



Photo J.-Marc Thibault

www.ch-montargis.fr

Journal interne n° 37 - Juin 2010

edito

Radioscopie d'une Loi

Les décrets d'application de la Loi HPST sont en cours de publication. D'ores et déjà, les textes réformant la gouvernance de l'hôpital sont entrés en vigueur. Ils inscrivent la gestion des établissements de santé publique dans une perspective fortement gestionnaire et confortent ce faisant la thèse de l'hôpital-entreprise et le primat de la logique économique sur la logique médicale.

La forte dégradation des comptes sociaux du pays et la volonté du gouvernement de rétablir rapidement la situation des finances publiques vont forcément durcir cette tendance dans les mois prochains.

En tout état de cause et dans cette optique, les pouvoirs du directeur de l'hôpital ont été renforcés, au détriment des autres instances. Il devient, en regard de la Loi, le seul « patron à l'hôpital », pour reprendre l'expression du chef de l'Etat. Il prend néanmoins ses décisions après consultation d'un Directoire, composé majoritairement de médecins (il en est le Président ; le Président de la CME en est le Vice-Président). Le rôle des CME est, en ce qui les concerne, recentré sur la gestion de la qualité. Elles perdent leurs pouvoirs en matière de recrutement et de carrière des médecins, ainsi que dans le domaine de l'organisation médicale des établissements. Les Conseils d'Administration sont supprimés et remplacés par des Conseils de Surveillance. Leur mission est limitée au contrôle de l'action du Directeur. Celui-ci toutefois rend compte d'abord de sa gestion à l'Agence Régionale de Santé. Cette dernière le choisit et peut demander au Ministère de la Santé de mettre fin à ses fonctions. Les services hospitaliers disparaissent en tant que tel. Les pôles d'activité sont maintenus et renforcés. Leurs chefs ont autorité sur l'ensemble des personnels. Ils sont nommés par le Directeur et passent contrat avec celui-ci. Les pôles peuvent être constitués de plusieurs structures internes, nouvelles appellations

des services ou/et unités fonctionnelles. Les responsables des structures internes sont eux aussi nommés par le Directeur, sur proposition du Chef de pôle.

Le législateur a enfin créé de nouveaux outils de coopération entre établissements de santé. Son objectif est de favoriser la complémentarité des hôpitaux. Il s'agit d'offrir aux patients, au niveau d'une zone géographique déterminée, le plus large éventail possible de soins, dans le cadre d'un parcours impliquant des hôpitaux de taille différente et dotés de moyens techniques d'importance variable. La Communauté Hospitalière de Territoire fait partie de ces outils. Elle en est d'ailleurs le principal.

Le CHAM devrait d'ailleurs prochainement constituer une CHT avec le Centre Hospitalier de Pithiviers et l'Hôpital Local de Beaune la Rolande.

S'agissant de la maîtrise des coûts, la réforme en cours ne devrait pas impacter fortement sur le fonctionnement du CHAM, du moins à court terme. Sa situation financière est en effet à ce jour convenable. Quant à sa gouvernance, les rapports de confiance qui se sont instaurés au fil du temps entre les responsables médicaux de l'établissement et la Direction conduit à penser que le risque de tensions est là encore relativement faible.

Beaucoup d'autres décrets et arrêtés restent à paraître. Il a en effet été prévu 150 textes d'application de la Loi HPST, dont une centaine consacrée au secteur hospitalier. Seule une vingtaine a été publiée à ce jour. Vous serez bien entendu tenus informés de leur entrée en vigueur dès lors qu'ils concerneront directement le fonctionnement des hôpitaux, en particulier le nôtre.

sommaire

EDITO p1

- Radioscopie d'une Loi

CHAM'INFORME p2 & 3

- Nouveau bâtiment en Psychiatrie - Reportage photos

CELA SE PASSE AU CHAM p4

- Tous en bloc pour le BLOC

PROCHE DE VOUS p5

- La scintigraphie

CHAM'ETIER p6

- Préparateur en Pharmacie Hospitalière

CHAM'INTÉRESSÉ p7

- Secteur Personnes Agées : les résultats des négociations des Conventions Tripartites
- Enjeux des formations incendie : rappels

MEMENTO p8

- Présentation de Mme Romanelli, directrice des services économiques, des travaux et de la communication
- Mouvement du personnel
- Carnet

comité de rédaction :

Directeur de la Publication :

A. POULCALLEC

Rédactrice en Chef : V. DELANDE

Rédactrice Adjointe : E. BREME

Secrétaire de Rédaction : V. DELANDE

Membres : D. BADOU - MF. BENMALEK

N. BLOCH V. BOUDAUD - MATJASEC

N. BREMONT.

Illustrations : CHAM & Imp. Centrale.

