

Le magazine du Centre Hospitalier d'Avignon

CHALLENGE

N°54 - Octobre 2012



➤ HÉLICOPTÈRE SANITAIRE

Quand la médecine prend de l'altitude...

- INSTITUTION
LA T2A EN QUESTION
- ÉVÈNEMENT
RETOUR SUR LE FORUM SANTÉ
- SOINS
DON D'ORGANES
- SERVICE
UNE NUIT AU PÔLE
FEMME, MÈRE, ENFANT
- ORGANISATION
VENIR EN VÉLO ÉLECTRIQUE

- Institution pages 3/5
 - > 3 départs au CHA
 - > Visite sénatoriale
 - > Communauté Hospitalière de Territoire
- Événement pages 6/7
 - > Retour sur le Forum Santé
- Zoom pages 8/9
 - > Hélicoptère sanitaire
- Soins pages 10/11
 - > Prélèvements multi-organes
- Services pages 12/13
 - > Une nuit au Pôle Femme Mère Enfant
 - > Nouvelle génération d'IDE
- Organisation page 14
 - > Vélo à assistance électrique
- Ouverture page 15
 - > Psychologue en pédiatrie
- Brèves du CHA page 16

**DIRECTEUR DE PUBLICATION**

> Francis DECOUCUT

RÉDACTEURS EN CHEF

> Cécile POLITO, Directrice Communication, poste 3960
 > Marielle PETIT DE GRANVILLE, Chargée de Communication, poste 3981

COMITÉ ÉDITORIAL

> Alexandra AGNEL, Qualificienne, poste 3459
 > Jean-Luc ARMONICO, DIM, poste 3093
 > Stéphane BOURGEOIS, Chef de service, Urgences adultes, poste 3179
 > Yannick CERUTTI, Photographe
 > Claire CHRESTIA, Cadre de Santé, poste 3580
 > Philippe DI SCALA, Stratis
 > Eric DULAK, Directeur des soins, poste 3519
 > Franck HERY, Restauration, poste 3505
 > Thérèse ISENBRANDT-HAMY, Cadre Sup. de Santé, poste 3586
 > Philippe MASSON, Chef de service, Néonatalogie, poste 3665
 > Magali RIGAL, Directrice adjointe, poste 3904

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

04 32 75 39 02

CONCEPTION & RÉALISATION

Stratis 04 98 01 26 26

CRÉDIT PHOTOS

CH Avignon, Stratis, x

“ Refondre la tarification hospitalière au service du patient ”

>> La loi de financement de la sécurité sociale a fixé les dotations de l'assurance maladie aux établissements de santé à 74,6 milliards d'euros pour 2012 dont 55,3 milliards pour ceux tarifés à l'activité, c'est-à-dire pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique.

Huit ans après l'introduction du principe de la tarification à l'activité (T2A) en MCO qui a, de l'avis unanime bousculé la communauté hospitalière, la Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale (MECSS) émanation de la Commission des Affaires Sociales du Sénat a souhaité évaluer cet outil de répartition des ressources, comprendre la façon dont il a été mis en œuvre et tracer des pistes pour son évolution.

La mission a rencontré le 10 mai 2012 entre autres des membres du Directoire et de l'équipe de Direction du Centre Hospitalier d'Avignon.

Dans un rapport publié au mois d'août 2012, la MECSS ne remet pas en cause le principe de la T2A dont les atouts sont indéniables, mais elle préconise une meilleure prise en compte de certaines activités médicales, des missions d'intérêt général, ainsi que des inégalités territoriales de santé et des coûts fixes qu'engendre la présence hospitalière dans une zone isolée ou peu dense. Elle recommande notamment de suspendre la convergence tarifaire entre les secteurs publics et privés à but lucratif qui se sont vu appliquer des grilles tarifaires distinctes au moment du passage à la T2A dans la mesure où les grilles ne recouvrent pas les mêmes charges.

La nécessaire maîtrise des dépenses de l'assurance maladie a conduit les pouvoirs publics à freiner les évolutions de l'ONDAM depuis plusieurs années. Le ralentissement des recettes en provenance de l'assurance maladie et l'évolution des charges sont à l'origine de situations déficitaires auxquelles le Centre Hospitalier d'Avignon n'a pas échappé.

Par ailleurs, la crise financière internationale a profondément modifié les conditions d'accès au crédit des établissements de santé, entraînant de sérieuses difficultés pour le financement à moyen et long terme des investissements ainsi que pour la gestion de trésorerie courante.

C'est la raison pour laquelle, afin d'assurer sa pérennité en assurant le renouvellement de ses équipements et la mise à niveau de son patrimoine immobilier, le Centre Hospitalier d'Avignon doit impérativement renouer avec l'équilibre financier en s'engageant dans un programme d'économies drastiques et de rationalisation de ses dépenses.



Francis DECOUCUT
Directeur

> DÉPARTS

3 figures du CHA dignement saluées

> Marcelle FASSI

Le 25 mai 2012, Marcelle FASSI réunissait de nombreux professionnels pour partager quelques derniers instants de bonne humeur à l'occasion de son départ à la retraite.

>> Marcelle FASSI fait partie des personnalités qui ont marqué l'établissement. D'abord Infirmière, puis Infirmière Anesthésiste et enfin Cadre de santé, Marcelle FASSI a travaillé en service grande chirurgie au moment de son recrutement le 8 mars 1973, puis en réanimation médicale, au SAMU/SMUR, en Anesthésiologie, à la Stérilisation, à l'Hémovigilance et pour terminer au CESU 84. Une belle carrière avignonnaise de presque 40 ans marquée également par son investissement dans la coopération avec le CHU de Fann au Sénégal.



> Anne-Marie MONIER

Le 20 juin 2012, Anne-Marie MONIER saluait ses collaborateurs avignonnais côtoyés au cours de ses fonctions.

>> Depuis son arrivée le 2 avril 2007, Anne-Marie MONIER a mené à bien de nombreuses missions dont la conduite de la démarche qualité à ses débuts, la direction de l'association La Maison Paisible, la direction des systèmes d'information, le management du biomédical, la mise en service du bâtiment sud, la réorganisation de la pharmacie et du bloc opératoire, la gestion du pôle production, approvisionnements et services, et notamment de tout le processus achats. Le 1^{er} août 2012, Anne-Marie MONIER a rejoint le Centre Hospitalier de Perpignan où elle assure les fonctions de chef du département des ressources humaines et des organisations.



> Docteur Philippe OLIVIER

Le 29 juin 2012, le Docteur Philippe OLIVIER fêtait son départ en retraite entouré par toutes les personnes côtoyées durant ses 30 ans de carrière au Centre Hospitalier d'Avignon.

>> Ardent défenseur du service public hospitalier, le Dr Philippe OLIVIER est à l'origine du développement de la prise en charge des urgences et des transports sanitaires en Vaucluse. On lui doit plus particulièrement l'organisation des transports hélicoptérés et la plateforme commune CTA-SMUR-SDIS.

Président de la Commission Médicale d'Établissement pendant 3 mandats, chef du pôle urgences, réanimation et activités transversales, chef des services urgences adultes, SAMU - SMUR, le Dr Philippe OLIVIER a marqué la mémoire du Centre Hospitalier d'Avignon grâce à sa personnalité et son implication entière dans la vie de l'établissement.



Marielle PETIT DE GRANVILLE
Chargée de communication



> VISITE SÉNATORIALE

De nécessaires évolutions à prévoir dans le financement des établissements de santé

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » (HPST) a profondément réformé les modes de gouvernance de l'Hôpital. Pour autant, la loi HPST n'a pas remanié les modalités de financement ; même si ces dernières ont été transformées en 2004 par la loi de financement de la sécurité sociale qui a relié les ressources des établissements à leur activité réelle. Le recul est aujourd'hui suffisant pour évaluer de manière pertinente ce système. C'est pourquoi la Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale (MECSS) a décidé d'engager une réflexion sur ce sujet.

