



Revue trimestrielle - N°14
Octobre à Décembre 2013

HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
HENRI MONDOR hm
ALBERT CHENEVIER - JOFFRE-DUPUYTREN
EMILE ROUX - GEORGES CLEMENCEAU

Sommaire

● ACTUALITÉS - P. 2-3

- Maladie de Parkinson : une avancée capitale grâce à la thérapie génique

● DOSSIER - P. 4-7

- Point sur la préparation de la visite de certification
- Zoom sur une vigilance : l'identito-vigilance. Comment gère-t-on le risque identitaire à Georges-Clemenceau ?
- La semaine sécurité du patient
Rétrospectives des événements réalisés au sein du groupe hospitalier

● PAROLE DE CADRE - P. 7

- L'amélioration continue de la qualité du soin nutritionnel

● VIE DES SERVICES - P. 8-11

- L'accueil en Unité de Soins Palliatifs (USP) à Chenevier
- Réduire la durée moyenne de séjour en soins de suite et réadaptation (SSR) : Une démarche volontariste à Emile-Roux
- La psychiatrie de liaison
- Dispositif MAIA Sud-94 à Emile-Roux
- Prévenir les troubles musculo squelettiques (TMS)
- 2 Distributeurs de produits d'hygiène expérimentés à l'hôpital Henri Mondor pour le patient hospitalisé
- Installation de bornes d'orientation interactives

● SOINS PALLIATIFS - P. 12

- Stage d'externe en équipe mobile de soins palliatifs
- Le psychologue face à l'annonce d'une fin de traitements : position contradictoire ?
- Travailler ensemble et pouvoir offrir davantage

● RÉTROSPECTIVE - P. 13-17

● CALENDRIER ÉVÉNEMENTIEL - P. 18

● PORTRAIT - P. 18

- Nadine HERRATI

Édito

Martine ORIO



2014 : L'AN NEUF

L'année 2013 a été marquée par une série d'événements structurants qui ont durablement réorienté l'avenir de notre Groupe Hospitalier et soudé plus encore cette nouvelle entité vers des projets arbitrés, mobilisateurs pour les équipes médicales, soignantes et de directions.

Le devenir de l'Hôpital Joffre Dupuytren a pris forme à l'issue d'un appel à projet ayant conduit à la désignation de l'ADMS en qualité de porteur du projet d'EPHAD de 152 lits sur le site de Dupuytren, cette association agissant pour le compte de l'établissement public départemental.

Ainsi après une réflexion médicale longuement mûrie autour du projet hospitalo-universitaire Campus Mondor 2020, adossée au label conféré par la désignation de trois Départements Hospitalo Universitaires, l'Assistance Publique -Hôpitaux de Paris a arbitré favorablement le projet de rénovation du plateau technique de l'Hôpital Henri Mondor : Réanimations Bloc Opératoire, Activités interventionnelles (RBI)

Le Centre de soins, d'enseignement et de recherche dentaire va pouvoir trouver sur le site de Mondor de nouveaux locaux adaptés à son dynamisme et à son efficacité.

Tous les hôpitaux gériatriques des Hôpitaux Universitaires Henri Mondor vont être dotés d'Unités Comportementales -Cognitives (UCC) et d'Unités d'Hospitalisation Refocées (UHR) améliorant et sécurisant la prise en charge de résidents atteints de pathologies d'Alzheimer ou apparentées.

L'Hôpital A. Chenevier s'inscrit dans le développement de la prise en charge des patients parkinsoniens et atteints de pathologies neurologiques renforçant le dispositif labellisé de Centre Départemental de prise en charge du Parkinson décerné au pôle neurolocomoteur.

Le Groupe Hospitalier a été certifié après la visite de certification en fin d'année 2012 avec la levée d'une réserve majeure en octobre 2013, la visite de suivi est programmée en octobre 2014.

L'année 2013 s'achève donc sur un bilan riche de promesses à mettre en œuvre, à bâtir, à prolonger dans un esprit constructif et professionnel.

D'autres sujets et non des moindres vont éclore en 2014.

Un nouveau système d'information, ORBIS, va être implanté à partir du mois de Septembre 2014; il sera déployé dans tous les services de l'Hôpital Mondor-Chenevier, l'autre site du Groupe étant concerné en 2016.

Un nouvel élan sera donné à la notion de desserte territoriale au travers de conventions partenariales avec de nombreux établissements de santé, affirmant le rôle de recours et d'excellence de l'Hôpital Henri Mondor sur le Val de Marne et la Seine et Marne; mais aussi à l'implantation d'une gare du « Grand Paris au pied de l'établissement.

Les indications du Baromètre social, l'instauration d'un nouveau dialogue seront des facteurs importants pour mener à bien ces transformations attendues, et porter collectivement les projets annoncés.

Pour tout cela l'année 2014 sera l'an neuf des Hôpitaux Universitaires Henri Mondor.

En souhaitant à tous médecins, soignants, techniciens, personnels administratifs le meilleur pour l'année nouvelle ainsi qu'à vos familles et à vos proches.

Souhaitons aussi un vent nouveau et propice à notre Groupe Hospitalier en mouvement.



Maladie de Parkinson : une avancée capitale grâce à la thérapie génique



Une équipe franco-anglaise (AP-HP, Inserm, UPEC, CEA/Mircen, Oxford Biomedica, Cambridge University) a mené une étude clinique de phase 1/2 de thérapie génique chez des patients souffrant d'une forme évoluée de la maladie de Parkinson. Quinze patients ont pu bénéficier de ce nouveau traitement consistant à injecter un vecteur exprimant les gènes de trois enzymes indispensables à la biosynthèse de dopamine, qui fait défaut dans la maladie de Parkinson. Grâce à cette thérapie, certaines cellules dans le cerveau se mettent de nouveau à fabriquer et à sécréter la dopamine.

Chez tous les patients, les symptômes moteurs de la maladie ont été améliorés jusqu'à 12 mois après l'administration du traitement.

Avec un recul de 4 ans, cette étude démontre à ce stade l'innocuité et la tolérance du vecteur lentiviral utilisé pour la première fois chez l'homme.

Cette étude a été coordonnée par le Pr Stéphane Palfi, chef du service de neurochirurgie de l'hôpital Henri-Mondor (AP-HP), au sein du pôle neurolocomoteur dirigé par le Pr Pierre Césaro. Elle fait l'objet d'une publication dans The Lancet.

Parkinson, une maladie neurodégénérative fréquente

Avec environ 120 000 patients en France, la maladie de Parkinson est l'affection neurologique dégénérative la plus fréquente après la maladie d'Alzheimer. Elle se traduit essentiellement par des symptômes moteurs de sévérité progressive et croissante, tels que des tremblements, une rigidité des membres et une diminution des mouvements du corps. Cette pathologie est due à la dégénérescence des neurones produisant la dopamine, un neurotransmetteur intervenant dans le contrôle de la motricité.

Développer un nouveau traitement permettant une restitution physiologique de la dopamine manquante

Depuis quelques années, les experts de la maladie de Parkinson, chercheurs et médecins, ont émis l'hypothèse

que la prise intermittente de médicaments dans la journée altère le fonctionnement du cerveau en stimulant de manière trop irrégulière les neurones. Ce phénomène serait à l'origine des complications du traitement dopaminergique. Les enjeux actuels du traitement de la maladie de Parkinson consistent donc à développer une technologie qui permettrait d'induire :

- ▶ une stimulation dopaminergique continue ;
- ▶ une stimulation dopaminergique locale afin d'induire des effets moteurs bénéfiques tout en évitant les complications consécutives à la stimulation dans d'autres régions du cerveau non atteintes par la maladie de Parkinson.

C'est pourquoi, aujourd'hui, les chercheurs se tournent vers la thérapie génique, qui consiste à faire exprimer directement un gène thérapeutique par les cellules du cerveau.

Les travaux du Pr Palfi : augmenter la synthèse de dopamine par thérapie génique

Dans la majorité des cas, la maladie de Parkinson n'est pas d'origine génétique. Cependant, les modifications biochimiques responsables des symptômes peuvent être corrigées par



une stratégie de thérapie génique de type « remplacement ou restauration de fonction » pour augmenter la synthèse de dopamine (par expression des gènes impliqués dans la biosynthèse de la dopamine) et restaurer en partie la fonction des cellules dopaminergiques.

C'est cette approche qui a été adoptée dans l'étude biomédicale de phase I/II coordonnée par le Pr Stéphane Palfi (hôpital HenriMondor, AP-HP), dont les résultats viennent d'être publiés.

Quinze patients ont été opérés par le Pr Palfi, investigateur coordonnateur, dans 2 centres d'excellence de neurochirurgie : l'hôpital Henri Mondor (AP-HP) en France et l'hôpital Addenbrookes à Cambridge, au Royaume-Uni.

Pour la 1^{ère} fois chez l'homme, l'équipe a utilisé un vecteur lentiviral 1, qui exprime les gènes de trois enzymes - AADC [décarboxylase des acides aminés aromatiques], TH (tyrosine hydroxylase) et CH1 (GTP-cyclohydrolase 1) - indispensables à la biosynthèse de la dopamine. Le produit a été administré dans la région du cerveau appelée le striatum lors d'une opération chirurgicale lourde. Une fois au bon endroit, les gènes contenus dans le lentivirus peuvent s'exprimer et reprogrammer des cellules qui se mettent à fabriquer et à sécréter de la dopamine dans le milieu extracellulaire. La production de dopamine in vivo de façon locale et continue a été restaurée chez les 15 patients souffrant d'une forme évoluée de cette maladie. Le suivi sur le long terme de ces patients (4 ans) a mis en évidence l'innocuité, la tolérance et des signes d'efficacité thérapeutique du vecteur viral indéniables et dépendant de la dose administrée : la plus forte dose de vecteur induisant des effets thérapeutiques plus importants.



La thérapie génique consiste à introduire des gènes thérapeutiques in vivo afin qu'ils s'expriment directement dans les cellules ciblées.

Elle repose sur l'utilisation des vecteurs viraux, tels que les lentivirus, les adénovirus et les AAV (« adeno-associated virus », qui ont la capacité d'introduire leur matériel génétique dans le noyau des cellules hôtes.

Plusieurs exigences doivent être absolument satisfaites pour qu'un virus sauvage puisse être transformé en vecteur capable d'assurer un transfert de gènes d'intérêt thérapeutique en toute sécurité : ces enveloppes virales sont débarrassées de leurs propriétés de multiplication et rendues non pathogènes.



