



Michel Bruballa

Les hospitaliers n'échappent pas au climat de doute et de questionnement sur notre avenir collectif. Pourtant l'hôpital public demeure, plus que jamais, un service de première nécessité pour répondre aux besoins de la population. L'hôpital n'est pas seulement consommateur de ressources, comme un trop rapide discours médiatique peut le laisser entendre. Il est aussi une activité économique en développement, il est producteur de richesses, il est un lieu où s'exercent des compétences remarquables, un lieu d'humanité, un lieu d'excellence.

Et notre hôpital se signale particulièrement par son dynamisme et ses projets. Rappelons-le d'abord, le centre hospitalier de Libourne est le porteur de l'un des plus importants projets hospitaliers d'Aquitaine : la reconstruction partielle de l'hôpital "Robert Boulin". Cela nous impose certes des devoirs, mais cela ouvre l'avenir de l'établissement et des professionnels qui y travaillent. La période qui s'ouvre est cruciale pour ce projet. En cette fin du mois de novembre 2013, les cinq groupements admis à concourir vont déposer leurs dossiers. Puis les commissions techniques vont travailler, et enfin, le jury choisira le groupement lauréat au début du mois de mars 2014. L'année 2014 verra les travaux préparatoires : relocalisation des structures à démolir (pour l'essentiel : pavillons d'EHPAD à installer dans le nouvel EHPAD de Garderose, "la Belle Isle"; nouvelle crèche; nouvelle installation du self du personnel et des locaux syndicaux). Il faudra aussi au cours de la même année réaliser la nou-

velle entrée de l'hôpital pour permettre l'installation du chantier. Si tout se passe bien, le chantier de construction commencera en 2015.

Mais de manière plus générale, le présent numéro de Reflets témoigne du dynamisme de notre hôpital au travers des projets ou des activités dont il y est traité: La chirurgie orthopédique, son niveau d'activité et la qualité de son travail; la cardiologie, son niveau d'activité et de qualité, et son engagement déterminé dans une coopération ambitieuse avec le CH de Blaye, la psychiatrie avec le nouveau "trio" de pôle, et la mise en chantier du nouveau pavillon destiné aux hospitalisations sous contrainte; le nouvel EHPAD de 112 lits à Garderose: "la belle Isle"; la réactivation du centre de dépistage du VIH Et bien d'autres projets pourraient être mentionnés.

Notre établissement joue aussi un rôle de leader ou de coordinateur: rappelons d'abord le rôle du service de cardiologie auprès du CH de Blaye, cité plus haut (CH de Blaye que notre établissement soutient aussi grâce à du temps de pédiatre qui permet de soutenir la maternité de cet établissement, et grâce à une aide en temps médical sur l'information médicale). Notre établissement est aussi le siège de la coordination nord aquitaine du réseau Trajectoire. Il est enfin leader dans le projet de certification des comptes à l'hôpital, projet dont il faut bien mesurer l'ampleur.

J'adresse aussi mes félicitations les plus chaleureuses et mes encouragements aux équipes médicales mise à l'honneur, voici quelques semaines, par le "Le Figaro Magazine" et par "Le Point" pour les activités suivantes: prothèse du genou et traumatologie du genou; chirurgie majeure colorectale; prise en charge de l'infarctus du myocarde; chirurgie des cancers de l'œsophage et de l'estomac; chirurgie des carotides; rhumatologie; incontinence urinaire.

La période que nous vivons peut parfois paraître difficile ou même désespérante. Projetons-nous dans l'avenir. Nous avons des projets, un rôle social irremplaçable, des moyens d'avancer et d'être utiles à nos concitoyens. Cela donne un sens à notre action collective.

Michel Bruballa,  
Directeur

## Psychiatrie

### Une nouvelle équipe pour piloter le pôle de psychiatrie



De g. à dr.: Sandrine Courret, François Gosse, Florie Bideplan

Une équipe entièrement renouvelée est maintenant installée pour piloter le pôle de psychiatrie.

Madame Sandrine Courret, nommée cadre supérieur de santé du pôle de psychiatrie, le 15 juillet 2013, était précédemment cadre supérieur du pôle locomoteur.

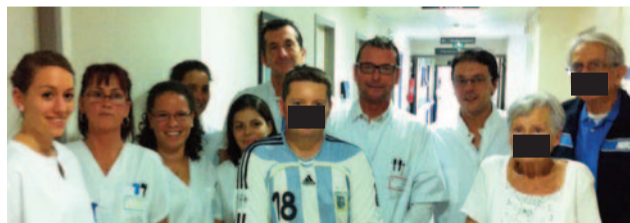
Madame Florie Bideplan, directrice d'hôpital, antérieurement directrice adjointe au centre hospitalier Nord Deux Sèvres a été nommée par arrêté de la directrice générale du CNG en date du 5 juillet 2013. Elle a pris ses fonctions sur le site de Garderose le 1er septembre 2013.

Monsieur le docteur François GOSSE, déjà membre du directoire et chef du département de psychiatrie infantile-juvénile a été nommé chef du pôle de psychiatrie par décision du directeur en date du 23 septembre 2013, prise sur la proposition du président de la CME.

Pour la psychiatrie adulte, le docteur François Gosse sera épaulé par le Dr Ludovic Remingol, qui vient d'être nommé, sur sa proposition, chef du département de psychiatrie adultes. Reflets souhaite bonne chance à cette nouvelle équipe.