Le nouveau bâtiment de psychiatrie Ouverture de la première unité de 30 lits d'hospitalisation

Le secteur 45 G 06 rattaché au CHAM a vu sa capacité d'accueil en hospitalisation doublée ce qui permet de compléter l'offre de soins dans le domaine de la santé mentale sur le Montargois qui était sous doté.

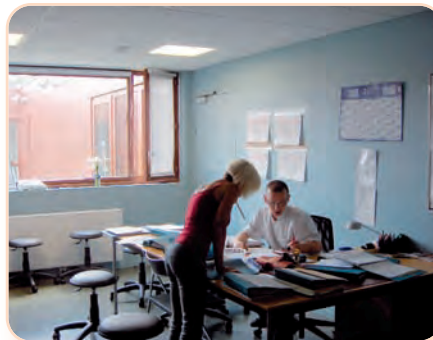
Nous en avons rêvé au vu des besoins, l'ARH l'a construit et nous a permis de prendre possession d'un nouvel outil de travail que je me propose de vous présenter.



Poste de préparation des soins.



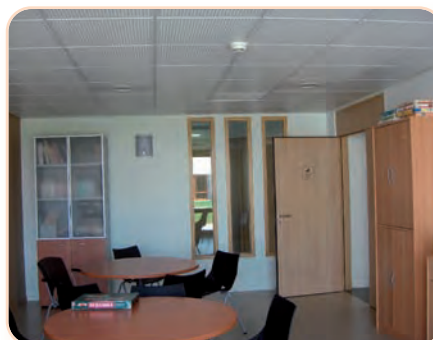
Bureau entretien où les patients sont vus par les membres de l'équipe soignante et médicale.



Poste de soins où s'effectue l'ensemble des transmissions.



Extérieur du bâtiment qui se décompose en 4 sous unités :



Salon des patients au sein de l'unité qui permet de lire ou de jouer à des jeux de sociétés ou de se réunir pour discuter....



Extérieur de la zone d'ergothérapie où les patients participent à des ateliers thérapeutiques animés par des IDE ou l'éducateur sportif.

Depuis le 10 janvier 2010, l'équipe soignante a intégré les locaux. Pour se faire, 23 postes ont été créés (IDE, Aide soignant, ASH, psychologue, éducateur sportif) et un poste médical supplémentaire est venu étoffer l'équipe médicale.

Nous accueillons des patients de psychiatrie selon 2 types de modalités :

Hospitalisation Libre

Hospitalisation sous contrainte : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers et Hospitalisation d'Office.

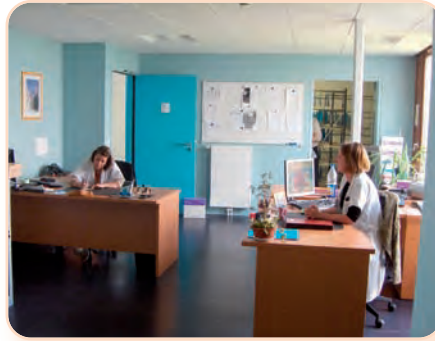
Ces dernières modalités nécessitent une gestion administrative très pointue puisque le code de santé publique régit avec détail les admissions de ces patients. Vous pouvez retrouver l'ensemble des détails de cette procédure sur interservices/ informations générales/ HO-HDT.

Par ailleurs quel que soit le type de mesure dont fait objet le patient, la prise en charge médicale et soignante reste identique. A travers ce reportage photos, je vous propose de suivre le parcours d'un patient au sein de l'UHP.

Chantal GOIMBAULT,
Cadre supérieur de psychiatrie.