« Cette étude biomédicale de thérapie génique montre l'innocuité sur le long terme du transfert de gènes par le vecteur lentiviral lorsqu'il est injecté directement dans le cerveau de patients atteints par la maladie de Parkinson », explique le Pr Stéphane Palfi. « L'analyse clinique suggère que le vecteur utilisé permet une réduction des symptômes moteurs selon la dose de vecteur administrée, la plus forte dose étant la plus efficace.

Les prochains développements cliniques du vecteur auront pour objectifs de valider une construction virale améliorée permettant d'induire une libération accrue de dopamine (phase 2a). Cette phase sera suivie de l'étude de l'effet thérapeutique de ProSavin® en comparant un groupe de patients traités à un autre groupe non traité (phase 2b). Cette étude pionnière de l'utilisation en thérapie génique d'un lentivirus injecté in-situ va certainement ouvrir de nouvelles perspectives thérapeutiques dans les maladies du système nerveux. »



Conférence de presse du 9 janvier 2014, Martine ORIO, Directrice des HU Henri Mondor, Luc Hittinger Président de l'UPEC, Stéphane Palfi, Chef de Neurochirurgie Henri Mondor, Anne Flury-Hérard, Directrice du CEA



(Source APHP – extrait du DP DU 10/01/2014)



Point sur la préparation de la visite de certification



Dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins, l'année 2013 aura été une année marquée par la réception du rapport de certification transmis par la Haute Autorité de Santé en juin 2013, la visite ayant été conduite en

fin d'année 2012. Les hôpitaux universitaires Henri-Mondor sont certifiés avec cinq réserves et huit recommandations qui feront l'objet d'une nouvelle appréciation lors d'une visite de suivi programmée en octobre 2014.

Les cinq réserves :

- ▶ l'évaluation des risques a priori (8.d)
- ▶ le respect de la dignité et de l'intimité du patient en SLD (10.b)
- ▶ l'organisation du bloc opératoire (26.a)
- ▶ l'organisation des secteurs d'activité à risque majeur : Endoscopie (26.b)
- ▶ la prise en charge de la douleur en santé mentale (12.a)

Les huit recommandations :

- ▶ la gestion de l'air (7.b)
- ▶ la politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (1f)
- ▶ la mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (28.a)
- ▶ le programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins (8.a)
- ▶ la gestion des événements indésirables (8.f)
- ▶ l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge en MCO (15.a)
- ▶ la prise en charge médicamenteuse du patient en MCO (20.a bis)
- ▶ la prise en charge médicamenteuse du patient en santé mentale (20.a bis)

L'organisation de la préparation de la visite de suivi :

Pour certains sujets, bien en amont de la réception du rapport, par exemple pour la prise en charge de la douleur en santé mentale ou la prise en charge médicamenteuse, les professionnels se sont très vite mobilisés pour, à partir des constats posés par les experts-visiteurs, améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

L'organisation de la préparation de la visite de suivi repose soit sur des groupes de travail constitués et missionnés spécifiquement, soit sur les commissions qualité/sécurité de soins existantes :

Les groupes de travail spécifiques :

- ▶ comité endoscopie : JC DELCHIER, C POULAIN, N COUSIN
- ▶ comité bloc opératoire : L SALOMON, A GILTON, B HELIN, I BURKHARD
- ▶ groupe évaluation des risques a priori : C MANGIN
- ▶ groupe dignité-intimité du patient : P SANDMANN
- ▶ comité de pilotage prise en charge médicamenteuse en court séjour et en santé mentale : P ASTIER

Les groupes de travail existants :

- ▶ le comité EPP GH (Politique et évaluation des EPP) présidé par le Dr DAVID, vice-président de la CMEL et gériatrie, chef de service à Emile-Roux
- ▶ le CLUD (douleur en santé mentale), présidé par le Dr DROULERS, gériatre à Emile-Roux
- ▶ le comité CVRIS (Gestion des événements indésirables) présidé par le Dr MANGIN, coordonnateur des risques associés aux soins
- ▶ la cellule identito-vigilance (Identification du patient à toutes les étapes de sa PEC en court séjour), présidé par Monsieur ALEXANDRE, adjoint à la directrice du groupe hospitalier
- ▶ la commission qualité-sécurité des soins, présidée par le Pr CHOSIDOW, dermatologue et chef de service à Henri-Mondor/DURQ.

L'ensemble des travaux font l'objet de comptes rendus réguliers auprès d'un comité de pilotage, ce qui permet d'identifier les mesures d'accompagnement nécessaires au plan institutionnel.

De manière pratique, les équipes de mobilisent. Voilà de manière plus précise l'exemple de la problématique de la préparation à la visite de certification au bloc opératoire exposée par le Pr Laurent SALOMON, coordonnateur du bloc jusque fin décembre 2013.

Le bloc opératoire et la certification :

Le bloc opératoire est le noyau central et un monde particulier au sein de l'hôpital. Il s'agit d'un lieu de hautes spécificités où travaillent ensemble des professions différentes : chirurgiens, anesthésistes, infirmières de bloc opératoire (IBODE), infirmières anesthésistes (IADE), aides-soignants, manipulateurs radio, pompistes (spécialiste de la circulation extracorporelle) pour prendre en charge les patients dans les meilleures conditions de soins.

Cette structure est complexe dans son organisation, d'autant plus que plusieurs niveaux de prise en charge s'y croisent entre les patients programmés, les urgences, la chirurgie ambulatoire et les patients supplémentaires hospitalisés en urgence et devant être opérés dans les jours suivants (fracture du fémur par exemple).

Le site Henri-Mondor a la chance de regrouper un très grand nombre de spécialités (chirurgies digestive, orthopédique, vasculaire, urologique, plastique, cardiaque et neuro-chirurgie), ce qui permet de réaliser des interventions faisant intervenir plusieurs spécialités et des actes interventionnels effectués sous anesthésie générale comme l'endoscopie digestive, la cardiologie et la radiologie interventionnelle. Sur le site également, sont réalisées outre une activité de prélèvement d'organe (donneur en état de mort encéphalique, donneur à cœur arrêté, donneur familial), des transplantations hépatiques, rénales, pancréatiques et cardiaques ainsi que des transplantations composites.

Ces nombreuses spécialités au sein de ce bloc opératoire nécessitent une organisation rigoureuse. Depuis trois ans, cette organisation a évolué avec des règles de programmation et une régulation quotidienne qui organise l'attribution des salles et des moyens humains pour obtenir la meilleure efficacité possible,

avec la création de salles spécifiques d'urgences, d'une salle dite de « super urgence », de bientôt deux salles de chirurgie ambulatoire. Ces règles de programmation et les décisions de la régulation doivent être suivies par tous les acteurs du bloc opératoire pour permettre la meilleure fluidité pour la prise en charge du patient.

Site de haute technologie mais aussi site à haut risque pour le patient : la rigueur la plus stricte est indispensable pour offrir la meilleure sécurité possible. La certification a mis en évidence des axes d'amélioration. Différents groupes de travail ont été créés pour améliorer les pratiques professionnelles et les organisations :

- ▶ l'hygiène (tenue au bloc et en dehors du bloc, bionettoyage, circuit des déchets) ;
- ▶ le dossier anesthésie (chirurgie programmée, d'urgence et ambulatoire) ;
- ▶ les circuits du patient (du service au bloc jusqu'à son retour dans le service) ;
- ▶ l'identito-vigilance ;
- ▶ l'évaluation des risques a priori ;
- ▶ les RMM ;
- ▶ la check-list ;

▶ la sécurisation des prestations pharmaceutiques.

Ces questions concernent l'ensemble des professionnels qui travaillent au bloc opératoire et qui doivent se les approprier, les mettre en œuvre dans le cadre de la certification mais aussi les développer dans le futur. En effet, le bloc opératoire date de la création de l'hôpital et les contraintes architecturales de l'époque ne s'appliquent plus à la chirurgie actuelle et encore moins à la chirurgie de demain. Le projet RBI va permettre de regrouper l'ensemble des activités chirurgicales et anesthésiques en un lieu unique, de regrouper les réanimations dans une nouvelle structure dont l'architecture sera adaptée au développement de la chirurgie et de l'anesthésie de demain.

Les exigences en termes de certification s'appliqueront également à cette nouvelle structure. Pour cette raison, le travail effectué aujourd'hui prépare celui de demain avec toujours le même objectif : offrir au patient la meilleure prise en charge avec la plus grande sécurité dans les meilleures conditions de travail pour les professionnels du bloc opératoire.

P^r Laurent SALOMON
Coordinateur Chirurgical des Blocs

ZOOM SUR UNE VIGILANCE : l'identito-vigilance. Comment gère-t-on le risque identitaire à Georges-Clemenceau ?

Une organisation est mise en place

- 1 cellule d'identitovigilance est copilotée par un cadre de santé DS/gestionnaire de risques DURQ, depuis 2009.
- Elle s'appuie sur une charte de fonctionnement
- Elle se réunit 3 à 4 fois par an
- Elle suit 2 EPP
- Elle produit des procédures pour les services administratifs et de soins

Les professionnels sont formés :

- Près de 200 professionnels ont été formés lors de la mise en place des bracelets d'identité.
- 90 % des IDE ont bénéficié d'un rappel de bonnes pratiques en identitovigilance lors de la formation sur la sécurisation du circuit du médicament

Évaluations du risque identitaire :

Évaluations du risque à priori



À l'admission :

- 95% des patients ont fiabilisé leur identité par une pièce officielle (161 observations).

Lors de l'hospitalisation :

- 70 % des patients de l'hôpital sont porteurs du bracelet d'identification
- 12 % refusent la pose d'un bracelet
- La vérification de l'identité avant le soin est observée à 81,5% (92 observations).
- La qualité de la vérification de l'identité montre que 18 % des patients sont capables de décliner leur identité par leur nom prénom et date de naissance.

Lors du transport externe de patient :

- 10,6% des ambulanciers connaissant l'identité correcte des patients lors du transport (141 observations).

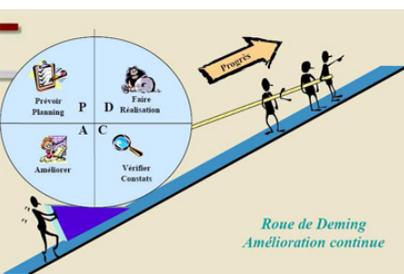
Une analyse du processus en imagerie médicale a été réalisée sur le risque identitaire.

Évaluations du risque à posteriori

- 13 signalements d'erreurs d'identité en 2013, ayant conduit à des actions d'amélioration.
- 2 analyses systémiques réalisées en 2013 concernant le transport interne et externe.

