

Vitamine

Journal d'information du CH de Dax-Côte d'Argent

Juin 2013
N° 74

Un projet

Le Dossier Médical Personnel :
plus on en sait, mieux on se porte

Une activité médicale

La rhumatologie avec
le Dr Shipley

Un service, un métier

L'Infirmière Organisatrice
de l'Accueil aux Urgences

Le dossier

La CRUPQC,
une instance incontournable pour
la démocratie participative à l'Hôpital

Qualité

L'enquête téléphonique,
un nouvel outil de mesure
de la satisfaction des usagers

Côté RH

1. Le Bilan social 2012
2. La prévention des Risques Psycho-Sociaux

Rencontre avec

François de Boysson,
Directeur adjoint chargé de
l'Ingénierie et du Système
d'Information

Infos financières

Compte financier 2012
et perspectives 2013

À la Une

LA PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE EN GÉRIATRIE

Santé au Travail : La prévention
des accidents de travail par manutention

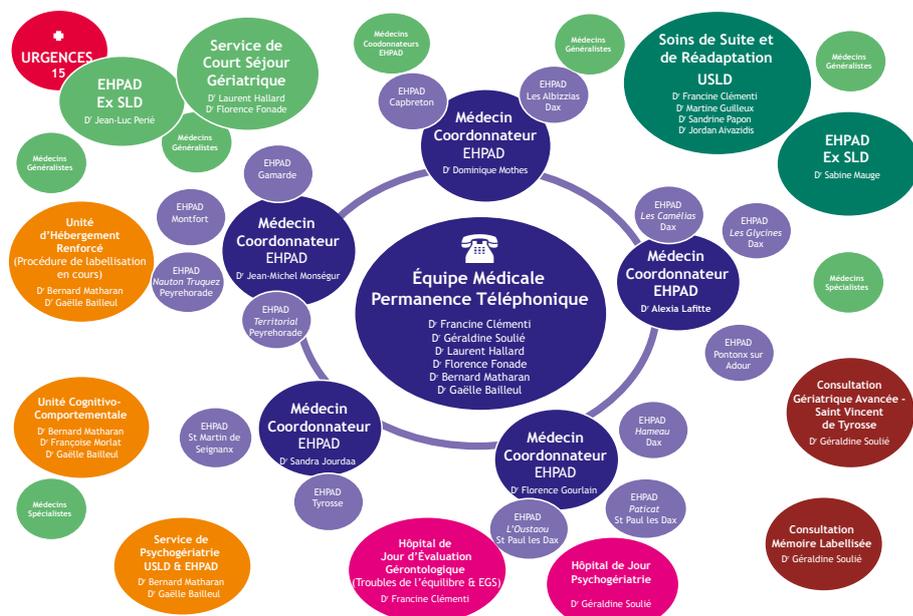
ZOOM sur le Rapport SICARD :
«Changer de regard sur la fin de vie»

Et vos rubriques :
Mouvements du personnel
Retour en images

Dans le cadre de la politique concertée au titre de l'accompagnement du parcours de santé des personnes âgées, le CH de Dax propose le projet de Groupe de Suivi Expérimentation Permanence Téléphonique - Territoire Sud-Landes (GSEPT-TSL) au profit des médecins traitants de personnes âgées et des médecins coordonnateurs des EHPAD.

La zone d'influence du Centre Hospitalier de Dax en tant que territoire sanitaire de proximité

correspond aux contours élargis du Pays Adour Landes Océanes : sur ce bassin de population, les Communautés de Communes Maremne Adour Côte-Sud (MACS) et du Grand Dax (CAGD) constituent les secteurs géographiques les plus impactés par la démographie, en nombre et en évolution, accentuant la problématique des réponses à apporter en termes de santé publique.



Naissance du projet

Dans un souci d'améliorer le parcours de santé des personnes âgées, le CH de Dax a répondu, en novembre 2012, à l'appel à projet lancé par l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine.

Ce projet a été retenu pour expérimenter au niveau régional un dispositif de permanence téléphonique appelé Groupe de Suivi Expérimentation Permanence Téléphonique - Territoire Sud-Landes (GSEPT-TSL).

La pratique quotidienne permet d'envisager des pistes d'amélioration parce que les relations fréquentes entre médecins généralistes et médecins gériatres hospitaliers n'apportaient pas toujours de réponses appropriées aux problèmes exposés. Une proportion importante d'appels ne trouvait pas directement l'interlocuteur le plus compétent et le plus à même de conseiller ou renseigner directement l'appelant médical.

Emmanuelle Dumas, Attachée d'administration Hospitalière et Jean Couret, Directeur adjoint Pôle de Gériatrie

En pratique

Chaque jour, ce sont plusieurs appels qui sont recensés et des réponses concrètes apportées aux médecins traitants ou aux médecins coordonnateurs pour leur fournir la réponse la plus complète et la plus adaptée pour leurs patients, et simplifier ainsi le parcours de ces personnes au sein des établissements sanitaires et/ou médico-sociaux.

Le référent médical du projet est le D^r Francine Clémenti, qui assure la permanence téléphonique avec l'équipe de gériatres de l'établissement.

La permanence téléphonique est effective depuis mi-février, du lundi au vendredi (le samedi et le dimanche, l'activité médicale est assurée selon le tableau de garde organisé au sein du Pôle PAGE), 5 médecins gériatres se relaient pour répondre aux appels de 8 h 30 à 18 h 30.

À chaque appel d'un médecin libéral sollicitant un conseil d'orientation auprès du gériatre de permanence pour un patient âgé nécessitant une éventuelle prise en charge, un questionnaire permet le recueil d'un lot d'informations, les réponses obtenues au fil du temps devant faire l'objet d'analyses statistiques.

Les finalités du projet

Les finalités du projet sont de faciliter le parcours de santé de la personne âgée au niveau de la filière gérontologique et gériatrique en favorisant la relation directe entre le médecin coordonnateur (ou le médecin généraliste). Et le gériatre pouvant ainsi être sollicité pour un avis, un conseil, dans le cas d'une orientation, d'une hospitalisation ou d'une consultation.

L'expérimentation vise aussi au renforcement des relations entre les professionnels qui interviennent au domicile et les hospitaliers.

Ce projet innovant a fait l'objet d'une information au Conseil de l'Ordre des Médecins, d'une communication dans la presse et de l'envoi d'un dépliant par mailing aux médecins généralistes du territoire Sud-Landes et aux médecins coordonnateurs des institutions du territoire.

Dossier Médical Personnel - DMP : plus on en sait, mieux on se porte

Depuis fin février, il est possible de créer son DMP aux guichets des admissions du CH de Dax.