Patio intérieur où les patients peuvent s'aérer et fumer.



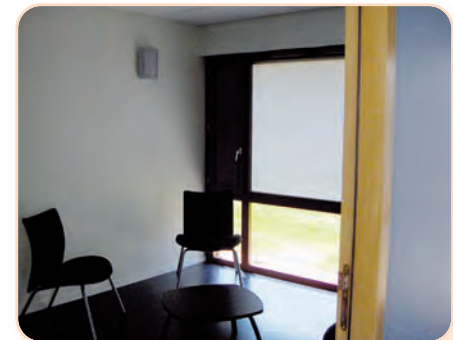
Secrétariat du bâtiment où est géré l'ensemble des admissions en partenariat avec le bureau des entrées et le secrétariat médical.



Un bureau type du côté de la zone administrative.



La zone administrative, la zone d'ergothérapie et les deux zones d'hospitalisation de 30 et 25 lits. Les derniers 25 lits sont en attente de financement pour ouvrir.



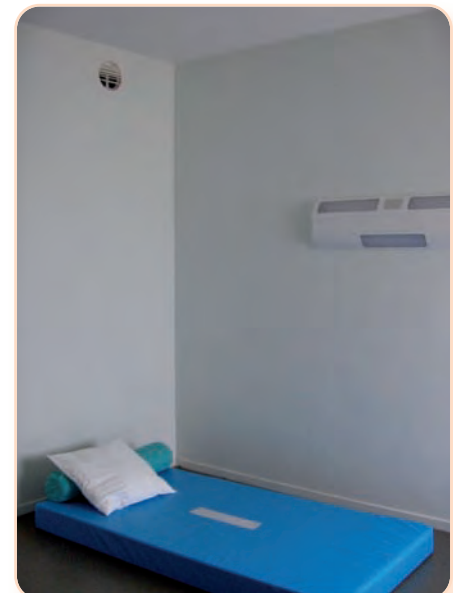
Salon des familles où les patients peuvent s'isoler.



Couloir de l'unité donnant à la fois sur un patio et à la fois sur les chambres.



Une chambre type à 1 lit (sur 30 lits, 22 sont des chambres seules et 4 sont des chambres doubles).



Chambre d'isolement.

« Tous en bloc pour le BLOC »

Le CHAM possède un bloc opératoire accueillant 5200 patients par an. Ce chiffre nous protège des velléités de fermeture, mais ne nous dispense pas d'essayer d'améliorer son fonctionnement. C'est pourquoi un groupe de travail composé de médecins (Drs Brémont, Lê, Plassart), de cadres infirmiers (Mmes Sorhaindo, Morel, Bizart) et d'administratifs (Mmes Criton, Billard et le Dr Pichon) participe au « CHANTIER ANAP BLOC ».

Dans quel but ?

- sécuriser la prise en charge des patients,
- intégrer de façon optimale les urgences dans le programme réglé,
- optimiser l'intégration de la chirurgie ambulatoire dans un bloc non dédié,
- attribuer les vacations médicales de façon optimale grâce au recensement des indicateurs d'activité, par spécialité.

Comment ?

- réunions du groupe de travail (« COPIL ») bimensuelles,
- coaching mensuel au siège de l'ANAP (Agence Nationale pour l'Aide à la Performance) pour une partie du groupe afin de diriger les travaux du groupe de pilotage et définir les échéances,
- mise à disposition par l'ANAP d'outils permettant la création et le recueil d'indicateurs d'activité,
- mobilisation de tout le personnel du bloc opératoire afin d'obtenir tous les éléments indispensables au fonctionnement de starting bloc.

Quels outils ?

- « starting bloc » : logiciel permettant le recueil et le traitement des données concernant les interventions effectuées au bloc,
- création avec ce logiciel d'indicateurs d'activité, par ex : temps d'occupation des salles, taux de dépassement de la plage opératoire, délai entre installation et induction anesthésique, répartition programmé – urgences sur la journée...,
- l'expérience d'autres blocs ayant fait cette démarche l'an dernier et leur résultats.

Quelles actions ont été faites depuis janvier ?