Des axes d'amélioration en perspective :

- Poursuite de la sensibilisation des professionnels à la qualité de la vérification de l'identité du patient en 2014.



- Travail autour de la mise en place de la photo du patient dans actipidos, fin 2013/1^{er} trimestre 2014.
- Permettre l'évolution du cahier des charges des sociétés de transports en y incluant des exigences d'identitovigilance via un retour du GH.

LA SEMAINE SECURITÉ DU PATIENT - Rétrospectives des évènements réalisés au sein du groupe hospitalier :

À Henri-Mondor :



De nombreux professionnels et usagers se sont présentés aux différents stands :

- ▶ le rôle des référents qualité dans les pôles,
- ▶ la gestion des évènements indésirables,
- ▶ la sortie du patient
- ▶ le rôle des usagers
- ▶ l'hygiène des mains,
- ▶ bien prendre ses médicaments...

... autant de lieux où chacun a pu poser des questions, tester ses connaissances, mettre un visage sur un nom...

Un grand merci à tous les participants qui ont rendu accessibles des sujets concourant à la réduction des risques pour le patient.

En fin de journée, après la projection du film très émouvant mis à disposition par l'AP-HP, « que reste-t-il de nos erreurs ? », et la présentation d'une erreur médicamenteuse par le Dr Stéphane HERBAUD, gériatre, un échange entre le Pr MALLAT, M^{me} OBADIA, adjointe à la directrice des affaires juridiques de l'AP-HP, M^{me} DEBRAY, coordonnateur général des soins, M^{me} LE-GAL, responsable du secteur droits des patients et l'assistance nombreuse, a pu être engagé à l'issue du film très émouvant : comment appelle-t-on une erreur dans un hôpital ? Comment l'AP-HP agit-elle pour réduire les risques associés aux soins ? Que peuvent faire les professionnels de santé et les usagers au quotidien ? Autant de sujets abordés.

À Émile Roux « Tous engagés Ensemble pour des Soins plus Sûrs »



- ▶ Plus de 160 personnes (professionnels, usagers, étudiants de l'IFSI) présents sur le parcours pédagogique des stands : Bien prendre ses médicaments, préparer la sortie, apprendre de ses erreurs, mais aussi les stands Vigilances sanitaires, sécuritaires, douleur, risque de chute, la maison des usagers...
- ▶ Un grand bravo aux volontaires qui ont préparé, animé les stands tout au long de la journée et proposé des messages attractifs.

- ▶ Merci aux « gilets bleus » qui ont accueilli les visiteurs, accompagné les patients, ainsi qu'à nos partenaires (MACSF, MNH, Relais H café, Rivadis) qui ont permis de récompenser les gagnants.
- ▶ Tous les stands ont reçu des appréciations positives. Félicitations aux lauréats, pour le poster « bien préparer sa sortie » et les stands : Chute, Nutrivigilance, Douleur particulièrement appréciés.
- ▶ Près de 40 personnes ont réalisé le parcours complet VigiQUIZZ.
- ▶ 100 % des visiteurs répondent être satisfaits, voire très satisfaits par le parcours

La réussite de cette journée institutionnelle est le fruit de l'implication de chacun à toutes les étapes : de l'organisation jusqu'à la visite sur le parcours des stands.

À Georges Clemenceau



Mon identité pour ma sécurité

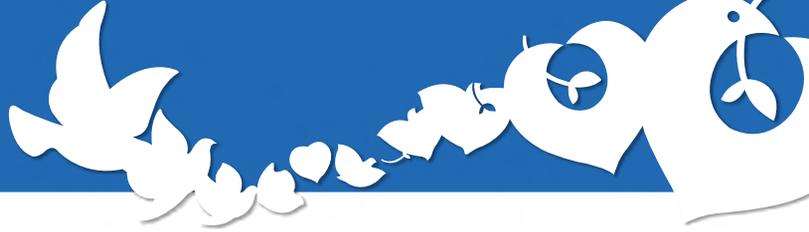


Qu'avons-nous appris de nos erreurs

Pour cette 3^e édition, la communication s'est portée sur l'élaboration d'un programme différent chaque jour de la semaine : « Identitovigilance » et « Apprendre de ses erreurs » le lundi, « Apprendre de ses erreurs » et « La sortie du patient » les mardi et jeudi, « Bien utiliser ses médicaments » le mercredi, et « Hygiène des mains » le vendredi.

Les stands étaient animés par les professionnels des thématiques abordées : la responsable qualité, la gestionnaire de risque, la chargée des relations avec les usagers, la pharmacienne, les professionnels de la prise en charge socio-éducative, le cadre de santé co-pilotant la cellule d'identitovigilance, l'EOH et le cadre de santé de l'hôpital de jour. Cette formule a permis une fréquentation continue, d'environ 200 personnes sur toute la période. Les stands ont reçu un franc succès grâce à l'affichage de posters ludiques et structurés qui ont ouvert un dialogue riche avec les soignants et les usagers. Des quizz sur les thèmes de la sortie du patient et apprendre de ses erreurs ont été proposés aux visiteurs pour initier la discussion. Les synthèses ont particulièrement retenu l'attention, en rendant visibles les retours d'expériences menés avec l'ensemble des soignants.

L'EOH et le cadre de santé de l'hôpital de jour ont organisé un atelier sur l'hygiène des mains, rendu attrayant par une séquence animée : « danse du SHA » suivie de l'utilisation du



caisson pédagogique (la boîte à coucou), où chacun a reçu une vignette « de bonne participation ». Cette communication s'est prolongée vendredi avec un stand plus tourné vers les soignants.

Une semaine positive qui concrétise, par ailleurs, nos efforts pour partager des outils et nous mobiliser sur des thématiques communes à notre GH.

S Martin, responsable Qualité, - E. Mainot, gestionnaire de risques, GCL - N. Dos-Santos, chargée des relations avec les usagers - GCL

À Joffre-Dupuytren



Sur Joffre-Dupuytren l'information sur les thèmes prioritaires de la semaine de sécurité s'est faite par l'exposition de nombreux posters, réalisés par la pharmacie, le service social, la Direction des Soins Infirmiers, l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène et la Direction Usagers Risques Qualité.

Les 27 et 28 novembre, les professionnels de ces différents secteurs ont animé des stands sur les thématiques : apprendre de nos erreurs, sécurisation du médicament, préparer la sortie du patient, Hygiène des mains, la prévention des escarres. Des flyers et de nombreux quizz ont été mis à la disposition des visiteurs (usagers, professionnels). Ceux-ci ont bénéficié, en outre, d'un complément d'information sur les posters par les multiples échanges avec les équipes des stands. Tout au long de ces deux journées, une formation action s'est déroulée, sur le thème des signalements d'événements indésirables sur le logiciel Osiris, avec un focus sur le déroulement d'une analyse systémique et l'importance de la déclaration pour apprendre de nos erreurs et mettre en place des actions d'amélioration suivies.

Cette semaine a montré la motivation et l'implication des différentes équipes désirant partager avec le plus grand nombre les informations sur les thèmes prioritaires, afin d'offrir aux patients des soins sûrs et de qualité.

Merci & Rendez-vous en 2014 !

L'amélioration continue de la qualité du soin nutritionnel

L'amélioration continue de la qualité du soin nutritionnel est un des enjeux du projet de soins de la coordination générale des soins des Hôpitaux Universitaires Henri MONDOR.

Au sein des services de diététique d'Albert CHENEVIER et d'Henri MONDOR, Mme CROLARD cadre supérieur diététicien a initié en avril 2012 une première évaluation des pratiques professionnelles portant sur la traçabilité de la démarche du soin diététique dans le dossier de soin du patient.

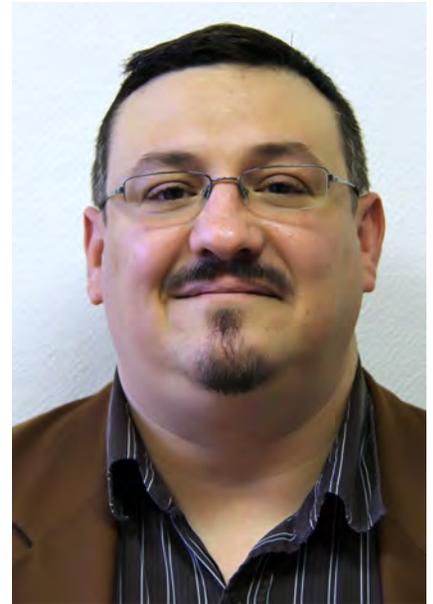
Lors de ma prise de fonction en tant que cadre de santé diététicien référent du pôle Essonne Gériatrie, Mme CROLARD m'a confié la mission transversale d'étendre cette EPP à l'ensemble des sites de notre GH. **J'ai donc réuni un groupe de travail représentant les professionnels de chaque site qui a été chargé de l'appropriation des grilles d'audit et de la méthodologie de cette nouvelle EPP inspirée d'un travail réalisé par les cadres de santé diététicien de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris et tenant compte des dernières recommandations professionnelles.**

Ce travail a été présenté aux Commissions Locales d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (CLEPPs). Les remarques formulées lors de ces rencontres nous ont permis avec l'aide de Mme Ghislaine BENHAMOU-JANTELET de la direction des soins d'Henri MONDOR d'affiner notamment la méthodologie de cet audit rétrospectif réalisé en binôme cadre et diététicien.

Les derniers rendez-vous avec les professionnels se terminent à l'heure où j'écris ces lignes, il est donc trop tôt pour anticiper les résultats de cette EPP qui de toute façon constitueront un état de lieux des pratiques professionnelles des diététiciens de notre GH.

Cependant je mesure dès à présent la richesse de cette expérience en effet allier les cultures professionnelles de chaque site, Henri MONDOR, Albert CHENEVIER, Emile ROUX, JOFFRE DUPUYTREN et Georges CLEMENCEAU au socle commun qu'est la démarche du soin diététique, tout en tenant compte des expertises et des spécificités locales est un enjeu managérial incontournable en vue de la création d'un service diététique de GH.

L'accompagnement de nos équipes vers l'harmonisation des pratiques



professionnelles n'est qu'à sa première étape mais elle est structurante. Il s'agit pour le cadre de santé de permettre aux professionnels de se confronter à une certaine norme attendue, de prendre du recul et de mesurer « l'écart entre le travail prescrit et le travail réel » concept popularisé par Christophe DEJOURS en psycho-dynamique du travail.

