

Au revoir ...

Sylvie SUREAU
Infirmière Psy
UPAP

Fouad FREDJ
Maître ouvrier
Blanchisserie

Nadège CADORET
Infirmière DE
Secteur 4

Antoine AUBE
Infirmier DE
Secteur 7

Martine PINEAU
Ouvrier Professionnel
Pédo Ouest

Le plan de formation 2011 est actuellement en cours de préparation au travers du recueil des besoins de formation.

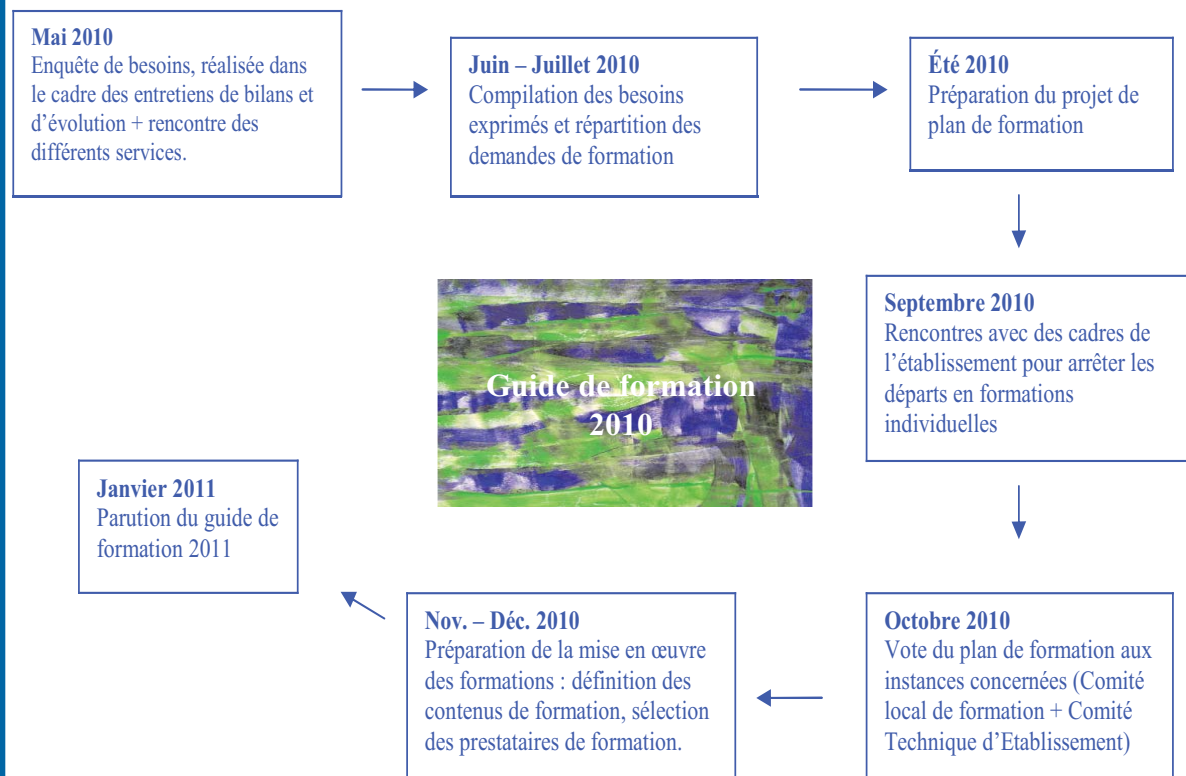
Cette anticipation est nécessaire pour que l'établissement ait le temps d'élaborer un plan de formation conforme aux besoins exprimés par les agents.

C'est pourquoi vous êtes actuellement sollicités par votre encadrement, dans le cadre des entretiens de bilan et d'évolution, pour exprimer vos souhaits de formation, en lien avec l'acquisition de nouvelles compétences professionnelles ou l'actualisation de vos connaissances.

Vous pouvez également formuler des vœux en lien avec des projets plus personnels : l'équipe de la formation permanente est alors à votre écoute pour vous aider à trouver la formation adéquate et le mode de financement approprié.

Ces vœux sont ensuite compilés dans un document de synthèse qui permet d'avoir une vue d'ensemble des besoins de formation de l'établissement : c'est en effet la somme des besoins individuels qui permet le plus souvent de proposer des formations en intra, c'est-à-dire se déroulant au CESAME.

Le calendrier général est le suivant :



Cérémonie de remise des médailles

Cette année, la cérémonie de remise des médailles a eu lieu le 20 mai dernier.

