

Le magazine du Centre Hospitalier d'Avignon

CHALLENGE

N°47 - Décembre 2009



> EXTENSION SUD

Mise en service en 2010

> ORGANISATION
DÉVELOPPEMENT DURABLE

> ORGANISATION
NOUVELLE SIGNALÉTIQUE

> ZOOM
CORRESPONDANTS
INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

> QUALITÉ
CERTIFICATION 2010

> SOINS
NOUVEAU CURSUS INFIRMIER

- Editorial page 2
- Organisation page 3
Nouvelle signalétique
- Organisation pages 4/5
Enquête développement durable
- Institution pages 6/9
Dossier Extension Sud
- Qualité pages 10/11
Certification V2010
- Soins pages 12/13
Nouveau cursus infirmier
- Zoom pages 14/15
Correspondants Informatique et Libertés
- Brèves page 16
Actualités du CHA



DIRECTEUR DE PUBLICATION

> Francis DECOUCUT

RÉDACTEUR EN CHEF (FF)

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

COMITÉ ÉDITORIAL

> Alexandra AGNEL, Qualiticienne
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

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

04 32 75 39 02

CONCEPTION & RÉALISATION

Stratis 04 98 01 26 26

>> En cette fin d'année marquée par la mobilisation des acteurs de santé contre la pandémie grippale, tous nos regards sont tournés vers 2010 qui s'annonce comme une année déterminante pour le Centre Hospitalier d'Avignon.

La première étape de notre parcours 2010 sera la visite des experts visiteurs de la Haute Autorité de Santé au mois de février.

La certification des établissements de santé est une procédure obligatoire d'évaluation externe, indépendante de l'établissement et de sa tutelle, effectuée par des professionnels de santé, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques.

Elle apprécie non seulement le système de management de la qualité, mais également des aspects spécifiques de l'organisation des soins et les démarches d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

Cette démarche qui a pour objectif premier d'améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients doit aussi renforcer la confiance du public qui aura communication des résultats enregistrés.

Le Centre Hospitalier d'Avignon prépare cette échéance depuis plus d'un an et sait pouvoir compter sur chacune et chacun de ses professionnels pour réserver le meilleur accueil aux visiteurs et leur montrer que la confiance que les usagers accordent à leur établissement n'est pas usurpée. Gageons que notre engagement dans la démarche développement durable sera aussi perçu comme une manière de manager notre institution dans le qualitatif.

Le deuxième rendez-vous 2010 sera en fait une succession de dates puisqu'entre le printemps et l'automne, l'Extension Sud sera progressivement mise en service, avec successivement le hall d'accueil et le bureau des entrées, les consultations, la cancérologie, la maternité puis enfin la cardiologie.

Nous avons tous ensemble dessiné l'Hôpital d'Avignon du XXI^{ème} siècle, 30 ans après son installation sur les bords de la Durance. L'Extension Sud installée, il conviendra d'ailleurs de remettre l'ouvrage sur le métier et de travailler à la réhabilitation des tours A et B et à leur mise en conformité rendue nécessaire par l'évolution de la réglementation sécurité.

La certification V2010 nous rappelle que l'hôpital ne saurait se réduire à un ensemble architectural.

Les pratiques professionnelles, les organisations sont au cœur du débat, surtout dans le contexte financier tendu que connaît l'assurance maladie depuis plusieurs exercices.

2,8 % d'augmentation de l'Orientation Nationale des Dépenses Assurance Maladie (ONDAM) entre 2009 et 2010 et un bâtiment nouveau à mettre en service nous oblige à remettre à plat toutes nos organisations. C'est la mission qui a été confiée à plusieurs groupes de travail et dont les propositions sont en train d'être soumises aux partenaires sociaux via le Comité Technique d'Etablissement.

2010, année de transition, année du changement, année fondatrice pour le Centre Hospitalier d'Avignon.

A un moment où l'hôpital gagne des parts de marché, notamment en chirurgie, il doit affronter une concurrence de plus en plus dure avec les offreurs de soins du territoire.

Ce nouveau bâtiment est une plus value importante pour la satisfaction de notre clientèle.

Nous faisons le pari qu'il répondra à leurs attentes et que nos taux de fréquentation seront encore meilleurs en 2010 qu'en 2009. Ce pari nous le gagnerons tous ensemble grâce à l'engagement et à la mobilisation de tous. C'est le vœu que je forme pour notre établissement en ce début d'année.

Que chacune et chacun d'entre vous, que vos familles et ceux qui vous sont chers, que tous les bénévoles qui nous accompagnent toute l'année, et enfin que tous les patients qui nous font confiance trouvent ici l'expression de mes vœux de bonheur, de paix et de prospérité pour 2010.

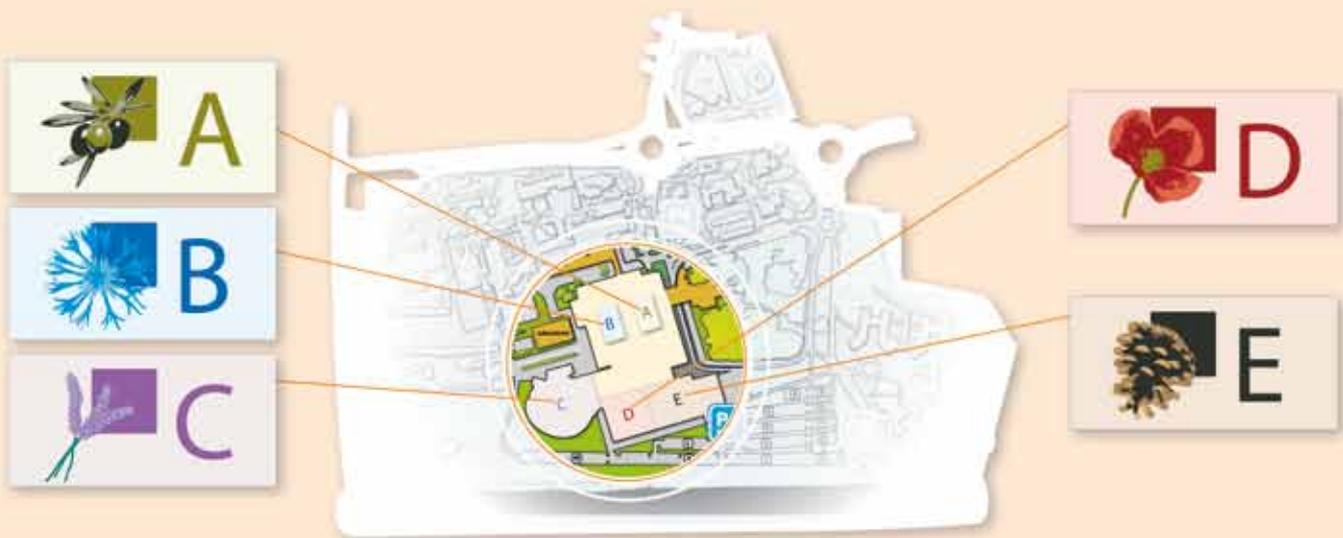


Francis DECOUCUT
Directeur

> NOUVELLE SIGNALÉTIQUE

Mieux circuler et se repérer dans le CHA

La mise en service de l'Extension Sud et des nouvelles voies de circulation ont conduit à revoir toute l'organisation de notre signalétique intérieure et extérieure.