Il nous appartiendra après cette étape de travailler avec les équipes pour lever les freins permettant une nécessaire remise en cause de certaines pratiques professionnelles tout en mobilisant les ressources internes déjà présentes.

Les résultats de cette EPP de GH seront présentés à la Commission Locale des Soins Infirmiers de Rééducation et Médicaux-Techniques (CLSIRMT), à la Commission de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN) ainsi qu'en réunion d'encadrement.

Je tiens dès à présent au nom de l'équipe d'encadrement de diététique à remercier l'ensemble des diététiciens du GH pour leur transparence et leur adhésion à cette démarche indispensable à notre évolution professionnelle à l'heure où est publié le « manuel de référence de la terminologie internationale de diététique et de nutrition ».

● Laurent LIVOLSI

Cadre de Santé Paramédical diététicien



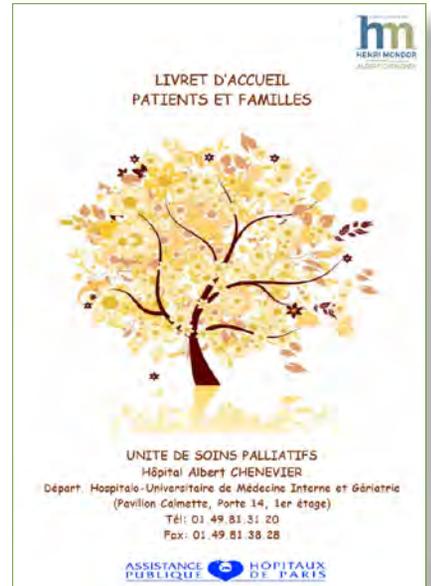
L'accueil en Unité de Soins Palliatifs (USP) à Chenevier

Pour l'équipe pluridisciplinaire de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital Albert Chenevier, la qualité des soins est optimisée par une prise en charge personnalisée. L'accompagnement des patients et de leurs proches débute dès l'accueil. Il arrive que les familles viennent visiter l'unité avant l'admission pour prendre contact avec l'équipe soignante et reconnaître la configuration des chambres.

Pour optimiser cet accueil, l'ensemble de l'équipe a cherché à élaborer un livret dont la conception a été le fruit d'une réflexion pluridisciplinaire. Ont participé à ce travail, l'ensemble des professionnels : aides-soignants, assistante sociale, diététicienne, infirmières, médecins, psychologue, cadre de santé.

Une première étape a consisté à réfléchir au contenu de l'information destinée aux patients et à leurs proches. Il s'agit de renseigner les usagers sur la nature de l'offre de soins spécifique à l'unité. La prise en charge est détaillée avec les prestations qu'elle propose ainsi que les conditions de l'accompagnement des patients et

des visiteurs. La mise en page du livret d'accueil a également fait l'objet d'une concertation de l'équipe. Pour faciliter la participation de chaque professionnel, un fichier a été ouvert sur l'ordinateur de la salle de réunion de l'unité. Il a permis de recueillir les suggestions de membres de l'équipe de nuit et des agents en repos qui n'avaient pas l'opportunité d'assister aux réunions de travail dans la journée. De ce fait, le contenu, les couleurs et l'illustration sont l'aboutissement d'une réflexion approfondie et d'une décision collégiale. Le livret d'accueil a été enrichi d'une carte de visite de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Cette carte présentée dans le même style que le livret d'accueil est destinée à humaniser l'unité par la connaissance du noms des professionnels qui interviennent dans le parcours du patient. Une particularité est faite concernant les infirmiers et aides-soignants : seul leur prénom est mentionné afin de préserver la posture professionnelle au cours de la délicate mission de l'accompagnement en fin de vie. Les deux documents présentent



une information primordiale pour une prise en charge de qualité.

● Bénédicte ROBIN
Cadre de santé - Médecine interne et gériatrie
Hôpital Albert Chenevier

Réduire la durée moyenne de séjour en soins de suite et réadaptation (SSR). Une démarche volontariste à Emile-Roux

Dans le cadre d'une politique de fluidité de la filière gériatrique, l'hôpital Emile-Roux s'est engagé dans une démarche de réduction de sa durée moyenne de séjour (DMS) en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Pour répondre à cet objectif, en 2013 plusieurs actions ont été mises en place.

Les actions mises en place

- Au printemps 2013, une unité de soins de longue durée appelée Unité passerelle a été ouverte. Cette unité dédiée à accueillir des patients en provenance des SSR de l'hôpital mais susceptibles d'être ultérieurement en établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante, EHPAD (Mais justifiant d'un soin de longue durée, SLD) vise à optimiser l'amélioration de l'autonomie du patient pour le préparer à sa sortie.

- En juin, une procédure de passage en soins de longue durée (SLD) est élaborée. Celle-ci prévoit différentes actions auprès des familles afin de les inciter à constituer au plus tôt les dossiers de demandes d'hospitalisation en SLD. Un tableau partagé entre tous les acteurs de l'hôpital permet d'identifier les dossiers de patients qui peuvent faire l'objet d'un transfert en SLD. Enfin, une veille des

séjours extrêmes est mise en place avec réunion pluridisciplinaire mensuelle des différents acteurs, directeur, admissions, service social hospitalier et exécutif du pôle.

- Au premier trimestre 2013, une mission d'appui de la DMS pilotée par la Direction du Pilotage de la Transformation (DPT) du siège a été mise en place.

Un contexte avec des contraintes

À Emile-Roux plusieurs patients sont orientés vers une structure de long séjour avec des délais d'attente longs ce qui peut augmenter considérablement la DMS du SSR.

- Il existe une liste d'attente non négligeable (de 70 patients) pour un passage en SLD à Emile-Roux ;

- la moitié des patients accueillis relèvent de l'aide sociale, d'où des dossiers sociaux importants à constituer au préalable avant sa sortie ;

- Enfin certains patients nécessitent la mise sous protection à titre de personnes vulnérables. Les demandes de mises sous protection sont délivrées par le tribunal de grande instance avec des délais de réponses qui varient en fonction des départements, ainsi pour le Val de Marne ils sont en moyenne de 302 jours.

L'ensemble de ces contraintes impliquent la nécessité d'un travail en amont de concertation avec les différents partenaires avec pour objectif d'accélérer la sortie du patient vers des EHPAD, une structure de soins de longue durée, le secteur de l'hospitalisation à domicile.

Grâce à cette démarche volontariste, une tendance à la baisse de la DMS est observée. De 62 jours en 2011, elle a été réduite à 57 jours en 2012 avec un tendanciel à 50-52 jours en 2013.

Malgré ces chiffres encourageants, la vigilance reste de mise et les efforts contenus pour que cette baisse se confirme dans le temps afin d'atteindre les objectifs institutionnels.



● D' Olivier Henry
Chef de pôle gériatrique Val de Marne

● M. Philippe Le Roux
Directeur du site Emile-Roux

La psychiatrie de liaison



La Psychiatrie de Liaison est un champ de la psychiatrie très spécialisé qui vise à prendre en charge les troubles psychiatriques et psychologiques se manifestant chez les patients hospitalisés dans les services de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'anesthésie-réanimation. Il s'agit d'une branche de la spécialité qui s'exerce à l'hôpital général, au lit du patient, hors du territoire habituel de la psychiatrie hospitalière. Elle prend tout son sens à une période de l'évolution de la psychiatrie moderne marquée par l'ambition d'aider à la prise en charge somatiques des patients porteurs de troubles psychiatriques, en appui des collègues somaticiens. Il est clairement établi aujourd'hui la sous médicalisation des patients malades mentaux pour lesquels la prévalence des comorbidités somatiques notamment métaboliques et cardio-vasculaires est très élevée. **La psychiatrie de liaison, par ses interventions directes au sein des services hospitaliers, ambitionne d'aider à pallier cette sous médicalisation somatique des malades mentaux mais aussi permet aussi de maintenir chez les soignants une vigilance importante quant au dépistage et à la prise en charge des manifestations psychiatriques et psychologiques chez les patients porteurs d'affections somatiques graves.**

Sur le site H. Mondor, cette activité est assurée par une équipe spécifique, faisant partie du Service Intersectoriel de Psychiatrie de l'hôpital Henri Mondor (D^r Liova YON), rattaché au Pôle de Psychiatrie des Hôpitaux Universitaires Henri Mondor (P^r Marion LEBOYER et P^r PELISSOLO). Cette équipe, placée sous la responsabilité du D^r Sylvie JAMAIN, comporte deux médecins : les D^r Sylvie JAMAIN et Karim ZAGHBIB, d'un cadre de santé : M. Serge TERRASSE, d'une infirmière : M^{me} Fabienne ROUSSOT et une secrétaire : M^{me} Julie MAKKOR. Depuis novembre 2013, cette équipe propose un

poste d'interne de psychiatrie.

L'activité de cette équipe est en plein essor avec une évolution quantitative avoisinant 200 % entre 2008 et 2012. On dénombre 2000 actes par an de consultation de psychiatrie de Liaison.

Les consultations sont sollicitées au moyen d'une demande spécifique faxée fournissant les renseignements nécessaires, ainsi que l'accord du patient et la mention informant le patient qu'il va consulter un psychiatre. Les demandes sont hiérarchisées afin d'offrir une réponse adaptée au service demandeur dans les meilleurs délais. Le médecin intervient seul, ou accompagné de l'infirmière de psychiatrie de liaison. Celle-ci peut rencontrer un patient seul, notamment s'il a été vu précédemment avec le psychiatre, dans le cadre d'un entretien infirmier spécifique comprenant un soutien psychologique ainsi qu'une évaluation de la tolérance et de l'efficacité des mesures thérapeutiques préconisées par le psychiatre. L'intervention de l'infirmière de liaison peut aussi précéder l'intervention du médecin psychiatre, permettant à celui-ci d'enrichir son observation (recueil des antécédents, recueil anamnestique auprès du patient et des proches éventuels) et de mettre en oeuvre les soins appropriés dans les meilleures conditions.

