



Revue trimestrielle - N°16
Avril à Juin 2014

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



La journée portes ouvertes de l'APHP le 14 juin a été un succès dans notre GH et a contribué à la réussite de cette journée institutionnelle. Un grand merci à toutes les équipes qui se sont mobilisées.

Martine Orio

Sommaire

● ACTUALITÉS - P. 2-4

- Pendant son opération, elle chantait
- MARCHATHON À CRÉTEIL – 4e édition
- Journée d'information sur les soins palliatifs du Groupe Hospitalier
- L'activité croissante de l'équipe mobile de soins palliatifs Henri Mondor

● DOSSIER - P. 5-9

- Le circuit du patient au bloc
- Le rôle de l'aide-soignant au bloc opératoire
- Identifier les risques a priori au bloc opératoire
- La charte de bloc
- Un séminaire du bloc opératoire : pour quoi faire ?
- Séminaire bloc IB

● VIE DES SERVICES - P. 9-14

- Relocalisation du Service Intersectoriel de Psychiatrie
- Travaux de restructuration de l'aile U du bâtiment PUME Service PSY-SAU
- Livraison d'une passerelle aluminium le 15 avril 2014 sur le site Georges Clemenceau
- Renforcement de la boucle d'eau glacée de l'hôpital Henri MONDOR
- Accréditation du pôle de biologie-pathologie (norme iso 15189)
- Place et rôle du psychomotricien en neurologie adulte
- Unité Cognitivo Comportementale (UCC) à Émile Roux

● RÉTROSPECTIVE - P. 15-17

● CALENDRIER CULTUREL - P. 18

● PORTRAITS - P. 18

Édito

IMBRICATION PSYCHO SOMATIQUE

L'image technicienne de l'hôpital que ce soit Mondor ou l'un des quatre autres sites du Groupe-est en train d'évoluer progressivement, peut être sous la pression de la notion d'une médecine de plus en plus personnalisée et qui considère le patient dans sa globalité.

L'univers de fer et de béton qui est la première image qui frappe les patients par sa froideur est vite estompé par la qualité de l'accueil médical et soignant; et les microcosmes à taille humaine que vous avez su recréer dans les étages ou les bâtiments donnent des visages à une offre de soins souvent tournée vers le geste technique.

Au-delà de cette empathie professionnelle indispensable, on voit s'infléchir nos techniques au sein même du bloc opératoire. Beaucoup d'entre nous ont été stupéfaits d'apprendre que l'anesthésie, dans certains cas, troquait les drogues traditionnelles contre une transe hypnotique, savoir-faire qui s'acquiert au travers d'une formation universitaire.

De manière plus forte encore on observe la montée en charge inéluctable de la prise en charge des déficits cognitifs en gériatrie et l'indispensable multiplication des unités spécialisées (UCC-UHR)

De même nous avons installé de façon beaucoup plus moderne et sécuritaire les services de psychiatrie intersectoriels accueillant des patients mêlant des pathologies somatiques et mentales à côté du service d'accueil des urgences.

Il semble donc qu'il se dessine des lieux d'interface où les cliniciens médicaux, chirurgicaux et psychiatres se retrouvent autour de pathologies intriquées, et que ces lieux se multiplient.

Il n'en reste pas moins que le cœur du réacteur de Mondor reste le cher, très cher, bloc opératoire qui après un séminaire, réussi, début mai n'en finit pas de se réorganiser pour être mieux certifié; courage à tous, beaucoup a déjà été fait.

Cette chère, très chère, certification V2010 sera l'une des préoccupations majeures de la rentrée

Mais la rentrée chargée, très chargée, qui nous attend nous verra accaparés par le déploiement du nouveau logiciel ORBIS à partir d'octobre 2014; concentrés sur l'organisation de nouvelles unités de soins à Chenevier, à Clemenceau, et à Mondor à partir de novembre 2014; et soucieux de mener à bien avec les partenaires sociaux les élections professionnelles en décembre 2014.

À cause de ce copieux programme il n'a jamais été plus nécessaire de souhaiter à tous un bel été et de bonnes vacances.



Martine ORIO



Pendant son opération, elle chantait



Professeur Gilles Dhonneur

C'est sous hypnose qu'une chanteuse a été opérée d'une tumeur de la gorge à Créteil (Val-de-Marne). Complètement remise, elle témoigne aujourd'hui. Imaginez cette patiente opérée à gorge ouverte sans anesthésie générale, mais sous hypnose. Imaginez encore qu'elle ait chanté tout au long de l'intervention. C'est l'expérience à peine croyable qu'a vécue Gilles Dhonneur, chef du service anesthésie-réanimation à l'hôpital Henri-Mondor de Créteil (Val-de-Marne), le 3 avril. Il a filmé chaque seconde de cette scène hors du commun et s'émeut encore en visionnant les images. **« Cette femme de 31ans, chanteuse professionnelle spécialisée dans les chants traditionnels africains, a été opérée d'une thyroïdectomie totale sur un goitre multi nodulaire, explique le praticien. Difficile, pour elle, d'imaginer perdre son outil de travail au cours d'une opération. »** Car si un nerf était touché ou ses cordes vocales abîmées, sa voix aurait été irrémédiablement

altérée. Alors, les équipes de Mondor ont fait un pari fou : celui de garder la patiente éveillée tout en faisant chanter.

Le chirurgien saurait alors si son bistouri était mal placé, parce que la voix serait coupée. **« Mais la douleur d'une telle intervention est insupportable en état de pleine conscience, affirme le Professeur Gilles Dhonneur. Seule l'hypnose médicale permet de tolérer une telle épreuve. »** Il en est d'autant plus sûr qu'il développe cette pratique à Créteil depuis deux ans déjà. Il a lui-même recruté les trois anesthésistes-hypnotiseurs de Mondor.

Mais jamais la technique n'avait été poussée aussi loin. **« C'était sûrement une première mondiale »,** avance le chef de service.

Une fois au bloc opératoire, la patiente a subi une simple anesthésie locale au niveau de la gorge. **« Pour endormir les tissus »** précise Gilles Dhonneur. Ensuite, son voyage a commencé. **« Elle est entrée dans une sorte de transe en**

écoutant les mots de l'hypnotiseuse. Elle est partie loin, en Afrique. Et elle s'est mise à chanter. C'était époustouflant ! » Le film montre un visage serein, les yeux clos. Le titre interprété, aussi touchant qu'impensable, s'entend très distinctement. **« Tout le monde a retenu son souffle lorsque cela s'est arrêté, se souvient le médecin. La patiente est restée aphone quelques minutes. On lisait la peur sur son visage. »** Quelques manipulations plus tard, le filet de voix brisait le silence et la tumeur était extraite. **« Elle se rappelle de tout, affirme Gilles Dhonneur. Elle raconte très bien son bonheur lorsqu'elle a pu reprendre son couplet. »**



(Source Le Parisien du 14/06/2014)

La patiente miraculée, complètement remise était présente le samedi 14 juin à Créteil à l'hôpital Albert Chenevier pour une conférence exceptionnelle consacrée à la chirurgie sous hypnose. Le Professeur Gilles Dhonneur a animé ce rendez-vous organisé dans le cadre des journées portes ouvertes APHP.



MARCHATHON À CRÉTEIL – 4^e édition

Marche active au profit du cancer
Samedi 27 septembre 2014 à la Base de Loisirs de Créteil

« Parce que le cancer est une grande cause nationale, parce que jour après jour les soignants, les chercheurs et l'ensemble du personnel se mobilisent pour mieux soigner les patients atteints de cancer, nous souhaitons aller toujours plus loin ».

Les Hôpitaux Universitaires Henri Mondor en partenariat avec la Ville de Créteil organisent le samedi 27 septembre la 4^e édition de la marche active Caliposso à la base de loisirs de Créteil sur un parcours de 4,2 km autour du lac à 10 h (allure libre). Cette marche contre le cancer est organisée pour le grand public, le personnel de l'APHP et les patients en partenariat avec des institutions publiques et privées. Cet évènement est programmé au profit du « Fonds Henri Mondor » créé en 2012 à l'initiative de médecins du CHU. Celui-ci a pour vocation de faciliter et d'accélérer les investissements en équipement, pour le soin, l'enseignement et la recherche.

Durant la matinée, cette manifestation proposera au public une séance de démonstration du robot chirurgical Da Vinci, des stands de prévention et d'information avec la participation de la communauté médicale et paramédicale et de nos partenaires qui nous soutiennent pour pérenniser cet évènement (BNP Paribas, MACSF, GMF, MNH/BFM, Ligue contre le Cancer, ADOC 94 Conseil Général du Val-de-Marne, Mutuelle Complémentaire, Relay H, Decathlon, Nutricia, Fresenius Kabi, Any d'Avray, Toyota, l'Université Paris-Est Créteil, Élite et Roche.

IV^{ème} MARCHÉ ACTIVE
HENRI MONDOR CONTRE LE CANCER
CALIPSSO
SAMEDI 27 SEPTEMBRE 2014
Départ 10H00 - Base de loisirs de CRÉTEIL
4,2 km autour du lac

Stands de prévention,
Animations...
Démonstration robot chirurgical

Inscriptions
<http://chu-mondor.aphp.fr>
Tél. : 01.49.01.20.00



Cette année, la Fédération Française de Football Américain nous fait l'honneur de parrainer la marche active Caliposso et nous aurons la chance d'accueillir quelques joueurs, membres de l'équipe de France, pour le départ de notre marche.

CALIPSSO

MARCHE ACTIVE CALIPSSO – 27 septembre 2014

Si vous souhaitez participer à la Marche Active Caliposso
Télécharger le bulletin d'inscription ou s'inscrire en ligne sur le site internet de l'hôpital Henri Mondor
(<http://chu-mondor.aphp.fr>)

Contact : 01 49 81 20 06 - evenementiel.communication@hmn.aphp.fr

Venez nombreux participer en famille, Samedi 27 septembre 2014, au « Marchathon » à Créteil (départ de la marche à 10 h)
Venez nombreux pour encourager les marcheurs et manifester votre intérêt pour une meilleure prise en charge du cancer.

Journée d'information sur les soins palliatifs du Groupe Hospitalier - 16 octobre 2014

À l'occasion de la journée mondiale des soins palliatifs, les acteurs du groupe hospitalier Henri Mondor, Albert Chenevier, Georges Clemenceau, Joffre Dupuytren et Émile Roux, impliqués dans la démarche palliative auront comme objectifs d'informer et de sensibiliser les usagers et les soignants.

Dans le hall de l'hôpital Henri Mondor, de 10 h à 16 h 30, des stands et une exposition posters seront proposés sur les thèmes suivants :

- ▶ Les soins de Support, avec la présence de la Cellule CALIPSSO
- ▶ Le parcours du patient en soins palliatifs depuis la réunion de concertation pluridisciplinaire

- ▶ Les missions de l'équipe mobile de soins palliatifs
- ▶ La plaquette « pallia 10 », quand faire appel à une équipe de soins palliatifs ?
- ▶ L'accompagnement des patients et des familles
- ▶ La Loi Leonetti, les directives anticipées, la personne de confiance.
- ▶ Les structures de soins palliatifs, les réseaux
- ▶ La Ligue contre le cancer, le Point Info Cancer
- ▶ Les bénévoles.