>> Dans le cadre des travaux du groupe accueil, le constat a été posé d'une signalétique incomplète, disparate et incohérente rendant la circulation et le repérage difficile pour tout le monde, visiteurs, consultants, nouveaux arrivants. En définitive, on se retrouve avec un mélange des flux (visiteurs, consultants, personnels, fournisseurs, ambulances). L'objectif de la refonte de la signalétique intérieure et extérieure est donc de pouvoir apporter une cohérence à l'ensemble des circulations dans l'enceinte de l'hôpital. Cette refonte s'accompagne également d'une modification des sens de circulation des véhicules et d'un rappel des règles de stationnement pour le personnel.

Les principales évolutions de la voirie et du stationnement

- **Le changement de sens de circulation des urgences adultes :** au printemps lors de l'ouverture du hall d'entrée de l'Extension Sud.
- **La création d'un accueil pour le transport en ambulance des malades couchés,** qui se fera au Rdc du nouveau bâtiment.



- **Une gestion différenciée des parkings du public et des personnels :** les parkings des personnels sont situés côté ouest au silo et autour du silo, devant la rééducation fonctionnelle ainsi que sous le bâtiment sud. Les parkings du public, quant à eux, sont situés à proximité du bâtiment sud ainsi que le long de la Durance. Les nouveaux panneaux de signalétique extérieure seront en place dès février 2010.

Une nouvelle signalétique extérieure

Le fil conducteur de la signalétique extérieure est de hiérarchiser et de limiter les informations contenues sur les panneaux. En effet, trop d'informations, mal hiérarchisées, ce qui est le cas à l'entrée principale de l'hôpital, désorientent les conducteurs.

La création de zones

L'accueil unique de l'hôpital, indiqué dès l'entrée principale, sera le hall de l'Extension Sud. Il est donc important que la gestion du flux des visiteurs et des consultants se fasse immédiatement. Il a donc été prévu de découper les bâtiments en zones.

- **Zone A :** tour A, du Rdc au 7^e étage.

- **Zone B :** tour B, du Rdc au 6^e étage.
- **Zone C :** pôle UME, Rdc et 1^{er} étage.
- **Zone D :** aile ouest du bâtiment sud, comprenant notamment en R+I les vestiaires et le bloc obstétrical.
- **Zone E :** aile est du bâtiment sud comprenant notamment le hall d'entrée, les consultations de chirurgie ou encore les soins intensifs et continus de cardiologie et l'hôpital de jour d'onco-hématologie.

Une signalétique intérieure évolutive

Pour répondre aux contraintes de changement d'affectation des locaux et d'évolution des services, tous les panneaux seront composés d'un support en aluminium dont le fond reprend la couleur de la zone où l'on se situe ainsi que sa lettre et son motif.

Sur ce support est collé un adhésif sur lequel sont imprimés les informations de signalétique. Dès le changement de contenu, un nouvel adhésif est collé sur l'ancien, permettant ainsi d'avoir toujours une signalétique actualisée.

Frédéric DEBISE
Directeur adjoint
Valéry BRUNEL
Ingénieur en chef

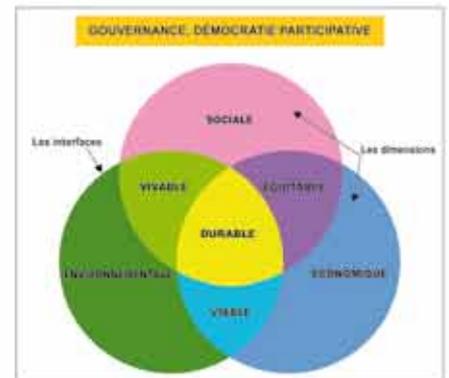
> ECO-HÔPITAL

Du développement durable

Tendre vers un développement viable et solidaire implique la participation de tous. Après la modernisation technique instaurée par le plan Hôpital 2012, l'heure du développement durable a sonné. Une convention, signée le 27 octobre 2009 entre le Ministère de l'Ecologie, celui de la Santé, la Fédération Hospitalière de France (FHF), la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs (FEHAP) et l'Ademe, engage désormais l'Hôpital public dans une démarche environnementale.

>> L'objectif est de modifier les comportements des établissements de santé. C'est tout un arsenal de mesures qui devra infléchir les politiques internes en matière de gestion de l'eau, de l'électricité, des déchets. Et pour initier ces changements de comportement, le personnel de santé jouera un rôle essentiel. Cet engagement est d'autant plus important que la certification V2010 engage les établissements à promouvoir le développement durable dans leur stratégie et dans leur management. En ce qui concerne le Centre Hospitalier d'Avignon, la note C, obtenue lors de l'auto-évaluation, désigne l'importance

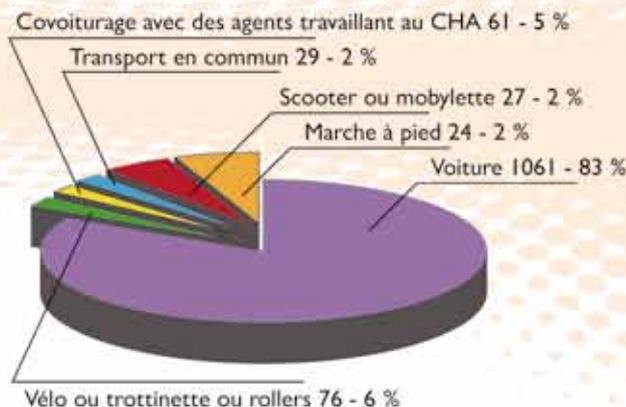
de la mise en place d'un plan d'actions d'ici la visite de certification prévue en février 2010. C'est pourquoi un comité de pilotage développement durable vient d'être constitué. Il est composé de : A. Agnel, V. Brunel, P. Courant, A. Durand, S. Eme, F. Hery, M. Lopez, M. Petit de Granville, G. Rey, M. Rigal, H. Rousseau et J. Vidal. Avant cela, pour nous aider à intégrer cette nouvelle démarche, une enquête a été menée auprès des agents du CHA du 1^{er} au 19 juin 2009. 1135 agents ont pris le temps de répondre au questionnaire développement durable du CHA. Challenge vous en dévoile les principaux résultats.



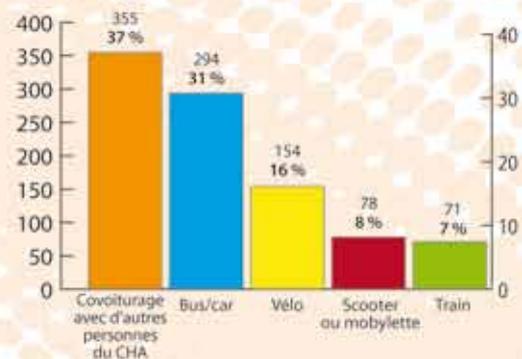
Les fondements du développement durable (Source : Ministère de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement, décembre 2000)

Transports : la prédominance de la voiture

Mode de transport utilisé par les répondants pour venir au CHA ?



Pour quel transport seriez-vous prêt à changer ?



