



Revue trimestrielle - N°17
Juillet à Septembre 2014

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

Sommaire

● ACTUALITÉS - P. 2-4

- PROJET RBI :
Scénario n°3 adapté en juillet 2014.
- Les maladies mentales : les laissées pour compte de l'information et de la prévention.
- La question du dépistage de l'hépatite E se pose dans le don de sang.

● DOSSIER - P. 5-9

- Le déploiement des RMM dans les services à risques : une priorité institutionnelle.
- La visite de suivi de certification du 20 au 24 octobre 2014.
- PAQSS & VOUS !
- Enjeu de l'identification du patient
Charte d'identification du patient
Groupe HENRI MONDOR

● PAROLE DE CADRE - P. 10

- Un regard singulier en chambre mortuaire
Georges Clemenceau - Joffre-Dupuytren.

● VIE DES SERVICES - P. 11-14

- Systèmes d'information une (r)évolution nommée ORBIS.
- L'Hôpital de Jour de l'hôpital
Georges Clemenceau :
une prise en charge personnalisée.
- Un restaurant du personnel eco responsable
Le tri désormais à Émile-Roux.
- Rénovation du restaurant du personnel
à Émile Roux.
- Visites des malades dans les établissements hospitaliers V.M.E.H.
- Les Visiteurs d'Hôpitaux de Draveil se mobilisent pour les patients de Joffre - Dupuytren.

● RÉTROSPECTIVE - P. 15-16

● CALENDRIER CULTUREL - P. 17

● PORTRAIT - P. 18

Édito



Martine ORIO



Ariane MALLAT

Le nouveau plateau technique de l'hôpital Henri Mondor : une longue marche vers le OUI.

L'hôpital Henri Mondor a ouvert ses portes en décembre 1968. La modernisation permanente de ce navire amiral pour l'adapter à l'évolution de l'offre de soins, à la modernisation des techniques médicales mais aussi à des normes toujours plus exigeantes a relevé de prouesses techniques de plus en plus pointues et d'une patiente ingéniosité des équipes médicales et soignantes pour maintenir l'activité hospitalière.

Les années de mise aux normes de l'immeuble de grande hauteur sont restées dans les mémoires ; elles ont néanmoins permis de conserver une bonne qualité des hébergements.

Aujourd'hui, après dix ans de projets de rénovation du plateau technique remaniés et discutés, le feu vert est donné par M Le Directeur Général de l'AP-HP et par l'Agence Régionale de Santé qui a approuvé cette opération en adoptant le PGFP (plan pluriannuel de financement de l'investissement de l'AP-HP).

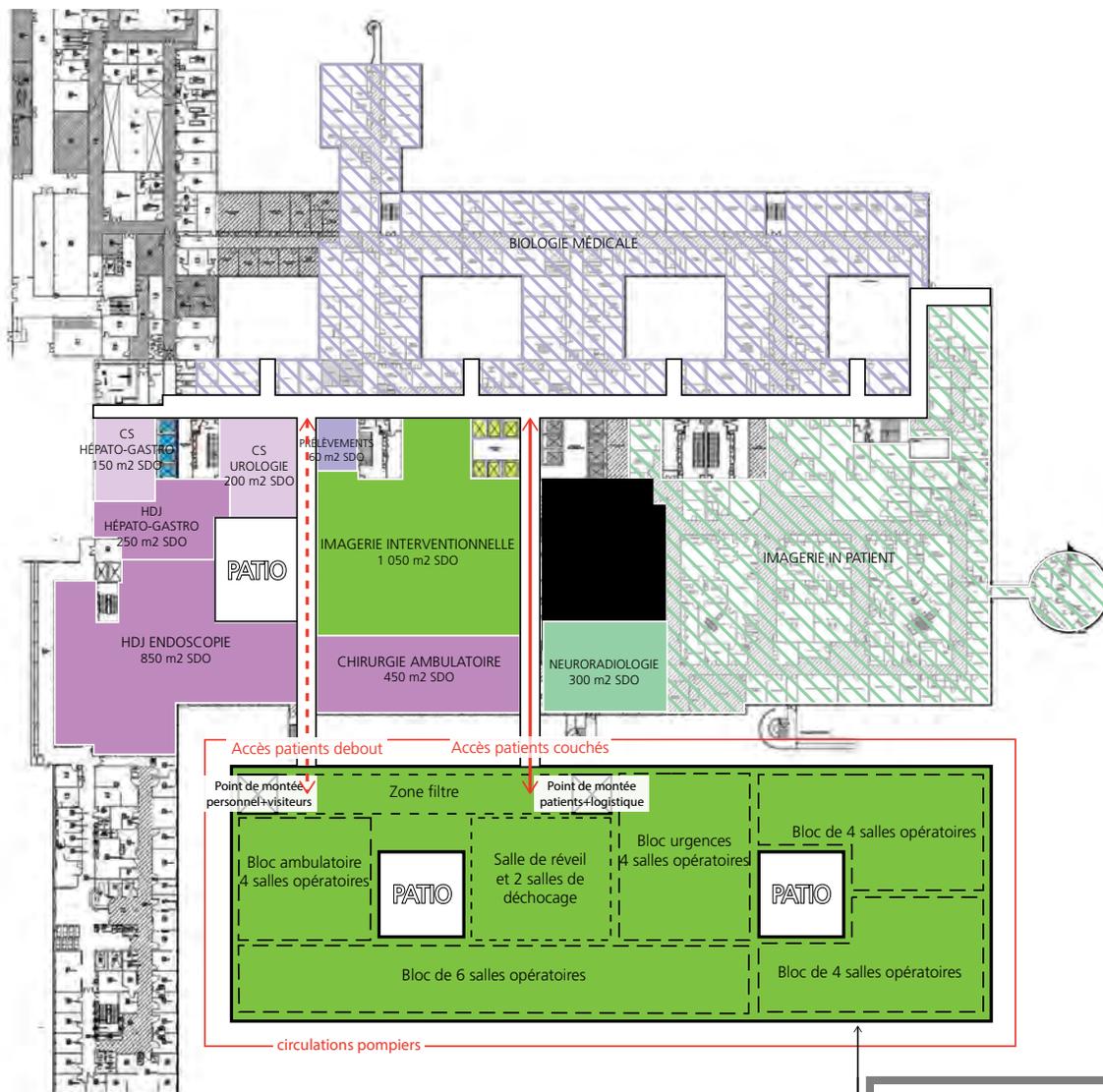
Le périmètre du projet RBI (Réanimations - bloc - Interventionnel) retenu in fine est représenté par les services de réanimations et surveillance continue, le bloc opératoire, les salles de surveillance post-interventionnelles et les salles d'activités interventionnelles cardiaques, neuroradiologiques, vasculaires et oncologiques. L'objectif est de moderniser la prise en charge du patient, de fluidifier les parcours de soins, notamment en développant les activités ambulatoires et ainsi répondre aux besoins d'un territoire de santé en expansion démographique, de favoriser les programmes d'enseignement et de recherche et d'améliorer les conditions de travail et l'attractivité du groupe hospitalier.

Le projet RBI prévoit une seconde phase de réhabilitation du socle technique de Mondor axée sur le rapprochement des services d'imagerie et les activités ambulatoires d'hépatogastro-entérologie, d'urologie, de pneumologie et de chirurgie.

.../...



PROJET RBI : Scénario n°3 adopté en juillet 2014



Dans le scénario retenu le projet inclut dans le nouveau bâtiment :

- ▶ **Un bloc opératoire de 21 salles :** 4 salles d'urgence, 4 salles de chirurgie ambulatoire et de régulation, 2 groupes de 4 salles et un de 6 salles pour les activités programmées.
- ▶ **Une salle de soins post interventionnelle de 36 places** dont 24 pour la chirurgie programmée et la chirurgie lourde ; et 12 pour les activités ambulatoires.
- ▶ **2 zones de déchocage** dédiées à l'accueil des polytraumatisés et de la grande garde de neurochirurgie.
- ▶ **Un service de réanimations et de surveillance continue chirurgicale de 40 lits de réanimation** (8 secteurs de 5 lits) et **18 lits** de surveillance continue (3 secteurs de 6 lits).
- ▶ **Un service de réanimation médicale et surveillance continue :** 15 lits de réanimation et 12 lits de surveillance continue.

- ▶ **L'imagerie interventionnelle comprendra 7 salles** (4 de cardiologie interventionnelle, 1 salle de vasculaire et d'oncologie ; une salle de neuroradiologie ; une salle d'oncologie).

Le socle technique de Mondor en phase 2, abritera :

- ▶ **Une unité de chirurgie ambulatoire de 15 places**
- ▶ **Un hôpital de jour d'hépatogastroentérologie et d'urologie**
- ▶ **Un plateau d'endoscopies digestives, urologiques, bronchiques.**
- ▶ **Des consultations pluridisciplinaires.** Le nouveau bâtiment à construire (phase 1) est évalué à 50 millions d'euros toutes dépenses confondues.

Le lancement de la programmation de cette opération sera arrêté en septembre et un calendrier prévisionnel pourra être donné en décembre 2014.

Bloc opératoire :	4 000 m2 SDO
Emprise totale : (y compris patios et coefficient façades 1,15)	4 600 m2

Nous remercions tous ceux nombreux, médecins et chirurgiens, soignants, cadres, ingénieurs et équipe de direction, qui ont porté ce projet déterminant pour la poursuite du développement des projets de soins d'enseignement et de recherche des Hôpitaux Universitaires Henri Mondor. Mais surtout un grand merci à Mr Le Directeur Général de l'AH-HP pour ce message majeur à l'endroit de la communauté du groupe hospitalier.

Ariane MALLAT Présidente de la CME,
Martine ORIO Directrice du GH Henri Mondor

Les maladies mentales : les laissées pour compte de l'information et de la prévention



Pr Marion Leboyer

Dépression, phobies et troubles anxieux, bipolarité, TOC... plus d'un français sur deux (58 %) déclare être concerné, à titre personnel ou pour ses proches.

Inquiétantes et méconnues, les maladies mentales sont associées à la folie dans 42 % des cas ou confondues avec les maladies neurologiques comme la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson dans 38 % des cas. Une méconnaissance qui n'étonne pas quand on sait que près de 9 personnes sur 10 ne se sentent pas assez informées sur ces troubles. Les résultats attestent aussi d'une déstigmatisation progressive, probablement du fait de la prévalence de ces maladies et certainement aussi à cause du travail de sensibilisation de fond mené par les professionnels et les associations. Tels sont les premiers enseignements du sondage réalisé auprès d'un échantillon représentatif de 1 002 Français âgés de 18 ans et plus du 17 au 23 avril 2014 par Ipsos pour le compte de la Fondation FondaMental*. Plus que jamais, l'instance plaide en faveur d'une politique volontariste de prévention.

La majorité des Français sont concernés, mais le regard porté sur la maladie mentale évolue lentement

« Si l'image sociale des maladies mentales apparaît aujourd'hui moins négative, tout reste à faire pour informer le "grand public" sur les facteurs de risque, les signaux d'alerte, les prises en charge disponibles », souligne Marion Leboyer, Directeur de la Fondation FondaMental. 2 Français sur 5 (42 %) associent toujours maladie mentale et folie (vs 47 % en 2009) et que 7 % des personnes interrogées utilisent encore les termes tels que « cinglés », « tarés » contre le double 14 %, en 2009, l'image sociale des personnes atteintes de maladies mentales reste liée à la dangerosité, à la dépendance et aux difficultés de socialisation.

