

challenge

le magazine du Centre Hospitalier d'Avignon

N°37/Avril 2006

Dossier

Unité Mère-Enfant
au service de la vie

*I Love
You*

La nouvelle réanimation

Les blouses bleues du CHA

La chirurgie ambulatoire

- éditorial page 3
- institution pages 4/5
- Nouvelle réanimation
- service pages 6/9
- Maternité
- Néonatalogie
- Pédiatrie
- Chirurgie infantile
- organisation pages 10/12
- La DAMIS
- Incendie et sécurité
- brèves page 13
- Actualités du CHA
- zoom pages 14/15
- Chirurgie ambulatoire



directeur de publication

- Francis DECOUCUT

rédacteur en chef

- François LAPERCHÉ, Adjoint au Directeur,
poste 3905

comité éditorial

- Alexandra AGNEL, Qualificienne
poste 3459
- Danièle ANGEVIN, retraitée du CHA
- Jean-Luc ARMONICO, DIM, poste 3093
- Annick BEAULIEU, IDE nuit
- Yannick CERUTTI, Photographe
- Philippe DI SCALA, Stratis
- Odile FERIGOULE, CSS, Village, poste 3860
- Françoise GAUTHIER, PH,
Médecine Nucléaire, poste 3720
- Marielle PETIT DE GRANVILLE,
Chargée de Communication, poste 3981
- Yannick ROSSI, Espaces verts, poste 3968
- Édith USSON, CS, chirurgie digestive -
uro-gynécologie, poste 3363

secrétariat de rédaction

04 32 75 39 02

conception & réalisation

Stratis 04 98 01 26 26

La richesse de notre communauté hospitalière

Challenge a souhaité mettre l'accent dans ce numéro sur deux importantes réalisations qui viennent d'être mises à disposition des patients du territoire de santé : un service de réanimation entièrement restructuré et dont la capacité est portée à 20 lits, et une unité de chirurgie ambulatoire de 10 places. Deux projets dont la concrétisation était très attendue par les professionnels du Centre Hospitalier d'Avignon tellement leur effet structurant est important pour notre établissement.

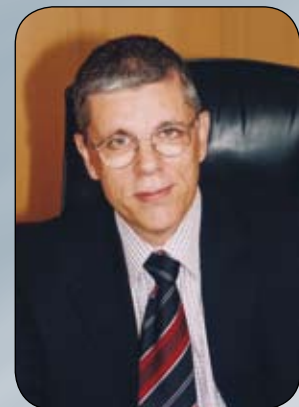
La réanimation tout d'abord qui conforte le statut d'établissement de référence du territoire de l'hôpital d'Avignon. Tous les établissements publics et privés pratiquant une activité chirurgicale ou disposant d'une unité de soins continus devront obligatoirement passer convention de partenariat avec notre établissement pour pouvoir continuer à exercer ces activités.

La chirurgie ambulatoire ensuite, dont 70 % des places et 80 % de l'activité relèvent aujourd'hui du secteur libéral. Au moment où le conseil national de la chirurgie publie sous la plume du Professeur VALLANCIEN son rapport sur l'évaluation de la sécurité et de la qualité des soins chirurgicaux, au moment où le SROS III oriente fortement les établissements de santé vers la pratique de la chirurgie ambulatoire, il est important que notre établissement soit présent sur ce créneau porteur de fortes capacités de développement.

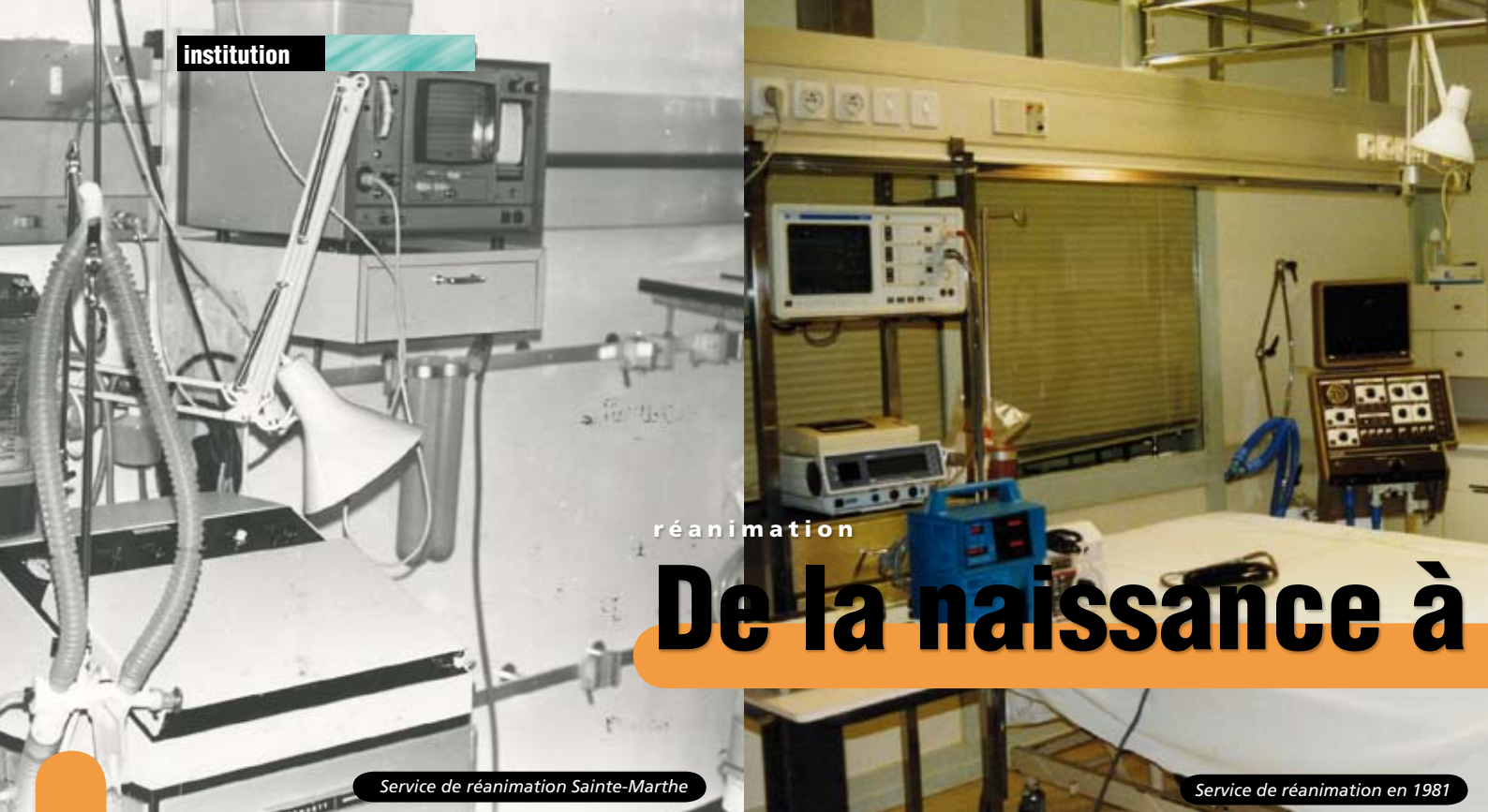
Les équipes du pavillon « mère enfant » ont souhaité également présenter leur activité. S'il est un secteur où l'attractivité du Centre Hospitalier d'Avignon est démontrée tous les jours, c'est bien celui de la naissance et de la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent. 2 363 naissances en 2005, des locaux de naissance trop exigus, un secteur de suite de couches à reconfigurer ont conduit le conseil d'administration à proposer que de nouveaux locaux de maternité soient inclus dans l'extension de l'établissement inscrite au plan hôpital 2007. Dans l'attente de cette réalisation, il convient de saluer les mérites des équipes hospitalières qui continuent à conjuguer technique et humanité dans des conditions d'exercice professionnel parfois difficiles pour assurer la qualité des soins et la chaleur de l'accueil que sont en droit d'attendre les parturientes et leurs familles qui ont fait le choix de l'hôpital public.

Enfin, un établissement hospitalier c'est également un patrimoine qui doit être entretenu et mis en sécurité. C'est la raison pour laquelle la parole est donnée à ceux qui souvent s'effacent derrière la mission d'accueil et de soins, mais sans qui l'établissement cesserait de fonctionner. Il est important que les professionnels des services techniques, du standard, du service de sécurité s'expriment tant leur contribution au fonctionnement de l'hôpital est fondamentale.

De la haute technicité médicale aux technologies du bâtiment on retrouvera plus d'une centaine de métiers dans notre centre hospitalier. C'est dans la confrontation de tous ces savoirs et de toutes ces expertises que réside la richesse de notre communauté hospitalière.