- redéfinition des instances du bloc :
 - **Commission des Utilisateurs du Bloc Opératoire**, anciennement appelée conseil de bloc opératoire, biannuelle. *Mission* : valider les règles de fonctionnement du bloc élaborées par le Conseil de Bloc,
 - **Conseil de Bloc Opératoire** : plus restreint, mensuel. *Missions* : faciliter l'organisation harmonieuse du bloc opératoire, élaborer ses règles de fonctionnement dont la Charte de Bloc Opératoire,
 - Fiche de poste et désignation d'un **Chef de Bloc**. *Missions* : planification, programmation, supervision,
 - Création de la fiche de poste et désignation d'un **Coordonnateur de Bloc**. *Mission* : traiter sur le champ les cas d'urgence et d'arbitrage d'ordre médical au Bloc Opératoire,
 - création d'une **Cellule de Supervision**. *Missions* : gestion du fonctionnement quotidien du bloc opératoire : rajouts, urgences, impacts des demandes de matériel ; validation de la programmation hebdomadaire et débriefing en cas d'aléa.
- Analyse de la situation avec les premiers résultats des indicateurs obtenus par starting bloc.
- Amélioration du processus de programmation avec la création d'une **fiche de programmation**, pour tout patient devant avoir une intervention au bloc opératoire, afin de transmettre toutes les données nécessaires au bon déroulement de l'intervention. C'est un premier pas avant l'informatisation de la programmation.
- Amélioration de la transmission des données anesthésiques par utilisation des feuilles de consultation auto-répliquantes dont un exemplaire reste dans le dossier du patient. L'autre est transmis au bloc.

L'arrivée de ces nouveaux indicateurs d'activité peut effrayer en présupposant une course au rendement.

Ils sont avant tout le reflet du travail effectué, dont les équipes n'ont pas à rougir, et permettent aussi de chiffrer ce qui est ressenti par tout le monde, comme les dépassements de plage opératoire, le sentiment de « non perte de temps » entre deux patients...

Ils sont surtout là pour indiquer des voies possibles d'amélioration de notre travail, afin d'assurer un maximum de sécurité dans la prise en charge du patient, en limitant les annulations, reports ou antécédents non connus qui bouleversent la programmation opératoire du jour (préjudiciables pour le patient et sa famille, les équipes du bloc, les services et les secrétariats devant gérer ces situations délicates).

C'est pourquoi nous demandons à tous, chacun à son niveau, d'adhérer au projet d'amélioration du bloc, pour la sécurité du patient et la limitation du stress des équipes (bloc, services et secrétariats) ; donc :

« TOUS EN BLOC POUR LE BLOC »

La Scintigraphie

La scintigraphie est une technique d'exploration médicale qui utilise des produits radioactifs. Cet usage de produits radioactifs impose des précautions d'utilisation et fait que seuls certains services, disposant d'infrastructures particulières, ont le droit de faire cet examen.

Le service de scintigraphie au sein du CHAM est ouvert depuis 2004.

Quel est le principe de la scintigraphie ?

La scintigraphie consiste à injecter un produit repérable car radioactif (traceur), celui-ci va se fixer sur l'organe à étudier et émettre des rayons que l'on va pouvoir capter à l'aide d'une gamma caméra.

On utilise le plus souvent comme traceur le Technétium 99m ou le Thallium 201.

C'est donc une imagerie d'émission (le rayon vient du patient après injection du traceur).

Un ordinateur traite les données pour les transformer en images.

C'est le contraire de la radiologie qui est une imagerie de transmission (le rayon vient de la machine et traverse le patient).

La dose de radiations reçue est faible si bien que c'est un examen que l'on peut réaliser chez l'enfant et même la femme enceinte dans certains cas.

La plupart du temps aucune préparation n'est nécessaire avant l'examen. L'injection du produit n'est pas allergisante et il n'est pas nécessaire d'être à jeun.

Dans les suites de l'examen aucune précaution n'est à prendre vis-à-vis de l'entourage (personnel soignant au contact, famille,...).