Les maladies mentales génèrent un handicap social, ne serait-ce que dans l'esprit du public

42 % des Français pensent que les malades mentaux ne peuvent pas assumer la responsabilité d'une famille et la moitié d'entre eux déclarent qu'ils se sentiraient gênés de vivre sous le même toit qu'une personne atteinte de troubles mentaux, 21 % des Français pensent qu'ils doivent prendre des traitements qui les rendent apathiques. 35 % des Français (un tiers) seraient gênés de travailler et 30 % de partager un repas avec un malade mental.

Des résultats qui interpellent

71 % des répondants sous-estiment la prévalence des maladies mentales, qui touchent pourtant 25 % des Français au cours de leur vie,

74 % des Français pensent que les malades mentaux sont dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres, 54 % estiment que les malades mentaux doivent être assistés dans leur vie de tous les jours,

67% des Français considèrent comme prioritaire d'agir en faveur du dépistage précoce.

« Tout reste à faire pour informer le « grand public » sur les facteurs de risque, les signaux d'alerte, les prises en charge disponibles » remarque Marion Leboyer. Et de fait, près de 9 Français sur 10 ne se sentent pas assez informés au sujet de la prévention des maladies mentales, ce qui en fait l'une des pathologies où le besoin d'informations est le plus criant : les informations doivent porter sur les structures disponibles, les professionnels à consulter, les traitements existants.

FondaMental met l'accent sur la prévention...

Parce que la prévention en psychiatrie est possible, efficace et rentable,

Prévention primaire : mieux connaître les facteurs et les sujets à risque : génétique, infections, cannabis, complications obstétricales, traumatismes infantiles, mauvaise hygiène de vie, isolement, saisonnalité, migration, urbanicité... afin de diminuer les entrées en maladie,

Prévention secondaire : dépister et prendre en charge le plus tôt possible les maladies qui n'ont pu être évitées. Ainsi concernant le traitement des

troubles bipolaire, la France accuse un retard au diagnostic de 10 ans entre le premier épisode et le premier traitement stabilisateur. Des moyens devraient également être déployés pour créer des équipes mobiles spécialisées dans le suivi à domicile des patients après un premier épisode psychotique ; une solution économique et efficace adoptée en Australie et en Suisse.

Prévention tertiaire : réduire les risques de rechutes et d'apparition de handicaps à plus long terme en déployant des stratégies thérapeutiques personnalisées : psychoéducation, remédiation cognitive traitement des comorbidités : syndrome métabolique, hypertension, hypercholestérolémie, hyperglycémie.

... et sur les trois leviers d'actions du changement

1. Déstigmatiser et faire connaître les maladies mentales car les peurs, fantasmes et idées reçues qui entourent la psychiatrie ont des conséquences dévastatrices à la fois sur les personnes (baisse de l'estime de soi, sentiment de honte, stress, isolement...), mais aussi en termes d'accès aux soins et d'observance du traitement.

« L'ignorance dans lequel se trouve l'entourage pour identifier les premiers symptômes, la tendance à banaliser la première crise font perdre un temps précieux avant la consultation d'un médecin spécialiste » a reconnu l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé 2009

2. Encourager une spécialisation accrue, à l'instar de ce qui s'est fait pour les autres pathologies médicales (cancer, obésité, Alzheimer) avec la création de Centres Experts (troubles bipolaires, schizophrénie, syndrome d'Asperger, dépression résistante), qui sont des plateformes de diagnostic et de recherche. Après évaluation, ceux-ci devraient être labellisés avec comme perspective leur renforcement et leur généralisation en tant que maillon indispensable du parcours de soin.

3. Renforcer la recherche sur les maladies mentales afin d'améliorer la connaissance sur les facteurs de risque, les mécanismes physiopathologiques et les biomarqueurs de ces pathologies, identifier de nouvelles

voies thérapeutiques, mieux évaluer les coûts et l'efficacité des prises en charge, etc.

Exemples d'axes de recherche : Identification des premières mutations fonctionnelles de gènes de la mise en place des synapses dans l'autisme, Interactions Gene x environnement : Voie Immuno-inflammatoire dans les troubles psychotiques, Etudes d'imagerie cérébrale sur les cohortes PSY-Coh, biomarqueurs des troubles bipolaires et de l'autisme

La fondation FondaMental

Mieux comprendre, intervenir précocement et mieux soigner les maladies mentales les plus invalidantes (les troubles bipolaires, la schizophrénie, l'autisme de haut niveau ou syndrome d'Asperger, les dépressions résistantes, les conduites suicidaires, les TOC résistants et le stress post-traumatique) tels sont les défis que la Fondation FondaMental relève au quotidien. Animée par la conviction que seule une recherche de qualité peut aider à relever les défis médicaux et scientifiques posés par ces pathologies, la Fondation FondaMental participe à la révolution scientifique aujourd'hui en marche dans le champ de la psychiatrie, source d'espoirs pour les patients et leurs proches, réunit des équipes de soins et de recherche et travaille en particulier autour des pathologies considérées parmi les plus invalidantes.



<http://www.fondation-fondamental.org/>

* avec le soutien du groupe de protection sociale Klesia et du Conseil économique social et environnemental.

(Source APHP - Marie-Georges Fayn - 24 juin 2014)

La question du dépistage de l'hépatite E se pose dans le don de sang

« L'histoire des infections virales dans les transfusions sanguines devrait pousser les décisionnaires à se prononcer rapidement ». En cette Journée mondiale de l'hépatite, le message adressé par le Pr Jean-Michel Pawlotsky, virologue à l'hôpital Henri Mondor, est clair.

Les conclusions à tirer de l'étude britannique publiée dans le « Lancet » sur le risque de transmission du virus de l'hépatite E (VHE) par les transfusions sanguines sont à prendre en considération. Elles posent la question du dépistage systématique du VHE dans le don de sang en Europe, y compris en France, et appellent une prise de position politique argumentée.

Le VHE, bien plus fréquent qu'on ne le pensait dans les pays développés n'est pas que de transmission oro-fécale, mais aussi sanguine. Si l'évolution est spontanément favorable dans la majorité des cas, l'infection par le VHE peut être très grave dans certaines populations à risque, comme les immunodéprimés ou les insuffisants hépatiques chroniques.

Fréquent dans les pays développés

À l'aide de la recherche d'ARN viral par PCR, l'équipe de Patricia Hewitt et Richard Tedder a montré sur 225 000 dons de sang collectés sur une période d'un an (2012-2013) dans le sud-est de l'Angleterre que près d'un donneur sur 3 000 est porteur du génotype 3 du VHE (soit 79 donneurs) et que le taux de transmission est de 42 % (18 des 43 receveurs).

Rapportés à l'ensemble du pays, ces chiffres suggèrent qu'entre 80 000 à 100 000 cas d'hépatites E aiguës sont survenues dans l'année. Le temps de séroconversion

et la durée de l'infection étaient fonction du degré d'immunodépression. L'évolution était favorable dans la majorité des cas.



Pr Jean-Michel Pawlotsky

Des populations fragiles exposées

Si les auteurs estiment « qu'il n'y a pas d'urgence », ce n'est pas l'avis du Pr Pawlotsky, qui qualifie ces conclusions de « surprenantes » dans l'éditorial. Les « malades hépatiques » courent le risque d'une hépatite fulminante et les immunodéprimés celui d'une hépatite chronique. Lui et son équipe ont d'ailleurs rapporté, il y a quelques semaines dans le « Lancet », 5 cas d'hépatite E chronique transmise après transfusion sanguine dans une série de 367 patients greffés hépatiques consécutifs. La fonction du greffon s'en est trouvée altérée de façon durable.

« La prévalence du VHE en France a tout lieu d'être identique à celle décrite outre-Manche, commente le Pr Pawlotsky. Les chiffres sont eux-mêmes comparables à ceux retrouvés précédemment en Allemagne, ou aux Pays-Bas ». Des études coût-efficacité sont nécessaires, et certaines stratégies de détection pourraient être exploitées, comme celle de l'étude par exemple qui a recherché l'ARN dans plusieurs lots à la fois, avant de tester donneur par donneur en cas de positivité pour identifier le porteur.

(Dr Irène Drogou - The Lancet, publié le 28 juillet 2014)

HENRI MONDOR

Journée Portes ouvertes « Octobre Rose » - Jeudi 9 octobre 2014
« Ouverture du Centre Sein Henri Mondor »
Prise en charge pluridisciplinaire des maladies du sein
Parcours diagnostique - Parcours anatomopathologie

Stands d'indormation en présence des équipes médicales et paramédicales des services Radiothérapie, Chirurgie Plastique, Oncologie, Calipso, Anatomopathologie, Oncogériatrie, Imagerie médicale, Diététique, Ligue Contre le Cancer, Associations et Partenaires - de 10 h à 16 h Hall de l'hôpital porte 1.

Table ronde sur le thème « L'Après Cancer Sein » avec témoignages de patientes, acteurs des soins de support et professionnels médicaux - de 11 h à 13 h Espace Culturel Nelly Rotman - porte 1.



ÉMILE ROUX

Journée contre la Douleur du groupe hospitalier

sur le thème

Le parcours du patient douloureux

le 27 novembre



Le déploiement des RMM dans les services à risques : une priorité institutionnelle

La CMEL s'est donné comme objectif prioritaire inscrit dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de **développer les RMM sur l'ensemble des services du groupe selon la méthodologie recommandée par la HAS** (charte de fonctionnement, rencontre des professionnels concernés, analyse systémique, suivi des actions), en ciblant dans un premier temps les services à risques.

La présidente de la CMEL et le président de la CQSS ont désigné **un pilote, le Pr Michel MEIGNAN** pour définir un plan d'actions de déploiement des RMM au sein des hôpitaux universitaires Henri-Mondor et ainsi contribuer à renforcer la culture de sécurité au sein de l'institution.

Qu'est-ce qu'une RMM ?

Une **Revue-Morbidité-Mortalité** a pour objectif, en équipe, d'analyser de manière organisée et rigoureuse un événement indésirable, ou un dysfonctionnement afin de cerner quels sont les facteurs (matériels, organisation, pratiques, humains...) qui ont contribué à la survenue de l'événement considéré et de définir des mesures correctives qui vont permettre d'améliorer les pratiques. À ce titre, une RMM est une **Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)**.

Une RMM = une EPP

Les RMM sont des évaluations de pratiques professionnelles, au même titre que les RCP (réunions de concertation pluridisciplinaire) ou d'autres méthodes d'une démarche qualité. Pour les équipes médicales, le bénéfice tiré des RMM est souvent très opérationnel et rapidement perçu. La tenue des RMM n'est pas une pratique récente. Toutefois, les experts-visiteurs lors de la visite de certification en 2012 ont pointé des points à améliorer sur le plan méthodologique, et sur la nécessité de mieux les recenser. À l'échelle d'un service, la définition d'un plan d'actions pour améliorer les pratiques est essentielle. Elle l'est tout autant à l'échelle d'un pôle,

d'un hôpital, et/ou d'un groupe hospitalier : la connaissance de ces actions, leur suivi, le partage d'expérience sont autant de possibilités d'amplifier le bénéfice des actions attendues !