Dans l'espace culturel Nelly Rotman

▶ Lors de la journée, des films seront diffusés :

« Témoignages de familles et de patients

hospitalisés en unité de soins palliatifs à A. Chenevier », film réalisé par l'USP et la Direction de la Communication Henri Mondor

« Les soins palliatifs en mouvement » de l'association P. C. Lorraine et la fondation CNP

▶ De 15 h à 16 h 30, le public sera invité à participer à une table ronde sur le thème « Alimentation en soins palliatifs : savoir continuer, oser limiter » en présence de médecins, psychologue, infirmière et du responsable droit du patient.

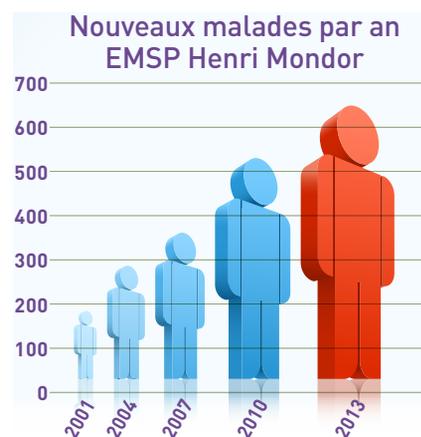
● Catherine Quiertant
IDE EMSP Henri Mondor - Poste 16 540

L'activité croissante de l'équipe mobile de soins palliatifs Henri Mondor

En 2013 l'EMSP a vu 616 nouveaux malades. Ce paramètre devrait placer une nouvelle fois l'EMSP d'Henri Mondor au premier rang de toutes les équipes mobiles de soins palliatifs de l'AP-HP (hors équipe mixte douleurs et soins palliatifs). L'EMSP intervient dans de nombreux services de l'hôpital. 56 % des nouveaux malades sont hospitalisés dans le pôle CITI.

Le principal motif du premier appel est une demande de prise en charge palliative. Une aide psychologique peut être le premier motif d'appel alors que les symptômes physiques ne sont pas encore au premier plan. L'EMSP est également appelée pour le soulagement d'une douleur chez un malade qui n'est ni en phase palliative ni atteint de maladie potentiellement mortelle.

● Docteur Alain Piolot
EMSP Henri Mondor - Poste 12 581



Toutes nos félicitations au professeur Jean-Pierre Becquemin, responsable du pôle Médico-Chirurgical Cardiaque et Vasculaire qui a été mis à l'honneur dans le prestigieux journal of vascular surgery.

Son travail collaboratif national concernant le traitement endovasculaire des anévrismes aortiques financé par un PHRC a été classé dans les top five publications de chirurgie vasculaire parues en 2011 et 2012.

Top 5 cited papers published in 2011 and 2012

1. Gloviczki, P., Comerota, A.J., et al. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J Vasc Surg* 2011; 53 Supp:2S-48S (115 cites)
2. Ricotta, J.J., Aburahma, A., et al. Updated Society for Vascular Surgery guidelines for management of extracranial carotid disease. *J Vasc Surg* 2011;54/3 e1-e31 (78 cites)
3. Becquemin, J.-P., Pillet, J.-C., et al. A randomized controlled trial of endovascular aneurysm repair versus open surgery for abdominal aortic aneurysms in low- to moderate-risk patients. *J Vasc Surg* 2011 53:5: 1167-117E+04 (64 cites)
4. Lee, W.A., Matsumura, J.S., et al. Endovascular repair of traumatic thoracic aortic injury: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery. *J Vasc Surg* 2011;53:187-192 (62 cites)
5. Bruen, K.J., Feezor, R.J., et al. Endovascular chimney technique versus open repair of juxtarenal and suprarenal aneurysms. *J Vasc Surg* 2011; 53: 895-905 (56 cites)

Articles cited in 2013 that were published in 2011 and 2012.

Source: Scopus





Le circuit du patient au bloc

Les circuits des patients allant au bloc sont complexes : ils doivent être identifiés à l'aide de logigrammes précis et distincts selon l'origine ou la pathologie du patient (chirurgie réglée ou urgence, greffe, ambulatoire, etc....), d'autant plus que certains patients peuvent dépendre de plusieurs circuits (ex urgence et portage de germes multi résistant, urgence et drépanocytose).

Le patient qui emprunte un de ces circuits est garanti de la préservation de la confidentialité vis-à-vis de sa pathologie, mais aussi de la vérification répétée de

son identité par le contrôle du port de bracelet au poignet dans le respect des règles de l'identitovigilance.

La gestion de ces circuits par un coordinateur paramédical sur un mode « contrôle aéronautique » permet une cohabitation harmonieuse et ergonomique de l'urgence, du programme réglé et les spécificités des chirurgies au sein d'un bloc commun dont on connaît les contraintes architecturales anciennes.

La traçabilité des informations patient à chaque étape du processus étage/bloc/SSPI est primordiale. Elle s'appuie sur le

remplissage d'une fiche de liaison, fiche qui participera à l'optimisation des soins péri-opératoires.

Le besoin d'ergonomie et de sécurité des circuits nous a conduit à travailler sur différentes étapes :

1. augmenter la capacité d'accueil de la SSPI de 6 lits,
2. restructurer le déchargement des poly-traumatisés,
3. identifier chaque jour une salle d'extrême urgence.
4. organiser la prise en charge de la sismothérapie et des chocs électrique en anesthésie
5. de mettre en place une régulation paramédicale et médicale pour la gestion des urgences et pour tout problème du bloc.

Enfin la création d'un nouveau secteur de chirurgie ambulatoire de deux salles (livraison juillet 2014) va nous permettre de rattraper notre retard et ainsi répondre de manière plus adaptée à la demande institutionnelle et aux besoins des spécialités chirurgicales, le développement de cette chirurgie étant un enjeu de qualité et d'économie de santé.

Docteur Alain GILTON



Le rôle de l'aide-soignant au bloc opératoire

Chacun connaît le rôle et les fonctions des aides-soignants en secteur d'hospitalisation, mais qu'en est-il pour les aides-soignants exerçant au bloc opératoire ?

Le bloc opératoire d'Henri-Mondor occupe une vaste surface allant de l'imagerie médicale aux urgences permettant d'accueillir 18 salles d'opération et une salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) de 23 places. Ce lieu clos accueille chaque jour environ 300 professionnels et entre 50 et 60 patients (programmés ou urgents).

Les tâches assurées par les aides-soignants de bloc se font en lien avec leur référentiel de compétence et en collaboration avec la totalité de l'équipe médico-chirurgicale.

Le premier contact du patient qui arrive au bloc se fait via l'aide-soignant qui l'accueille. En plus de la vérification d'identité et du côté à opérer, l'A.S. se doit de rassurer des personnes très souvent inquiètes.

Il faut ensuite procéder à l'installation provisoire des patients en vue de l'anesthésie puis à l'installation définitive

pour l'intervention chirurgicale. Cette étape nécessite une bonne connaissance de tous les types d'intervention chirurgicale afin d'anticiper la préparation des nombreux accessoires permettant le positionnement du patient optimal en matière de sécurité et de confort chirurgical : « un patient bien installé est un patient bien opéré »



En fin d'intervention le transfert du patient doit se faire en connaissance de l'intervention réalisée afin que les manipulations ne soient pas dommageables plus particulièrement en orthopédie et en neurochirurgie.

Un des rôles clés de l'A.S au bloc est la prévention des infections nosocomiales

et des infections de site opératoire. Le bio-nettoyage des salles d'opération, du mobilier et des appareils électro-chirurgicaux doit se faire dans le plus strict respect des protocoles. La connaissance de ces matériels fragiles et couteux (colonnes vidéo, dissecteurs à ultra-sons, robot chirurgical...) est nécessaire afin de ne pas les endommager.

Il n'existe pas de formation spécifique pour les A.S. affectés au bloc opératoire et la formation se fait par compagnonnage. Il n'y pas de reconnaissance de la fonction d'A.S. au bloc opératoire comme cela se fait pour les assistants de gériatrie.

Du fait de ses compétences spécifiques, il participe au bon déroulement des programmes opératoires et à la prise en charge des urgences vitales. L'aide-soignant de bloc opératoire est un maillon indispensable de la prise en charge du patient au bloc opératoire.

● Sylvie KERAUTRET
Cadre de santé bloc opératoire

Identifier les risques a priori au bloc opératoire

L'identification des risques a priori consiste à se poser 6 questions :

- ▶ Quel évènement ne devrait pas arriver ?
- ▶ Quelle serait sa gravité pour le patient ?
- ▶ Pourquoi et comment peut-il survenir ?
- ▶ Quelles sont les fréquences potentielles des causes retrouvées ?
- ▶ Qu'est-ce qui existe déjà pour diminuer ce risque ?
- ▶ Que fait-on de plus ?

Ces questions sont posées aux différentes étapes du parcours du patient.

L'objectif consiste à identifier les risques pouvant survenir, mais surtout à déterminer des actions pour en réduire les conséquences pour le patient ou la fréquence de survenue.

Cette démarche se conduit avec les professionnels concernés et actuellement sur plusieurs secteurs du groupe hospitalier : bloc opératoire, endoscopie, prélèvement multi-organes et tissus... Un thème spécifique peut également être choisi, comme par exemple « l'identification des risques de maltraitance » qui se déroule sur l'ensemble du GH.

Au bloc opératoire, le pilotage de la démarche est assuré par le Dr C. Mangin, coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins en collaboration avec les 3 coordonnateurs du bloc opératoire. Le travail a été organisé de plusieurs manières : Durant les mois de février et mars 2014, tous les mercredis matin dans le bloc opératoire, au niveau de la salle de régulation, l'ensemble des professionnels présents étaient invités à participer. Par ailleurs, des horaires spécifiques ont été proposés selon les thèmes et les professionnels concernés. Le travail va se poursuivre tout au long de l'année.

L'ensemble de la démarche s'appuie sur la cartographie des risques réalisée par la DRASS Midi-Pyrénées en 2006, actualisée par l'intégration de la réalisation de la check-list et alimentée par tous les signalements d'évènements indésirables du bloc opératoire et les éléments des groupes de travail spécifiques mis en place au bloc opératoire pour la visite de suivi de certification. Les principales actions reposent sur ces groupes de travail et sur leurs propositions.

LA CHARTE DE BLOC

Le bloc opératoire de l'Hôpital Henri Mondor est l'un des blocs communs les plus vastes en France. Conçu il y a 40 ans dans un contexte où le travail était organisé essentiellement autour de chaque spécialité chirurgicale, il a évolué ces dernières années vers une « mutualisation » des professionnels. Cette logique a permis de fluidifier de nombreux aspects de la prise en charge des urgences. Il reste que les activités du bloc commun sont par définition multiples et leur coordination difficile. L'ouverture de deux blocs opératoires dédiés à la chirurgie ambulatoire, opportunité devenue vitale pour l'établissement, va ajouter à la diversité de pratiques et augmenter la diversité des prises en charge des patients dans cet univers complexe. **La Charte de bloc a pour fonction de fournir un outil pour que chacun des professionnels se situe au sein de l'ensemble. Connaître sa place au sein du bloc permet d'accroître la sécurité des patients, d'harmoniser les interactions entre les différents professionnels – de diminuer les stress injustifiés, d'optimiser les ressources que la Société nous confie pour soigner.**

Lors des deux journées des 5 et 6 mai organisées à l'initiative du Professeur Becquemin avec la direction de l'hôpital, un exemplaire de cette charte a été remis à chacun. Ce texte est à la fois une référence et une photographie. Référence, car chaque édition contient les bases de l'organisation de notre travail. Photographie, car cette organisation doit évoluer, en fonction des missions du bloc, des innovations, et de notre capacité à nous améliorer.