## Orthopédie

# La chirurgie orthopédique sur le devant de la scène



Une partie de l'équipe d'orthopédie

Reflets: dans son classement 2013, le mensuel Le Point vous place parmi les meilleurs hôpitaux de France pour la chirurgie du ligament croisé antérieur du genou et la prothèse de genou. Il en est de même pour le Figaro qui vous classe parmi les 8 meilleurs établissements d'Aquitaine (publics et privés) pour la prothèse de genou. Quel est votre sentiment?

Drs Costes et Lasseur: nous en sommes très fiers. Il faut souligner la cohérence de ces classements qui nous citent pour la même chirurgie à savoir la chirurgie du genou. Par ailleurs le mensuel Le Point nous classe tous les ans depuis pratiquement 20 ans parmi les meilleurs hôpitaux de France pour la prothèse de genou et la chirurgie du ligament croisé antérieur.

Reflets: la chirurgie du genou semble donc être la spécialité du service. Est-ce exact?

Drs C & L: oui. Tout d'abord nous tenons à rendre hommage au Dr Tramond qui a été visionnaire et qui a, dès le début des années 70, proposé aux sportifs une chirurgie de reconstruc-

tion du LCA extrêmement fiable. Tous les sportifs de la région venaient se faire opérer à l'hôpital de Libourne. Il avait créé sans le savoir l'hôpital du sport. Il a parallèlement développé l'arthroplastie du genou pour les patients plus âgés atteints d'arthrose du genou en reprenant les grands principes d'un des pionniers de la prothèse de genou à cette époque, l'américain Insall. Patrice Tramond a su nous transmettre sa passion pour la chirurgie du genou et toute son expérience chirurgicale.

Reflets: comment expliquez-vous que l'activité n'est pas fléchie et est même augmentée depuis son départ à la retraite?

Drs C & L: nous avons redoublé d'efforts, développé de nouvelles techniques en particulier arthroscopiques et que l'hôpital a su se moderniser avec la restructuration complète d'une aile de 19 chambres individuelles qui donne aux patients des conditions d'hébergement de très grande qualité. Nous n'avons jamais implanté autant de prothèses de genou que cette année avec environ 250 poses.

Reflets: qu'est-ce qui a changé dans la prise en charge des ces malades au cours de ces dernières années?

Drs C & L: les techniques chirurgicales ont évolué avec l'avènement de la chirurgie vidéo-assistée. La chirurgie ambulatoire s'est développée et est devenue la règle pour certaines interventions. Par exemple, nous réalisons désormais toutes nos arthroscopies du genou pour pathologie méniscale en chirurgie ambulatoire.

Le Dr Gadrey et son équipe d'anesthésie ont considéra-

ment développé les moyens de prise en charge de la douleur post-opératoire avec la réalisation d'anesthésie locorégionale sous contrôle échographique qui permet de diminuer les douleurs post-opératoires et faciliter ainsi la rééducation.

Nous pouvons également compter sur le service de médecine physique et rééducation des Dr Trias et Petit qui a été rénové et a réintégré le site de R-Boulin. La prise en charge postopératoire globale à la fois fonctionnelle et médicale de nos malades opérés de prothèse de genou qui nécessitent ou désirent une hospitalisation dans les suites opératoires est ainsi optimisée.

Reflets: pour cette chirurgie, vous êtes soumis à une rude concurrence du secteur privé. Quels sont les points forts de l'hôpital public?

Drs C & L: tout d'abord nos équipes paramédicales (cadres, infirmières, aide soignantes) tant au bloc opératoire que dans le service d'orthopédie sont extrêmement performantes et ont une grande expérience dans la chirurgie de la hanche et du genou. Notre service et le bloc opératoire ont été rénovés très récemment ce qui fait que nous travaillons dans d'excellentes conditions. Enfin, bien que nous soyons également soumis à des contraintes financières, nous avons probablement plus de liberté que nos confrères du privé pour faire sortir le malade au moment qui nous semble le plus opportun.

Reflets: quels sont vos perspectives pour l'avenir?

Drs C & L: nous allons consolider notre équipe chirurgicale avec l'intégration définitive du Dr Bertrand Dunet, chirurgien de l'épaule et du membre supérieur, à partir de novembre 2014. Le Dr Gautier Metmer vient également nous rejoindre en novembre 2013 pour développer la chirurgie du pied et de la cheville. Nous couvrirons ainsi toute la pathologie orthopédique des membres avec des spécialisations pour chaque praticien. Nous souhaitons consolider nos rapports avec le CHU de Bordeaux avec la formation permanente de deux internes de chirurgie orthopédique et d'un chef de clinique assistant qui viennent chez nous en particulier pour s'aguerrir dans le domaine de la chirurgie de la hanche et du genou.

Nous avons débuté une étude sur le traitement préventif de l'ostéoporose et nous envisageons de mettre en place une filière d'orthopédie gériatrique.

Les projets ne manquent pas et la perspective du nouvel hôpital nous conforte dans notre choix hospitalier.

Dr Stéphane Costes, Dr Eric Lasseur,  
Médecin chef de service, Praticien hospitalier

Le nouveau catalogue de "Formation continue" de l'IFSI est disponible auprès de la DRH et du service de formation permanente ainsi que des cadres supérieurs de santé.