>> Huit ans après la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), la MECSS a évalué cet outil de répartition des ressources.

L'avenir de la T2A en question

Conduits durant six mois depuis décembre 2011, les travaux de la MECSS ont consisté à analyser :

- > la mise en œuvre de la T2A,
- > les effets de cette réforme sur les décisions de soins et le fonctionnement des établissements,
- > la répartition des recettes,
- > la détermination des tarifs,
- > les effets de la T2A sur la qualité des prises en charge.

Pour cela, la mission a organisé vingt auditions, parfois sous forme de tables rondes, ce qui lui a permis d'entendre l'ensemble des acteurs concernés (fédérations hospitalières, médecins, directeurs, personnels, personnalités qualifiées, administrations centrales et régionales).

Elle a effectué plusieurs déplacements : à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), aux Hospices civils de Lyon, aux CHU de Lille et de Rennes, à l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), à l'Agence Régionale de Santé de Bretagne, dans les Centres Hospitaliers d'Avignon, Laval, Saint-Denis et Château-Thierry, à l'Institut Sainte-Catherine d'Avignon et à l'Hôpital privé du Blanc-Mesnil. Ces échanges ont permis de recueillir des éléments d'appréciation très concrets qui ont contribué utilement

au travail sur le financement des établissements de santé mené par la Commission des Affaires Sociales du Sénat. Le rapport de la MECSS, consultable sur <http://www.senat.fr/commission/soc/mecss.html>, propose des mesures d'améliorations afin de prendre en charge le patient dans la globalité de son parcours et pas uniquement la maladie.

L'audition des responsables du CHA

Le 10 mai 2012, M. Yves DAUDIGNY, Sénateur et Président de la Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale (MECSS), et M. Jacky LE MENN et M. Alain MILON, Sénateurs et Vice-présidents de la MECSS, se sont rendus au Centre Hospitalier d'Avignon. La rencontre avec les membres du Directoire

> Définitions

Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale du Sénat

Créée par la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, la MECSS a pour mission de suivre et contrôler l'application des lois de financement et peut procéder à l'évaluation de toute question touchant aux finances de la sécurité sociale.

Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale

Créée le 1^{er} juillet 2009, les domaines de compétence de la Commission des Affaires Sociales sont l'emploi et les relations du travail, la formation professionnelle, la santé et la solidarité, les personnes âgées, les personnes handicapées, la famille, la protection sociale, les lois de financement de la sécurité sociale et le contrôle de leur application et l'insertion et l'égalité des chances.

Tarification à l'activité

Outil de répartition des ressources attribuées aux établissements de santé par l'assurance maladie.



a permis d'aborder les multiples enjeux liés au financement de l'hôpital notamment le fonctionnement du CHA au sein du Territoire de Vaucluse, le contexte budgétaire et financier et la Communauté Hospitalière de Territoire. La CHT a d'ailleurs particulièrement retenu l'attention de la délégation qui a élargi le cadre initial des réunions pour rencontrer les représentants des principaux établissements engagés dans le projet de Communauté Hospitalière de Territoire de Vaucluse (CHT).

Quelles évolutions ?

La loi de financement de la sécurité sociale a fixé les dotations de l'assurance maladie aux établissements de santé à 74,6 milliards d'euros pour 2012 dont 55,3 milliards pour ceux tarifés à l'activité, c'est-à-dire pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO). Les masses budgétaires en jeu sont donc considérables. De plus, l'ensemble de l'offre de soins est confronté à des enjeux structurels forts : le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques, la démographie médicale, le souhait des professionnels de ne pas travailler dans les mêmes conditions que leurs aînés ou encore la nécessité de maîtriser les dépenses dans un contexte financier tendu. Le Gouvernement a annoncé des évolutions dans le mode de financement des établissements de santé ; les travaux de la MECSS permettront d'éclairer la problématique et d'ouvrir des pistes de réforme.

Marielle PETIT DE GRANVILLE
Chargée de communication

> COMMUNAUTÉ HOSPITALIÈRE DE TERRITOIRE DE VAUCLUSE

Coopération et coordination, 2 axes forts pour les établissements publics de santé

Les établissements publics de santé du département de Vaucluse ont décidé de se regrouper au sein d'une Communauté Hospitalière de Territoire. Les premières réunions de concertation se sont tenues au mois de juin 2011. Un peu plus d'un an après, les Directeurs des établissements adhérents se sont retrouvés autour de Dominique DEROUBAIX, Directeur Général de l'ARS PACA, le 16 juillet 2012 au centre hospitalier de Gordes afin de signer la convention constitutive de la nouvelle Communauté Hospitalière de Territoire de Vaucluse.

>> L'ensemble des établissements publics du territoire (le centre hospitalier de Pertuis faisant partie du territoire du Pays d'Aix) constituent les membres fondateurs de la communauté :

- > le CH du PAYS D'APT,
- > le CH d'AVIGNON,
- > le CH de CARPENTRAS,
- > le CH de CAVAILLON-LAURIS,
- > le CH de BOLLÈNE,
- > le CH de GORDES,
- > le CH de L'ISLE-SUR-LA-SORGUE,
- > le CH d'ORANGE,
- > le CH de VAISON-LA-ROMAINE,
- > le CH de VALRÉAS,
- > le CH de SAULT.

Cet ensemble représente un potentiel de 3 159 lits et places, dont 800 lits de médecine, 310 lits de chirurgie, 163 lits d'obstétrique pour un total de 70 000 séjours MCO. Seront associés à cet ensemble fondateur l'ensemble des EHPAD publiques du territoire ainsi que l'Établissement Public de Santé Mentale de Montfavet.

4 objectifs essentiels

Sans remettre en cause ou se substituer aux initiatives de coopération déjà développées par les établissements, les objectifs que se sont donnés les établissements membres de la communauté sont les suivants :

- > améliorer la fluidité du parcours patient,
- > organiser des filières de soins dans l'ensemble des disciplines,
- > rechercher des mutualisations et des complémentarités dans le champ du médico-technique,
- > promouvoir des actions de coopération dans les domaines logistiques et administratifs.

Les établissements s'accordent pour organiser une prise en charge graduée, coordonnée et hiérarchisée du patient au sein de filières définies par discipline. Un premier niveau de prise en charge de proximité, associant les EHPAD de la zone d'attraction sera organisée par les établissements d'Avignon, Apt, Orange, Cavillon et Carpentras. L'établissement de recours sera le Centre Hospitalier d'Avignon.

La Télémédecine sera un vecteur de transfert d'images et de données venant à l'appui des organisations à mettre en place. Les membres de la Communauté Hospitalière de Territoire de Vaucluse se sont donnés pour objectif de produire leur projet médical de territoire pour le mois de janvier 2013.

Francis DECOUCUT
Directeur



> JOURNÉE DE SANTÉ PUBLIQUE

Franc succès pour le

Un impact très positif. C'est que l'on retiendra de cette première édition du Forum Santé organisé mardi 5 juin 2012 au Centre Hospitalier d'Avignon. Acteur prépondérant dans le réseau régional de santé, le CHA confirme son rôle de coordonnateur de la santé publique du territoire Vaucluse-Camargue.

>> 60 stands d'information étaient proposés au public grâce à l'engagement de 10 services hospitaliers et 50 partenaires institutionnels et associatifs.

Plus de 600 visiteurs pour cette première

Dans les halls transformés pour l'occasion en vaste forum, la quasi-totalité des organisations vauclusiennes liées à la santé s'étaient données rendez-vous, chacune apportant des réponses spécifiques aux 600 visiteurs, professionnels, patients ou simples curieux.

Pêle-mêle, les associations « Cœur Diabète Amitié », « France Parkinson », « Ligue Contre le Cancer » et de nombreuses autres témoignaient avec les institutions telles que la CPAM, le Centre d'Examens de Santé, la MDPH, le CoDES, de la nécessité de ce rassemblement pour favoriser les liens entre acteurs de santé publique et professionnels de santé. Effectivement, instaurer un partenariat permanent de proximité avec les organismes sans but lucratif reflète la véritable force de l'Hôpital Public.