Freins au développement durable

- Le coût de financement de la démarche
- La résistance aux changements
- La complexité de la démarche



Bénéfices du développement durable

- Une meilleure prise en compte de l'environnement au sein de l'établissement
- Une meilleure gestion économique de l'établissement
- La motivation des personnels dans un projet global

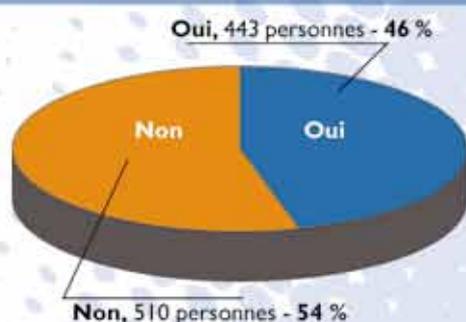




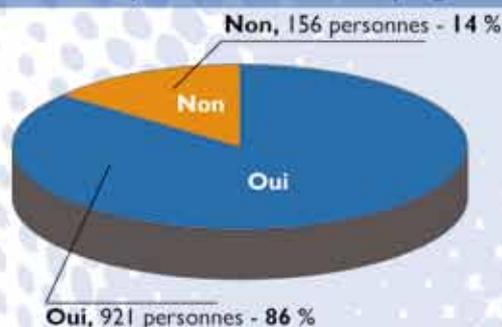
abordable

Tri des déchets : encore un effort

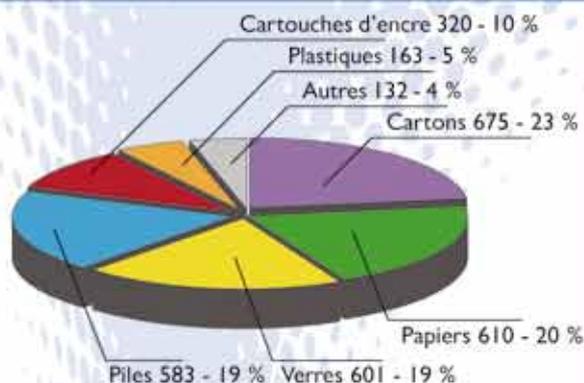
Le tri au CHA est-il suffisant ?



Participez-vous au tri et au recyclage ?



Quels tris effectuez-vous au CHA ?



Le tri au CHA en 2008

4,3 tonnes de plastique
88 tonnes de carton
4,3 tonnes de bois
Taux de recyclage du papier au CHA : 1 %

Energies : des économies à réaliser

- Facture d'eau 2008 : 380 000 €

13 % d'économie en 2008 (soit 35 000 € d'économie par rapport à 2007).

- Facture d'électricité 2008 : 990 000 €

En partant de votre secteur, pensez-vous à éteindre complètement les appareils électriques ?

Oui pour 483 personnes (47 % des répondants)

Non pour 546 personnes (53 % des répondants)

- Facture de gaz 2008 : 750 000 €

En partant de votre secteur, pensez-vous à fermer les portes et fenêtres ?

Oui pour 946 personnes (89 % des répondants)

Non pour 113 personnes (11 % des répondants)

- Facture Papier A4 blanc 80g 2008 : 48 500 €

Biodiversité : vive les espaces verts !

Que pensez-vous de la biodiversité du parc naturel du CHA ?



Propreté et hygiène : satisfaisant

Que pensez-vous de la propreté et de l'hygiène des locaux et des bâtiments du CHA ?



Matériel et équipement : des achats respectueux de l'environnement

Le CHA devrait acheter le matériel et l'équipement selon ?



En conclusion, au regard de ces résultats, les actions prioritaires qui devront être mises en œuvre sont les suivantes :

- contrôler et si possible réduire la consommation d'énergie et des ressources naturelles
- réduire et compenser les émissions de CO² responsables du réchauffement climatique
- encourager l'achat d'énergies renouvelables.

Franck HERY
Responsable qualité, UCPC

> DOSSIER EXTENSION SUD

Livraison et mise en service à l'horizon



Depuis le 22 février 2007, date de pose de la 1^{ère} pierre, vous assistez à la construction du bâtiment d'Extension Sud. Cette vaste opération, qui vous a été présentée dans Challenge 39, est sur le point d'aboutir. L'occasion pour Challenge de vous présenter les objectifs et les enjeux de cette opération pour le Centre Hospitalier d'Avignon, et de vous rappeler la planification de l'ouverture de ce nouvel hôpital.

>> Les bénéfices attendus de l'ouverture de l'Extension Sud sont nombreux.

L'augmentation des capacités de la maternité (de 40 lits actuels à 65 lits à terme) et du bloc obstétrical (de 3 à 6 salles d'accouchements + 2 salles de césariennes) permettra de répondre aux perspectives d'évolution du nombre d'accouchements (2 324 en 2008 avec une perspective de 3 000 accouchements) tout en assurant la sécurité des soins au bloc obstétrical.

L'activité de cardiologie va considérablement se développer grâce notamment à un plateau technique invasif (2 salles de coronarographie, pose de stimulateurs cardiaques, activité de défibrillation auriculaire) et non invasif (angiologie, échographie cardiaque, épreuve d'effort, holter), et au regroupement de l'ensemble des lits d'hospitalisation cardiologique.

La prise en charge de la pathologie cancéreuse, axe majeur du projet médical 2003-2007, se concrétise par la création d'un service d'une capacité de 60 lits d'hospitalisation complète et de 15 places d'hôpital de jour. De plus, le secteur protégé d'hématologie verra sa capacité passer de 3 à 6 lits.

Cette opération permettra également l'amélioration des conditions d'accueil et l'augmentation du nombre de salles de consultations de chirurgie.

Dernier point, non négligeable, le site verra son nombre de places de stationnement augmenter de 300 places.

Des enjeux de taille

L'opération Extension Sud ne s'arrête pas là. Enjeu majeur pour le Centre Hospitalier d'Avignon, elle conditionne la faisabilité des autres opérations du projet d'établissement 2008-2012 telles que le réaménagement des consultations externes de médecine. Sans oublier le réaménagement et l'agrandissement de l'unité de chirurgie ambulatoire, des consultations d'anesthésie et de l'unité douleur. S'ajoute à cela, le regroupement des lits de médecine polyvalente sur un étage de la tour A. Et pour finir, le réaménagement des urgences adultes.

Une ouverture imminente

La fin des travaux de l'Extension Sud est fixée au 31 décembre 2009. 4 mois, seront nécessaires pour l'équipement et la

préparation du bâtiment.

L'ouverture des services suivra selon le calendrier prévisionnel précis (cf encadré).



> Ouverture des services

- **Avril 2010** : hall d'entrée, bureau des entrées (guichets et bureaux), rue médicale
- **Mai 2010** : cancérologie au R+3
- **Mai 2010** : consultations externes de chirurgie et ORL, au R+1
- **Juin 2010** : bloc obstétrical au R+1 et maternité au R+4
- **Octobre 2010** : déménagement provisoire des consultations de médecine dans les locaux libérés par la maternité (UME 1^{er} étage)
- **Novembre 2010** : cardiologie au R+2

De nouvelles organisations dans les services d'hospitalisation

La préparation de l'ouverture de l'Extension Sud a nécessité la mise en place de groupes de travail constitués depuis 2006.

>> Parmi ces groupes, certains ont plus particulièrement axé leur réflexion sur l'organisation des soins dans les services d'hospitalisation. Ces réflexions ont été menées avec l'objectif prioritaire de recentrer chaque professionnel sur son « cœur de métier », notamment les professions soignantes pour lesquelles le recrutement s'avère difficile.

Une étude préalable de l'existant

La méthodologie employée fût d'abord de réaliser une analyse de l'existant, basée sur le résultat de micros enquêtes qui se sont échelonnées depuis 2008. L'ensemble des résultats de ces enquêtes a conclu à une dispersion des agents et des dérives de procédures ayant pour résultat des organisations fonctionnant essentiellement sur le mode du « dépannage » ou de la « fausse urgence » et à une insuffisance d'anticipation de ce qui peut l'être.

