

# Symbiose

Journal du Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille - Université Catholique de Lille

## Plein feu sur...

### Halte à la douleur

**Longtemps, en France, la douleur a été considérée comme une fatalité et n'était que peu prise en charge. Au GHICL, l'évaluation et la prise en charge de la douleur ont beaucoup progressé sous l'impulsion du Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD).**

**E**n 2009, l'un des objectifs du CLUD est de passer du repérage à l'évaluation de la douleur (voir page 3) sur l'ensemble des services.

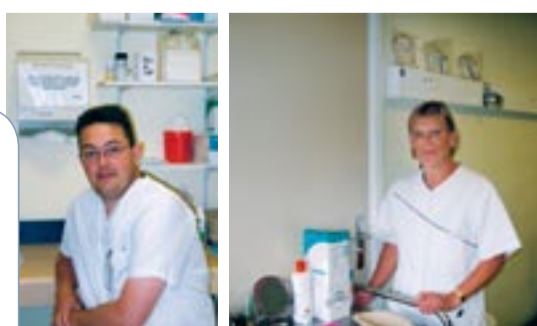
#### Des référents douleur

« Nous avons nommé des référents douleur dans tous les services, qui ont suivi une formation de quatre jours et doivent ensuite mener un mini-projet d'amélioration de la prise en charge de la douleur avec leurs collègues, explique Christelle Ngoni Nti, surveillante chef à Saint-Philibert. La plupart concernent l'amélioration de l'évaluation et de sa transcription dans le dossier de soins. Par ailleurs, les cadres vérifient régulièrement si les dossiers sont complets. Ces deux mesures nous permettent de réaliser des progrès considérables, » Le CLUD a également mené une enquête de

satisfaction des patients dont les résultats sont assez bons (encadré bleu, page 2). Par ailleurs, une enquête de prévalence permet d'avoir un état des lieux de la prise en charge de la douleur à un jour « J ». Celle de 2008 montrait que la douleur n'était évaluée et transcrite que dans 60 % des cas seulement, avec de grandes différences entre les services.

#### A chacun sa douleur

Une chose est sûre : chaque plainte doit être prise en considération. « C'est parfois difficile pour nous, explique Marie-Amélie Watinne, infirmière ressource douleur en chirurgie, car nous avons tendance à minimiser la douleur de l'autre. » Un patient peut nous sembler surévaluer sa douleur. Cela nécessite d'aller plus loin : lui demander quel type de douleur il ressent, l'intensité de cette douleur, ...



## Retranscrire systématiquement la prise en charge de la douleur

### Quel est le rôle du Comité de Lutte contre la Douleur ?

Ce comité pilote est une force d'analyse, de propositions, de validation, de coordination et d'information sur tout ce qui concerne la prise en charge de la douleur. Il définit des objectifs en termes d'amélioration et organise des actions de formation continue sur la douleur auprès de l'ensemble des personnels soignants.

Enfin il établit un bilan des actions engagées et évalue tout ce qui est réalisé au sein du Groupe hospitalier.

### Quelles actions le CLUD a-t-il menées ces dernières années ?

Des enquêtes sont régulièrement réalisées, en particulier sur la prévalence de l'évaluation de la douleur et plus récemment sur la satisfaction des patients hospitalisés quant à la prise en charge de la douleur. Trois sous-commissions ont été créées : évaluation, prévention de la douleur induite par les soins et protocoles thérapeutiques. Ainsi divers protocoles ont été rédigés dans certains services afin d'améliorer cette prise en charge. Des référents douleur ont été nommés dans tous les services : ils sont la courroie de transmission entre le CLUD, les services, les patients et les cadres.

### Où en est la prise en charge de la douleur ?

Nous avons progressé, mais il y a encore du travail puisque l'enquête de prévalence un jour donné de 2008 montrait que la douleur était correctement évaluée et tracée dans 60 % des cas seulement. Les référents douleur pourront certainement améliorer cette prise de conscience au sein de chaque unité, qui concerne tous les acteurs : médecins et soignants. Parions que la prochaine enquête de prévalence approchera l'objectif de 80% pour l'évaluation de la douleur.

**Pr Éric Houvenagel,**  
président du Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)




**Plein feu sur...**
**Halte à la douleur**

... sa localisation, sa durée dans le temps... Il faut mesurer la part d'anxiété et d'angoisse dans cette douleur.

« Mon rôle est d'être en empathie avec le patient car la démarche de prise en charge de la douleur est une démarche globale, à la fois psychologique et physique. Avec la douleur, c'est toute l'histoire du patient qui resurgit... Les deuils, les souffrances morales, la mémorisation de la douleur passée et l'impact du diagnostic et du handicap. On s'aperçoit que lorsque le patient lâche le passé, la douleur peut diminuer... »

**Évaluation systématique**

Première chose : l'évaluation. Plusieurs grilles et tests existent qui demandent au patient d'évaluer eux-mêmes leur douleur. Restait à évaluer la douleur des personnes âgées ininterrogables (patients non communicants, dans le comas ou atteints de la maladie d'Alzheimer). « Pour la certification, un groupe EPP (Évaluation des Pratiques Professionnelles) a élaboré une grille basée sur le comportement de la personne et adaptée à notre utilisation. Nous l'avons testée sur quatre unités de soins », explique Bernadette Masquelier, surveillante chef à Saint-Vincent de Paul.