Il s'est enrichi, cette année, de nouvelles prestations pour permettre aux hospitaliers de se perfectionner, de réajuster ou d'acquérir de nouvelles compétences. L'enregistrement, en tant qu'organisme de Développement Professionnel Continu, de l'hôpital et de l'IFSI, est validé par l'OCDFC.

N'hésitez pas à le consulter

## Recrutements

# L'équipe de direction poursuit son renouvellement

Deux nouveaux membres de l'équipe de direction ont pris leurs fonctions au cours des semaines écoulées depuis le précédent numéro de Reflets :



Pierre-jean Warnitz, ingénieur informaticien, a été nommé, par décision du 15 juin 2013 directeur du système d'information pour les centres hospitaliers de Libourne et Sainte-Foy-la-Grande. Il a pris ses fonctions à l'hôpital de Libourne le lundi 17 juin 2013. Il occupait précédemment des fonctions similaires au centre hospitalier de Bourg-en-

Bresse, établissement hospitalier de référence dans le département l'Ain. Pierre-jean Warnitz a commencé sa carrière en qualité de soignant au centre hospitalier de Neuchâteau, dans les Vosges.



Florie Bideplan, directrice d'hôpital, a été nommée, au centre hospitalier de Libourne par décision en date du 5 juillet 2013 de la Directrice générale du Centre National de Gestion. Elle a été installée dans les fonctions de Directrice des services de psychiatrie et du site de Garderose, à compter du lundi 1er septembre 2013. Elle était précédemment directrice

adjoite au centre hospitalier du Nord Deux Sèvres.

## Renforcement médical de l'équipe mobile de soins palliatifs



Le Dr Benjamin Guy a intégré depuis début septembre 2013 l'équipe mobile de soins palliatifs, à mi-temps (il consacre l'autre partie de son activité au fonctionnement de l'unité SSR du pavillon 47).

Après avoir obtenu en 1997 sa thèse de médecine générale, il a exercé différents types d'activités médicales en France (Paris et région parisienne) et à l'étranger (Tchad, Mayotte). Il a suivi plusieurs formations qualifiantes et obtenu des diplômes universitaires dans différents domaines de compétence : DIU soins palliatifs et accompagnement, DU prise en charge de la douleur, DU approche psychodynamique du cancer chez l'adulte, DU plaies et cicatrisation, DU de gériatrie-psychiatrie. Avant d'intégrer l'établissement, il a été praticien hospitalier en unité mobile de soins palliatifs, d'abord au CHU de Montpellier (2002-2007) puis au CHU de La Réunion (depuis mai 2007) où il avait la responsabilité médicale de l'animation de l'équipe mobile.

Parallèlement à son activité clinique au CHU de La Réunion et dans les structures périphériques, il s'est fortement engagé dans le domaine des soins palliatifs (cours de formation, organisation de conférences, participation au secteur associatif) et des droits des patients (médecin médiateur de la Commission des Relations avec les Usagers).

Sa venue au centre hospitalier de Libourne va permettre de conforter le fonctionnement de l'équipe mobile de soins palliatifs.

## Les nouveaux praticiens hospitaliers

Alexandra Corsia, FFI - SAU ; Maryline Dauphin, contractuel, laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques ; Benjamin Guy, PH 50% équipe mobile de soins palliatifs et 50% SSR pavillon 47 ; Sunna Frank, contractuel - laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques ; Muriel Cormier, PH 50 % CAPLIB et 50% psychiatrie de liaison ; Lilia Poulain, attaché associé - ORL ; Pierre-Michel Ambert, assistant spécialiste - MPR ; Aurélie Martin, assistant spécialiste - réanimation ; Servane Lafort, assistant spécialiste - médecine 6<sup>ème</sup> Ouest ; Marion Bonifazi-Grenouilleau, assistant spécialiste - Gynécologie Obstétrique ; Emilie Souhaud, contractuel - Urgences ; Dimitri Roger, contractuel - Urgences ; Marine Besse, assistant spécialiste - Pédiatrie ; Séverin Chaigne-Delalande, contractuel - médecine 5<sup>ème</sup> Est (Rhumatologie) ; - Mlle Marie Cécile Orradre, FFI - dermatologie ; - Mme Hélène Mounios, assistant spécialiste - anesthésie ; Gautier Metmer, contractuel - chirurgie orthopédique ; Frédéric Sibilla contractuel - chirurgie orthopédique