De ce type de fonctionnement résulte un sentiment d'inorganisation en chaîne sur l'établissement et une disproportion du temps consacré, tous grades confondus, aux soins indirects, aux dépens du temps de présence auprès du patient. Cette disproportion est souvent relatée comme élément de frustration des jeunes diplômés qui ne retrouvent pas, ou insuffisamment, dans l'exercice de leur profession, la proximité du malade pourtant fondamentale dans le métier qu'ils ont choisi.

L'élaboration de fiches métiers

A la suite de ce constat, la démarche a consisté à mettre en parallèle les actions identifiées en marge du cœur de métier, que l'on peut qualifier de « parasites », mais néanmoins indispensables, aux fiches métiers élaborées par le ministère. Ces fiches métiers ont pour but d'identifier clairement les compétences attendues de chaque profession ou fonction, dans le respect du cadre législatif hospitalier. Au regard de ces fiches métiers, une redistribution des tâches, au profit du soin direct, a été envisagée en s'inspirant, entre autres, d'organisations en place sur d'autres établissements.

La majorité de ces groupes de travail a rendu ses conclusions en juin 2009; il est alors devenu nécessaire de tester ces projets de réorganisation, sur une même unité de lieu et de temps, afin d'évaluer la valeur ajoutée à la prise en charge du patient et à l'organisation générale du travail telle que projetée.



Une réorganisation testée sur le pôle médecine

C'est ainsi qu'après présentation aux instances de septembre, il a été convenu de tester ces réorganisations sur le pôle de médecine, et plus précisément sur les services de neurologie et de rhumatologie - médecine interne - infectiologie (tour A 3^e étage) pendant une période de 8 semaines, du 19 octobre au 13 décembre 2009.

Afin de permettre une évaluation la plus objective possible, chaque axe de travail est décliné en indicateurs ou critères d'évaluation dont les principaux sont : la qualité de la prestation attendue, la coordination des agents au sein du service, la coordination du service avec les autres pôles notamment les pôles administratifs et logistiques et le vécu des professionnels.

Par ailleurs, le contexte de test permettra d'évaluer certaines procédures qui mériteraient d'être améliorées sur notre établissement comme la gestion prévisionnelle des lits.

Les conclusions après analyse de ce test seront présentées en janvier 2010 afin de les proposer, si elles sont retenues, pour un déploiement en toute ou partie sur le centre hospitalier.

Quel que soit le résultat de ce test, il faut, d'ores et déjà, souligner l'implication des agents ayant participé ou participant encore, à cette réflexion, en se libérant régulièrement et avec assiduité d'un emploi du temps souvent chargé. Saluons aussi l'encadrement médical et soignant et le personnel des services de neurologie et de rhumatologie - médecine interne - infectiologie qui ont accepté de se prêter à cette expérimentation, au prix d'une modification importante de leur organisation.

Enfin, et pour conclure, le cheminement de ces différents groupes a permis une fois de plus, de réaffirmer le lien indispensable entre les services cliniques et l'ensemble des partenaires de l'hôpital, chacun des acteurs participant de près ou de loin à la qualité de prise en charge des patients accueillis dans notre établissement.

Thérèse ISENBRANDT-HAMY

Cadre supérieur de santé,
chargé de la mise en service de l'Extension Sud



Corridor de la future maternité au R+4

Composition des groupes de



> GROUPE ACCUEIL

Objectif : Formaliser une procédure d'accueil sur l'établissement existant, l'étendre à l'Extension Sud et réorganiser la fonction secrétariat.

Participants : M.Albar - N.Angelvin-Bonnetty - AM.Ansermoz - S.Ascione - C.Bantwell - A.Bonvalot - P.Castelle - MFDemilly - A.Durand - AN.Durand - MC.Godlewski - T.Isenbrandt-Hamy - O.Juge - A.Laroche - C.Leherpeur - C.Perriau - C.Polito - M.Rigal - J.Vidal - Représentants des partenaires sociaux.

> GROUPE APPROVISIONNEMENT

Objectif : Préparer l'ouverture de l'Extension Sud en y adaptant l'ensemble des fonctions logistiques de l'établissement.

Participants : AM.Ansermoz - H.Brunel - N.Chevalier - E.Dulak - FDuprez - S.Eme - T.Isenbrandt-Hamy - M.Lopez - B.Margand - E.Mazyn - S.Morenas - M.Rigal - N.Rigat - C.Serres - J.Vidal - Représentants des partenaires sociaux.



> GROUPE BIO-NETTOYAGE

Objectif : Mettre en place une équipe de bio-nettoyage.

Participants : C.Chrestia - S.Eme - M.Jouet-Pastre - D.Jouve - S.Morenas - MG.Raimann - P.Veyrunes - J.Vidal - Représentants des partenaires sociaux



> GROUPE FONCTION ASH

Objectif : Redéfinir la fonction d'Agent des Services Hospitaliers.

Participants : MF.Corneille - S.Eme - D.Jouve - FLarmat - E.Mazyn - N.Rigat - P.Veyrunes

> GROUPE BRANCARDAGE

Objectif : Réorganiser le brancardage des patients.

Participants : C.Andrieux - AM.Ansermoz - A.Belmer - M.Buono - E.Dulak - C.Garcia - M.Garcia - P.Grasset - S.Huguet - T.Isenbrandt-Hamy - M.Istas - E.Mader - E.Magon - D.Nicolet - M.Pancin - C.Pascalin - V.Sobczak - P.Veyrunes - J.Vidal - Représentants des partenaires sociaux



travail Extension Sud



> GROUPE DOSSIER DE SOINS

Objectif : Faire évoluer le dossier patient selon la réglementation et en fonction des besoins des utilisateurs en tenant compte des évaluations faites au moins 2 fois par an sur l'utilisation des documents et la traçabilité des actes faits au patient.

Participants : J.L.Armonico - C.Arnaud - S.Ayvassian - A.Bonvalot - C.Couturier - M.Fassi - P.Grelon - V.Jitten - S.Lacheze - V.Lagonne - M.Pancin - P.Payan - P.Rajaud - G.Rey - N.Rigat - C.Soutif - F.Testeniere - G.Tuzio - E.Usson - T.Vidal

> GROUPE ENTRETIEN MAINTENANCE SÉCURITÉ

Objectif : Organiser l'entretien, la maintenance, l'exploitation et la sécurité du nouveau bâtiment.

Participants : C.Albanese - J.L.Augier - S.Boulanger - V.Brunel - J.Detraz - R.Falleri - P.Gachet - S.Grange - C.Grignard - J.M.Michel - S.Morenas - F.Pospisil - M.G.Raimann - D.Sempe

> GROUPE INTENDANTE

Objectif : Mener une réflexion sur la création d'une fonction d'intendante de service clinique au Centre Hospitalier d'Avignon.

Participants : F.Bonifazzi - S.Boulanger - N.Chevalier - C.Chrestia - Y.Desanlis - L.Desmousseaux - T.Isenbrandt-Hamy - F.Larmat - B.Margand - E.Usson - Représentants des partenaires sociaux



> GROUPE PRESTATION REPAS

Objectif : Dispenser une prestation repas adaptée à toute personne admise au Centre Hospitalier d'Avignon quel que soit le jour, l'heure et le mode d'hospitalisation.

Participants : J.C.Bes - F.Duprez - E.Erny - T.Isenbrandt-Hamy - J.Vidal - Cadres de santé, aides-soignant(e)s et auxiliaires de puériculture des services concernés - Service Qualité

> ÉQUIPE MÉDICALE ET SOIGNANTE DU NEURO-RHUMATOLOGIE

Objectif : Tester, in fine, les projets d'organisation travaillés par les groupes de travail.