Nous devons continuer à apprendre à travailler avec la charte, car nous devons davantage travailler ensemble. Nous devons en concevoir les évolutions. Chacun est concerné, chacun est bienvenu. **La charte sera la base de l'organisation du travail dans le futur bâtiment RBI.** Actuellement et entre autre fonction, elle doit nous aider à débiter la première intervention dans chaque bloc plus tôt le matin. Pour cela, il faut que l'énergie de chacun ne soit pas dispersée par les dysfonctionnements, le manque d'information, de coordination, l'incompréhension, mais que cette énergie soit concentrée sur les interventions au bénéfice des patients.

Professeur Eric ALLAIRE

Un séminaire du bloc opératoire : pour quoi faire ?

Quand sur internet on « Google » le mot séminaire, on trouve que ce terme vient du latin « seminarium » soit la pépinière, la graine, le principe vital. Longtemps à connotation religieuse (lieu de formation des prêtres), le séminaire définit aujourd'hui principalement les réunions de travail en petit groupe dans un but d'enseignement, d'organisation ou de motivation.

Les professionnels du bloc opératoire ne sont pas des religieux (ses) des hospices, mais des professionnels aux compétences variées dont la préoccupation est tournée avant tout vers le soin dans une organisation du travail pluridisciplinaire, au service du malade. Toute organisation humaine a ses limites et



ses défauts et doit au fil du temps être révisée, adaptée pour répondre aux changements de la société et aux évolutions technologiques et humaines.

Grâce aux efforts de chacun, aux nombreuses réunions autour de « la problématique bloc opératoire » et des audits externes, la communauté du bloc opératoire de l'hôpital Henri-Mondor avait bien compris que le

changement était inéluctable et l'appelait de ses vœux. Mais le chantier semblait immense, les objectifs étaient plus ou moins définis et les plans d'action se révélaient parfois contradictoires et incessamment changeants. Chacun avait son idée, son opinion et sa solution. Il fallait donc arrêter l'agitation isolée peu productive, réunir les professionnels, organiser la rencontre des différents corps de métier et tenter ensemble d'identifier les problèmes et de proposer des solutions... Cette pépinière d'idées devait être canalisée. Voilà pourquoi l'idée d'un séminaire a germé : il était temps !

Les lignes qui suivent sont destinées à ceux qui ne connaissent pas le bloc opératoire de

l'hôpital Henri-Mondor afin de les éclairer sur la situation. Construit dans les années 1960, l'ouverture des blocs s'est faite en 1967. Il s'agit d'un bloc commun doté de 18 salles d'opération pour 7 disciplines chirurgicales. Situées au premier sous-sol du bâtiment, les ouvertures orientées au nord-ouest n'offrent aucune lumière naturelle dans les salles d'opération, regroupées dans la partie centrale de l'espace et accessibles par des couloirs latéraux les bordant (l'absence de lumière est une cause reconnue de burn-out). Il est notable que le bloc soit surnommé « la soute » ! L'endroit non visible dans lequel est produit l'essentiel de l'énergie qui fait avancer le navire est fermé, mal aéré.

Depuis l'ouverture, peu de travaux d'envergure ont été réalisés. Les plus notables sont les salles d'opération pour l'urologie et pour la chirurgie vasculaire, travaux effectués dans les années 2000. Quand aux autres salles, à part quelques travaux d'entretien mineur, tout a été laissé tel quel, basé sur les conceptions architecturales des années 60. Plus récemment, la salle de réveil (SSPI) a été modernisée et agrandie ce qui améliore la fluidité des sorties de bloc et la sécurité des opérés, mais le bloc dit septique a été supprimé posant des problèmes d'organisation parfois insoutenables.

Les blocs communs ont pour avantage théorique de pouvoir mutualiser les moyens humains et matériels. En réalité pendant longtemps il n'en a rien été. Chaque discipline chirurgicale ayant longtemps effectué ses propres activités sans s'occuper de celles des autres, en argumentant avec une certaine raison que les avancées technologiques rapides demandent une expertise de chacun dans un domaine bien précis rendant difficile la mutualisation.

Malgré tout, une organisation plus collective et centralisée a vu le jour avec la charte du bloc. La revue de l'ensemble des programmes opératoires hebdomadaires par une unité indépendante des disciplines, permet aujourd'hui de réduire les sur ou sous utilisations de salles et une répartition plus efficace des moyens humains ainsi que la prise en charge des urgences. Bien qu'il y ait une nette amélioration, une meilleure concertation et collaboration entre les disciplines, les conditions de travail restent contraintes par l'architecture.

Dès les années 90, les chirurgiens ont réclamé des modifications architecturales. De nombreux projets ont vu le jour sur le papier, mais tous ont été reportés d'année en année, la priorité de l'investissement n'ayant pas été donnée à cette partie cruciale de l'activité de l'hôpital.

Il a fallu plus de 20 ans pour convaincre les tutelles de la nécessité de moderniser les locaux et, après des combats homériques menés conjointement par les soignants et l'administration de l'hôpital, le projet du nouveau bâtiment RBi a enfin été acté. C'est un grand pas en avant vers la modernisation même si le format final budgété n'est pas à la hauteur de ce qui était ambitionné.



Le bloc est un lieu particulier, espace de vie et de travail, d'innovations dont certaines ont modifié les pratiques médicales, mais aussi d'échec comme dans toute pratique médicale. Le bloc opératoire devrait bénéficier de la technologie de pointe dans les domaines de la chirurgie et de l'anesthésie réanimation et d'une organisation efficace : on est loin du compte!!! Les contraintes budgétaires passent par là, mais aussi la planification et l'anticipation des modifications qui ont été peu adaptées aux besoins. De plus, la réduction du personnel et notamment de l'encadrement et la dilution des responsabilités contribuent à une désorganisation globale qui touche tous les acteurs.

Le défaut de transmission de l'information liée à une informatique défaillante, tant en équipement, qu'en logiciels est aussi à l'origine de dysfonctionnements réguliers [certes il y a de beaux et coûteux écrans, mais ils restent « noirs », éteints, non fonctionnels].

Pourtant ce bloc tourne vaille que vaille : plus de 300 personnes y travaillent, 10 400 opérations sont réalisées par an, un peu plus de 3000 urgences sont prises en charge, transplantation tous organes, chirurgie de pointe pour de nombreuses disciplines, traumatismes

et plus récemment chirurgie ambulatoire.

Les modifications de l'organisation de la santé avec la création des ARS et l'HAS sont en train, bien heureusement, d'impacter profondément le bloc opératoire dans le but d'améliorer la sécurité et l'efficacité des soins.

Des procédures qui font référence ont été écrites pas des professionnels, et ont valeur de loi. Ces procédures reprennent toutes les étapes des soins : identito- vigilance, matério vigilance, la sécurisation des différents circuits, patients, soignants, déchets, matériels, médicaments, les stockages et la traçabilité de tout ce qui tourne autour du patient. On peut bien sûr trouver ces règles pesantes, mais chacun d'entre nous souhaite les voir respectées dans sa vie privée (sécurité alimentaire, routière, matérielle et autres) alors pourquoi ne pas l'accepter avec volontarisme pour les soins et les malades. À travers la sécurité des patients est aussi visée la sécurité des soignants. Ne l'oublions pas.

Dans cette démarche sécuritaire, le fonctionnement des hôpitaux est vérifié tous les quatre ans.

Henri-Mondor n'a pas fait exception au contrôle de la certification. Sans surprise, le bloc a fait l'objet d'une réserve et de remarques majeures relevant tant de l'architecture que de l'organisation et du respect des procédures.

La visite a eu lieu en novembre 2012. Le rapport définitif a été transmis en octobre 2013, avec des objectifs formalisés d'amélioration à atteindre en quelques mois.

Des groupes de travail se sont mis en place, beaucoup d'efforts, de temps et de réflexion ont été consacrés par les uns et les autres. Malgré des avancées notables dans certains domaines, d'autres restaient à la traîne. Il faut dire que la tâche semblait considérable : le rapport de la HAS fait 550 pages dans un langage administratif difficile à décrypter pour le commun des mortels.

En bref, seul un séminaire pouvait permettre de répondre collectivement et efficacement aux exigences des autorités de santé. Mais aussi, et cela est un point essentiel pour ceux qui vivent à la « soute », d'agir pour modifier les conditions de travail et réinstaurer la sérénité nécessaire pour que les compétences et les talents des uns et des autres soient prioritairement consacrés aux malades. **Le résultat de cette démarche collective est déjà très sensible, et ouvre beaucoup d'espoir** au présent et pour l'avenir.

Professeur Jean-Pierre Becquemin



Séminaire bloc IB

Quel bilan ?

L'activité des blocs opératoires réduite aux seules urgences a permis l'organisation de ce séminaire dont l'objectif était de favoriser un travail en équipe, toutes catégories professionnelles confondues.

Au cours de chacune de ces deux journées, 180 professionnels se sont retrouvés pendant des séances plénières d'information, de formation et de travail en sous-groupes réunis par spécialité chirurgicale et soins de surveillance post-interventionnelle.

Ces échanges ont été riches et ont permis de recueillir de la part des professionnels de nombreuses propositions pour définir les conditions d'application des bonnes pratiques.

La première matinée a permis d'informer l'ensemble des personnels présents de tous les travaux engagés pour améliorer les organisations, optimiser la prise en charge des patients, préparer la visite de suivi de la HAS mais aussi le futur RBi.

L'après-midi, les groupes se sont formés afin de rédiger les procédures péri-opératoires de leur spécialité. Grâce à un important travail de préparation, un grand nombre de documents a été produit à l'issue du séminaire.

Un groupe transversal a entrepris avec l'appui de Mme BENHAMOU-JANTELET de la direction des soins la rédaction des livrets d'accueil des nouveaux arrivants et des étudiants par fonction (IDE, IADE, IBODE).

La seconde journée, les groupes se sont reformés comme la veille et des ateliers d'une demi-heure se sont succédés. Au-delà du rappel des bonnes pratiques, ceux-ci ont permis de nombreux échanges tenant compte des contraintes et de l'environnement du bloc pour aboutir à des propositions d'organisation dont certaines pourront être mises en place rapidement :

l'atelier hygiène : les conditions d'application des bonnes pratiques ont pu être abordées de manière pluri professionnelle ;

l'atelier transfusion : les procédures réglementaires et les mesures mises en place, dont la nouvelle ordonnance, ont pu être présentées aux équipes ;

la traçabilité des DMI : la proposition de création d'un dossier « DMI » a résulté des échanges. Le rappel de l'obligation d'informer le patient et de tracer cette information a été fait. L'organisation de la traçabilité de

l'ablation des implantables a fait également l'objet de propositions.

La charte du bloc opératoire : de très nombreuses propositions ont été faites à la fois pour renforcer la régulation, optimiser le déroulement du programme opératoire, améliorer le respect du déroulement du programme : renforcement de l'identification du premier patient, de la collaboration entre les opérateurs et les anesthésistes, de la mise à disposition des équipements. Les enjeux de l'amélioration de la communication au sein du bloc et entre les équipes ont bien été mis en évidence.