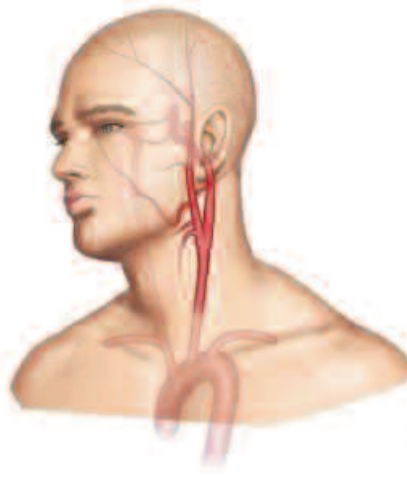
## Thromboendartériectomie

# Une chirurgie carotidienne reconnue

Très pratiquée à Libourne et parfaitement codifiée, l'opération de la carotide n'est pas une technique en elle-même novatrice puisque la pratique depuis mon arrivée à l'hôpital de Libourne il y a plus 13 ans. Ce travail, a en effet, été reconnu au travers des enquêtes sur les hôpitaux par les grands médias nationaux. Cette chirurgie se veut préventive de l'accident vasculaire cérébral et de ses récurrences. «L'accident vasculaire cérébral - l'AVC - est la troisième cause de décès en France. Il se manifeste soudainement par une déformation de la bouche, une faiblesse d'un côté du corps, bras ou jambe, des troubles de la parole. «AVC, agir vite c'est important.» Ainsi est formulée la récente campagne pour en optimiser sa prise en charge. Le maillon thérapeutique chirurgical s'inscrit pleinement dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Les sténoses de la bifurcation carotidienne, pour la grande majorité d'origine athéroscléreuse, sont à la fois fréquentes (5 à 10% des sujets de plus de 65 ans ont une sténose > 50%) et graves, en raison du risque d'infarctus cérébral qu'elles entraînent. Ce risque est supérieur à 10% par an en cas de sténose symptomatique et de l'ordre de 2% par an en cas de sténose asymptomatique. Les techniques de revascularisation de ces sténoses comprennent la chirurgie (essentiellement l'endartériectomie) et la dilatation avec stent, qui consistent à restaurer une perméabilité optimale du vaisseau et supprimer le risque embolique. Il s'agit d'ouvrir le vaisseau et de nettoyer ce qu'il y a à l'intérieur avant de lui restituer sa perméabilité. On pourrait comparer les dépôts enlevés à «du tartre dans des tuyaux d'eau». Cette intervention n'est pas étiquetée «lourde», elle dure en moyenne une heure et un séjour de quatre jours à l'hôpital, mais reste «à risque». De grandes études NASCET (nord-américaine) et ESCAT (européenne) ont posé les jalons de l'indication chirurgicale des lésions carotidiennes. Ainsi pour les lésions carotidiennes symptomatiques, on retient un net bénéfice de la chirurgie carotidienne pour les sténoses > 70% et bénéfice existant mais moindre pour les sténoses de 50-70%. Chez les patients atteints d'accident ischémique transitoire ou d'infarctus cérébraux modérés ou régressifs, le risque de récurrence est plus important dans les 15 premiers jours, et c'est dans cette période que le bénéfice de la chirurgie est maximal.

Pour les lésions asymptomatiques, la chirurgie préventive est indiquée pour les lésions sténosantes de plus de 70%



pour des équipes chirurgicales, dont le taux attendu de morbi-mortalité à J 30 est inférieur à 3%.

C'est pourquoi, à l'hôpital, cette chirurgie est rendue possible avant tout grâce au travail d'une équipe où la rigueur de tous les intervenants doit être saluée, qu'ils soient pré ou post opératoires. Initié par le Dr François Minet et le Dr Lydie Claverie, ce travail d'équipe est soutenu par le Dr Stéphane Gadrey, chef du service anesthésie et ses collègues. Le maintien d'une stabilité hémodynamique étant une clé du succès. En amont, le dépistage échographique, scanographique ou IRM est assuré par nos radiologues à savoir les Drs Frédéric

Mérignargues et Brigitte Viaud-Rivallin. L'équipe de médecins neurovasculaires des Drs Philippe Casenave et Emilia Marsac dont l'hôpital s'est nouvellement doté vient également en soutien à notre équipe qui est renforcée par l'arrivée du Dr Emilie Charmoille, chirurgien vasculaire. Cette réorganisation de notre service, qui a été soutenue par le directeur, va lui permettre de prendre une nouvelle ampleur en chirurgie vasculaire, notamment pour les opérations de la carotide en urgence.

En m'appuyant sur cette équipe pluridisciplinaire à la fois pour le diagnostic, l'opération proprement dite au bloc et pour le travail postopératoire, nous avons pu traiter plus de 1000 patients en 10 ans avec cette technique à raison d'une centaine de cas par an. Le service exerce un recrutement très large, incluant en plus du grand libournaise, la région foyenne, le bergeracois et une partie du pays charentais.

Ce traitement chirurgical est une intervention particulièrement rigoureuse qui ne souffre pas d'approximation. Un suivi est aussi régulièrement renseigné dans le dossier patient informatisé et une information dispensée sur de nombreux supports dont le site internet du service (bgchirvasc.fr). Ainsi donc, cette chirurgie carotidienne est régulièrement réalisée dans notre établissement conformément aux recommandations de nos sociétés savantes et de l'HAS. Ses bons résultats résultent du travail rigoureux d'une équipe reconnue de notre hôpital.

Malgré tout, la prévention et le dépistage restent des éléments majeurs et il est nécessaire de diminuer l'encrassement précoce des vaisseaux dans le temps. Les facteurs protecteurs, outre une bonne hygiène de vie sans tabagisme, sont la prise d'antiagrégants, d'hypolipémiants et d'anti-hypertenseurs.

**Dr Benoît Gheysens,**  
Praticien hospitalier

## Pathologies cardio-vasculaires

# Un partenariat Libourne - Blaye



De g. à dr : Drs Gwénaëlle Lheritier, Jean-Marie Perron, Jérôme Lefevre, Pierre Chevallereau, Françoise Sorain, Dominique Ducos, Antoine Deplagne, Christophe Saint-André

*Entretien avec Jean-Marie Perron, chef de service de cardiologie*

**Reflets :** Pouvez-vous nous dire d'où vient cette idée de coopération avec l'hôpital de Blaye dans le domaine de la cardiologie ?