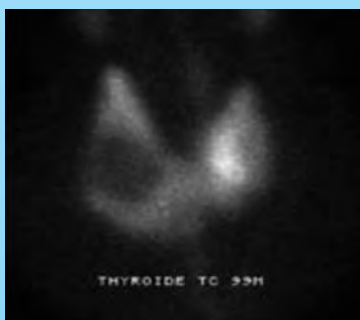


Gamma caméra

Les différents types de scintigraphies :

La scintigraphie thyroïdienne :

C'est un bon examen, en complément du dosage des hormones thyroïdiennes dans le sang et de l'échographie thyroïdienne. Indiqué lorsque l'on détecte des nodules de plus d'un centimètre sur la thyroïde. Il permet de faire la différence entre un nodule chaud (qui travaille plus que le reste de la thyroïde) et un nodule froid (qui travaille moins).



Nodule froid de la thyroïde

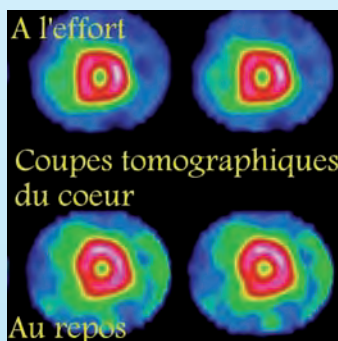
La scintigraphie cardiaque :

Elle est utilisée en cardiologie pour visualiser l'irrigation du muscle cardiaque et donc détecter des rétrécissements sur les artères qui vascularisent le cœur (artères coronaires).

L'examen est couplé à une épreuve d'effort réalisée par un cardiologue.

On réalise des images à l'effort et au repos.

Cet examen est moins lourd et moins dangereux que la coronarographie. En cas d'anomalie de perfusion, on fait la coronarographie.



Perfusion normale du muscle cardiaque

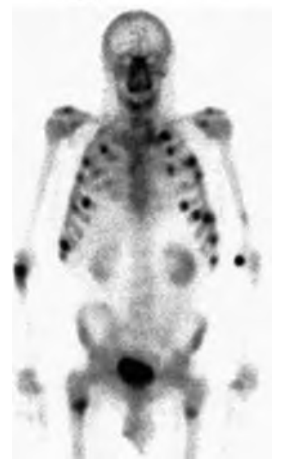
La scintigraphie osseuse :

C'est un examen qui permet de visualiser l'ensemble du squelette en une fois.

En complément du bilan radiologique si celui-ci est normal. On arrive à voir les fissures osseuses non vues en radiographie standard. Il est également indiqué à la recherche de métastases osseuses en cas de cancer.



Scintigraphie osseuse normale



Scintigraphie osseuse avec multiples métastases

La scintigraphie pulmonaire :

Réalisée souvent en urgence à la recherche d'embolies pulmonaires.

Les autres types de scintigraphies :

Il existe d'autres indications notamment rénales (recherche de séquelles d'infections...), cérébrales (recherche de maladie d'Alzheimer...), recherche d'infections osseuses.

Docteur Mourad MOKHTARI
Service de scintigraphie ELISE

Préparateur en pharmacie hospitalière (PPH)

Au sein du CHAM, se situe la PUI (Pharmacie à Usage Intérieur), composée de deux services : la Pharmacie et la Stérilisation. La PUI fait partie du pôle Médico-Technique.

Définition du métier et fonction du PPH :

Le Préparateur en Pharmacie Hospitalière est titulaire du diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière (DPPH). Il concourt aux préparations magistrales et hospitalières, à la qualité des prestations pharmaceutiques, à la dispensation, à la gestion des médicaments, des dispositifs médicaux et aux opérations de stérilisation.

Comment devient-on PPH ?

Pour exercer à l'hôpital public, les préparateurs en pharmacie doivent acquérir une compétence spécifique après le Brevet Professionnel de préparateur en pharmacie.

Depuis 2009, il existe 4 voies de formation pour les préparateurs en pharmacie hospitalière :

- l'apprentissage pour les – de 26 ans (*durée de 1 an*) ;
- la formation initiale pour les + de 26 ans (*durée de 1 an*) :
- la formation professionnelle continue (*durée de 1 an*).
- la VAE (Valorisation des Acquis de l'Expérience) pour les préparateurs en pharmacie ayant 3 années d'expérience de préparateur en pharmacie hospitalière (*durée de 5 ans maximum*).