Francis DECOUCUT, Directeur



réanimation

De la naissance à

Service de réanimation Sainte-Marthe

Service de réanimation en 1981

La réanimation évolue en relation très étroite avec le progrès de la science et de la technologie, et elle peut être définie comme le recours à des possibilités thérapeutiques majeures que nécessitent des états pathologiques graves de toutes origines pouvant mettre la vie en péril.

→ La réanimation moderne a une date de naissance précise le 27 août 1952, c'est le jour où l'anesthésiste danois Bjorg IBSEN, ventila une jeune fille qui «mourait d'asphyxie» au cours d'une poliomyélite à forme bulbaire. À partir de ce jour, il parut indispensable de prendre en charge la respiration des insuffisances respiratoires quelles qu'en soient les causes dès l'instant où elles apparaissaient réversibles.

En France aussi, un précurseur, Jean HAMBURGER, au début des années 50, a préconisé la correction des désordres hydro-électrolytiques et métaboliques d'origine rénale, et a utilisé pour la première fois, le terme de réanimation.

Des progrès pharmacologiques et techniques

Mais cette conception et les techniques qui en découlent ne sont pas sorties brusquement du néant il y a 50 ans. Elles ont été précédées par la découverte des antibiotiques, des catécholamines synthétiques, des solutés de remplacement sanguin, l'amélioration de la transfusion sanguine, l'invention

d'appareil de respiration artificielle, d'épuration extra rénale, etc...

Tous ces progrès pharmacologiques et techniques ont fait ressortir deux idées dominantes : il fallait un traitement non seulement de la cause mais aussi des conséquences des états pathologiques, créer des unités organisées de réanimation avec présence permanente dans des unités d'un personnel médical et infirmier qualifié.

Progressivement en France à partir de 1954, des services de réanimation ont ouvert d'abord essentiellement dans la région parisienne puis en province dans les centres universitaires, avec un maillage territorial plus ou moins satisfaisant compensé par la création des SAMU/SMUR permettant des transferts de patients nécessitant la réanimation, de centres hospitaliers n'en disposant pas vers les centres dotés de services de réanimation.

Ouverture de la réanimation au CHA en 1973

En Avignon, les 6 premiers lits de réanimation ont été ouverts à l'Hôpital Sainte Marthe en décembre 1973.

Avant cette période, les malades défaillants étaient hospitalisés en grande chirurgie, et selon leur gravité, transférés vers les CHU.

De 1974 à novembre 1981, plusieurs hommes et femmes soignants et non-soignants ont œuvré pour le développement de la réanimation en Avignon, notamment le Dr P. DARDHALON et le Dr A. JEAN. Dès cette époque, il est apparu que le nombre de lits était insuffisant pour le Centre Hospitalier d'Avignon, et en novembre 1981 dans le nouvel hôpital construit aux abords de la Durance, un nouveau service de réanimation a ouvert, comportant 16 lits mais avec une ouverture effective de 8 lits. Progressivement, le service s'est agrandi, passant de 8 à 10 puis 12 et enfin 14 lits, ceci s'étalant sur une période de 25 ans.

Cette augmentation du nombre de lit s'est avérée insuffisante au milieu des années 90, alors que les locaux, du fait des nouvelles technologies, méritaient une rénovation. Une réflexion avec le Dr P. OLIVIER dans le service et dans l'établissement par l'intermédiaire du projet médical

d'établissement a abouti au concept d'une extension du service de réanimation avec la signature d'un contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARH, en 1998.

La nouvelle réanimation

Les premiers travaux de la nouvelle réanimation ont débuté en mars 2002 par une création de 8 chambres de réanimation sur la façade Nord du service de réanimation suivie d'une réhabilitation des locaux anciens.

Pour aboutir à la structure actuelle, soit 20 lits de réanimation et 1 lit de déchoquage, il a fallu du temps..., de la patience, de la pugnacité, et une vigilance de tous les instants. Dans ces actions, l'implication des cadres infirmiers du service a été remarquable.

Enfin, on a pu mettre une date de fin à cette longue histoire : mars 2006, soit 4 ans après le début des travaux. Certes, il reste encore quelques finitions à réaliser mais nous sommes assez fiers de ce «vaisseau» de 20 lits équipés d'un monitoring moderne avec des appareils de suppléance performants que beaucoup d'hôpitaux nous



une conception moderne...

envient. En dehors de l'amélioration de l'ergonomie des chambres et de la qualité technologique, nous avons pu progresser dans l'accueil des familles, dans la continuité des circuits avec le bloc opératoire, et étendre nos zones de réserves. Parallèlement à ces travaux, il a fallu continuer à travailler dans une zone en perpétuel chantier, ce qui ne nous a pas facilité la tâche en nous faisant redouter une contamination nosocomiale.

Un nouveau fonctionnement

Au cours de ces péripéties, de nouvelles règles de fonctionnement des services de réanimation ont été édictées par un décret d'avril 2002 qui a fixé des quotas en personnel paramédical, des règles d'environnement architectural et d'équipement en matériel médical. Certaines affaires médiatisées ont permis aussi une sensibilisation de la société et des politiques, amenant à une nouvelle législation sur les droits des malades. Tout d'abord, la loi «Kouchner» du 4 mars 2002, sur les droits du malade, complétée après par le rapport Léonetti, de la loi du 22 avril 2005 et de son décret d'application de février 2006 sur les droits des malades et la fin de vie. Ce qui a permis une normalisation des pratiques avec un refus de l'obstination thérapeutique déraisonnable tout autant que l'euthanasie et les pratiques occultes et/ou autoritaires. L'autre évolution est venue de l'informatique qui a fait une entrée tonitruante dans cet orchestre réanimatoire composé de machines et de pompes en tout genre ; de fait, le lit de réanimation est devenu un espace électronique, biologique, mécanique et informatique avec le laboratoire qui se rapproche

de plus en plus du malade, l'imagerie avec les échographes. Bien sûr toute cette machinerie ne serait rien sans les soignants qui deviennent de plus en plus des techniciens de pointe, mais paradoxalement et heureusement gardent leur humanité.

Quel sera le futur des réanimations ?

Il serait prétentieux de l'affirmer, mais on peut penser que les techniques non invasives ne feront que croître avec le développement de la biologie cellulaire et moléculaire, l'immense sujet de l'inflammation est et sera un domaine majeur de la recherche en réanimation, sans oublier la génétique avec une éventuelle accessibilité à la thérapie génique. Il faut espérer que les contraintes économiques, les principes de précautions excessifs et d'éventuelles catastrophes ne viendront pas gêner ou bloquer les progrès dans les services de réanimation. Mais autant, il est certain que la réanimation coûtera de plus en plus cher, tant elle est dépendante de l'évolution technologique, le développement de la réanimation sera contenu avec une limitation du nombre de services et de lits de réanimation, au profit de lits intermédiaires dits soins continus. Le futur verra aussi une poursuite de l'informatisation des outils qui conduira à leur asservissement aux besoins, à l'imagerie numérisée, au monitoring sans fil et en réseau des lits avec une évaluation en continu de la qualité des soins. Des progrès sont attendus en pharmacologie, mais il ne faut pas s'attendre à des «magic bullet» qui feraient tout, mais plutôt des stratégies de prise en charge précoce et agressive. La réanimation restera une spécialité transversale et,

bénéficiera aussi des progrès et des nouvelles techniques des autres spécialités, notamment l'imagerie médicale. La médecine «basée sur des évidences» deviendra l'outil de référence, malgré les défauts que l'on peut lui trouver et la constitution de banques de données fiabilisées sera essentielle. Enfin, les équipes de réanimation de demain devront être multidisciplinaires du fait des expertises multiples et complexes nécessaires pour soigner au mieux les patients hospitalisés en réanimation.

Je tiens à remercier tous ceux, présents et absents, du plus grand au plus petit, qui de près ou loin ont fait évoluer depuis 30 ans le service de réanimation du Centre Hospitalier d'Avignon. Par ces quelques lignes je leur rends hommage.

Dr Pierre COURANT

Médecin chef de service Réanimation



Le futur des services de réanimation

maternité

2363 nouveau-nés au CHA en 2005 !

«Le petit est en pleine opération de sa naissance», c'est ce que disait Marcel PAGNOL à propos de Césariot, exprimant ainsi la dynamique et le temps nécessaires à «l'opération».



→ C'est tout là le cœur du travail d'une maternité, prise dans l'événement et son mouvement, mais aussi dans tout son entourage et par conséquent dans la vie sociale, où à côté du bonheur que doit être la naissance, des situations dramatiques, médicales, psychologiques ou sociales paraissent d'autant plus injustes et difficiles à supporter.

Notre maternité accueille à toute heure du jour et de la nuit «l'assaut» de ce mouvement qui depuis presque 20 ans ne cesse de s'amplifier.