Cet événement est l'occasion pour le CESAME de remercier chaque ses agents méritants ayant effectué vingt, trente ou trente-cinq années d'exercice dans l'établissement.

En 2010, ce sont ainsi trente-huit agents qui ont été médaillés parmi lesquels douze médailles d'or, 13 médailles de vermeil et 13 médailles d'argent.

Mr Bonsergent, Président du Conseil d'Administration du CESAME, et Mme Courilleau, Adjointe au Maire de Ste Gemmes-sur-Loire, ont saisi cette occasion pour féliciter chaleureusement les participants.



Bienvenue à ...

Cindy RICHARD
Adj. Adm
D.S.E.P.T

Muriel PELLETIER
Préparatrice
Pharmacie

Mélanie CHAGNAS
Inf.DE - Secteur 1

Sandrine ROUILLERE
Inf.DE - Secteur 3

Thibault PIET
Inf.DE - Secteur 4

M.Emmanuelle MAILLET
Inf.DE - Secteur 4

Stéphanie LO
A.S.H
Secteur 5

Lisa JUBEAU
Inf.DE - Secteur 6

Marine SERRANO
Inf.DE - Secteur 7

Emile ROCHET
Inf.DE - Pédo Est

Marie-Hélène BRUNET
Inf.DE - Secteur 7

Armelle LEBREUILY
Assistant Généraliste
Pédo Ouest

Directeur de la publication
G. Salatin

Rédacteur en chef
H. Fausser

Secrétaire de rédaction
S.Top

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

La lettre du



Prise en compte des situations de handicaps et des difficultés de santé des agents au CESAME

Le CESAME effectue actuellement sa déclaration annuelle au Fonds d'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction publique, le FIPHFP. En effet, depuis une loi de 2005, l'ensemble des administrations et établissements publics sont assujettis à l'obligation d'emploi de 6% de travailleurs handicapés, ce qui devrait représenter au moins 67 personnes sur le CESAME.

Le CESAME ne remplit pas son obligation d'emploi (42 personnes concernées) malgré une politique favorable mise en place ces dernières années au titre du projet social 2005-2010, avec notamment la création de la commission de maintien dans l'emploi qui examine les situations d'agents en difficulté de santé ou présentant un handicap.

Quelle analyse pouvons-nous faire de cette situation ?

Il existe manifestement une sous déclaration par les agents du CESAME présentant un handicap. Cela s'explique par différents aspects :

- Certains handicaps représentent pour les agents une gêne tout à fait mineure dans leur exercice professionnel, voire même aucune, parce qu'ils sont dans un métier tout à fait adapté à leur situation.
- Pendant très longtemps, les administrations et établissements publics n'étaient pas assujettis à l'obligation d'emploi des 6%. De fait, beaucoup de travailleurs bénéficiant d'une reconnaissance "travailleur handicapé", une fois entrés dans la fonction publique, ne renouvellent pas leur demande de reconnaissance.
- Enfin, il existe chez ces agents une crainte à déclarer leur situation de handicap. C'est à la fois légitime et regrettable.

Cette réticence est légitime dans la mesure où le regard des collègues est encore souvent pesant sur les personnes en situation de handicap. Qui n'a pas entendu des termes stigmatisants pour les agents qu'ils concernent, tels que "bras cassé" ou encore "le reclassé" ? Dans cette ambiance et ces conditions, on ne peut que comprendre pourquoi certaines personnes se refusent à faire connaître leur situation. Il est certainement utile de rappeler ici que des propos visant à

discriminer ou insulter des personnes en s'appuyant sur leur qualité de travailleur handicapé sont, comme pour les propos racistes ou xénophobes, punis par la loi. Le code pénal prévoit en effet une peine d'amende de 750€ à l'encontre de toute diffamation non publique présentant un caractère raciste ou encore pour les injures invoquant le handicap (art. R624-3 Code Pénal).

Pourquoi est-ce regrettable que certains agents se trouvent en situation de handicap sans le déclarer ?