Le travail de déploiement piloté par le Pr Michel MEIGNAN a donc reposé sur une communication et des messages ciblés destinés aux équipes, en particulier médicales.

Le plan d'actions validé par le comité EPP GH et le comité de pilotage de la préparation de la visite de suivi de certification a défini trois étapes essentielles :

1. le déploiement d'actions de formations :

- un plan de formation institutionnel (défini par le siège AP-HP) en gestion des risques sur les différents sites du GH : RMM initiation, RMM perfectionnement, CREX (comité de retour d'expérience) initiation, CREX perfectionnement, analyse des événements médicaux graves
- en complément, des formations sur la méthode d'analyse systémique délivrées par le coordonnateur de la gestion des risques et un cadre expert de la direction des soins ;

2. l'introduction d'un logiciel d'aide à la réalisation des RMM et à la structuration de l'analyse systémique (Easy RMM). Ce logiciel permet une présentation formelle identique des RMM dans tous les services du groupe. Une convention de partenariat scientifique et de développement a été signée entre le groupe hospitalier et le groupe de recherche informatique de l'université Champollion de Toulouse-Albi (serious game research) qui est l'auteur du logiciel.

3. des actions de communication :

- les actions de communication se sont appuyées sur un message cible : « l'identification des RMM comme EPP » pour en stimuler la réalisation et leur inscription dans la base AP² (base de données EPP commune pour l'ensemble des hôpitaux

de l'AP-HP) avec un bilan d'activité et un suivi du plan d'action. Le coordonnateur de la gestion des risques a construit, pour les services le désirant, ce bilan d'activité et le suivi du plan d'actions à partir des comptes rendus des RMM et a apporté son appui aux services pour la mise à jour de la base AP².

Ces actions ont été menées en étroite collaboration avec la coordinatrice de la gestion des risques associés aux activités de soins, le Dr Christine MANGIN.

Le bilan

Au 1^{er} septembre, 86 % de services à risques* ont réalisé une RMM et l'objectif de 100 % sera atteint en octobre !

Bien au-delà des services à risques, les autres services du groupe hospitalier, sur l'ensemble des sites développent également des RMM. Nous souhaitons à terme atteindre les objectifs fixés par la CME du siège : 50 % des services non à risque réalisant des RMM.

*Les services dits à risques des Hôpitaux universitaires Henri-Mondor et les référents RMM

- ▶ chirurgie plastique et reconstructrice : Dr BOSC
- ▶ chirurgie orthopédique : Dr DUPUY
- ▶ neurochirurgie : Dr TAZA
- ▶ chirurgie vasculaire et thoracique : Dr RAUX
- ▶ chirurgie cardiaque : Pr HILLION
- ▶ chirurgie urologique : Pr SALOMON
- ▶ chirurgie hépatique et digestive : Dr PASCAL
- ▶ réanimation chirurgicale : Dr COOK
- ▶ réanimation médicale : Dr RAZAZI
- ▶ Hématologie : Dr PAUTAS
- ▶ Hémopathies lymphoïdes : Pr BELHADJ
- ▶ Oncologie : Dr BAUMGAERTNER
- ▶ Endoscopie digestive (gastro-entérologie) : Dr MELSI

Cette liste n'est pas exhaustive. D'autres services sont entrés dans la dynamique de déploiement des RMM en désignant également un référent.

La visite de suivi de certification du 20 au 24 octobre 2014

À l'issue de la visite de certification en fin d'année 2012, le groupe hospitalier a très vite défini les sujets prioritaires sur lesquels il devait progresser, à titre d'exemple la prise en charge de la douleur en santé mentale ou encore la sécurisation du circuit du médicament.

Dès la réception du rapport de visite en juin 2013, la préparation de la visite de suivi de certification a été confiée à un comité de pilotage spécifique, émanation de la CQSS. Il s'est réuni tous les mois, et tous les trois mois avec la CQSS réunie en assemblée plénière.



Il a lui-même défini les pilotes pour chacun des critères listés ci-dessus :

- ▶ **critère 8d** : évaluation des risques a priori → CVRIS
- ▶ **critère 10b** : respect de la dignité et de l'intimité du patient en SLD → coordonnateur général des soins adjoint, référent du pôle Essonne,
- ▶ **critère 26a** : organisation du bloc opératoire → comité de coordination « préparation de la visite de suivi du bloc opératoire » piloté par les coordonnateurs médicaux et paramédicaux du bloc, et la directrice qualité usagers risques
- ▶ **critère 26b** : organisation des secteurs d'endoscopie → comité de coordination « préparation de la visite de suivi des secteurs d'endoscopie » piloté par un PUPH d'hépatogastro-entérologie, ancien chef du service de gastro-entérologie, sur son consultanat, et la directrice qualité usagers risques
- ▶ **critère 12a** : prise en charge de la douleur en santé mentale → CLUD GH et son président
- ▶ **critère 7b** : gestion de l'air → la direction des investissements en lien étroit avec par un PUPH d'hépatogastro-entérologie, consultant, ancien chef du service de gastro-entérologie, et la directrice qualité usagers risques
- ▶ **critère 1f** : politique et organisation de l'EPP → comité EPP GH, présidé par le vice-président de la CMEL, et la directrice usagers risques qualité
- ▶ **critère 28a** : mise en œuvre des démarches d'EPP → comité EPP GH, présidé par le vice-président de la CMEL, et la directrice usagers risques qualité
- ▶ **critère 8a** : programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins → la directrice usagers risques qualité, le président de la CQSS, et la présidente de la CMEL
- ▶ **critère 8f** : gestion des événements indésirables → CVRIS. Pour le déploiement des RMM, un PUPH, ancien chef de service, ancien chef de pôle, consultant, a travaillé en étroite collaboration avec la coordinatrice des risques associés aux activités de soins
- ▶ **critère 15a** : identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge en MCO → CIV GH et CIV sites
- ▶ **critère 20a bis** : prise en charge médicamenteuse du patient en MCO → COPIL « médicament » piloté par le chef de du pôle PUI, en collaboration avec le COMEDIMS

Après presque deux ans de travaux dont l'avancement a été suivi mensuellement par le comité de pilotage et la CQSS, voilà présentées ci-dessous les principales actions mises en œuvre, celles qui sont en cours et celles à initier :

Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge – critère 15 a

Ce qui est fait :

- ☑ Définition de la politique identitovigilance
- ☑ Amélioration du signalement des erreurs d'identité et mise en place d'actions correctives
- ☑ Réalisation d'audits sur le port du bracelet
- ☑ Réalisation d'audits sur la bonne tenue du dossier administratif par les admissions
- ☑ Amélioration de l'application de la check-list au bloc opératoire et en secteurs d'endoscopie, conformément aux bonnes pratiques

Ce que l'on attend de vous :

- ▶ **Exiger la présentation d'une pièce d'identité pour toute création de dossier d'admission et de consultation**
- ▶ **Renforcer le contrôle de concordance entre l'acte de soins et le patient**

Le respect de la dignité et de l'intimité du patient en soins de longue durée – critère 12 a

Ce qui est fait :

- ☑ Rédaction d'une procédure « respect intimité lors d'un soin »
- ☑ Élaboration d'une cartographie des situations à risque de maltraitance sur le pôle de l'Essonne
- ☑ Achat de paravents
- ☑ Reconfiguration de l'offre gériatrique

Ce qui reste à faire :

- ☑ Déployer les paravents et accompagner les équipes pour une bonne utilisation
- ☑ Réévaluer les pratiques professionnelles → EPP
- ☑ Étendre la cartographie des risques aux autres sites de SLD

Ce que l'on attend de vous :

- ▶ **Veiller aux pratiques professionnelles garantissant le respect de l'intimité**

Prise en charge du médicament en santé mentale – critère 20 a bis

Ce qui est fait :

- ☑ Augmentation de la validation pharmaceutique des prescriptions (60% SM ACH – 50% SM ACH-HMN)
- ☑ Recrutement d'un préparateur en pharmacie pour la gestion des commandes et de l'aménagement des pharmacies
- ☑ Aménagement d'un local spécifique sécurisé pour le stockage et la préparation des médicaments (une unité sur 5) → EPP

Ce qui reste à faire :

- ☑ Recruter un interne pour un taux de validation à 100 %
- ☑ Poursuivre l'aménagement des locaux des unités

Ce que l'on attend de vous :

- ▶ **Veiller aux bonnes pratiques de prescription, de préparation et d'administration du médicament**
- ▶ **Pas de référence aux numéros de chambres ! Pas de retranscription !**

Prise en charge du médicament en court séjour – critère 20 a bis

Ce qui est fait :

- ☑ Création d'un guide recensant les bonnes pratiques de prescription
- ☑ Augmentation du nombre de lits en validation pharmaceutiques (15 % HMN) et octroi de 2 postes d'internes
- ☑ Audits sur la détention et le stockage → EPP

Ce qui reste à faire :

- ☑ Poursuivre les audits sur la détention et le stockage et l'administration
- ☑ Améliorer la traçabilité de l'administration (réduire les contraintes informatiques)
- ☑ Optimiser l'utilisation du logiciel ACTIPIDOS

Ce que l'on attend de vous :

- ▶ **Veiller aux bonnes pratiques de prescription, de préparation et d'administration du médicament**
- ▶ **Pas de référence aux numéros de chambres ! Pas de retranscription !**

L'organisation au bloc opératoire – critère 26 b

Ce qui est fait :

- ✓ Élaboration de la cartographie des risques
- ✓ Mise en place d'une gestion documentaire : rédaction des procédures transversales et interventionnelles
- ✓ Redéfinition des circuits patients, du circuit médicaments/DMI, du circuit déchets
- ✓ Mise en place de livrets d'accueil pour les étudiants et les nouveaux professionnels
- ✓ Transfert de la stérilisation d'orthopédie vers la stérilisation centrale

Ce qui reste à faire :

- ✓ À échéance des travaux, mettre en œuvre l'organisation des circuits tels que définis :
 - Circuits patient
 - Circuit déchets
 - Circuit médicaments (création d'une antenne de la pharmacie au bloc regroupement des stockages)
- ✓ Finaliser et valider les procédures et/modes opératoires. Enregistrement de la GED. Formation des professionnels à la bonne utilisation de la GED
- ✓ Finaliser les livrets d'accueils et procédures associées

Ce que l'on attend de vous :

▶ Veiller aux bonnes pratiques

- Hygiène
- Radioprotection
- Check-list → EPP

▶ Mettre en œuvre les propositions issues du séminaire :

- Renforcer la programmation du bloc
- Améliorer le bon déroulement du programme

▶ Participer à la mise en œuvre des actions pour la maîtrise des risques (gestion des risques a priori et a posteriori)

L'organisation des secteurs d'endoscopie – critère 26 b

Ce qui est fait :