Moderne, cet outil permet d'améliorer la qualité et la continuité des soins grâce à la traçabilité de l'information, à une meilleure communication médecin/malade et à la transmission des informations entre professionnels de santé.



Pour plus d'information

Rendez-vous sur le site du dmp.gouv.fr

Il s'agit d'un service de santé publique gratuit.

Initialement prévu pour une ouverture au public en juillet 2007, le projet DMP a été relancé par le Ministère de la Santé en avril 2009.

Il est mis en œuvre par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP Santé), créée par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009.

La loi prévoit que chaque assuré puisse disposer gratuitement d'un DMP et, à ce jour, plus de 300 000 DMP ont été créés.

Au CH de Dax, une réflexion est actuellement en cours afin de déterminer les éléments que les médecins de l'Établissement souhaitent voir figurer dans ce dossier

Le Dossier Médical Personnel est un dossier médical, informatisé et sécurisé qui accompagne le patient tout au long de sa vie

Cet outil peut centraliser des informations telles que les antécédents et les allergies, les prescriptions médicamenteuses, les comptes-rendus d'hospitalisation et de consultations, ou encore les résultats d'examens complémentaires.

La consultation et l'alimentation du DMP s'opèrent via une connexion sécurisée.

Les données sont conservées, sous forme chiffrée, sur un serveur national géré par un hébergeur agréé par le Ministère en charge de la Santé.

Cet hébergeur agit sous le contrôle et la responsabilité de l'ASIP Santé. Il ne peut pas accéder aux données d'un DMP.

Elles ne sont accessibles qu'aux seuls professionnels de santé autorisés par le patient.

L'accès au DMP de tout autre acteur (médecins du travail, employeurs, assurances ...) est formellement interdit par la loi.

Pour créer son DMP, c'est très simple

Il suffit de se rendre aux admissions avec sa carte vitale et, après quelques clics, la création est effectuée.

Le patient peut alors, s'il le souhaite, obtenir ses codes d'accès et son mot de passe qui lui permettront d'accéder à son DMP depuis internet.

Faciliter la prise en charge et la coordination des soins

Vous êtes loin de chez vous ? Votre état nécessite une prise en charge en urgence ? Plusieurs professionnels de santé vous suivent ?

Grâce au DMP, vous avez la possibilité de mettre à disposition des professionnels de santé que vous autorisez les informations importantes concernant votre santé.

En cas d'urgence, le médecin régulateur au Centre 15 du SAMU peut accéder à votre DMP et obtenir des informations qui seront déterminantes au moment de l'intervention.

Le DMP peut être vital à un moment donné de votre vie. Pensez-y.

Ces vingt dernières années, la rhumatologie a connu un formidable essor lié au développement de l'immunologie et à l'arrivée des biothérapies dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde (lire encadré) et des spondylarthropathies.

Afin d'apporter une « spécialité d'organe », la médecine interne a finalement recruté le Dr Émilie Shipley qui, depuis janvier 2013, a intégré l'établissement à temps plein.

Propos recueillis par Alain Hervet, Cadre socio-éducatif Service social

Pouvez-vous en quelques lignes vous présenter ?

D'origine angevine, je suis arrivée à Bordeaux en 2005 pour faire mon internat en rhumatologie dans le service du Pr Schaefferbecke.

Par la suite, j'y ai réalisé un clinicat de deux ans. Deux années durant lesquelles je venais assurer des consultations à raison d'un jour par quinzaine à l'hôpital de jour du CH de Dax.

Mais ma première prise de contact date de 2007 lors d'un stage effectué dans ce même service.

C'est au cours de ce fameux été que j'ai découvert les Landes, ses traditions et la course landaise... des rendez-vous que, désormais, je ne manque plus.

Sur quels secteurs intervenez-vous ?

Mon bureau se situe dans le service d'hospitalisation de jour : j'y effectue environ 45 consultations par semaine.

Au niveau des actes pratiqués quotidiennement, en l'occurrence initiation et perfusion de biothérapies, je prends en charge 3 à 4 patients par jour.

Le vendredi matin, je réalise des échographies et gestes infiltratifs.

J'interviens également dans le service d'immuno-hématologie du Dr Lifermann où je dispose de 6 lits de médecine interne à orientation rhumatologique.

Êtes-vous satisfaite de l'outil de travail qui est mis à votre disposition ?

En ce qui concerne l'outil de travail, je dois souligner l'excellent aménagement de l'hôpital de jour avec le personnel à proximité.

Sur un plan plus technique, je suis particulièrement satisfaite de l'appareil échographique mis à ma disposition dès mon arrivée. Il s'agit d'un outil indispensable à ma pratique quotidienne. Le choix réalisé a été très judicieux.

À l'heure où je vous parle, nous sommes à quelques jours de choisir la société qui procédera à l'installation du système d'imagerie médicale - le PACS* - qui permet d'avoir accès aux iconographies de manière quasi instantanée. Pour l'avoir déjà testé au CHU de Bordeaux, je vous avoue que je suis impatiente de l'utiliser.

Sur le plan humain, je suis extrêmement sensible au dynamisme et au professionnalisme des agents de l'hôpital de jour et du service de médecine d'immuno-hématologie. Cela a été un des facteurs déterminant de mon choix pour le Centre Hospitalier de Dax - Côte d'Argent.

** Picture Archiving and Communication System (Système d'archivage et de communication d'imagerie)*



La polyarthrite rhumatoïde est une maladie inflammatoire des articulations.

Elle est due à un dérèglement du système immunitaire.

Les articulations douloureuses gonflent puis se déforment en l'absence de traitement, menant dans 20 % des cas à une incapacité fonctionnelle.

Des traitements permettent aujourd'hui de stabiliser la maladie mais la recherche se poursuit pour réguler durablement l'immunité des patients et les guérir définitivement.

IOA - Infirmière Organisatrice de l'Accueil

Nathalie Spotti, Cadre de santé
Service d'Accueil des Urgences

L'IOA est une Infirmière Diplômée d'État (IDE) de la Structure des Urgences qui a bénéficié d'une formation complémentaire spécifique pour occuper cette fonction.

Elle a pour mission générale d'accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants dès leur arrivée, de définir les besoins de santé, les priorités de soins et de décider du lieu de prise en charge le plus adapté.

Au CH de Dax, 17 IDE sont formées à ce poste.



Une connaissance parfaite du poste de travail

L'IOA est une IDE référente nommée par le cadre de santé après évaluation des compétences (parfaite connaissance du poste de travail, du fonctionnement du service et de l'établissement). Elle doit être en mesure de prendre des décisions en l'absence du cadre de santé, et d'effectuer les sorties SMUR en second (c'est-à-dire effectuer une sortie quand le premier équipage est déjà sorti). Afin de superviser la gestion des flux de patients (entrées / sorties) l'IOA travaille en binôme avec le Médecin Organisateur de l'Accueil (MOA).