La radioprotection : au regard des résultats d'un quizz, le rappel des bonnes pratiques a été réalisé : le port du dosimètre passif et opérationnel en particulier. Les questions relatives aux équipements et de l'organisation de leur mise à disposition ont été traitées.

La check-list : l'exploitation des résultats d'un quizz diffusé en début de séminaire et d'un quick audit réalisé quelques jours ont permis de cibler les messages.

Si l'IBODE est chargée de la coordination de la mise en œuvre de la check-list, elle ne porte pas la responsabilité de la mise en œuvre de la check-list qui relève du chirurgien. Le chirurgien sénior doit orchestrer la pause avant l'incision.

Le support informatique sur le logiciel IPOP doit être optimisé et les difficultés rencontrées dans l'utilisation de cet outil résolues.

La fiche de liaison bloc-services des soins : la nouvelle fiche commune à l'ensemble des services a été validée et adaptée en fonction des besoins exprimés par chaque spécialité. La nécessité de la mettre en place pour améliorer la liaison avec le service des urgences a également été soulignée. Sur un point très précis et absolument crucial, celui des prescriptions médicamenteuses, une proposition pragmatique a été formulée : l'impression de la fiche ACTIPIDOS du jour. Un item sera ajouté par les médecins anesthésistes pour renforcer la traçabilité de la prescription et permettre la transmission d'observations éventuelles.

La gestion des risques : l'identification des risques a priori ou a posteriori n'est pas une démarche abstraite. Les échanges nourris lors de cet atelier en ont fait la démonstration. Repérer les points critiques dans l'organisation de la prise en charge, en cerner les causes, en définir la gravité, définir les mesures

correctives prioritaires et ceci sur la base d'échanges en équipe. Les objectifs ont là aussi été remplis.

La gestion de la douleur en SSPI : le rappel des bonnes pratiques a été fait.

Dans une ambiance conviviale, dans un esprit de cohésion, ces deux journées denses ont permis des échanges très constructifs. La démonstration est faite que les enjeux liés au renforcement de la qualité-sécurité des soins sont partagés par l'ensemble des professionnels du bloc.

Qu'en avez-vous pensé ?

48, 6 % de personnes ont retourné le questionnaire de satisfaction à la fin du séminaire. 89,5 % de personnes satisfaites des conditions d'accueil, 87,2 % de l'organisation matérielle, 82,6 % des documents remis, 74, 4 % du contenu des interventions.

Pour 55,8 % des personnes ayant rendu le questionnaire de satisfaction, ce séminaire a permis une meilleure cohésion entre les professionnels du bloc

Les principaux points forts qui en sont ressortis sont :

- ▶ l'organisation et l'accueil (logistique et restauration)
- ▶ les échanges
- ▶ la réunion de tous les professionnels du bloc

Les commentaires qui sont souvent revenus :

- ▶ événement à renouveler +++
- ▶ ateliers trop courts
- ▶ insuffisances des temps pour les échanges

Et la suite ?

Au-delà de la préparation de la visite de suivi de certification d'octobre, la coordination du bloc s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité sécurité des soins au sein du bloc. Cette démarche est une priorité de la politique qualité-sécurité des soins du groupe hospitalier.

La première étape consiste donc à poursuivre la préparation de la visite de suivi, en travaillant sur les pratiques professionnelles. Au-delà de cette visite, les objectifs qualité-sécurité des soins continueront d'être inscrits au cœur du pilotage et de la gouvernance du bloc opératoire.

De manière très concrète, cela se traduit par :

Dans l'attente de la mise en œuvre du futur RBi, un important programme de travaux est d'ores et déjà engagé avec pour objectifs :

Relocalisation du Service Intersectoriel de Psychiatrie



- ▶ **d'améliorer les circuits patients : agrandissement de la salle SSPI**, aménagement d'une salle d'extrême urgence, aménagement de deux salles pour la chirurgie ambulatoire
- ▶ **de réorganiser le circuit des déchets** : aménagement d'un espace de bio-nettoyage et de séchage des chariots de transfert en dehors du bloc opératoire, acquisition complémentaire de chariots de transfert avec séparateur DASRI/DAOM et ouverture latérale
- ▶ **de réorganiser le circuit des médicaments et des DMS** aboutissant à créer une véritable antenne de la pharmacie au sein du bloc. Les zones de stockages seront regroupées. Une zone de décartonnage sera aménagée
- ▶ **de réorganiser le circuit de la stérilisation** : transfert de la stérilisation de l'orthopédie en stérilisation centrale, remise à niveau des offices
- ▶ **d'améliorer les conditions de travail** : d'une part en renforçant et améliorant les organisations, d'autre part en créant un espace de détente convivial distinguant des espaces pour la restauration, des salons, et des espaces de détente, toutes les procédures élaborées en équipe vont être enregistrées dans la GED durant l'été rendant ainsi accessibles à tous les informations nécessaires en particulier aux nouveaux arrivants et des stagiaires, leur intégration en seront facilités, la fiche de liaison bloc services est actuellement en test pour de derniers ajustements et son déploiement sera assuré durant l'été
- ▶ **en matière de radioprotection** : la mise à disposition des moyens de protection, leur bonne utilisation sont en cours de vérification, de nouvelles formations sont engagées tant pour les équipes médicales que paramédicales

Sur le plan de la régulation et du bon déroulement de la programmation : l'équipe de coordination du bloc et le conseil de bloc dont c'est le rôle vont définir les mesures d'organisation prioritaires :

- ▶ pour renforcer la coordination entre les professionnels
- ▶ mieux identifier les patients
- ▶ améliorer la mise à disposition des équipements

Vous êtes tous acteurs de cette démarche continue de progrès. Faisant la démonstration que ce travail d'équipe se poursuit pour répondre aux enjeux de la qualité-sécurité des soins, en premier lieu l'amélioration des conditions de prise en charge du patient !



• **Assurer l'évaluation et la prise en charge de patients en situation de crise suicidaire** (patients suicidaires ou venant de réaliser une tentative de suicide), crises psychosociales), essentiellement dans l'aval des urgences. Ce sont souvent des hospitalisations de courte durée (moins d'une semaine). Ces

Depuis la fin du mois d'avril 2014, le Service Intersectoriel de Psychiatrie (S.I.P) de l'hôpital Henri MONDOR a quitté les hauteurs du 15^e étage du bâtiment principal, localisation initialement temporaire qu'il occupait depuis 2005, pour une relocalisation plus adaptée au niveau de l'entresol 1 du bâtiment PUME (bâtiment des anciennes urgences du site), jouxtant les urgences actuelles.

Ce service, appartient au Pôle de Psychiatrie et d'Addictologie (Pr LEBOYER – Pr PELISSOLO) et est constitué de 4 modules permettant de prendre en charge à Mondor des patients nécessitant des soins psychiatriques dans des conditions très différentes. Constitué des Urgences Psychiatriques, de la Psychiatrie de Liaison et de la PASS Psychiatrie (consultation ouverte aux patients précaires souffrant de troubles mentaux) il comprend aussi une unité d'hospitalisation temps plein de 18 lits. Dotée d'un PH responsable, d'un Chef de Clinique Assistant et de deux internes elle accueille des patients pour des hospitalisations psychiatriques de courte durée en vue de leur inscription dans un suivi et un projet de soins psychiatriques au décours. Ses missions, au nombre de quatre principales, sont très spécifiques:

• **Assurer la prise en charge de patients souffrant de troubles psychiatriques et de pathologies somatiques intriquées**, assurant ainsi une partie de l'aval des patients vus en psychiatrie de liaison (consultations psychiatriques réalisée au chevet du patient dans les services de médecine & chirurgie du site). La principale caractéristique de cette activité est de s'adresser à une population souvent âgée et/ou polyopathologique dont l'évaluation, la prise en charge et l'orientation sont complexes. Il s'agit d'une activité spécifique à cette unité qui permet d'accueillir des patients non orientables vers un service de psychiatrie « classique » car nécessitant des soins ou une surveillance médicale importante et qu'il est souvent difficile de maintenir en milieu médico-chirurgical du fait de leurs troubles psychiatriques.

patients représentent près de la moitié du recrutement des patients de l'unité. Cette unité s'adresse particulièrement aux primoconsultants (c'est à dire dont c'est le 1^{er} contact avec la psychiatrie) et permet de réaliser un dépistage et une évaluation diagnostique pluridisciplinaire (médico-psychiatrique, psychologique, sociale) d'éventuelles pathologies psychiatriques débutantes en limitant la stigmatisation qui demeure aujourd'hui chez les patients et leurs proches en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique.

• **Assurer l'évaluation et la prise en charge des patients porteurs de pathologies psychiatriques résistantes** aux thérapeutiques habituelles (dépressions, troubles obsessionnels compulsifs, maladies maniaco-dépressives difficiles à équilibrer, schizophrénies), adressés par des psychiatres exerçant dans des hôpitaux voisins, ou en libéral, nécessitant une expertise universitaire en vue d'un bilan d'évaluation spécialisée, pluridisciplinaire ainsi que des explorations para cliniques spécifiques. Cette mission fait du Service Intersectoriel de Psychiatrie du site une ressource incontournable pour les nombreux hôpitaux psychiatriques du val de Marne, qui s'ajoute très logiquement au dispositif de soins du Pôle de Psychiatrie et D'Addictologie, notamment les Centres Experts (Schizophrénie, Troubles Bipolaires, Syndrome Asperger, Dépressions Résistantes).

• **Réaliser une activité d'Electroconvulsivothérapie (ECT)**, réalisée depuis 2008, avec l'aide du Pôle d'anesthésie Réanimation (Pr MARTY - Pr D'HONNEUR - Dr GLTTON). En dépit d'une mauvaise réputation, complètement injustifiée en regard du niveau de preuve scientifique très élevé concernant son efficacité et son excellente tolérance, elle permet le traitement de nombreux patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères sur des terrains somatiques ne permettant pas la mise en place de traitement psychotropes adaptés ou de pathologies psychiatriques résistantes. Actuellement autour de 350 actes par an, cette activité est appelée à se



développer dans les mois à venir du fait de l'attribution d'une salle de bloc opératoire spécifiquement dédiée à l'ECT. Il s'agit d'une activité très demandée par les structures hospitalières psychiatriques environnantes (petite et grande couronne) permettant la prise en charge de patients sévères et fragiles sur le plan somatique. Actuellement offerte aux patients hospitalisés elle devrait pouvoir aussi se développer en Hôpital de Jour pour les patients stabilisés et nécessitant un traitement de consolidation par ECT.

Ouverte principalement aux patients majeurs, cette unité ne prend en charge que des patients consentants aux soins. Elle n'est pas un service porte psychiatrique et n'accueille pas les patients en hospitalisation sous contrainte, ni en attente d'un transfert en hospitalisation sous contrainte. Malgré cela, cette unité est conçue pour être une unité « sécurisable » permettant de contenir les risques inhérents

à l'exercice d'une psychiatrie aiguë et (pour partie) imprévisible : notamment les risques d'agitation, de suicide, et de fugue. Elle permet une unité de lieu pour les différents intervenants (médecins, soignants, psychologue, assistante sociale) et est équipée d'un dispositif de sécurité adaptée (porte de service potentiellement fermables en cas d'urgence, caméras et moniteurs permettant aux soignants d'avoir une visibilité de l'ensemble du service.