Dr Jean-Marie Perron : cette idée est née d'un concept simple. Au niveau du territoire de santé, les besoins du Blayais sont importants dans de nombreuses spécialités (radiologie, chirurgie, cardiologie,...). La cardiologie moderne nécessite une infrastructure de haute technicité (salle de coronarographie, salle de rythmologie). Le service de cardiologie de l'hôpital de Libourne possède l'ensemble des plateaux techniques nécessaires et le centre hospitalier de Blaye ne dispose pas de la taille suffisante pour proposer à sa population cette technicité. A l'heure actuelle, le plus souvent, les patients du Blayais sont transférés puis suivis sur Bordeaux.

**Reflets :** en quoi consiste le dispositif de collaboration avec le centre hospitalier de Blaye ?

JMP : l'hôpital de Blaye va faire évoluer un service de médecine polyvalente en une unité de cardiologie de 12 lits fonctionnant en articulation étroite avec l'hôpital de Libourne. L'objectif est d'offrir une offre de soins complète en cardiologie à la population du blayais : des soins de proximité de premier niveau assurés à Blaye et des prises en charge réalisées à Libourne, le plus souvent en ambulatoire, lorsque l'état du patient justifie de soins techniquement complexes.

**Reflets :** selon quelles modalités l'hôpital de Libourne intervient-il à Blaye ?

Depuis le mois d'octobre, les cardiologues libournaise participent à la couverture médicale sur le territoire blayais. Du lundi au vendredi, un cardiologue libournaise est présent à l'hôpital de Blaye et participe, conjointement avec le cardiologue salarié de l'hôpital de Blaye, aux différentes activités médicales (consultations externes et internes, suivi des patients hospitalisés, avis d'expertise pour des patients hospitalisés aux urgences ou dans un autre service de l'établissement).



# Cure de jouvence pour le pavillon 38



Démolition et préparation du terrain



Personnes âgées

## Bientôt le nouvel EHPAD



Le chantier en cours

Emblématique pavillon du site de Garderose, « le 38 », unité intersectorielle fermée de psychiatrie, fait aujourd'hui peau neuve. Après la démolition des anciens locaux, entamée dès le mois de septembre, ce sont les travaux de terrassement qui ont démarré fin octobre, avec l'arrivée des bulldozers.

L'ancien bâtiment, qui abritait 19 lits sur deux étages, avec une majorité de chambres doubles et de sanitaires collectifs, était en effet peu fonctionnel. De plus, l'absence d'espace spécifique identifié pour les adolescents constituait une problématique importante, tant pour des questions de sécurité que de qualité de prise en charge.

Au sein de la nouvelle unité, ce sont désormais 22 patients adultes qui pourront être accueillis, ainsi que 3 adolescents, dont les chambres seront situées au sein d'une zone spécifique du bâtiment, qui pourra être fer-

mée en cas de besoin. L'intimité des patients sera également mieux préservée, avec exclusivement des chambres simples équipées de sanitaires privatifs, ainsi que des espaces communs en nombre plus conséquent, intérieurs ou extérieurs, avec deux patios sécurisés. Au terme de ces opérations de travaux, patients et équipes intégreront la nouvelle unité en toute fin 2014 ou début 2015.

Les mois à venir permettront donc aux équipes de travailler sur le projet médical et le projet de soins, ainsi que sur les organisations de travail qui en découleront. Restera alors aux professionnels à se mobiliser sur une ultime question, certes plus légère mais ô combien symbolique, celle du nom de leur structure. Ex-ex 38B2, ex 36B, que deviendra le nouveau 38, rendez-vous dans quelques mois !

**Florice Bideplan,**

Directeur adjoint chargée de la psychiatrie

La construction du bâtiment sur le site de Garderose pour l'hébergement de personnes âgées dépendantes a débuté en novembre 2011.

Les 7000m<sup>2</sup> de surface offriront désormais un hébergement de qualité (humanisation, ergonomie) comprenant 112 lits, répartis en chambres individuelles et chambres communicantes, chaque chambre disposant de douche, lavabo et toilettes. Ces espaces sont répartis sur deux étages, deux ailes à chaque niveau, 28 lits par secteur. Au rez-de-chaussée, un espace sécurisé (28 lits) sera dédié à l'accueil de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Les autres secteurs accueilleront des résidents, actuellement situés dans les pavillons 2, 3 et 23 du site Robert Boulin, résultat de l'analyse de chaque situation individuelle.

L'objectif poursuivi est triple :

D'abord le respect de la volonté, des facultés d'adaptation et des capacités financières du résident, ensuite la répartition des niveaux de dépendance, enfin la charge de travail des équipes.

L'analyse des capacités des résidents a été objectivée par une mesure du degré de leur dépendance, sur la base d'une grille spécifique, comportant six niveaux, 6 étant le niveau des personnes les plus autonomes, 1 le niveau des personnes les plus dépendantes. Ce travail « dit de girage » a été réalisé par le Dr Nathalie Belair-Gonzalez, médecin coordonnateur en lien avec les cadres, les équipes et les psychologues.

Le pré-calendrier jusqu'à l'ouverture se déroulera sur un peu plus de 3 mois (de novembre 2013 à février 2014). Les différentes étapes seront tout d'abord les visites par l'ensemble du personnel et le CHSCT, puis les résidents et leurs familles, ensuite les indispensables visites de la commission de sécurité, de la tutelle pour la conformité, secondairement des journées portes ouvertes et enfin un déménagement prévu autour du 4 février 2014.