- ✓ État des lieux exhaustifs des locaux
- ✓ Identification des circuits patients et élaboration d'une cartographie avec plan d'actions et suivi
- ✓ Élaboration d'une documentation d'information du patient
- ✓ Amélioration de la mise en œuvre de la check-list → EPP
- ✓ Mise en place de RMM en secteur d'endoscopies digestives
- ✓ Travaux de mise en conformité des locaux de consultations d'ORL
- ✓ Recensement et formalisation de toutes les procédures
- ✓ Élaboration d'un plan de formation
- ✓ Formalisation de la politique de gestion de l'air

Ce qui reste à faire :

- ✓ Finaliser la charte
- ✓ Regrouper les lieux de pré-désinfection des secteurs de réanimation en un lieu unique
- ✓ Vérifier et regrouper les informations pour préparer la mise en place d'un carnet de vie pour chaque endoscope
- ✓ Renforcer l'application de la check-list selon les bonnes pratiques (time out) → EPP
- ✓ Finaliser le livret d'accueil
- ✓ Finaliser les fiches de poste
- ✓ Finaliser le passeport

Ce que l'on attend de vous :

- ▶ Veiller aux bonnes pratiques : check-list
- ▶ Poursuivre les RMM et suivre les plans d'actions
- ▶ Participer à la mise en œuvre des actions pour la maîtrise des risques (gestion des risques a priori et a posteriori)

La gestion de l'air – critère 7b

Ce qui est fait :

- ✓ Formalisation de la politique de gestion de l'air
- ✓ Déploiement du questionnaire prioritairement sur les secteurs d'endoscopie : repérage des pièces et de leurs contraintes spécifiques

Ce qui reste à faire :

- ✓ Finaliser la politique de gestion de l'air
- ✓ Déployer le questionnaire sur le bloc
- ✓ Exploiter les questionnaires et élaborer le plan d'actions à partir des réponses fournies aux questionnaires
- ✓ Le mettre en œuvre et le suivre

Ce que l'on attend de vous :

- ▶ Renvoyer aux services techniques le questionnaire (pour les services concernés)

L'évaluation des risques a priori – critère 8d

Ce qui est fait :

- ✓ Rédaction procédure précisant la méthodologie de hiérarchisation des risques identifiés (= matrice de criticité)
- ✓ Évaluation des risques a priori
 - PECM : ARCHIMED (100 % des services)
 - Circuit DMS : PUI et BO
 - Bloc, endoscopie, PMO, maltraitance, → EPP
 - Réalisation d'une visite de risque
 - Visites d'observations des pratiques professionnelles
- ✓ Concomitamment : définition des plans d'action

Ce qui reste à faire :

- ✓ Finaliser les cartographies
- ✓ Actualiser le document unique
- ✓ Suivi des actions - mesures d'impact

Ce que l'on attend de vous :

- ▶ La mise en œuvre et le suivi des actions

La gestion des événements indésirables – critère 8f

Ce qui est fait :

- ✓ Procédure de signalement des EIG (écriture et mise en place)
- ✓ Suivi des actions suite EIG et inscription dans le PAQSS
- ✓ Déploiement des formations au signalement et à l'analyse systémique
- ✓ Plan d'actions RMM → EPP
- ✓ Transmission des bilans OSIRIS aux services
- ✓ Coordination des systèmes de signalement

Ce qui reste à faire :

- ✓ Enrichir les analyses de risques a priori avec les signalements OSIRIS
- ✓ Développer les analyses systémiques et le partage d'expérience dans les services
- ✓ Suivre les plans d'actions correctives

Ce que l'on attend de vous :

- ▶ Mettre en place et suivre les actions.
- ▶ Communiquer auprès des équipes sur les actions engagées suite aux signalements sur OSIRIS

La gestion des événements indésirables – critère 8f les RMM

Ce qui est fait :

- ✓ Convention de partenariat avec l'université de Toulouse → déploiement de l'outil EASY-RMM

- ☑ Identification de pilotes pour tous les services à risque et formation de tous les pilotes
- ☑ Déploiement de formations RMM, CREX, analyse après accidents graves

Ce qui reste à faire :

- ☑ Atteindre l'objectif : une RMM par service à risque
- ☑ Atteindre l'exhaustivité dans la transmission et des chartes RMM, et des bilans d'activité
- ☑ S'assurer du suivi des actions

Ce que l'on attend de vous :

- ▶ Réaliser les RMM, les enregistrer
- ▶ Transmettre votre rapport d'activité, vos bilans d'activité et le suivi des plans

La politique et l'organisation des pratiques professionnelles – critère 1f
La mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles – critère 28 a

Ce qui est fait :

- ☑ Définition composition et fonctionnement comités EPP locaux et GH → validation EPP en équipe
- ☑ Valorisation des actions conduites dans le cadre de la préparation de la visite de suivi sous forme d'EPP
- ☑ Mise à jour des EPP

Ce qui reste à faire :

- ☑ Identifier les pilotes EPP, les référents EPP par service et par pôle
- ☑ Enregistrer de manière exhaustive les EPP (EPP, RMM, RCP) dans la base AP²

Ce que l'on attend de vous :

- ▶ Enregistrer de manière exhaustive les EPP (EPP, RMM, RCP) dans la base AP
- ▶ Mettre à jour vos EPP → mesures d'impact
- ▶ Communiquer sur vos EPP en équipe

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins – critère 8a

Ce qui est fait :

- ☑ Travail sur la forme et le fond :
- ☑ 1 PAQSS GH, 1 PAQSS par site
- ☑ 10 thématiques
- ☑ Structuration des organisations : pilotage, coordination, suivi → rôle et articulation des instances, des sous commissions, des groupes de travail, des directions, référents qualité au sein des pôles, correspondants services...
- ☑ Institutionnalisation des visites d'observations des pratiques professionnelles :

Ce qui reste à faire :

- ☑ Faire le suivi du PAQSS nouvelle mouture à mi-année
- ☑ Communiquer sur le PAQSS

Ce que l'on attend de vous :

- ▶ Suivre les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein de vos services/pôles
- ▶ Communiquer auprès de vos équipes sur le PAQSS

PAQSS & VOUS !



Améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients est la préoccupation qui réunit tous les professionnels de l'hôpital. Comme dans d'autres secteurs, l'hôpital doit rendre des comptes sur la qualité de ses organisations,

et sur les mesures mises en place pour identifier et maîtriser les risques liés à ces activités.

La politique qualité sécurité des soins du groupe hospitalier est ainsi un volet important du projet d'établissement. Sa mise en œuvre se décline sous la forme d'un Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des soins (PAQSS) :

- ▶ identifiant les projets prioritaires
- ▶ précisant les responsables
- ▶ fixant les délais de réalisation
- ▶ et permettant d'en suivre leur état d'avancement.

À quoi ça sert ?

Le PAQSS est un véritable outil de **pilotage** au sein des établissements de santé. Il constitue un document rassemblant l'ensemble des actions en cours ou à mettre en œuvre sur de nombreuses thématiques, aussi bien stratégiques, que celles au plus près des professionnels.

Qui sont les acteurs ?



Quelles sont les thématiques ?

Une campagne d'affichage va être débutée sur l'ensemble du groupe hospitalier. Elle reprend chaque thématique du PAQSS :



Enjeu de l'identification du patient

Charte d'identification du patient Groupe HENRI MONDOR

L'acte d'identification du patient fait partie intégrante de la prise en charge des soins et constitue la première étape d'un processus qui se prolonge tout au long du parcours de soins.

Une identification fiable et pertinente du patient est indispensable pour limiter toute erreur dans le système d'information comportant des données médicales. La maîtrise des risques dans le domaine de l'identification du patient permet de limiter les événements indésirables, graves ou potentiels, générés par les doublons, les collisions et les modifications d'identité liées à des identités non fiables ou incertaines.

Conformément à la note conjointe de la Directrice et de la Présidente de la CMEL du 23/5/2014, la prise d'identité au vu d'une pièce d'identité officielle est érigée en règle. Cette note rappelle la nécessité absolue de fiabiliser l'identité du patient dès sa première venue pour assurer la sécurité présente et future de ses soins. Chaque agent a obligation de respecter les procédures. Les manquements à la règle seront intégrés dans l'entretien annuel d'évaluation.

Les règles à respecter pour une venue, quel que soit le type d'accueil : consultation passages aux urgences, admission

😊 **Le patient est identifié d'une manière unique au sein de Groupe Hospitalier HENRI MONDOR.**

😊 **L'identité du patient est toujours vérifiée avec une pièce d'identité officielle.**

😊 **La Recherche d'antériorité est systématique suivant la procédure en vigueur**

😊 **Une identité est créée dans les cas suivants :**

- ▶ Aucune identité n'a été trouvée lors de la recherche d'antériorité.
- ▶ Le patient a été trouvé dans la base, mais les traits stricts (nom, nom d'usage date de naissance) ne sont pas identiques et qu'il n'est pas possible d'enquêter immédiatement. Dans ce cas un signalement sera remonté aux admissions.
- ▶ Il existe un doute avec une ou plusieurs identités existantes. Dans ce cas un signalement sera remonté aux admissions.

Autre situation

😞 **Existence de plusieurs identités (IPP) dans le résultat de la recherche.** Dans le cas où plusieurs identités ont été trouvées sur les critères stricts nom prénom date de naissance (doublons) l'identité la plus ancienne sera retenue. Un signalement sera remonté aux admissions avec les IPP à fusionner

Les données du patient pour son identification

Les traits (données d'état civil et démographiques) doivent être obligatoirement saisis : éléments que l'on trouve sur une pièce d'identité officielle.

- ▶ Nom de naissance (nom de famille, nom patronymique)
- ▶ Nom usuel (nom d'usage, nom marital)
- ▶ Premier prénom (les prénoms sont séparés par des virgules, pour un prénom composé les 2 prénoms sont liés par un tiret : exemple Jean, pierre, Luc et Jean-Pierre, Luc)
- ▶ Date de naissance :
- ▶ Sexe :
- ▶ Commune de naissance :
- ▶ Adresse :



Pièces d'identité officielles

Carte nationale d'identité
Passeport
Carte de séjour

Quelques définitions pour un langage partagé

Identification

Identifier une personne consiste à disposer des informations nécessaires et suffisantes pour ne pas confondre cette personne avec une autre.

Identifiant

Séquence de chiffres pour représenter une personne afin de lui associer des informations dans le cadre de sa prise en charge. Pour l'outil ORBIS, il s'agit de l'IPP (Identification Permanente du patient)

Traits

Caractéristiques définies dans un système d'information comme des constituants de l'identité du patient (nom de naissance, nom, prénom, date de naissance...)

Nom de naissance

Nom de famille, nom patronymique

Nom usuel

Nom d'usage, nom marital,

Prénom

Le premier prénom même composé apparaissant sur la pièce d'état civil avant la première virgule.