L'équipe se rend auprès du patient hospitalisé dans le service demandeur pour réaliser la consultation au chevet du patient. Cette consultation peut concerner des patients hospitalisés en hospitalisation temps plein, en hôpital de jour (dermatologie, dialyse, neurologie...) ou de semaine (neurologie). La consultation est précédée systématiquement d'une étude approfondie du dossier médical du patient. En effet, l'exercice de la psychiatrie de liaison implique une bonne connaissance de la situation médicale du patient et des traitements, qui sont susceptibles de participer au tableau

clinique présenté par le patient mais susceptibles également d'influer sur les mesures thérapeutiques à mettre en œuvre (contre indications spécifiques, effets secondaires ...). Ensuite une prise d'informations auprès de l'équipe médicale et paramédicale du service est réalisée afin de préciser les motifs de la demande, la nature des difficultés rencontrées dans la prise en charge de sa pathologie médicale. Ce temps passé auprès des équipes soignantes est un temps « clé » de cette activité, et permet une aide importante auprès des soignants, peu habitués à la prise en charge de patients présentant des troubles mentaux en plus de la pathologie « principale » pour laquelle ils sont hospitalisés (sensibilisation au versant psychologique de leur activité, conseils pratiques au quotidien...). Il s'agit de l'aspect spécifique de cette activité, cœur de l'exercice de la Psychiatrie de Liaison, est à l'origine de l'appellation « psychiatrie de liaison », c'est à dire une psychiatrie qui fait le lien. L'infirmière joue un rôle fondamental dans ce travail de liaison avec les équipes. Dans le cas de patients particulièrement difficiles, pouvant poser, par exemple des problèmes institutionnels dans un service (troubles du comportement, agressivité...) l'équipe de psychiatrie de liaison, peut réaliser avec l'équipe d'encadrement et l'équipe médicale demandeuse une prise en charge complémentaire. **Dans le cas de problèmes diagnostiques complexes, l'équipe de liaison participe aux staffs multidisciplinaires des différents services de l'hôpital. Les interventions de l'équipe de liaison sont particulièrement sollicitées pour aider les équipes médicales à gérer les problèmes d'observance thérapeutique chez les patients porteurs d'une pathologie chronique.**

A l'issue des consultations, un diagnostic est posé et des mesures thérapeutiques

Prévenir les troubles musculo squelettiques (TMS)

Dans le cadre du CLACT 2012-2014 (Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail), les hôpitaux universitaires Henri Mondor se sont engagés dans la prévention des TMS avec pour objectif la réduction des accidents du travail qui leurs sont liés. Ce projet est piloté sur l'ensemble des sites par le service ERGOPACT (Ergonomie Prévention et Amélioration des Conditions de Travail).

Ce projet pluri annuel de prévention des TMS comprend

- la formation de 100% du personnel soignant des services identifiés à la prévention des TMS,
- le financement de matériels par l'ARS qui seront mis en place dans les services. Il s'agit de 670 draps de rehaussement (draps utilisés pour faciliter la mobilisation d'un patient), d'1 matelas de transfert à air et de 3 timons motorisés.

Ce financement par l'ARS est conditionné par

- l'identification et la formation d'un référent TMS par site
 - l'identification et la formation de formateurs relais pour chaque pôle et service
 - la formation de l'ensemble du personnel à la prévention des TMS
- Sur Emile-Roux, la formation en place depuis novembre se déroule sur une journée au sous/sol du pavillon de direction dans

une salle équipée en chambre de patient pour un apprentissage en situation.

Elle est dispensée par M. Lacheney, référent TMS à Henri Mondor, en attendant la formation de référents aides-techniques Emile-Roux qui prendront ensuite le relais.

La formation « utilisation de draps de rehaussement » est obligatoire pour tous les personnels aides-soignants, infirmiers ou cadres de santé de l'hôpital. Elle conditionne le financement du matériel par l'ARS, il est

donc essentiel que chaque personnel concerné s'inscrive.



● **Béatrice Senegas**

Chargée des conditions de travail Emile-Roux

Référents projet sur ERX : Astrid Beudet Directrice Ressources Humaines, Béatrice Sénégas, chargée des conditions de travail, Emilie Legeard responsable Formation locale, Lucienne Mattei Cadre paramédical de pôle, Corinne Masson cadre de santé référent SSR, Camille Rotsen cadre de santé référent SLD

2 Distributeurs de produits d'hygiène expérimentés à l'hôpital Henri Mondor pour le patient hospitalisé

Dans le cadre d'une expérimentation d'une durée de 6 mois, deux distributeurs de produits d'hygiène sont installés aux urgences et dans le hall d'accueil de l'hôpital Henri Mondor. Ils proposent ainsi des produits à un coût proche de celui pratiqué dans un commerce local.

Disponible 24 h sur 24 et facile d'utilisation, ce distributeur est essentiellement destiné à l'usager patient hospitalisé aux urgences qui n'a pu se munir de produits d'hygiène

qui vient à en manquer au cours de son hospitalisation.

En fonction de l'intérêt porté à ce service complémentaire, et au vu des résultats de l'expérimentation, cette prestation au patient pourra s'étendre sur tout ou partie des hôpitaux de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.



Installation de bornes d'orientation interactives

Dans une démarche d'amélioration de l'accueil des usagers, l'AP-HP a choisi de déployer sur les hôpitaux des bornes d'orientation tactiles, solution moderne très répandue aujourd'hui dans le mobilier urbain (Transports, grandes surfaces ...).

Les hôpitaux universitaires Henri Mondor en répondant à ce projet ont reçu des bornes dont une a été installée à Emile-Roux. Cette borne située en extérieur près du parking central permettra au visiteur d'afficher son parcours jusqu'à sa destination.

Deux bornes intérieures (mise en route effective début 2014) ont été également installées à l'hôpital Henri Mondor dans le hall et au rez-de-chaussée bas.

Les bornes d'orientation et leur mise en service ont été entièrement financées par la direction du service aux patients et de la communication de l'AP-HP.



Stage d'externe en équipe mobile de soins palliatifs

Depuis deux ans, l'EMSP accueille un étudiant en médecine de 6^e année. Appliquer une démarche palliative est une tâche difficile en début de carrière professionnelle puisque la réflexion médicale pourrait ne reposer que sur des démarches diagnostiques sophistiquées et avec le seul objectif thérapeutique à visée curative exclusive.



Lors d'un entretien, Alice Ydema nous a fait part de ses réflexions.

Avant d'intégrer l'EMSP, les « soins palliatifs » étaient synonymes de « décès imminent »...

Je ne les imaginais que pratiqués dans un service spécifique, avec des malades souvent dans le coma.

Quelle a été votre motivation pour choisir ce stage ?

J'ai découvert l'EMSP lors de mes anciens stages en tant qu'externe. Un coup de téléphone et voilà l'équipe dans le service pour un avis sur le traitement de la douleur ou pour une aide à la prise en charge d'un patient en fin de vie. De mes yeux naïfs d'externe, cette toute petite équipe mobile me semblait être assez miraculeuse : elle était là où on notre dynamisme pouvait s'épuiser devant l'échec du soulagement de la douleur ou l'aggravation de l'état général.

Être présente auprès des « gens » qui ont besoin d'aide est une de mes motivations qui m'ont incitée à faire médecine. Prendre en charge un patient dans sa globalité et s'occuper de « l'être humain » sont des motivations pour

mes projets futurs. Rencontrer la limite de la « médecine curative » me semblait également fondamental.

La pratique des soins palliatifs est peu enseignée lors du cursus. On nous apprend à faire des diagnostics, et à soigner les patients du mieux que possible, mais pas à accompagner un malade en fin de vie ni à s'armer pour soutenir la famille. Pour moi, c'était essentiel d'acquérir une expérience professionnelle et personnelle dans cette démarche.

Après quelques semaines de stage, avez-vous une image différente des soins palliatifs ?

J'ai pu ajuster mon analyse des soins palliatifs. Les soins palliatifs, c'est à la fois un patient, sa famille et une équipe soignante très présente. Tous les patients ne sont pas en réalité pas en fin de vie imminente et très peu sont dans le coma ! Certains d'entre eux rentrent chez eux sans lit médicalisé, ni dépendance ni perfusion ! S'il n'y a pas de solution thérapeutique « curative », d'autres moyens permettent au patient d'être serein, et sans douleur : les soins de confort, le soutien psychologique, les séances de relaxation.

Le suivi de la famille fait aussi partie intégrante des soins palliatifs avec le soutien et l'écoute des proches. Il est parfois difficile de leur faire disparaître les préjugés sur la morphine et/ou les anxiolytiques.

J'ai pu constater combien il est difficile pour les soignants de prendre la décision d'arrêter les soins, d'arrêter les investigations, de retirer une perfusion !

Travailler au sein d'une équipe de soins palliatifs c'est avoir conscience de ses propres limites de soignant et de savoir dire « stop ». C'est aussi prendre conscience que « soigner » est un acte qui passe aussi par l'écoute, le soutien et l'aide, avec parfois une réflexion éthique.

Êtes-vous maintenant prête à prescrire et à suivre une démarche palliative lors de votre futur exercice professionnel ?

Grâce à ce stage, je me sens plus armée pour proposer une démarche palliative auprès d'un patient ! Je pense que je saurai me rappeler des conseils avisés notamment qu'on n'a pas besoin de perfusion pour mourir » ! De là à dire que je suis prête... l'expérience me le dira.

Avez-vous été marquée par une situation clinique particulière ?

Les cas les plus difficiles sont toujours ceux d'hommes et de femmes jeunes, actifs, avec des enfants en bas âge, chez qui le diagnostic d'une maladie rapidement progressive a été brutal, et pour qui le pronostic vital est très mauvais. C'est tragique pour le patient et sa famille mais aussi pour l'équipe soignante. Il faut alors pouvoir gérer les mécanismes de défense du malade, qu'ils soient conscients ou inconscients, ceux des proches et ses propres réactions d'être humain et soignant. De façon anecdotique et à mon grand étonnement, j'ai appris qu'on pouvait lever la prise en charge palliative d'un malade et réintroduire des traitements de fonds selon l'état du patient. C'est arrivé 3 ou 4 fois durant mon stage. Épatant !

Le psychologue face à l'annonce d'une fin de traitements : position contradictoire ?



Lors du dernier congrès de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, Gaëlle Mordillat a présenté les résultats d'une étude portant sur la place d'un psychologue travaillant dans une équipe mobile en soins palliatifs face à des témoignages et à des entretiens avec des patients et/ou leur famille, concernant la façon dont ils ont appris l'annonce d'une fin de traitement.

Cette réflexion issue de plusieurs témoignages, porte donc sur l'aide à apporter aux patients et à leur famille, mais également aux équipes médicales et soignantes. Les questions abordées sont les suivantes : Faut-il annoncer l'arrêt des traitements et prononcer les termes de soins palliatifs au patient ? Quand ? Comment ?

Quelles conséquences ces annonces ont-elles pour le patient, pour la famille ?