Les services hospitaliers s'étaient d'ailleurs largement mobilisés et plusieurs proposaient des dépistages gratuits :

- > Cardiologie : 200 prises de tension
- > Diététique : 180 visites sur le stand
- > Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence du Vaucluse : nombreuses démonstrations des gestes qui sauvent sur

mannequins enfants et adultes

- > Endocrinologie : 206 dépistages du diabète
- > Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie : 50 mesures de monoxyde de carbone
- > Néphrologie : 120 dépistages de protéinurie et 130 dépistages de tension artérielle
- > Ophtalmologie : 53 dépistages de la DMLA
- > ORL : 36 dépistages auditifs
- > Service de Lutte contre les Infections Nosocomiales : 266 passages sous le caisson pédagogique pour l'hygiène des mains.

Ponctuant cette journée, 9 conférences ont permis aux auditeurs attentifs de glaner nombre d'informations médicales de premier ordre.

Une seconde édition en perspective

Au vu de cette réussite, il existe une certitude : la seconde édition du Forum Santé est programmée pour le printemps 2013 avec notamment pour objectifs de développer le partenariat avec l'Éducation nationale et de proposer un nouveau format pour les conférences afin d'accroître leur audience.

Marielle PETIT DE GRANVILLE
Chargée de communication



1^{er} Forum Santé

> Témoignages



« Jusqu'à présent chaque service organisait sa propre journée d'information et de dépistage, souvent en lien avec une date nationale. Nous avons voulu regrouper sur une seule journée ces rencontres. En y associant très largement tous nos partenaires associatifs et institutionnels qui sont des relais permanents de nos équipes. Mais l'intérêt de ce premier forum était aussi de montrer que l'hôpital s'inscrit dans la proximité des patients et de tous ceux qui peuvent l'être un jour. C'est aussi montrer au public que c'est par des gestes simples de prévention et d'hygiène de vie, de pratique sportive ou d'alimentation que chacun peut rester en bonne santé. »

Francis DECOUCUT,
Directeur



« L'alimentation et l'activité, 2 atouts majeurs dans la prévention de certaines maladies et l'amélioration de la santé. »

Elisabeth ERNY,
Cadre de santé diététicienne



« Nous avons souhaité faire une information sur la prise en charge de l'infarctus en collaboration avec le SAMU et le Centre 15, car c'est un facteur important de décès. »

Dr Michel PANSIERI,
Chef du service de Cardiologie



« L'hôpital a un rôle majeur de prévention. »

Dr Jean-Marc BROGLIA,
Président de la Commission
Médicale d'Établissement



« Nous partions un peu dans l'inconnu en proposant ce 1^{er} forum, où tous se retrouvaient en un seul lieu avec la même volonté de mieux informer le public. La forte mobilisation de cet événement nous permet d'ores et déjà d'envisager une réédition. »

Cécile POLITO,
Directrice adjointe

A tout instant, en tous lieux, parfois de manière collective, des accidents et des complications surviennent et obligent à des hospitalisations. Face à ces situations, la médecine d'urgence, par les techniques qu'elle maîtrise et par l'organisation du temps et de l'espace qu'elle a su mettre en place pour les utiliser, s'est enrichie, depuis un demi-siècle, de l'invention de l'hélicoptère. Le transport sanitaire hélicoptéré, qui s'est développé de manière conséquente, est plus qu'une arme thérapeutique, avec ses indications, sa posologie, sa iatrogénie. C'est, en fait, un élément nouveau du plateau technique, diagnostic et thérapeutique, du système de santé. L'hélicoptère sanitaire donne plus de chances de survie et moins de risques d'aggravation aux populations éloignées, isolées des ressources sanitaires vitales aujourd'hui disponibles. La médecine hélicoptérée vise à exploiter cette ressource. Challenge a rencontré les pilotes qui assurent ces missions pour le Vaucluse, et le Docteur Stéphane BOURGEOIS, Chef de service des urgences adultes et SAMU-SMUR 84.

Dossier réalisé par Marielle PETIT DE GRANVILLE
Chargée de communication



➤ HÉLICOPTÈRE SANITAIRE

Quand la médecine prend de l'altitude...

➤ Docteur Stéphane BOURGEOIS, Chef de service des urgences adultes et SAMU-SMUR 84

« Un équipement digne d'une véritable unité mobile hospitalière »

Challenge : Comment s'organise l'évacuation sanitaire hélicoptérée ?

Dr S. BOURGEOIS : « Le SMUR est hospitalier. L'hélicoptère, pour les mêmes raisons est donc basé à l'hôpital. D'ailleurs le CHA est le seul établissement de santé du Vaucluse à disposer d'un hélicoptère. C'est un moyen de l'aide médicale urgente française. Ce dernier est donc équipé comme une unité mobile hospitalière. Tout le matériel de réanimation est intégré à l'intérieur et dans les soutes. L'équipe médicale et soignante est composée obligatoirement d'un médecin et d'un(e) infirmier(e) du SAMU-SMUR 84 à chaque intervention. »

Une formation spécifique est-elle dispensée aux équipes du SAMU-SMUR 84 ?

« Chaque membre de l'équipe médicale reçoit une formation sur les aspects sécuritaires des vols hélicoptérés, comprenant l'utilisation des moyens de communication, les précautions à respecter lors de l'embarquement, l'éradication des interférences avec les instruments de vol, les conditions d'utilisation du matériel médical et de l'oxygène. Cette formation dure ½ journée et est dispensée par nos pilotes aux internes et aux nouveaux médecins et infirmier(e)s du SAMU-SMUR 84. »

Quel est le secteur d'intervention du SAMU-SMUR 84 ?

« La Ministre de la Santé, Marisol TOURAINE, a spécifié que tout patient doit bénéficier d'une prise en charge médicalisée en moins de 30 minutes sur tout le territoire national. Cet hélicoptère nous permet donc de répondre à cette volonté. Nous intervenons ainsi sur 4 départements : le Vaucluse, le Gard, les Bouches-du-Rhône, et la Drôme. Il nous arrive parfois de dépasser ce secteur géographique lorsque l'hélicoptère d'un autre centre hospitalier est indisponible ou dans le cadre d'une organisation des secours exceptionnels en cas d'afflux de victimes. Chaque année, nous réalisons plus de 300 missions hélicoptérées. »

Quels sont les avantages de l'hélicoptère par rapport aux transports terrestres ?

« La rapidité en premier lieu évidemment. Ensuite, le transport est plus confortable. Le patient transporté par voie hélicoptérée est peu exposé aux vibrations basses fréquences, nocives en raison des risques de résonance avec les principaux organes du corps. En plaine, les variations de la pression barométrique sont très faibles en raison de l'altitude de vol et n'exposent pas aux effets secondaires d'ordre ventilatoire. Pour l'équipe, l'aménagement de la cabine permet de parer à un geste d'urgence en vol. L'habitacle permet d'avoir une équipe complète de réanimation, composée d'un médecin et d'un infirmier dédié exclusivement à la surveillance médicale. »

Le transport hélicoptéré est-il évalué dans le cadre d'une politique de santé ?