> CERTIFICATION V2010

« Chaque professionnel doit pouvoir en retirer un bénéfice ! »



La certification est une démarche qui permet de faire reconnaître et donc « certifier » par un organisme externe, en l'occurrence la Haute Autorité de Santé (HAS), le niveau de qualité atteint par un établissement, en fonction des exigences d'un référentiel national. On entend souvent parler de certification ISO dans les entreprises. C'est la transposition de ce système au domaine de la santé. Challenge a rencontré Cécile Polito, Directrice Adjointe chargée de la qualité, de la gestion des risques et des relations avec les usagers et le D^r Claude Soutif, Responsable du pôle qualité et santé publique, pour tenter d'en savoir plus sur la démarche de certification du CHA.

Challenge : La certification est-elle obligatoire ?

Cécile POLITO : « Oui, pour tous les établissements de santé publics et privés, la certification est obligatoire et renouvelée tous les 4 ans. Le CHA a déjà satisfait à deux visites de certification en 2001 et 2005 et une visite ciblée en 2007. Il a donc demandé sa troisième certification, dite V2010, prévue du 1^{er} au 9 février 2010. »

Challenge : Comment se déroule la procédure de certification ?

C. P. : « L'établissement s'engage dans la démarche en adressant un dossier d'engagement officiel. Puis il réalise une « auto-évaluation ». Autrement dit, le CHA vérifie lui-même, en interne, comment il satisfait à chaque exigence du référentiel. Il envoie ensuite cette évaluation à la HAS qui dépêche sur site des experts visiteurs. Ces derniers vont contrôler l'objectivité de l'évaluation faite par l'établissement, et vérifier si les pratiques de terrain sont conformes à ce qui a été affirmé dans l'auto-évaluation. Les contrôles sont réalisés à partir des preuves rassemblées par l'établissement mais aussi par des vérifications dans les services, auprès des professionnels. Enfin, la HAS prend une décision concernant la certification ou non de l'établissement. Elle peut aussi demander une contre-visite au bout de quelques mois si des non-conformités graves ont été relevées lors de la visite. Pour le CHA, l'auto-évaluation a été envoyée le 2 novembre. Nous préparons maintenant la visite qui aura lieu du 1^{er} au 9 février 2010. Les dates et la durée exactes seront communiquées ultérieurement. »

Challenge : Comment s'est déroulée cette phase d'auto-évaluation au CHA ?

C. P. : « C'est un important travail qui a mobilisé toutes les équipes entre avril et juin 2009, mais également beaucoup de commissions et de groupes de travail (comité de lutte contre les

infections nosocomiales, comité de lutte contre la douleur, groupe médicament, commission Evaluation des Pratiques Professionnelles...). Les représentants des usagers et les associations intervenant dans l'établissement ont également été consultés. Les résultats de ces travaux ont été synthétisés et validés par les instances en octobre 2009. Cela a représenté huit mois de travail au total. Aucun moyen spécifique n'est mobilisé pour la certification. L'équipe qualité au sens large s'est mobilisée, et chacun dans l'établissement a consacré un peu de son temps pour rassembler les informations nécessaires et analyser ses pratiques au regard des exigences du référentiel. Cela représente une charge de travail, mais chaque professionnel doit pouvoir en retirer un bénéfice pour réorienter son action dans un but d'amélioration de ses propres pratiques et organisations. »

Challenge : Quels sont les points forts que vous avez identifiés lors de cette auto-évaluation ?

C. P. : « Concernant le management de l'établissement, le contrat de retour à l'équilibre, le projet d'établissement, la démarche des contrats de pôle et le fonctionnement des instances permettent globalement de répondre aux exigences du référentiel, même si plusieurs domaines restent perfectibles. Concernant la prise en charge du patient, le dispositif d'accueil, les droits courants du patient, l'accès au dossier médical et la continuité des soins sont conformes pour l'essentiel. Les efforts d'organisation et de management des blocs, des urgences, la démarche entreprise autour de la prise en charge médicamenteuse ou l'identification fiable du patient commencent à apporter des résultats satisfaisants. »

Challenge : Quels sont les points à améliorer ?

C. P. : « Il nous faut poursuivre nos efforts sur la dimension managériale autour de la culture de

sécurité (signalement des incidents et accidents, analyse des causes, sécurisation a priori des processus, adoption de la check-list en secteur interventionnel, revues de morbi-mortalité...), et sur l'intégration de l'évaluation de pratiques professionnelles dans les pratiques quotidiennes de l'ensemble des équipes. La mobilisation sur la lutte contre le risque infectieux doit être soutenue, pour parvenir à une appropriation égale dans l'ensemble des services. L'engagement institutionnel sur le développement durable est également une priorité. S'agissant de la prise en charge du patient, nos efforts doivent se concentrer sur la généralisation de pratiques harmonisées sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur, sous l'impulsion du CLUD. Le respect des droits du patient doit être renforcé, notamment la confidentialité, l'intimité, l'information (y compris en cas de dommages liés aux soins) et le recueil du consentement, et enfin les droits spécifiques de la fin de vie. La prévention et la détection des situations de maltraitance doivent également faire l'objet d'une démarche institutionnelle.

Enfin, le développement des évaluations de pratiques professionnelles, notamment des études de pertinence et des indicateurs de pratiques cliniques, doit être accompagné. Tous ces éléments vont être pris en compte pour ajuster la politique qualité/sécurité de l'établissement. Ils nécessiteront pour se concrétiser, l'implication de chacun. »

Challenge : Maintenant que l'auto-évaluation a été envoyée à l'HAS, qu'est-ce qui est prévu d'ici la visite ?

C. P. : « Le challenge est d'amplifier la mobilisation de toutes les équipes. Nous allons devoir beaucoup communiquer pour que chacun connaisse la démarche, les résultats et surtout les priorités d'action de l'établissement pour pouvoir s'y impliquer.

Le déploiement de l'outil Kaliweb pour la gestion

documentaire et le signalement des incidents est également une de nos priorités, car il constitue un excellent vecteur de partage sur la qualité et la sécurité pour l'ensemble des professionnels. Enfin, nous allons nous efforcer d'accompagner les professionnels pour préparer au mieux les rencontres avec les experts visiteurs.

Le bon déroulement de la visite reposera en effet essentiellement sur la qualité des échanges qui auront lieu sur le terrain et sur notre capacité à valoriser la mobilisation collective autour de la qualité des soins et des prestations. »

Challenge : Comment se déroule une visite ?

C. P. : « La visite durera une semaine et demie.

Le nombre d'experts sera de 6 (2 médecins, 1 soignant et 3 gestionnaires, en exercice dans une autre région). Les secteurs « prioritaires » pour cette version de la certification, seront vus de très près (bloc, secteurs interventionnels, urgences notamment) mais la visite concerne l'ensemble des services car les priorités portent aussi sur des sujets transversaux (risque infectieux, prise en charge médicamenteuse, dossier patient, sécurité, évaluation de pratiques professionnelles...).

Chaque professionnel est donc susceptible d'être auditionné sur sa pratique quotidienne. Les experts ne s'en tiennent toutefois pas aux déclarations. Ils attacheront beaucoup d'importance aux éléments de preuve (dossier

patient, fiches de traçabilité, compte-rendus des réunions, procédures...) et aux observations de terrain. Ils croiseront les informations obtenues afin de voir si une cohérence institutionnelle se dégage, et si la transparence est respectée sur les différents sujets.