Après avoir coté différents items

concernant les plaintes exprimées, l'expression du visage, la position du patient au repos, son anxiété, ses réactions lors de la mobilisation ou le soin, il suffit de faire la somme des chiffres. Le score final permet de décider du traitement. « Cette évaluation se fait à l'arrivée du patient, puis tous les jours (si possible à chaque changement de poste), souvent à deux (infirmière et aide-soignante) car les interprétations peuvent être différentes d'une personne à l'autre. »

**La prise en charge**

Il existe différentes techniques de prise en charge de la douleur et le patient doit en être informé. Le livret d'accueil les mentionne, mais l'enquête de satisfaction montre que peu de patients y prêtent attention. En chirurgie, une plaquette spécifique leur est donnée lors de la consultation.

La prise en charge de la douleur a aujourd'hui fait de gros progrès. L'utilisation de la pompe à morphine, par exemple, nécessite que l'on apprenne au patient à bien s'en servir. Il faut lever les craintes car la morphine est encore associée à la fin de vie ou à une drogue... Il faut expliquer au patient comment l'utiliser, à quel moment, répéter qu'il ne faut pas attendre que

la douleur s'installe, expliquer les effets secondaires possibles et les protocoles dont on dispose...

En post opératoire, l'analgésie péridurale est elle aussi souvent utilisée pour les grosses interventions en chirurgie abdominale et peut rester quatre jours en place.

Le bloc périphérique est davantage utilisé en traumatologie. On pose alors un cathéter près du nerf, avec un anesthésiant local.

**Douleur induite**

Un gros travail reste à faire au niveau de la douleur induite par les gestes de soins : toilette, lever, mobilisation, soins, pansements, pose de sondes urinaires ou gastriques, prises de sang, perfusion. Après une opération, les patients sont levés de plus en plus tôt. Sabine Lequin, aide soignante en Médecine Polyvalente gauche et membre du CLUD, explique : « Nous sommes confrontés à la douleur lors de la toilette notamment. Nous proposons des soins de confort, des massages, une position antalgique. Il n'y a que les patients qui peuvent signaler leur douleur. Nous devons faire remonter l'information. »

La prise en compte de la douleur induite nécessite une réorganisation du travail : attendre l'effet de la pommade anesthésiante pour intervenir ; donner les antalgiques et les médicaments 1/2 heure avant la toilette ou la séance de kinésithérapie...

**Organiser la prise en charge de la douleur**

« C'est essentiel », explique Julie Montreuil, masseur-kinésithérapeute à Saint-Philibert, référente douleur et membre du CLUD. « Nous ne sommes pas aussi efficaces lors des mobilisations, des transferts, de la rééducation respiratoire, après une chirurgie abdominale ou thoracique par exemple, ou en chirurgie orthopédique lorsque le patient est douloureux. Nous évaluons la douleur avant nos soins, puis la réévaluons pendant et après. Nous le faisons systématiquement oralement, mais ... »



**Bernadette Masquelier**, surveillante chef à Saint-Vincent de Paul.



**Christelle Ngono Nti**, surveillante chef à Saint-Philibert.



**Marie-Amélie Wattinne**, infirmière ressource douleur.



**Sabine Lequin**, aide-soignante en Médecine polyvalente à Saint-Vincent de Paul.



**Sébastien Rose**, psychiatre à Saint-Vincent de Paul.

**Enquête satisfaction patient sur la prise en charge de la douleur****Une enquête****• Échantillon**

290 patients :  
- 192 sur Saint-Philibert et 98 sur Saint-Vincent de Paul.  
- 118 en chirurgie et 172 en médecine.

**• Les enquêteurs**

Une enquête réalisée pendant trois semaines par :  
- deux étudiantes de l'ILIS (Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé),  
- l'infirmière ressource douleur,  
- trois cadres,  
- treize référents,  
- huit infirmières.

**Résultats**

- 74,1 % des patients ont été douloureux pendant leur séjour.

- 83,7 % ont été satisfaits de la prise en charge de la douleur.

**• Information**

- 41,4 % des patients n'ont pas reçu d'informations concernant la douleur.  
- Parmi eux, 68,3 % ont ressenti la douleur.  
- Sur les 290 patients interrogés, 122 ont été informés par l'infirmière.  
- Plus d'un patient sur deux ne connaît pas le traitement qui lui est administré.  
- 53,2 % des patients n'ont pas été informés des effets secondaires des traitements.

**• Prise en charge**

- Sur 290 patients interrogés, 202 ont été évalués par l'échelle ENS (note entre 0 et 10).  
- 93 % des patients douloureux ont signalé leur

douleur aux soignants et ont reçu un traitement rapidement.

- Parmi eux, 24 % déclarent ne pas avoir été soulagés et un sur deux ont alors reçu un second traitement.  
- 84 % des patients ayant reçu un traitement pensent que le soulagement est également lié au professionnalisme du soignant : attitude, douceur, écoute...  
- 20 % des patients traités ont présenté des effets secondaires.

**• Douleur induite par les soins**

- 43,1 % des patients ont ressenti une douleur induite par un geste de soins : cathéter de perfusion, mobilisation, toilette, pansement, examen, sondes urinaires et gastriques...  
- 77,6 % des patients n'ont pas reçu de traitement avant le geste douloureux.