« La médicalisation des soins pré-hospitaliers est une spécificité française. La doctrine des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) permet d'adopter une même réponse à l'urgence médicale sur tout le territoire français et d'adapter cette réponse à la demande. Depuis 1983, l'hélicoptère sanitaire est un moyen des Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Dans le contexte de restructuration des services d'urgence, il est le garant de la qualité et de l'accès aux soins, en complémentarité des moyens SMUR terrestres. Faut-il encore convaincre les tutelles du service rendu au plan médical, de la nécessité d'une bonne gestion et de l'intérêt indiscutable de son implantation sur notre département. Les procédures d'accréditation, les démarches qualité pénètrent le milieu médical. Des comités de suivis nationaux et régionaux devraient permettre d'évaluer l'offre de soins par voie hélicoptérée. À l'instar des pays européens qui ont développé un maillage national de desserte hélicoptérée pour le transport sanitaire, l'idée d'un réseau national sur une base régionale est envisageable. Je défends et défendrai avec force la présence et la pérennité de cet hélicoptère sur le CHA. »



> JEAN-FRANÇOIS DEROO ET STÉPHANE MAGNOLO,
PILOTES D'HELICOPTÈRE EFFECTUANT LES TRANSPORTS SANITAIRES AÉRIENS DU SAMU-SMUR 84

« L'hélicoptère est en moyenne trois fois plus rapide que les transports terrestres »

>> Challenge : Comment s'organise l'évacuation sanitaire hélicoptérée ?

J-F. DEROO et S. MAGNOLO : « Pour répondre aux besoins de la population vaclusienne et limitrophe, une équipe de 3 pilotes est nécessaire. Nous sommes tous les deux permanents.

Un troisième pilote, Xavier DEGUILLAUME, assure les remplacements car le statut de pilote SAMU prévoit l'alternance d'une semaine de travail et d'une semaine de repos.

Nous sommes présents sur site à l'Internat de 8h à 20h, 7 jours sur 7, 365 jours par an. Nous pouvons être appelés à chaque instant. »

Quelle est la différence entre transport primaire et transport secondaire ?

« Le transport primaire consiste à chercher le malade directement sur le lieu de l'accident pour l'emmener vers l'établissement de santé. Tandis que le transport secondaire consiste à transférer le patient d'un centre hospitalier vers un autre. Et le SAMU-SMUR 84 effectue ces 2 missions. »

Quel type de sauvetage n'êtes-vous pas habilités à effectuer ?

« Nous sommes habilités pour les vols de jour uniquement. Seuls les pilotes titulaires de la qualification de vol de nuit ou de la qualification de vol aux instruments peuvent entreprendre des vols VFR (visual flight rules) de nuit. Ceux-ci ne doivent être qu'exceptionnels et exclusivement réalisés vers des sites dégagés, éclairés, préalablement identifiés par le pilote et figurant dans le manuel d'exploitation de l'appareil.

Les vols en VFR de nuit ne peuvent être effectués qu'au départ ou à destination d'aires de pose équipées et reconnues. Les aéronefs sont, dans ce cas, équipés d'une sonde radio-altimétrique et d'un GPS homologué. Les interventions primaires de nuit sont donc interdites.

Pour indication, la « nuit aéronautique » commence 30 minutes après le coucher du soleil et se termine 30 minutes avant son lever. »

Avez-vous suivi une formation spécifique à l'évacuation sanitaire ?

« Nous avons suivi une formation classique de 2 ans à l'École Nationale d'Aviation. Un pilote d'hélicoptère ayant suivi une formation militaire peut également effectuer des transports sanitaires. Ceci dit, 2 000 heures sont tout de même requises et une expérience de « touche à tout » est nécessaire pour être capable de se poser n'importe où. Si aujourd'hui la mission qui nous incombe est réellement passionnante, il est vrai que ce n'est pas un choix d'origine. Le Centre Hospitalier d'Avignon passe un appel d'offre tous les 3 ans. Depuis janvier 2012, le contrat est conclu avec notre employeur Procoptère Aviation jusqu'en janvier 2015. »

Quelles sont les caractéristiques de cet hélicoptère ?

« Les premiers aéronefs sanitaires étaient des monoturbinés. La pérennité du transport sanitaire hélicoptéré français impose de se mettre en conformité avec la réglementation européenne qui prévoit l'usage exclusif d'appareils bimoteurs pour prévenir le risque de défaillance d'un moteur. Il s'agit donc d'un « Ecureuil » biturbines ayant une vitesse de 220 km/heure. »

Y'a-t-il des précautions particulières à prendre avant de décoller ?

« Dès notre arrivée, nous procédons à la remise en service de l'appareil. Nous vérifions l'état général de l'hélicoptère tous les matins et avant chaque vol. Nous effectuons également de manière régulière des vols d'essai lorsqu'il est nécessaire de ravitailler l'hélicoptère en kérosène sur l'aéroport de Caumont. De plus, un technicien vient fréquemment vérifier la mécanique de la machine. »

Quelle procédure de régulation permet de déclencher le départ ?

« L'utilisation de l'hélicoptère est toujours justifiée par le diagnostic du médecin régulateur du SAMU. Ensuite, il s'agit d'un travail d'équipe.

La décision de vol est prise conjointement par le médecin régulateur et le pilote. Il ne doit y avoir aucun chevauchement entre les domaines de responsabilité et de compétences du pilote d'une part et de l'équipe médicale d'autre part. Lorsque les indications médicales nécessitent le recours au secours hélicoptéré, le médecin fait appel au pilote. Le pilote, quant à lui, est seul habilité à décider si les conditions météorologiques permettent d'effectuer le vol aller et retour en toute sécurité. »

Quel est votre secteur d'intervention ?

« Nous intervenons sur l'ensemble du Vaucluse. L'avantage d'être basé sur Avignon, c'est que nous sommes situés à 20 minutes de tout point du département. Il nous arrive également d'évacuer des patients vers Marseille et Montpellier. En sens inverse, nous ramenons des patients au CHA depuis les hôpitaux de Pertuis et Apt par exemple. »

Quels sont les avantages de l'hélicoptère par rapport aux transports terrestres ?

« Le temps de transport est divisé par deux lorsque la voie hélicoptérée est utilisée, comparée à la voie terrestre. Par exemple, une évacuation hélicoptérée entre Avignon et Marseille dure 30 minutes, au lieu de 1h à 1h30 par la route. Le second avantage est le gain de confort. Pour le patient, la conception nouvelle des hélicoptères fait que le plancher est conçu de façon à respecter l'horizontalité en vol. Les vibrations sont très faibles et les accélérations sont également minimisées. Pour l'équipe, l'équipement des cellules permet de communiquer avec le pilote en cours de vol.

De plus, avec l'hélicoptère, nous pouvons choisir l'altitude ; ce qui est impossible en avion. Par conséquent, nous adaptions notre vol en fonction de la pathologie du patient. Par exemple, pour un patient qui présenterait un pneumothorax, nous volons très bas pour la décompression afin d'éviter un épanchement respiratoire. Pour un malade qui serait intubé et ventilé, nous volons très lentement. »

> PRÉLÈVEMENTS

Don d'organes : le dire

L'hôpital d'Avignon participe, comme tous les établissements de santé, à l'activité de prélèvements et greffes d'organes et de tissus. Si l'établissement ne réalise pas de greffes, il est en revanche, le seul centre hospitalier du département habilité par l'Agence de Biomédecine à réaliser des prélèvements, dans le cadre d'un don d'organes. La Coordination Hospitalière des Prélèvements d'Organes et de Tissus (CHPOT) se charge d'organiser cette activité transversale, qui implique plusieurs services, depuis le SAMU, les Urgences et la Réanimation, jusqu'au Bloc Opératoire puis la Chambre Mortuaire.



Margaret BAGNOL, Dr Quentin GOBERT et Nicole LACHHAB

> Repères

En 2011, au niveau national :

- 15 603 patients en attente de greffe inscrits sur liste
- 4 944 patients greffés
- 219 patients décédés faute de greffons.

Pour la région PACA :

- 1 003 patients en attente de greffe inscrits sur liste
- 344 patients greffés
- 31 patients décédés faute de greffons.

Plus de la moitié des donneurs sont décédés de cause vasculaire (AVC et rupture d'anévrisme).

L'âge des donneurs et des receveurs ne cesse d'augmenter.

Depuis 2008, 200 greffes ont été possibles grâce à des donneurs âgés de plus de 80 ans.