- Parce qu'une situation de handicap n'enlève rien à la valeur professionnelle d'un agent. De nombreux agents du CESAME, tout en bénéficiant d'une reconnaissance de travailleur handicapé, effectuent la plénitude des tâches qui leur sont confiées et la totalité de leur poste, parce que leur handicap ne leur pose pas de difficulté au regard du travail qu'ils effectuent.
- Parce que cette déclaration à la Direction est totalement confidentielle et en aucun cas transmise au service d'affectation.
- Parce que la reconnaissance de travailleur handicapé permet de bénéficier de financements spécifiques via le FIPHFP, pour de la formation ou du matériel adapté ; aides dont il est dommage de devoir se priver ou d'assurer personnellement la charge.
- Parce que la sous déclaration dont souffre le CESAME l'amène à régler une "amende" au FIPHFP. Cette amende alimente certes les fonds du FIPHFP afin qu'ils bénéficient à d'autres agents handicapés d'autres hôpitaux ou administrations. Il serait préférable de pouvoir consacrer ces fonds à l'amélioration des conditions de travail pour l'ensemble des agents du CESAME.
- Parce qu'enfin et surtout, quand on y réfléchit bien, le handicap n'est pas toujours acquis à la naissance. Le plus souvent, il s'acquiert au cours de la vie, du fait de maladies, d'accidents personnels ou professionnels ou encore de l'usure professionnelle. Chacun d'entre nous peut être concerné au cours de sa vie.

De fait, il est légitime que le handicap soit pris en compte, compensé, et que les agents concernés soient respectés en tant que personnes et en tant que professionnels.

Ce numéro de la Lettre du CESAME vous présente les travaux relatifs à trois Evaluations de Pratiques Professionnelles (EPP). Les chefs de projet reviennent sur ces évaluations, le contexte de leur mise en place, la méthodologie adoptée et les axes d'amélioration proposés.

Evaluation de la prise en charge de la douleur physique du patient hospitalisé au CESAME

La douleur en santé mentale est un véritable enjeu de santé publique marquée par :
- la mise en oeuvre du 3ème plan de lutte contre la douleur 2006-2010 dont la prise en charge de la douleur des personnes vulnérables est l'une des priorités ;
- l'organisation de la 1ère journée nationale « douleur et santé mentale » en 2006.

Fin 2005, l'équipe du Comité de Lutte contre La Douleur (CLUD), constituée de médecins psychiatres et généralistes, de pharmaciens, de cadres de santé, s'est appuyée sur une étude pilotée par la pharmacie du CESAME en 2003/2004 montrant que 9 % des patients hospitalisés étaient touchés par la douleur physique, pour initier une réflexion sur la prise en charge de la douleur physique au CESAME.

Nous avons alors effectué une enquête réalisée par les référents douleur (médecins) dans leurs services respectifs à partir d'un questionnaire élaboré par le CLUD adressé aux professionnels médicaux et paramédicaux. A cette occasion, la présentation de l'enquête a permis des échanges instructifs autour des différents outils d'évaluation actuellement à notre disposition.

Ainsi, à l'issue de l'enquête, les principales actions à améliorer, souhaitées par les professionnels de notre établissement, étaient :

Pour ce qui concerne la détection de la douleur :

- Information, formation
- Observation dans le Dossier Unique du Malade
- Echelle d'hétéroévaluation de la douleur

Pour ce qui concerne le traitement de la douleur :

- Information, formation,
- Protocoles,
- Traitements médicamenteux,
- Réponse technique (exemple : stimulateur externe).



Ceci a constitué les bases d'un travail et a permis de fixer des objectifs à réaliser au sein de notre établissement en matière de prise en compte de la dimension algique physique dans la prise en charge spécifique et spécialisée de nos patients.

A ce jour, l'information et la formation sont des axes de travail impulsés par notre comité. En effet, une formation dans le cadre de la formation permanente se déroulera sur 2 journées à la fin de cette année.

Parallèlement, un livret pharmaceutique constituant un guide thérapeutique spécifique des traitements antalgiques est en cours d'élaboration pour être validé prochainement par notre comité. Dans le dossier unique du malade, une rubrique douleur figure désormais à la page des constantes à évaluer régulièrement.

Enfin, l'expérimentation d'une échelle d'hétéroévaluation est en cours dans l'établissement pour une meilleure adéquation aux patients souffrant de pathologies psychiatriques.

Telles sont les actions actuellement menées et qu'il nous appartient de prolonger suite à l'évaluation de la prise en charge de la douleur chez le patient hospitalisé au CESAME.

Dr L. FLOCH

Evaluation de la prise en compte de l'environnement socio-familial dans la trajectoire de soins des personnes souffrant de troubles schizophréniques d'évolution récente et suivis depuis 3 ans par le CESAME

Le groupe de travail, constitué de 7 praticiens, s'est réuni 3 fois pour définir le contenu ; l'évaluation a été réalisée en binômes sur audit de dossiers selon les critères définis dans l'intitulé de l'EPP, et à partir d'une grille d'évaluation élaborée par le groupe.

1er constat : La cohorte était faible (17 patients concernés pour les 7 secteurs adultes). La rigueur d'information diagnostique a été interrogée.

2ème constat : Il a été difficile de rassembler les dossiers, éclatés entre dossiers hospitaliers et dossiers ambulatoires pour un même patient. Le projet du dossier patient informatisé s'en trouve validé.

