

Le magazine du Centre Hospitalier d'Avignon

# CHALLENGE

N°45 - Mars 2009



> DOSSIER

## Coup de projecteur sur le Bloc Opératoire

> **ÉVÈNEMENT**  
**MÉDAILLES 2008**

QUALITÉ  
> **CAP SUR 2010**

ZOOM  
> **AGENTS DE SÉCURITÉ**

SOINS  
> **LOCAL TECHNIQUE**  
**DE RÉANIMATION**

> **INSTITUTION**  
**HOMMAGES**

# Hôpital, Patients, Santé et Territoire : les mots d'une réforme



Francis DECOUCUT  
Directeur

Le débat parlementaire sur le projet de loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » est ouvert depuis le début du mois de Février.

>> Le texte qui sera publié après discussion et adoption d'amendements issus de tous les horizons réorganisera durablement le système de santé français avec l'objectif majeur de garantir un meilleur accès aux soins pour tous par l'ensemble du territoire. Les idées fortes de ce projet de loi sont développées ci-après :

## > La modernisation du statut des établissements de santé et leur articulation au sein des Communautés Hospitalières de Territoire

La rénovation de la gouvernance des hôpitaux passe par une redéfinition des rôles entre le Directeur, le Conseil de Surveillance (qui remplace le Conseil d'Administration) et la Direction (qui se substitue au Conseil Exécutif).

Les hôpitaux doivent répondre aux besoins croissants de la population, mais ne peuvent tous apporter la même réponse. Travailler sur les complémentarités entre hôpitaux de proximité et plateaux techniques les plus sophistiqués, c'est le sens de la création des Communautés Hospitalières de Territoire qui permettront aux établissements de coordonner leurs interventions et leurs ressources, dans une logique de gradation des soins.

## > Une meilleure répartition de l'offre de soins

Pour que le nombre de médecins en exercice soit proportionnel aux effectifs de la population, il conviendra de mieux répartir les médecins sur le territoire, et donc de corréliser les études médicales ainsi que l'installation des médecins aux besoins des différentes régions.

Par son rôle spécifique de prise en charge, le médecin généraliste devrait devenir l'acteur essentiel de l'organisation de l'offre de soins ambulatoires.

La création de maisons de santé pluridisciplinaires, le développement des coopérations entre filières de soins, les collaborations entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux permettront la mise en œuvre d'une offre de soin de proximité sur l'ensemble du territoire pour une prise en charge adaptée du patient.

## > L'organisation territoriale du système de santé

La création des Agences Régionales de Santé (ARS) aura pour objectif la déclinaison au niveau régional d'une politique de santé. Elles réuniront au sein d'un même organisme l'ensemble des partenaires actuellement chargés des politiques de santé dans les régions et les départements (DDASS, DRASS, ARH, GRSP, CRAM, URCAM, MRS). Elles seront en charge :

- de la politique de prévention
- de l'organisation de la permanence des soins (ville et hôpital)
- de la répartition des professionnels de santé
- du maillage de l'offre de soins
- de la coopération entre établissements et professionnels
- de la gestion du risque.

## > Prévention et Education Thérapeutique

Le projet de loi accentue les limitations d'accès à l'alcool et au tabac. Il prévoit également de développer l'éducation thérapeutique des patients pour améliorer les conditions de vie et la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques.

Le projet de loi HPST porte une ambition : moderniser et simplifier le système de santé français, en répondant aux attentes croissantes de la population. L'Hôpital Public est au cœur de la réforme ; parmi l'ensemble des acteurs du système de santé, il constituera alors un élément moteur du changement et sera digne de la confiance que les Français placent en lui depuis des années.

- Editorial ..... page 2
- Événement ..... page 3  
Médailles 2008
- Qualité ..... pages 4/5  
Cap sur la V2010
- Service ..... pages 6/7  
Bloc opératoire
- Service ..... pages 8/9/10  
Témoignages du Bloc Opératoire
- Soins ..... page 11  
Local technique de réanimation
- Zoom ..... pages 12/13  
Agents de sécurité
- Brèves ..... pages 14/15  
Actualités du CHA
- Institution ..... page 15  
Hommages aux personnes décédées



### DIRECTEUR DE PUBLICATION

> Francis DECOUCUT

### RÉDACTEUR EN CHEF (FF)

> Marielle PETIT DE GRANVILLE,  
Chargée de Communication, poste 3981

### COMITÉ ÉDITORIAL

- > Alexandra AGNEL, Qualificatrice  
poste 3459
- > Jean-Luc ARMONICO, DIM, poste 3093
- > Annick BEAULIEU, IDE nuit
- > Marie-Laurence BRETAGNOLLE,  
Admissions, poste 3385
- > Yannick CERUTTI, Photographe
- > Vanina DERBEZ, Documentation,  
poste 3994
- > Philippe DI SCALA, Stratis
- > Françoise GAUTHIER, PH,  
Médecine Nucléaire, poste 3720

### SECRETARIAT DE RÉDACTION

04 32 75 39 02

### CONCEPTION & RÉALISATION

Stratis 04 98 01 26 26

➤ MÉDAILLES DU TRAVAIL

# Félicitations aux médaillés 2008



Comme chaque année, Challenge vous propose la liste des agents de l'établissement récompensés par la médaille d'honneur départementale et communale.

➤ MÉDAILLES D'ARGENT : 20 ANS

ALONZO Georges	Agent services hospitaliers	Dermatologie
ARROYO-SANTOS Catherine	Aide-soignante	Consultations Ophtalmologie
AUGIER Viviane	Agent services hospitaliers	Hématologie Hôpital de Jour
BERTON Christine	Agent services hospitaliers	Consultations Obstétrique
BONFILS-MARIN Patricia	Ouvrier professionnel qualifié	Cuisine URH
CAPPELEMAN Lionel	Maître ouvrier	Cuisine UCPC
CHAZERANS Genevieve	Masseur Kinésithérapeute	Rééducation Fonctionnelle
CORMONT Nathalie	Secrétaire médicale	Chirurgie Digestive Nord
COSPITO Sabine	Aide-soignante	Cardiologie Nord
FARAUD Roger	Technicien sup. hospitalier	Biomedical
GIULIANI Véronique	Infirmière	ORL Hospitalisation
LANDI Patrick	Agent services hospitaliers	Orthopédie Traumato. Nord
LANZALAVI Angelica	Aide-soignante	Neuro-Rhumatologie Nord
LAUGIER Martine	Infirmière	Retraitée
LOMBARDOT Sylvie	Masseur Kinésithérapeute	Rééducation Fonctionnelle
LORIENTE MONNIER Fabienne	Aide-soignante	Pneumologie Nord
MADER Eric	Aide-soignant	Radiologie
MARCELLIN Patricia	Agent services hospitaliers	Obstetrique Est
MEDINA Marie-Pierre	Aide-soignante	Service Médical d'Accueil
MORIN Dominique	Secrétaire médicale	Endoscopie Digestive
MULTEDO Helène	Assistante sociale	Service Social
PAYAN Christine	Secrétaire médicale	Gynécologie Hospitalisation
RANELLI Alexandre	Infirmier	Retraité
RAYNAL Alain	Technicien sup. hospitalier	Biomedical
RICHAUD Florence	Aide-soignante	Bloc Central
RIEU Isabelle	Agent services hospitaliers	Hématologie Sud
SOBCZAK Véronique	Sage-femme Cadre	Hématologie Sud
STANKOVIC Antoinette	Aide-soignante	Obstétrique Est
TARBOURIECH Michel	Masseur Kinésithérapeute	Bloc Central
VERDIE Marie-jeanne	Infirmière	Rééducation Fonctionnelle
		Cardiologie Nord