Mme Wojack, du cabinet de consultants Relyance, accompagne la démarche de changement auprès des agents et des cadres de santé. Les fils conducteurs de la démarche sont centrés sur le respect et l'autonomie des résidents d'une part, sur la qualité de vie au travail d'autre part.

L'équipe d'animation de l'EHPAD a accompagné les résidents dans ce processus de changement. C'est dans ce contexte que les résidents ont baptisé le nouveau bâtiment « la Belle Isle » ainsi que les quatre secteurs qui le composent à savoir : l'Isle, les Gabarres, les Carrelets et la Barbanne.

Au sein de ce bâtiment, un projet reste encore à concrétiser pour validation par la tutelle : la création d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA). Il s'agit d'un lieu de vie, au sein duquel sont organisées et proposées durant la journée des activités sociales et thérapeutiques dédiées aux résidents de l'EHPAD, souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée. Le PASA n'est pas ouvert à un recrutement extérieur mais bien dédié aux résidents de l'EHPAD, sur prescriptions médicales, après recherche active de consentement du résident ou de sa famille.

Ce nouveau site constitue un réel progrès dans la qualité d'hébergement proposée aux résidents, et je l'espère, une réelle amélioration des conditions de travail de toutes les équipes.

Rendez-vous à tous en février 2014.

**Monique Tranquard,**  
Directeur adjoint

## Une Maison Médicale de Garde à l'hôpital R-Boulin en 2014 ?

A l'initiative et sous la conduite de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, des discussions ont été entreprises à l'hôpital depuis le mois de juin 2013, en vue de parvenir à l'installation d'une Maison Médicale de Garde (MMG) au cours de l'année 2014.

Huit secteurs de garde (Arveyres, Branne, Castillon-la-Bataille, Fronsac, Libourne, Coutras, Lussac, Saint-Médard-de-Guizères) sont concernés par ces discussions, conduites par l'ARS, et auxquelles sont conviés les médecins généralistes de ces secteurs, le Conseil de l'Ordre, ainsi que le centre hospitalier.

Le cahier des charges établi par l'ARS définit l'organisation souhaitée : une association Loi 1901 porteuse du projet de MMG, destinataire des financements de l'ARS, et responsable de l'organisation de la permanence des soins au sein de cette MMG. Une convention avec le centre hospitalier organisant l'installation dans les locaux de l'hôpital R-Boulin, à proximité du service des urgences, et réglant tant les questions matérielles, que la coordination du fonctionnement médical des deux structures.

L'objectif est de mieux répondre aux évolutions en cours : diminution prévue des effectifs de médecins généralistes

en activité, féminisation de la profession, alourdissement de la charge de travail, et de parvenir à une meilleure coordination de l'offre de soins avec les urgences hospitalières.

Le dispositif consiste à organiser en un lieu unique, sécurisé, et en étroite coordination avec le service des urgences, une garde médicale libérale sur les plages de garde habituellement couvertes au sein de chaque secteur (en semaine, de 20 h à minuit ; le samedi, de 14 h à minuit ; le dimanche, les jours fériés et les « ponts », de 8 h à minuit). Deux ou trois médecins généralistes pourraient assurer simultanément la garde dans cette MMG. Reste à finaliser le projet dans son détail, d'obtenir l'accord majoritaire des praticiens libéraux des différents secteurs de garde concernés, de conduire la procédure d'autorisation, d'obtenir les financements et d'organiser l'installation matérielle de cette MMG.

En Gironde, l'exemple de la MMG de Langon, qui fonctionne dans des conditions identiques à la présentation succincte qui est faite ici, a servi de modèle de référence pour bâtir le projet libournaise.

VIH

## Le centre de dépistage se mobilise

Dans le cadre de la journée mondiale de lutte contre le SIDA du 1<sup>er</sup> décembre 2013

le centre hospitalier de Libourne propose un

**DEPISTAGE GRATUIT ET SANS RDV**

du lundi 2 au vendredi 6 décembre 2013

pavillon 20 de 9h à 16h30

N° VERT : 0800 335 151

promouvoir cette activité de prévention, en renforçant le dispositif de prise en charge des personnes dépistées : accroissement du temps infirmier permettant d'ouvrir une plage supplémentaire le mardi. De plus, de nouveaux locaux plus fonctionnels ont été mis à disposition au pavillon 20. L'objectif est d'atteindre le chiffre de 700 personnes dépistées avant avril 2014. De fait, à titre exceptionnel dans le prolongement de la

journée mondiale du SIDA, le centre de dépistage sera ouvert toute la semaine du 2 au 6 décembre 2013 de 9h à 16h30 sans RDV. L'offre de dépistage biologique s'est étoffée avec dorénavant l'accès au dépistage simultané du virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C, et de la syphilis. Nous envisageons l'expérimentation du test rapide de dépistage VIH (avec rendu du résultat dans l'heure) courant 2014.

C'est dans ce nouveau contexte institutionnel très encourageant que nous positionnons le déploiement de notre offre de dépistage des maladies sexuellement transmissibles dans le bassin de population libournaise. Il ne vous reste plus qu'à participer indirectement à cette dynamique en incitant vos interlocuteurs à se faire dépister vis à vis des MST.

