

Au revoir ...

Stéphanie AQUILINI  
A.S.H - Pédo Ouest

Stéphanie LO  
A.S.H - Pédo Est

Guillaume ROUZIERE  
A.S.H - Pôle 4

Isabelle PAPIN  
Inf.Psy - Pôle 5

Annabelle MOUILLON  
Inf.DE - Pôle 5

Maryse GARDELLE  
Inf.Psy- Pédo Est

Gérard MERCIER  
Praticien Hospitalier  
Pôle 1

**CHARTRE D'ENGAGEMENT**

**MISSION MAINS PROPRES!!!**

DES MAINS DÉSINFECTÉES = DES RISQUES ÉVITÉS!!!

Liberté • Égalité • Fraternité  
REPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ,  
DE LA JEUNESSE,  
DES SPORTS  
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

www.sante.gouv.fr

En écho à la signature par la France de la charte OMS visant à réduire les infections associées aux soins, le CESAME, représenté par son Directeur et le Président de la CME, prend pour les quatre années à venir les dix engagements suivants. Ces derniers visent à poursuivre et renforcer l'implantation de la désinfection des mains, par frictions avec des produits hydro-alcooliques, déjà conduite par les professionnels locaux et les comités de lutte contre les infections nosocomiales.

- 1 Développer une politique de "mains sans bijou" en incitant tous les professionnels soignants et leur encadrement à suivre cette règle.  
\*Alliance comprise.
- 2 Harmoniser et actualiser la formation des professionnels médicaux et para-médicaux dans le domaine de l'hygiène des mains.
- 3 Poursuivre la promotion de l'implantation de la technique de désinfection des mains par friction avec des produits hydro-alcooliques (PHA) pour tous les types de soins et celle de la désinfection chirurgicale par friction pour les actes le nécessitant.
- 4 Acheter des produits pour la friction des mains dont l'efficacité est contrôlée selon les normes européennes et dont la tolérance est évaluée in vivo.
- 5 Généraliser l'installation des distributeurs de PHA dans toutes les chambres et à chaque poste de soins, avec une information incitative et explicative de l'intérêt de la friction.
- 6 Avec l'appui du service de santé au travail, s'assurer de la bonne tolérance des techniques utilisées pour l'hygiène des mains et veiller à la prévention des dermatoses.
- 7 Inciter à un suivi de l'observance et de la qualité de la désinfection des mains, par audit, et surveiller la consommation des PHA par secteur d'activité.
- 8 Diffuser les résultats des indicateurs de consommation de PHA au sein de l'établissement.
- 9 Promouvoir l'information des patients et des visiteurs sur la nécessité de respecter une hygiène des mains adéquate.
- 10 Encourager le dialogue sur l'hygiène des mains entre patients et professionnels afin d'établir un climat de confiance propice à la qualité des soins.

Fait à SAINTE GEMMES SUR LOIRE, le 22 Avril 2010

Le Directeur Le Président de la CME



Bienvenue à ...

Nathalie SAUMUREAU  
Agent d'entretien  
Blanchisserie

Jacky LAPARLIERE  
O.P.Q  
Blanchisserie

Alix Bertrand  
Adj. Adm  
D.U.Q

Directeur de la publication  
G. Salatin

Rédacteur en chef  
H. Fausser

Secrétaire de rédaction  
S. Top

Rédacteurs  
K. Gillette  
V. Gaboriau  
D. Prigent  
P. Lacoate  
C. Poullélaouen  
H. Colle  
V. Morin  
M. Savoie

La lettre du



Ouverture de la Maison des Adolescents

Inaugurée le 23 mars dernier, la Maison des Adolescents (MDA) d'Angers a ouvert ses portes dès le lendemain.

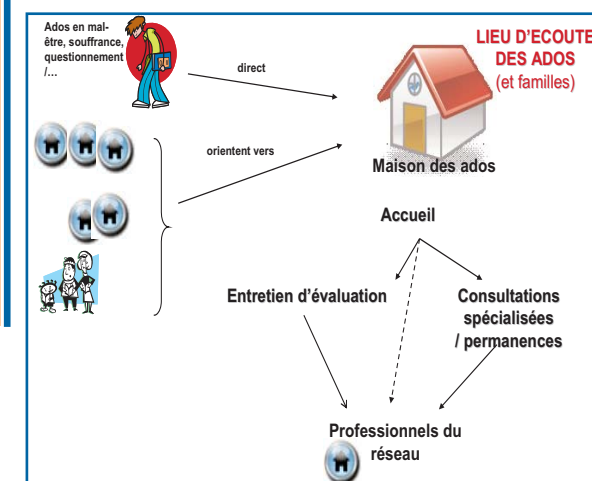
Cette structure spécialisée dans l'accueil, l'écoute et l'orientation des adolescents fait intervenir un certain nombre de partenaires, au premier rang desquels le CESAME, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers, l'Association Ligérienne d'Addictologie (ALIA) et la Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DTPJJ).

Ce projet qui bénéficie du soutien financier du Ministère de la Santé, représenté par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS), a vocation néanmoins à embrasser un champ plus large que le sanitaire, à savoir celui de la prévention primaire.