3ème constat : Il apparaît qu'au cours des 3 premières années de prise en charge de ces patients, peu d'éléments d'évaluation de l'environnement social et familial étaient précisés dans les dossiers.

Les rencontres avec les familles étaient cependant fréquentes, les démarches nombreuses, le nombre moyen d'actes par patient supérieur à la moyenne annuelle pour le même diagnostic.

L'étude met en évidence tout le poids de ces prises en charge les premières années de décompensation, et l'importance de la mobilisation des facteurs environnementaux. Un axe d'amélioration du recueil d'informations clinique s'avère possible : recueil de données socio-familiales davantage systématisé, aux fins d'anticiper et d'optimiser les processus de réhabilitation ultérieurs.

Dr D. ROBERT



Evaluation du facteur de l'autisme et des troubles envahissants du développement chez l'enfant de 0 à 6 ans

Le groupe de travail était composé de praticiens hospitaliers de deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, accompagnés par les deux responsables de la Direction Qualité qui ont soutenu la construction et la conduite du projet.

La méthode d'évaluation retenue a été celle de l'audit clinique ciblé ; une grille d'une dizaine de critères a été élaborée à partir des recommandations pour la pratique professionnelle émise en 2005 par la fédération française de Psychiatrie et autorité de santé. Testée sur deux dossiers puis validée, elle a permis l'étude rétrospective de 52 dossiers par les praticiens ; les réponses ont été traitées par la direction qualité.

La première phase de l'étude, d'octobre 2006 à juin 2007, a concerné 31 dossiers. Elle a permis de valider des actions d'amélioration déjà engagées dans les secteurs (formation des professionnels aux outils d'évaluation standardisés) et d'en initier d'autres :

- amélioration du recueil écrit des données dans les dossiers ;
- systématisation et traçabilité de la proposition de bilan génétique et généralisation à des suivis anciens ;
- réflexion sur les liens de transmission de dossiers entre CHU et CESAME.

Elle a débouché sur le souhait d'une seconde évaluation des dossiers des patients pris en charge pour la 1ère fois entre juin 2007 et juin 2008 pour mesurer, l'année suivante, l'évolution des pratiques. Cette seconde étude s'est déroulée de juin 2007 à septembre 2009. Elle a mis en évidence entre autres la baisse de l'âge de premier recours au CESAME via les consultations spécialisées au CHU ou en ville.

Ce travail a permis de dépasser les craintes liées aux EPP : craintes du risque d'uniformisation des pratiques et de démarches désincarnées. Il a été soutenu par le désir de valoriser notre choix de prises en charge plurielles et pluridisciplinaires, de partager nos pratiques avec d'autres équipes de la région attelées au même thème d'EPP. Il a représenté l'expérience positive d'une méthodologie intégrée à la pratique clinique, tenant compte des impératifs professionnels et reposant sur une véritable collaboration entre équipes soignantes et administratives.

Dr M. CHARLERY



NOTA BENE :

Au-delà de la figure de style imposée par la Haute Autorité de Santé dans le cadre de la certification, ces démarches d'EPP concourent à l'évidence à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'intérêt suscité au CESAME pour les EPP se poursuit avec actuellement une évaluation des pratiques portant sur la prescription de médicaments chez la personne âgée.

De plus en plus d'établissements de santé disposent désormais d'une commission EPP chargée de recenser les projets d'EPP, d'accompagner leur mise en oeuvre et de rendre compte des résultats, en accord avec les orientations de la certification V2010 qui insiste sur le développement d'une politique d'EPP ainsi que sur le déploiement effectif et pérenne des démarches dans l'ensemble des secteurs d'activité. C'est la prochaine étape au CESAME.

CESAME

Informations de la Direction

Sécurité Incendie

L'Equipe de Seconde Intervention : un dispositif précieux et reconnu

L'incendie : un risque toujours présent

Le dimanche 16 mai à 18h24, un incendie qui aurait pu avoir de graves conséquences s'est déclaré dans la chambre 108 de l'unité de soins 15 ouest du Pôle 4.

Après le déclenchement de l'alarme, les soignants ont ouvert la porte et ont constaté une épaisse fumée avec flammes. Ils ont procédé rapidement au sauvetage du patient présent dans la chambre et à la mise en sécurité des personnes de l'unité.

Appelée à 18h27 par le standard, l'Equipe de Seconde Intervention (ESI), qui ne se composait que de deux personnes ce jour là, est arrivée sur les lieux à 18h30 et a mis en oeuvre l'étouffement et le refroidissement du sinistre au moyen d'un extincteur.