➤ MÉDAILLES DE VERMEIL : 30 ANS

ALBANESE Carmine	Technicien sup. hospitalier	Services Techniques
BARTHELEMY Odile	Infirmière	Gastro-Entérologie
BONTOUX René	Agent SMD	Chambre Mortuaire
CHATAIN Régine	Aide-soignante	Hématologie Nord
CLEMENT Catherine	Adjoint administratif	Service Social
DEPAGNE Véronique	Infirmière bloc opératoire	Stérilisation
DEVILLE Renée	Aide-soignante	Long Séjour
DONATE Sandrine	Infirmière	Néphrologie Nord
GONTAL Helène	Adjoint cadres hospitaliers	Admissions
GRAFFART Martine	Infirmière	Comité Coord. Cancéro.
LOTTI Josiane	Maître ouvrier	Blanchisserie
MANENC Jean-claude	Manipulateur radiologie	Radiologie
MATHIEU Huguette	Agent services hospitaliers	Ophtalmologie
MICHELIER Patrice	Ambulancier	SAMU
MONTREDON Mireille	Aide-soignante	Stérilisation
MORER Chantal	Adjoint administratif	Direction
PANCIN Martine	Infirmière cadre de santé	Pôle Digestif Spéc. Chir.
SUCHY Magali	Secrétaire médicale	Consultations Urologie
VANCLOIG Annie	Agent services hospitaliers	Maternité
JOUVAL Christiane	Adjoint administratif	Services Financiers

➤ MÉDAILLES D'OR : 35 ANS

ALEMANY Adèle	Permanencier aux. régulation	SAMU
AUGIER Jean-Louis	Agent de maîtrise	Atelier Menuiserie
DESBROCHES Joëlle	Aide-soignante	Hématologie Nord
GRAPPIN Alain	Agent services hospitaliers	Médecine Nucléaire
MAGNOLER Régine	Aide-soignante	Endocrinologie Nord
RICARD Anne-Marie	Infirmière	EEG
SAMMUT Jacqueline	Agent services hospitaliers	Syndicat FO
SAMMUT Jean-Marc	Ouvrier professionnel qualifié	Transport

Photos disponibles pour les médaillés au Centre de Documentation et Communication poste 3981





## > CERTIFICATION

# Cap sur la V2010

La 3<sup>e</sup> visite de certification de l'établissement est prévue pour février 2010. Voici les principales évolutions par rapport à la V2.

>> Les objectifs de la V2010 sont :

- Renforcer l'efficacité de la procédure en termes d'amélioration de la qualité et de la sécurité
- Simplifier la certification en réduisant la charge de travail induite et les contraintes formelles
- Accroître la garantie fournie aux usagers
- Inscire la certification dans la régulation hospitalière par la qualité

### Les évolutions par thèmes

- **Le management de l'établissement :**
  - Renforcement des exigences vis-à-vis de la sécurité et du développement d'une culture qualité

- Développement des exigences vis-à-vis de l'évaluation et de l'amélioration des pratiques organisationnelles et professionnelles
- Sensibilisation aux évolutions du pilotage des établissements
- Les droits des patients
- **Positionnement des exigences** relatives aux démarches éthiques :
  - Sensibilisation à la notion de bien-être
  - Renforcement des notions concernant les droits des patients en fin de vie et aux soins palliatifs
- **La prise en charge des patients :**
  - Affichage d'objectifs d'amélioration de la sécurité des soins
  - Renforcement des démarches d'amélioration et d'évaluation des pratiques professionnelles

La non-atteinte de ce niveau de conformité conduira à une décision de certification péjorative voire à une non certification.

### Déroulement de la procédure

Concernant le déroulement de la procédure, 2 phases sont au programme.

#### • L'Auto-évaluation :

Une plus grande liberté est laissée à l'établissement pour organiser ses travaux, mais il est cependant demandé de continuer à travailler de manière pluriprofessionnelle et de faire participer les usagers. La rédaction de l'auto-évaluation est allégée hormis pour les PEP et les critères dont le champ a fait l'objet de recommandations dans le rapport de certification V2.

• **La visite de certification** est recentrée sur des points essentiels : les PEP, les recommandations de la V2, les champs sur lesquels des indicateurs sont disponibles (Indicateurs relatifs à la lutte contre les Infections Nosocomiales ; Indicateurs de performance pour l'amélioration de la qualité hospitalière (IPAQH) sur la tenue du dossier patient, la tenue du dossier anesthésique, le respect des bonnes pratiques cliniques de prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë), les critères cotés C ou D par l'établissement, les critères relatifs à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et quelques critères aléatoirement sélectionnés.

Alexandra AGNEL  
Qualificienne

### > Pratiques exigibles prioritaires (PEP)

#### 1. Critère 1.f

Politique et organisation de l'Évaluation des Pratiques professionnelles (EPP)

#### 2. Critère 8.b

Fonction «Gestion des risques»

#### 3. Critère 8.f

Gestion des événements indésirables

#### 4. Critère 8.g

Maîtrise du risque infectieux

#### 5. Critère 9.a

Système de gestion des plaintes et réclamations

#### 6. Critère 12.a

Prise en charge de la douleur

#### 7. Critère 13.a

Prise en charge et droits des patients en fin de vie

#### 8. Critère 14.a

Gestion du dossier du patient

#### 9. Critère 14.b

Accès du patient à son dossier

#### 10. Critère 15.a

Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

#### 11. Critère 20.a

Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient

#### 12. Critère 25.a

Prise en charge des urgences et des soins non programmés

#### 13. Critère 26.a

Organisation du bloc opératoire

### La définition de pratiques exigibles prioritaires (PEP)

Les PEP sont des pratiques fondamentales pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité pour lesquelles un niveau de conformité important est exigé.



## Calendrier de préparation du CHA

### > Novembre 2008

Premier diagnostic concernant les PEP et les recommandations V2. Elaboration du programme qualité et sécurité 2009-2012.

### > Janvier et février 2009

Répartition du manuel entre les professionnels concernés pour lecture et prise en compte afin de mettre en place les actions permettant de répondre favorablement aux critères.

### > Mars à Juin 2009

Lancement de l'auto-évaluation. Accompagnement par le service qualité.

### > Septembre 2009

Synthèse de l'auto-évaluation et ajustement si besoin.

### > Octobre 2009

Validation de l'auto-évaluation par les instances.

### > Novembre 2009

Envoi de l'auto-évaluation à la Haute Autorité de Santé.

### > Février 2010

Visite de certification.

## > JOURNÉE QUALITÉ DU 11 DÉCEMBRE 2008 Echanges autour de l'écoute client

>> Le service qualité tient à remercier toutes les personnes qui ont participé à la journée qualité. Par ces extraits, Challenge vous propose des "Retours d'expériences concernant le recueil de la satisfaction des personnels et des usagers".