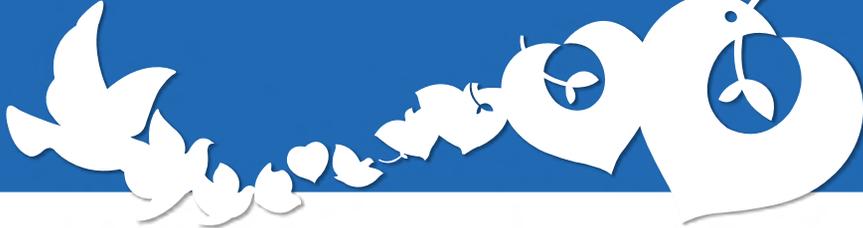
Doublon :

Situation dans laquelle deux identifiants (IPP) concernent le même patient. Le risque majeur est de ne pas disposer de toutes les informations médicales relatives au patient.

Collision :

Situation dans laquelle le même identifiant (IPP) est attribué à deux personnes différentes. Cela se traduit par l'existence d'un seul dossier médical pour ces deux personnes. Le risque majeur est de modifier le traitement d'un patient au regard de données médicales d'un autre patient.

[Source : Charte régionale d'identification - ARS Ile de France (version01-2014)]



Un regard singulier en chambre mortuaire Georges Clemenceau – Joffre-Dupuytren



Guy Grandcoureau-Basfresne

Le métier d'agent de chambre mortuaire est une compétence particulière dans l'organisation hospitalière.

En 1998, le groupe de réflexion des agents de chambre mortuaire du Comité d'éthique de l'APHP a élaboré une charte rappelant les bonnes pratiques qui s'imposent en ce lieu.

Mise en place en 2009, la formation d'adaptation à l'emploi permet aux agents d'acquérir ou renforcer l'ensemble des compétences spécifiques à l'exercice en chambre mortuaire, qu'elles relèvent des champs techniques, réglementaires ou relationnels.

Trait d'union entre les services cliniques et la cité, la chambre mortuaire s'impose naturellement comme un lieu de réparation.

L'hôpital, lieu de soins et de prendre soin, voire de haute technicité, impose à chacun d'entre nous, et plus particulièrement aux agents de chambre mortuaire, de veiller à conserver jusqu'au bout sa dignité au défunt et d'offrir un accompagnement aux familles dans ce temps singulier.

Cette fonction particulière dans la continuité des soins, impose que les agents qui s'y destinent soient volontaires et aient eu, de préférence, un vécu de soignant, ce qui leur permet de réinvestir et compléter une philosophie de soins, pour « le prendre soin » du défunt au service des familles endeuillées.

L'admission en chambre mortuaire requiert la nécessité d'identifier les informations pertinentes pour assurer la transition entre l'hospitalisation et la chambre mortuaire, grâce à la fiche de liaison qui doit être renseignée avec rigueur, pour assurer la continuité de la prise en charge du défunt, au regard des souhaits qu'il aurait formulés.

L'accueil des familles du défunt impose un réel savoir-faire lors des reconnaissances. L'agent doit savoir communiquer en développant une capacité d'écoute active pour accompagner un état réel de sidération.

Les agents de chambre mortuaire doivent maîtriser des situations difficiles en écoutant l'émotion exprimée et les incompréhensions qui se seraient installées pendant le temps de l'hospitalisation, pour donner sens à un deuil naissant.



Chambre mortuaire de Georges Clemenceau

Le défunt fera l'objet d'une attention particulière lors de son habillage et de sa préparation, quelle que soit sa situation sociale et familiale. L'ensemble des attentions portées au défunt a pour objectif de lui rendre un aspect serein afin d'apaiser la douleur des proches, pour un dernier hommage.

Les agents manipulent le corps avec respect et précaution, et parfois lui parlent pour lui indiquer les gestes qui vont être accomplis. Ils pourront même s'excuser d'un geste qui peut être empreint d'une certaine maladresse.

À la demande des familles, les agents effectuent de légers soins cosmétiques. Ils accompagnent toute expression des différents rites religieux, en installant l'ornementation nécessaire, et favorisant les temps de recueillement.

Les agents sont en capacité d'entendre des demandes affectives particulières, comme des lettres intimes qui accompagneront le défunt dans son cercueil, des objets personnels à forte signification symbolique... Geste ultime, l'installation dans la bière requiert la plus grande concentration pour déposer le corps.

Cette activité au quotidien demande une parfaite connaissance de la réglementation, une communication adaptée, une technicité dans l'accomplissement de certains gestes pour répondre aux diverses exigences hospitalières et partenaires extérieurs.

De plus, la fonction exige une impartialité et une intégrité totale envers les opérateurs funéraires qui sont choisis exclusivement par les ayant droits chargés d'organiser les funérailles, et selon l'avis laissé du défunt.

L'activité d'agent de chambre mortuaire s'inscrit dans le cadre d'un profond respect à l'égard du défunt, pour qu'il soit rendu à la cité dans sa dignité d'humain, au regard de son histoire personnelle.



Chambre mortuaire de Joffre-Dupuytren

● Guy Grandcoureau-Basfresne
Cadre de Santé, Responsable des Chambres Mortuaires du Pôle Gériatrique de l'Essonne



Systèmes d'information une (r)évolution nommée ORBIS

Henri Mondor sera le huitième hôpital à déployer la solution institutionnelle ORBIS, application qui gèrera à terme l'intégralité des données du patient. C'est un projet ambitieux qui va impliquer l'ensemble des services.

Qu'est-ce que le projet ORBIS, que va-t-il changer, comment va-t-il être mis en place ? Tout savoir sur cette (r)évolution informatique qui, à terme, sera notamment déployée sur l'ensemble de notre Groupe Hospitalier.

Le déploiement du Système d'Information Hospitalier est une des conditions essentielles à la modernisation des établissements de santé. À l'AP-HP, l'enjeu de ce projet est de taille, puisqu'il doit permettre de mettre à disposition de tout utilisateur habilité, l'ensemble des informations concernant le patient quelle que soit la trajectoire de ce dernier au sein des hôpitaux de l'AP-HP. Ce partage de l'information au sein de l'Institution et l'accès à une seule application, quel que soit le type d'actions réalisées (identité, dossier médical et de soins, accès aux demandes et résultats d'examens, à l'image...) permet de simplifier, sécuriser et optimiser la prise en charge des patients.

Ce projet de restructuration implique tant les services médicaux qu'administratifs. Sur le terrain, ce nouveau projet piloté par le CCS Domaine SI Patient de l'AP-HP, viendra remplacer à terme les applications de notre système d'information actuel, de l'admission du patient jusqu'à sa sortie, en passant par les différentes étapes de sa prise en charge.

LA SOLUTION ORBIS

Actuellement, les données relatives à un patient sont collectées ou consultées, à différentes étapes de sa prise en charge, dans de nombreux logiciels disparates (Actipidos, Mediweb, Phedra, Agenda, ...). L'ouverture de quatre à six applications en moyenne est nécessaire à la consultation d'un dossier patient complet.

Le projet ORBIS est un système d'information clinique qui a pour vocation de remplacer, à lui seul, une grande partie de ces applications. Il permettra ainsi de constituer un dossier complet partagé pour chaque patient, enrichi en temps réel par les différents acteurs de sa prise en charge.

Dans cette nouvelle interface unique, les données relatives au patient seront collectées sous un identifiant « IPP » commun à l'AP-HP venant ainsi remplacer l'actuel « NIP » propre à chaque hôpital. Une fois le projet ORBIS déployé sur toute

l'AP-HP, cette identification « IPP » permettra la mise en partage des dossiers patients entre tous les hôpitaux et deviendra un atout essentiel dans l'amélioration de la prise en charge du patient.

Il garantira simplicité (un dossier unique « à vie »), rapidité (regroupement de tout type de données via une seule interface) et efficacité (partage des données en temps réel entre les médecins pour une complémentarité et une expertise de soin optimale).

Enfin, la mise en place d'un système d'information médicalisé et partagé doit permettre d'accroître la sécurité des données et l'identito-vigilance.



UNE MISE EN ŒUVRE PROGRESSIVE

En attendant ce déploiement à toute l'AP-HP, le service informatique du Groupe Hospitalier se prépare à déployer ORBIS dans l'ensemble des services de l'hôpital Mondor, dans un premier temps.

Pour mener à bien ce projet, la mise en œuvre d'ORBIS est constituée de trois grandes étapes (ou bascules) :

Étape 1 : le 30 septembre 2014, en une seule fois pour l'ensemble des services.

- ▶ Identité patient (partagée entre les hôpitaux de l'AP-HP)
- ▶ Prise en charge administrative

Étape 2 : dès le mois de novembre 2014, service par service.

- ▶ Dossier médical
- ▶ Circuit de la radiologie
- ▶ Circuit de la biologie
- ▶ PMSI (diagnostic + actes)

Étape 3 : en 2015

- ▶ Circuit du médicament
- ▶ Dossier de soins
- ▶ Gestion des RDV

La première étape a débuté depuis le début de l'année et donne lieu actuellement à une large campagne de formation des utilisateurs et se terminera par la « nuit de la bascule ».

Étant le huitième site à déployer ORBIS, nous bénéficierons de l'expérience acquise sur les autres sites. Seule nouveauté par rapport aux autres sites, nous disposons déjà d'une expérience de déploiement de grande ampleur avec Actipidos.

LA NUIT DE LA BASCULE

La mise en fonction de la nouvelle gestion de l'identité se fera, par nécessité, en une seule nuit.

« Ceci ne constitue pas un problème en soi puisque les utilisateurs retrouveront les mêmes fonctionnalités, mais sous une nouvelle interface » précise Christophe Chaillolleau, Directeur du Système d'Information du GH.

« La nouvelle interface est claire et bien construite, il est certain qu'une fois prise en main, elle simplifiera la tâche de l'ensemble du personnel. Il faut simplement que chaque utilisateur s'implique personnellement dans ce changement et comprenne qu'il s'agit d'une avancée considérable dans le traitement des dossiers patients. »

En pratique, cette bascule demande une préparation extrêmement précise et complète. Le personnel utilisant les logiciels relatifs à la première étape, à savoir le personnel des admissions, frais de séjour, traitements externes, les secrétaires hospitalières et médicales, les personnels soignants vont être invités à se préparer à ce changement.

Des formations auront lieu jusqu'à la fin du mois et une équipe spécialisée sera présente pour répondre aux questions et accompagner à la prise en main de l'application, durant près d'un mois, dans l'ensemble des services. Le dispositif s'enrichit en outre d'une hot-line dédiée ORBIS permettant une réponse rapide et ciblée.

Après cette première phase, la deuxième étape du projet ORBIS investira les unités de soins, service après service.

En attendant, une communication régulière sera mise en place pour accompagner le projet et informer au mieux tout le personnel impliqué de près ou de loin dans cette évolution technique.

Souhaitons un bon démarrage aux équipes impliquées dans ce projet novateur pour toujours plus de praticité et d'efficacité.

● Nathalie PICQUET
Adjointe du Directeur Informatique

L'Hôpital de Jour de l'hôpital Georges Clemenceau : une prise en charge personnalisée



L'équipe de l'Hôpital de Jour

L'Hôpital de Jour, situé dans le bâtiment Michel de Montaigne, est scindé en deux unités (l'une située au rez-de-chaussée et l'autre, au premier étage) et peut accueillir chaque jour, 22 patients du lundi au vendredi.

Les deux unités sont sous la responsabilité d'un médecin gériatre. Le personnel est composé de personnels paramédicaux, aides-soignants et infirmiers, de rééducateurs ainsi que de psychologues et de neuropsychologues.