A cette activité d'hospitalisation est adossée une activité de **consultation spécialisée** réalisée par les médecins du service (PH, CCA ...) d'évaluation et d'orientation destinée aux patients adressés par les médecins spécialistes de l'hôpital et **présentant des intrications somatiques et psychiatriques** : consultations spécialisées psychiatriques pour les hépatites C sous Interféron et/ou Ribavirine ; bilan pré-greffe cardiaque, rénale ou hépatique; Stimulations cérébrales profondes dans la

maladie de Parkinson ; Troubles de l'humeur et cardiopathies ; Comorbidités psychiatriques des drépanocytoses.... Cette activité est une offre de soins originale au sein du site et est très sollicitée par la communauté médicale en difficulté avec l'orientation et l'évaluation de certains patients comorbides, souvent impossibles à adresser sur des structures psychiatriques conventionnelles. Cette activité sera maintenue dans le nouveau service, qui dispose de 4 bureaux de consultations à cet effet, dans une zone de consultation distincte architecturalement de la zone d'hospitalisation. Le projet médical de la nouvelle unité d'hospitalisation de psychiatrie de Mondor s'inscrit dans la continuité du projet médical précédent, incomplètement honoré du fait d'une configuration architecturale insatisfaisante - au 15e étage - ayant conduit à se détourner partiellement des missions identifiées initialement. De par son organisation structurelle fonctionnelle et géographique, le nouveau service offrira de meilleures conditions de prise en charge, modernes, dépoussiérées davantage encore de leurs clichés populaires.

● **D^r Liova YON**
Chef de Service

● **Serge TERRASSE**
cadre de santé

Travaux de restructuration de l'aile U du bâtiment PUME Service PSY-SAU

Après 15 mois de travaux et un budget de 2 655 568 €, le 1^{er} entresol de l'aile U du bâtiment PUME est enfin terminé.

Ces travaux réalisés dans le cadre du projet de transfert du service de Psychiatrie du 15^e étage au 1^{er} entresol ont été difficiles à mettre en œuvre compte tenu des services avoisinants tels que les salles de cathétérisme, les explorations fonctionnelles ou encore la réanimation médicale.

Cette opération a démarré le 28 janvier 2013 et a été réceptionnée par la Sous-Commission Départementale le 17 avril 2014 avec un « Avis Favorable ».

Cette première phase de 1 200 m² a consisté à réhabiliter l'ensemble du 1^{er} entresol, qui comprend :

- ▶ le secteur d'hospitalisation de Psychiatrie avec 6 chambres doubles, 6 chambres individuelles, un poste de soins, un accueil, 4 bureaux, un bureau d'internes, une salle polyvalente, mais aussi des locaux déchet, linge sale, linge propre, office alimentaire

et réserve pour assurer la logistique.

- ▶ le secteur de consultation spécialisée dans la continuité de l'hospitalisation comprenant 5 bureaux autour d'une salle d'attente.
- ▶ la PASS/SAMI composée de 2 bureaux et d'une salle d'attente.
- ▶ les bureaux des cadres de nuit de la DSI.
- ▶ les accueils des traitements externes et des admissions.

La réalisation de cette première phase de travaux s'est avérée particulièrement complexe à réaliser, de par la mise aux normes en sécurité incendie. En effet nous avons dû créer 14 gaines de désenfumage (7 air neuf et 7 air extrait) d'une dimension de 1 m par 0.90 m dans diverses pièces (des salles d'examen, chambres et locaux pharmacie), traversant ainsi la totalité de l'aile U, du 2^e entresol jusqu'en terrasse soit 4 niveaux de percement.

Ces gaines de désenfumage permettent ainsi l'évacuation des fumées dans les

circulations en cas d'incendie, l'air pollué étant extrait par des moteurs d'extraction à grande vitesse soit plus de 10 500 m³/h. En parallèle de cette importante réhabilitation, le 2^e entresol de l'aile U a lui aussi partiellement été réhabilité.

220 m² ont été restructurés en secteur tertiaire : création de 5 bureaux du service de Psychiatrie permettant ainsi une capacité d'accueil et une amélioration des conditions de travail de 16 personnes. La deuxième phase de 700 m² vient de démarrer le 19 mai dernier pour sa prestation de désamiantage des sols, la date prévisionnelle de fin de travaux étant fixée à la fin du mois de novembre 2014. Elle concernera les bureaux tertiaires du service des urgences, le plateau d'échographie cardiaque et les chambres à sommeil du service des Explorations Fonctionnelles.

● **Carlos Coelho**
Ingénieur travaux



Plateau de 1000m² après démolition



Pose des bâtis avant cloisonnement



Banque d'accueil

Livraison d'une passerelle aluminium le 15 avril 2014 sur le site Georges Clemenceau

Les 18 patients de l'Unité d'Hébergement Renforcée (UHR), située au 1^{er} étage du bâtiment Grumbach au sein de l'hôpital Georges Clemenceau, ont assisté le 15 avril 2014 à la livraison d'une passerelle aluminium. Celle-ci doit permettre aux patients de l'UHR, relevant du plan Alzheimer, d'accéder facilement et en toute sécurité au jardin extérieur bientôt aménagé en espace de déambulation thérapeutique.



Figure 1 : Grutage de la passerelle



Figure 2 : Passerelle assemblée

Une disposition difficile

La liaison entre l'unité, située au 1^{er} étage, et le jardin étant difficile à créer dans la disposition « géographique » initiale, comme nous pouvons le voir sur la photo 3 présentée ci-dessous, il a été décidé de recourir à l'installation d'une passerelle.

Les avantages de la passerelle aluminium

La passerelle, grâce à une pente douce (inférieure à 4 %) et revêtue d'un antidérapant, permet à tous d'accéder au jardin. De plus, le problème du dénivelé est gommé. Cet équipement en aluminium est anodisé ; il est donc totalement approprié pour une utilisation extérieure et sa durée de vie est importante. Outre les qualités reconnues pour l'exploitation, il est à souligner la facilité d'installation. En effet, la passerelle produite par une entreprise allemande experte en la matière a été livrée le mardi 15 avril par cette société via deux camions. Les deux éléments ont été grutés le mardi puis assemblés le mercredi. En deux jours la passerelle était posée et prête à l'emploi. Enfin, la



Figure 3 : Mise en accessibilité depuis le 1^{er} étage

légèreté de la structure et la couleur de la passerelle permettent une totale intégration paysagère.

Vers un jardin thérapeutique

Cette opération doit maintenant aboutir sur la création d'un jardin à vocation thérapeutique. Au sein de cet aménagement extérieur, les patients de l'UHR auront la possibilité, avec l'accompagnement des soignants ou de manière plus libre, de mobiliser leurs fonctions sensorielles et cognitives. Au-delà d'un espace de déambulation sécurisé, il est souhaité que le jardin dispose d'un espace de jardinage et de quelques ateliers stimulant l'odorat, l'ouïe et la créativité. Il est prévu que l'aménagement soit finalisé pour la fin de l'année.



Figure 4 : Intégration paysagère réussie

Renforcement de la boucle d'eau glacée de l'hôpital Henri MONDOR



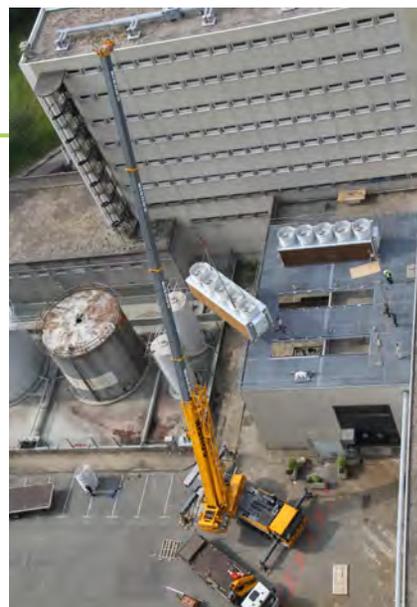
Moins connu que le réseau électrique ou le réseau de chauffage mais pourtant primordial pour le bon fonctionnement de l'hôpital, le réseau d'eau glacée parcourt l'ensemble de l'établissement et fait circuler une eau à 6°C qui alimente les équipements lourds (IRM, Scanner, Accélérateurs, etc...) ainsi que les Centrales de Traitement d'Air (CTA) qui ventilent et rafraichissent les locaux. Les besoins cumulés estimés de l'hôpital en production de froid est d'environ 3200 kWfr, là où l'installation actuelle ne peut fournir que 2 000 kWfr environ.

Une importante opération de renforcement du réseau d'eau glacée a donc été amorcée en 2013 avec une réalisation de travaux en cours depuis mars 2014.

Les travaux qui devraient se terminer dans le courant de l'été auront ainsi permis de remplacer un groupe de froid pour faire passer la production d'eau glacée à 3 500 kWfr, de remplacer les anciennes TAR (Tours AéroRéfrigérantes) par des Dry adiabatiques plus performants et plus respectueux des normes ICPE (Installations Classées pour la Protection de l'Environnement), de proposer une installation technique neuve, aux normes et plus aisée à maintenir.

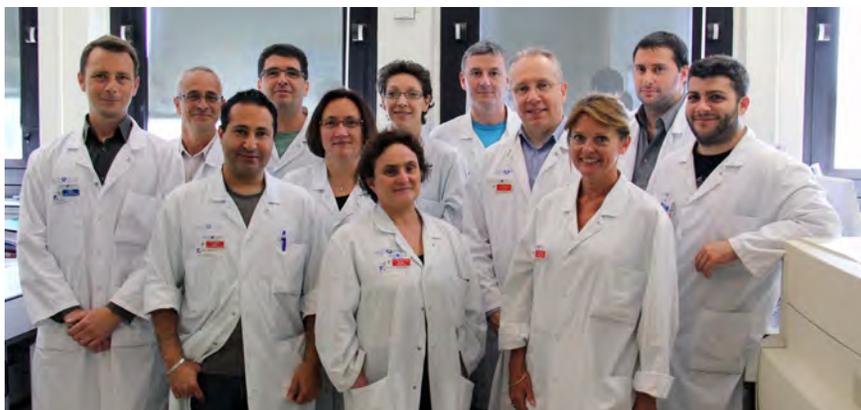
Ces travaux prennent en compte les futurs projets de l'hôpital mais permettent surtout un meilleur rafraichissement des blocs opératoires, et le rafraichissement de toutes les zones d'hospitalisation (chambres, zones de consultations,...) du bâtiment principal, actuellement non équipées.

Le volet de l'économie d'énergie n'est pas laissé de côté puisque ces travaux intègrent un système complet de récupération de chaleur qui préchauffera le réseau d'Eau Chaude Sanitaire, pour une réduction des consommations de gaz. La réduction des consommations électriques a également



été un point central dans le choix des équipements installés, avec des systèmes moins énergivores. L'ensemble de l'opération permet également de bénéficier d'une prime nationale par le biais de Certificats d'Economie d'Énergie.