En pratique

Lorsqu'une personne se présente au SAU, elle est accueillie par une secrétaire administrative ou, la nuit, par un agent du standard qui constitue le dossier administratif papier et informatique et prévient l'IOA de l'arrivée d'un patient.

L'IOA prend connaissance du motif de consultation et recueille les antécédents. Pour ce faire, elle évalue l'état clinique du patient et le degré d'urgence.

Elle renseigne la fiche de tri IOA : paramètres vitaux, signes respiratoires, évaluation de la douleur, Hémoglucotest, plaie (nature et importance), Hémocue®,....

Si besoin, elle sollicite l'avis du MOA.

L'IOA est joignable au ☎ 39 44

Le poste IOA est couvert de 11 h à 19 h

L'été, compte tenu de l'augmentation de l'activité, la couverture IOA est alors de 9 h à 22 h, soit deux IOA par jour.

Des outils spécifiques à sa disposition

- Une *fiche IOA* où sont notés : identification du patient, antécédents, traitements, motif d'hospitalisation ou de consultation et paramètres vitaux

- Des *échelles de tri* qui aident dans la priorisation des soins en évaluant le degré d'urgence présenté

- Des *protocoles écrits*, datés et signés par le responsable médical.

Elle enregistre et cote informatiquement sur la file active des urgences Pluslit®, le motif de consultation et/ou d'hospitalisation du patient.

Il existe 5 niveaux d'urgence

avec une lecture informatique très explicite, en code couleur :

- Non urgent
- Peu urgent
- Semi Urgent
- Urgent
- Urgence absolue

Bientôt un espace dédié au binôme IOA - MOA

La construction du box IOA, dès cet été, permettra une meilleure prise en charge des patients en garantissant confidentialité et intimité des patients.

Ce box sera composé de 2 salles d'examen :

- 1 pour les patients qui arrivent couchés
- 1 autre pour les patients qui arrivent en salle d'attente.

Le binôme IOA - MOA aura donc un espace dédié pour accomplir leurs missions.

Des missions spécifiques

Accueillir et procéder au tri des patients arrivant dans la structure ;

Décider du lieu de soin adapté ;

Informier et aider : organisation des soins, renseigner sur les conditions de prise en charge ;

Installer ;

Rassurer ;

Surveiller les patients en attente de soins ;

Communiquer et coordonner : elle centralise les informations en lien téléphonique direct avec le SAMU quant à l'arrivée annoncée de patients ; elle localise les patients afin de pouvoir répondre à toute demande ; elle est le lien entre les familles, le patient, le cadre de santé ; elle est l'interface entre tous les partenaires de l'urgence.

La CRUQPC, une instance incontournable pour la démocratie participative à l'Hôpital



La Commission des Relations avec les Usagers, de la Qualité et de la Prise en Charge (CRUQPC) vient de rendre son bilan 2012.

Elle s'engage résolument dans une démarche d'amélioration de l'information des Usagers sur son existence.

Au Centre Hospitalier de Dax, c'est un lieu d'expression clairement dédié aux usagers.

Par Chantal Casaux, Directrice Adjointe chargée des Affaires Générales et de la Qualité, de la Gestion des Risques et des Relations avec les Usagers

Une loi comme acte de naissance

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé instaure la CRUQPC : elle est un organe de consultation incontournable sur la politique d'accueil et de prise en charge, une force de proposition dans ce domaine. Elle alimente par son rapport annuel les délibérations du Conseil de Surveillance sur la politique de l'Établissement relative aux droits des usagers et à la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Le décret n°2005-213 du 2 mars 2005 précise ses missions dans le Code de la Santé Publique.

Dans ce contexte, elle doit non seulement prendre en considération les usagers sur le plan individuel en veillant au respect de leurs droits et en facilitant leurs démarches, mais encore jouer un rôle de levier pour améliorer les conditions d'accueil et de la prise en charge des usagers et de leurs proches.

Un bilan « encourageant » de l'aveu même de sa présidente

Le 8 février 2013, la CRUQPC a rendu public son rapport pour l'année 2012, dont voici les principaux résultats :

- 75 plaintes écrites (à rapporter au nombre de patients accueillis : 48 271)
 - 33 lettres de remerciements recensées par la Direction de la Qualité, de la Gestion des Risques et des Relations avec les Usagers - DQGR (parce que la plupart des courriers de satisfaction arrivent directement dans les services et ne sont pas transmis à la Direction Qualité).
- Les Cadres de Santé ont donc été sensibilisés à la nécessité d'en adresser copie à la DQGR
- le délai moyen de réponse aux réclamations est de 37 jours
 - le nombre total de recours gracieux ou juridictionnels est de 10
 - le nombre de saisines du médiateur médical s'élève à 5
 - le nombre total de demandes de dossiers médicaux est de 149
 - le nombre de questionnaires de sortie adressés est de 5 000 ; 2 408 d'entre eux ont été retournés au CH.

COMPOSITION DE LA CRUQPC

Classiquement, la présidence de la CRUQPC est assurée par le Directeur de l'Établissement. Au CH de Dax, ce dernier a fait le choix de déléguer cette mission à Mme Claudine Rofritsch, membre de l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF), très impliquée depuis des années dans la vie institutionnelle. Ainsi, la commission est-elle résolument un espace pour les usagers.

- **la présidente par délégation du Directeur :**
Mme Claudine Rofritsch, de l'UDAF
- **le médiateur médical :**
M. le D^r Bertrand Lhez, du service des Urgences
- **le suppléant du médiateur médical :**
M. le D^r Yves Dauan, du laboratoire d'Anatomo-Pathologie
- **le médiateur non médical :**
Mme Patricia Tondeur, Cadre de Santé à l'Hôpital de Jour
- **le suppléant du médiateur non médical :**
M. Maxime Caffray, Responsable pédagogique à l'IFMK
- **le suppléant du premier représentant des usagers :**
Mme Claudine Chazarenc, de la Ligue Contre le Cancer
- **le second représentant des usagers :**
M. Michel Camin, de l'Association Française de Myopathie

Parmi les objectifs que la CRUQPC s'est fixés, l'un d'entre eux mobilise l'ensemble de la communauté hospitalière, puisqu'il s'agit de faire connaître le plus largement possible l'existence de la CRU auprès des usagers.

La liste nominative de ses membres sera affichée dans les différents lieux d'accueil de l'Établissement et sera également intégrée dans le livret d'accueil remis aux patients. Savoir...pour faire savoir...