### Le Questionnaire de sortie

"L'augmentation du taux de retour (taux de retour de 70%) est due à une implication de toute l'équipe, pour qui, il est important de savoir si leurs patients sont satisfaits de leur séjour. Une culture de service et une vraie relation soignant/soigné sont en place."

"Le questionnaire est mis avec le livret d'accueil sur le lit, mais est également donné lors de la remise du livret d'accueil ou de l'ordonnance. Les référents qualité s'impliquent afin d'augmenter le remplissage du questionnaire et un point est fait tous les mois en réunion."

"Le questionnaire est mis dans le livret d'accueil pour que le patient le trouve dès son arrivée. Quand une date de sortie est fixée, le personnel rappelle l'importance de le remplir."

### Les enquêtes de satisfaction

"Mise en place d'une enquête auprès des familles (2<sup>e</sup> évaluation). Pour la collecte, une urne a été déposée dans le service : le personnel demandait aux familles lors de leur visite de répondre au questionnaire. Les résultats ont fait l'objet d'une analyse et d'un plan d'action, ils sont affichés sur le tableau destiné à l'information des familles."

"Le service accueillant uniquement des patients en ambulatoire, une enquête spécifique de satisfaction des patients a été réalisée. Les résultats sont affichés dans la salle d'attente."

"Le questionnaire est envoyé dans les deux mois après le retour à domicile. Le patient le ramène lors de sa consultation (taux de retour de 100%). Les questions permettent de savoir si les objectifs du service en terme d'éducation sont atteints."

"Le questionnaire est donné à l'arrivée quand le patient va au guichet (questionnaire expliqué par le personnel), il le remplit pendant qu'il attend, il voit le médecin et le rend ensuite. Les résultats sont affichés dans les salles d'attente et postes infirmiers."

"Pour les enquêtes restauration, utilisation du même outil pour chaque évaluation, ce qui permet de suivre les évolutions."

### Enquête clients fournisseurs internes

"Réalisation d'un questionnaire destiné aux médecins afin de connaître leur satisfaction concernant le fonctionnement des consultations et leurs souhaits pour l'organisation du bâtiment sud."





&gt; DOSSIER

# Bloc Opératoire...

Le bloc opératoire du CHA est une structure de 2500m<sup>2</sup> composée de 14 salles de chirurgie de 36 à 52m<sup>2</sup>, d'un arsenal stérile de 190m<sup>2</sup> permettant le stockage des Dispositifs Médico-Stériles (DMS), des plateaux d'instrumentation et des médicaments, et d'une Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI) de 220m<sup>2</sup>.



## > Repères d'activité

En 2008, 11080 patients ont été pris en charge au bloc opératoire du CHA, ce qui constitue une progression de 14,3% par rapport à 2007. Parmi ces patients, 2435 relèvent de la chirurgie ambulatoire pour laquelle une progression de 26,8% par rapport à 2007 est enregistrée.

## > Professionnels du bloc

### PROFESSIONNELS AFFECTÉS AU BLOC

> 22 anesthésistes-réanimateurs, 38 IBODE, 39 IADE, 20 AS, 7 brancardiers, 4 ASH, 2 personnes en Contrat Avenir, 2 Secrétaires, 4 cadres et une assistante des cadres (de formation IBODE).

### UTILISATEURS DE LA STRUCTURE

> Plus de 60 opérateurs (chirurgiens et médecins spécialistes) utilisent la structure pour opérer leurs patients ou pratiquer des examens.

>> Toutes les chirurgies sont représentées au bloc opératoire, en dehors de la chirurgie cardiaque et de la neurochirurgie.

Une sectorisation récente des IBODE et des AS (2008) a permis de renforcer les compétences de ces personnels dans un domaine donné. 5 secteurs ont été définis :

- > Vasculaire - Thoracique (secteur rouge),
- > Digestif - Urologie - Gynécologie (secteur orange),
- > ORL - Chir. maxilo-faciale et dentaire - Chir. Infantile (secteur vert),
- > Orthopédie - Traumatologie (secteur blanc),
- > Chir. ambulatoire (secteur bleu).

Concernant le service anesthésie, les médecins anesthésistes réanimateurs et les IADE exercent dans tous les secteurs et sont amenés à travailler à l'extérieur du bloc central : au bloc obstétrical, en radiologie interventionnelle et en cardiologie pour les Échographies Trans-Oesophagiennes. Les IADE assurent également une présence en SSPI, lieu de surveillance rapprochée des patients en phase de réveil.

## Régulation des journées opératoires

Une des spécificités du CHA a été la mise en place, en mai 2006, d'un poste de cadre régulateur dont la mission principale est d'assurer une fluidité dans le déroulement des journées opératoires et une gestion des ajouts au programme réglé en fonction des plages disponibles ou rendues vacantes par les annulations.

Nous commençons à être sollicités par des établissements extérieurs par rapport à cette fonction de cadre régulateur. Deux IBODE de l'Hôpital Saint-Joseph (Marseille) sont venues observer la fonction "Cadre Régulateur" le 12 février 2009.

## Organisation de la programmation opératoire

Le préalable à la programmation opératoire est la planification, c'est à dire la répartition des vacances opératoires entre les différentes spécialités chirurgicales. Répartition effectuée en fonction des temps d'occupation des salles de chaque spécialité sur les 6 derniers mois. Chaque semaine, une proposition de programme opératoire est expédiée via la messagerie par les secrétariats des différents services de chirurgie le jeudi avant 12h. Ce programme est ensuite étudié en Conseil de Programmation auquel participent les cadres du bloc, le cadre de chirurgie ambulatoire, un anesthésiste et un ou deux chirurgiens. Des modifications peuvent être apportées en fonction notamment des disponibilités en matériels et des dépassements potentiels de plages opératoires. À l'issue du Conseil de Programmation, le programme opératoire est validé. Tout ajout de patient doit faire l'objet d'une demande formulée par l'opérateur qui remplit une feuille de programmation et contacte le cadre régulateur et l'anesthésiste.

## La permanence des soins

La nuit et le week-end, les professionnels du bloc opératoire assurent à tour de rôle une présence permettant d'assurer la permanence des soins. Une équipe minimale est composée d'un médecin anesthésiste-réanimateur, de deux IADE (un pour les salles d'opération et un pour la SSPI), de deux IBODE et un AS. Une autre équipe composée d'un médecin anesthésiste réanimateur et d'un IADE est également présente au bloc obstétrical.

## L'écologie de l'air et de l'eau

La surveillance de la bonne qualité de l'air dans les différentes salles d'opération et dans l'arsenal est effectuée par



# Mythes et réalités !

l'équipe du SLIN qui nous alerte en cas de mauvais résultat. Une fois l'alerte donnée, un ménage en 3 temps est effectué dans la salle ou la zone de l'arsenal qui pose problème. Des prélèvements réguliers sont également assurés au niveau des points d'eau et notamment au niveau des auges destinées au lavage des mains des équipes chirurgicales. Les résultats sont affichés sur un tableau situé à l'intérieur du bloc, afin que les professionnels en aient connaissance.