Accréditation du pôle de biologie-pathologie (norme iso 15189)



La visite du COFRAC pour l'évaluation initiale du Pôle de Biologie-Pathologie en vue de son accréditation a eu lieu les 17 et 18 février 2014. L'accréditation avait été demandée pour les examens suivants :

- En Immunologie cellulaire spécialisée et histocompatibilité : recherche, identification et détermination de la concentration de marqueurs/glycoprotéines cellulaires (CD4, CD8, CD3...) – Phénotypage
- En sérologie infectieuse : recherche, identification et/ou détermination de la concentration d'anticorps dirigés contre certains agents infectieux viraux (VIH, hépatites, HTLV).

De plus a été examiné l'ensemble du Système de Management de la Qualité, notamment les phases pré et post-analytiques : prélèvements d'échantillons biologiques, correspondant aux examens réalisés, ou transmis, effectués par le laboratoire, et la communication des résultats interprétés aux patients et aux cliniciens.

Les conclusions du rapport d'évaluation ont été les suivantes :

I/ Le Pôle s'appuie sur les points forts suivants :

- ▶ Une forte implication du management dans la démarche d'accréditation, avec un appui réel de la direction des Hôpitaux Universitaires Henri Mondor
- ▶ Un système documentaire fourni, vivant et maîtrisé par le personnel,
- ▶ La compétence de l'ensemble du personnel (notée lors des interviews),
- ▶ La capacité de travail,
- ▶ Une prestation de conseils importante, en pré et post-analytique, auprès des cliniciens,
- ▶ Une dynamique d'amélioration : réalisation d'audits internes, réunions qualité fréquentes, pilotage par les responsables des processus...
- ▶ Un travail important de synthèse pour la revue de direction

II/ Dix écarts non critiques ont été relevés. Ils ne remettent pas en cause la qualité des prestations ni la compétence du personnel. Il s'agit de :

- ▶ 1 : dossiers d'habilitation manquants pour deux fonctions clefs (responsable et suppléant),
- ▶ 2 : manque de suivi pour les actions correctives et préventives des non-conformités, audits, revues de direction,
- ▶ 3 : utilisation d'enregistrement non référencé dans le système qualité,
- ▶ 4 : absence de critères et de dispositions pour le maintien des compétences,
- ▶ 5 : sonde de température d'une salle critique non raccordée au SI,
- ▶ 6 : utilisation de pipettes dont l'étalonnage est non-conforme,
- ▶ 7 : absence de fiche de poste et de critères d'habilitation précis pour un nouveau biologiste,
- ▶ 8 : manque de précision dans le libellé de la maintenance des centrifugeuses,
- ▶ 9 : pas de suivi de version des logiciels,
- ▶ 10 : absence de prise de connaissance de certains modes opératoires communs au Pôle



Il a été noté que le Pôle a les moyens de répondre à ces écarts par des plans d'action appropriés. Les preuves de maîtrise des écarts ont été fournies dans des délais compatibles avec la

restitution du rapport.

III/ Quelques axes d'amélioration ont été identifiés. Il s'agit de :

- ▶ 1 : valider les calculs des feuilles Excel utilisées,
- ▶ 2 : définir précisément les conditions de choix d'un tuteur pour l'habilitation,
- ▶ 3 : veiller à l'évaluation et l'enregistrement systématique des formations reçues,
- ▶ 4 : tracer la qualification des logiciels avec des copies écran preuves,
- ▶ 5 : préciser les circuits urgents des circuits immédiats,
- ▶ 6 : veiller à faire apparaître la version en cours sur le manuel de prélèvements,
- ▶ 7 : améliorer le transport des échantillons dans les boîtes étanches,
- ▶ 8 : décrire les dispositions concernant la validation des réactifs à réception

Au total, l'équipe d'évaluation a accordé sa confiance au Pôle de Biologie-Pathologie dans sa capacité à solder les écarts relevés et dans sa compétence technique pour la réalisation des analyses de la portée d'accréditation demandée au regard des exigences du référentiel ISO CEI 15189 et du SH REF 02 et ainsi dans les capacités du Pôle à améliorer son niveau d'exigence qualité et assurer des prestations médicales parfaitement maîtrisées.

La prochaine visite du COFRAC devrait avoir lieu au printemps 2015. Les dossiers concernés devront être déposés avant la fin de l'année en cours afin de permettre une accréditation de 50 % des examens en 2016, puis 70 % en 2018 et enfin 100 % en 2020.

● Les Membres du COPOQ

P^r C.J. Soussy, RAQ ; D^r D. Challine, RAQ Suppléant ;
D^r A. Hulin, RAQ Suppléant ;
D^r A. Plonquet, RAQ Suppléant ; M^{me} M. Bordes, CPP
M^r S. Bonnel, CAP ; M^{me} I. Burkhard, DURQ

Place et rôle du psychomotricien en neurologie adulte

Au sein du groupe hospitalier Henri Mondor, 2 psychomotriciennes exercent en service de neurologie. L'une à l'hôpital Henri Mondor (UNVA et chronique) recrutée à temps plein en 2006, l'autre à l'hôpital Albert Chenevier (SSR, SLD) recrutée à temps plein en 2012. La complémentarité des services est un point fort dans la filière de soin neurologique.

Bien qu'accueillant des patients à des étapes différentes de l'évolution de leur maladie (AVC, maladie de Huntington, SEP,...) et dans des conditions différentes (durée d'hospitalisation, cadre de vie...), leur rôle est sensiblement identique.



Le psychomotricien intervient sur les champs de l'éducation, de la rééducation et de la thérapie psychomotrice. C'est un professionnel de santé qui participe à la prévention, au dépistage, au diagnostic et à l'accompagnement de personnes ayant des difficultés d'adaptation et/ou des handicaps même transitoires, afin de leur permettre de s'adapter à leur environnement en fonction de leurs capacités. Les séances peuvent être dispensées individuellement ou en groupe.

« La thérapie psychomotrice est une technique qui par le truchement du corps et du mouvement s'adresse à l'homme dans sa totalité. » (Pr Julian de Ajuriaguerra). C'est une approche corporelle globale, centrée sur la personne, qui intervient dans un espace de rencontre entre le somatique et le psychique. Elle cherche l'unification de la personne en s'appliquant à intégrer les fonctions motrice, intellectuelle, affective et identitaire du sujet. Elle invite à instaurer une relation harmonieuse avec la personne elle-même, avec autrui et son environnement.

L'exercice se fait sur prescription médicale et les concepts de base sont le schéma corporel (connaissance de son corps), l'image du corps (tel qu'il est montré), le vécu corporel (les ressentis du patient). Le psychomotricien s'attachera à écouter le langage corporel à partir de la fonction tonique Les médiations sont multiples et variées, toujours en lien avec les capacités et désirs du patient.

Place des psychomotriciennes dans le service

Le psychomotricien est en lien direct avec les médecins pour affiner la demande de prise en soin. Faisant partie des 7 métiers de la rééducation des relations d'échange et de partage sont établies avec les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes afin de suivre au plus près l'évolution des patients. Les échanges avec les équipes soignantes, infirmières et aides-soignantes, sont aussi source de renseignements qui conduisent à une prise en charge globale et individualisée dans le service.

Rôle du psychomotricien auprès du patient

L'instauration d'une relation de confiance patient/thérapeute est la base du travail en psychomotricité. Le temps des premières rencontres permettra au psychomotricien d'évaluer les capacités du patient et surtout d'avoir une « lecture psychomotrice » qui va au-delà des capacités montrées, mais qui met en évidence les ressentis corporels et la relation que le patient a avec son propre corps. Le psychomotricien met des mots sur les réactions corporelles du patient lors de situations chargées d'émotions.

Qu'il s'agisse d'une prise en charge en service d'aigu, post AVC par exemple, ou d'un suivi à long terme, type maladie de Huntington, la personne doit vivre un corps qu'elle ne comprend plus et doit s'adapter à ses nouvelles conditions d'organisation. Nous inscrivons en permanence dans notre corps ce que nous sommes. Les médiations de type mouvements accompagnés, relaxation, toucher thérapeutique, permettent au sujet de vivre son corps dans le confort, voir dans une sensation de plaisir et non plus de difficultés et d'impossibilités.

D'autres propositions particulières sont faites dans le but de répondre aux besoins particuliers des patients. Par exemple en USLD neurologique, la psychomotricienne propose des bains thérapeutiques dans une salle aménagée. L'espace du bain est un lieu partagé par différents professionnels du service. Les prises en charge y sont donc différentes selon l'objectif recherché. Plusieurs soignants interviendront dans ce projet. La complémentarité des rôles enrichit la dynamique d'équipe de par la diversité des regards de chaque professionnel. Les séances proposées ont pour but de contribuer au bien-être physique et psychique du patient. Il s'agit d'un espace-temps pendant lequel le patient s'autorise à prendre plaisir. L'eau favorise la liberté de mouvement, la détente, la contenance psychocorporelle. Mme B, ancienne buraliste âgée de 60 ans est atteinte de la maladie de Parkinson

depuis 14 ans. Elle ne marche plus et est installée en fauteuil cocon en journée. Mme B est anxieuse, elle présente de nombreux tremblements de repos ainsi qu'une posture en enroulement. Nous lui proposons un bain thérapeutique afin d'encourager la réappropriation des repères corporels et de favoriser une détente psychocorporelle. Ce soin dure en moyenne 2 h à une fréquence de deux fois par mois. La séance se compose de plusieurs temps : Accueil de Mme B dans sa chambre- présentation de la séance et installation dans le bain- temps de BAIN THÉRAPEUTIQUE, échanges autour de la séance, verbalisation du vécu avant ou après la sortie du bain- retour du patient dans sa chambre. Mme B reste 30 mn dans l'eau. Elle met en mouvements son corps, s'amuse à dérouler les épaules puis à s'étirer. Elle sourit. Elle verbalise « je suis bien. On dirait la mer ». Le silence s'installe quelques minutes. Seuls les corps parlent : un soupir, des regards, une main qui se pose sur un front, des yeux qui se ferment quelques secondes.

Cet éveil corporel permet de mettre en évidence les capacités réelles et d'avoir ainsi une base de travail à visée soit de récupération motrice soit d'adaptation corps/psyché.

Conclusion

La psychomotricité serait un soin autant rééducatif que thérapeutique pertinent et complémentaire aux autres approches paramédicales. Elle modifie le rapport au soin ; Proposer des soins avec le patient et non plus sur le patient.

Elle permet de renouer des liens entre la vie psychique et la vie somatique. Elle donne des repères internes par le mouvement, mais aussi par la relaxation et facilite l'expression symbolique du vécu. Cela implique que le psychomotricien se soit approprié les données neurologiques en les maniant avec sa connaissance de l'image du corps et du schéma corporel.

La psychomotricité participe ainsi à la reconstruction d'une identité corporelle et permet l'intégration de la pathologie dans l'histoire du patient.



● Ch. DUTEMS CARPENTIER
psychomotricienne DE

● Sophie BEDNAREK
psychomotricienne DE

Unité Cognitive Comportementale (UCC) à Émile Roux

L'Unité cognitive comportementale de l'hôpital Emile-Roux a ouvert ses portes en juin. Située au 1^{er} étage du pavillon Claude-Bernard, elle est constituée de 16 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Cette unité accueille des patients ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentée présentant des troubles du comportement. Son ouverture est une mesure du Plan Alzheimer 2008-2012 ».