C'est donc bien tout l'établissement et chaque professionnel, quelle que soit sa fonction, qui doit se préparer à cette visite, car elle ne sera pas confinée dans quelques bureaux de responsables du CHA. »

Propos recueillis par Alexandra AGNEL
Qualificienne



Semaine Qualité et Sécurité du 5 au 9 octobre 2009

> Certification et EPP, quelles relations ?

Le Docteur Soutif nous explique les relations entre Certification et Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

Challenge : Le terme certification est souvent associé à celui d'EPP, qu'est-ce qu'une EPP ?

Claude Soutif : « L'EPP ou Evaluation des Pratiques Professionnelles se définit comme l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration de la pratique (décret du 14 Avril 2005). C'est une démarche d'amélioration de la qualité qui s'inscrit donc de façon très évidente comme un élément constitutif de la procédure de certification. Cependant l'EPP n'est pas toute la certification et l'EPP se justifie en dehors d'elle car la qualité n'a pas comme unique vocation de répondre aussi bien que possible aux obligations de la certification ou légales (obligation faite aux médecins de poursuivre leur formation et de s'évaluer tout au long de leur carrière avec des vérifications quinquennales). C'est aussi une obligation éthique de délivrer les meilleurs soins aux patients et de le vérifier de façon formalisée. C'est aussi de l'intérêt des professionnels de santé et de l'établissement d'être en mesure de montrer l'importance qu'ils attachent à améliorer de façon continue la pratique professionnelle aussi bien en terme d'image qu'en terme de défense dans le cas des contentieux médico-légaux. »

Challenge : Est-ce que les EPP concernent uniquement les médecins ?

C. S. : « Non bien sûr, en dehors de leurs obligations spécifiques, tous les professionnels de santé sont concernés ; d'abord les soignants (des services cliniques et médico-techniques) car ce sont les soins et leur qualité qui sont au cœur des préoccupations de chacun, mais également

tous les secteurs de l'établissement qui tous au final concourent au même but que ce soit dans les services logistiques, techniques ou administratifs. »

Challenge : Avez-vous des exemples d'EPP réalisés au CHA ?

C. S. : « Dans le cadre de la précédente visite de certification, nous avions dû faire 16 EPP. Pour la prochaine visite en février 2010, c'est plus de 40 EPP que nous pouvons présenter à divers stades de réalisation, et nous l'espérons encore plus d'ici là car certains secteurs (pôles) n'en ont fait aucune. Parmi les EPP, pour illustrer les différentes méthodes, on peut donner les exemples suivants.

- Audit clinique sur la préparation colique, l'antibiothérapie, la prise en charge du choc septique.
- Pertinence des hospitalisations, des radiographies de l'abdomen simple aux Urgences pédiatriques ou des indications d'échocardiographie trans-thoracique.
- Revue de mortalité morbidité dans les services chirurgicaux, revue des erreurs médicamenteuses.
- Chemin clinique concernant la fracture du fémur de l'enfant, Check List au bloc opératoire (obligatoire au 1^{er} janvier 2010).
- Concertations multidisciplinaires en cancérologie.
- Suivi d'indicateurs sur la tenue du dossier du patient, sur les infections de sites opératoires. »

Propos recueillis par Alexandra AGNEL
Qualificienne



IFSI

Un nouveau programme d'étude en soins infirmiers au bénéfice des personnes soignées

Septembre 2009, c'est une rentrée toute particulière pour les instituts de formation en soins infirmiers. En effet, cette année, la rentrée scolaire des étudiants infirmiers est marquée par la cohabitation de 2 programmes d'enseignement différents; d'une part, la poursuite du programme de 1992 pour les promotions en cours; d'autre part, la mise en œuvre du nouveau programme d'étude en soins infirmiers 2009.

>> Cette réforme des études en soins infirmiers concerne prioritairement une nécessaire adaptation de l'enseignement au regard des évolutions de la profession d'infirmier et le besoin d'harmoniser le système européen des études avec l'intégration du classement LMD (licence, master, doctorat). L'encadrement des étudiants est depuis de nombreuses années une préoccupation majeure de la direction des soins. Une coopération active et pérenne existe entre l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et la direction des soins du Centre Hospitalier d'Avignon, et de nombreux travaux ont été menés dans ce domaine, dans les unités de soins, sous l'impulsion des cadres de santé et de nombreux professionnels motivés et engagés dans la formation des étudiants en stage.

Les grandes lignes du nouveau programme

Le nouveau programme comporte 3 années d'étude. Les infirmiers qui obtiendront leur diplôme d'état en 2012 auront une équivalence de licence. L'enseignement des soins infirmiers est profondément modifié et centré sur l'acquisition de 10 compétences professionnelles. L'arrêté du 28 mai 2009, BO du 15 juillet 2009, présente le référentiel de compétences à acquérir pour les étudiants.

Chaque compétence à acquérir est ensuite décomposée en éléments qui précisent le contenu de la compétence à développer. Afin de parfaire le dispositif d'apprentissage et de mesurer l'acquisition des 10 compétences aussi bien par l'étudiant lui-même que par les professionnels évaluateurs, des critères

> 10 compétences professionnelles

1. Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier.
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers.
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens.
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique.
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs.
6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins.
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle.
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques.
9. Organiser et coordonner les interventions soignantes.
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

et des indicateurs ont été formulés. Chacun peut s'y référer pour mesurer la progression et la noter sur un document qui suit l'étudiant pendant les 3 années de sa scolarité : le portfolio.

La formation clinique se répartit sur 60 semaines en 3 ans.

A titre indicatif, un exemplaire de portfolio qui reprend les 10 compétences, les éléments des compétences, les indicateurs et les critères en détail, sera bientôt à votre disposition dans chaque unité et sur l'intranet dans la gestion documentaire afin que vous puissiez vous familiariser avec ce document.

► Lexique pratique de la formation

L'encadrement des étudiants est bien un travail d'équipe. Il est donc indispensable de rappeler les acteurs concernés et le vocabulaire désormais utilisé.

- **Le maître de stage** : c'est le cadre de santé du service.
- **Le tuteur** : c'est le professionnel infirmier responsable de l'encadrement du stage et de la validation des compétences. Il peut y avoir plusieurs tuteurs dans un même service.
- **Les professionnels de proximité** : ce sont les autres infirmiers qui travailleront avec l'étudiant et qui participent à son développement professionnel en lien avec le tuteur.
- **Les cadres enseignants** : ils assurent la formation en IFSI et font les liens avec les professionnels des établissements qui accueillent les stagiaires.

Le rôle précis de chacun de ces acteurs est décrit dans le portfolio. Il est important que chaque infirmier s'y réfère.

- **Le portfolio** : c'est l'outil de suivi et de validation des compétences de l'étudiant. Il est aussi l'outil indispensable pour les professionnels infirmiers qui y trouveront l'essentiel de la réforme des études en soins infirmiers, le référentiel de compétences, le rôle des acteurs cités ci-dessus, les objectifs et le niveau d'acquisition de l'étudiant au fil des stages.

Les changements pour les unités de soins

En premier lieu, nous pouvons noter une augmentation de la durée des stages qui passent de 3 semaines aujourd'hui, à 5 semaines pour le premier stage qui a débuté en novembre 2009. Les stages suivants dureront 10 semaines, excepté le dernier de 16 semaines. Concernant les horaires des stagiaires, ils travailleront 35 heures par semaine avec des horaires correspondants à ceux des professionnels. Des discussions sont en cours pour organiser les stages des étudiants le week-end, la nuit ou dans les services en 12 heures.