## Evolutions en cours

### Chantier MeaH

Le bloc opératoire est engagé depuis juin 2008 dans le chantier MeaH "Gestion et organisation des blocs opératoires" et participe activement au plan de retour à l'équilibre de l'établissement. Dans le cadre de cet audit les instances de supervision du bloc opératoire ont été restructurées et leurs missions précisées. Par ailleurs, le traitement des données d'activité issues de Clinicom est en cours d'automatisation afin que nous puissions obtenir la plupart des indicateurs MeaH à une semaine ; indicateurs nécessaires à un pilotage efficace de la structure (taux d'occupation des salles, taux de débordement...). Enfin, une réflexion sur le démarrage de l'activité a été entreprise. En effet, certain qu'une économie de temps est possible en début de vacation, le groupe projet a formalisé un modèle de démarrage de l'activité opératoire avec les missions et l'heure d'arrivée des différents acteurs, ainsi qu'un descriptif des différents temps de la prise en charge des premiers patients. Parallèlement, un relevé de la fréquence et des motifs de retard est effectué quotidiennement par le cadre régulateur. Nous nous sommes fixés comme objectifs que 80% des premiers patients puissent entrer en salle avant 8h (18% actuellement – médiane 8h10) et 50% soient incisés avant 8h30 (16% actuellement – médiane 8h50).

## Informatisation

Un appel d'offre concernant l'informatisation de la programmation opératoire doit être lancé en mars 2009. Cette informatisation nous permettra une plus grande maîtrise de la programmation opératoire, un suivi du déroulement des programmes opératoires en temps réel et une détection des incohérences dans la programmation (par exemple : matériel unique utilisé dans 2 salles au même moment...).

## La logistique

### Les DMS, les médicaments et les instruments

Chaque jour, deux AS ont pour mission d'assurer l'approvisionnement de l'arsenal (190 m<sup>2</sup>). Ils effectuent la majeure partie des commandes et rangent le matériel.

Toutes les semaines environ 15 armoires et 3 palettes sont livrées par la pharmacie.

Le décartonnage des différents matériels et médicaments s'effectue dans une salle spécifique située à l'entrée du bloc opératoire. Le tout est ensuite transporté puis rangé dans les rayonnages de l'arsenal. Ces AS assurent également la réception, le déconditionnement et le rangement de 4 à 5 palettes par semaine en provenance du magasin. Plus de 1000 unités stérilisables qui se répartissent en boîtes, containers et sachets divers sont stockées dans l'arsenal (plusieurs milliers d'instruments). En 2008, environ 2750 références de DMS et médicaments ont été commandées par le bloc.

### Le matériel bio-médical

De l'appareil à glycémie capillaire au respirateur d'anesthésie en passant par la table d'opération et le bistouri électrique, plus de 750 matériels bio-médicaux sont affectés au bloc opératoire et gérés par les référents bio-médicaux (2 AS, 2 IBODE et 2 IADE), sous la responsabilité de leurs cadres.



## Benchmarking des blocs opératoires

Les Agences Régionales de l'Hospitalisation accompagnent les établissements dans l'amélioration interne de l'efficacité organisationnelle de leurs blocs opératoires. Dans ce cadre, le CHA participe depuis 2 ans au benchmarking des blocs opératoires, avec le soutien méthodologique de la Mission nationale d'expertise et d'audits Hospitaliers (MeaH). L'ambition d'une telle démarche est de développer l'opportunité pour chaque établissement de comprendre qu'il n'est pas unique et de se situer par rapport aux autres blocs de la région et des autres régions.

## Des résultats encourageants

	Taux d'occupation des salles		Taux de débordement	
	2007	2008	2007	2008
Salle d'endoscopies digestives	91,1 %	96,8 %	3,2 %	4,4 %
Salles de chirurgie	73,6 %	77 %	4,4%	3,75 %
Recommandation MeaH	80 à 85 %		< à 5 %	

Véronique LLAGONNE - Chef de Bloc

## Le métier d'IBODE

**L'IBODE peut intervenir comme circulant, instrumentiste ou aide opératoire. Il travaille au sein d'une équipe pluridisciplinaire et doit avoir de solides connaissances des techniques et des temps opératoires, de l'anatomie, des règles de stérilisation et d'hygiène.**

### Marie-Pierre FILY

Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat



“En chirurgie ambulatoire, l'IBODE circulant est le trait d'union entre l'environnement stérile autour de la table d'opération, les chirurgiens et le reste de la salle. Mon rôle est multiple ; en premier lieu la préparation de la salle d'opération (vérification du matériel de la salle et préparation du matériel nécessaire à l'intervention). Il s'agit ensuite d'aller chercher le patient à l'accueil avec l'IADE ; c'est une étape importante qui implique

un certain nombre de vérifications, notamment les paramètres d'identivigilance. Nous installons ensuite le patient sur la table d'opération. À ce moment là, le travail effectué jusqu'à son endormissement se fait le plus silencieusement possible.

Vient ensuite la préparation du champ opératoire, l'habillage du chirurgien, du ou des internes, la préparation de la table d'opération, et le branchement du matériel (aspiration, bistouri électrique notamment). Durant l'intervention je réponds aux demandes du chirurgien en essayant de les anticiper. À la fin de l'intervention, j'accompagne le patient en salle de réveil avec l'IADE. Enfin, je retourne en salle d'opération pour assurer le nettoyage et le rangement et la préparation de l'intervention suivante. En fin de journée, après la remise en ordre de la salle, je prépare les interventions pour le lendemain.

### Sandrine TESTORI

Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat



“Le travail de l'instrumentiste consiste tout d'abord à préparer le matériel chirurgical pendant que l'IBODE circulant effectue l'ouverture de la salle d'opération. Il s'agit donc de récupérer dans l'arsenal les DMS et les boîtes d'instruments nécessaires aux interventions programmées, d'en vérifier la stérilité, l'intégrité et la péremption. Qu'il soit circulant ou instrumentiste, l'IBODE est le garant de l'hygiène.

Une AS réalise sous sa responsabilité, un nettoyage de la salle, de la table d'opération, du matériel, selon un protocole établi par le SLIN. Pendant que l'équipe anesthésie endort le patient, l'IBODE instrumentiste réalise un nettoyage chirurgical des mains, s'habille stérilement, prépare la ou les tables d'instrumentation puis une fois le champ opératoire effectué, met en place les champs stériles avec l'aide de l'équipe de la salle. Durant l'intervention chirurgicale, l'instrumentiste veille aux règles d'hygiène, anticipe les gestes du chirurgien et met à sa disposition les DMS que lui passe l'IBODE circulant. Une fois l'intervention terminée, l'instrumentiste réalise le pansement avec l'aide de l'IBODE circulant puis débarrasse les tables d'instrumentation, démonte et dépose les instruments dans le bac puis prépare la salle pour l'intervention suivante.”



### Antoine SARKIS

Manipulateur en Électro-Radiologie

“Mon travail consiste à guider l'opérateur grâce à la radioscopie, notamment : en traumatologie et en orthopédie, en chirurgie vasculaire (chirurgie de l'aorte par voie endo-vasculaire, pose de stent, dilatation artérielle), en chirurgie digestive pour toutes les interventions qui touchent aux voies biliaires (cholécystectomie, pancréatectomie, hépatectomie), en chirurgie urologique notamment pour les montées de sondes urétérales, en gastro-entérologie pour les cathétérismes de la papille par voie rétrograde, et enfin lors de la pose des chambres implantables.

Je positionne la source au niveau de la zone à radioscopier et tout en offrant la meilleure visibilité possible à l'opérateur en affinant les réglages de l'appareil, j'émet le moins de rayon X possible. J'ai également pour mission de donner des conseils en terme de radio-protection et de contrôler le bon fonctionnement des appareils.”