Un projet de création d'un nouveau pôle

Après l'amélioration pour la maternité de son environnement technique, elle est devenue plus sûre parce que joutée à la néonatalogie, aux plateaux techniques et aux services médicaux et chirurgicaux, plus confortable et plus souriante avec des chambres bien équipées et lumineuses avec balcon donnant sur un paysage champêtre où courent des petits lapins !

Mais les couloirs eux-mêmes sont désormais trop souvent occupés de patientes en attente, les mutations vers d'autres lieux de naissance survenant de plus en plus fréquemment. La nécessité de créer un nouveau pôle s'impose, plus grand, pour retrouver des conditions optimum de sécurité dont hélas nous nous éloignons.

Notre situation de seule maternité de niveau IIB entre Valence et Marseille offrant aux nouveau-nés la possibilité d'accueil dans des soins intensifs performants, nous impose d'autant plus de retrouver cette capacité d'accueil.

L'élaboration de ce projet se fait depuis maintenant 2 ans et nous approchons, espérons le, de sa concrétisation.

Pour comprendre ce que cela représente pour l'équipe de ce service, il faut savoir que ce sera le troisième déménagement en 20 ans.

En 1987 à Sainte Marthe, il y avait 970 naissances dans l'année et l'on avait déjà quitté le vieux bâtiment aux chambres communes pour un bâtiment plus moderne et tout proche, puis en 1990, transfert dans nos locaux actuels, magnifique unité mère-enfant si spacieuse, nous semblait-il alors, et où nous n'imaginions pas nos 2363 nouveau-nés de l'année dernière !

Si le personnel s'est étoffé, s'enrichissant au fil des années en puéricultrices, infirmières anesthésistes, psychologues, concourant avec nos 28 sages-femmes à la sécurité des mamans et permettant sans séparation la prise en charge de bébés de plus en plus fragiles, nous atteignons les limites de ce qui est possible pour assurer chaque année plus de 10000 consultations, 2669 entrées, 370 césariennes et 7912 urgences.

Aussi la nouvelle étape qui est devant nous est attendue avec espoir et ambition par tout le service.

Dr Didier LEPREUX

Médecin chef de service
Obstétrique - Maternité

néonatalogie

Un service unique en Vaucluse, associant technique et humanité

En l'absence de service de réanimation néonatale dans le Vaucluse, le service de néonatalogie du Centre Hospitalier d'Avignon est la seule unité du département où sont pratiqués les soins intensifs néonataux (21 lits autorisés de néonatalogie, dont 6 lits de soins intensifs) et dont dépendent au sein du réseau périnatal régional les Centres Hospitaliers d'Orange, Carpentras, Cavailon, Apt, Valréas et la polyclinique Urbain V à Avignon.

→ Au total, le service de néonatalogie du CHA couvre une population d'environ 7000 naissances par an.

Le service accueille entre 600 et 700 enfants par an, de la naissance à l'âge de 1 mois. Ceux-ci proviennent pour moitié de la maternité du CHA mais également de maternités privées et publiques du département, du domicile et des services de réanimation pédiatrique. Ils sont hospitalisés pour des motifs très variés : petit poids de naissance, prématurité, infection, insuffisance respiratoire aiguë, surveillance post-opératoire, cardiopathie, convulsions, malformation...

Une équipe dynamique et chaleureuse

L'équipe médicale se compose de 6 médecins à temps plein dont le travail est partagé entre le service de néonatalogie, le bloc obstétrical et la maternité. La prise en charge d'enfants ventilés ou d'enfants très instables relevant des soins intensifs ou de la réanimation est possible grâce à la présence sur place 24h/24 d'un néonatalogue et grâce à de nouveaux moyens thérapeutiques (corticothérapie anténatale, surfactant exogène, ventilation non invasive...) qui permettent de raccourcir et d'améliorer les prises en charge. Les puéricultrices sont au nombre de 32 (jour et nuit) et prennent en charge les nouveau-nés en coordination avec les médecins et les 12 auxiliaires de puériculture du service. Enfin, 4 ASH participent à la bonne santé des enfants en veillant à l'entretien rigoureux des locaux. D'autres intervenants viennent participer à l'activité du service : cardio-pédiatre, psychologue, psychomotricienne du CAMSP, kinésithérapeute, assistante sociale et secrétaire.

Renforcer les liens parents-enfants

Le projet médical 2002-2007 du Centre

Hospitalier d'Avignon a retenu la création de 5 lits dits «kangourou» qui devraient voir le jour dans les nouveaux locaux de la maternité dans le futur bâtiment Sud. C'est à Bogota, en Colombie, qu'a été expérimenté dès 1979 le concept de «mère-kangourou» afin de pallier à l'insuffisance des moyens techniques nécessaires à la prise en charge des prématurés. La méthode «kangourou» adaptée à des pays en voie de développement manquant de moyens a été transposée dans nos pays en retenant essentiellement la dimension affective. Afin d'éviter la séparation de la mère et de l'enfant, certains soins de néonatalogie et la surveillance d'enfants qui ne nécessitent pas de soins intensifs ou de réanimation peuvent être effectués dans la chambre de leur mère, si les locaux et l'organisation de l'unité d'obstétrique et de l'unité de néonatalogie le permettent. Ces 5 chambres devraient permettre de maintenir la relation mère-enfant et de dédramatiser la maladie et les soins tout en assurant la surveillance par un personnel qualifié et un environnement de sécurité.

Humaniser l'hôpital

Au fil des années, la prise en charge des prématurés est devenue de plus en plus technique avec pour corollaire une amélioration dans le pronostic global de la prématurité : dans le même temps, les soins intensifs et la réanimation néonatale sont devenus plus humains avec l'entrée des familles dans les services de néonatalogie (parents, grands parents, chambres mère-enfant) et la participation de plus en plus grande des parents aux soins (bains, peau à peau).

Le pari des équipes qui s'occupent de prématurés en 2006 est d'associer la technique à l'humanité. Les parents sont accueillis dans le service 24h/24 et

chaque rencontre des parents avec leur bébé est un moment plein d'émotion, chaque parent le vivant de manière personnelle et intime : pleurs, mutisme, petites paroles douces. L'important pour le personnel est d'avoir une présence dense et légère en même temps, entendre les paroles, adapter les souhaits des parents et expliquer en termes simples l'environnement technique qui entoure l'enfant. L'introduction de la musique en néonatalogie participe à ces moments d'émotion. L'intervention de musiciens dans le service est un moment privilégié de bien-être pour tous et permet de tisser des liens entre les parents, l'enfant, les musiciens et l'équipe soignante. Les parents retrouvent à cet instant un environnement familial sensé détendre et apaiser les tensions. A l'opposé du langage médical et de nos techniques qui apportent des réponses tangibles et des résultats observables et quantifiables, la musique apporte l'impalpable mais pas forcément l'accessoire.

Dr Philippe MASSON

Médecin chef de service Néonatalogie

Marie-Noëlle BEACCO

Cadre de santé Néonatalogie





pédiatrie

L'espoir et la fragilité

«Ce qui m'émeut si fort de ce petit prince endormi, c'est la fidélité pour une fleur, c'est l'image d'une rose qui rayonne en lui, comme la flamme d'une lampe, même quand il dort... Il faut bien protéger les lampes : Un coup de vent peut les éteindre...»

Antoine de SAINT EXUPÉRY : « Le Petit Prince »

→ Le Professeur Robert DEBRÉ, père de la pédiatrie française actuelle, aimait à dire «l'enfant est une invention du monde moderne». Affirmant ainsi, comme le démontra plus tard Alfred SAUVY, que l'intérêt pour celui-ci croît au fur et à mesure qu'il devient rare... Et il ajoutait souvent, comme pour souligner l'unicité, la vulnérabilité de cet être en devenir soumis à l'influence de son milieu : «où que l'on se tourne, l'enfant est concerné».

La pédiatrie est donc une médecine globale, dans laquelle sont solidement intriqués l'éducation, la prévention, le soin. Et si l'activité hospitalière se concentre avant tout sur ce dernier, les deux premiers sont fortement présents à toutes les étapes de notre action :

- accueil des urgences (22 000 passages par an, soit en moyenne 60 par jour, en augmentation constante) ;
- hospitalisations (3 600 par an, soit 10 entrées par jour, pour une durée moyenne de séjour de moins de 3 jours) ;
- consultations (environ 6 000 par an, soit 20 par jour).

Si la qualité et la promptitude de notre plateau technique permettent cette considérable activité, je voudrais m'arrêter quelques instants sur les tâches de nos collaboratrices, soignantes ou non, qui font la solidité de l'édifice : compétences, goût du travail, rigueur et disponibilité, mais aussi sourire et gaieté tellement nécessaires à l'enfant et éléments primordiaux de l'humanisation.