L'hôpital de jour s'inscrit dans une filière de soins gériatriques hospitalière. Les modalités de recours au plateau technique (imagerie et biologie) et aux structures de court séjour pour les patients de l'hôpital de jour sont définies dans la convention constitutive de la filière de soins gériatriques à laquelle il adhère.

L'HDJ fonctionne en lien étroit avec le centre mémoire labellisé, l'unité d'évaluation gériatrique (consultation gériatrique), avec l'ensemble des acteurs du soutien à domicile et notamment les médecins traitants, les réseaux de santé gériatrique et les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC). L'hôpital de jour communique le projet thérapeutique personnalisé au médecin traitant et au médecin prescripteur le cas échéant. Il les informe également lorsqu'une fin de prise en charge est envisagée.

Les patients admis présentent le plus souvent des troubles cognitifs en cours de bilan ou viennent pour une évaluation gériatrique, un bilan de chute, ou encore une prise en charge de plaies complexes auprès d'intervenants spécifiques.

L'HDJ accueille également des patients âgés pour lesquels une évaluation gériatrique a identifié des risques particuliers de décompensation en lien avec une ou plusieurs pathologies chroniques ou invalidantes pouvant entraîner ou aggraver une déficience ainsi qu'une dépendance physique ou psychique.

L'hôpital de jour permet de dépister les facteurs de risque de fragilité et d'aggravation et proposer des actions de prévention et de coordination du maintien à domicile avec un accompagnement social. Il oriente, le cas échéant, le patient vers la structure la plus adaptée (autre SSR spécialisé, hospitalisation complète, accueil de jour...).

Afin de stimuler les fonctions cognitives des patients, l'HDJ propose un large panel d'activités thérapeutiques adaptées : cuisine, peinture, ateliers manuels, ateliers motricité, ateliers sensoriels, des séances de réadaptation aux gestes de la vie quotidienne, des séances de stimulation cognitive exécutive... L'hôpital de jour travaille main dans la main avec l'animation de l'établissement, mais également avec le centre de loisirs dans

un souci de partage intergénérationnel. Le dynamisme du personnel soignant permet de mettre en place des ateliers originaux tels que l'atelier conte (cf encadré).

● **M^{me} Emilie CANAVESIO**
Cadre de Santé de l'Hôpital de Jour

Le cochon-loup : un atelier conte basé sur le partage.



Lecture du conte « Le cochon-loup » avec les enfants du centre de loisirs et les patients de l'Hôpital de Jour

Le choix de l'atelier « conte » a eu pour but de stimuler plusieurs fonctions cognitives, mais aussi de faire participer l'ensemble des patients de l'hôpital de jour.

Cette expérience leur a permis une certaine liberté d'expression pour la rédaction de l'histoire, mais également la mise en page du livre.

Les enfants du centre de loisirs ont été conviés à la lecture du conte ce qui a engendré un échange intergénérationnel.

Cette rencontre a été valorisante pour les patients, car les enfants ont pu poser des questions pertinentes sur le travail d'écriture effectué, le choix des personnages, mais aussi sur la sculpture du cochon-loup.

C'est une expérience qui a satisfait l'ensemble des participants, d'autant plus que les patients ont offert le livre au centre de loisirs afin que leur œuvre continue de vivre de génération en génération.

M^{mes} CHAMBARET A., COLAVOLPE N. et PEQUEGNOT C.

Un restaurant du personnel eco responsable Le tri désormais à Émile-Roux !

Face aux enjeux éthiques et environnementaux, la réglementation oblige désormais la restauration à effectuer un tri des déchets en amont afin de les valoriser. (Article L 541-21-1 code environnement tri à la source.)

Le service Restauration Émile-Roux s'est engagé dans cette démarche. Au préalable une semaine test a permis de sensibiliser les consommateurs au gaspillage alimentaire et à l'environnement. Aujourd'hui le tri des déchets est définitivement mis en place et devenu pratique courante pour tous les utilisateurs du restaurant. L'hôpital Émile-Roux est l'un des pionniers dans cette démarche à l'AP-HP !



L'expérience

Une table de tri avec des bacs identifiés pour les restes alimentaires et pour les autres déchets permettent au consommateur d'éliminer ses déchets sans erreur. Pour faciliter le tri et minimiser l'attente devant les bacs, celui-ci est invité à effectuer au préalable un pré tri. Il consiste à regrouper les déchets alimentaires dans l'assiette et laisser les autres sur son plateau.

Les déchets alimentaires collectés ont été ensuite versés dans un déshydrateur. Celui-ci en éliminant l'eau majoritaire dans la constitution des bio-déchets, réduit considérablement leur volume. Le résidu

déshydraté obtenu ou séché fait l'objet d'une valorisation organique ou énergétique dans une installation de traitement respectant les obligations en matière de prévention des risques sanitaires. (Compost, engrais biologique...)

Les autres déchets sont destinés à être valorisés en énergie (électricité...)

Une semaine de test

La semaine test a permis de sensibiliser au gaspillage alimentaire quotidien.

Est-ce que je consomme tout ce qui est dans mon assiette ? Non, puisqu'en France on jette en moyenne 100 g de nourriture par plateau. Avec le tri, chacun est amené à jeter individuellement ses restes et prend conscience de la réalité du gaspillage. Le service restauration a souhaité traiter particulièrement l'élimination du pain en le plaçant à part dans un sac transparent. Visualiser la quantité d'aliment jetée influence notre mode de consommation et nous incite à nous corriger.

Les chiffres obtenus en seulement une semaine sont significatifs



En conclusion

Le tri des déchets est une démarche essentielle. Pour le consommateur, elle permet de le responsabiliser face à son gaspillage alimentaire et l'incite à modifier ses habitudes. En contribuant au recyclage des déchets il rejoint la démarche citoyenne « on ne jette plus, on valorise ».

Pour le service restauration, le tri puis la déshydratation des bio déchets participe à améliorer les conditions de travail. (Remplacement des poubelles à déchets alimentaires, donc baisse des nuisances liées à la fermentation, du volume.)

Le traitement thermique des déchets de cuisine et de table triés à la source est une technique utilisée depuis plusieurs dizaines d'années en Asie puis en Europe.

L'intérêt de ce procédé est à la fois économique avec une réduction du volume et du poids des déchets à transporter et pratique.

Pour les équipes du service, c'est également comme pour le consommateur, participer à une démarche de valorisation des déchets. Début 2015, des marchés spécifiques bio déchet vont se mettre en place sur l'ensemble des sites de l'AP-HP



	Lundi	mardi	mercredi	Jeudi	vendredi
Poids moyen du pain non consommé par consommateur	29 g	13 g	6 g	8 g	8 g
Poids moyen du bio déchet par consommateur	146 g	101 g	61 g	57 g	33 g
Poids du séché par consommateur	35 g	23 g	13 g	13 g	8 g

Rénovation du restaurant du personnel



Le restaurant du personnel d'Émile-Roux a ré-ouvert ce 9 septembre : chacun a pu apprécier la qualité de cette réhabilitation, qui, certes, visait à répondre à l'exigence réglementaire de conformité suite à l'inspection des services de sécurité

sanitaire des produits alimentaires du Val-de-Marne, mais a permis également dans un plan plus global d'apporter des rénovations pour le secteur self-restauration, et d'améliorer les conditions d'accueil des usagers comme les conditions de travail des personnels.

Je tiens à cet égard à adresser des remerciements chaleureux à la Direction du groupe hospitalier pour son soutien sur cette opération, la DACSEL et la DIM du GH, les membres du groupe projet pluridisciplinaire, ainsi toutes les équipes administratives, techniques et logistiques du site qui ont permis le fonctionnement d'un self provisoire cet été -qui s'est très bien déroulé et été apprécié des consommateurs par la qualité des prestations des agents -, et la réouverture du self après rénovation dans les délais prévus.

Philippe Le Roux
Directeur de l'hôpital Émile Roux

Visites des malades dans les établissements hospitaliers V.M.E.H

La V.M.E.H. est un mouvement associatif regroupant des bénévoles qui visitent les malades et les personnes âgées, dans les établissements hospitaliers et les maisons de retraite.

Les visiteurs V.M.E.H., venant de l'extérieur, apportent de façon régulière un soutien moral et un surplus de chaleur humaine aux personnes hospitalisées, en particulier aux plus isolées. Ils assurent chaque semaine plus de 5000 visites dans les établissements hospitaliers en France.

Ce mouvement national, apolitique et non confessionnel, compte actuellement plus de 8500 bénévoles consacrant 1 journée chaque semaine à leur action.

Si les besoins matériels des malades sont moindres qu'autrefois, si les soins apportés sont plus efficaces et moins douloureux, il y a toujours autant d'isolement et de souffrance

morale. Les visiteurs V.M.E.H. ont leur place dans le mouvement d'humanisation des établissements hospitaliers. Ils sont une présence vivante, disponible à tous.

Être visiteur au sein de la V.M.E.H. c'est :

- ▶ Aller à la rencontre de celui qui se sent seul,
- ▶ Apporter un soutien moral et un surplus de chaleur humaine,
- ▶ Redonner confiance et espoir,
- ▶ Faire le lien entre le monde extérieur et le milieu hospitalier.

Notre association travaille en collaboration étroite avec les services hospitaliers.

L'action des bénévoles à l'hôpital est une action associative, collective et organisée, dont la qualité est garantie par les engagements suivants :

- ▶ Signataire de la Charte des Associations de Bénévoles, elle assure la sélection des bénévoles qu'elle mandate,

- ▶ Elle leur donne une formation adaptée,
- ▶ Elle assure le suivi et l'encadrement des équipes,
- ▶ Elle assure une régularité et une continuité dans le cadre de l'engagement prévu,
- ▶ Elle observe strictement le secret de la visite,
- ▶ Elle ne formule ni conseils médicaux ni critiques sur le service ou sur le traitement,
- ▶ Elle reste neutre dans le domaine politique et religieux.

Chaque bénévole s'engage à respecter les principes de base de l'association et son éthique.

Son action spécifique s'inscrit dans le projet de l'établissement hospitalier pour la prise en compte de la personne dans sa totalité.

V.M.E.H. à H. MONDOR et A. CHENEVIER

Les Visiteurs d'Hôpitaux de Draveil se mobilisent pour les patients de Joffre – Dupuytren

L'association des Visiteurs d'hôpitaux de Draveil est née en 1970, peu après l'ouverture de l'hôpital Dupuytren. Beaucoup des patients, qui venaient alors surtout de Paris, se trouvaient éloignés de leurs familles et de leurs amis. En plus de la fête annuelle, les Visiteurs, actuellement au nombre de 25, assurent tout au long de l'année des visites régulières auprès des hospitalisés de Joffre et de Dupuytren. Quand le temps le permet, ils accompagnent les patients dans le jardin. Ils se montrent actifs lors des animations proposées par le service de Communication-Action culturelle à l'hôpital Dupuytren,

aidant à accompagner les patients qui demandent à assister aux spectacles proposés ou à visiter les expositions mensuelles organisées dans l'espace F. Daré. Sans l'aide des visiteurs, peu de patients auraient la possibilité de sortir du service de soin pour se rendre aux activités. Ces occasions d'échange constituent des moments privilégiés, en particulier pour les patients en soins de longue durée, pour lesquels le ou la visiteuse est souvent la seule personne n'appartenant pas au milieu hospitalier qui entre dans leur chambre. Ce lien social est donc souvent un grand réconfort pour des personnes isolées.