La position du psychologue peut apparaître contradictoire, car sa place est d'écouter le patient, et/ou sa famille. Cependant, il fait partie de l'institution hospitalière publique et est intégré dans une équipe, qui représente un atout précieux pour travailler en partenariat. Le psychologue, face à un patient ou à l'un de ses proches, pense toujours que celui ou celle qui est en face de lui, dit la vérité. Il s'agit de sa vérité singulière, c'est-à-dire, de la façon dont il a vécu les choses. En effet, ce qu'il en a compris, entendu de l'information du médecin, n'est pas forcément la vérité de ce dernier. Cependant, le psychologue doit également écouter le médecin qui a comme consigne

de dire toute la vérité au nom du « Droit à l'information » des patients. En effet certains médecins disent avoir parlé aux patients, quand ces derniers rapportent au psychologue, ne rien avoir reçu comme information de la part des médecins.

Le psychologue doit aussi prendre en compte la parole des soignants en écoutant leur souffrance parfois exprimée face à des situations déstabilisantes. Il doit en effet les aider à repérer leurs comportements ainsi que ceux du patient, dans le but d'éviter un débordement d'affects, qui risquerait de fragiliser leur prise en charge, pouvant parfois déboucher sur un « burn out ».

Gaëlle Mordillat, Psychologue clinicienne

Travailler ensemble et pouvoir offrir davantage

En 2013, un label européen a été obtenu pour le service d'oncologie médicale (Pr Christophe Tournigand) le désignant comme centre intégrant les soins palliatifs



à la prise en charge oncologique. Seuls quatre centres français ont obtenu ce label. Aucun des autres centres n'est de l'AP-HP.



EMILE ROUX

24 septembre
Journée contre
la maladie d'Alzheimer

Gros succès pour cette journée en partenariat avec France Alzheimer Val de Marne sur le thème « Éthique et maladie d'Alzheimer ». Un public de 130 personnes est venu partager réflexions et interrogations en matière d'éthique rencontrées durant le parcours de soin et la prise en charge de la maladie.



14 octobre - Conférence « Éthique et fin de vie »

Grâce à l'initiative du groupe Ethique Emile-Roux, l'hôpital a accueilli M. Emmanuel Hirsch (Directeur de l'Espace Ethique AP-HP et IdeF, de l'espace national de réflexion éthique sur Alzheimer, du département de recherche éthique Paris Sud). En préambule de la conférence, des paroles de patients, de soignants de familles sont venues étayer la réflexion.



17 octobre - 1^{ère} journée contre la douleur des hôpitaux Universitaires Henri Mondor

Le 17 octobre s'est déroulée à l'hôpital Emile-Roux la première journée contre la douleur des Hôpitaux Universitaires Henri Mondor sur le thème « la prise en charge non médicamenteuse » organisée par le Dr Antoine Droulers président du CLUD SP et son équipe.

Comment soulager la douleur sans avoir recours à un médicament ? Tel était le fil conducteur des conférences qui se sont succédées tout au long de cette journée.

Devant près de 200 personnes différents professionnels ont développé leur spécialité, sophrologie, hypnose, auriculothérapie, relaxation, acupuncture ... Chacun a témoigné de sa pratique, devant ce public dense constitué de professionnels de santé venant des hôpitaux de l'AP-HP, d'EHPAD, de la ville mais aussi des usagers qui en regard



La salle en pleine séance de Qi Gong

des nombreuses questions posées a démontré son intérêt pour ses domaines encore trop souvent méconnus. Un grand succès !

Henri MONDOR - ALBERT CHENEVIER

Octobre rose à l'hôpital Henri Mondor

Comme tous les ans, l'hôpital Henri Mondor s'est mobilisé contre le cancer du sein. Pour promouvoir le dépistage de ce cancer et mobiliser en faveur de la recherche, l'AP-HP et l'Association Europa Donna Forum France, ont soutenu la campagne nationale de sensibilisation et d'information sur le cancer du sein « Octobre Rose ». Avec 50 000 nouveaux cas diagnostiqués chaque année en France et plus de 11 800 décès estimés en 2012, le cancer du sein reste la première cause de mortalité par cancer chez la femme.

Le 10 octobre 2013, l'hôpital Henri Mondor

a organisé une journée de mobilisation à destination du grand public et les professionnels autour de stands d'information et de prévention dans le hall de l'hôpital en présence des associations, des équipes médicales des services de l'imagerie médicale, de la radiothérapie, de l'oncologie, de la chirurgie. Dans l'espace culturel Nelly Rotman, les visiteurs ont également pu échanger avec des professionnels et visionner des films sur la prévention, sur le parcours personnalisé, et sur les techniques chirurgicales.



Journée Parkinson 5^e édition

Le Mardi 22 octobre 2013, une journée de formation « Parkinson », a été organisée par le Docteur Gilles Caplain, Responsable de l'Unité Parkinson de l'hôpital Georges Clemenceau.

Pour sa 5^e édition, cette journée s'est déroulée à l'hôpital Émile Roux et a accueilli les

professionnels de santé des établissements hospitaliers et institutions des départements de l'Essonne et du Val de Marne.

Cette journée, destinée à l'ensemble des acteurs de soins susceptible de prendre en charge des personnes atteintes de cette maladie, visait à la

fois le personnel hospitalier, mais aussi le personnel des E.P.H.A.D. de plus en plus souvent confronté à ce type de patient.



Journée mondiale de l'accident vasculaire cérébral

À cette occasion et pour la 2^e année consécutive, le Service de Neurologie du GH Henri Mondor - Albert Chenevier a organisé le mardi 29 octobre, une conférence sur la prise en charge des patients victimes d'AVC de personnalité publique Monsieur Christian Cambon sénateur- Maire de Saint-Maurice et de Monsieur Joel Alexandre, Directeur du Site Henri Mondor.

Les AVC constituent la première cause de handicap neurologique du fait de leur fréquence (15 millions par an dans le monde, 150 000 nouveaux cas par an en France) et de la gravité des séquelles motrices, sensorielles ou cognitives.

Cette rencontre avec le grand public a permis de le sensibiliser - comme cela s'est produit par le passé pour les accidents cardiaques - aux signes d'alerte, à l'absolue nécessité de l'appel vers les professionnels de l'urgence : le SAMU. La diffusion du film « témoignages » réalisé par le service de Communication du GH, retrace les récits de patients qui ont été confrontés à l'AVC.

Cet échange a également été l'opportunité d'expliquer la spécificité d'une unité neuro-vasculaire et des missions des professionnels qui y travaillent. Dans la prise en charge des AVC, chaque minute compte. Sur le site de Mondor, nous disposons d'une des 18 unités de soins intensifs neuro-vasculaires d'Ile de France appelée aussi « Stroke Center ». Cette unité se situe au 3^e étage, unité A. Elle est composée de 10 lits. Les patients ayant une suspicion d'AVC y sont accueillis 24 h/24 directement sans passage par les urgences. Un neurologue est joignable 24 h/24 par son DECT n° 36039.

L'admission, à la phase aiguë, dans une unité neuro-vasculaire est cruciale et détermine le pronostic de la maladie. En sus des soins adaptés qui permettent de diminuer les séquelles, c'est une urgence neurologique : chaque minute compte pour l'administration éventuelle d'une thrombolyse systémique, impossible après les premières heures post AVC, et qui permet de réduire encore le handicap.



La prise en charge de ces patients inscrite dans une véritable filière de soin en partenariat avec l'ARS, nécessite une excellente coordination entre, notamment, en amont de l'hospitalisation le SAMU et les pompiers, en per hospitalisation la neurologie, le service de neuroradiologie et le service des hémostases mais aussi la neurochirurgie, parfois nécessaire lorsqu'il existe une hypertension intracrânienne, les services de cardiologie et le cas échéant de chirurgie vasculaire. Les conséquences d'un AVC vont nécessiter l'intervention de professionnels de santé : kinésithérapeute, psychomotricienne, ergothérapeute, diététicienne, neuropsychologue. Une fois la phase aiguë de l'AVC passée, un transfert vers un centre de soins de suite et de réadaptation motrice et cognitive s'avère parfois nécessaire pour poursuivre les activités de récupération ou de réadaptation aux séquelles persistantes. Une procédure de la coordination de ces prises en charge existe depuis l'ouverture du stroke center.

Parallèlement à la conférence, salle Nelly Rotman, les professionnels de santé des sites de Mondor et de Chenevier impliqués dans cette prise en charge ont tenu dans le hall de l'hôpital, des ateliers de prévention et de traitement de l'AVC :

- « dépistage de l'hypertension artérielle » par la prise de la tension artérielle tenue par les étudiants en soins infirmiers de l'IFSI de Mondor,
- « rôle et place de l'imagerie dans l'AVC » par le service de neuroradiologie,
- « orthophonie et diététique », par les

personnels de rééducation d'Henri Mondor avec la distribution d'un fascicule sur les troubles de la déglutition créé par Mesdames Rousset, orthophoniste et Léger, diététicienne - « rééducation post AVC » par une partie de l'équipe (orthophonie et ergothérapie) de la Fédération neuro-locomotrice du site de Chenevier qui a présenté ses missions de rééducation et quelques matériels intervenant dans la prise en charge. Aujourd'hui il est indispensable que la prise en charge de l'AVC soit communiquée et expliquée à l'ensemble de la population afin de réduire le délai d'intervention et induire de réflexe « 15 ». C'est pourquoi, le service de Neurologie s'implique ici et en Mairie pour diffuser les informations.

LES SIGNES D'ALERTE

APPARITION BRUTALE

- ▶ D'un mal de tête inhabituel,
- ▶ D'une paralysie ou lourdeur d'un membre,
- ▶ D'une perte de sensibilité d'un membre,
- ▶ D'un trouble de l'équilibre ou du langage

LA PRISE EN CHARGE

- ▶ Signes d'alerte
- ▶ Appel au 15
- ▶ Imagerie en neuroradiologie
- ▶ Décision précoce de la thérapeutique
- ▶ Admission
- ▶ Prise en charge pluridisciplinaire précoce
- ▶ Décision du devenir du patient
- ▶ Sortie
- ▶ Transfert en centre de rééducation

À l'image de 2012, cette journée 2013 a été un véritable succès !

Nous remercions l'ensemble des acteurs de cette journée : les patients, Monsieur Dubourdieu médecin au centre des sapeurs pompiers, Madame Semoulin, médecin au SAMU 94, Tess Poutchnine, Simone Gomes infirmières, Grégory Deneufmaison, Floriane

Parisse, aide-soignants, Annick Leger, diététicienne, Medhi Aoun Sebaiti, neuro-psychologue, Sarah Troel, kinésithérapeute, Julie Rousset, Valérie Leduc, Marie-hélène Auge de Fleury orthophonistes, Françoise Coqblin ergothérapeute, Céline Breteville, Nicole Pinelli, cadres de santé, Lucile Saïdi, Marguerite Corbet, Audrey Compère et Christopher Danglade, étudiants en soins

infirmiers, le service Communication du GH, les laboratoires Bayer healthcare et Boehringer Ingelheim.