Au sujet de la démarche d'encadrement des étudiants, quelques changements notables sont à prendre en considération. Le grand changement réside dans la disparition des MSP (mise en situation professionnelle). Désormais, l'évaluation de l'acquisition des compétences s'effectue de façon continue sous la responsabilité des professionnels infirmiers qui encadrent l'étudiant avec un rôle prépondérant du ou des tuteurs. Il est donc primordial, que les tuteurs aient une bonne connaissance de la méthode et des outils à leur disposition.

Sur le plan de la méthode, la charte régionale de l'encadrement des étudiants, en vigueur au CHA, reste valide dans ses principes. Elle décrit les engagements des étudiants et des professionnels, l'accueil, l'évaluation en milieu de stage, le bilan en fin de stage...

Le livret des étudiants élaboré dans de nombreux services devra être révisé pour intégrer ce que nous appelons « les situations apprenantes » spécifiques aux services qui vont permettre à l'étudiant de développer les compétences au regard du référentiel cité ci-dessus.

Par exemple, la prise en charge d'une thrombose dans toutes les dimensions du soin est une situation apprenante. Chaque service devra donc définir 4 ou 5 situations apprenantes représentatives du service. Ce travail sera réalisé prochainement dans les services en coopération avec les cadres du CHA, de l'IFSI et les tuteurs. Cette démarche sera coordonnée par les cadres supérieurs de pôle en lien avec le cadre enseignant référent du pôle.

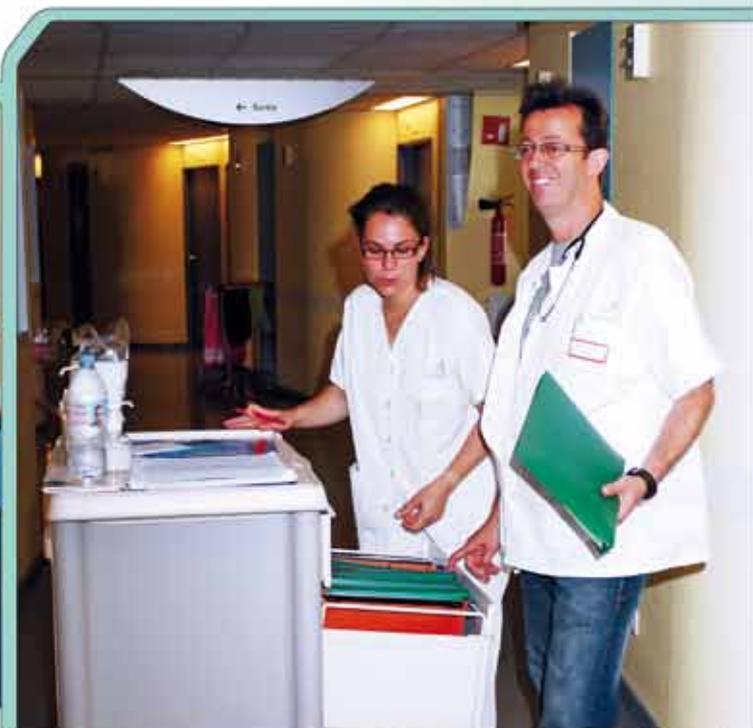
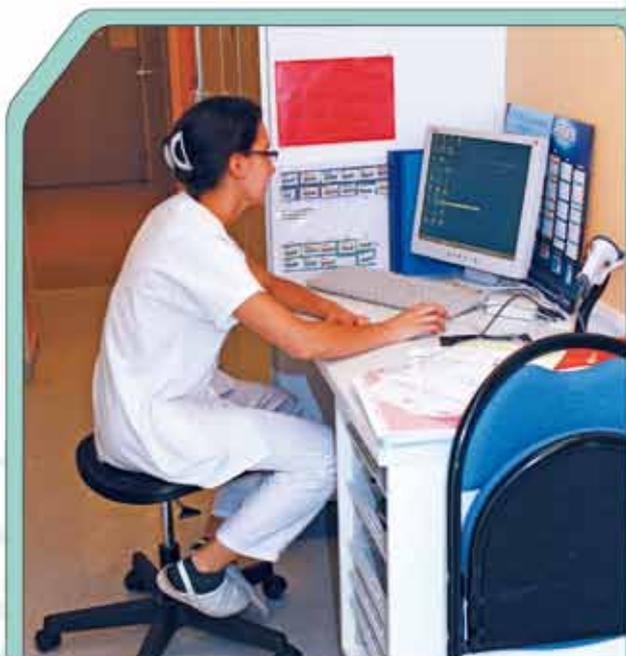
Comme à chaque fois qu'un nouveau programme d'étude se met en place, il est nécessaire d'y apporter des ajustements. C'est autour de la charte d'encadrement, du livret d'accueil de l'étudiant, du portfolio et de l'investissement des équipes soignantes, que le dialogue entre l'étudiant et les professionnels du CHA et de l'IFSI s'articulera pour assurer la mise en œuvre de ce nouveau programme d'étude en soins infirmiers au bénéfice futur des personnes soignées.

Une information sur le nouveau programme d'étude en soins infirmiers sera prochainement proposée prioritairement au tuteur et ensuite à tous les infirmier(e)s de l'établissement.

Vous pouvez retrouver les documents, la charte, la trame des livrets des étudiants, le portfolio sur l'intranet dans la gestion documentaire. Les directeurs des soins et l'équipe de cadres restent à votre disposition pour vous accompagner dans cette réforme des études en soins infirmiers.

Éric DULAK

Directeur Coordonnateur des Soins



> CORRESPONDANTS INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Une priorité : la protection des données personnelles

Le Correspondant Informatique et Libertés (CIL) existait déjà à l'étranger, notamment en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas. Introduit en France en 2004, à l'occasion de la refonte de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, le Correspondant Informatique et Libertés (CIL) est désormais un personnage incontournable dans le paysage de la protection des données à caractère personnel. Grâce à la parution du décret d'application du 20 octobre 2005 modifié en mars 2007, les entreprises, les collectivités locales, les administrations, les associations peuvent désormais désigner un correspondant à la protection des données.

>> Interlocuteur spécialisé, le CIL assure le lien entre le responsable de traitement et la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Il a ainsi une place centrale dans le développement maîtrisé des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC).

Aujourd'hui, les établissements sont de plus en plus confrontés à la médiatisation et à une banalisation des données confidentielles et personnelles nominatives, avec l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Il devient de plus en plus difficile de faire face aux soucis de protection, de traçabilité, de confidentialité, de secret professionnel et de qualité de l'information donnée.

Dans cet esprit, le Centre Hospitalier d'Avignon s'est doté de deux Correspondants Informatique et Libertés. Dans la plupart des établissements, un seul correspondant est désigné. L'hôpital d'Avignon a choisi de constituer un binôme pour cette fonction.

Leur connaissance de l'établissement, du personnel, des dossiers, des outils informatiques, des procédures et des actions qualité, leur pratique de gestion de la confidentialité et du secret professionnel, leur complémentarité, permettent à Jean-Luc ARMONICO, Adjoint administratif au Département de l'Information Médicale (DIM), et Stéphane

DELLA PIETRA, Chef de projet au service Informatique, d'assurer pleinement la mission pour laquelle ils ont été investis.

Des formalités allégées et une meilleure application de la loi

La désignation de ces correspondants a pour effet d'exonérer le responsable de traitement de l'accomplissement de tout ou partie des formalités préalables lui incombant. Ainsi, seuls les traitements soumis à autorisation ou avis préalable de la CNIL devront continuer à être déclarés. Les autres traitements qui ne comportent pas de risques manifestes pour les droits des personnes, n'auront plus qu'à être référencés dans une liste tenue localement par les CIL. Le temps libéré du fait de la dispense de déclaration peut désormais être consacré à l'application pratique de la loi informatique et libertés et ce d'autant que de lourdes sanctions sont encourues en cas de non-respect de ces obligations. Dès lors, le responsable de traitement dispose d'un interlocuteur spécialisé à même de le conseiller dans ses choix.