●●● cette évaluation n'est actuellement pas toujours retranscrite dans le dossier. Ce sera l'objet de notre mini-projet. Nous prenons toujours en considération la variable douleur et tentons d'y remédier par les massages, la cryothérapie, l'électrothérapie... en complément des médicaments. »

Psychiatre à Saint-Vincent de Paul, le docteur Sébastien Rose participe deux fois par mois à la consultation douleur mise en place par les docteurs Houvenagel et Ducoulombier pour les patients chroniques en Rhumatologie. « J'interviens en doublon avec le rhumatologue. Les patients douloureux chroniques sont plus fragiles à la dépression et à l'anxiété. J'évalue si le patient présente un problème dépressif ou anxieux nécessitant une prise en charge ou un suivi. Nous voudrions mettre en place une prise en charge cognitive et comportementale par une psychothérapeute pour travailler sur l'acceptation de la diminution des capacités physiques, l'intégration de temps de repos... »

## TÉMOINS

### Tenir la main du patient et après ?

« En Radiologie, actuellement, de nombreux manipulateurs se plaignent de ne pas pouvoir prendre en charge la douleur des patients. À part leur tenir la main et les reconforter, nous avons peu de moyens... Nadia Belkacem et moi, toutes deux référentes douleur en Radiologie, avons suivi une formation de quatre jours. Notre projet consiste, dans un premier temps, à organiser une réunion des manipulateurs en radiologie afin de leur présenter les différents outils permettant d'évaluer la douleur. Chacun pourra, ensuite, évaluer lui-même les patients et noter cette évaluation sur la demande de radio.



Dans un deuxième temps, mais ce sera plus long, nous voudrions mettre en place des protocoles de prise en charge de la douleur pour tous les actes douloureux : biopsie osseuse, pose de sondes... Actuellement, si le patient a mal, nous devons appeler son service. »

Gwendoline Tillie, manipulatrice en Radiologie à Saint-Philibert.

### Répondre à l'attente du patient

« Le premier motif d'arrivée aux Urgences est la douleur : thoracique, abdominale. Nous devons être en mesure de répondre à cette attente. Dans la journée, cela ne pose pas de problème, mais la nuit, l'infirmier peut rester seul avec le patient pendant que le médecin est occupé avec un autre malade. Il y a un temps de latence de 20 à 30 minutes, entre la première visite de l'infirmier et la prise en charge par le médecin. A ce jour, un protocole permet à l'infirmier d'administrer un antalgique de palier «1» de manière anticipée, après un rapide interrogatoire. Le médecin peut ensuite, si cela est nécessaire intervenir avec d'autres antalgiques. Nous avons rédigé un protocole de titration de la morphine. Nous travaillons avec l'équipe de Saint-Vincent de Paul, afin d'avoir les mêmes gestes... »

Philippe Delebarre, infirmier aux Urgences à Saint-Philibert.



### Quand la douleur monte à l'échelle

Il existe trois échelles d'évaluation pour les patients communicants :

- **L'EVA** (Échelle Visuelle Analogique) demande au soignant de passer un peu de temps avec le patient afin de lui expliquer qu'il doit se situer en bougeant le curseur sur une échelle horizontale allant de l'absence de douleur à la douleur maximale imaginable...

- **L'EVS** (Échelle Verbale Simple) le patient doit évaluer verbalement sa douleur : absente, faible, modérée, intense, très intense. Le soignant cote ensuite de 0 à 5.

- **L'échelle numérique simple**. Le patient doit donner une note entre 0 et 10 à sa douleur.

**Deux grilles comportementales** (l'ECPA et l'ALGO Plus) permettent d'évaluer la douleur des patients non communicants.

## PAROLE

### Transport sans douleur

« Quand on travaille aux urgences, on est sans cesse confronté à la douleur. Le patient qui arrive souffre après un choc, une chute. Il faut le soulager. En tant que référent douleur des brancardiers, je voudrais proposer un mini-projet autour de la prise en charge des patients qui arrivent aux Urgences avec un pneumothorax.

Ils nécessitent la pose d'un drain. Jusque maintenant, cette pose se fait sur le brancard. Le patient a mal à l'arrivée aux urgences, pendant la pose de ce drain et pendant le transfert dans la chambre avec la sonde... Je voudrais donc proposer que les brancardiers aillent immédiatement chercher le lit au 3<sup>ème</sup> étage, pour y installer directement le malade avant la pose du drain et faciliter ainsi le transfert du patient sans le bouger. Il me reste à écrire le protocole, à le faire valider et à l'officialiser afin de le mettre systématiquement en place. »



Aïssa Bencharki, brancardier à Saint-Vincent de Paul.

### Un mal de chien !

« Lorsque les grands enfants de 12 ou 13 ans viennent pour un ongle incarné, ils savent qu'ils vont avoir très mal. Avant l'intervention, il faut réaliser une anesthésie locale et pour cela injecter un produit juste à la base de l'ongle. Un geste extrêmement douloureux réalisé sur une zone hyper sensible. Ceux qui viennent pour une récurrence savent ce qu'on va leur faire, ils appréhendent et je les comprends.

J'ai toujours été attentive à la douleur. J'ai travaillé longtemps en chirurgie pédiatrique où la douleur de l'enfant était très bien prise en charge. J'ai suivi une formation douleur à Saint-Philibert il y a quelques années. En tant que référente douleur, j'ai suivi une formation de quatre jours à l'issue de laquelle j'aimerais mettre en œuvre un mini-projet de prise en charge de la douleur lors d'une intervention sur l'ongle incarné. Je pense que l'on peut préparer le terrain, avec un anxiolytique, un anesthésiant local (pommade EMLA), voire autre chose...