● **Pr H Hosseini**
Responsable de l'Unité Neuro-Vasculaire
CHU Henri MONDOR
Tél 0149812302 - Fax 0149812326
Email : hassan.hosseini@hmn.aphp.fr

● **Élisabeth Dos Santos**
Cadre paramédical de Pôle

Journée nationale de dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale à l'hôpital Henri Mondor

Le jeudi 21 novembre, l'hôpital Henri Mondor s'est inscrit dans le cadre de l'opération Vésale 2013 qui a eu lieu à l'espace culturel Nelly Rotman. En présence des équipes médicales du service de chirurgie vasculaire, un dépistage gratuit de l'anévrisme de l'aorte abdominale

a été réalisé en pratiquant une simple échographie, examen indolore durant moins de 5 minutes.

L'anévrisme de l'aorte abdominale tue autant que le cancer du sein chez la femme et le cancer de la prostate chez l'homme. Il s'agit donc d'un enjeu de santé publique.



Inauguration de l'HAD à l'hôpital Albert Chenevier, en présence de Martin HIRSCH, Directeur Général de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris



Le vendredi 22 novembre 2013 à 13 h 30, Martin HIRSCH, Directeur Général de l'AP-HP, a inauguré une unité de soins adultes d'hospitalisation à domicile (HAD) à l'hôpital Albert-Chenevier, en présence de Laurent CATHALA, député-maire de Créteil, Henri PAGNOL, Maire de Saint Maur des Fossés, M^{me} LOFFREDO, Directrice de l'HAD et Martine ORIO, Directrice des Hôpitaux Universitaires Henri Mondor.

Cette unité vient compléter l'offre de soins d'hospitalisation à domicile de l'AP-HP, portant à 15 le nombre d'unités adultes auxquelles s'ajoutent 3 unités de soins pédiatriques, 1 unité obstétrique et 1 unité de nuit.

L'unité Albert-Chenevier a accueilli ses premiers patients fin octobre 2012. Elle dessert 24 communes du Val-de-Marne et prend en charge environ 80 patients par jour pour des pansements complexes, des soins palliatifs ou de la rééducation neurologique.

L'ouverture de cette unité a été l'occasion d'optimiser l'organisation des soins, notamment avec la création de la fonction d'infirmière de liaison, en cours de déploiement dans l'ensemble des unités adultes de l'HAD de l'AP-HP.

Médecin coordonnateur, infirmière, aide-soignante, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricienne, psychologue, diététicienne, orthophoniste, assistante-sociale,

puéricultrice, sage-femme sont les autres métiers intervenants au domicile des patients pour l'HAD de l'AP-HP. Ils permettent une prise en charge pluridisciplinaire.

L'hospitalisation à domicile de l'AP-HP en quelques chiffres

820 places polyvalentes

20 unités de soins adossées aux hôpitaux de l'AP-HP

112 communes desservies sur Paris intramuros & départements limitrophes (92, 93, 94) pour une population de 8,5 millions d'habitants

1 plateforme unique d'admissions sur prescription médicale : 01 73 73 57 57

Animations sur les sites de gériatrie

HÔPITAL GEORGES CLEMENCEAU JUILLET-SEPTEMBRE

Festivités d'été à Georges Clemenceau

Pour répondre aux attentes et souhaits de personnes en USLD, la saison d'été est propice à l'organisation et la programmation d'événements à l'extérieur.

Deux déjeuners « Barbecue » ont été organisés en collaboration avec le service animation, les cadres de santé et le chef de cuisine, les 2 et 4 juillet sous la pergola avec une animation musicale.

Les 8 et 25 juillet, **deux sorties « pique-nique » au bord des étangs de Vert le Petit** se sont déroulées, en compagnie de nombreuses oies et de canards. Sous la fraîcheur des arbres, les patients ont pu apprécier ce moment de détente et de convivialité.

D'autres sorties en août et septembre ont été programmées notamment à la **ferme pédagogique de la Ferté Alais**.



La date du 14 juillet est importante pour de nombreux patients, notamment la réminiscence de souvenirs de **bals et de soirées de feux d'artifices**.

Le service animation ne manque pas, chaque année, de marquer cet événement en proposant aux patients **une après-midi festive et musicale**.

Cette année, grâce à la clémence du climat, elle a eu lieu sous la pergola animée par le duo **« Rêves d'un soir »** en présence de nombreux patients et de familles qui, malgré la chaleur, ont investi la piste de danse. Rendez-vous attendu, apprécié et convivial.



La fête de la musique à l'hôpital Georges Clemenceau : un rendez-vous annuel toujours très apprécié.



La fête de la musique existe depuis 1982 à Georges Clemenceau. Elle réunit chaque année un public de patients, de personnels, de familles et d'enfants.

Le programme est éclectique et associe les patients, les personnels et les enfants du centre de loisirs de l'hôpital.

Cette année encore, plus de cent patients ont pu assister à cet après-midi musical, grâce à la



mobilisation des agents de l'hôpital qui les ont accompagnés à la salle de spectacle Jean Rigaux, située au cœur de l'hôpital.

Le programme a permis aux jeunes musiciens du foyer rural de Champcueil de se produire dans des conditions « professionnelles » et d'offrir un moment musical intense. **Le groupe de musicothérapie** active composé de patients de l'hôpital a interprété des chansons françaises sous la houlette de **Marie-Claude Tuscher**, Psychomotricienne. Les enfants du centre de loisirs ont ouvert cette fête par des danses préparées avec les animateurs. Orgue de barbarie et accordéon, chanson française contrebasse et guitare, duo de guitares, harmonica et piano... Vive la musique intergénérationnelle !

DÉCEMBRE



Le dimanche 1^{er} décembre 2013 a eu lieu **« l'événement musical »** à la salle Jean Rigaux de l'hôpital Georges Clemenceau. Grâce au partenariat avec **la fanfare des communes de Bouray-Janville-Lardy ainsi que la présence de Zazapat et des « Lutécien » de H2F** (Harmonicas 2 France Fédération), de nombreux patients ont pu participer à cet après-midi, musicalement très apprécié.

Le jeudi 5 décembre, comme chaque année, le déjeuner interservices USLD a eu lieu dans la salle de spectacle sur le thème de la country. La participation et collaboration de tous a permis d'offrir aux patients un déjeuner et ambiance festifs : Décor, participation de l'équipe de restauration, du personnel soignant, musiques et lâcher de ballons. Chacun est reparti avec son chapeau de cowboy et le sourire. Merci à tous.



Le mercredi 18 décembre, la fête de Noël intergénérationnelle a réuni les enfants du centre de loisirs et les patients en salle de spectacle. **Le spectacle de magie « Ivre de fleurs » par ED**, a fait participer petits et grands et les enfants se sont proposés pour servir le goûter aux patients. Le père Noël est venu, comme chaque année, distribuer bonbons et friandises.

JOFFRE DUPUYTREN NOVEMBRE

Concert du conservatoire

Les élèves du conservatoire communautaire de Draveil ont offert un moment de détente musicale aux patients le samedi 30 novembre dernier. Toujours très suivis, ces **« petits concerts »** apportent beaucoup aux patients, tant par la jeunesse venue « d'en ville » que par le répertoire toujours varié et original. Merci aux élèves et à leurs professeurs. Prochain concert, le 22 mars 2014.



Noël inter-générationnelles

L'espace Françoise Daré s'est transformé en salle de spectacle le 18 décembre dernier, pour **la représentation de magie de « La charmeuse d'oiseaux » et le spectacle de contes « Anga, fils du feu »**.



Pierre Betsch (BCBG) a interprété un répertoire guitare et chant des plus belles chansons françaises, de Champs Élysée à Nino Ferrer, reprises en chœur par tous.

Les visiteurs des hôpitaux de Draveil ont offert des confiseries et ont, comme à l'accoutumée, accompagné les patients pour leur permettre de participer au spectacle. Merci au Centre de Loisirs, à l'équipe d'Animation et au service de Communication pour cette initiative qui n'aura fait que des heureux.

JOFFRE DUPUYTREN/GEORGES CLEMENCEAU NOVEMBRE

L'Afrique du Sud très inspirée en novembre pour la Carte Blanche aux médiathèques

L'Afrique du sud, pays où se côtoient blancs et noirs, villes modernes et villages africains, nature vierge et mines à ciel ouvert, les townships, les anciens ghettos, où vit toujours, dans la précarité, la majorité de la population noire. Ce pays a su également prendre la mesure du potentiel que représente son environnement : les animaux sauvages, les safaris et les parcs. **C'est en puisant dans cette multiplicité que la médiathèque de Joffre-Dupuytren et celle de G. Clemenceau ont proposé des animations dans le cadre de la carte blanche.** Dans les deux sites, la conteuse Naomi Canard a plongé les spectateurs petits et grands, au cœur de ce pays : l'apartheid, la culture, les croyances, le peuple arc-en-ciel... L'exposition de photographies à Joffre et à Dupuytren et la projection de films documentaires à Georges Clemenceau ont fait découvrir les fabuleux paysages de ce grand pays. La « liseuse » a passionné les patients dans les services de G. Clemenceau.

Le public, personnels et patients confondus, a également pu tester ses connaissances grâce à un quizz qui comme tous les ans a remporté un vif succès. Des ateliers ont été organisés dans les hôpitaux de jour des deux sites pour répondre aux questions, en utilisant les panneaux informatifs élaborés par la médiathèque.

Les enfants du Centre de loisirs de Dupuytren ont également participé en créant des bâtons de pluie, des djembés et des dessins aux couleurs de l'Afrique. Leurs œuvres ont été exposées dans l'espace Françoise Daré.

ALBERT CHENEVIER OCTOBRE-DÉCEMBRE

Médiathèque

Dans le cadre du partenariat Musée du Louvre/AP-HP, 6 patients du service de psychiatrie ont suivi une visite animée par un conférencier sur le thème de l'Égypte ancienne, le lundi 21 octobre. Plusieurs chefs d'œuvre, dont le célèbre « Scribe assis » ont été expliqués de manière très vivante et agréable.

Cette sortie au musée a été complétée le lundi 16 décembre par une « conversation... » sur le thème du portrait, ouverte à tous les patients de l'hôpital Chenevier, au pavillon Chaptal. Elle a été animée par un conférencier du Louvre qui a illustré ses propos par des projections sur écran de reproductions de tableaux.