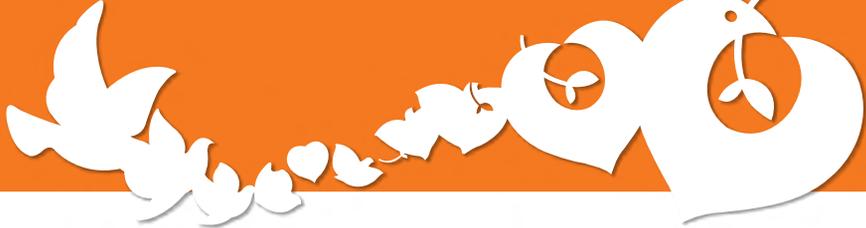
À Joffre

Les 7 et 8 décembre dernier, l'association des Visiteurs d'hôpitaux de Draveil a organisé sa fête annuelle sur les sites de Joffre et de Dupuytren. Comme chaque année, un sachet de chocolat pouvant convenir aux diabétiques, des produits de toilette et un calendrier ont été distribués à tous les hospitalisés tandis que chaque service recevait également une boîte de chocolats.



À Dupuytren

Pendant la distribution, des groupes de chanteurs et des musiciens se sont déplacés dans les étages créant une atmosphère de fête particulièrement joyeuse que les patients de Joffre et de Dupuytren semblent avoir beaucoup appréciée.



Henri Mondor

Journée Mondiale sur la Drépanocytose

La journée mondiale de sensibilisation à la drépanocytose organisée par l'Association SOS Globi s'est déroulée le Jeudi 18 juin 2014 à l'hôpital Henri Mondor autour d'un stand d'information à destination du grand public. Etaient également présentes les équipes médicales du centre de référence des Syndromes

Drépanocytaires Majeurs et les équipes de recherche des hôpitaux A. Chenevier et H. Mondor et les associations de malades. Durant cette journée, pour le plus grand plaisir des mélomanes, un concert de musique classique était organisé dans le hall de l'hôpital avec l'orchestre de vents « harmonie » en présence du Docteur



Dora Bachir accompagnée de plusieurs musiciens (flutistes, saxophonistes et clarinettes).

Émile Roux

Démonstration de recherche de personnes à l'aide de chien

L'hôpital Émile-Roux a accueilli le 19 septembre l'équipe cynophile piste-Saint-Hubert de la gendarmerie nationale de l'Île-de-France. Après une présentation passionnante sur l'utilisation de chien dans divers domaines de recherches (explosifs, armes, stupéfiants, personnes, billets de banque...) ou d'attaque, un exercice de recherche de personnes a été proposé. La star du jour, le Saint-Hubert, est alors entré en scène. Le Saint-Hubert est un chien reconnu pour ses capacités olfactives hors du commun. Avec pour seule référence de départ, un prélèvement salivaire du « fugueur », Dino (c'est son nom) a retrouvé rapidement, la personne. Cette démonstration a enthousiasmé le nombreux

public présent. Le recours à une équipe cynophile peut être un moyen de recherche intéressant pour l'hôpital en cas de disparition inquiétante de patient. Un grand merci au maître de chien intervenant qui a su nous faire partager sa passion, à son chien Dino, au service de sécurité anti-malveillance du groupe et au service communication pour l'organisation de cet événement.



Gérard GRACIET
Chargé de Sécurité Anti-Malveillance

Journée contre la maladie d'Alzheimer

Le 23 septembre, le public nombreux a pu apprécier les conférences de qualité sur le thème « Après le diagnostic, la prise en charge au quotidien du malade et de son aidant ». Nombreux conférenciers internes et externes de qualité se sont succédés. Un grand succès !



Fête de la musique 2014

Henri Mondor

A l'occasion de la fête de la musique, l'hôpital Henri Mondor a organisé plusieurs événements culturels : flash mob, concert et exposition.



Le vendredi 20 juin, l'hôpital Henri Mondor a célébré la fête de la musique en présentant pour la seconde année consécutive, une Flash Mob, organisée par le personnel de l'hôpital. Cette manifestation s'est produite sur le tube mondial « Happy » de Pharell Williams.

A Dupuytren, duo de guitare avec invité surprise

Le public a découvert un groupe de danseurs, venant de tous les horizons professionnels (agents administratifs, techniques, secrétaires médicales, infirmières, aides-soignants, techniciens de laboratoire, cadres techniques et administratifs...). C'est aux sons de la musique antillaise « gro k » jouée par Antonin et son fils que 40 agents se sont regroupés ensemble pour la première fois dans la cour d'honneur et ont entamé leur chorégraphie sur la musique dynamique et joyeuse de « Happy ». Un grand merci à ceux venus s'entraîner le temps d'une pause, à tous ceux qui ont suivi Murielle, dans cette belle aventure



humaine et artistique ! Merci à tous et rendez-vous à l'année prochaine ! Le même jour, le public a pu également découvrir le groupe « The Ol'Bry ». Ce groupe, réunissant 3 musiciens et un chanteur, a présenté un concert dans le hall de l'hôpital et a ravi tous les amoureux de la musique des années 50 en interprétant



des chansons sur le rythme du Rockabilly, du Doo Wop et du Rythm and Blues. Egalement, dans le cadre de la fête de la musique, l'hôpital a accueilli à l'espace culturel Nelly Rotman, du 10 au 20 juin, une exposition exceptionnelle de l'artiste Razzia, l'un des plus grands peintres-affichistes contemporains.



Joffre-Dupuytren

La fête de la musique à Dupuytren s'est déroulée le 25 juin dernier et a réuni personnels, familles, patients, enfants du Centre de Loisirs pour un après-midi intergénérationnel. Les enfants du centre de loisirs ont présenté un spectacle de chansons et de danses, préparé depuis des semaines. Un joli duo de guitares et de belles chansons, interprétées par les personnels de l'hôpital ont complété le programme. Ce moment de convivialité et de bonne humeur a permis d'ouvrir une jolie parenthèse dans le quotidien de tous.



À Dupuytren, duo de guitare avec invité surprise

À Joffre, la fête de la musique s'est déroulée le 20 juin autour d'un déjeuner « moules-frites » avec accompagnement musical. La chorale des patients a interprété des succès de la chanson française, avec entrain et bonne humeur. Les bénévoles de l'association des visiteurs d'hôpitaux de Draveil et de l'association Animation Groupe Culturel de Draveil ont accompagné les patients pour cette fête.



À Dupuytren, spectacle des enfants du centre de loisirs

Merci à tous les participants pour leur mobilisation envers les patients qui apprécient toujours ces moments de partage.



À Joffre, la chorale des patients chante les grands succès

CÉLÉBRATIONS DES CENTENAIRES

Une centenaire à G. Clemenceau

M^{me} marguerite C.

Je suis née à Paris le 15 avril 1914, année de triste mémoire... Entourée par des parents aimants j'ai eu une jeunesse heureuse et très privilégiée.

A 18 ans, mes parents m'ont envoyée en Angleterre pour les études, et j'y suis restée deux ans. J'ai gardé de très beaux souvenirs. Durant la seconde guerre mondiale, je me suis engagée comme infirmière à la Croix Rouge, là j'y ai des souvenirs plus douloureux que l'on ne peut oublier.



J'ai été institutrice pendant une quinzaine d'années, puis les circonstances de la vie m'ont fait changer de métier. J'ai travaillé plusieurs années comme laborantine dans un laboratoire de recherches, et tout en travaillant, m'engageais aussi dans des causes humanitaires.

Ensuite, j'ai été formatrice dans une entreprise qu'avait créée mon père, et dirigée par mon fils. J'ai aussi beaucoup lu ; les livres, la lecture, l'histoire m'ont accompagnée durant toute ma vie.

Quand j'étais petite fille en Bretagne le médecin disait « votre maman a la tête bien pleine !! »

J'ai deux enfants, Annie et Philippe, cinq petits-enfants et sept arrière-petits-enfants. Voilà, ces notes sont un petit aperçu de ce que fut ma vie, riche en événements heureux et d'autres un peu moins...

Marguerite C.

M^{me} Marguerite C. est admise en unité de SSR du bâtiment Michel de Montaigne à l'hôpital G CLEMENCEAU.

Avec l'aide de son fils, l'équipe soignante et la Direction se sont mobilisés pour lui réserver une surprise, dans le service le mardi 15 avril 2014, et fêter ses 100 ans.

Après déjeuner, les patients se sont réunis en salle à manger afin d'accueillir M^{me} C., et lui offrir des fleurs et un cadeau. « Il ne fallait pas ! », répétait-elle. « C'est vous qu'il faut remercier ! »

Surprise et très émue, aux côtés de son fils, elle a pu partager un gâteau, mais aussi évoquer quelques souvenirs.

Une Centenaire à Joffre

Le 27 août dernier, les anniversaires des résidents de Joffre nés en août ont été fêtés et en particulier les 100 ans de Madame Raymonde R. Cette cérémonie s'est déroulée autour d'un goûter, en présence des représentantes de la Mairie de Draveil, déléguées aux personnes âgées, et de Mr Stéphane Barritault, Directeur des Ressources Humaines du site. Chaque



patient fêté a reçu un cadeau, issu des dons des différentes associations qui travaillent avec le service animation de l'hôpital.

La doyenne des français réside à l'hôpital Joffre



Madame Marie LIGUINEN, de son nom de jeune fille BRUDIEUX, est née le 26 mars 1901 en Corrèze. Elle est officiellement la nouvelle doyenne des français. Domiciliée à Ris Orangis, elle est entrée à l'hôpital Joffre en mars 2004, où elle est prise en charge en soins de longue durée depuis cette date.

19 Centenaires à Émile ROUX

Le 25 septembre s'est déroulée la célébration des patients centenaires de l'hôpital Émile-Roux en présence de Mme Teixier, directrice de la communication du GH, de M. Le Roux directeur du site, du Dr Verdavainne responsable du SLD, de Mme Tomasini, cadre supérieur de santé et de Mme Lecoufle Maire de Limeil-Brévannes. Cet événement organisé par l'équipe Animation des unités de soins de longue durée rassemblait les patients de tous les services fêtant 100 ans ou plus en 2014, leurs proches et les professionnels.



19 personnes ayant 100 ans et plus dans l'année 2014 étaient les invités du jour, 17 femmes et 2 hommes. La benjamine, une femme hospitalisée à L. de Vinci est née le 8 novembre 1914, l'ainée de l'hôpital, est une patiente de Cruveilhier née le 8 avril 1908 (106 ans) En cadeau, chaque patient a reçu un magnifique bouquet et sa photo encadrée. L'après-midi a débuté par un spectacle réalisé par la compagnie « Les Ricochets ». Le goûter avec des desserts proposés par le service Restauration de l'hôpital a ravi tous les gourmands. Un grand merci à l'équipe animation pour ce moment chaleureux, plein d'émotion, à renouveler chaque année.