### Dr. Christian DUTARI

Chirurgien

“De garde un jour par semaine et un week-end par mois, le travail du chirurgien comprend trois étapes distinctes : la consultation de chirurgie, l'acte chirurgical et le suivi post-opératoire. Lors de la consultation de chirurgie l'aspect relationnel et humain est très important, il faut dialoguer avec le patient et sa famille, lui expliquer l'acte, le rassurer et l'apaiser. Le patient a alors un temps de réflexion avant de prendre la décision de se faire opérer. Décision qui peut être

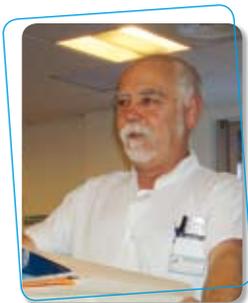
confirmée au cours d'une deuxième consultation. Dans certains cas plus ou moins complexes, la pathologie du patient est discutée en staff avec l'équipe chirurgicale (chirurgiens digestifs) et médicale (gastro-entérologues, radiologues, anesthésistes). Il s'agit là de préciser la stratégie chirurgicale à adopter et d'apprécier le rapport bénéfice/risque pour le patient.

Vient ensuite l'acte chirurgical. Une équipe est réunie autour du patient et du chirurgien pour la meilleure prise en charge possible. Cette équipe est composée d'une équipe anesthésie comprenant l'IADE et l'anesthésiste, et d'une équipe chirurgicale comprenant les IBODE, l'interne et parfois l'AS. Dans certains cas, un Manipulateur en Électro-Radiologie est également présent. Le rôle de chacun est de faciliter l'acte opératoire réalisé par le chirurgien. Il s'agit enfin d'assurer le suivi post-opératoire du patient pendant l'hospitalisation puis, à sa sortie au cours d'une consultation post-opératoire.”



## Robert TOURNAIRE

Brancardier



“Après avoir pris connaissance de la fiche de brancardage, mon travail et celui de mon co-équipier consiste à aller chercher le premier patient de chaque salle selon l'ordre pré-établi. Le transport des patients suivants, est réalisé à la demande de l'AS d'accueil. À l'arrivée

dans le service après avoir vu l'IDE et récupéré le dossier du patient, nous nous assurons, après l'avoir salué, qu'il est porteur, ainsi que son lit, du bracelet d'identification, qu'il n'a pas conservé de prothèses, qu'il est à jeûn. Au départ du service, nous prenons les éventuelles consignes orales de l'IDE et pendant le transport nous parlons au patient pour le rassurer.

À l'arrivée à l'accueil du bloc nous transmettons les informations à l'AS d'accueil et laissons le patient en salle d'attente dans son lit.

Le retour du patient dans son service se fait après appel de l'AS de la SSPI. Le patient est reconduit dans sa chambre, l'IDE avertie, le dossier et les consignes orales transmis.”

## Didier NICOLET

Cadre Régulateur

Poste 3490

Didier NICOLET, depuis peu assisté par Bruno DENOYELLE, faisant fonction de cadre IADE, assure cette mission depuis mai 2006. Le poste a une amplitude d'environ 10h. La journée de travail commence à 7h30 et se termine à la fin de la journée opératoire aux alentours de 17h.



“La régulation c'est d'abord le lien entre les équipes médicales (chirurgiens et anesthésistes) et para-médicales, mais c'est aussi le lien entre les services de chirurgie et le bloc opératoire. Ce rôle transversal confère au cadre régulateur une vision globale de l'activité du bloc opératoire.

Sur le terrain je m'adapte en permanence aux aléas : je réorganise l'affectation des équipes en salle d'opération, je redistribue les vacances vacantes à d'autres spécialités en cas de besoin, j'intègre les rajouts si possible dans la vacation du matin, j'organise la prise en charge des urgences vitales en réquisitionnant la première salle dont l'intervention se termine.

En somme, je fais en sorte d'optimiser l'occupation des salles et de maîtriser les dépassements de vacation qui génèrent des heures de récupération. Le préalable à de bonnes conditions de régulation des journées opératoires est l'analyse rigoureuse et le réajustement des programmes des différentes spécialités en Conseil de Programmation le jeudi après-midi.

De formation IADE, j'e m'occupe également du matériel d'anesthésie et j'apporte une aide à Bruno DENOYELLE dans la gestion du service anesthésie. Enfin, j'assure l'encadrement de l'équipe de brancardiers affectés au bloc.”

## Docteur Sébastien THIBAUT

Médecin Anesthésiste Réanimateur



“L'exercice de l'anesthésie réanimation au bloc opératoire obéit à des règles précises fixées par Décret. Ces règles définissent l'environnement technique de l'anesthésie et le parcours des patients sous la responsabilité des médecins anesthésistes réanimateurs (MER). L'environnement technique réglementaire est de haute qualité au CHA. Il existe deux populations distinctes de patients au bloc opératoire : les patients devant subir une chirurgie programmée d'une part, et ceux devant subir une chirurgie urgente d'autre

part. Le parcours de soins anesthésiques des patients programmés est très précis. Le patient rencontre un MER plusieurs jours avant l'intervention (consultation pré-anesthésique) puis revoit un médecin anesthésiste dans les moments qui précèdent l'intervention (visite pré-anesthésique). Le parcours des patients urgents est accéléré, adapté aux situations d'urgences. Au CHA toutes les étapes du parcours anesthésique sont tracées dans le dossier opératoire.

Après avoir été accueilli par l'équipe de la salle d'opération le patient est conduit en salle, monitoré, perfusé puis anesthésié (induction de l'anesthésie). L'induction anesthésique représente une phase critique de l'anesthésie. Ensuite pendant l'intervention l'anesthésie est entretenue, et des techniques de réanimation per-opératoires sont employées. À la fin de la chirurgie, le patient est réveillé (2<sup>e</sup> phase critique), puis surveillé en SSPI d'où il sortira sous la responsabilité du médecin anesthésiste qui l'a pris en charge. Bien entendu le rôle de l'anesthésiste réanimateur ne se limite pas au bloc opératoire. Un travail de réhabilitation péri-opératoire est réalisé, notamment pour les interventions majeures, en proposant les meilleures techniques de prise en charge de la douleur et de nutrition péri-opératoire tenant compte du terrain clinique des patients. Vous aurez compris que sécurité, expertise technique et qualité sont les maîtres mots de l'anesthésiste réanimateur au bloc.”

## Nicole BANCHEREAU

Agent des Services Hospitaliers

3 à 4 ASH assurent l'amplitude horaire de 6h30 à 20h. Ils ont pour mission l'entretien des locaux communs et la réception et la gestion des armoires de linges ou de pharmacie.

“L'ASH chargée de la zone extérieure au bloc est habillée en blanc et s'occupe de l'entretien de la salle de détente extérieure, des vestiaires, et des courses. Elle assure également l'évacuation des cartons, la réception des armoires de linge et de la pharmacie, ainsi que leur retour le soir. Elle achemine les prélèvements volumineux au laboratoire d'anatomo-pathologie et de bactériologie, distribue les programmes opératoires dans les services et va chercher les repas à la cuisine pour l'équipe de garde.