Cette expérience sera renouvelée en 2014.



Service animations culturelles



Le 20 décembre, salle arc-en-ciel, **Pédro Kouyaté**, artiste aujourd'hui reconnu, est revenu sur l'hôpital A. Chenevier pour les fêtes de Noël, lieu de ses premiers concerts.

<http://www.pedrokouyate.com>

Du 18 au 20 décembre, **7 concerts pour les fêtes de Noël** ont eu lieu dans tous les services de soins grâce à la participation de **l'association Portes Ouvertes** en complément des programmations du service socioculturel.

Le 27 décembre, **les danseurs de la compagnie ACM Ballet**, sont passés dans les chambres pour le plus grand plaisir des personnes hospitalisées en long séjour.



Le 30 décembre : « **Les pompières poétesses** » ont offert des menus de poèmes sur le thème des fêtes, au chevet des personnes hospitalisées.

ÉMILE ROUX

Animations SLD

OCTOBRE

« **La semaine bleue** », semaine dédiée aux personnes âgées sur le thème cette année « **Vieillir et agir ensemble dans la communauté** ». L'équipe d'animation a organisé un programme riche et diversifié. Les patients ont profité de ce temps fort entièrement dédié à eux autour de 3 événements :



• **Conférence en hommage à une grande actrice du cinéma Audrey Hepburn** avec projection d'un film biographique

• **Animation intergénérationnelle avec les enfants du centre de loisirs autour des jeux de société**



• **Café gourmand animé par un groupe de théâtre « Les Ricochets »** dans une ambiance de fête, du rire et d'humour pour que les patients gardent de cette semaine de très beaux souvenirs et de belles rencontres avec les soignants et les familles qui étaient conviés.

NOVEMBRE

7 novembre, **une sortie extérieure a été organisée par l'équipe d'animation**, l'occasion pour les patients d'aller savourer un **menu campagnard** à Cernay la Ville.



21 novembre, **anniversaires des patients à l'atelier d'œnologie animés par le « Duo d'Antan » Violon et accordéon et atelier d'œnologie avec Pascal Nezan, connaisseur de bon vin**. Le vin a fait partie de la culture et de l'alimentation des résidents, **l'arrivé du beaujolais nouveau** reste pour certains l'expression de la convivialité.

28 novembre, **animation de proximité « violon et accordéon »** pour les patients du pavillon Jean Rostand

DÉCEMBRE

Mardi 3 décembre : **participation des résidents au banquet des anciens** organisé par la commune de Limeil-Brévannes

Mercredi 11 décembre, animation de proximité pour les patients en chambre « **violon et accordéon** » pavillons Claude Bernard et Robert Debré

Animations Médiathèque et SSR

Carte blanche aux médiathèques 2013 « **Afrique du Sud** »

Lundi 4 novembre 2013 salle Blanche BARJAU à 14 h 30 : **Lectures à voix haute de Philippe Gaessler « Textes de Nadine Gordimer, Prix Nobel de littérature en 1991 »**

5 unités de SLD, 14 patients, 5 animatrices



Mercredi 13 novembre 2013 pavillon Cruveilhier à 15 h 30 et mercredi 20 novembre pavillon Calmette à 14 h 30 :

concert au chevet des patients des deux pavillons par Mike Dickman chanteur guitariste né en Afrique du Sud, musique aux accents africains, classique et Jazz.

Pavillon Cruveilhier : 60 patients, 10 visites, 15 agents du personnel

Pavillon Calmette : 50 patients, 15 visites, 15 agents du personnel, 5 gilets bleus

Jeudi 14 novembre 2013 Hôpital de jour à 14 h : **concert solo de Sam Tshabalala chanteur guitariste. Sa musique mêle des éléments des traditions musicales et chorégraphiques des cultures noires d'Afrique du Sud à des rythmes jazz, funk ou reggae.**



40 patients, 10 agents du personnel

Lundi 18 novembre 2013 Crèche des enfants du personnel à 9 h : **Séances de contes animaux et musique d'Afrique du Sud « Mélodiconte par Margarita Roussel »**

22 enfants, 8 bébés, 2 agents du personnel, 8 éducateurs

Lundi 4 novembre au 30 novembre 2013 à la médiathèque : **Expositions de photos et de livres sur l'Afrique du sud organisées par les médiathécaires, visionnage de DVD pour les patients sur l'Afrique du Sud.**

35 patients, 35 agents du personnel, 20 visites, 10 retraités.

Cette manifestation « **Carte Blanche aux médiathèques 2013 Afrique du Sud** » financée par le centre Inter-Médiathèques de l'AP-HP DSPC, a réuni un ensemble de 199 patients, 90 agents du personnel, 45 visites, 22 enfants, 8 bébés, 5 gilets bleus, 10 retraités.

SSR

22 octobre au pavillon Cruveilhier : **chansons françaises avec l'Association VSArt**



21 novembre au pavillon Cruveilhier : **chansons du 20^e siècle avec Denis Gasser**

26 novembre au pavillon Calmette : **musique espagnole avec VSArt**

6 décembre : **Soirée Salsa proposée par le service addictologie, orchestre cubain MI SOL**. Avec la participation de l'association AFRESA (Association Francilienne pour la Recherche et les Soins en Addictologie)

Noëls des patients : **concert et goûter gourmand**

17 décembre : pavillon Cruveilhier

19 décembre : pavillon Calmette



ÉMILE ROUX

En SLD

JANVIER

Tous autour de la galette de Rois : soignants, patients et leurs familles sont conviés à partager la traditionnelle galette des Rois

En SSR

Concerts mensuels VS Art

FÉVRIER

Expositions de photos à la cafétéria de l'hôpital et dans les halls des pavillons d'hospitalisation

HENRI MONDOR

JANVIER

Expositions culturelles à l'espace culturel Nelly Rotman

Exposition LIBERTE ET EXPRESSIONS par l'aquarelliste Marie-Agnès Trannoy. **Du 14 au 30 janvier 2014**

FÉVRIER

Exposition peinture ONYRIS par Evelyne Terrasse. **Du 11 au 20 février 2014**

MARS

Exposition peinture et sculpture DES CHEVAUX À PROPOS par Jean-Michel Lamontagne et Laetitia Plinguet. **Du 04 au 20 mars 2014**

JOFFRE DUPUYTREN

JANVIER - MARS

CONCERTS

Espace Françoise Daré à Dupuytren
En partenariat avec l'Association VS Art à 14 h 30 Jeudi 16 janvier, Jeudi 13 février, Jeudi 13 mars.

Concert des élèves du Conservatoire Intercommunal de Draveil. Samedi 22 mars à 14 h 30.

Patio à Joffre. **Dimanche 9 février à 14 h 30 : Concert de Gospel.**

EXPOSITIONS

Espace Françoise Daré à Dupuytren
Du 10 au 31 janvier : Christian JEANNIN, Peintures.

Du 10 au 28 février : David STRANO, photographies.

Du 3 au 31 mars : Jean Marie ENTEN, photographies.

GEORGES CLEMENCEAU

GALERIE D'ART

FÉVRIER

Du 3 au 28 février : exposition des œuvres des élèves de Me Eliane BRETAGNE à la galerie d'art. Rencontre avec les patients le jeudi 27 février à 14 h 30.

Du 3 au 28 mars : Œuvres des personnes du CITL La Volière.

AGORA

JANVIER-MARS

Exposition Photographies-poèmes « Mes amis- mes aïeux... » de Pierre Pelletier Vernissage Jeudi 23 janvier à 14 h 30 rue Agora.

SPECTACLES et ANIMATIONS

Dimanche 19 janvier de 15 h à 17 h : Au sein des services USLD, des chorales de l'église américaine de Paris seront présentes dans les salles à manger.

Mardi 4 mars : Après-midi festif mardi gras 14 h 30 en salle Jean Rigaux.

Journée annuelle de la SGGIF

(Société de gériatrie et de gérontologie d'Ile de France)

10 avril 2014



Entrée libre pour les médecins et soignants des Hôpitaux Universitaires Henri Mondor.

Lieu Emile-Roux, salle de Fontenelle de 9H00 à 17H00

Renseignement sur le site SGGIF www.sggif.com

Contact mail secretariat@sggif.org

PORTRAIT

NADINE HERRATI, cadre paramédical du pôle réanimation, anesthésie, SAMU 94 - SMUR

J'ai choisi de rejoindre le GH HMN en tant que cadre paramédical du pôle RASS depuis juin 2013. J'exerce à l'APHP depuis 1993 en tant qu'IDE à Antoine Béclère, IADE et Cadre paramédical à l'HEGP, cadre supérieur dans le GH Est Parisien à Tenon. J'ai complété ma formation de cadre par un Master en analyse et management des établissements de santé pour mieux appréhender les enjeux de la transformation hospitalière. Mon parcours professionnel m'a donné la chance de participer largement à des projets immobiliers structurants et ce jusqu'à leur mise en service d'abord l'HEGP en 2000 dans l'Ouest Parisien puis le bâtiment Meyniel en 2012 à Tenon destiné à l'urgence, la chirurgie, le bloc opératoire et la réanimation. Nous avons aujourd'hui l'opportunité de

travailler au regroupement des plateaux de réanimation et de chirurgie et de donner une logique géographique aux activités nécessitant le recours aux techniques d'anesthésie, ce projet tant attendu par le GH se concrétise. C'est tout particulièrement important pour le pôle Réanimation, Anesthésie, SAMU 94 - SMUR (RASS) dont j'ai la responsabilité, la nécessité de modernisation et de mise en cohérence de nos moyens est un pari stimulant. Après un état des lieux complet, je sais que je peux compter sur des cadres et des équipes dynamiques et motivées, nous allons participer à la réflexion et à la construction de ce projet pour atteindre l'objectif principal d'amélioration de la prise en charge des patients et de l'accueil de leurs proches. Nous aiderons à l'édification de ce bâtiment et serons

vigilants pour organiser des unités où les conditions de travail et les complémentarités des équipes sont pensées par tous les professionnels qui interviennent et sont en interface. Il faut plus que jamais être proactif en matière de recrutement et de fidélisation et veiller à ne pas mettre en difficulté les personnels avec des rythmes de travail déséquilibrés. Pour préparer ce projet, notre priorité est de réunir les compétences chez tous les professionnels du pôle par une politique de formation continue active et attentive à chacun. Je suis déterminée, enthousiaste et optimiste et souhaite continuer à apprendre avec l'ensemble des collaborateurs.