Animations sur les sites de gériatrie

JOFFRE-DUPUYTREN JUILLET - AOÛT

Exposition de l'Association ASA

En juillet et août, exposition des œuvres de l'Association ASA (Ambiance et Stimulation Artistiques). Cette association, installée à Ris-Orangis, propose, depuis trente ans, des ateliers de peintures et de photographies, et anime des stages. Elle organise également des expositions. Cette exposition à Dupuytren ouvre le champ de nouvelles collaborations entre l'hôpital et les villes environnantes, pour le plus grand plaisir de tous.



GEORGES CLEMENCEAU



Spectacle de marionnettes par la compagnie Coppélius

Le 23 juillet dernier, la médiathèque a reçu la compagnie Coppélius et ses marionnettes à l'hôpital Georges Clemenceau.

Ils ont ravi nos patients et les enfants du Centre de loisirs avec une histoire typique de Bretagne. 44 patients étaient présents ainsi que 10 enfants et 20 adultes.



Après la prestation, ils ont déambulé parmi les spectateurs et ont également fait manipuler leurs marionnettes à qui le désirait.

Alexia chante à Georges Clemenceau



Le public était nombreux, salle Jean Rigaux, mercredi 16 juillet dernier pour découvrir et applaudir la chanteuse et musicienne professionnelle, Alexia Rabé, participante à l'émission « The voice 2014 ». Sur une proposition de l'aumônier protestant du GH, Jean-Christophe Bieselaar, Alexia a accepté de se produire bénévolement devant les patients de l'hôpital Georges Clemenceau et a offert un répertoire diversifié, s'achevant par un joyeux « Happy day » sous les applaudissements du public. Un grand merci à sa générosité.

Jean-Christophe Bieselaar et Alexia

ÉMILE ROUX

JUIN

Projet Marmite d'or

Dans le cadre des actions centrales, une animation socioculturelle a été organisée pour la deuxième fois en soins de longue durée. Cette idée basée sur une démarche participative de recherche et de découverte d'autres pays à travers leurs cultures, permet à chacun de devenir acteur du projet commun. Un après-midi qui a mobilisé les patients, les soignants et d'autres personnels de l'hôpital. Le prix marmite d'or a été attribué par le jury au projet « Découverte de l'Espagne »



du pavillon J. Haguenaou qui a bénéficié ainsi d'une animation de proximité pour les patients alités.

JUILLET

Visite de l'exposition du peintre Gustave Caillebotte à Yerres

En juillet, des patients des unités SLD ont visité à Yerres l'exposition du peintre impressionniste Gustave Caillebotte. En petit groupe, accompagné des animatrices, les patients très intéressés ont pu admirer les 42 toiles exposées. Les œuvres, exceptionnelles représentaient pour la plupart les bords de l'Yerres et la propriété yerroise du peintre, son parc, son potager. Les visiteurs ont très apprécié les scènes des bords de la rivière par leur côté apaisant ou leur évoquant les « dimanches au bord de l'eau ».

Les équipes remercient Catherine Ferrandon art thérapeute qui au travers l'association d'art thérapie de l'hôpital a offert les entrées à l'exposition.

SEPTEMBRE

Avec la médiathèque : spectacle de marionnettes à fils (Légendes celtiques) par la Compagnie Coppélius à l'hôpital de jour.

CALENDRIER CULTUREL 2013

JOFFRE-DUPUYTREN Semaine du goût

Animations le jeudi 16 octobre à Joffre : démonstration et dégustation de préparations de tarte normande et de meringues, découpage de fruits par l'équipe de la cuisine

Contes à Dupuytren, Espace F. Daré, Martine Mangeon raconte des histoires de galettes, suivis d'une dégustation de crêpes : **mercredi 15 octobre à 14h30**

Conservatoire communautaire de Draveil à Dupuytren. Samedi 29 novembre à 14h30
Fête des visiteurs d'hôpitaux

Comme tous les ans, avant Noël, **les Visiteurs d'hôpitaux de Draveil organisent une distribution de cadeaux** auprès des patients de Joffre et de Dupuytren dans un environnement musical très agréable. **samedi 6 décembre à Joffre, à partir de 14h. dimanche 7 décembre à Dupuytren, à partir de 14h**

Anniversaire Centenaire : jeudi 11 décembre à Dupuytren

Spectacle de Noël intergénérationnel Samedi 13 décembre à 14h à Dupuytren, Espace F. Daré
EXPOSITIONS - Espace Françoise Daré à Dupuytren du 6 au 31 octobre : Henri THIBERT, Peintures Photographies « l'Argentine » du 5 au 21 novembre à Dupuytren, du 24 au 28 novembre

à Joffre (Patio)

Décembre : Djibril BOKAR THIRE, Peintures

GEORGES CLEMENCEAU EXPOSITION - GALERIE D'ART

Octobre : Dominique de Guillebon, photographies

HENRI MONDOR

EXPOSITIONS CULTURELLES - Espace Culturel Nelly Rotman

EXPOSITION de l'atelier de peinture de L'APSAP Mondor. Du 7 au 23 octobre 2014.

Cette section est ouverte à tous, **tous les mardis de 14 h à 18 h.**

Exposition photographique : « RANA-THARU les princesses de la forêt » Artiste photographe Frédéric GRIMAUD Du 04 au 20 Novembre 2014
Exposition de peinture : Artiste Aude MOLIA Du 2 au 18 Décembre 2014

ALBERT CHENEVIER

Médiathèque

Lundi 13 octobre, Yumiko Nakamura expliquera les techniques de l'origami (pliages de papier) aux patients de l'HDJ gériatrie, **pavillon Calmette, 11 h 00.**

17 novembre : visite guidée au Musée du Louvre, pour les patients du service de psychiatrie
15 décembre : causerie thématique menée

par une conférencière du Musée du Louvre, service de psychiatrie à 14 h 00.

Exposition Hospitalimentation : la restauration hospitalière du Moyen-Âge à nos jours



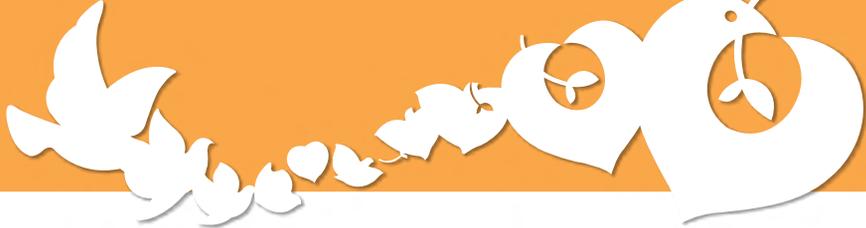
Cette exposition itinérante, élaborée par le Musée de l'APHP, propose de découvrir un secteur de l'hôpital à la fois essentiel et méconnu. Des cuisines aux patients, près de 700 ans d'histoire...

Elle sera présente sur les sites gériatriques durant trois mois, **du 27 novembre 2014 au 27 février 2015**

Joffre-Dupuytren : du 27 novembre au 30 décembre 2014

Georges Clemenceau : du 30 décembre 2014 au 28 janvier 2015

Émile Roux : du 29 janvier au 27 février 2014



Béryl GODEFROY Directrice des Finances

Youness IDRISSE Directeur Adjoint chargé des recettes et de la facturation



Depuis le 1^{er} septembre 2014, la direction des finances du GH accueille un nouveau directeur adjoint chargé des recettes et de la facturation, M. Youness Idrissi. M. Idrissi a

précédemment exercé les missions de directeur adjoint à la logistique au CHU

de Tours et de Directeur des ressources humaines au CH d'Aubagne.

M^{me} Béryl Godefroy est depuis le 1^{er} septembre 2014 Directrice des Finances des HUHM, suite à plusieurs mois d'intérim sur cette fonction. Après avoir exercé les fonctions de directrice adjointe aux finances du Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy Montfermeil (93), Béryl Godefroy avait rejoint le Groupe en 2013 sur les missions de recettes et de facturation.

La Direction des Finances du GH aura à mener dans les prochains mois plusieurs

chantiers d'envergure comme l'accompagnement de la démarche de certification des comptes (échéance 2016 pour l'AP HP), le passage à la facturation au fil de l'eau (FIDES)

tout en veillant au maintien de l'équilibre financier du Groupe.



Nathalie PICQUET, Adjointe du Directeur Informatique

Diplômée de l'Institut d'Administration des Entreprises, complétée d'une thèse en SI des organisations de santé à l'École Centrale de Paris, Nathalie a managé pendant près de 10 ans plusieurs structures spécialisées dans le conseil en Assistance à Maîtrise d'Ouvrage.

Avec un parcours professionnel de plus de 20 ans, dont près de 10 ans dans le secteur de la santé auprès du Ministère, des ARS et hôpitaux, elle vient de rejoindre la Direction des Systèmes d'Information du GH.

Entre 2004 et 2008, elle a participé activement à l'accompagnement des différents services de l'hôpital Mondor/Chenevier au déploiement du dossier de soins Actipidos, avant de rejoindre l'Institut de Veille Sanitaire, puis le Ministère des Affaires Sociales.

Sa dernière expérience en qualité de Responsable de Marché Santé au sein d'une SSII lui a permis d'appréhender les nouvelles dispositions réglementaires en matière de e-santé et de participer aux réflexions sur les axes de développement de la médecine de demain.

Adjointe du Directeur Informatique, elle sera en charge de la cellule Projets et de la coordination de la déclinaison du volet SI des projets institutionnels,

parmi lesquels le déploiement du Dossier Patient ORBIS, la Certification des comptes, la mise en conformité des applications auprès de la CNIL et le pilotage transversal des projets propres à la Direction Informatique.



Clarisse ANDRE Responsable socio-culturel à Albert Chenevier



Après une grande expérience des patients en soins de longue durée à l'hôpital Émile Roux pendant 10 ans, où j'ai occupé plusieurs fonctions notamment Aide soignante pendant

4 ans puis Animatrice et Coordinatrice en animation socioculturelle pendant 6 ans, j'ai le

plaisir de rejoindre depuis le 18 août l'hôpital Albert Chenevier en tant que responsable socio-culturel du service animation, Chargée de programmation et des actions culturelles. Je voulais changer afin d'approfondir les connaissances de ce métier qui permet une transversalité et une approche dans un contexte collectif des actions socioculturelles. C'est avec intérêt que j'envisage cette nouvelle fonction. Mon objectif est de valoriser les actions socioculturelles sur le site d'Albert Chenevier et du groupe Hospitalier. En effet

notre groupe constitue un projet sur des actions culturelles, indissociable du projet de vie individuel du patient qui est mis en place dans chaque site du groupe.

Mon implication sera d'apporter avec professionnalisme et dynamisme, un autre regard sur l'animation en menant à bien une programmation des actions socioculturelles adaptées aux patients hospitalisés afin d'améliorer au quotidien leur bien-être et leur confort.

CARTE BLANCHE AUX MEDIATHEQUES 2014

DANS LES SITES GERIATRIQUES – du 3 au 28 novembre 2014
Sur le thème de l'argentine

Exposition photographique, concerts, spectacles de danses tango, films documentaires, quizz et repas à thème (voir programme complet sur intranet)