L'ASH chargée de la zone intérieure au bloc est habillée en vert. Dès 6h30, elle nettoie la SSPI et la salle de réunion puis le couloir en respectant un circuit spécifique. Elle travaille ensuite avec les AS des salles pour aider à l'évacuation des déchets. La journée se poursuit avec le nettoyage des différentes surfaces, des murs, des bureaux et de la salle de détente intérieure, puis du local à déchets et des réfrigérateurs. L'après-midi est consacré au nettoyage de la zone d'accueil, du bureau des chirurgiens, de la salle de transfert, et à l'évacuation des sacs de linge et des poubelles de la SSPI.”





**Christine  
DARRAS**  
Infirmière Anesthésiste  
Diplômée d'Etat



**Colette  
BRUN**  
Infirmière  
Diplômée d'Etat

“La Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI) opérationnelle 24/24, est dotée de 21 postes. L'activité consiste à prévenir les complications en surveillant les patients dans les suites de l'opération : degré d'élimination des anesthésiques, surveillance hémodynamique, état de conscience, état respiratoire, mobilité, saignement... Parfois, nous pouvons avoir à refaire un pansement. Il s'agit également d'évaluer et d'atténuer la douleur à l'aide de médicaments puissants comme la morphine et d'apaiser le patient en lui parlant et en répondant à ses questions. En ce qui concerne les enfants, la présence des parents nous aide à les rassurer. Le retour à des constantes normales, l'absence de douleur et de saignement, conditionnent la remontée du patient dans son service. Nous gérons également les prêts de pompes à morphine aux services, et ponctuellement la formation et l'assistance des infirmières des services à leur manipulation. Par ailleurs, nous assistons les anesthésistes lors des poses de voies veineuses centrales.”

## Le métier d'AS

Les AS du bloc opératoire se déploient sur 5 activités spécifiques

- > l'accueil du patient,
- > le nettoyage des salles d'opération,
- > la gestion des commandes de matériels pour les secteurs chirurgie et anesthésie, et la gestion et le suivi des réparations du matériel d'instrumentation et du matériel bio-médical,
- > la pré-désinfection des instruments en sortie de salle et l'acheminement du matériel pré-désinfecté vers la stérilisation,
- > la collaboration avec les IADE dans les soins dispensés en SSPI.

### Patricia YORILLO

Aide Soignante

“Ma journée commence à 7h30 et j'ai en charge 2 salles d'opération. L'ouverture des salles et le nettoyage de toutes les surfaces et du SAS d'accès sont la première étape de cette journée. Vient ensuite l'accueil du patient et son installation en salle d'opération. Moment privilégié pendant lequel je veille au confort du patient. En fonction de son état et de la gravité de l'intervention je me rends disponible auprès des IBODE et de l'IADE de la salle pour leur apporter une aide au démarrage de l'intervention. Durant l'intervention j'ai en charge la gestion du matériel remontant de la stérilisation et l'envoi des différents examens au laboratoire de bactériologie ou d'anatomo-pathologie. Je peux être amenée à apporter de l'aide en salle ou aller chercher du matériel dans l'arsenal stérile. Après la sortie de salle du patient, j'achemine les bacs contenant les instruments souillés en zone de pré-désinfection, puis remet la salle en état et la prépare pour l'intervention suivante.”



### Sylvia RYCKEBOER

Aide Soignante

“La journée de travail commence à 7h30 et se termine à 15h30. La feuille de brancardage du jour en est le fil conducteur. Dès qu'une salle m'en fait la demande, j'appelle une des équipes de brancardiers (à tour de rôle) pour aller chercher le patient. À son arrivée je vérifie son identité et renseigne la check-list du dossier opératoire (absence de toute prothèse dentaire, bijoux, piercings, état de jeûne...). C'est une période importante pour le patient qui reçoit un accueil personnalisé dans un temps très court. J'essaie de créer une relation de confiance en étant à son écoute, je veille à ce qu'il soit confortablement installé, qu'il n'ait pas froid et je réponds à ses questions. Vient ensuite l'enregistrement du

patient sur la main courante puis l'ouverture du formulaire informatique dans Station Clinique. Par ailleurs, j'assure la réception des bons de rajouts du jour ou de la semaine et les transmets au cadre régulateur, je réponds aux demandes de renseignements des familles, aux nombreux appels téléphoniques des services et autres secteurs. En fin de vacation, je transmets une relève à l'une des AS d'après-midi qui récupère le téléphone, afin que le bloc soit joignable de façon continue au poste 3484.”



## Le métier d'IADE

L'infirmier anesthésiste est le collaborateur du médecin anesthésiste. Il travaille sous sa responsabilité pendant toute la durée de l'anesthésie et pendant toute la durée du séjour du patient en SSPI.



**Sylvie CHÈNE**  
Infirmière  
Anesthésiste  
Diplômée d'Etat

“Mon rôle consiste tout d'abord en la préparation de la salle. Il s'agit d'effectuer des contrôles sur les différents appareils utilisés lors de l'anesthésie notamment, le respirateur et le scope, de préparer le matériel et les médicaments nécessaires à l'induction et l'entretien de l'anesthésie, le matériel de réchauffement, de prévoir un stock suffisant de médicament d'anesthésie. J'accueille ensuite le patient avec l'IBODE circulante et l'AS. Là, nous vérifions les paramètres d'identito-vigilance, l'état de jeûne du patient, l'absence d'appareil dentaire, de lentilles de contact, de vernis à ongle, de bijoux ou de piercings... Nous installons le patient sur la table d'opération et le transportons en salle. Tout en veillant au confort du patient, j'installe le matériel permettant la surveillance de ses constantes et je le perfuse. Avec l'anesthésiste, nous induisons l'anesthésie puis le patient est intubé et mis sous assistance respiratoire. Durant l'intervention j'ai en charge l'entretien de l'anesthésie et la surveillance du patient (pouls, TA, oxygénation, T°, saignement...). À la fin de l'intervention, le patient est réveillé puis accompagné en SSPI.”

## &gt; RÉANIMATION

# Responsabilité et serviabilité de l'équipe du local technique



Le local technique de réanimation, souvent appelé "le pool" dans les autres services de l'hôpital, a vu le jour en 1981. Son but était alors d'assurer un équipement en pousse-seringue des chambres de réanimation et de contribuer au fonctionnement des autres services de l'hôpital. Au fil des années, l'activité et les prérogatives des personnes y travaillant n'ont fait que s'accroître.

>> A ce jour, le service du local technique gère 772 appareils en terme de traçabilité, entretien et maintenance préventive. Parmi ceux-ci, 470 appareils sont dédiés à la réanimation et 302 le sont pour les autres services (pool). L'organisation du travail tient compte d'une double mission. Les aides-soignantes faisant fonction de techniciennes hospitalières couvrent deux unités fonctionnelles : l'UF 1105 réanimation polyvalente et l'UF 1135 pool matériel pour les unités de soins. Carole COLIN et Michelle MALARDOT ont pour premier rôle d'être en liaison permanente avec l'équipe soignante et médicale de la réanimation et les personnels des services de soins.

Pour cela, elles doivent également collaborer avec le plateau médico-technique, le service biomédical, le SLIN, la pharmacie, les services économiques, le magasin, les services techniques, les fournisseurs et sociétés de matériel médical.