Le diplôme de PPH est obtenu après validation des 8 modules suivants :

- ▶ analyse des demandes et ordonnances au regard des exigences techniques et réglementaires des PUI
- ▶ analyse des prescriptions et des demandes de dispositifs médicaux
- ▶ assurance de la qualité dans les opérations pharmaceutiques réalisées en PUI
- ▶ organisation, conduite et mise en œuvre des préparations magistrales, hospitalières, des opérations de reconstitution et de conditionnement

- ▶ organisation, conduite et mise en œuvre des préparations de médicaments radio pharmaceutiques
- ▶ organisation, conduite et mise en œuvre des opérations de stérilisation
- ▶ gestion des flux et stocks de médicaments et de dispositifs médicaux dans l'environnement économique et réglementaire
- ▶ traitement et transmission des informations, travail en équipe, conseil et encadrement des équipes.

Rôle du PPH au sein de la PUI :

- Délivrance des médicaments et des dispositifs médicaux stériles aux unités fonctionnelles
- Gestion des stocks : inventaire, approvisionnement, gestion des périmés
- Traçabilité des médicaments dérivés du sang et des dispositifs médicaux implantables
- Préparation, conditionnement de médicaments et réalisation de préparations galéniques en zone protégée ou contrôlée (notamment les chimiothérapies)
- Informations, explications et recommandations nécessaires sur le bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux.

Depuis le 01/06/2010, les PPH de la pharmacie du CHAM, prennent en charge la préparation des piluliers pour les 50 lits d'USLD Chemins fleuris. Cette activité sera étendue à la Clairière (104 lits) en novembre 2010, aux 180 lits du nouveau bâtiment en mars 2011 et enfin à l'USLD Au fil de l'eau en 2012.

En tant que prestataire de soins indirects, le PPH participe activement à la prise en charge globale du patient.

Le PPH possède une grande faculté d'adaptation aux nouvelles technologies et travaille dans le respect des règles et des procédures.

Secteur Personnes Agées : les résultats des négociations des Conventions Tripartites

Les premières conventions tripartites signées par le CHAM en décembre 2004 arrivant à leur terme, les EPA (Etablissement pour personnes âgées) se sont engagés dans une démarche de renouvellement de celles-ci pour 5 ans (du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2014).

Après de nombreuses rencontres entre les représentants du CHAM, du Conseil général et de la DDASS du Loiret, depuis le mois d'octobre 2009, les négociations se sont terminées fin janvier 2010.

Les objectifs des conventions tripartites 2010-2014 des EPA sont :

1- La nouvelle partition des lits USLD et EHPAD

Suite à la réforme nationale des USLD initiée en 2006, la capacité du CHAM en lits de long séjour passe de 100 à 82 à compter du 1^{er} janvier 2010.

2- Les objectifs qualitatifs pour la seconde convention

La démarche qualité en EHPAD constitue une obligation depuis la loi du 2 janvier 2002. Elle s'impose d'autant plus aux établissements que les objectifs qualité dégagés au terme de l'évaluation sont associés à une obligation de résultat au travers de la convention tripartite pluriannuelle.

Pour ce faire, les équipes des quatre EPA ont réalisé en 2009 une auto-évaluation de la prise en charge des résidents dans sa globalité (médicale, sociale...), complétée par une enquête de satisfaction effectuée auprès des résidents et de leurs familles, la même année.

Parmi les principaux objectifs : la mise en œuvre du projet de soins et médical 2010-2014 (amélioration de la prise en charge de l'incontinence et du suivi de la prise médicamenteuse, par exemple), et l'élaboration de projets de vie et de soins individualisés pour les résidents.

3- Les nouveaux moyens octroyés

Le Conseil général et la DDASS ont accordé des effectifs supplémentaires aux EPA, sur la base d'une auto-évaluation de la prise en charge des résidents, réalisée par les équipes soignantes, dans le but de :

- renforcer l'équipe d'animation ;
- étendre le suivi psychologique et les ateliers mémoire des résidents ;
- améliorer la prise en charge en kinésithérapie des résidents ;
- constituer des équipes hôtelières, afin de recentrer les équipes soignantes sur les soins ;
- mettre en place progressivement la distribution individuelle des médicaments ;
- compléter l'équipe de nuit des USLD avec une présence infirmière.