Ainsi, le correspondant a un rôle de conseil et suivi dans la légalité de déploiement des projets informatiques et de la gestion des données à caractère personnel. Il a également une force de propositions pour trouver des solutions conciliant la protection des libertés individuelles et l'intérêt de la structure.

Deux missions essentielles

Tout d'abord, les CIL tiennent à jour la liste des traitements automatisés. A l'instar du « fichier des fichiers » tenu par la CNIL, qui recense les traitements soumis à déclaration, la liste des traitements dispensés tenue par le correspondant doit être accessible à toute personne en faisant la demande. Le responsable de traitement peut donc décider d'effectuer spontanément cette publicité, par exemple sur le site Internet de l'établissement pour les traitements intéressant les patients ou les usagers, et sur les lieux d'affichage réservés au personnel. Le CIL est ensuite chargé d'assurer, d'une manière indépendante, le respect des obligations prévues par la loi :

- **Conseil et recommandation** : le CIL est obligatoirement consulté préalablement à la mise en œuvre des traitements.
- **Médiation** : il reçoit les réclamations et requêtes des personnes concernées par les traitements, s'assure de leur transmission

aux services intéressés et leur apporte son conseil dans la réponse apportée au requérant. Il veille également au respect du droit d'accès et d'opposition et à l'information des personnes sur leurs droits.

- **Alerte** : il informe le responsable de traitement des manquements constatés et le conseille dans la réponse à apporter pour y remédier.
- **Rendre compte de son action** : il établit un bilan annuel de ses activités qu'il présente au responsable de traitement et qu'il tient à la disposition de la CNIL.

Des personnes qualifiées et indépendantes

Dans une structure de plus de 50 personnes chargées de la mise en œuvre des traitements, le Correspondant Informatique et Libertés est obligatoirement un salarié de l'entreprise. Personne qualifiée, le correspondant doit disposer de compétences adaptées à l'activité du responsable de traitement en informatique et en droit, en conseil et management, en médiation et pédagogie. Il doit également exercer ses missions de manière indépendante. Il doit en conséquence disposer d'une autonomie d'action reconnue par tous. Le CIL est directement rattaché au responsable de traitement pour lui apporter les conseils, recommandations et alertes

nécessaires lors de la mise en œuvre de traitements ou dans l'instruction des plaintes et requêtes adressées par les personnes concernées. Il ne reçoit aucune instruction pour l'exercice de sa mission.

Cette disposition ne signifie pas qu'il agit seul et sans concertation. Au contraire, il peut, et doit dans certains cas, recueillir ou susciter l'avis d'autres personnes ou services concernés par l'exercice de ses missions. L'absence de conflit d'intérêt avec d'autres fonctions exercées parallèlement par le CIL est de nature à apporter les garanties de son indépendance. Ainsi, le responsable de traitement ne peut être désigné correspondant.

Le correspondant ne peut faire l'objet de sanctions de l'employeur du fait de l'exercice de ses missions, sauf en cas de manquements graves dûment constatés et qui lui soient directement imputables. Afin d'assurer l'effectivité de cette protection, la CNIL devra être avertie de toute modification affectant sa fonction. Il ne pourra notamment y être mis fin sans que la CNIL en connaisse les raisons.

Jean-Luc ARMONICO

Adjoint administratif,

Département de l'Information Médicale



**CITADIS participe au développement du Centre Hospitalier d'Avignon.
Interventions sur le plateau technique, l'extension sud de l'hôpital,
et l'aménagement des espaces extérieurs.**

6, passage de l'Oratoire - 84000 AVIGNON - Tél. : 04 90 27 57 00 - Fax : 04 90 85 90 72
citadis@citadis.fr



> CONVENTION

Coopération avec Saint-Domingue

>> Samedi 26 septembre 2009, le Centre Hospitalier d'Avignon a reçu une délégation des facultés de médecine et de la fondation Hôpital Français de Saint-Domingue. Au cours de cette rencontre, un accord de coopération a été formalisé et signé par les différents responsables des deux institutions, ayant pour objet :

- l'enseignement universitaire et post-universitaire
- la formation continue des praticiens hospitaliers et professeurs des Universités
- la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique
- les actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé
- les partenariats dans le cadre de la formation des infirmières.

> Endocrinologie

Journée mondiale du diabète 2009

>> Mercredi 18 novembre 2009, le service d'Endocrinologie s'est mobilisé aux côtés des associations AFD84, AJD, Cœur Santé Avignon et Cœur Diabète Amitié. Pour cette 3^e édition, des stands d'informations tenus par les médecins, pédicures, podologues, infirmières, diététiciennes, et associations de patients ont été mis à disposition du public.

Un dépistage anonyme et gratuit du diabète a été proposé à de nombreuses personnes.



> PARTENARIAT

Nagadef* Dakar

>> M. Saliou DIALLO, Directeur du Centre Hospitalier National Universitaire de Fann à Dakar, est venu au Centre Hospitalier d'Avignon du 12 au 16 octobre 2009. Diplômé de l'ENSP, M. DIALLO a participé au modèle de financement des hôpitaux au Sénégal et doit travailler à l'évolution/réforme de ce modèle. Sa venue dans l'établissement lui a permis de mettre à jour ses connaissances sur le mode de financement en France, d'autant plus que notre modèle a beaucoup évolué ses dernières années.

* Bonjour en wolof



> ROC D'AZUR 2009

A la force du mollet !

>> Cette course mythique ne laissa pas indifférent le CGOS organisateur de nombreuses manifestations hospitalières. Vendredi 9 octobre 2009, 3 vététistes ont représenté le Centre Hospitalier d'Avignon au Roc d'Azur 2009 à Fréjus :

- Bernard BOUCHET (Informatique), dossard n° 9513 - 206/467
- Patrice MARTIN (Reprographie), dossard n° 9504 - 356/467
- Jean-Luc VIGNAUD (Biomédical), dossard n° 9506 - 203/467.

Sur un parcours de 44 kms très physique et technique, force et endurance ont permis au trio de prendre des places honorables sur un parcours très exigeant. Merci aux personnes qui nous ont fait confiance afin de maintenir l'esprit sportif au sein de notre établissement.



L'équipe VTT



> AGENDA

Événements à retenir

Du 4 novembre au 4 décembre
Blé de l'espérance

1^{er} décembre
Journée mondiale de lutte contre le sida
Hall central de 10h à 16h

2 décembre
Vente de Noël de l'association Graines d'Artistes
Hall central de 10h à 16h

5 décembre
Noël des retraités
Restaurant du personnel de 14h30 à 18h

9 décembre
Vente de Noël de l'association Les Blouses Roses
Hall central de 10h à 16h

12 décembre
Noël des enfants du personnel
Boulodrome du Pontet de 15h à 18h

22 décembre
Noël des résidents du long séjour
Intervention de Karen Keren grâce au soutien de l'association VMEH

23 décembre
Noël des enfants hospitalisés en Pédiatrie nourrissons et grands enfants et chirurgie infantile. Intervention des clowns de l'association 1 2 3 Soleil grâce au soutien de l'association VMEH. Distribution de cadeaux grâce au soutien de l'association Les Blouses Roses en partenariat avec la crèche de Courthezon.