## De nombreuses missions

Au niveau des tâches techniques, elles effectuent le conditionnement du matériel réutilisable (pack pour monitoring, endoscopes, montage des respirateurs, etc). Elles prennent en charge les pannes quotidiennes dans les limites de leurs capacités. Elles réceptionnent et évaluent le matériel d'essai. Elles recensent les besoins annuels en matériel médical.

De par leurs compétences et leur expérience, elles sont sollicitées au moment du choix du matériel médical, notamment pour les pousse-seringues électriques et les pompes volumétriques. En terme de sécurité, elles veillent à l'application de la réglementation en lien avec le biomédical, l'ingénierie, les cadres de santé et la pharmacie. Vis-à-vis des prestataires, elles accueillent les commerciaux et techniciens des sociétés extérieures pour planifier les contrôles préventifs et les essais de nouveaux matériels.

Enfin, elles participent à la formation du personnel de réanimation et des services externes qui viennent quelquefois utiliser les ressources du local.

## Qualité du service et serviabilité

Au total, la charge de travail est importante et la responsabilité de nos deux aides-soignantes est conséquente. Qualité du service et serviabilité sont les maîtres mots qui caractérisent pour le mieux les deux agents qui composent cette équipe. Elles contribuent sans conteste à la bonne prise en charge des patients dans les services. Si cet article ne suffit pas à votre curiosité, vous êtes les bienvenus pour venir visiter cette partie de la réanimation. Carole COLIN et Michelle MALARDOT vous accueilleront avec plaisir. Ces quelques lignes sont aussi pour nous l'occasion de les féliciter pour le travail accompli.

*Dr Pierre COURANT, Chef de service - Réanimation  
Flavien BONIFAZZI, Cadre de santé - Réanimation*





## > AGENTS DE SÉCURITÉ “Les anges”

Une culture de sécurité d'entreprise bien développée est essentielle pour rendre l'environnement professionnel agréable. Or si on nous parle souvent de la responsabilité du pilote de ligne ou du conducteur de TGV qui veillent sur la sécurité de plusieurs centaines de passagers ; a-t-on conscience que l'agent de sécurité qui surveille un établissement recevant du public a aussi en charge la sécurité de plusieurs milliers de personnes !



>> Qualifiés pour contrôler les accès, assurer la garde des bâtiments, effectuer les rondes, observer et rendre compte, sans oublier servir de renfort ou de force d'appoint, les agents de prévention et de sécurité contribuent au quotidien à rendre notre établissement plus sûr pour le personnel et les visiteurs. C'est pourquoi le Centre Hospitalier d'Avignon emploie la Société Sud Gardiennage Service dont le rôle complète celui de l'équipe de sécurité incendie.

### Missions : prévenir, sécuriser, protéger, intervenir

A cet effet, une équipe, composée d'un chef de poste et de 8 maîtres-chiens, est chargée de veiller à la protection des personnes (patients, usagers, personnels) et des biens sur l'ensemble du site du centre hospitalier. Pour répondre à ces objectifs, ces agents de sécurité sont présents jour et nuit, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Ils surveillent l'accès au site et aux bâtiments et effectuent des rondes de surveillance régulières à pied dans les périmètres restreints (par exemple : des factions au parking silo se font à la relève du soir de façon à assurer la sécurité du personnel) et en voiture (Peugeot 206 blanche) dans les zones plus larges (UCPC, IFSI, etc). Ils procèdent à l'ouverture et à la fermeture des portes d'accès au bâtiment principal et des portails d'accès au site, et contrôlent les allées et venues des personnes.





# gardiens du CHA"

Ils gardent aussi un œil vigilant sur tout évènement inhabituel ou suspect, alertent en cas de dysfonctionnements, incidents, alarmes, et assurent la surveillance des zones où le stationnement est interdit.

Ils sont aussi formés pour effectuer des gestes de premiers secours en cas de besoin.

## La vidéosurveillance depuis 2006

Pour renforcer les moyens mis à leur disposition et accroître la prévention, un système de vidéosurveillance a progressivement été déployé depuis novembre 2006. Aujourd'hui, le Centre Hospitalier d'Avignon compte 34 caméras positionnées pour surveiller les secteurs les plus sensibles (urgences adultes et enfants, parking silo notamment). Leurs images sont renvoyées sur 3 centres de surveillance internes.

Cependant, pour garantir pleinement votre sécurité, votre vigilance et votre réactivité face à la difficulté restent primordiales ; elles contribueront à l'efficacité de l'intervention des agents de sécurité dans la maîtrise du problème. Même si dans la panique, il n'est pas toujours évident d'avoir les bons réflexes et de donner les bonnes informations, en cas d'incident, composez immédiatement le 84 et indiquez précisément le lieu, la nature du problème, votre nom et un numéro à rappeler le cas échéant. L'efficacité de l'intervention sera augmentée.

## Une fonction méconnue et importante

Car le métier n'est pas facile. Si le grand public a une idée plus ou moins précise du rôle d'un policier ne serait-ce qu'à travers les films du petit ou du grand écran, que sait-il vraiment de l'agent de sécurité ? L'image la plus répandue est celle du vigile austère, pourtant elle est non seulement réductrice mais surtout inadaptée à l'évolution de la profession. Réductrice, car la mission principale de l'agent de prévention et de sécurité c'est protéger les biens et les personnes. Il s'agit donc en vérité d'un métier chargé de responsabilités et dont les enjeux financiers et vitaux peuvent être considérables. Inadaptée, car ces dernières années, le métier a considérablement évolué, de même

que les mœurs de la société. Le secteur de la surveillance humaine est en plein développement. Aujourd'hui, on note que la commande publique, au sens large, représente 21% de cette activité.

Dans le respect de la réglementation (les possibilités d'intervention ne sont pas aussi larges que pour des policiers), ce travail demande de nombreuses qualités comme la rigueur, le respect, la motivation, la compétence et la conscience professionnelle. Les agents de sécurité doivent être disponibles, posséder un savoir faire et un savoir être pour faire face aux situations les plus délicates, sans oublier une bonne résistance physique pour tenir un poste plusieurs heures de jour comme de nuit. Ce sont donc des personnels formés, qualifiés, capables d'analyser une situation, d'appliquer des consignes et des procédures qui nous accompagnent au quotidien sur le site.

Le métier exige aussi intégrité, honnêteté, discrétion et exemplarité. L'agent de sécurité reflète à la fois l'image de la société qui l'emploie mais également l'image de la structure dans laquelle il intervient.

## > Une présence rassurante

**Soyez rassurés ! Même si vous ne croisez pas leur chemin, les agents de sécurité sont là, bien présents dans l'enceinte, prêts à intervenir. Et si vous faites leur rencontre, vous pourrez facilement les reconnaître grâce à leur uniforme bleu marine ou noir sur lequel est indiqué "SÉCURITÉ".**

**Ne vous méprenez pas ! Si leur attitude vous impressionne parfois, cette posture ne vous est pas destinée ; considérez-la comme sécurisante et dissuasive.**

**Leur présence est faite pour vous rassurer et non l'inverse. Un petit "bonjour", un rapide "bonsoir" seront appréciés !**

**En cas de problème, de vandalisme, d'agression ou d'incivilité ayez le réflexe "84".**

*Eric JULIEN, Maître ouvrier (Sécurité)*

*Jean-Michel CAZES, Ingénieur hospitalier (DAMIS)*

*Marielle PETIT DE GRANVILLE, Chargée de communication*



## > Noël

### Danse et dégustation pour les retraités

>> Comme chaque année, les retraités hospitaliers ont eu le plaisir de se retrouver lors d'un après-midi récréatif samedi 6 décembre 2008 au restaurant du personnel. Au programme : dégustation de douceurs, danse, découverte des colis de Noël. En bref : un rendez-vous incontournable pour démarrer les fêtes de fin d'année dans une atmosphère joyeuse.