**Dr Serge Tchamgoue,**

Médecin coordonnateur du centre de dépistage

**Contact : centre de dépistage anonyme et gratuit, hôpital R- Boulin, Pav 20. Accueil sans RV et sans prise d'étiquette administrative d'admission, les mardi et mercredi de 9h à 17h en se présentant directement au secrétariat du P20. Tél : N° vert : 0800 335 151 ou 05 57 55 16 18 e-mail : centre.depistage@ch-libourne.fr**

# Vers la certification des comptes de l'hôpital

L'obligation de certification des comptes des hôpitaux a été inscrite dans le code de la santé publique par la loi HPST. A l'heure d'une modernisation en profondeur du système de santé et d'un contexte économique tendu, la qualité de la comptabilité constitue un atout pour tous les acteurs en termes de pilotage, de performance de la gestion, d'information et de communication. La fiabilisation des comptes concerne donc tous les établissements publics de santé, qu'ils soient, dans l'avenir, soumis ou non à l'obligation de certification de leurs comptes.

La certification des comptes est une mission d'audit externe des comptes visant à vérifier la conformité des états financiers à un ensemble donné de règles et de principes pour garantir la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes. L'entrée en vigueur de la certification des comptes est prévue au plus tard sur les comptes de l'exercice 2014 pour un certain nombre d'établissements, dont l'hôpital de Libourne.

Le certificateur peut exprimer quatre types d'opinion :

- certification sans réserve : il ne subsiste aucun désaccord ou les désaccords relevés ne sont pas significatifs à l'issue des vérifications effectuées ; le certificateur n'a pas été limité dans ses vérifications ;
- certification avec réserves : le certificateur a identifié des

limitations ou désaccords, mais ceux-ci ne sont pas suffisants pour l'empêcher d'émettre une opinion ou remettre en cause la régularité, la sincérité, et la fidélité des comptes ;

- impossibilité de certifier : le certificateur indique que l'accumulation de limitations est trop importante et l'empêche d'émettre une opinion ;
- refus de certification : dans ce cas, les limitations et désaccords sont tels qu'ils entachent la sincérité, la régularité et l'image fidèle des comptes de l'État.

Parmi les points sur lesquels le commissaire aux comptes est vigilant figurent notamment le parc immobilier, les amortissements, les dépréciations.

En certifiant la régularité, la sincérité et l'image fidèle des comptes, le commissaire aux comptes concourt à la fiabilisation de l'information financière. L'action du commissaire aux comptes ne se substitue pas à celle de l'agent comptable. La mission de l'agent comptable est d'abord d'assurer en temps réel et au quotidien la tenue de la comptabilité, le contrôle des dépenses et de faire diligence pour parvenir au recouvrement des créances, conformément aux principes de la comptabilité publique. Auditeur externe et indépendant, le commissaire aux comptes émet quant à lui une fois par an une opinion sur la régularité et la sincérité des comptes. Leurs actions

s'avèrent donc très complémentaires.

Dans le cadre de sa mission de certification, le commissaire aux comptes développe avec l'hôpital une relation dans la durée. Le mandat du commissaire aux comptes s'échelonne en effet sur six exercices, ce qui lui permet d'accompagner l'hôpital de manière adaptée à sa situation. Son intervention s'effectue dans le dialogue. Il peut en effet assortir ses constats d'avis et de recommandations, dans le respect de son indépendance, qui peuvent s'avérer très utiles pour les acteurs hospitaliers.

Sur la base d'une analyse des risques de l'activité hospitalière, la mission de certification légale du commissaire aux comptes permet à l'hôpital d'enrichir la qualité de son information financière et comptable, au service d'une meilleure maîtrise de son activité et de sa performance. Cette analyse des risques effectuée dans le cadre d'une relation durable s'articule avec la démarche de maîtrise des risques de l'hôpital, qui repose essentiellement sur l'élaboration d'une cartographie des risques et d'un plan d'action pluriannuel. À ce titre, une maîtrise des risques de qualité constituera pour le commissaire aux comptes une première appréciation favorable dans le processus de délivrance de son opinion.

**Christian Soubie,**  
Directeur adjoint

## FIDES : la Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé

Depuis plusieurs années l'Etat organise le rapprochement des modes de facturation des hôpitaux et des cliniques. Dans la continuité de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit, comme pour les cliniques privées, la mise en œuvre d'une facturation individuelle et directe des consultations et des séjours aux caisses d'assurance maladie, par des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif. Actuellement, pour les consultations externes par exemple, les hôpitaux déclarent les actes qui sont réalisés et transmettent cette information de manière globale et anonymisée. Il faudra, au plus tard au 1er janvier 2015, communiquer l'identité du patient et l'étendue de sa couverture sociale avec chaque acte de médecine, chirurgie, obstétrique.

### Une application immédiate

Le changement est déjà amorcé puisque ce mode de transmission s'applique déjà aux actes de rétrocessions, ainsi qu'aux patients relevant de l'aide médicale d'Etat, d'une

convention internationale ou bénéficiant de la CMU(C). « Ce mode de facturation devra permettre de disposer directement, aux niveaux national et régional, des données détaillées sur les prestations de santé des établissements hospitaliers concernés, en vue notamment d'une maîtrise renforcée des dépenses de santé. » précise le ministère.

