- LE MALEFAN Pascal Psychologue 01
- VAN LANDUYT Julie Infirmier G03
- MOUQUET Aliénore Adjoint Administratif Gestion des malades
- DUPUIS Serge Tech Sup DT

RETRAITE

AVRIL

- ANDRE Anne Aide soignant G03
- HARDIER Christine Infirmier G07

MAI

- LE ROY Annie Puéricultrice Cl Sup I01
- DECOMBE Christiane Assist. Médico-adm I01

JUIN

- ALIBERT Florence Ass soc éd - Ass Serv. Soc I03
- BOISSIERE J Jacques Maître Ouvrier Nettoyage

JUILLET

- CANARD Josette infirmier Go6
- BOUCHER MONNIER Sylvie Infirmier G02
- HASCOCET Odile Psychologue I02

AOÛT

- FRECHON Francis Attaché d'Administration Hospitalière Principal DRH
- BENARD Luc Agent de Maîtrise Ppal Cuisine centrale
- TALBOT Christine Adjoint Administratif DSEL
- GUESDON Martine cadre Socio-Educatif G03
- LENOIR CHUBERT Marie Hélène Psychologue I01
- HAMEL Martine Infirmier I01

SEPTEMBRE

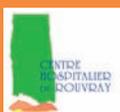
- RAUX Gérard Technicien Hospitalier Parc et jardins
- LETELLIER Régine infirmier G07

NAISSANCES

- Raphaël Vandemoortele né le 05/03/2014, fils de Célia Vandemoortele
- Simon Masson né le 15/03/2014, fils de Julie Pereira
- Tom Hedin né le 29/03/2014, fils de Noelle Justin
- Taïssia Planquais née le 31/03/2014, fille de Niaranding Laura Badji
- Yann Presse né le 04/04/2014, fils d'Émilie Mondet et d'Yves Presse
- Alyah Abou Elnour née le 07/04/2014, fille de Christelle Abou Elnour
- Baptiste Lecomte né le 12/04/2014, fils de Stéphanie Papin
- Arthur Ledain né le 13/04/2014, fils de Ludivine Anest
- Eliaz Cafardy né le 26/04/2014, fils d'Isabelle Gambert
- Emmy Corroyer née le 26/04/2014, fille d'Étienne Corroyer
- Lucas Rouillard né le 30/04/2014, fils de Mélanie Rouillard
- Naïma Benchikhi née le 02/05/2014, fille de Nadia Benchikhi
- Maxence Lecoq né le 05/05/2014, fils de Vanessa Lecoq
- Lila Brites née le 09/05/2014, fille de Lucie Brites
- Louis Nice né le 15/05/2014, fils de Charlène Deshayes
- Anaë DUNET né le 16/05/2014, fils de Lauranne Piquet
- Mei Line Felli née le 18/05/2014, fille de Patrick Felli
- Liem Dubuc né le 18/05/2014, fils d'Aurélia Dubuc
- Louis Goubert né le 20/05/2014, fils d'Alexandre Goubert
- Sibylle Villain née le 27/05/2014, fille d'Émilie Vigreux
- Erwann Rambour né le 29/05/2014, fils de Karen Van Oost
- Camille et Clément Hugel nés le 30/05/2014, fille et fils de Sandrine Leblond
- Maxens Le Carrer Dubois né le 30/05/2014, fils de Laëtitia Le Carrer
- Louis Selles né le 17/06/2014, fils de Christelle Selles
- Sarah Schneider née le 20/06/2014, fille de Mélanie Fillet
- Rachel Massif Paon née le 21/06/2014, fille d'Émilie Massif Paon
- Ainhoa Vilela née le 22/06/2014, fille de Marion Martin Barrero
- Mayleen Barrois née le 22/06/2014, fille de Sandrine Barrois
- Margot Dhesse née le 23/06/2014, fille de Gaëlle Octau et Pierre Dhesse
- Paul Chevallier né le 25/06/2014, fils de Élodie Sénécal et Julien Chevallier
- Kaylee Lubaki née le 28/06/2014, fille de Nanette Lubaki
- Léo Andrieux né le 05/07/2014, fils de Céline Due
- Licia Panissaud née le 05/07/2014, fille de Ghislaine Piron
- Capucine Savoye née le 09/07/2014, fille de Djehanne Savoye
- Joshua Langlois né le 09/07/2014, fils de Mathilde Cotelle
- Léo Patin né le 18/07/2014, fils d'Angélique Patin
- Arthur Alexanian né le 19/07/2014, fils de Jean Baptiste Alexanian
- Lisy Khabouri née le 24/07/2014, fille de Laurie Fauvel
- Zorha Ghezal née le 24/07/2014, fille de Leïla Achouchi Ghezal
- Lino Mansalo né le 29/07/2014, fils de Nasser Tiarci
- Simon Bitton né le 30/07/2014, fils de Elisheva Bitton

DÉCÈS

- HERPIN DUVAL Magali Assistante Maternelle Crèche familiale le 09/05.
- COROUI Daniela Infirmière CATTTP Rouen Gauche G09 le 03/06.



Quadrimestriel - n°54 septembre 2014

Revue d'information du Centre Hospitalier de 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, Arnello 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