> L'Agence de la Biomédecine

Établissement public national placé sous la tutelle du Ministère de la Santé. Elle délivre l'autorisation de prélèvements et greffes aux établissements de santé.

Elle prend en charge :

- > la liste des patients en attente de greffes
- > le registre national des refus de don
- > la répartition et l'attribution des organes lors d'un prélèvement.

Elle veille à la sécurité sanitaire des greffons.

Elle analyse et participe à l'amélioration de l'activité des différentes coordinations hospitalières.

pour sauver des vies

Qui peut être donneur d'organes ?

Tout patient présentant un état de mort encéphalique confirmée, ou suspectée, faisant suite à une lésion cérébrale pour laquelle aucune thérapeutique curative n'a pu être proposée peut être donneur d'organes. L'âge du patient n'intervient pas dans la prise de décision, le don d'organes étant possible même au-delà de 80 ans. Les rares contre-indications au don sont discutées sur dossier par la Coordination Hospitalière et l'Agence de la Biomédecine. Ces patients peuvent être hospitalisés à Avignon ou dans un hôpital partenaire comme Cavaillon, Carpentras, Orange, Apt ou encore Arles. Bien que tout citoyen français soit légalement présumé consentant aux dons d'organes et de tissus, la non-opposition, exprimée du vivant de la personne, sera recherchée par les membres de la Coordination Hospitalière auprès de la famille.

Quels sont les rôles de la Coordination ?

L'équipe de Coordination prend part à la **formation des soignants et médecins** des établissements impliqués dans l'activité de prélèvement, en particulier au sein des Urgences, service d'accueil de la plupart des donneurs potentiels. A cette fin, un algorithme a d'ailleurs été mis en place au CHA pour améliorer les chances de détection des donneurs potentiels et donc les chances de greffe. Cet algorithme est applicable aux Urgences comme dans les autres services, au CHA comme dans les autres établissements. Il est également utilisé, avec succès, par le SAMU 84 d'Avignon lors de la régulation téléphonique de dossiers neurochirurgicaux ou neurovasculaires. L'activité principale de la Coordination est l'organisation, avec la Réanimation et le Bloc opératoire, du **prélèvement d'organes**, une fois le décès confirmé et le don validé par l'Agence de Biomédecine. Il s'agit de coordonner d'une part l'admission au Bloc opératoire et l'accueil d'équipes chirurgicales extérieures à l'établissement, et d'autre part les services de logistique, biologie et d'anatomopathologie. Quant à l'activité de **prélèvements de tissus** à cœur arrêté, elle est représentée actuellement par le prélèvement de cornées. Ces prélèvements sont réalisés, toujours après recueil du témoignage de non opposition auprès des proches, en chambre mortuaire. La Coordination réalise plus de cinquante prélèvements de cornées par an, ce qui place l'hôpital d'Avignon parmi les deux premiers centres de la région PACA. L'activité de prélèvements de peau devrait voir le jour en 2013. Enfin, la Coordination assure une **activité de suivi**. Analyse rétrospective des dossiers de donneurs potentiels pour lesquels elle n'a pas été sollicitée, afin de proposer une démarche correctrice. Suivi des familles, en participant à une étude nationale sur le stress post-traumatique des familles des donneurs. Suivi enfin des receveurs greffés, permettant d'informer non seulement les familles mais également les équipes hospitalières s'étant engagées pour permettre l'aboutissement du don.

Quelle participation apporter en tant que soignant ?

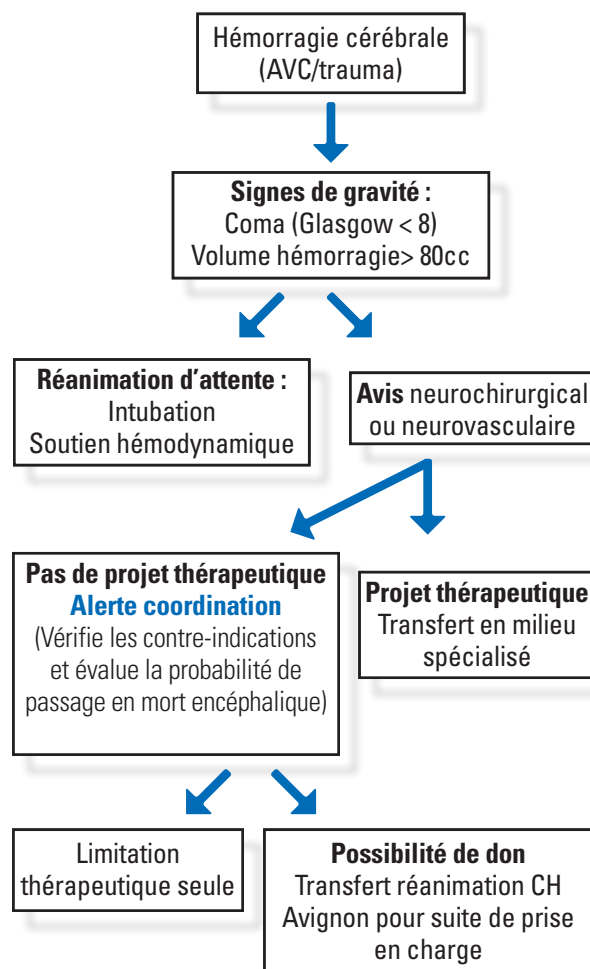
Les membres des équipes du SAMU et des Urgences peuvent participer à la détection des donneurs potentiels, afin que la Coordination soit systématiquement informée lors de l'hospitalisation d'un donneur potentiel. Le personnel de Bloc opératoire peut rejoindre une liste de volontaires (AS, IBODE, IADE) tenue à jour par l'encadrement du service, qui permet d'organiser les prélèvements toute l'année.

La Coordination tient ici à remercier tous ces volontaires pour leur engagement. Le personnel des services d'hospitalisation peut également bénéficier d'une formation s'il en fait la demande, l'algorithme de détection étant applicable par et dans tous les services. D'autre part, l'ensemble des services d'hospitalisation participe au prélèvement de cornées, en prévenant systématiquement la Coordination lors de la survenue d'un décès dans l'hôpital. De façon plus générale, nous invitons les membres du personnel à réfléchir sur le don d'organes et de tissus, à prendre position et informer les proches de leur décision. La Coordination participe d'ailleurs à cette information auprès du grand public en ayant réalisé en 2011 plus d'une dizaine d'interventions en établissements scolaires, en collaboration avec l'ADOT (Association des Dons d'Organes et de Tissus), ainsi que des interventions auprès des entreprises et d'autres corps de la fonction publique.

Dr Quentin GOBERT

Médecin coordinateur, Cellule de prélèvements d'organes

> Algorithme de prise en charge des donneurs potentiels



Le temps d'une



Nous sommes Johanna et Justine, deux stagiaires au service communication du Centre Hospitalier d'Avignon. Pour « Challenge », nous avons passé la nuit, du 3 au 4 juillet dernier, au Pôle « Femme, Mère, Enfant » afin d'observer le fonctionnement des différents services en nocturne. Notre rôle, en tant que personnes extérieures à l'établissement, consistait à porter un regard neuf sur le travail de nuit. Le temps d'une garde, nous sommes donc allées à la rencontre des professionnels des services néonatalogie, bloc obstétrical, maternité, urgences pédiatriques, pédiatrie nourrissons, pédiatrie grands enfants et chirurgie infantile.

>> Arrivées aux alentours de 20h30, nous avons revêtu la tenue de soignant pour l'occasion et visité l'ensemble du pôle en compagnie du Docteur Philippe MASSON, chef du service de néonatalogie. Une fois les présentations effectuées, nous avons pu tout au long de la nuit rencontrer les équipes pour discuter et échanger avec elles. Durant ces entretiens, généralement, les sept services tenaient les mêmes discours concernant l'ambiance, la proximité avec les patients, les responsabilités, etc : signe de cohérence dans les méthodes de travail !