Un projet de soin spécifique à chaque patient

L'hospitalisation en UCC a pour objectif de trouver une réponse adaptée aux difficultés cognitives et comportementales quotidiennes des patients accueillis et leur permettre à la sortie de réintégrer leur domicile antérieur. Elle offre une prise en charge individuelle avec un projet de soins personnalisé, ciblée sur les troubles de comportement en privilégiant les thérapies non médicamenteuses. Les malades accueillis en UCC ne relèvent pas de la psychiatrie, sont autonomes sur le plan locomoteur et stables sur le plan médical. Les admissions se font en interne

en UCC sont des symptômes qu'il convient de comprendre, identifier les causes afin de les supprimer ou les réduire. Il est pour cela nécessaire de connaître le patient, ses habitudes, son histoire, déterminer ce qu'il sait encore faire, ce qu'il aime encore pratiquer en lien avec les aidants. À partir de cette évaluation, le projet de soin est ensuite élaboré en équipe pluridisciplinaire. Il aboutit en une prise en soins spécifiques avec des ateliers de réhabilitation cognitive encadrés par une équipe spécialisée pluridisciplinaire, mais aussi occupationnels avec l'équipe soignante. La durée de prise en charge est celle d'un SSR.



psychomotricienne, musicothérapeute, médecin, psychiatre, infirmière, cadre de soins prennent en soins le patient et accompagnent son entourage. L'affectation des personnels en UCC s'est faite sur le volontariat.

Dr Isabelle Fonseca est responsable de l'unité, Marie-Hélène le Crom, cadre de santé et le Dr Olivier Henry, chef de service.

Un environnement et une architecture adaptée

L'unité a été conçue et décorée pour offrir au patient un maximum de confort dans un espace sécurisant et serein. Les couleurs choisies créent une atmosphère protectrice, calme et facilitent son orientation. La décoration ambiance maritime est propice à faciliter la réminiscence, les souvenirs, la mémoire. Les décors bleus « côté mer » pour une aile et jaunes « côté plage » pour l'autre sont des repères pour le patient destinés à mieux se diriger dans l'unité.

La luminosité modulable en fonction des heures de la journée, la sonorisation contribuent à maintenir cette ambiance apaisante. Les salles d'activités, la cuisine ouverte permettent aux patients de partager des moments de convivialité. Dehors, le jardin clos est une ouverture sur l'extérieur parfaitement sécurisée pour la pratique d'activités physiques ou de réminiscence sensorielle. Son chalet, don de l'association Banlieue Sans Frontière en Action (BSFA), permet du rangement et représente un point de repère supplémentaire.

L'hospitalisation en UCC, en privilégiant les thérapies non médicamenteuses, doit permettre au patient de retrouver la confiance en soi nécessaire pour réduire ses angoisses, ses troubles et lui permettre une sortie vers son domicile ou en EHPAD.



depuis l'UGA ou le SSR où au préalable toute cause médicale à ces troubles aura été écartée qui ne justifierait pas une hospitalisation dans une telle unité. Les troubles du comportement des malades

Des personnels spécialisés

L'équipe pluridisciplinaire a suivi une formation qualifiante à la prise en charge comportementale. Assistants de soins en gériatrie, psychologue,

les équipes médicales, paramédicales, techniques, logistiques et administratives qui se sont investies sur cette opération, ainsi que la Direction du groupe hospitalier pour son soutien constant et l'Ingénierie du GH qui a permis de financer un projet d'investissement (travaux-équipements) bien supérieur à l'enveloppe fléchée par l'ARS. Ainsi est mise en service une très belle structure pour une meilleure prise en charge de nos patients souffrant de troubles du comportement.

Philippe Le Roux,
Directeur du site

La réalisation d'une Unité Cognitive Comportementale est stratégique pour un établissement comme Émile-Roux, de par sa taille (près de 900 lits de gériatrie) et compte tenu de l'évolution sociétale des personnes âgées accueillies au cours des dernières années. Il s'agit aussi d'une nécessité dans le cadre de l'effort accompli par l'hôpital pour contribuer largement à la fluidité de la filière gériatrique au sein du groupe hospitalier. Ce projet a mobilisé toutes nos énergies sur ces 18 derniers mois – de façon pluridisciplinaire. Aussi, je tiens à remercier chaleureusement toutes

Dr Isabelle Fonseca
Responsable de l'UCC



L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que d'ici 2020, le tabac sera la principale cause de décès et d'incapacité, avec plus de 10 millions de victimes par an. Le tabagisme entrainera alors plus de décès à travers le monde que le sida, la tuberculose, la mortalité maternelle, les accidents de voiture, les suicides et les homicides combinés...

Sensible à ce problème majeur de santé publique, notre établissement s'est fortement engagé le mardi 20 mai à l'occasion de la journée sans tabac. De nombreux partenaires ont participé à cette journée autour de stands d'information et de prévention : les mutuelles MNH, Mutuelle Complémentaire, MACSF, la Ligue contre le cancer, mais aussi les

Henri Mondor

Journée sans tabac - Mardi 20 mai 2014

services d'addictologie et de médecine du travail d'Albert Chenevier. Les laboratoires PFIZER, Pierre FABRE et JOHNSON se sont aussi associés à cette manifestation. Une première conférence s'est déroulée le matin en présence du **D^r FRIH, tabacologue**, a permis de faire le point sur les nombreux substituts nicotiniques, mais aussi sur les mécanismes parfois méconnus de la dépendance et des modalités de prises en charge des patients qui souhaitent se dégager de cette dépendance au tabac. Une seconde conférence assurée par le **D^r PRESLES** a permis de faire le point sur l'intérêt de la cigarette électronique et de lever de nombreuses contre-vérités tenues sur ce produit qui semble capable de révolutionner les habitudes des fumeurs. Au cours de cette intervention, le Dr PRESLE, en réponse à une question,

a indiqué qu'un texte du Ministère de la santé relatif au statut de ce qu'il est désormais convenu d'appeler le vapotage devrait paraître cet été. À suivre donc.

Christian Gilioli

Émile Roux

Avril Congrès de la SGGIF

Le 10 avril, l'hôpital Emile-Roux a **accueilli le congrès annuel de la Société de Gériatrie et de Gérontologie d'Ile de France (SGGIF)**. Une première pour l'hôpital, grâce à l'initiative du Dr Sylvie Haulon, chef de service. Ces échanges gérontologiques ont réuni près de 200 professionnels venus assister aux conférences proposées.



Dr Presles

Georges Clemenceau

Journée contre la douleur à l'hôpital Georges Clemenceau le 13 mai dernier : la prise en charge non-médicamenteuse



Avec près de 250 participants, la journée contre la douleur a été un vif succès. Cette journée avait pour but de présenter les nombreuses approches de prise en charge non médicamenteuse, mises à la disposition des soignants. Elle a été initiée par le PALLIALUD (Comité de Lutte contre la Douleur et des Soins Palliatifs) du Pôle Gériatrique Essonnien site Georges Clemenceau, déclinaison du CLUD- SPdes hôpitaux Universitaires Henri Mondor et par le Dr Marielle

ABADIE, médecin responsable de l'Équipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs Douleur de l'hôpital et présidente du Pallialud.

Le public de cette journée fut, pour une large part, des professionnels de santé (Hôpitaux de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, EHPAD, Centre Hospitalier Sud-Francilien, CH d'Arpajon, CH de Bligny, CH d'Étampes, CH de Fontainebleau...) ou des professionnels en lien avec la prise en charge des personnes âgées (CCAS, Associations, Bénévoles, CLIC, Usagers, etc.).

Les conférences se sont tenues devant une salle comble et ont développé des thèmes tels que l'hypnose, l'auriculothérapie, le toucher, l'acupuncture, la sophrologie, le Qi Gong ou le Tai-Chi. Les stands ont présenté d'autres techniques

ou élargi à d'autres pratiques, telles que le TENS (technique de neurostimulation transcutanée), la réflexologie plantaire, la relaxation ou la socio-esthétique. Ces approches ont permis d'ouvrir un champ de possibles sur des pratiques alternatives et complémentaires aux traitements médicamenteux, pour des participants attentifs et curieux.



Journée portes ouvertes AP-HP du 14 juin 2014

**Le Samedi 14 juin, les hôpitaux de l'Assistance Publique ont ouvert leurs portes au grand public à travers des conférences, des visites de services, des ateliers et des animations autour de trois thématiques :
La solidarité avec un proche malade, Prévenir, vivre avec sa maladie, Mieux vivre grâce au progrès médical.**

Albert CHENEVIER



La journée porte ouverte du 14 juin sur le site Albert Chenevier a permis de toucher un large public et de faire connaître et promouvoir notre offre de soins et nos métiers. Les visites des services de réadaptation cardiaque et d'addictologie ainsi que les deux conférences organisées du P^r Gilles DHONNEUR sur la chirurgie sous hypnose et du P^r Chantal HENRY sur le dispositif innovant des centres experts en psychiatrie ont suscité un réel intérêt des visiteurs et des médias. En outre, l'artiste KALOUF, 3^e au dernier championnat du monde, nous a offert un graffe sur le fronton du bâtiment RIST. Je formule le vœu qu'il plaise aux usagers et aux personnels de l'hôpital. Le conservatoire de Créteil a produit enfin un magnifique concert de Gospel et plusieurs visites de l'arboreum historique de Chenevier ont eu lieu.



Je remercie vivement chacun pour sa mobilisation et en particulier les équipes de l'animation, les cadres de santé et l'association porte ouverte pour leurs contributions décisives dans la réussite de cette journée.



Benoit Mournet,
directeur du site Albert Chenevier

Émile ROUX



Dans le cadre d'un parcours pédagogique, les visiteurs étaient invités à se rendre, aux abords de l'entrée de l'hôpital, à un « point accueil usagers » avec la participation du service social, des relations avec les usagers, du CLIC ; les associations intervenant auprès des patients ; ainsi que l'équipe d'addictologie ; puis ils pouvaient à proximité se renseigner sur les métiers soignants auprès de la direction des soins et de l'IFSI ; en poursuivant à travers le chemin arboré du parc de l'hôpital, ils pouvaient prendre contact avec les activités ambulatoires les métiers de psychologues, l'hôpital de Jour, l'ergothérapie, les rééducateurs, l'Équipe mobile de soins palliatifs avec leurs bénévoles, une consultation dédiée à l'hyper-tension artérielle ; enfin, les visiteurs finissaient leur parcours par une présentation de l'Unité cognitivo comportementale, et les soins de longue durée : Maison des usagers et des familles et une exposition de l'équipe d'animation. L'après-midi a été agrémentée par l'harmonie « L'espérance brévannaise » très appréciée.



Même si l'on pouvait espérer un nombre de visiteurs plus important, l'enthousiasme et la bonne humeur étaient au rendez-vous. L'hôpital a démontré à nouveau ses capacités à se fédérer autour d'un évènement permettant de valoriser le travail des équipes et le dynamisme de l'établissement.



Aussi, je remercie sincèrement tous les acteurs, les équipes médicales, paramédicales, logistiques, techniques et administratives ainsi que nos partenaires, les associations, les bénévoles, le CLIC, l'IFSI, les « gilets bleus » pour leur investissement dans l'organisation de cette belle Journée et leur présence chaleureuse à ce moment fort pour l'établissement.