Nous sommes quatre puéricultrices dans le service. J'aimerais écrire un protocole avec les autres et le faire valider par le chirurgien... »

Pascale Deslee, infirmière puéricultrice, aux consultations pédiatriques, à Saint-Vincent de Paul.



# Sanitaire et médicosocial : le GHICL confirme ses orientations

**Avec l'intégration au 1<sup>er</sup> juillet de l'EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) l'Accueil et le contrat de gestion de deux établissements pour personnes âgées confié à l'ICL par l'Association Feron Vrau, le GHICL confirme sa volonté de promouvoir en son sein une dimension médicosociale.**



EHPAD, l'Accueil.



Centre Feron-Vrau, maison de retraite Notre-Dame de l'Espérance (EHPAD).

**L**a nécessaire articulation entre prise en charge sanitaire et médicosociale s'impose désormais comme une évidence et la création prochaine des Agences Régionales de Santé va concrétiser cette orientation en plaçant sous une même autorité les champs de la santé et du médicosocial.

Avec son implication forte dans le pôle Handicap, Dépendance, Citoyenneté de l'Université Catholique de Lille, le GHICL a choisi de diversifier son activité en l'étendant à la prise en charge médicosociale.

L'ouverture en janvier dernier d'un service d'hospitalisation à domicile orienté réadaptation, la création d'un Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) dont le démarrage est prévu en septembre ou encore la construction d'un EHPAD sur le site du quartier Saint-Philibert en sont l'illustration.

Ce développement interne s'est enrichi depuis le 1<sup>er</sup> juillet par l'apport de nouvelles activités dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées.

## L'EHPAD l'Accueil

L'EHPAD l'Accueil est un établissement de 40 places situé à Lille dans le quartier de Saint-Maurice Pellevoisin.

L'association qui le gère et la Congrégation des Franciscaines Missionnaires de Marie, propriétaire des locaux, étaient désireuses de trouver le soutien d'un partenaire sanitaire et médicosocial local afin de pérenniser leur œuvre en préservant les valeurs qui s'y rattachent. Elles se sont à cet effet rapprochées du GHICL en 2007.

Une première étape avait conduit à détacher Silvana Sion, coordinatrice du service social, à hauteur d'un mi-temps pour assurer la direction de cet

établissement et à apporter le soutien technique du GHICL, notamment dans les domaines économiques et techniques.

Une deuxième étape a été franchie avec le transfert des activités de l'association l'Accueil au profit de l'ICL, l'association procédant dans le même temps à sa dissolution. Au sein de l'ICL, c'est le GHICL qui assurera la gestion de cet établissement. Les salariés de l'EHPAD l'Accueil sont donc désormais salariés du GHICL et Silvana Sion continue d'en assurer la direction à mi-temps sous la responsabilité du directeur général du GHICL.

## Marguerite Yourcenar et Notre Dame de l'Espérance.

Ces deux établissements, d'une capacité de 300 lits, situés boulevard Victor Hugo à Lille et gérés par l'association Feron-Vrau, accueillent des personnes âgées très dépendantes. Face aux évolutions des secteurs sanitaire et médicosocial évoquées précédemment, le Conseil d'Administration de l'association Feron-Vrau a estimé nécessaire d'engager une réflexion sur la structuration de son management et la gestion de ses établissements. Dans ce contexte, il a souhaité se rapprocher de l'ICL qui lui est apparu comme le mieux à même de pérenniser l'esprit de l'association tant dans sa référence aux valeurs religieuses qui l'animent que dans le souci de proposer aux personnes âgées dépendantes une offre de qualité.

A la différence de l'Accueil, l'association demeure et confie la gestion des établissements à l'ICL et de fait au GHICL. Marc Bisbrouck, ancien directeur de la Clinique Sainte-Marie à Cambrai assure la direction des deux établissements depuis le 1<sup>er</sup> juillet.

## L'IF Santé intègre l'ICL

**Dirigé par Bernadette Miroux, l'IF Santé forme des aides-soignantes, des infirmières, des puéricultrices et des cadres infirmiers. Il accueille 530 étudiants et emploie 35 équivalents temps plein.**

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet les activités de l'IF Santé ont été transférées à l'ICL dans le cadre d'une fusion-absorption. Cet institut de formation qui était géré par une association membre de l'Université Catholique de Lille est maintenant, à la demande de cette association, complètement intégré à l'ICL et de façon opérationnelle au GHICL, associé à la Faculté Libre de Médecine.

Des liens anciens unissent l'IF Santé au GHICL, dans le cadre de l'accueil des élèves infirmiers, ou plus récents avec la création d'un module de formation en langue des signes pour des personnes sourdes se préparant au métier d'aide soignant.

Cette nouvelle configuration qui intervient à un moment important, celui de la mise en place du nouveau cursus de formation des infirmiers, va permettre de renforcer ces collaborations et d'accroître l'articulation entre enseignement et pratique professionnelle en espérant que cela incitera les jeunes diplômés à rejoindre le GHICL en tant que salariés. A l'horizon 2011, l'IF Santé devrait occuper de nouveaux locaux qui vont être construits sur le site d'Humanité.

Marie-Pierre Savary sera le référent de la Directrice en ce qui concerne la gestion et Linda Way suivra les aspects pédagogiques.




**Agenda**
**Du 15 septembre au 10 octobre 2009**

Journées du patrimoine  
Exposition  
Salle d'exposition de l'Université Catholique de Lille, Hôpital Saint-Philibert et hôpital Saint-Vincent de Paul. (cf. article p.8).