Au plan médical, la constitution progressive d'une équipe riche de compétences et de personnalités diverses, centrées sur la pédiatrie générale, mais également très spécialisées (neurologie, psychiatrie, endocrinologie, hématologie et oncologie, allergologie, génétique, cardiologie, etc...) nous permet d'embrasser à un niveau universitaire la quasi totalité de la médecine de l'enfant et de l'adolescent. Et l'on sait combien, souvent, le passage à l'âge adulte est difficile...

Préparer l'avenir, c'est aussi rendre de la passion

Toutes ces satisfactions, tout ce chemin parcouru, ne doivent pas cacher de nombreux écueils possibles : l'égoïsme ambiant, la dénaturation des tâches, l'inquiétude médico-légale, modifient les préoccupations, le raisonnement, et démotivent les professionnels, car il est trop demandé de justifications, au détriment de l'activité fondamentale auprès du malade. Préparer l'avenir devra donc, avant tout, consister à rendre de la passion à ceux qui la sentent s'amoinrir.

Mais aussi, aujourd'hui et dans notre établissement, à réfléchir sur deux points très importants.

- La création de pôles, comme le prévoit la nouvelle organisation de l'hôpital public pour 2007. Le pôle mère et enfant a une logique et une cohérence telles, qu'il devra s'imposer à nous, bâti sur ses quatre services constitutifs, et orienté prioritairement vers le diagnostic et le soin.
- Le futur projet d'établissement, qui nécessairement concernera l'unité mère et enfant, en demande forte d'évolution sous la pression des besoins croissants (concernant tout autant la maternité, la néonatalogie, la chirurgie infantile et la pédiatrie générale, dans leurs capacités d'hébergement des patients et de leurs familles, dans le développement de l'ambulatoire, dans l'organisation de structures de prévention et d'éducation).

Le passionnant avenir sera donc ce que nous en ferons. Et comme disait le philosophe Gaston BERGER «rien n'est garanti, mais rien n'est fatal ni inexorable. L'avenir est le temps des choses à faire...».

Dr Gérard FORTIER

Médecin chef de service

Pédiatrie grands enfants et nourrissons, urgences pédiatriques

«L'enfant est l'avenir de l'homme...»

Louis ARAGON

«La caractéristique du pédiatre est de continuer, en ces temps de découpage et de pulvérisation des compétences, à exercer une médecine globale...»

Pr Pierre ROYER

L'ambition d'offrir une prise en charge complète pour les «tout petits»

«Il était une fois... une prairie au bord de la Durance, sur laquelle s'est posé au siècle dernier (1990) un bâtiment en forme de «soucoupe volante» dédié à la mère et à l'enfant. Le service de chirurgie infantile a été installé au rez-de-chaussée de cet étrange vaisseau et depuis il accueille tous les enfants qui présentent un problème chirurgical jusqu'à l'âge de 15 ans et 3 mois.»

→ La présence d'un service de chirurgie pédiatrique au sein d'un établissement comme le Centre Hospitalier d'Avignon est relativement insolite et mérite d'être soulignée, car elle satisfait aux exigences actuelles du schéma régional d'organisation des soins. Dans de nombreuses régions, les services de chirurgie infantile sont implantés exclusivement dans les CHU et ils sont encombrés par des pathologies mineures que leur adressent les hôpitaux de voisinage qui ne prennent pas en charge de jeunes enfants (en partie à cause du risque anesthésique).

Un réseau de soins à 3 niveaux

Dans notre secteur (Vaucluse-Camargue) la présence d'un service capable de prendre en charge la chirurgie infantile en premier recours a permis de mettre en place un réseau de soins à trois niveaux. Selon ce schéma, le CHA (établissement de niveau II dit «de recours») répond aux besoins en chirurgie pédiatrique des établissements de niveau I dits «de proximité» de notre secteur (Apt, Cavaillon, Carpentras, Orange, Valréas) mais aussi de secteurs plus éloignés (Bagnols sur Cèze et parfois même Montélimar). Cette hiérarchisation de l'offre de soins permet d'éviter l'engorgement des services marseillais (établissements de niveau III dits «référents») qui ne reçoivent théoriquement plus de notre secteur que les enfants ne pouvant être pris en charge à Avignon. À titre indicatif, en 2005, aux urgences pédiatriques, 20 enfants seulement ont dû être transférés vers le CHU alors que 9000 se sont présentés pour une consultation chirurgicale. En effet, bien que la majorité des actes chirurgicaux pédiatriques soit réalisable au CHA, le fonctionnement d'une unité de chirurgie pédiatrique de «périphérie» n'est pas superposable à celui d'un service de CHU, en raison principalement de l'absence de réanimation pédiatrique au

sein de notre établissement. Ce paramètre impose de muter tout enfant qui en raison de ses antécédents (malformations associées, grand prématuré) ou de la «lourdeur» du geste chirurgical prévu, est susceptible de nécessiter une surveillance post-opératoire en soins intensifs. Cependant, le réseau de soins mis en place avec les hôpitaux marseillais nous permet de suivre le malade que l'on transfère au CHU et de l'opérer sur place. Le chirurgien y trouve l'avantage de ne pas «perdre son malade» et de conserver sa technicité. Quant au malade (et ses parents) qui se retrouvent exilés en famille dans ce «grand hôpital» où ils ne connaissent personne et où personne ne les connaît, ils apprécient généralement beaucoup de revoir leur «chirurgien traitant», mais aussi de savoir qu'il sera en salle d'opération. Enfin, ce libre accès au CHU nous donne la possibilité d'assister au staff multidisciplinaire universitaire et d'y discuter de certains dossiers complexes qui nécessitent une décision collégiale de la conduite thérapeutique.

Charge de travail croissante

À l'échelon local, l'activité chirurgicale pédiatrique se répartit entre le service de chirurgie infantile, les consultations externes, le bloc opératoire et depuis quelques mois l'unité de chirurgie ambulatoire. Installé dans la petite portion Ouest du «camembert pédiatrique», le service de chirurgie infantile a vu transiter l'an dernier près de 1600 enfants dans ses 14 lits, et environ 300 enfants dans les lits de «ses voisins de palier» pédiatres. L'ouverture de l'unité de chirurgie ambulatoire (attendue avec impatience) a permis de régler partiellement cette «crise du logement», en déléstant le service d'une partie de ses opérés et a permis conjointement d'alléger la charge de travail du service qui n'a cessé de croître au fil de ces dernières années.

L'unité ambulatoire accueille en effet chaque semaine entre 8 et 10 enfants devant subir une intervention de courte durée, sous réserve qu'ils soient âgés d'au moins 1 an et qu'ils n'habitent «pas trop loin» d'un hôpital. Le service de chirurgie infantile continue quant à lui à recevoir toutes les urgences chirurgicales, viscérales et traumatologiques (environ 1000 hospitalisations en urgence en 2005) et les enfants devant subir une intervention programmée non-réalisable en ambulatoire en raison de l'importance du geste ou de l'âge de l'enfant.

Les très jeunes enfants

L'âge de l'enfant est en effet un facteur déterminant en matière de risque anesthésique, risque particulièrement important avant l'âge de 3 mois et chez l'ancien prématuré. L'orientation choisie par le service (il y a quelques années) de développer la chirurgie de l'enfant de très petit poids a donc nécessité de ré-organiser la prise en charge péri-opératoire de ces très jeunes enfants afin de sécuriser au maximum ces actes chirurgicaux. Actuellement, ces enfants sont opérés sur une table d'opération chauffante, sous anesthésie générale ou sous rachianesthésie quand le type d'intervention le permet (cure de hernie inguinale), et surtout ils sont conduits en fin d'intervention dans le service de néonatalogie (et non en salle de réveil) pour «une surveillance post-interventionnelle rapprochée». Cette procédure ne nous permet pas pour autant de prendre en charge (à l'heure actuelle) la «grosse pathologie malformative néonatale». Elle s'adresse principalement en chirurgie réglée : aux cures de hernies inguinales (très fréquentes chez le prématuré), aux sténoses du pylore ou aux malformations ano-rectale et en cas d'urgence extrême : aux occlusions néonatales. À côté de ce créneau chirurgical néonatal encore au stade embryonnaire

(22 nouveau-nés opérés en 2005), l'activité chirurgicale du service se décline en chirurgie viscérale (digestive et urologique) et en chirurgie osseuse (traumatologique et orthopédique) avec environ 1000 actes par an.