L'objectif est d'offrir une réponse qualifiée aux problématiques de l'adolescence et d'adresser les ados et leurs familles vers la ou les structures de prise en charge les mieux adaptées.

Cette Maison des Ados vient doter le réseau des acteurs d'une interface qui garantit une meilleure lisibilité des ressources existantes et qui en facilite l'accès, du fait d'une capacité d'analyse des problématiques.

Schéma de fonctionnement de la MDA



En ce qui concerne les moyens accordés à la MDA, ceux-ci ont été redimensionnés, du fait du désengagement courant 2009 de la Ville d'Angers et du Conseil Général.

Il a ainsi fallu trouver des locaux, initialement pris en charge par la Ville. La MDA est donc implantée, à titre provisoire, au 25, rue Bécларd à Angers, au sein du Centre d'Accueil et de Soins Intersectoriels pour la prise en charge des Adolescents (CASIA). Ce lieu répond au souci d'accessibilité, tout en composant avec les moyens existants, la limite d'ores et déjà pointée étant celui d'un risque de confusion avec le CASIA dont la vocation est strictement sanitaire.



Par ailleurs, le CESAME et le CHU d'Angers ont puisé dans les crédits provisionnés depuis 2008, au titre du projet MDA, pour prendre en charge le reste des frais de fonctionnement impartis au départ aux collectivités locales.

Enfin, la participation de l'ALIA et de la DTPJJ a permis d'enrichir le dispositif dans son versant socio-éducatif, par la mise à disposition de personnels.

D'autres partenaires (l'Association de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence, l'association Au Coeur des Flots, l'Association La Gabare, l'IREPS 49, la Mission Locale Angevine, la Maison de la Justice et du Droit, l'Education Nationale) se sont positionnés en vue de participer à la MDA, selon des modalités qui restent à préciser.

Aujourd'hui, l'équipe pluridisciplinaire de la MDA (psychiatre, psychologues, infirmiers, éducateurs, pédiatre) n'est pas au complet, certains recrutements restant à finaliser. Un planning provisoire d'ouverture au public est établi de la façon suivante :

- les lundis de 14h à 19h,
- les jeudis de 16h à 19h,
- les vendredis de 14h à 19h.

A partir de septembre 2010, la MDA sera ouverte tous les après-midi, de 14h à 19h, du lundi au vendredi.

En 2006, l'établissement mettait en place ses premières évaluations de pratiques professionnelles. Neuf évaluations ont été menées. Certaines se sont achevées après la 2ème visite de certification en 2007, d'autres se sont poursuivies. A ce jour, tous les travaux d'EPP initiés en 2006 sont terminés. Les chefs de projet EPP ont accepté de revenir sur leurs travaux. Trois articles vous sont proposés dans ce numéro qui présente les EPP conduites par le Dr Quintard, Chef du Pôle 6, le Dr Bonnal, Praticien hospitalier du Pôle 2 et M. Colle, Directeur des soins.

### Evaluation du processus de mise en chambre d'isolement

Le protocole de mise en chambre d'isolement indique une évaluation annuelle, sur la base de 9 critères relatifs aux conditions de prescription et de mise en oeuvre de cette mesure. Le groupe « EPP » 2007 a été relayé par le groupe « chambres d'isolement », composé actuellement des personnes suivantes :

Dr Bonnal, Dr Quintard, Dr Turk, praticiens hospitaliers ; Mme Braud-Frappart, Mme Lusseau, Mme Perrocheau, Mme Valer, cadres de santé ; Mme Plet, M. Franco, cadres supérieurs de santé ; M. Savoie, ingénieur hospitalier ; M. Genevier, Mme Molines, M. Morinière, représentants du Personnel ; M. Colle, directeur des soins.

L'année 2009 marque une avancée dans la démarche d'évaluation, dans la mesure où celle-ci concerne pour la première fois l'ensemble des secteurs d'hospitalisation, (psychiatrie adulte et pédopsychiatrie). L'étude porte sur un échantillon de 18 prescriptions réalisées entre le 1er et le 15 mars 2009, analysant les réponses aux critères et l'examen des feuilles de surveillance extraites des dossiers de soins des patients concernés. La saisie des réponses sur le logiciel SPAD, puis leur analyse ont conduit à la présentation d'une synthèse présentée fin 2009 aux instances (Commission Médicale d'Etablissement, Commission des Soins).

#### Les principales améliorations constatées :

- Le protocole est désormais bien repéré et couramment utilisé par les prescripteurs et les infirmiers, l'isolement thérapeutique est considéré comme une pratique de soins intensifs en psychiatrie.
- Les prescriptions sont effectivement transcrites dans le DUM.
- La surveillance quotidienne est tracée et atteste d'une vigilance de la part des soignants.

#### Il reste à améliorer :

- La reconduction systématique des prescriptions, en particulier les week-ends ou jours fériés.
- La surveillance clinique qui devra mieux prendre en compte le suivi des constantes, des signes généraux et des scores d'activité ; un effort particulier est attendu la nuit en respectant les durées d'intervalle de la surveillance.