**Du 13 octobre au 2 novembre 2009**

« Développement durable »  
Exposition de photographies de Yann Arthus Bertrand dans la « Rue » de l'hôpital Saint-Vincent de Paul.

**Du 13 au 27 novembre 2009**

5<sup>ème</sup> édition des Journées Thématiques Santé  
Conférences, village santé, animations... Plus d'information sur le site [www.ghicl.fr](http://www.ghicl.fr) dès le 15 septembre.  
Renseignements : Catherine Ficquet, service communication  
03.20.87.45.61

**Jeudi 10 décembre 2009**

Forum 3E  
Évolution des prises en charge : l'hôpital s'adapte.  
Université Catholique de Lille  
Amphi Teillard de Chardin  
60, bd Vauban à Lille.  
Renseignements : Pascale Breuca  
Service communication  
03 20 00 56 60

**Carnet**

Nous avons appris avec tristesse le décès de Madame Marie-Louise Barbe, auxiliaire



de puériculture de 1974 à 2008. Madame Barbe a exercé en chirurgie pédiatrique à

l'hôpital Saint-Antoine jusqu'en 2003, puis elle a rejoint l'équipe de l'hôpital de jour pédiatrique de Saint-Vincent de Paul. Nous adressons nos sincères condoléances à sa famille et à ses collègues de travail.

## D'une certification à l'autre : continuité et changement

**Nous avons reçu, début juillet, notification de la décision définitive de la HAS concluant à la certification du GHICL. Il nous appartient désormais de mettre en œuvre le plan d'action résultant de cette certification. La prochaine visite aura lieu en mai 2012 mais c'est dès maintenant qu'il nous faut la préparer car la nouvelle version du référentiel augmente sensiblement le niveau d'exigence.**

La première décision du Collège de l'accréditation de la HAS, au terme de notre procédure de certification achevée en 2008, avait accompagné la recommandation concernant la maîtrise de la dispensation du médicament, de la production d'un rapport de suivi dans un délai de six mois (Cf. Symbiose n° 39 page 5). Ce thème a donc fait l'objet d'un travail prioritaire visant à améliorer nos pratiques au regard du référentiel. Ainsi, la sécurisation du transport des médicaments sur le site de Saint-Philibert a été assurée, le conditionnement unitaire des médicaments a été privilégié et la validation par le pharmacien des prescriptions et du traitement complet du patient est effective en soins de suite et réadaptation et la prochaine étape concernera la psychiatrie.

La HAS a estimé que ces mesures étaient suffisantes pour lui permettre de prononcer la certification du GHICL. Nous poursuivons donc la mise en œuvre de notre plan d'action issu des constats effectués lors de l'autoévaluation et des recommandations des experts visiteurs. Mais ceci ne saurait suffire car la prochaine certification se déroulera selon un référentiel dit V 2010 (1<sup>ère</sup> année d'application), complètement remodelé et dont le niveau d'exigence est relevé.

### Les Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP)

Ainsi en est-il des pratiques exigibles prioritaires introduites dans le manuel

de certification afin de renforcer l'effet levier sur la qualité et la sécurité des soins. Ce sont des critères pour lesquels des attentes particulièrement signalées sont exprimées et pour lesquels l'établissement doit pouvoir attester d'un bon niveau de qualité.

Parallèlement, des nouveaux thèmes ont été introduits concernant le management des établissements avec, entre autres, l'in-

à présenter aux experts-visiteurs. Selon le nouveau référentiel, l'établissement doit pouvoir attester d'une véritable politique de développement de l'EPP et de sa généralisation à tous les secteurs d'activité. Il faut, dans ce cadre, développer l'identification de la pertinence des soins et il est demandé obligatoirement une analyse de la mortalité-morbidité en anesthésie-réanimation, en chirurgie

### Les Indicateurs

Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement
<b>Maîtrise du risque infectieux</b>
<b>Bon usage des antibiotiques</b>
<b>Prise en charge de la douleur</b>
<b>Gestion du dossier du patient</b>
<b>Troubles de l'état nutritionnel</b>
<b>Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient</b>
<b>Sortie du patient</b>
<b>Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique</b>

tégration d'exigences relatives au développement durable, les droits des patients (avec une sensibilisation à la notion de bientraitance).

### L'EPP

La V 2010 ne fixe plus un nombre déterminé de démarches d'Évaluation des Pratiques Professionnelles à conduire et

et en cancérologie ainsi que l'existence de réunions de concertation pluridisciplinaires pour tous les secteurs assurant la prise en charge des patients de cancérologie.

### Les Indicateurs

Autre innovation de la nouvelle version, l'utilisation d'indicateurs dont le recueil est obligatoire. Cela permet ainsi de développer la culture de la mesure de la qualité des soins mais aussi de disposer de mesures factuelles de la qualité se substituant à des appréciations davantage empreintes de subjectivité. Le nombre de ces indicateurs, dont une première liste est constituée par ceux introduits en 2008, croîtra au fur et à mesure de leur validation par la HAS.

Face aux exigences du nouveau référentiel, il nous faut identifier sans attendre les écarts éventuels entre nos pratiques et les critères du nouveau référentiel et proposer des actions d'amélioration en vue de la prochaine visite.

Pour ce faire, nous avons décidé de procéder à une autoévaluation dite « expresse » en sollicitant les directions fonctionnelles ou instances impliquées dans la démarche qualité. Les axes de progrès identifiés par ce biais compléteront le plan d'action issu de la précédente certification.