6000 consultations en 2005

Parallèlement au secteur d'hospitalisation, le service des consultations externes de pédiatrie a enregistré un peu plus de 6000 consultations chirurgicales en 2005. Son organisation tient également compte de cette diversité de pathologies prises en charge dans le service. Ainsi, ont été mis en place en plus des consultations de post-urgence, et des consultations de chirurgie infantile générale, des consultations spécialisées en urologie et en orthopédie infantile. Enfin, depuis peu (et grâce à la collaboration des obstétriciens et des échographistes ante-nataux) quelques femmes enceintes traversent le couloir qui sépare la salle d'attente d'obstétrique de celle de pédiatrie et viennent trouver le chirurgien pédiatre dans le cadre du diagnostic anténatal. Le développement de ce nouveau créneau d'activité est un des objectifs du service, cependant la prise en charge post-natale est pour le moment limitée aux anomalies opérables dans nos locaux. Le facteur limitant n'étant pas la chirurgie mais l'absence de structure adaptée à la surveillance post-opératoire de ces enfants. L'aboutissement de ce projet ne peut donc être actuellement que partiel, mais nous gardons bon espoir de voir un jour l'ouverture de lits de soins continus pour nourrissons et nouveau-nés. L'objectif n'est pas de prendre en charge toute la pathologie malformative néonatale à Avignon mais simplement d'élargir «un peu» le spectre des interventions réalisables chez le «tout petit».

Dr Gianluca DE LUCA
Médecin chef de service
Chirurgie infantile

Que se cache-t-il derrière les

La direction des actions de maintenance, d'ingénierie et de sécurité, anciennement appelée « services techniques », compte 93 agents hospitaliers répartis dans 3 grands domaines : maintenance, dépannage et entretien, sécurité et accueil, constructions et travaux neufs.

Grégory CUZON,

ouvrier professionnel spécialisé, espaces verts

«Améliorer le cadre de tous»

Challenge : Depuis quand travaillez-vous au CH d'Avignon ?

Grégory CUZON : Je travaille depuis 4 ans dans l'établissement.

Challenge : Quel est votre rôle dans l'hôpital ?

Grégory CUZON : J'ai pour rôle principal d'améliorer la qualité des espaces extérieurs, c'est-à-dire le cadre général, l'espace d'accueil réservé aux patients et visiteurs. Mon travail a donc un impact sur l'image de l'hôpital.

De prime abord, la fonction de technicien paysagiste n'apparaît pas comme primordiale dans un établissement de santé. Au début, il n'est pas évident de se positionner au sein de l'hôpital. Ceci étant, les membres de l'équipe technique ont su faire reconnaître ce métier au CHA, grâce à leur implication. Et puis, je m'aperçois que mon travail a une importance, tant aux yeux des agents hospitaliers que des patients et visiteurs, qui apprécient d'évoluer dans un cadre agréable et entretenu. Cela permet également d'égayer les promenades des malades quand ceux-ci ont la possibilité de sortir.

Challenge : Quelles évolutions attendez-vous pour votre profession ?

Grégory CUZON : A l'avenir, je souhaiterais que les travaux qui me seront confiés demandent davantage de créativité. C'est d'ailleurs ce qui est prévu avec la construction du bâtiment Sud. Enfin, j'aimerais que les possibilités et les capacités du service puissent être développées avec l'achat de nouveaux matériels, ce qui contribuerait également à améliorer les conditions de travail.



Rémi GROS-JEAN,

ouvrier professionnel spécialisé, électricien

«Une évolution technologique permanente»

Depuis quand travaillez-vous au CH d'Avignon ?

Rémi GROS-JEAN : Je suis arrivé ici en 2002.

Quel est votre rôle dans l'hôpital ?

Rémi GROS-JEAN : Mon travail contribue à la satisfaction des patients en premier lieu et permet d'autre part aux équipes médicales et soignantes de travailler dans de bonnes conditions. Mon travail est indispensable puisque l'on a toujours besoin d'électricité étant donné que tout fonctionne à l'électrique. En plus, dans le cadre de la sécurité, il doit toujours y avoir un électricien de garde sur les lieux. Enfin, le domaine de l'électricité est dangereux, il faut vraiment être spécialisé pour intervenir, et l'on est souvent conduit à solutionner de nombreux petits problèmes.

Quelles évolutions attendez-vous pour votre profession ?

Rémi GROS-JEAN : Actuellement, je suis ouvrier professionnel spécialisé. A l'avenir, je souhaiterais devenir maître ouvrier. Par ailleurs, nos capacités et nos responsabilités ne sont pas toujours reconnues. On prend souvent les décisions seul puisqu'on est seul à connaître précisément notre métier, à être spécialisé en électricité. On s'adapte en permanence car le matériel évolue en électronique. Il y a de plus en plus d'appareils biomédicaux. Heureusement, on bénéficie régulièrement de formations.



Charly HOUBÉ,

ouvrier professionnel spécialisé, frigoriste, plombier

«Au service de l'amélioration des conditions de travail de tous»

Depuis quand travaillez-vous au CH d'Avignon ?

Charly HOUBÉ : Je travaille à l'hôpital d'Avignon depuis 3 ans.

Quel est votre rôle dans l'hôpital ?

Charly HOUBÉ : J'ai en charge le système frigorifique : la climatisation, les chambres froides, les chariots réfrigérants... cette fonction est essentielle pour le maintien des médicaments et aliments qui doivent être conservés dans des réfrigérateurs, et pour le confort du personnel avec les climatiseurs en période estivale. En plus de cette activité, j'assure une astreinte plomberie tout aussi utile dans l'hôpital puisque je m'occupe par exemple des tuyauteries d'eau, des problèmes de robinetterie, de fuites, de fluides médicaux, de la vapeur pour la buanderie. Je suis en contact permanent avec les patients et le personnel. Et mon travail contribue à la fois au bien-être des malades et à l'amélioration des conditions de travail pour les agents hospitaliers.

Quelles évolutions attendez-vous pour votre profession ?

Charly HOUBÉ : Je souhaite poursuivre mes études grâce aux congés de formation dans le but d'obtenir un statut plus important et de progresser dans mon parcours professionnel.



Jean-Louis AUGIER,

maître ouvrier principal, atelier menuiserie

«Le bien-être du malade et des agents»

Depuis quand travaillez-vous au CH d'Avignon ?

Jean-Louis AUGIER : Je travaille pour l'hôpital d'Avignon depuis 1973.

Quel est votre rôle dans l'hôpital ?

Jean-Louis AUGIER : Je participe au bien-être du malade en améliorant son confort et je permets au personnel d'évoluer dans un cadre plus agréable. Un tiroir qui ne fonctionne pas, une porte qui coince sont une gêne aussi bien pour le patient que pour l'agent hospitalier. Nous sommes souvent amenés à travailler dans les chambres ; le sourire, la gentillesse, une phrase sympa font partie de notre quotidien et rassurent souvent les patients.

Dans un tout autre domaine, j'ajouterais que l'équipe de l'atelier menuiserie s'occupe de l'entretien des portes coupe-feu (vérification après le passage des pompiers, contrôle technique 2 fois par an), c'est dire l'importance de notre travail en terme de sécurité incendie.

Quelles évolutions attendez-vous pour votre profession ?

Jean-Louis AUGIER : Je souhaite que le métier de menuisier conserve sa place dans l'établissement.



blouses bleues ?

Patrick GACHET,

maître ouvrier, électromécanicien

«A la disposition des malades et des agents»

Depuis quand travaillez-vous au CH d'Avignon ?

Patrick GACHET : Cela fait 25 ans ; depuis son ouverture en 1981.

Quel est votre rôle dans l'hôpital ?

Patrick GACHET : Les agents de l'atelier électromécanique doivent être à la disposition des malades pour leur bien-être et à la disposition des agents hospitaliers pour faciliter leurs tâches quotidiennes.

Je travaille dans un atelier qui a la charge de la maintenance des installations de conditionnement d'air, de chauffage, d'installations électromécaniques, hydrauliques et pneumatiques, de l'entretien rigoureux d'appareillages ainsi que des dépannages en urgence. Nous devons fournir un service électrique 24h/24 pendant l'astreinte que nous assurons avec les électriciens.

Quelles évolutions attendez-vous pour votre profession ?

Patrick GACHET : J'ai l'impression que notre travail n'est pas vraiment pris en compte. Nous intervenons dans un domaine très vaste et tout le monde n'en a pas forcément conscience. Je souhaiterais donc que notre métier soit un peu plus reconnu.



Pascal REYNAUD,

maître ouvrier, manutention automatique

«Le facteur humain est prépondérant dans la manutention automatique !»

Depuis quand travaillez-vous au CH d'Avignon ?

Pascal REYNAUD : Je travaille ici depuis décembre 1981.

Quel est votre rôle dans l'hôpital ?