#### Perspectives d'approfondissement de cette évaluation :

- La formalisation et la traçabilité de l'articulation entre réflexion bénéfiques / risques et l'information et la recherche du consentement du patient, que le support d'évaluation utilisé n'a pas permis d'explorer.
- L'objectif demeure, dans tous les cas, de veiller au respect des recommandations de bonnes pratiques, et d'éviter à chaque fois que possible le recours à l'isolement ou d'en réduire la durée, souvent supérieure à 24 heures comme l'a souligné cette étude.



### Evaluation de la pertinence de la contention appliquée selon les besoins à des patients autistes et/ou polyhandicapés



La poursuite de la réflexion menée dans le cadre de cette EPP a été réalisée par le groupe « chambres d'isolement », composé des personnes suivantes :

Dr Bonnal, Dr Quintard, Dr Turk, praticiens hospitaliers ; Mme Braud-Frappart, Mme Lusseau, Mme Perrocheau, Mme Valer, cadres de santé ; Mme Plet, M. Franco, cadres supérieurs de santé ; M. Savoie, ingénieur hospitalier ; M. Genevier, Mme Molines, M. Philippe, représentants du Personnel ; M. Colle, directeur des soins.

Ont également participé, représentant les services de soins accueillant des patients polyhandicapés : Mme Gabriel, aide-soignante ; Mme Thoby et M. Depagne, cadres de santé.

L'EPP menée en 2007 a démontré la pertinence de la réflexion initiée dès 2004 dans les unités accueillant des patients autistes et/ou polyhandicapés. Le groupe de travail a donc été chargé de la rédaction d'un protocole de soins spécifique, concernant les conditions de la mise en contention de ces patients, généralisable à l'ensemble des unités susceptibles d'accueillir au CESAME cette population. Ce travail a été grandement facilité par l'expérimentation de supports déjà utilisés dans les unités FAPA et UPAHM, et par l'intérêt manifesté par les participants issus des secteurs ne contribuant pas à ces fédérations.

En effet, tout le monde s'accorde sur le principe de considérer autrement la nature et les conditions de la mise en contention de patients autistes et/ou polyhandicapés, en tenant compte de ses indications spécifiques et différentes de celles relevant des situations d'urgence, pour laquelle un protocole a été rédigé dès 2001.

Autre élément primordial, la formalisation d'un protocole ne vise pas à inciter à la pratique de la mise en contention ; au contraire, elle recommande un suivi systématique qui interroge la pertinence de ces contentions dont la pratique se prolonge souvent sur de très longues périodes. L'expérience a ainsi démontré que le réexamen régulier du recueil de données cliniques de chaque patient conduit, chaque fois que possible, à des aménagements permettant d'alléger, voire d'éviter la contention, en conciliant confort, dignité et sécurité des personnes.

Le protocole a été rédigé, présenté puis validé fin 2009 par les instances (Commission Médicale d'Etablissement et Commission des Soins). Une évaluation annuelle de sa mise en oeuvre est prévue, sur la base de critères se référant aux conditions du protocole et de l'analyse des dossiers de soins des patients concernés.

### L'objet de notre EPP portait sur l'analyse des fugues de HO et de ses causalités

Notre groupe se composait de 4 personnes : 2 médecins psychiatres, le directeur des usagers, un directeur des soins, l'ingénieur qualité.

La méthode utilisée était celle de l'arbre des causes constitué à partir de 2 grilles d'informations (l'une générale et l'autre médicale) et des certificats médicaux.

Bien que le groupe de travail se soit constitué dès l'année 1996, nous avons choisi de mener cette étude sur 4 années (de 2002 à 2006).

Treize fugues ont été étudiées ; trois patients venaient de la maison d'arrêt.

Cette étude a objectivé plusieurs types de causalités :

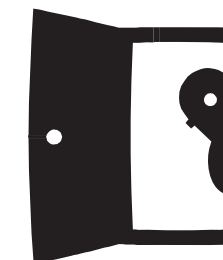
- portant sur le patient :

- la méconnaissance par les équipes des antécédents d'évasion du détenu ;
- la baisse de vigilance des équipes lorsqu'une perspective de levée d'HO apparaît (brouillage des repères symboliques) ;
- la forte réactivité aux frustrations et aux émotions de ces patients.

- L'organisation des soins qui ne permet pas à l'infirmier accompagnant d'être totalement disponible pour l'accompagnement de ce type de patient ;

- La fragilité structurelle de certaines chambres d'isolement et l'organisation des travaux en temps utile.

Cette étude s'est déroulée dans un esprit de recherche et de dialogue. Elle nous a permis de formuler des recommandations sur les conduites à tenir, d'améliorer la qualité des chambres d'isolement, de coordonner nos échanges d'informations avec la maison d'arrêt et de participer à une démarche de gestion des risques.



Si vous souhaitez de plus amples informations sur ces évaluations, n'hésitez pas à consulter la rubrique qui leur est dédiée sur intranet (rubrique qualité-gestion des risques / EPP / EPP 2007).