Les urgences pédiatriques en hors d'œuvre

Tout d'abord, nous nous sommes rendues aux urgences pédiatriques où nous avons discuté avec quelques membres du personnel disponibles. Ces derniers nous ont confié qu'il est parfois difficile de gérer à la fois la douleur des enfants et l'anxiété des parents. Les soignants doivent s'adapter aux comportements des familles. La nuit, la fatigue entre en jeu et provoque des réactions et des attitudes imprévisibles et surprenantes. Il n'est donc pas rare de voir des membres de la famille impatients ou violents. Cependant, ce genre de comportement, connu des agents, est très bien géré. Le stress supplémentaire des patients et familles causé par la nuit n'est pas réservé qu'aux urgences pédiatriques. Au fil de notre visite, nous avons effectivement constaté qu'il est commun à l'ensemble des services.

Le calme de la néonatalogie et du bloc obstétrical

Nous nous sommes ensuite dirigées vers le service de néonatalogie. L'ambiance y est, comme dans les autres unités d'une manière générale, très chaleureuse. Pour favoriser le sommeil des nouveau-nés qui y séjournent, le calme est de rigueur malgré le bruit des nombreuses machines permettant de les surveiller. En effet, un écran de contrôle situé dans la salle de repos permet de surveiller les bébés nuit et jour. Dans chaque unité, et en particulier ici, la relation parents/soignants est basée

sur une proximité dans l'objectif de rassurer au maximum les familles. Par exemple, en néonatalogie, les parents peuvent appeler 24h/24 pour avoir des nouvelles de leurs bébés. Puis, nous sommes allées au bloc obstétrical, où à notre grande surprise, le calme régnait en raison d'un faible nombre de patientes (ce qui, nous révèle-t-on, est rare). Nous avons donc eu du temps pour discuter avec l'équipe et ressentir ainsi une complicité, une solidarité et une entraide entre toutes (en effet, ce soir là, il n'y avait que des femmes). Cette cohésion participe directement à la qualité des soins proposés et à la relation entretenue avec les futures mamans. Nous avons également évoqué les raisons pour lesquelles elles ont choisi de travailler de nuit. Une grande majorité travaille toujours de nuit. C'est un choix de leur part qu'elles assument parfaitement car il leur permet de concilier vie de famille et vie professionnelle. D'autres ont accepté de travailler de nuit pour pouvoir travailler au sein des services du Pôle « Femme, Mère, Enfant » dans lesquels il n'y avait plus de poste le jour.

Des liens forts en maternité

Nous avons poursuivi notre visite à la maternité. Il était deux heures du matin. Les agents étaient en train de se restaurer, tous ensemble (ce qui dénote ici encore la bonne ambiance de l'équipe). Nous avons profité de cette pause pour parler des relèves (effectives également dans le reste des autres services) qui sont mises en place pour permettre une continuité des soins et un contact entre les équipes de jour et celles de nuit. Cela permet aux professionnels de se rencontrer pendant un laps de temps et d'assurer une meilleure qualité des soins. Ces relèves permettent également de renforcer les liens et créent une cohésion de groupe qui se ressent forcément au travers du travail et de l'ambiance.

Une vie à l'envers en pédiatrie nourrissons et chirurgie infantile

Par la suite, nous nous sommes rendues dans les services de pédiatrie nourrissons et chirurgie infantile. Le personnel des deux services s'était

nuite d'été...



réuni pour nous rencontrer. Une fois de plus, c'est une question de motivation qui les pousse à travailler de nuit. Leur personnalité, caractère et/ou mode de vie correspondent à cette « vie à l'envers ». Même si le travail des équipes de nuit et de jour est équivalent en terme de pratiques, leur activité est incomparable. L'effectif est réduit et l'affluence des familles est très faible. Il est donc plus aisé de créer une relation de proximité avec les enfants. Ce rapprochement contribue d'ailleurs fortement à l'épanouissement professionnel des soignants.

La gestion du stress en pédiatrie grands enfants

Enfin, nous avons terminé notre visite par le service de pédiatrie grands enfants. Ici, nous avons pu évoquer les responsabilités induites par les gardes de nuit. Celles-ci sont importantes. Les soignants doivent être aptes à assurer les soins immédiatement dans n'importe quelle situation avant l'arrivée du pédiatre. La gestion du stress chez les patients fait également partie du quotidien, sans parler des situations familiales parfois complexes qui génèrent souvent des tensions. Aux responsabilités médicales s'ajoutent donc les responsabilités sociales. Il est nécessaire d'apporter un vrai soutien aux patients et aux familles ; il faut savoir les calmer et les rassurer. Nous avons également abordé la gestion du dossier patient, depuis sa création jusqu'à son archivage. C'est une des tâches importantes du personnel de nuit. Sans les dossiers (et sans les relèves) la transmission des informations concernant le patient s'avérerait très compliquée.

Au cours de notre visite, nous avons été particulièrement bien accueillies par le personnel de nuit. Nous nous sommes senties rapidement intégrées. Le climat était très convivial. Ainsi, nous remercions tous les professionnels présents ce soir-là pour le temps qu'ils nous ont accordé et leur gentillesse. Nous remercions également le Docteur MASSON qui nous a guidées toute la nuit dans notre découverte du pôle. Pour notre part, après cette « aventure plutôt fatigante », nous sommes admiratives. Quel que soit le pôle ou le service, le personnel de nuit a beaucoup de mérite (tout comme le personnel de jour, mais pour d'autres raisons) car il n'est pas évident de travailler à l'encontre de notre rythme biologique normal.

Justine DUBOIS et Johanna SALENSON
Stagiaires Communication

> RÉFORME DES ÉTUDES Une nouvelle génération d'infirmier(e)s au CHA

A partir d'août jusqu'à la fin de l'année 2012, une quarantaine d'infirmier(e)s va intégrer les services cliniques du Centre hospitalier d'Avignon. La majorité de ces jeunes diplômés a suivi le nouveau programme de formation.

>> La réforme des études est intervenue à la rentrée 2009. De fait, les services de soins se sont organisés pour répondre au nouveau mode d'encadrement.

Nouveaux diplômés

Les mises en situations professionnelles évaluées par le cadre enseignant et le cadre d'unité ne sont plus de rigueur. Désormais, les compétences inhérentes à la profession d'infirmier(e) sont validées au cours des trois années sur le terrain de stage par les professionnels de santé. De nouveaux termes sont apparus : situation apprenante, portofolio, etc. Des référents et des tuteurs de stage ont été désignés et formés, afin de renforcer le lien entre l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et l'établissement et clarifier ainsi les attentes de chacun en matière de coordination autour de l'étudiant.

Nouveaux arrivants, nouvelles organisations

Les sorties d'écoles ayant lieu en juillet, l'été est une période propice au recrutement. 16 IDE ayant bénéficié de promotion professionnelle ou de contrat d'étude, ont été affecté(e)s au pôle Médecine depuis août 2012 pour une durée d'un an au moins. Cet apport stabilise les effectifs, permet une prise en charge sécurisée du patient et améliore de fait les conditions de travail des équipes en place. Parmi ces nouveaux professionnels, certains ont réalisé leur stage de professionnalisation dans l'unité où ils sont affectés, ce qui facilite grandement leur prise de poste. D'une manière générale, une période minimale de « doublure » reste indispensable pour une meilleure intégration dans le milieu professionnel. Des procédures d'accueil sont formalisées au niveau de la direction des soins et un suivi régulier des nouveaux agents est organisé par le cadre de pôle et le cadre d'unité. Des formations sont également nécessaires pour s'approprier les outils de l'établissement, la spécificité de certains actes, et favoriser l'appartenance au CHA.