Pascal REYNAUD : L'atelier dans lequel je travaille s'occupe du transport de tout le matériel hospitalier. On ne peut pas concevoir le fonctionnement de l'hôpital sans la manutention automatique. En 1981, le CHA a d'ailleurs été conçu en prévoyant le circuit de la manutention automatique. Et puis, en dehors de l'automatisation, notre travail est une véritable nécessité technique dans la mesure où les robots, plus communément appelés «tortues», doivent être surveillés et entretenus en permanence. La plupart des établissements de santé disposent d'un système de manutention automatique. À mon sens, ce corps de métier est devenu indispensable. Et pourtant, il existe un paradoxe. D'un côté, il n'est pas possible de revenir à une manutention manuelle. On le voit en ce moment avec la rénovation du système : le métier de «convoyeur» de chariots n'est ni intéressant, ni enrichissant et est particulièrement fatigant. En plus de cela, je pense que le système de manutention automatique revient bien moins cher à l'établissement que de payer des personnes à pousser des chariots. D'un autre côté, le tout automatique sans personnel de surveillance n'est pas envisageable non plus. Les appareils ne sont pas infailibles. Il suffit d'un incident de circulation sur le parcours pour que l'ensemble du circuit soit bloqué. Le facteur humain apparaît comme un paradoxe lorsque l'on parle de manutention automatique alors qu'en fait, il est prépondérant puisqu'il faut bien des personnes aux chargement et déchargement des chariots.

Quelles évolutions attendez-vous pour votre profession ?

Pascal REYNAUD : J'attends davantage de considération. Dans «manutention automatique», on entend «manutentionnaire», ce qui laisse penser que la manutention est manuelle et non automatique. Le côté automatique n'est pas perçu. Et le fait de dire qu'il s'agit d'un métier avant tout manuel, amène à penser qu'il existe un service «à la carte». A l'inverse, l'aspect robotique donne l'impression que l'on ne peut pas tergiverser. L'image de la manutention automatique est celle du mineur qui pousse son chariot dans la mine. Celle de la robotisation correspond à l'image d'un service automatisé de pointe.



Patrick VIVAS,

standardiste principal

«Un relais entre l'interne et l'externe»

Depuis quand travaillez-vous au CH d'Avignon ?

Patrick VIVAS : Je travaille au CHA depuis 1982.

Quel est votre rôle dans l'hôpital ?

Patrick VIVAS : La situation privilégiée du standard correspond d'une certaine manière à l'image de l'hôpital. En tant que standardiste, je mets un point d'honneur à être souriant et ouvert, et à me mettre à disposition de tous. Le standard est primordial dans le sens où il est un relais entre l'interne et l'externe, et où la volonté première du service est d'être un pôle d'informations et de renseignements.

Quelles évolutions attendez-vous pour votre profession ?

Patrick VIVAS : Les nombreux projets en cours, notamment la restructuration des bâtiments, le changement prochain de l'appel malade, m'invitent à réfléchir à l'impact de ces évolutions sur le standard et nous demandent une forte implication, qui je l'espère s'accompagnera d'une reconnaissance

Jean-Michel GROTTI,

ouvrier professionnel spécialisé, chaufferie

«L'eau chaude est indispensable pour l'hôpital»

Depuis quand travaillez-vous au CH d'Avignon ?

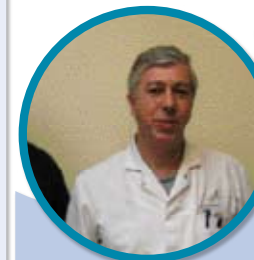
Jean-Michel GROTTI : J'ai été engagé il y a tout juste 3 mois.

Quel est votre rôle dans l'hôpital ?

Jean-Michel GROTTI : La gestion des chaufferies est maintenant assurée par l'hôpital. Je m'occupe de la production d'eau chaude, du chauffage et de la vapeur (pour la buanderie). Dans ma fonction, je dois réagir vite et faire preuve de beaucoup de disponibilité en cas de dépannages urgents car le domaine dans lequel j'évolue est indispensable au bon fonctionnement de l'établissement. On peut difficilement se passer d'eau chaude pour les douches des patients, de vapeur pour le nettoyage des draps et tenues, de chauffage l'hiver et de climatisation l'été.

Quelles évolutions attendez-vous pour votre profession ?

Jean-Michel GROTTI : Employé depuis peu, je souhaite prendre mes marques pour ensuite évoluer dans ma fonction, ma carrière, c'est-à-dire bénéficier d'un meilleur statut d'ici quelque temps.



Michel SURREL,

maître ouvrier, peintre

«Un hôpital a aussi besoin de clarté, de couleurs...»

Depuis quand travaillez-vous au CH d'Avignon ?

Michel SURREL : Je travaille au CHA depuis le 1^{er} janvier 1989.

Quel est votre rôle dans l'hôpital ?

Michel SURREL : Mon travail a tout d'abord une influence sur l'ambiance des lieux. L'ensemble de notre équipe a pour objectif de donner de la clarté et de la gaieté aux pièces, afin que les personnes qui se déplacent dans l'enceinte de l'hôpital se sentent plus à leur aise. Cela peut jouer également sur le moral, la bonne humeur et même l'ambiance de travail. D'autre part, les projets et les travaux sont de plus en plus nombreux, de ce fait nous sommes de plus en plus sollicités et donc davantage responsabilisés. Le travail demandé est plus personnel et précis. Nous participons plus au choix des couleurs. Pour finir, je tiens à dire que nous avons aussi un gros travail d'hygiène car les murs sont souvent abîmés ou simplement sales.

Quelles évolutions attendez-vous pour votre profession ?

Michel SURREL : Auparavant, les agents de l'atelier peinture s'occupaient des déménagements. Aujourd'hui, ce n'est plus le cas. Cela nous permet de nous recentrer sur notre branche. Autrement, je ne suis pas en attente de quelque chose en particulier, si ce n'est une évolution de mon grade par rapport à mon ancienneté ; ce qui m'intéresse avant tout c'est de faire mon travail dans les règles.

Un maximum de sécurité pour le CHA

L'arrêté du 10 décembre 2004 du Ministre de l'Intérieur portant approbation des dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public précise certaines dispositions applicables aux établissements de type «U», dont le Centre Hospitalier d'Avignon fait partie. Il précise notamment à l'article U43 la composition d'un service de sécurité incendie.



→ Le Centre Hospitalier d'Avignon est classé en 1^{ère} catégorie (établissement pouvant recevoir au total plus de 1500 personnes).

Sécurité incendie

La mise en place d'une équipe de sécurité incendie avant le 31 décembre 2009, dont l'objectif est de prémunir, garantir et sécuriser l'organisation face au risque incendie, est imposée. Avant d'atteindre cette échéance et pour être pleinement opérationnel le moment venu, l'établissement dispose donc de sa propre équipe de sécurité incendie depuis le 1^{er} septembre 2005. Celle-ci se compose de 6 temps plein dont 5 coordonnateurs sécurité affectés uniquement à cette tâche plus Messieurs Christian GRIGNARD et Éric JULIEN qui complètent le dispositif H24. Tous ont réussi avec succès l'obtention des qualifications adaptées à cette fonction. Pour assurer la continuité du service, il s'agit de postes de 12h qui s'échelonnent entre 7h et 19h puis entre 19h et 7h. La passation des consignes s'effectue matin et soir avec tenue d'une main courante. Après 16h, on s'appuie sur ce service pour effectuer les remplacements (sonnette et téléphone d'appel d'urgences et plan neige). Le standard relaie tout le dispositif d'alerte.

Cette organisation est complétée par l'implication des agents du standard ainsi que celle des agents des ateliers électricité et électromécanique notamment avec la collaboration de l'électricien de garde (qualifications minimales également requises). L'effectif permanent de l'équipe sécurité-incendie est donc d'au moins 3 agents qualifiés 24h/24h.

L'encadrement et le management du service sécurité sont confiés à Monsieur Jean-Michel CAZES, ingénieur et adjoint

de Valéry BRUNEL, responsable de la direction des actions de maintenance d'ingénierie et de sécurité (DAMIS). Une société de gardiennage complète ce dispositif en cas d'alerte incendie, et a en charge d'accueillir les secours et de les conduire sur les lieux du sinistre. Pour ce jeune service, il convient de poursuivre le travail de cadrage, de formalisation des procédures et des protocoles, et de formation aux équipements techniques. Ceci étant, les agents qui le composent sont motivés et soucieux de s'impliquer. Ils ont récemment bénéficié d'une formation de 2 jours sur le cœur du système de surveillance, le centralisateur de mise en sécurité incendie.

Sûreté et accueil

Il convient avant tout de souligner le rôle important des agents travaillant au standard dans la fonction accueil du centre hospitalier. Ils constituent en effet bien souvent le premier contact avec les usagers de l'établissement. L'équipe, encadrée par Messieurs Olivier JUGE et Stephen KREITZ, s'attache à remplir cette fonction avec efficacité et courtoisie 24h/24h.