### Un défi pour l'hôpital

Cette réforme est un défi de taille pour l'hôpital. Défi d'abord parce que tout titre comportant une erreur sera rejeté par la sécurité sociale ; il ne pourra être payé que si l'hôpital trouve l'erreur et la corrige et ce dans un bref délai avant prescription de la créance. Défi ensuite parce que cela va générer un flux supplémentaire considérable, de l'ordre de 200.000 titres. Un dossier pris en charge à 70% par l'assurance maladie obligatoire et pour lequel un titre mutuelle seulement est émis aujourd'hui, aura demain un titre de sécurité sociale en plus ; de même un dossier couvert à 100% par l'assurance maladie aujourd'hui non titré le sera avec FIDES.

Le service des admissions et le Trésor public se mobilisent pour préparer le passage à FIDES. Ils ne pourront pas le réussir seuls. C'est pourquoi un groupe de coordination locale (GCL) a été mis en place il y a quelques années, auquel participent la CPAM et la MSA. Le chef d'établissement vient également d'installer un comité de pilotage interne à l'hôpital, chargé d'accompagner les changements nécessaires. Nous avons besoin de chacun de vous ! La rapidité et la qualité de la facturation sont plus que jamais essentielles pour réussir ensemble FIDES et assurer ainsi la continuité du financement de l'établissement.

CS



## Communication

# Réunion territoriale ViaTrajectoire en Aquitaine



De g. à dr. : Michel Bruballa, Dr Isabelle Jamet, directrice du programme, Dr Joël Trias

La réunion territoriale Nord Aquitaine organisée par l'équipe ViaTrajectoire en région Aquitaine s'est déroulée le jeudi 17 octobre 2013 à l'hôpital.

### En quoi consiste ViaTrajectoire ?

ViaTrajectoire est un outil web d'aide à l'orientation et au transfert des patients requérant des soins de suite et réadaptation (SSR) ou de l'hospitalisation à domicile (HAD). Aujourd'hui, il permet d'identifier les structures capables techniquement de prendre en charge le projet de soins de patient, mais il prend également en compte des données géographiques facilitant ainsi la proximité du domicile du patient ou de sa famille. En perpétuelle évolution depuis sa création en 2007, il permettra dans un avenir proche de faciliter également l'entrée en structure médico-sociale. Bien plus qu'un outil, ViaTrajectoire aide aujourd'hui les professionnels de santé à mieux structurer le parcours de leur patient dans une démarche d'efficience.

En pratique, la maîtrise d'ouvrage du projet est assurée par l'ARS Aquitaine et déléguée au GCS Télé-santé Aquitaine. Une équipe projet de sept personnes répartie sur le territoire Aquitain encadre le déploie-



ment et accompagne les utilisateurs tout au long des différentes phases.

Le lancement officiel de ViaTrajectoire en Aquitaine a eu lieu le 24 septembre à l'hôpital Xavier Arnoz. Cette réunion a permis aux directeurs et présidents de CME des 141 établissements participants au programme de, non seulement, rencontrer des intervenants de régions utilisatrices, mais aussi de découvrir le calendrier de déploiement de l'outil.

**Retour sur la réunion territoriale Nord Aquitaine**  
Faisant suite à ce lancement, les trois coordinations ViaTrajectoire ont chacune organisé une réunion territoriale au sein de leur zone d'intervention.

La réunion territoriale Nord Aquitaine s'est déroulée le jeudi 17 octobre au centre hospitalier Robert Boulin. Pas moins de 70 personnes, représentant 36 établissements du Libournais, de la Dordogne et du Lot-et-Garonne ont répondu à l'appel et ont assisté à la présentation de :

- l'outil ViaTrajectoire (contexte, objectifs et démonstration) ;
  - la coordination Nord Aquitaine : Dr Joël Trias, coordinateur médical, et Séverine Cousoou, assistante de coordination ;
  - des modalités de déploiement de ViaTrajectoire dans les établissements (calendrier, rôle des référents,...).
- La première phase du projet (septembre 2013 à février

2014) consistera en la formation des établissements SSR et HAD au remplissage de leur annuaire sur le site ViaTrajectoire. L'ouverture de l'annuaire aura lieu en mars 2014 et donnera lieu à la formation des services de MCO à la prescription de demande d'admission.

Vous pouvez obtenir davantage d'informations auprès de la Coordination Territoriale Nord Aquitaine au 05 57 55 34 80, ou par mail à l'adresse suivante [severine.coussoou@viatrajectoire-aquitaine.fr](mailto:severine.coussoou@viatrajectoire-aquitaine.fr). Un site internet est également à votre disposition : [w.viatrajectoire-aquitaine.fr](http://w.viatrajectoire-aquitaine.fr).

**Séverine Cousoou,**  
Assistante de coordination Nord-Aquitaine

### REFLETS

Rédaction : Centre hospitalier de Libourne - Direction de la communication  
112, rue de la Marme - BP 199 - 33505 LIBOURNE CEDEX  
Tél 05 57 55 26 61 - Fax 05 57 55 34 20 - Courriel : [contact@ch-libourne.fr](mailto:contact@ch-libourne.fr)  
Directeur de la publication : Michel Bruballa  
Maquette : Direction de la communication.  
Fabrication : Direction de la communication - service reprographie.  
Impression : 6500 exemplaires  
Diffusion : Centre hospitalier de Libourne - Direction de la communication et Direction des ressources humaines.  
Photos : Direction de la communication  
Dépôt légal : novembre 2013 - n° 114 - ISSN 0180-5835