Philippe Le Roux
Directeur du Site Emile Roux

Georges CLEMENCEAU

La journée portes ouvertes a fédéré les équipes de l'hôpital Georges Clemenceau



qui se sont mobilisées depuis des semaines, pour présenter leurs activités au grand public, en présence de la Directrice et des chefs de service. Sur le thème de « soigner autrement » les médecins et personnels soignants ont installé leurs stands dans la rue Agora et répondu à toutes les questions autour de sujets tels que la consultation mémoire et le fonctionnement de l'Hôpital de Jour, les prises en charge de la maladie d'Alzheimer en Unité d'Hébergement Renforcé (UHR), la maladie de Parkinson ou les accidents vasculaires cérébraux (AVC), dans les unités dédiées. L'unité de soins palliatifs et la prise en charge de la douleur étaient également expliquées au travers de





présentations interactives, commentées par les équipes. La prise en charge du sujet âgé en médecine gériatrique aiguë a fait l'objet d'une présentation, depuis l'admission jusqu'à la sortie.

Les réseaux SPES (soins palliatifs) et HIPPOCAMPES (gérontologie et maladie d'Alzheimer) se sont associés aux professionnels de l'hôpital pour présenter leur activité.

Les personnels soignants ont présenté leur métier, spécifique en gériatrie, en animant un stand informatif, avec posters et films.

Le thème du « séjour du patient » a été décliné par les équipes qui travaillent tout au long de l'année pour faciliter et agrémenter le quotidien des patients, notamment en soins de longue durée : animation socio-culturelle, Service Achat Malade, Médiathèque, salon de coiffure, vêt'boutique, socio-esthétique. Les associations se sont aussi mobilisées pour présenter leur action : la VMEH, les petits frères des pauvres, Alzheimer Essonne, ASP91, Groupe Parkinson Ile-de-France.

L'exposition sur le grand âge, prêtée par le Musée de l'AP-HP a fait le lien entre les différents thèmes.

En regrettant une faible fréquentation du public, en cet après-midi de juin, les équipes ont su malgré tout faire de cette journée une parenthèse d'échange et de convivialité, difficile à trouver dans le travail quotidien, et fédératrice de nouveaux projets communs.

Merci à tous pour leur forte implication dans cette journée.

JOFFRE-DUPUYTREN



Le site de Joffre-Dupuytren a ouvert ses portes à Dupuytren, dans l'espace Françoise Daré, hall d'accueil qui relie les deux bâtiments principaux et ouvre sur un jardin d'agrément.

Les stands, tenus par les professionnels soignants et les médecins, ont présenté les multiples activités de prise en charge des patients âgés. Les personnels de l'Unité Transversale de Nutrition clinique, l'Hôpital de Jour et la consultation de prévention des chutes, la rééducation, la pharmacie, l'équipe mobile de soins palliatifs/douleur et l'Unité de soins palliatifs, ont fait un focus sur leur activité en présentant des posters d'information et en répondant aux questions du public.



Celui-ci a pu découvrir également les services autour du séjour du patient, tels que l'animation socio-culturelle, la médiathèque, la socio-esthétique... Les associations des visiteurs d'hôpitaux de Draveil et l'ASP91 (soins palliatifs) ont pu présenter leur action quotidienne auprès des patients.

L'orchestre big band de jazz a remporté un grand succès, de même que la démonstration de recherche de personnes avec le maître-chien de la Gendarmerie Nationale. Enfin, les visiteurs ont été très attentifs à la présentation de l'organisation et de la gouvernance de l'hôpital et des projets importants d'ici à 2016 par le Directeur et le Chef du Pôle Gériatrique de l'Essonne. Ceux-ci ont répondu aux questions du public, lors d'un échange convivial.

Dans le jardin, une mini kermesse proposait des activités pour les plus jeunes.

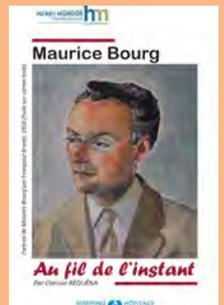
L'exposition de photographies sur les stars d'Hollywood a appelé de nombreux commentaires, empreints de nostalgie. Cet après-midi convivial a permis aux professionnels d'échanger avec le public, mais aussi de se mobiliser autour d'un projet commun et fédérateur en mettant en valeur le travail effectué au quotidien par tous, pour le mieux-être du patient. Merci à tous les professionnels et aux associations pour leur implication dans la réussite de cette journée.



Émile Roux

Le 28 mai 2014 : Biographie, c'est la vie !

C'est à l'occasion de son anniversaire que M. Bourg, patient en SLD a reçu son ouvrage biographique « Au fil de l'Instant » écrit par Clarisse Réquena



La première biographie vient de paraître, elle concerne le poète Maurice Bourg, ancien professeur de Lettres résidant à Emile-Roux qui vient de fêter ses 96 ans. À cette occasion, qui a réuni une quarantaine d'invités parmi lesquels des amis artistes et écrivains, des membres de la Société d'histoire locale de Montgeron, d'anciens collègues, des anciens élèves, des membres du personnel de l'hôpital Emile-Roux, M. Bourg a dédié son ouvrage et remercié pour leur action les représentants de l'AP-HP et des Hôpitaux universitaires Henri-Mondor. À Aude Marlier-Sutter, directrice du pôle Art et Culture à l'AP-HP, qui honorait de sa présence la cérémonie, ainsi qu'à Martine Orio, directrice des HUHMs, initiatrice du projet, et à Joëlle Teixier, directrice de la Communication (HUHM), il a exprimé son bonheur d'avoir participé à une activité culturelle qui a pour effet, selon lui, de « soigner les esprits ».

Dans son allocution, le directeur d'Emile-Roux, Philippe Leroux, a souligné l'importance de l'activité biographique pour ses patients qu'il connaît bien. Il a aussi rappelé les interventions pertinentes de M. Bourg lors des débats organisés régulièrement entre la direction, les différentes instances de l'hôpital et les patients qui sont avant tout des personnes. L'ouvrage concernant le poète Maurice Bourg, intitulé Maurice Bourg, au fil de l'instant, est consultable dans les médiathèques de l'AP-HP.





ÉMILE ROUX

En SLD
JUILLET
Sortie visite du musée Caillebotte
SEPTEMBRE

« Les centenaires à l'honneur »
Conférence sur la nature
Projet Rétrospective de la vie
professionnelle d'un patient
ANIMATION CULTURE

En SSR
JUILLET
Exposition « sur toutes les
coutures » dans les halls de
l'hôpital Les tenues hospitalières
d'hier à aujourd'hui.
Avec la médiathèque

JUILLET
Conter, rêver, enchanter le
monde... avec Christine Le Goff
de l'association Art en liberté.
Contes russes à l'hôpital de jour

Concert de Laurent Le Gall et
Jean-Laurent Cayzac. Marionnettes
à fils avec la Cie COPPELIUS.

ALBERT CHENEVIER

JUILLET
Le conteur Charles Piquion
viendra conter dans les jardins
de l'hôpital le 30 juillet à 15 h.

AOÛT
Stages de pratique artistique du
4 au 29 août pour les patients.
Semaine du 4 au 8 : théâtre
Semaine du 11 au 15 : arts
plastiques
Semaine du 18 au 22 : musique
et chanson

Semaine du 25 au 29 : clown
Spectacle :
Le 27 août à 15 h, le duo burlesque
« Madame Jeanne et Monsieur
Jean » présentera sa nouvelle
création. Un spectacle aussi
sensible qu'humoristique :
« Antigone ! Couic Kapout !



SEPTEMBRE

Concert
Le 17 septembre concert du
groupe Swanie

HENRI MONDOR

Espace culturel NELLY
ROTMAN hall principal porte 1.
Ouvert du lundi au vendredi de
12 h 30 à 16 h 45

SEPTEMBRE
Exposition de l'artiste Peintre,
François Jan.

Du 09 au 19 septembre 2014.
« D'Honfleur au bord de mer »

OCTOBRE
Exposition des œuvres de la
section ASPAP peinture
Du 7 au 23 octobre 2014

JOFFRE-DUPUYTREN

CONCERTS
SEPTEMBRE
Espace Françoise Daré à
Dupuytren
En partenariat avec
l'Association VSART
à 14 h 30 jeudi 11 septembre

EXPOSITIONS

Espace Françoise Daré à
Dupuytren
SEPTEMBRE
Draveil Historique

GEORGES CLEMENCEAU

GALERIE D'ART
SEPTEMBRE
Collectif d'artistes avec Guy
Bentabé
SPECTACLES et ANIMATIONS
JUILLET
Mardi 1^{er} juillet : Barbecue pour
les USLD sous la pergola
Jeudi 3 juillet : Danseurs de ACM
Ballet à Montaigne
Jeudi 10 juillet : Fête Bleu Blanc
Rouge sous la Pergola
Mercredi 23 juillet : Spectacle
de Marionnettes à la salle Jean
Rigaux, organisé par la médiathèque

MARDI 23 SEPTEMBRE 2014
Journée contre la maladie
d'Alzheimer
sur le thème : *Après le diagnostic,
la prise en charge au quotidien
du malade et de l'accompagnant.*

PORTRAITS

Elise NOGUERA, Directrice du Site Henri Mondor



Élise Noguera est depuis le 16 juin dernier directrice du site Henri Mondor et en charge des affaires générales du groupe hospitalier. Elle aura entre autres missions la coordination des projets d'organisation de Mondor. Si ses fonctions sont nouvelles, elle connaît déjà bien les HUHMs et leurs équipes puisqu'elle a été directrice des affaires médicales et de la stratégie de 2009 à 2011. Après une année au ministère de la Santé, elle a travaillé au siège

de l'AP-HP, au sein de la direction du pilotage de la transformation, chargée d'amplifier le déploiement des projets touchant aux processus de prise en charge des patients et à l'organisation des équipes de soin dans les 12 groupes hospitaliers. Élise Noguera était plus particulièrement chargée de toute la thématique d'amélioration de la gestion des lits.

NICOLAS VILLAUME, Ingénieur Biomédical



Ingénieur diplômé de Polytech'Tours en 2000, j'ai souhaité continuer ma formation en me spécialisant dans le domaine de l'ingénierie biomédicale par l'intermédiaire du master organisé conjointement par l'Université de Technologie de Compiègne et l'École Nationale de la Santé Publique.

Après une expérience dans le conseil en ingénierie hospitalière, j'ai débuté dans la fonction publique hospitalière comme ingénieur

biomédical au Centre Hospitalier Sud-Francilien en 2003. J'ai ensuite intégré l'APHP en 2007 comme responsable de la cellule équipements et fournitures techniques de la centrale des achats

centraux hôteliers et alimentaires (ACHAT), pour poursuivre, en 2011 l'AGEPS (Agence Générale des Produits de Santé) comme expert dans le domaine de l'imagerie médicale.

Cette expérience m'a permis d'une part une spécialisation forte dans les achats publics, et d'autre part d'approfondir mes connaissances du domaine hospitalier en réalisant des marchés pour l'ensemble des secteurs de l'hôpital. Pour compléter cette approche, j'ai également suivi et obtenu en 2012 un master en économie et gestion de la santé proposé par le Conservatoire National des Arts et Métiers de Paris.

L'opportunité m'a été donnée de rejoindre le GH Henri Mondor, ce que j'ai accepté immédiatement.