Par ailleurs, l'équipe «accueil gardiennage» est chargée de l'accueil physique des usagers. Leur rôle est important pour la sûreté des personnes, et le maintien de l'accessibilité de services. Ce service est constitué de 6 personnes dont 2 travaillent en temps réel de 7h à 16h de chaque côté. L'encadrement direct est confié à Monsieur Éric JULIEN.

L'enjeu principal pour le parking Sud est de rendre possible aux personnes à mobilité réduite, aux ambulances, taxis, VSL, une garantie minimum de stationnement. Pour le parking Ouest, il importe de préserver les accès à la cen-

trale de gestion des flux médicaux, à la pharmacie et de permettre aux ambulances et VSL de déposer les malades couchés. Il est essentiel de noter que le stationnement anarchique nuit aux impératifs de fonctionnement.

Outre la préservation des conditions d'accès à l'établissement et de circulation interne, la participation à l'accueil des visiteurs doit également être soulignée. Les agents de ce service sont souvent les premiers interlocuteurs des visiteurs, et de ce fait directement exposés à leur colère et mauvaise humeur. Cependant, la courtoisie reste de mise en toute circonstance.

Par ailleurs, la gestion de la sûreté s'appuie également sur une société extérieure : Sud Gardiennage Service dont les maîtres-chiens effectuent des rondes dans l'établissement. Basé à la conciergerie, l'effectif se compose de : 1 personne de 6h à 18h, 2 personnes de 18h à 20h, 3 personnes la nuit de 20h à 24h, 2 personnes après 24h.

Sa mission consiste en un contrôle de l'entrée principale, à la fermeture des portails et la réalisation de rondes.

Une surveillance plus minutieuse du parking personnel «silo» est effectuée en particulier aux heures de relèves de 20h à 21h. Il est également prévu un renforcement en cas de besoins dans les secteurs des urgences adultes (à la demande).

Le périmètre d'intervention s'étend jusqu'à l'IFSI et au CAMSP.

Enfin, ce système de veille et de surveillance est complété par des rondes de la police nationale sur le site.

Jean-Michel CAZES
Ingénieur maîtrise d'ouvrage-sécurité

direction

Bienvenue aux 2 nouveaux arrivants

→ Le comité de rédaction de Challenge souhaite la bienvenue à Corinne OUALID, directeur adjoint chargé du traitement de l'information et de l'organisation depuis le 1^{er} juillet 2005, et Frédéric DEBISE, directeur adjoint chargé des équipements et de la coopération sanitaire depuis le 1^{er} janvier 2006. Afin de mieux les connaître, voici leur parcours professionnel.

Corinne OUALID

1994 : Diplômée de l'École Nationale de la Santé Publique

1994-2005 : Assistance publique des hôpitaux de Marseille

1994-1996 : Directeur adjoint chargé de la stratégie

1996-2002 : Directeur adjoint chargé du contrôle de gestion et du système d'information

2002-2005 : Directeur adjoint de la Timone



Frédéric DEBISE

1998 : Diplômé de l'École Nationale de la Santé Publique

1998-2000 : Directeur des finances et de l'informatique à Moulins dans l'Allier

2000-2002 : Directeur des services économiques à Givors dans le Rhône

2003-2005 : Directeur des finances et coordinateur qualité à l'Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé



long séjour

Des artistes en herbe

→ L'Atelier des deux mondes, partenaire culturel du CHA depuis 2004, a présenté au cours de l'exposition d'art contemporain «Céleste» du 17 février dernier, les œuvres originales réalisées par les résidents du long séjour durant 2 ans d'atelier en collaboration avec l'artiste intervenante Carole CHALLEAU. Vous avez toujours la possibilité de voir ces travaux dans le hall des services de long séjour et gériatrie du Village où ils sont affichés de manière définitive dans des cadres. Merci aux agents de l'atelier peinture qui se sont investis dans l'installation de l'exposition et la décoration de l'unité. Cette année, l'activité porte sur l'autoportrait, ce qui fera l'objet d'une expo insolite en 2007.



remerciements

Savoir donner

→ Chaque année, le Centre Hospitalier d'Avignon reçoit de multiples dons et bénéficie de nombreuses propositions de bénévolat. C'est pourquoi, le 3 février dernier fut organisée une cérémonie de remerciements en l'honneur des organismes, associations ou sociétés ayant effectué un geste de solidarité envers les patients hospitalisés au CHA durant l'année 2005. Cette réception a rassemblé 34 partenaires ainsi que les agents des services concernés par ces actions (UME, Village, Urgences adultes et Onco-hématologie) dans une ambiance particulièrement conviviale.



village

Il y a toujours de la joie au Village

→ Le jeudi 24 novembre 2005, l'arrivée du Beaujolais nouveau était fêtée au long séjour.

Les résidents ont particulièrement apprécié cette manifestation conviviale. Le vin était servi sous forme d'apéritif, dans un décor approprié et une ambiance très joyeuse. Merci à Monsieur PAWLOWSKI (papa de Sandrine, animatrice au long séjour) pour l'accompagnement musical.

Sortie à l'opéra

Comme chaque année au mois de décembre, la tradition a été respectée d'accompagner les résidents à l'opéra pour le gala de Noël. Le 13 décembre 2005, 12 résidents ont eu le plaisir d'assister au spectacle préparé pour eux.

Animations autour de Noël



Monsieur Marc GRÉGOIRE, ancien chanteur des chœurs de l'opéra d'Avignon, est venu interpréter des chants de Vincent SCOTTO et Luis MARIANO le 14 décembre 2005.

La salle d'animation accueillait un grand nombre de résidents et

de familles qui, visiblement étaient heureux de se souvenir de toutes ces chansons dans une ambiance chaleureuse qui contrastait avec la fraîcheur extérieure entretenue par le fort mistral.

Le jeudi 22 décembre 2005 était jour de fête au long séjour, les enfants du personnel et les familles étaient nombreux pour entourer les résidents tous très élégants.

Les cadeaux de Noël ont été offerts à chacun, tandis que l'animation musicale était assurée à Farfantello par la famille AUBANEL et à La Fontaine par la chorale «L'envol de l'amitié».

Fêtes des grands-mères

A l'occasion de la fête des grands-mères et de la journée de la femme, les résidentes du long séjour recevaient, le 8 mars 2006, les élèves de l'école de chant du Grand Avignon, sous la direction de Mme Maguy VILLETTE.

Ces jeunes enfants et adolescents, qui chantaient pour certains pour la première fois en public, ont interprété avec beaucoup de talent des chansons anciennes et modernes.

L'émotion était visible sur les visages des spectateurs, des larmes ont même coulé. Quelques résident(e)s ont pris plaisir à chanter avec les élèves et le personnel aussi.



Une doyenne de 104 ans



Le lundi 13 mars 2006, Madame DUBOIS a soufflé les bougies de son 104^{ème} anniversaire.

Entourée de ses enfants et d'une arrière petite fille, cette résidente, toujours discrète a été honorée par tout le personnel et par les bénévoles de la croix rouge qui ont participé largement à l'animation de cette journée.

Le long séjour accueille une autre centenaire qui fêtera ses 102 ans au mois de juillet, et 5 résidents de Farfantello se préparent à passer le cap des 100 ans en 2007.



chirurgie ambulatoire

Une nouvelle structure

Surtout développée dans les pays anglo-saxons et plus particulièrement aux Etats-Unis depuis les années 1980, la chirurgie ambulatoire est un mode de prise en charge des opérés relativement nouveau dans notre pays mais qui se développe fortement.

→ Ce sont les progrès conjoints de l'anesthésie réanimation et de la chirurgie (coelioscopie...) qui ont permis, malgré une intervention chirurgicale, le retour à domicile dans la même journée. L'hospitalisation en mode ambulatoire fait partie d'un système plus général dit d'alternative à l'hospitalisation (hôpital de semaine, de jour, HAD...) qui a comme avantage d'allouer de façon qualitative et juste, les ressources aux besoins. Nous allons vous présenter cette structure qui a ouvert ses portes le 1^{er} janvier 2006.

Les principes de fonctionnement

Par chirurgie ambulatoire on entend : «...les actes chirurgicaux et/ou d'investigation programmés et réalisés dans les conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire sous une anesthésie de mode variable, et selon des modalités permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission...».¹

La chirurgie ambulatoire est un concept organisationnel centré sur le patient qui suppose :

- une chirurgie programmée ;
- de courte durée (jusqu'à 1h à 1h30) ;
- une sélection des patients sur critères multiples non exclusivement médicaux (aptitude à observer les prescriptions médicales, accompagnement par une personne disponible le jour de l'intervention et la nuit suivante, éloignement de moins d'une heure d'une structure de soins, accès rapide à un téléphone...)²

Elle est régie par un ensemble de décrets spécifiques qui précisent : «...les structures... sont agencées... de manière à assurer, sur un même site... l'accueil... l'organisation... la surveillance et le repos... des patients..., la décontamination, le stockage et l'entretien du matériel nécessaire aux soins et au transport des patients...».