L'enquête téléphonique, un nouvel outil de mesure de la satisfaction des usagers

Par Chantal Casaux, Directrice Adjointe chargée des Affaires Générales et de la Qualité, de la Gestion des Risques et des Relations avec les Usagers

Quel service veut-on rendre aux patients ?

C'est sûrement la réponse à LA question qui unit la communauté hospitalière, et qui donne du sens à notre activité quotidienne.

L'article L 1112-2 du Code de la Santé Publique rappelle ainsi que « la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accès et de séjour. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans la certification ».

Si chaque établissement remet aux patients, lors de leur admission, un livret d'accueil comprenant notamment un questionnaire de satisfaction - que les patients sont libres de retourner - il peut aussi, depuis 2011, organiser une enquête téléphonique de satisfaction des patients hospitalisés (I - SATIS). L'instruction N° DGOS/PF2/2010/449 du 21 décembre 2010, modifiée par l' instruction N° DGOS/PF2/2013/73 du 27 février 2013 généralise l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés.

Savoir pour mieux servir...

En 2013, le Centre Hospitalier de Dax se dote d'un nouvel outil de mesure de la satisfaction des usagers : l'enquête téléphonique.

Le CH de Dax participe en 2013 à la 3^e campagne de recueil des données

Afin de faciliter la démarche, l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) met à la disposition des établissements la plateforme « I - SATISFACTION ».

La clôture de la campagne est programmée le lundi 16 septembre 2013.

À partir d'un coupon-réponse prédéfini à disposition dans les services, après qu'ils aient expressément consenti à participer à cette enquête, 120 patients hospitalisés au Centre Hospitalier de Dax - et sortants du 29 avril 2013 au 27 mai 2013 - s'entretiennent téléphoniquement avec l'institut de sondage QUALIMARKET.

Il s'agit de patients résidant en France, ayant été hospitalisés plein temps plus de 2 jours (au moins 2 nuits consécutives) dans une unité fonctionnelle de court séjour en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO), adulte ou pédiatrique, dont la destination de sortie est le domicile (notamment les maisons de retraite et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

Cette année, de nouvelles modalités de calcul de l'indicateur sont mises en place : les établissements de santé pouvant atteindre 30 questionnaires validés voient leurs résultats calculés.

Les résultats devraient être connus fin 2013.

Cette démarche est le prélude d'une généralisation de l'indicateur I - SATIS au sein des établissements de santé exerçant en MCO.

LE QUESTIONNAIRE COMMUN

Il est composé de 33 questions portant sur 6 indicateurs thématiques mesurant la satisfaction en matière :

- de prise en charge globale du patient
- d'information du patient
- de communication entre le patient et les professionnels de santé
- d'attitude des professionnels de santé
- de commodité de la chambre
- de restauration hospitalière

Il est à souligner l'effort de contribution de nombreux professionnels qui ont participé à la logistique de cette enquête. Sans eux, en effet, elle n'aurait pu être réalisée.

La Direction de la Qualité, de la Gestion des Risques et des Relations avec les Usagers leur adresse ses remerciements.

Marc Lesparre, Directeur Délégué,
chargé des Ressources Humaines et de la Formation

Suite à sa refonte complète, le bilan social est composé de trois parties et de trois annexes, dont le détail est retracé dans le sommaire.

La 1ère partie porte sur l'état et l'analyse des données sociales de l'établissement pour les personnels médicaux et non médicaux. On y trouve 23 indicateurs relatifs à l'évolution des effectifs et de la masse salariale, à la gestion du temps et disponibilités des ressources humaines, à la gestion des compétences, au dialogue social, et à la santé et sécurité au travail.

Les Effectifs rémunérés (tous budgets)

	2010	2011	2012	Écart 2012/2011	Évolution 2012/2011 en %
PNM personnel non médical	1 869,54	1 911,28	1 918,15	6,87	0,36 %
PM personnel médical	112,12	121,55	129,10	7,55	6,21 %
Total PNM + PM	1 981,66	2 032,83	2 047,25	14,42	0,71 %

Les effectifs rémunérés PNM 2012 ont augmenté de 6,87 agents en ETP rémunérés (+ 0,36%) par rapport à 2011 et de + 41,74 ETP rémunérés (+ 2,23 %) entre 2011 et 2010.

Les effectifs rémunérés PM 2012 ont augmenté de 7,55 agents en ETP rémunérés (+ 6,21%) par rapport à 2011 et de 9,43 ETP rémunérés (+8,41 %) entre 2011 et 2010.

Dépenses PM et PNM toutes charges comprises et tous budgets

	2011	2012	Écart 2012/2011	
			en €	en %
PNM	78 752 564	79 989 026	1 236 462	1,57 %
PM (hors interne)	12 808 984	13 147 686	338 702	2,64 %
Total PNM + PM	91 561 548	93 136 712	1 575 164	1,72 %

Les dépenses PNM 2012 ont augmenté de 1 236 462 euros (+1,57%) par rapport à 2011.

Les dépenses PM 2012 ont augmenté de 338 702€ (+2,64%) par rapport à 2011.

Absentéisme PM et PNM

	Nombre de jours d'absence	Nombre moyen de jour d'absence par agent
TOTAL MOTIFS MÉDICAUX (Accident de travail et de trajet, longue maladie, maladie longue durée, maladie ordinaire, maladie professionnelle)	37 828	19,35
TOTAL MOTIFS NON MÉDICAUX (Congés maternité et paternité, couches et grossesse pathologiques)	8 368	4,28
TOTAL PNM	46 196	23,63
TOTAL MOTIFS MÉDICAUX (Accident de travail et de trajet, longue maladie, maladie longue durée, maladie ordinaire, maladie professionnelle)	624	3,57
TOTAL MOTIFS NON MÉDICAUX (Congés maternité et paternité, couches et grossesse pathologiques)	688	3,93
TOTAL PM	1 312	7,50
TOTAL TOUS PERSONNELS	47 508	22,30

Effectif physique total 2012 PNM = 1 955 - Effectif physique total 2012 PM = 175

Le nombre moyen de jours d'absences PNM par agent est en baisse en 2012 par rapport à 2011 puisqu'il est passé de 27,24 jours à 23,63 jours (-3,61 jours).

Pour le PM, le nombre moyen de jours d'absence est de 7,5 jours par médecin (calculé par rapport à l'effectif physique présent au 31/12/2012) et de 10,16 jours si l'on se réfère aux ETP moyens rémunérés.

La 2^e partie est relative à *la gestion des ressources humaines au sein des 7 pôles d'activité*. À titre d'exemple, ar ailleurs, cette année, est mis en valeur le pôle médico-technique à travers la présentation des 19 indicateurs. Les augmentations d'activité de 32 % et du nombre de séjours de 38 % de ce pôle ont également été soulignées comme des évolutions marquantes.