Les sapeurs pompiers étaient présents sur les lieux à 18h44. Après avoir déclaré l'incendie éteint, ils ont souligné l'intérêt des actions conduites par l'ESI qui ont permis de limiter la propagation du feu.

La direction remercie les différents intervenants de la chaîne d'événements, Equipe de Première Intervention (personnels soignants présents), standardiste, Equipe de Seconde Intervention, cadre de garde, interne de garde et personnel technique pour le sang froid et le

professionnalisme démontrés lors de cet incident. Elle salue également la solidarité qui s'est mise en place spontanément entre les secteurs : les renforts

humains et matériels ont permis de reloger rapidement les patients de la 15 ouest.



L'Equipe de Seconde

Intervention : historique et fonctionnement

L'ESI, qui va bientôt fêter son vingtième anniversaire, est caractérisée par le volontariat et le bénévolat.

Au cours de l'année 1991, la fréquence et l'importance des feux ont amené le CESAME à améliorer la sécurité contre l'incendie au sein de l'établissement. Des mesures d'infrastructures ont été renforcées, notamment par la généralisation du système de détection des incendies et, suite à la demande de la commission intercommunale de sécurité, une Equipe de Seconde Intervention a été mise en place.

L'année 1992 va permettre une réflexion sur l'organisation et une formation des différents personnels de l'hôpital.

Nous avons besoin de volontaires !

- De Juin à septembre 1992 :

Un appel au volontariat est effectué auprès des agents des services techniques : 32 personnes sont volontaires.

- Mise en place de l'organisation, acquisition des matériels opérationnels et préparation de la formation en collaboration avec les sapeurs pompiers d'Angers.

- Octobre 1992 :

L'ESI est opérationnelle de 8h à 17h00.

- 3, 10, 15 décembre 1992 :

Organisation de journées d'information qui permettent de recueillir près de 115 volontaires.

- Premier trimestre 1993 :

Formation des nouveaux volontaires sur une durée de deux journées.

- Avril 1993 :

Fonctionnement de l'ESI 24h/24 avec 120 volontaires.

Son rôle

Le rôle premier de l'Equipe de Seconde Intervention est d'effectuer la mise en sécurité des personnes en danger.

Le danger provenant en particulier des émanations de fumée, l'ESI est dotée d'Appareils Respiratoires Isolants (ARI) qui permettent aux équipiers d'intervenir avec efficacité.

Les équipiers s'assurent également des mesures prises par le personnel du service sinistré afin d'éviter la propagation de l'incendie (évacuation des patients, fermeture des portes, utilisation des extincteurs).



Les intervenants

L'érosion remarquée depuis 1993 s'explique essentiellement par le déplacement du travail vers les structures extérieures.

Le nombre actuel d'équipiers ne permet pas d'assurer le roulement de l'ESI 24h/24.

Organisation

L'Equipe de Seconde Intervention dispose d'un véhicule doté d'équipements de sauvetage et d'extinction.

Elle est constituée de quatre équipiers : un(e) responsable, un(e) conducteur et deux porteurs d'ARI.

- Le responsable s'assure du bon déroulement de l'intervention. Il collecte les informations auprès des agents du service sinistré, de manière à prendre les premières mesures.

- Le conducteur met à disposition le matériel et reste à l'écoute du

personnel engagé.

- Deux équipiers utilisent les appareils respiratoires isolants afin d'effectuer la mise en sécurité des personnes restées dans la fumée.

Dans le cas d'un fonctionnement à trois équipiers, le conducteur est également responsable.

Un planning est mis en place par quinzaine de chaque mois. Celui-ci tient compte des congés et de l'emploi du temps de chaque équipier.

Conclusion

L'ESI est un dispositif efficace que les autres hôpitaux nous envient et dont les sapeurs pompiers reconnaissent l'utilité.

Lorsque l'ESI a été créée, les équipements des bâtiments du CESAME relatifs à la sécurité incendie étaient bien loin de ce qu'ils sont aujourd'hui et, dans la configuration actuelle, l'existence de cette équipe est un « plus » qui n'a pas de caractère réglementaire.

Il n'empêche que le risque est toujours présent et que l'application de la loi anti-tabac est compliquée.

Si la tendance enregistrée depuis deux ans se poursuit, l'ESI ne pourra plus fonctionner : moins il y a de membres et plus ils sont d'astreintes. Le phénomène de lassitude se ressent et moins il y a de membres, etc...

Il ne faudrait qu'un petit sursaut de bénévolat pour inverser cette tendance et permettre de maintenir ce collectif qui a rendu de nombreux services.