La configuration architecturale... garantit à chaque patient des conditions d'hygiène et d'asepsie... ainsi que le respect de son intimité, de sa dignité...

Les structures ou les unités qui la composent comportent les équipements et agencements nécessaires à la préparation du patient y compris la consultation anesthésique...

Elles disposent également d'une salle de repos... nécessaire à la préparation de la sortie du patient... chaque patient reçoit un bulletin de sortie avant son départ de la structure... et les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance post-opératoire... ainsi que tous documents nécessaires à la continuité de sa prise en charge...³

Situation géographique et fonctionnement

L'unité de chirurgie ambulatoire du Centre Hospitalier d'Avignon est située au premier étage du bâtiment central, sur le niveau dédié au plateau technique (bloc opératoire à proximité, ainsi que le secteur de réanimation, les urgences adultes et enfants, le service de radiologie et le laboratoire).

Elle se trouve dans la tour B, dite «tour de chirurgie», face aux consultations externes de chirurgie.

Les locaux comportent deux parties :

- accueil et secrétariat médical ;
- hébergement et surveillance.

Le secteur hébergement est composé de 10 box individuels et dispose d'un accès direct vers le «bloc opératoire ambulatoire».

La structure est concernée par une activité de chirurgie ambulatoire et d'anesthésie ambulatoire. Nous accueillons des adultes et des enfants à partir de 12 mois. Le centre ambulatoire est ouvert 5 jours sur 7, de 7h à 19h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés et des périodes de fermeture prédéterminées, à concurrence de 9 semaines de

congés par an. L'activité opératoire dans les salles d'intervention a lieu de 8h à 14h. Le secteur opératoire de la chirurgie ambulatoire est inclus dans le bloc central. Il comporte 2 salles d'intervention dédiées à l'activité ambulatoire ainsi qu'un secteur de réveil spécifique. La consultation d'anesthésie ambulatoire a lieu dans le service de chirurgie ambulatoire tous les après-midi de 14h à 18h. A ce jour, différentes spécialités interviennent en chirurgie ambulatoire dans des plages opératoires pré-définies : la chirurgie infantile, la gynécologie, l'ophtalmologie, l'ORL, la stomatologie, la chirurgie vasculaire, les endoscopies digestives, diverses activités (orthopédie, chirurgie digestive...).

Organisation générale

Le médecin coordonnateur

- Ses missions

Le médecin coordonnateur a pour mission essentielle d'assurer la cohérence globale du fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire, c'est à dire :

- assurer la continuité de la prise en charge entre le bloc opératoire, la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) et le secteur hébergement ;
- assurer une gestion optimum de l'unité en programmant les interventions en adéquation avec les plages opératoires disponibles ;
- veiller à l'optimisation des ressources mises à disposition ;
- garantir la qualité et la sécurité des soins au travers de la préparation médicale, la surveillance post-opératoire, l'organisation de la sortie du patient avec la transmission des informations nécessaires à sa prise en charge à la sortie de l'unité de chirurgie ambulatoire.

Le médecin, coordonnateur, anesthésiste réanimateur, est un utilisateur de l'unité de chirurgie ambulatoire, il s'agit de M. Gilles KREBS.



au CHA

L'équipe para-médicale est constituée :

- sur le secteur «hospitalisation ambulatoire»
- 1 cadre de santé (Mme Anny DURAND) ;
- 2 infirmières (Mme Rosa BALDINI et Mme Blandine DEMURIEZ et d'1 aide soignante Mme Marie-Pierre MEDINA) ;
- 1 secrétaire médicale (Mme Annette POMMIER) ;
- sur le secteur «consultation d'anesthésie ambulatoire»
- 1 mi-temps infirmier (Mme Sandrine BESSON) et 1 mi-temps de secrétaire (Mme Audrey TAMISIER) ;
- l'entretien des locaux est assuré à raison de 4 heures par jour par 1 ASH (Mme Mounia EL FADDI).

L'activité de l'unité a débuté le 2 janvier 2006 avec une augmentation constante et progressive.

La transformation de l'hospitalisation ambulatoire en hospitalisation traditionnelle

La spécialité, ayant pris en charge le programme opératoire du jour, doit conserver un lit dit de «repli» jusqu'à 19h, afin de pouvoir recevoir tout patient ne répondant pas aux critères de «mise à la rue».

Pour la continuité des soins en dehors des heures d'ouverture de l'unité de chirurgie ambulatoire, les patients, leur famille ou leur médecin traitant peuvent joindre à tout moment le service de la spécialité concernée dont le numéro de téléphone leur a été communiqué au moment de leur sortie de l'unité de chirurgie ambulatoire.

Modalités d'évaluation de l'activité de chirurgie ambulatoire

L'activité de chirurgie ambulatoire fait l'objet d'une évaluation qui s'organise de la façon suivante.

Évaluation de la structure

Sont analysés :

- le délai de prise en charge du patient par spécialité ;
- les causes des déprogrammations ;
- les réinterventions dans la même journée ;
- les raisons d'admission imprévue en secteur

- d'hospitalisation traditionnelle ;
- les causes du retard de sortie du patient ;
- la qualité de la continuité des soins.

Évaluation de la satisfaction du patient

Par le traitement régulier :

- du questionnaire de sortie ;
- des données recueillies lors de «l'appel du lendemain».

Évaluation de l'activité du centre ambulatoire

- Activité globale du service (nombre d'entrées, types des pathologies prises en charge du point de vue quantitatif et qualitatif...).
- Evaluation des pratiques.

Pour réaliser ce court séjour dans les meilleures conditions de sécurité et de confort pour le malade, toutes les étapes décrites doivent se dérouler de façon parfaite. L'efficacité de la pratique ambulatoire fait appel aux techniques anesthésiques et chirurgicales les plus élaborées ainsi qu'à une analyse et à une évaluation régulière de tous les gestes réalisés.

L'étude des différents processus de l'activité de soins, même complexe, participe à la démarche d'amélioration de la qualité. En ce sens, la chirurgie ambulatoire est source de qualité.

Au départ, si l'orientation vers la chirurgie ambulatoire a été choisie pour des raisons économiques (coût, séjour rapide, adéquation entre les ressources et les besoins...), elle présente l'avantage de redéfinir la place de l'hôpital dans la société, l'hôpital devenant un élément essentiel du réseau ville-hôpital.

Dr Gilles KREBS
Médecin coordonateur
Dr Philippe DIAZ
Médecin chef de service
Anesthésie
Anny DURAND
Cadre de Santé

1 Conférence de Consensus réunie les 22, 23, 24 mars 1993
2 Recommandations de la SFAR (1990-1994)
3 Décret n°92-1102 du 2 octobre 1992

Déroulement du séjour

L'appel de la veille

La veille de l'intervention, entre 12h et 16h, les patients sont appelés à leur domicile afin de confirmer l'heure d'entrée en unité de chirurgie ambulatoire.

L'accueil

Le matin de l'intervention, le patient est accueilli par l'infirmière de l'unité. Elle l'accompagne dans son box et vérifie le caractère complet du dossier.

Les soins

L'infirmière effectue la préparation pré-opératoire en fonction des protocoles établis. Elle transfère le patient au bloc opératoire sur son brancard.

Au retour dans l'unité de chirurgie ambulatoire, une surveillance post-opératoire est réalisée puis le patient est invité à revêtir ses vêtements civils pour se rendre dans la «zone d'aptitude à la rue» où un repas lui est servi (collation, goûter...).

Cette dernière étape permet de continuer la surveillance avant qu'il ne quitte l'unité.

Le départ de l'unité

La sortie du patient est autorisée par le chirurgien et le médecin anesthésiste coordonnateur.

Les consignes post-opératoires lui sont expliquées et les documents nécessaires à son départ lui sont remis (bulletin de sortie, compte-rendu opératoire, consignes post-opératoires, courrier pour son médecin traitant, rendez-vous avec le chirurgien, ordonnances pour les soins à domicile et les antalgiques, coordonnées de l'unité à contacter en cas de problème en dehors des horaires d'ouverture de l'unité de chirurgie ambulatoire).

Le patient ne devant pas rester seul pendant les 24 premières heures après son intervention, il quitte l'unité avec la personne accompagnante de son choix (pour les enfants, 2 personnes sont nécessaires pour la sortie : la personne accompagnante est différente du chauffeur du véhicule).

L'appel du lendemain

L'infirmière téléphone aux patients opérés la veille, afin d'évaluer les suites post-opératoires. Les résultats sont archivés et analysés pour une étude prospective de la qualité de la prise en charge des patients.