4- Projets faisant l'objet d'un futur avenant

En temps utile, des avenants prendront en compte les conséquences résultant de :

- a. la création d'un service tutélaire commun, sous la forme d'un GCSMS (Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale), entre le CHAM (EPA+psychiatrie), le CH de Pithiviers, le CH de Beaune-la-Rolande, et 4 EHPAD autonomes (Château-Renard, Lorris, Puiseaux et Auxe),
- b. l'ouverture d'un Centre d'accueil de jour Alzheimer de 15 places sur le site de l'ancien hôpital à Montargis,
- c. l'ouverture début 2011 de la nouvelle structure actuellement en cours de construction sur le site d'Amilly (180 lits = 148 lits d'EHPAD + 32 lits d'USLD),
- d. la parution des décrets modifiant en profondeur la tarification des EHPAD et USLD, notamment la modification de la ventilation des charges de personnel entre les 3 sections tarifaires (soins, dépendance et hébergement).

Laure NGUYEN, Directrice des EHPAD

ENJEUX DES FORMATIONS INCENDIE : RAPPELS

Ne nous voilons pas la face : au CHAM, comme ailleurs, des risques d'incendie existent. Peu d'entre nous sont capables d'adopter, d'instinct, le comportement idéal pour réagir au mieux. Les formations dispensées depuis 3 ans au CHAM sont là pour nous enseigner ou nous rappeler les bons gestes. Vous trouverez ci-dessous les spécificités de chacune d'entre elles. Le bilan des 2 premières années est positif mais il ne faut pas relâcher notre attention et la motivation des personnels.

Rappel des incidents connus au CHAM depuis 2 ans ½ :

2 feux sur personnes (fumeurs), 1 feu de friteuse, de nombreux feux de cendriers, et environ 135 déclenchements de détecteurs incendie.

souplesse du dispositif :

l'ordre indiqué peut être inversé pour certaines formations. INC 3 et 4 peuvent intervenir avant INC 1 et 2.

Module de formation	Objet	Qui - Particularités
INC1 : Formation Initiale Incendie durée 2h	Théorie sur le feu et manipulation des extincteurs sur feux réels	Toute personne n'ayant pas participé à une formation incendie avec manipulation extincteur au CHAM ou dont la formation est antérieure au 1 ^{er} décembre 2005.
INC2 : Formation Recyclage Incendie durée 1h30	Recyclage de l'INC1	A faire de préférence 1 an après l'INC1 et au maximum dans les 3 ans. Une fois réalisée, cette formation est à renouveler avec la même périodicité (maxi tous les 3 ans).
INC3 : Mise en sécurité durée 1h	Comment est réalisée l'« évacuation » d'un service de soins ? - Techniques utilisées	Tous les services sont concernés même les non-soignants car ils seront appelés à la rescousse pour la mise en sécurité des patients d'un service de soins en cas d'incendie. Formation qui peut être réalisée avant les formations INC1 et INC2.
INC4 : Information dans le service durée 30 min	Visualiser les éléments de la sécurité incendie dans le service	A l'initiative du cadre du service qui choisit la date dans celles proposées par le Service Sécurité.
INC5 : Exercice Incendie Inopiné	Déclenchement d'une alarme feu (par un détecteur incendie) et observation de la réaction des personnels du service, de l'accueil-standard et de la sécurité (si présent)	Le but est d'observer la prise de connaissance de l'alarme (échange d'information) et la levée de doute. Le premier exercice est fait en accord avec le cadre du service. Les suivants sont réalisés sans concertation.

Pour les établissements de soins ou maisons de retraite, la formation de tous les personnels est une obligation (quel que soit le grade ou la fonction) imposée par le Code du travail et le Règlement de Sécurité.

L'enjeu est important pour chacun (patient, personnel, visiteur) ! Des calendriers de formation vous sont proposés régulièrement ! Inscrivez-vous, et... n'oubliez pas la date !!

K. BIGOT - Responsable Service Sécurité Incendie