### Pratiques Exigibles Prioritaires

<b>Politique et organisation de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)</b>
<b>Fonction « Gestion des risques »</b>
<b>Gestion des événements indésirables</b>
<b>Maîtrise du risque infectieux</b>
<b>Système de gestion des plaintes et réclamations</b>
<b>Prise en charge de la douleur</b>
<b>Prise en charge et droits des patients en fin de vie</b>
<b>Gestion du dossier du patient</b>
<b>Accès du patient à son dossier</b>
<b>Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge</b>
<b>Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient</b>
<b>Prise en charge des urgences et des soins non programmés</b>
<b>Organisation du bloc opératoire</b>

## Actualités

## Des dispensaires aux hôpitaux

« Des dispensaires aux hôpitaux du GHICL – 1876/2009 », tel est le thème retenu par le GHICL pour les journées du patrimoine qui se dérouleront les 19 et 20 septembre 2009.

Dans le cadre de ces journées, le Groupe Hospitalier s'associe à l'Université Catholique de Lille et présente une exposition pour découvrir notre patrimoine hospitalier.

### Une exposition, trois lieux

#### • Dans la salle d'exposition de l'Université Catholique de Lille :

Reconstitution d'une salle de consultation d'un dispensaire, présentation des instruments médicaux de la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle et du début du XX<sup>ème</sup> siècle, ouvrages médicaux, posters relatifs à l'histoire de la Faculté Libre de Médecine et la création des hôpitaux de La Catho.

#### • Sur le site de l'hôpital Saint-Philibert :

En posters et en photos « Des dispensaires

au Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille », avec une ouverture sur le projet Humanité.

#### • Dans la Rue intérieure de l'hôpital Saint-Vincent de Paul :

En posters et en photos « De la maternité Sainte-Eugénie au pôle mère-enfant ». Ces expositions nous donnent l'occasion de nous replonger dans notre patrimoine, de connaître la ville de Lille à la fin du XIX<sup>ème</sup> et au début du XX<sup>ème</sup> et de découvrir le rôle des dispensaires et des hôpitaux auprès des Lillois, notamment les plus modestes, en lien avec l'évolution de la société.

Les expositions seront visibles sur chaque site du 15 septembre au 10 octobre 2009. Les visites sont libres et gratuites.



Rens. : Pascale Breucq : 03.20.00.56.60, Catherine Ficquet : 03.20.87.45.61.  
L'Université Catholique de Lille propose par ailleurs des visites guidées architecturales et historiques.  
Plus d'informations : [www.univ-catholille.fr](http://www.univ-catholille.fr)

## Manuel de soins palliatifs

Didier de Broucker, médecin responsable de l'unité de Soins Palliatifs à Saint-Philibert et Dominique Jacquemin, enseignant chercheur au Centre d'éthique médicale et à la Faculté Libre de Médecine de Lille, viennent de publier la troisième édition de leur manuel de soins palliatifs.

Il s'agit de la 3<sup>ème</sup> édition du « seul manuel francophone du genre », souligne Didier de Broucker.

En 1991, en effet, la Faculté catholique de Médecine crée un diplôme de Soins palliatifs. C'est l'occasion de sortir la première édition du manuel qui paraît en 1992. La seconde édition date de 2002, juste avant que ne sorte la loi spécifique au Droit du malade. Elle obtient un vif succès : 5000 exemplaires sont vendus.

« La troisième édition s'est faite dans la continuité des deux premières, souligne le professeur de Broucker. Il nous fallait relever le challenge d'écrire un manuel accessible à tous : médecins, soignants, paramédicaux, bénévoles et familles... et que chacun y trouve les informations



qui lui sont nécessaires, une réflexion bioéthique sur les questions qu'il se pose : médicaments, douleur, mort... »

« La confrontation à la souffrance et à la mort n'est facile pour personne, pas plus pour les professionnels, remarque Dominique Jacquemin. Les soins palliatifs s'inscrivent dans cette attention : l'autre, même malade, en fin de vie, abîmé, altéré, défiguré, reste un semblable en humanité... Ce livre donne des pistes de réflexion et de connaissances à travers les contributions d'auteurs car personne ne peut prétendre tout savoir... »

**Manuel de Soins palliatifs, ouvrage coordonné par Didier de Broucker et Dominique Jacquemin – éditions Dunod.**

## Rencontre avec...

## L'évangile ancré dans le quotidien

**Le Père Bruno Cazin succède au Père Bernard Podvin aux fonctions de vice-recteur de l'ICL. Itinéraire de celui qui est à la fois homme d'Eglise et médecin.**

« **A**près des études de médecine à Lille II, j'ai été nommé interne des hôpitaux de Paris et me suis spécialisé en hématologie. Ensuite, je suis parti en coopération au Brésil. J'intervenais auprès de femmes de quartiers populaires de Recife. J'ai développé avec elles des jardins de plantes médicinales et pharmacies communautaires de phytothérapie.

### Le Brésil

Cette époque m'a beaucoup marqué : au Brésil, j'ai croisé la grande pauvreté mais aussi des chrétiens qui, grâce à leur rencontre avec le Christ, ont retrouvé leur dignité d'hommes et de femmes aimés de Dieu. J'ai hésité à rester là-bas, à être prêtre au Brésil. Mais, je serais resté un étranger, même en parlant la langue. Je suis donc revenu en France et j'ai été ordonné prêtre en 1991. L'évêque m'a envoyé en mission à l'hôpital où j'exerce comme médecin et m'a confié différentes responsabilités pastorales.