### Conte musical pour les enfants du personnel

>> Traditionnellement, l'arbre de Noël des enfants du personnel a eu lieu au boulodrome du Pontet le 13 décembre 2008. Manifestation très conviviale : l'immense mur de jouets a surpris les enfants, le conte musical a permis à chacun de retrouver une âme d'enfant, la séance photo en compagnie du Père Noël avec son cortège de larmes et de rires a laissé un beau souvenir, et le pot de l'amitié offert aux enfants et à leurs parents a réchauffé les cœurs.

## > JOURNÉE SIDA

### Animations pour tous les goûts



>> Pour la 10<sup>e</sup> année, le CHA n'a pas dérogé, il s'est mobilisé pour la journée mondiale de lutte contre le sida. Malgré une interruption en 2007, la participation a été forte ce 1<sup>er</sup> décembre 2008. Les associations ont toutes répondu présentes.

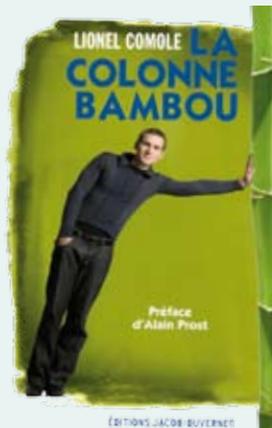
La Compagnie Mises en Scène a proposé un programme d'animations très riche. Le service d'onco-hématologie, réuni en chorale pour l'occasion, nous a offert un spectacle plein d'émotions.

Sans oublier la chorale du CHA "Le Chœur de la Durance" qui nous fait le plaisir de participer.

## > LA COLONNE BAMBOU

### Journée d'échanges avec Lionel COMOLE

>> Dans le cadre de la sortie du livre de Lionel COMOLE, "La Colonne Bambou" cherchant à faire connaître la spondylarthrite ankylosante, une rencontre a eu lieu mercredi 4 février 2009 dans la salle de conférences du CH Avignon. Soutenir la recherche sur les maladies de la famille des rhumatismes inflammatoires chroniques – qui touche plus de 600 000 personnes en France – était l'objectif premier de cette manifestation. Après l'intervention du Dr Franck Magnan, praticien hospitalier dans le service de médecine interne neuro-rhumatologie, et en présence des membres de l'association ALUSSA (Association regroupant les malades atteints de spondylarthrite ankylosante), Lionel COMOLE, ingénieur et pilote de voitures de course, atteint de spondylarthrite ankylosante, a fait part de son récit porteur d'espoir. Les bénéfices de la vente de ce livre sont intégralement versés à la fondation Arthritis. Vous pouvez emprunter cet ouvrage auprès du Centre de Documentation et Communication et de la Bibliothèque des patients.



Et si vous souhaitez en savoir plus, consultez son site Internet :

[www.lacolonnebambou.com](http://www.lacolonnebambou.com)





## Spectacle musical en pédiatrie

>> Lundi 22 décembre 2008, grâce au soutien de l'association VMEH, les enfants hospitalisés ont assisté à un spectacle de Noël interprété par Bruno HUET et Odile AVEZARD, musiciens qui interviennent dans les services de pédiatrie du CHA tout au long de l'année dans le cadre du partenariat entre l'ADDM84 et l'hôpital pour la conduite du programme culturel. Petit plus : grâce au soutien de la BNP Paribas, les enfants ont également reçu en cadeaux des CD de chants de Noël composés par nos 2 musiciens.

## CONCOURS DE DESSIN Appel aux artistes du CHA !



>> Organisé dans le cadre de la lutte contre le tabagisme, le centre de documentation et communication organise un concours impliquant le personnel du CHA. Les œuvres seront collectées au centre de documentation et communication jusqu'au 15 mai 2009. Le gagnant sera élu, par un jury, le 31 mai à l'occasion de la journée sans tabac. L'œuvre retenue servira ensuite de support de communication pour la campagne sur le sevrage tabagique.

# Les Hommages du CHA

Plusieurs décès ont marqué notre établissement ces derniers mois. L'équipe de Challenge leur rend un dernier hommage et s'associe à la peine de leurs proches et de leurs familles.

## Dr Marie-Françoise LOMBARDO

Le Dr Marie-Françoise LOMBARDO nous a quitté trop rapidement en octobre 2008. C'est après une longue carrière dans les hôpitaux en tant que médecin anesthésiste que le Dr LOMBARDO avait rejoint le Département d'Information Médicale du CH d'Avignon en septembre 2003.

Outre son professionnalisme et sa rigueur dans le travail, Marie-Françoise, toujours discrète, mais avec sa forte personnalité, nous a apporté toute sa richesse humaine : sa générosité, son humour, son écoute, nous accompagneront longtemps.

Au travers de ces quelques mots, toute l'équipe du DIM émue ainsi que toutes les personnes l'ayant connue, lui rendent un dernier hommage.

*Sylvie ASSADOURIAN*

## Catherine BOUCHET

Le Dr Claude BOUCHET, très touché par les nombreuses manifestations de sympathie, remercie de tout coeur toutes celles et ceux qui lui ont apporté leur soutien à l'occasion du décès de son épouse Catherine. La collecte des dons a permis d'apporter un soutien important à l'action de l'équipe des soins palliatifs du CHA et à la Ligue contre le Cancer.

Avec mes remerciements

*Claude BOUCHET*

## Martine CORBI



Le 1<sup>er</sup> octobre 2008, le sourire de Martine CORBI s'est éteint, vaincu par la maladie.

Rentrée en 1979 au centre hospitalier, en qualité de secrétaire médicale, après les services d'obstétrique et du planning familial, elle intégrait l'équipe des laboratoires en 2000.

Tous ceux qui l'ont côtoyé, collègues de travail et amis, au delà de son professionnalisme, ont apprécié sa joie de vivre et les attentions qu'elle portait à chacun.

*Hélène BRUNEL*

## Dr Jérôme BAUDOT



Le Dr Jérôme BAUDOT est décédé de manière trop brutale à la fin du mois de décembre 2008, dans sa 41<sup>e</sup> année.

Cet excellent médecin de formation parisienne est arrivé au Centre Hospitalier d'Avignon dans le service de réanimation à la fin de son clinat en novembre 2001, pour en repartir vers sa ville natale Nevers en juin 2005. Durant ces presque 4 années

passées auprès de nous, il a fait l'unanimité par ses qualités professionnelles et humaines auprès de ses collègues médecins mais aussi auprès de tout le personnel du service de réanimation. Son dévouement et son empathie naturelle auprès des malades et des familles étaient particulièrement remarquables et dans le service il avait su en outre dynamiser les PMO.

Cette belle âme, il l'a eue jusqu'au bout, puisqu'après la complication post opératoire qui l'a emporté, il a fait don de ses organes.

*Dr Pierre COURANT*