La 3^e partie met en perspective des données sociales au regard du projet d'établissement et de l'intégration de la politique RH sur le territoire. On y trouve donc *l'état d'avancement du projet social avec le bilan par orientation sociale des actions mises en œuvre jusqu' en 2012*. Comme précisé dans le préambule concernant les *valeurs sociales*, des professionnels hospitaliers ont pu participer à une formation régionale portant sur « les valeurs des établissements publics sanitaires et sociaux en mutation et intégration des professionnels ».

1 Orientation sociale n°1 *Développer l'attractivité de l'établissement en direction des professionnels à recruter et les fidéliser*

En synthèse les actions mises en œuvre permettent de couvrir les besoins de recrutement en quantité mais aussi dans les qualifications requises par rapport au profil des postes à pourvoir et de constater que le taux de fidélisation des personnels est élevé.

4 Orientation sociale n°4 *Santé au travail : prévention des risques psychosociaux*

La démarche Prévention des risques psychosociaux a démarré en 2013 (cf. l'article relatif aux RPS page suivante).

Lien d'accès au bilan social 2012

Sur le Portail Intranet : après avoir cliqué sur « drh » (voir flèche), suivre ce chemin d'accès :

Bibliothèque de documents - DRH / Bilan social / 2012

Sur la GED : après avoir cliqué sur « RAPPORTS BILANS / Emetteur », suivre ce chemin d'accès :

Pôle Prestataires de service / Département des Ressources Humaines / Direction des Ressources Humaines

2 Orientation sociale n°2 *Développer la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC)*

La démarche GPMC est en cours.

En effet, tous les métiers de l'établissement ont été cartographiés, les fiches métier/compétences/poste sont en cours d'élaboration et en 2013, certains évaluateurs expérimentent l'entretien professionnel qui deviendra obligatoire en 2015.

5 Orientation sociale n°5 *Adapter et compléter l'offre des formations initiales et continues gérées par l'Institut de Formation des Professionnels de Santé du CH de Dax*

Le dispositif de formation a été adapté aux besoins de recrutement d'infirmiers et d'aides-soignants par le relèvement du nombre de professionnels formés, et par la rénovation complète des locaux de l'IFPS.

L'IFMK a accueilli une 1^e promotion de 30 étudiants en masso-kinésithérapie et formera 90 étudiants après les rentrées 2013 et 2014.

Enfin, a été mise en place une nouvelle offre de formations sanitaires et médico-sociales par l'IFPS en septembre 2012.

Sont aussi traités dans cette partie les critères de qualité portant sur la gestion des ressources humaines, l'état d'intégration de la politique de gestion des ressources humaines de l'établissement à l'échelon territorial et le suivi annuel du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Les annexes au bilan social 2012 sont constituées par le bilan annuel 2012 du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), le rapport annuel 2012 de la médecine du travail et le rapport annuel 2012 de formation.

3 Orientation sociale n°3 *Adapter l'organisation du travail dans les pôles et les services de l'établissement*

Les mesures organisationnelles permettant d'adapter au tant que de besoin l'organisation de travail dans les pôles et les services de l'établissement sont proposés par les responsables de pôle à la Direction et sont mises en œuvre après avis des instances et décision du Directeur de l'Établissement.

6 Orientation sociale n°6 *Promouvoir la qualité de vie au travail*

Différentes actions ont été mises en place, notamment, sur le site Vincent de Paul la réfection du site de parking et la mise en chantier d'un nouveau restaurant du personnel avec ouverture prévisionnelle en 2014.

Sur le site du Thermal, l'ouverture d'un restaurant neuf pour le personnel, les curistes, les étudiants de l'IFPS est également prévue début 2014.

Harcèlement, stress, violences... : la souffrance au travail est largement médiatisée et renvoie souvent à des réponses individuelles.

Adopter une démarche de prévention des risques psychosociaux (RPS), c'est s'inscrire dans une approche collective réfléchissant sur l'organisation des collectifs de travail.

Parmi les 6 axes de son projet social, le CH de Dax a inscrit la prévention des risques psychosociaux.

par Laurence Deloubes,
Adjoint des cadres - DRH

Définition des RPS :

Ensemble des contraintes psychologiques, mentales, sociales et organisationnelles au travail, susceptibles d'induire des effets néfastes sur la santé de celui qui les perçoit.

Cette démarche est soutenue par le Fonds National de Prévention de la CNRACL*.

Il a été décidé de se faire accompagner par une psychologue du travail du CHU de Bordeaux, Mme Valérie Cirier. Pour ce faire, une convention avec le CHU a été signée pour une durée de 3 ans.

Madame Cirier a pour mission d'assister le COPIL Prévention des risques psychosociaux mis en place le 28 mars dernier, de proposer des plans d'actions de prévention, de suivre ces plans d'actions et d'assurer la communication dans l'établissement sur les actions déployées.

L'accompagnement est prévu pour 10 services sur la durée de la convention. Il permettra aux différents acteurs de s'approprier l'outil, d'être autonomes et de pérenniser la démarche au sein de l'établissement.

* Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales

COMPOSITION DU COMITÉ DE PILOTAGE

Pilote : Marc Lesparre, DRH

Copilote : Valérie Cirier, psychologue du travail au service de pathologie professionnelle et de médecine du travail du CHU de Bordeaux

CFDT : 1 titulaire - 1 suppléant

CGT : 1 titulaire - 1 suppléant

FO : 1 titulaire - 1 suppléant

Médecine du Travail : Dr Benegas, Karine Lacraste et Sylvie Loustalet, Infirmières

Direction des Soins : Éliane Frécon, Coordinatrice générale des Soins

Représentants de chaque pôle :

Pôle Médico-Technique (RUBIS) : Nathalie Spotti

Pôle Médecine : Michèle Tazua

Pôle Chirurgie : Christine Simon

Pôle Femme Mère Enfant : Sandrine Monchiet

Pôle Psychiatrie : Sandrine Vraïne

Pôle Gériatrie : Christiane Loliva

Pôle Prestataire de service : Jean-Yves Gassié

Direction qualité et gestion des risques :

Chantal Casaux

Formation : Catherine Détrez

Collège des psychologues : Camille Aguirre ou Julie Cure

Référente RPS : Laurence Deloubes

Secrétariat : Maryse Dussarrat, Adjoint administratif - DRH
Suppléantes Juanita Arias et Nathalie Destribats

Une psychologue du travail stagiaire : Pascale Pautard, étudiante psychologue du travail master 2.

Méthodologie

Ce Comité de pilotage s'est positionné sur les deux premiers services qui feront l'objet d'un accompagnement, après validation des cadres et du bureau de pôle :

- les urgences (d'avril à juin)
- l'unité de soins longue durée NB2 (de septembre à novembre).