Depuis 1988, je suis praticien hospitalier à temps partiel au CHRU de Lille. Je me suis spécialisé dans la leucémie lymphoïde chronique et fais beaucoup de recherche clinique. J'étais d'abord en responsabilité pastorale à Villeneuve d'Ascq en paroisse et dans les lycées puis ai été 6 ans aumônier des étudiants à Lille. Dernièrement, j'étais vicaire épiscopal à Dunkerque de 2001 à 2009.

### La médecine

La pratique de la médecine colore la façon dont j'aborde la Foi. L'hôpital est un lieu où j'ai pu approfondir ma Foi dans le Christ, (...) en accompagnant des personnes dans la durée et en découvrant la pertinence d'un Dieu qui a partagé notre souffrance sur la croix...

Thérèse Lebrun, en accord avec l'Archevêque, Monseigneur Ulrich, m'a proposé de rejoindre l'Institut Catholique de Lille et de prendre la succession de Bernard Podvin en tant que vice-recteur de l'ICL et vice-président de l'UCL et je suis arrivé ici en avril dernier. Il s'agit d'un travail en équipe. En tant que prêtre, je veille à l'orientation catholique de l'Université, un souci partagé par tous.

### Aux rendez-vous du monde

Je suis davantage chargé d'accompagner la faculté de Théologie, le département d'Éthique et la faculté des Sciences humaines et je suis associé à toutes les décisions concernant l'avenir de l'université, ses projets, son recrutement, les différents conseils d'université et les relations avec son environnement. Je suis particulièrement séduit par ce projet d'« une université aux rendez-vous du monde », impliquée dans la formation humaine et professionnelle des étudiants et dans le monde de la santé à travers le GHICL et Humanité, un projet rapprochant le monde de la santé et celui du médico-social, la réflexion éthique et sociale autour du handicap. Je me réjouis de cette nouvelle mission et des perspectives qui s'ouvrent.

**Père Bruno Cazin,**  
vice-recteur de l'Institut  
Catholique de Lille.

# UMCA

## Unité Médico-Chirurgicale Ambulatoire

**Une équipe soudée qui porte l'exigence d'accueil, de qualité et de sécurité des soins dans une organisation rigoureuse due à la brièveté du séjour.**

Une unité ambulatoire mixte de médecine et de chirurgie de 18 lits et places a ouvert en novembre 2007, sous la responsabilité du Pr Jacques Chevalier. L'équipe actuelle a participé à la mise en service de l'unité, au choix du matériel, à l'élaboration du fonctionnement global.

Le Dr Jean-Marc Prévost, anesthésiste, est désormais coordonnateur médical de l'unité. Située depuis avril 2009 au 1<sup>er</sup> étage de l'aile ouest de Saint-Philibert, l'UMCA est désormais en lien fonctionnel plus adapté avec le plateau technique interventionnel.

### L'ambulatoire, une exigence

Il s'agit d'un mode d'accueil et de prise en charge sans nuit d'hospitalisation, en chirurgie ou médecine (explorations, bilans, traitements). L'ensemble de l'offre de soins programmés tend à évoluer significativement vers ce mode de prise en charge.

La France, relativement en retard (30 % d'ambulatoire contre 60% en Grande Bretagne ou 78% au Danemark) incite au développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé.

Ainsi, la circulaire du 29 avril 2008 définit 15 gestes marqueurs pour lesquels la part des séjours en ambulatoire doit atteindre des taux cibles nationaux situés entre 75 % et 99%.

Nos spécialités chirurgicales qui accueillent leurs patients à l'UMCA sont concernées :

- Chirurgie vasculaire : varices ;
- Chirurgie viscérale : hernie abdominale ;
- Chirurgie orthopédique : main et poignet, arthroscopie, canal carpien, résection osseuse localisée et ablation de matériel de fixation...
- Urologie : interventions et explorations sur le système utéro-annexiel...

En médecine, pour la gastroentérologie, l'ambulatoire concerne essentiellement les endoscopies.

L'évolution de l'ambulatoire au GHICL s'est faite rapidement avec des taux, dans l'ensemble, proches des objectifs nationaux.

### Les « exigences » de l'ambulatoire

L'accueil et la prise en charge en ambulatoire ne peuvent être optimisés, tant pour le patient que pour l'établissement, qu'à la condition d'être réalisés dans une structure dédiée. (La réglementation n'autorise d'ailleurs plus d'activité ambulatoire dans un service d'hospitalisation classique).

L'organisation des soins, liée à la briè-



**Julien Lenobat, interne ; Arnaud Marien, interne ; Stéphanie Fourdrain, infirmière, Mathieu Maelbrancke, infirmier ; Angélique Penet, cadre de santé ; Françoise Lecroart, aide soignante et Sophie Accou-Delmotte, infirmière.**

veté du séjour, donne à l'équipe un enjeu permanent de qualité et de sécurité des soins.

L'activité de l'UMCA repose sur une bonne programmation et surtout un respect des horaires par tous.

« Les patients arrivent entre 7h et 8h. Une aide soignante et une infirmière les accueillent et les préparent pour le bloc opératoire. Durant la journée, nous faisons les soins et les examens au lit du patient, puis nous avons les retours de bloc. Dès 14h ont lieu les premières sorties, qui finissent au plus tard à 18h, souligne Angélique Penet, cadre de santé de l'UMCA. L'hospitalisation ambulatoire dédramatise l'acte. »

Françoise Lecroart, aide soignante de l'unité, ajoute « En UMCA, le patient est rassuré, il préfère n'être hospitalisé qu'en journée ».