Fabienne TESTENIERE
Directrice coordinatrice des soins



> VÉLO À ASSISTANCE ÉLECTRIQUE

Un moyen de transport urbain pratique et écologique

Edith LARDERET



Dr Michel COINTIN



Le vélo à assistance électrique est de plus en plus populaire pour les déplacements en ville, entre le domicile et le lieu de travail. Challenge vous propose de découvrir les caractéristiques et les avantages de ce moyen de transport à la mode au travers d'une interview croisée d'utilisateurs conquis : Edith LARDERET, Cadre de santé et le Dr Michel COINTIN.

Dr M.C. : « Je ne voulais pas de scooter. Pourtant la montée des Angles est pour moi un obstacle à mon trajet quotidien. »

Quelles sont les différences entre le vélo classique et le vélo à assistance électrique en terme de confort ?

E.L. : « La sensation de confort vient essentiellement de cette aide au pédalage. Cela vous permet de monter les côtes sans grand effort. Par contre, le vélo est lourd, il n'y a pas de suspension et la selle n'est pas très confortable. »

Dr M.C. : « Le vélo est très maniable malgré son poids de 23 kg. C'est tout de même plaisant de rouler à 25 km/heure sans forcer ! »

Combien de kilomètres et de temps mettez-vous chaque jour pour venir travailler ?

E.L. : « Environ une vingtaine ; 18,4 km par le plus court chemin pour être précise. Je mets 5 minutes de plus qu'en voiture, mais depuis qu'il y a les travaux sur le pont, sûrement le même si ce n'est moins ! »

Dr M.C. : « Je parcours 16 km par jour, dont la fameuse montée des Angles jusqu'à Bellevue au retour ! Avec ce vélo, je mets 20 minutes ; c'est-à-dire autant qu'en voiture. »

Combien représente environ cet investissement ?

E.L. : « C'est un cadeau de mon époux. Je me sers aussi de mon vélo le week-end : pour aller en ville (on ne peut jamais se garer !) et faire des courses. J'avoue n'avoir jamais fait le calcul de l'économie réalisée par ce choix de mode de déplacement. La démarche consiste à venir travailler le plus souvent possible en vélo ; et entre les journées chargées et le chemin du retour, ce vélo est la solution idéale. En effet, avec un vélo « classique » je ferai la route plus souvent en voiture ! »

Dr M.C. : « Ce vélo coûte environ 1 200 euros. En comparaison avec le coût d'utilisation de la voiture, il sera remboursé en 2 ans. Il est équipé d'une batterie de 36 volts, ce qui lui confère

une puissance intéressante pour les côtes. Par exemple, auparavant en VTT, je roulais à 9 km/heure sur la montée des Angles, et j'étais très essoufflé à l'arrivée. Maintenant, dès que je me trouve au pied de cette même route, je monte à fond la puissance de l'assistance, et je roule à 22 km/heure durant toute la montée, et sans une goutte de sueur sur mes tempes ! »

Combien de temps faut-il pour recharger la batterie ? Quelle autonomie offre-t-elle ?

E.L. : « J'ai une batterie qui a 45 kms d'autonomie, variable en fonction de l'utilisation. Sa recharge se fait très facilement : la batterie est posée sur un support, la mise en charge totale lorsque la batterie est vide dure environ 6 heures. On peut également effectuer une recharge partielle (à ne pas faire trop souvent toutefois). Je vais d'ailleurs faire l'acquisition d'une deuxième batterie pour plus d'autonomie et aussi en prévention de l'arrêt potentiel de sa fabrication. »

Dr M.C. : « 4 heures sont nécessaires pour recharger complètement la batterie et pouvoir ainsi parcourir 60 kms maximum sur le plat. »

Est-ce que vous conseilleriez ce type de véhicule à d'autres personnes ?

E.L. : « Je pense que c'est la solution idéale ! Le seul regret : il existe peu de pistes cyclables. »

Dr M.C. : « Ah oui ! Le trajet vers mon lieu de travail est devenu un vrai plaisir maintenant : pas d'énerverment dans les bouchons, pas de stress... Chaque jour, je me balade et je fais du sport. Le seul inconvénient reste le manque de pistes cyclables sécurisées, et le danger de circulation intense aux heures de pointes. »

Comment faites-vous lorsqu'il pleut ?

E.L. : « Quand il pleut dès le matin, je prends ma voiture. »

Dr M.C. : « J'utilise ma voiture. »

Propos recueillis par Franck HERY
Responsable UCPC

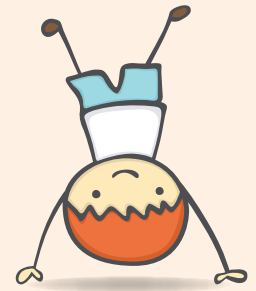
>> **Challenge : Depuis combien de temps vous déplacez-vous en vélo à assistance électrique pour vous rendre au CHA ?**

Edith LARDERET : « Depuis septembre 2008. Auparavant, je venais travailler en voiture. Je l'utilise encore quand il fait trop mauvais (pluie importante ou violent mistral). »

Dr Michel COINTIN : « Depuis 3 mois, je viens avec ce vélo lorsqu'il fait beau et quand mes horaires de travail me le permettent. C'est pour moi un grand plaisir ! Chaque jour, c'est une véritable promenade avant et après mon travail. Auparavant, je venais en voiture, et je faisais environ 2 pleins de gasoil par mois, soit une dépense de 100 euros. »

Pourquoi avoir fait ce choix plutôt qu'un autre ?

E.L. : « Plutôt sportive de tempérament, le vélo à assistance électrique m'a permis de conjuguer plaisir de venir en vélo (je ne mets l'assistance que pour les montées importantes) et rentrer chez moi sans trop de « souffrance » car j'habite sur le plateau de Villeneuve. »



> PSYCHOLOGUE EN PÉDIATRIE

« Penser la maladie comme un symptôme à écouter et pas simplement à soigner »

J'ai passé à l'Hôpital, et plus précisément dans le service de Pédiatrie, 22 ans de ma vie professionnelle. Je fus engagée au moment où Sainte Marthe allait quitter sa fonction hospitalière au profit de ces locaux flambant neuf des bords de la Durance. Dans ce nouvel Hôpital - voué à la submersion par les eaux et à l'envahissement sonore par le vrombissement des trains qui allaient lui passer au ras des moustaches - j'ai pu, hors d'eau et dans le calme, travailler avec bonheur.

>> Avec bonheur, parce que dans cette unité, d'abord « Mère/Enfant » devenue ce Pôle « Femme/Mère/Enfant », nos excellents somaticiens, les médecins avec toute leur équipe soignante, n'ont jamais cessé de s'ouvrir à cette part psychique de l'être humain et aux entrelacs qu'il tisse avec l'organique. Une fois inventorié le corps malade, ils n'ont pas, non plus, oublié de penser l'enfant dans sa dyade Mère/Enfant, dans son réseau familial, scolaire, social ; ainsi les maladies « des enfants » ont pu être perçues aussi comme des maladies de « personnes en relation » autour desquelles une pluralité de compétences professionnelles apparaissaient alors indispensable. Cette façon de penser la maladie, non simplement comme un symptôme à soigner et à faire taire, mais comme un symptôme à écouter sur une autre scène, a une longue histoire au sein de la pédiatrie de notre hôpital.

Des échanges avec la pédo-psychiatrie

Pour l'histoire dans laquelle je me suis inscrite, elle doit beaucoup au Docteur Gérard FORTIER qui, interpellé par les « nouveaux symptômes » des adolescents (« nouveaux » par la place qu'ils occupent dans notre société post-moderne et au sein desquels les « troubles du comportement alimentaire » prennent une grande part), a sollicité des échanges réguliers avec la pédo-psychiatre Joëlle MOLINA qui a une vacation dans le service, et avec les psychologues en place. M. FORTIER, a par ailleurs été un partenaire ouvert et entreprenant pour créer avec le Docteur Patricia SUTER, Chef de service de la « Fédération des Adolescents » dans la pédo-psychiatrie de secteur, le réseau « Alis » qui regroupe des médecins et des psychologues du département prêts à se mobiliser en inter-relations pour accompagner les adolescents en difficulté.