Il est à noter que l'étude ne concerne que les aides-soignantes et les infirmières.

Les grandes étapes de la méthodologie :

Comité de pilotage > entretien individuel cadres et médecins

> présentation équipe > passation questionnaires > recueil analyse des données > restitution en 3 temps > groupes de travail préconisés > validation et mise en œuvre.

L'établissement accueille en parallèle jusqu'au 10 juillet prochain une stagiaire, Pascale Pautard, étudiante en Master 2 de psychologie du travail.

Sa mission consiste à identifier les facteurs de risques psychosociaux au travail, chez les cadres hospitaliers volontaires toutes filières dans le but de proposer des actions d'amélioration pour réduire ou supprimer leurs effets négatifs sur la santé.

Un questionnaire a été créé et les données recueillies permettront d'analyser les facteurs de risque.

La prévention des accidents de travail par manutention

Le Code du Travail définit la manutention comme « toute opération de transport ou de soutien d'une charge, dont le levage, la pose, la poussée, la traction, le port ou le déplacement, qui exige l'effort physique d'un ou de plusieurs travailleurs ».

De ce fait, porter, pousser, tirer, lever ou déplacer des charges implique des efforts physiques, des positions de travail inconfortables et des contraintes posturales.

De façon répétitive, les manutentions peuvent provoquer des accidents, des douleurs ou des maladies (troubles musculo squelettiques : TMS). Elles représentent le premier risque professionnel à l'hôpital. Pour exemple, 120 accidents de travail liés à la manutention ont été constatés au CH de Dax en 2012.

Depuis 1986, l'établissement s'est engagé dans une politique de prévention des accidents de travail par la manutention.

Elle est articulée et coordonnée par la Direction des Ressources Humaines et la Médecine du Travail.

Plusieurs types d'actions ont été menés, dont la dernière en date, validée par le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) en juin 2010, et émanant du projet social du CH de Dax, considérant que les bonnes pratiques doivent être intégrées par chacun, adéquates et protectrices quels que soient le moment et l'activité de la vie professionnelle et personnelle.

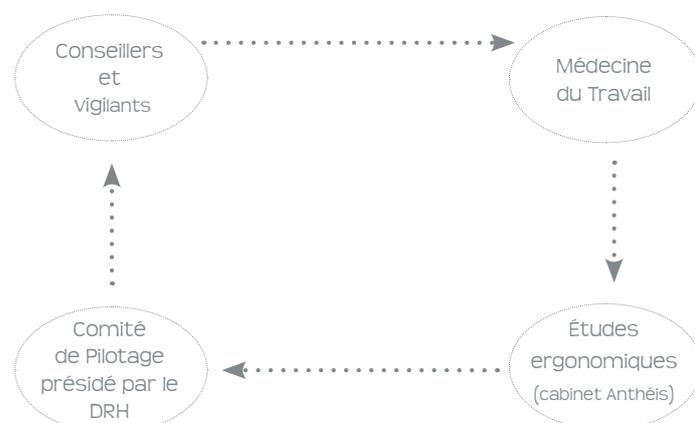
Dès lors, 12 professionnels ont validé un certificat de conseillers SIFAM (formation de 105 heures) :

- 9 conseillers manutention patients
- et 3 pour la manutention des charges.

Ils ont assuré ensuite les formations de vigilants dans chaque service (le cadre + un à deux agents volontaires), permettant d'assurer un rôle de veille quant aux bonnes pratiques en manutention et utilisation du matériel.

Ensemble, conseillers et vigilants des différentes équipes recherchent des solutions pour assurer une bonne pratique.

L'action de prévention des accidents de travail - AT - manutention comporte une troisième phase : un déploiement interne, assuré par les conseillers. Il comporte un temps d'observation puis d'échange avec les vigilants, permettant de cibler les problématiques le plus fréquemment rencontrées dans le service, puis des sessions de formation pratique obligatoire de 2 heures.



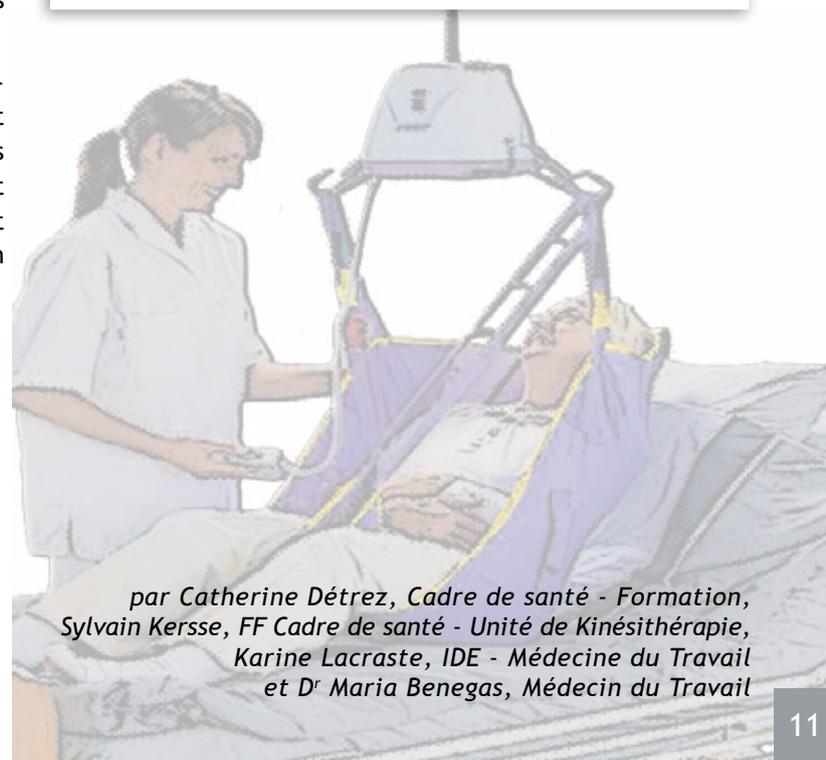
L'actualisation de la formation en manutention est absolument requise pour tout agent reprenant après un arrêt de travail lié à la manutention. Cette formation est assurée par les conseillers.

La médecine du travail assure l'ensemble des analyses des AT de toutes origines, et propose des mesures de correction et d'amélioration.

Tous les acteurs de cette prévention ont pour objectif de protéger la santé des salariés en appliquant des principes de sécurité.

LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS DE TRAVAIL EST L'AFFAIRE DE TOUS

Elle nécessite une prise de conscience, l'implication des responsables de proximité et des cadres de pôle, et la responsabilisation des agents, qui se doivent de respecter les instructions données, notamment sur la tenue de travail.



par Catherine Détrez, Cadre de santé - Formation, Sylvain Kersse, FF Cadre de santé - Unité de Kinésithérapie, Karine Lacraste, IDE - Médecine du Travail et Dr Maria Benegas, Médecin du Travail

Issu de la 50^e promotion de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) à Rennes, François de Boysson a pris ses fonctions de Directeur adjoint chargé de l'Ingénierie et du Système d'Information en avril dernier.



Quelle est votre formation initiale ?
Et pourquoi ce choix de carrière dans la Fonction Publique Hospitalière ?

Je suis diplômé de Sciences Po et titulaire d'une maîtrise de Droit Public.
Œuvrer pour un service public accessible à tous, 24 h sur 24 h, et auquel les Français sont à juste titre très attachés, c'est à mes yeux la promesse d'une vie professionnelle riche et pleine de sens !

Durant les 27 mois de formation, et plus précisément durant les 13 mois de stage pratique, comment avez-vous appréhendé le monde hospitalier et le métier de directeur ?

J'ai effectué mes stages de terrain et administratif au Centre hospitalier Guillaume Régnier, à Rennes. Il s'agit d'un établissement public de santé mentale. D'emblée, j'ai été très sensible au dévouement des professionnels de santé, confrontés au quotidien à la douleur morale et à des situations de détresse sociale souvent extrêmes. Ces situations humaines très fortes m'ont conforté dans ma volonté d'être un élément moteur au sein de l'hôpital public. Quant au directeur il doit être, avant tout, un facilitateur !

Pourquoi votre choix d'affectation s'est porté sur le CH de Dax ?

Le Centre Hospitalier de Dax présente de nombreux atouts : un établissement couvrant une large gamme d'activités de soins, tout en restant à taille humaine, des projets variés et importants - en particulier le « nouveau plateau technique » regroupant la réanimation, les soins intensifs et continus, les bunkers de radiothérapie et la salle hybride.

Le poste de directeur adjoint chargé de l'ingénierie et du système d'information me permet en outre d'être au cœur du fonctionnement opérationnel de l'établissement. Et, parce qu'elle comporte une réelle dimension stratégique, c'est une fonction qui exige d'être au plus près de la communauté hospitalière, dont je découvre la diversité des métiers et la richesse des compétences.

Enfin, je ne pouvais rester insensible à la qualité de vie en Région d'Aquitaine. Je suis originaire de la région parisienne mais j'ai des attaches familiales dans le Sud-Ouest, dans le Lot-et-Garonne plus précisément.

Selon vous, quelles sont les qualités requises pour être directeur ?
Et que pensez-vous pouvoir apporter au CH de Dax dans les domaines fonctionnels qui sont désormais les vôtres ?

La complexité, l'intensité de la vie hospitalière requièrent à mon avis plusieurs qualités chez un directeur d'hôpital : la capacité d'écoute et de négociation, l'esprit de synthèse et l'aptitude au management d'équipes.

Parce qu'il a affaire à des professionnels de haut niveau, le directeur doit également avoir une culture de l'engagement et de l'exigence, avec ce que cela implique en termes de disponibilité.

La ténacité est un autre atout décisif pour faire face au quotidien, tout en portant des projets à long terme.

Je m'attacherai, dans mes fonctions, à structurer les relations entre les services dont j'ai la charge et leurs utilisateurs, afin de garantir la prise en compte des besoins et la réactivité des services, au bénéfice du patient.

Je suis convaincu que les professionnels de l'hôpital de Dax, qui m'ont réservé un accueil de grande qualité, sauront m'y aider de leur mieux.

Compte financier 2012 et perspectives 2013

Serge Roulet, Directeur Délégué
chargé des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion

Le compte financier 2012, qui retrace la totalité des recettes et dépenses effectuées dans le cadre de l'année écoulée, a été présenté aux instances en avril dernier pour chacun des Comptes de Résultat, Principal (activités de Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Soins de Suite et de Réadaptation, Psychiatrie et Missions d'Intérêt Général), et Annexes (Soins de Longue Durée, EHPAD, Activités Médicosociales et écoles...).

Le CH de Dax enregistre, malgré les difficultés, un résultat cumulé légèrement positif sur l'ensemble de ces activités à hauteur de 496 212 € dû essentiellement à des recettes d'hébergement et de dépendance EHPAD supérieures à la prévision.

Pour ce qui est du seul Compte de Résultat Principal H, l'exercice se solde par un déficit également limité à - 35 270 €, ce grâce à, d'une part une forte progression d'activité et, dans une moindre mesure, des recettes qui s'y rattachent, d'autre part à une maîtrise des dépenses engagée plus particulièrement dans le cadre du PLED - Plan de Limitation de l'Évolution des Dépenses.

L'année aura donc été difficile et l'équilibre recherché toujours précaire et sans cesse remis en question. Toutefois, grâce aux efforts accomplis, notre avenir est encore entre nos mains.



L'essoufflement (temporaire ?) de l'activité en début d'année et les conditions d'une restriction jamais vue jusqu'à présent des dotations doivent nous conduire à la plus grande prudence pour 2013 avec une obligation de contrôle des évolutions de dépenses et une recherche toujours renouvelée des optimisations de recettes.

Chacun, à nouveau, dans son domaine et dans son rôle peut et doit contribuer au respect des grands équilibres qui préservent notre établissement de contraintes plus rigoureuses et imposées.

Mouvements du personnel

Bienvenue à...

de Boysson François	Directeur adjoint	Ingénierie et Système d'Information
Ciocanaru Mihaela	Médecin	Psychiatrie adulte
Gadiou Véronique	IDE	Psychiatrie générale
Ibanez-Oliot Yamile	Médecin	Radiothérapie
Laborde Mathilde	Médecin	Immuno Hématologie
Laulom Patricia	Médecin	Maison du Coeur
Ouaggag Abdallah	Médecin	Cardiologie
Plat Emmanuel	Médecin	Angéiologie

Au revoir à...

Abdini Elias	Médecin	Endoscopies
Arlegui Florentine	Technicien de laboratoire	Biologie médicale
Dangoumau Marie-Françoise	Assistant Médico-Administratif	Gynécologie
Dubourg Delphine	ASHQ	Réanimation
Dudognon Martine	Aide-Soignante	Réanimation
Geneze Elisabeth	Aide-Soignante	Stérilisation
Guérin Julie	IBODE	Bloc opératoire
Lafitte Bernadette	IDE	Immuno Hématologie
Lesparre Carmen	Adjoint des cadres	Communication
Mondeteguy André	Médecin	Imagerie médicale
Pothier Yann	Aide-Soignant	Arcolan
Rignon Aliaume	Radiophysicien	Radiothérapie
Sourigues Jean-Pierre	Maitre ouvrier principal	UCR
Vergez Alain	ASHQ	Imagerie médicale

Le 18 décembre 2012 a été présenté le rapport Sicard, fruit de la commission de réflexion sur la fin de vie en France.

Ce rapport permet d'évaluer le ressenti de la population française face à la question de la fin de vie ainsi que l'application de la loi Leonetti.

Principaux éléments

Ne juge pas une loi nécessaire

Se positionne contre l'euthanasie active (comme en Belgique et aux Pays-Bas)

Ouvre la réflexion sur le suicide assisté, sans le recommander

Constate que la prise en charge de la douleur est encore incomplète

Constate l'inégalité d'accès aux soins palliatifs

Prend en compte l'angoisse du public de vivre des moments insupportables en fin de vie

Critique le principe du laisser mourir quand il se traduit par laisser faire

Critique une médecine souvent sourde aux attentes des patients qui se retranche dans la technique médicale et qui considère encore la mort comme un échec

Recommandations

Mieux appliquer la loi Leonetti surtout dans son esprit

Garantir l'écoute des patients

Renforcer les directives anticipées

Aller plus loin sur la sédation terminale, si demande du patient, si situation clinique grave et incurable, avec avis collégial

Mieux définir les bonnes pratiques médicales en ce domaine.

*D^r Bernard Poch,
président du Comité d'éthique*

Changer de regard sur la fin de vie

L e texte ne se prononce pas
en faveur d'une nouvelle loi

mais réaffirme l'intérêt de mieux appliquer les lois existantes et définir les bonnes pratiques médicales en ce domaine.

Il souligne l'application insuffisante de la loi Kouchner garantissant l'accès aux soins palliatifs.

Le rapport renforce l'intérêt de l'application de la loi Leonetti avec la prise en charge de la douleur et le développement des directives anticipées afin de garantir le respect des attentes du patient face à une médecine retranchée dans la technique médicale.

L e rapport développe la fin de vie
sous un éclairage sociétal

et souligne l'importance de prendre en compte l'angoisse du public de vivre des moments insupportables en fin de vie face à la maladie (cancer, Alzheimer,...) et face à « la mort sociale » de ceux qui deviennent « un fardeau » pour leurs proches.

Il y est donc développé l'importance d'écouter les patients dans une discipline où le lâcher prise du tout curatif reste compliqué.

Paradoxalement, il critique le principe du laisser mourir quand il se traduit par le laisser faire.

De plus, il encourage l'analgésie terminale dans les situations cliniques graves et incurables avec un avis collégial.

L est important de souligner que le texte se positionne
contre l'euthanasie active

en se basant sur l'interdit fondateur de tuer et sur le serment d'Hippocrate, mais ouvre une réflexion sur le suicide assisté sans le recommander.

Le Comité consultatif national d'éthique doit rendre un avis à la mi-juin, en préalable à un projet de loi devant être présenté au cours du deuxième semestre 2013 - et non plus en juin comme annoncé initialement.

*Amélie Barreau, IDE aux Urgences,
secrétaire du Comité d'éthique*

Pour la 1^e fois en France, le Mobile Lab

Une session de « live surgery » (chirurgie en direct) s'est tenue du 11 au 13 avril : trois jours durant lesquels, M. le D^r Bruno Zipoli et M. le D^r Damien Ribeyre, chirurgiens orthopédiques au CH de Dax, ont présenté aux divers professionnels et étudiants en masso-kinésithérapie, une technique opératoire spécifique utilisée pour les épaules et genoux.

Ces ateliers avaient pour particularité de se tenir dans le Mobile Lab, un camion de 10 tonnes, mesurant 2.5 m de large et 11 m de long entièrement équipé stationné sur le quai des services techniques.



Un loto avec Pierre Albaladéjo

Il s'est tenu le 14 février, de 15 h à 16 h, au rez-de-chaussée du bâtiment Milliès-Lacroix.

La maison de retraite Les Albizzias s'est associée à l'événement.

Mme Jeannette Molas, présidente de l'association des Visiteuses de Malades de l'Hôpital de Dax (VMHD) et une vingtaine de membres avaient financé les nombreux lots. Mme Ketty Marès a offert le goûter.

M. Pierre Albaladejo, l'invité de marque, a quant à lui offert des friandises et s'est livré à une séance de dédicaces sur des mini ballons de rugby pour le plus grand plaisir de la soixantaine de résidents qui étaient présents.



La Fête des Aînés

en partenariat avec le Centre Communal d'Action Sociale de la Ville de Dax



Le 22 avril, les résidents de l'EHPAD Les Albizzias ont pu applaudir le groupe de musique *Les Troubadours* et le magicien Fabrice Umouzin. La fête se poursuivait le 23 avril au Centre de Gériatrie du Lanot avec le groupe de musiciens *Taldea* et des danseuses de flamenco.





Présentation du nouveau dispositif du PAS - Pôle d'Accès aux Soins

Le 15 mai, devant une assemblée composée de personnalités d'horizons divers, des partenaires médico-sociaux et de la presse, M. le Directeur et Mme le D^r Laurence Caunègre ont présenté la structure, le rôle et les missions de l'équipe du Pôle d'Accès aux Soins.

Le dispositif fonctionne officiellement depuis le 13 mai.



Des dessinateurs de presse auprès des enfants hospitalisés

Dans le cadre de la 3^e édition du festival Satiradax, une rencontre entre des dessinateurs de presse satirique et les enfants hospitalisés dans le service de pédiatrie a eu lieu dans la matinée du 17 mai.

Chaque enfant a reçu un dessin personnalisé et dédié par son auteur.



Un réflexe pour la greffe : le CH de Dax s'implique !

Le 24 mai, lors de la réunion d'information ouverte à l'ensemble des agents du CH, le D^r Evelyne Bironneau, représentant de l'Agence de la biomédecine et le D^r Caroline Peyrot, responsable de la coordination / urgences du CH de Dax ont exposé les enjeux du prélèvement et de la greffe, et surtout expliqué l'importance et la nécessité de l'implication de tous.



Transport : **du nouveau sur le réseau**

Pour mieux répondre aux attentes et besoins en matière de mobilité des personnels et des visiteurs du Centre Hospitalier, la desserte va être significativement améliorée avec un passage de 2 à 4 lignes devant le site Vincent de Paul, une meilleure liaison avec le centre ville (Place Saint Pierre) et la gare.

La fréquence de la desserte du Lanot devrait également progresser.

La modification des lignes de transports en commun de la Communauté d'Agglomération du Grand Dax prendra effet à partir du mois de juillet prochain.

Informations

N° Vert gratuit 0 805 200 844
www.grand-dax.fr