Ensemble ils ont aussi formalisé des complémentarités professionnelles : pédiatres, pour répondre aux demandes des unités de la psychiatrie ; psychiatres, pour intervenir à l'hôpital à la demande de ses médecins.

Soutenir les parents

A sa suite, avec le Docteur Michel COINTIN, devenu Chef de service, cette collaboration autour des adolescents qui se mettent physiquement, voire vitalement en danger, s'est accrue ; elle s'est étendue au secteur psychiatrique des

plus jeunes. En interne M. COINTIN a souhaité dans le service des nourrissons la présence fréquente d'une psychologue pour favoriser son interpellation par des parents en difficulté dans l'intra-familial, dans leur fonction parentale. Là encore, des liens plus étroits se sont tissés avec l'UPB (Unité Parent Bébé de l'hôpital psychiatrique de Montfavet). Par ailleurs, les médecins de chirurgie infantile avec leur équipe ont fait de plus en plus appel à nous lors des anxiétés post-opératoires ou post-traumatiques de leurs patients ; un jour peut-être, mes collègues pourront avec eux soutenir une réflexion autour des enfants, opérés (voire poly-opérés), accidentés (voire poly-accidentés)...

Travailler sur la souffrance individuelle ou familiale

Et puis, il y a tout ce que l'on n'a pas pu, tout ce que l'on n'a pas su faire ; mais à mes successeurs que j'accompagne de mes vœux et de mon amitié... A tous ceux avec lesquels j'ai pu travailler en collaboration active (oh combien !), en collaboration inquiète (souvent !) devant l'étendue de la souffrance individuelle ou familiale, merci. Grand merci pour ces moments où le sens complexe de l'humain a gagné sur la facilité des fonctionnements et sur les a priori ou l'immédiateté des réponses diagnostico-thérapeutiques... Merci enfin à M. DURAND, notre Directeur des ressources humaines, qui jour après jour et malgré les conjonctures difficiles, nous a assurés et de notre place et de l'intérêt que l'hôpital nous accorde, nous dont la rentabilité a du mal à se chiffrer.

De fait, tout ne fut pas si calme, tant certaines situations furent bruyantes, et dans la réalité concrète et dans l'ébranlement qu'elles ont pu produire en nous, en moi. De fait, nous ne fûmes pas toujours hors d'eau, tant nous avons dû nous immerger dans des situations difficiles...

Mais ce fut un grand moment de ma vie grâce à tous les membres des équipes que j'aurais aimé citer nominativement et à tous ces souffrants qui me faisaient confiance. Dans la rencontre avec tous j'ai grandi et je les en remercie.

Michèle PRADE
Psychologue clinicienne
Pédiatrie



Michèle PRADE

>DIPLOMATIE

Accueil d'une délégation chinoise

>> Le 9 juillet 2012, le Centre Hospitalier d'Avignon a reçu :

- **Madame Liyuan PENG**, Ambassadrice de l'OMS pour le VIH et la Tuberculose, et Épouse de Monsieur Jinping XI, futur Président de la République populaire de Chine (à compter de février 2013)
- **Monsieur Yang HAO**, Directeur de la santé publique du Ministère chinois de la santé
- **Madame Xinlun WANG**, Présidente de l'Institut National pour l'éducation en santé.

La délégation a été accueillie par le Directeur, M. Francis DECOUCUT, le Dr Jean-Marc BROGLIA, Président de la Commission Médicale d'Établissement, et Mme Cécile POLITO, Directrice adjointe, pour une présentation générale de l'établissement. Ensuite, le groupe a visité l'unité de soins intensifs de Cardiologie guidé par le Dr Jean-Lou HIRSCH, Chef du Pôle Cardiovasculaire et métabolique, le Dr Michel PANSIERI, Chef du service de Cardiologie, Mme Edith USSON, Cadre supérieur de santé du pôle. La fin de matinée a été consacrée à la visite du service d'Onco-hématologie et à un exposé sur l'épidémiologie et la prise en charge du VIH et de la tuberculose en région PACA et au plan national animé par le Dr Gérard LEPEU, Chef du Pôle Cancérologie, le Dr Gilles PICHANCOURT, Praticien hospitalier en Onco-hématologie, le Dr Christine LORENTE, Coordonnatrice départementale de la Mission de Santé Publique, et le Dr Stéphanie BRANGER, Praticien hospitalier en Infectiologie.

>CERTIFICATION

Un gage de confiance

>> Voici deux bonnes nouvelles qui sont les bienvenues pour le Centre hospitalier d'Avignon. La première est la réponse de l'HAS qui, après avoir pris connaissance du rapport de suivi suite au résultat de la certification de février 2010, a levé la réserve concernant la référence 20 sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse ainsi que la recommandation de la référence 25 concernant la prise en

regard des plans d'amélioration mis en œuvre. La décision de l'HAS depuis le 7 juin 2012 est officielle : notre établissement est certifié avec recommandations. La seconde bonne nouvelle vient de notre assureur, la SHAM, qui vient de nous accorder une baisse de 5% de notre cotisation d'assurance en responsabilité civile, soit une économie de 67 000 euros. Cette remise nous est accordée grâce, une fois de

charge des urgences et les admissions non programmées, tel que nous en avons fait la demande au

plus, aux plans d'actions d'amélioration de la prise en charge des patients réalisés au CHA sur les deux dernières années. Ces deux bonnes nouvelles sont un encouragement pour notre démarche constante de recherche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des prestations. Elles témoignent de la reconnaissance de votre investissement et de votre professionnalisme et reflètent le fruit de votre travail au quotidien.

Eric DULAK

Directeur qualité, gestion des risques et relations avec les usagers



> 2 JUIN 2012

1^{ère} journée vaclusienne d'Hématologie

>> « Le développement thérapeutique, primat de la recherche en cancérologie, a connu une avancée considérable au cours des dix dernières années venant ainsi enrichir le traitement de nombreuses maladies du sang » explique le Docteur Hacène ZERAZHI, Chef du service d'Onco-hématologie du CHA. C'est pourquoi, l'équipe d'Onco-hématologie, en particulier les Docteurs Olivier BOULAT et Borhane SLAMA, Praticiens hospitaliers, et le Docteur Gérard LEPEU, Chef du pôle Cancérologie, ont organisé la première journée vaclusienne d'Hématologie samedi 2 juin 2012. Cette première édition consacrée à la gammopathie monoclonale et au myélome multiple a permis que spécialistes et généralistes s'accordent pour une meilleure prise en charge des patients.

>PÉDIATRIE

L'école à l'hôpital

>> D'après C, hospitalisée en pédiatrie, l'avantage de sa situation c'est qu'elle ne pourra plus aller en cours pendant un petit moment. Et bien elle se trompe ! Comme elle, vous ne le saviez peut-être pas mais il existe une école à l'hôpital. Les enfants du service de pédiatrie ont accès pendant toute l'année scolaire à une salle de classe où une enseignante les attend de pied ferme. Quel que soit leur niveau scolaire, elle les fait travailler dans les matières qu'ils choisissent ou dans lesquelles ils sont en difficulté. Chaque élève bénéficie ainsi d'une aide individualisée pour lui éviter de prendre trop de retard sur le programme scolaire. Mais que les enfants hospitalisés se rassurent : ils ne passeront pas leurs journées à faire uniquement des dictées et du calcul. L'école propose également des activités plus ludiques comme des travaux sur le thème de la bande dessinée, des projets d'écriture, de l'informatique ou encore des lectures d'albums. Des élèves ont ainsi réalisé un affichage pour le printemps des poètes et d'autres ont écrit et joué une pièce de théâtre en s'inspirant d'une histoire de Bernard FRIOT. Depuis le 4 septembre, l'école a ouvert ses portes pour une nouvelle année scolaire, donc rendez-vous en salle de classe !

Une élève à l'école de l'hôpital