Les études de la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) indiquent que 90 % des patients se déclarent satisfaits de ce mode de prise en charge, et 88% se déclarent prêts à renouveler l'expérience.

### Un potentiel de développement

En un an et demi, le taux d'occupation de l'UMCA a atteint les 130 %\*.

L'ensemble des spécialités concernées par l'ambulatoire a pris ses marques sur cette unité qui donne également satisfaction « aux utilisateurs professionnels » que sont les médecins et anesthésistes.

L'augmentation de la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale poursuit sa progression et c'est notamment par la possibilité de double programmation par lit ou place que l'optimisation de l'UMCA

doit désormais être poursuivie.

Au niveau des équipes médicales, cet objectif est un enjeu réel et important en termes d'organisation.

### L'originalité de l'UMCA

L'UMCA offre des conditions d'accueil et de surveillance du patient élevées.

Si certains actes, auparavant cotés en ambulatoire, ne relèvent désormais plus de cette tarification et sont désormais de la catégorie des « soins externes » (avec ou sans « forfait sécurité environnement »), il semblait nécessaire, indépendamment de toute considération financière, de maintenir la qualité d'accueil et de surveillance des patients.

L'UMCA accueille cette double activité : ambulatoire « vrai » (avec tarif d'hospitalisation) et activité de soins externes à haut niveau d'exigence d'accueil.

Avec plus d'un patient par jour et par lit, le rythme est soutenu au sein de l'unité.

Les arrivées et les sorties sont permanentes. « Même si nous ne pouvons pas créer de relation longue avec nos patients, car certains ne reviendront jamais dans l'unité, nous essayons le plus possible de discuter avec eux et de créer des liens » explique Sophie Accou-Delemotte, infirmière du service.

Afin de faciliter cette relation, chaque patient est affecté à un référent.

L'équipe de l'UMCA accueille et gère un flux d'activités élevé, avec un niveau de satisfaction important des patients. Une réussite en termes de prise en charge et une optimisation dans la gestion de nos structures d'accueil, une vraie satisfaction dans la mise en place de cette unité.



Mise en place d'une vidéocapsule : Aurélie Plancke et Françoise Lecroart



Sophie Hemelsoet.

\* Un taux d'occupation supérieur à 100% s'explique en hospitalisation de jour par l'occupation possible d'une même place le matin et l'après-midi par deux patients différents.

### QUELQUES CHIFFRES

- Personnel équivalent temps plein
- 1 cadre de santé
- 2, 5 infirmières (IDE)
- 3 aides-soignantes (ASD)
- 3, 7 agents de service logistique (ASL)
- Nombre de patients
- 226 patients par mois en moyenne.


**Nous y étions**

## Un exercice incendie à grande échelle

**Le 4 juin, un exercice incendie en conditions quasi-réelles s'est déroulé au sein de l'unité Soins de Suite et Réadaptation et Hospitalisation Programmée à Durée Déterminée (HPDD4) de l'hôpital Saint-Philibert.**



Le passage des portes incendie, un moment qui se révèle difficile pour les aides soignants.

Le personnel soignant attendait une réelle mise en situation d'un incendie dans l'hôpital, c'est chose faite. Le service technique, appuyé par Lucie Gosselin, stagiaire en licence professionnelle, a organisé, à la demande de Xavier Hovaere, un exercice de sécurité incendie consistant à procéder à une évacuation des malades par transfert horizontal.

### Quel intérêt ?

L'exercice incendie a un double objectif : mettre en pratique l'information théorique prodiguée au personnel et répondre à une obligation réglementaire importante pour la prévention des risques.

« C'est l'occasion de voir si certaines choses ne vont pas, et si c'est le cas, de les réajuster, » souligne Fabienne Grenier, cadre

de santé de l'unité. « Cela nous permet de voir comment les choses se passent et donc d'adapter notre comportement... », renchérit Pierrette Misendorino, APU.

### L'évacuation par le personnel

13 patients ont participé à l'exercice ainsi que 8 membres du personnel soignant. La fermeture automatique des portes coupe feu, l'arrivée du service de sécurité et le bruit provoqué par les appareils de désenfumage n'ont pas fait paniquer les patients, au contraire ils ont apprécié l'exercice et se sentent désormais « plus en sécurité ».

Le personnel, quant à lui, a été particulièrement efficace : en seulement 4 minutes et dans le calme, l'ensemble des patients de l'aile ouest ont été transférés vers l'aile sud. Un temps record qui témoigne de leur implication complète et dynamique tout au long de « l'incendie », mais aussi durant les séances de préparation et de restitution.

### Se former pour anticiper

En attendant le prochain exercice, des formations en interne, assurées par des membres des équipes de sécurité assistés de Henry Delcroix, Alain Lapère et Xavier Hovaere ainsi que par un prestataire extérieur (formation à l'utilisation des extincteurs), vous sont proposées.

Pour vous préparer le mieux possible au danger et pour vous familiariser avec les conduites à suivre en cas d'incendie, nous vous conseillons d'y participer.

## Des mesures en faveur de l'environnement

**Soucieux de son environnement, le GHICL instaure de nouvelles pratiques dans ses établissements.**

Dans un souci de respect de l'environnement, des nouvelles corbeilles à papier ont été installées au cours de l'été dans les secrétariats de l'hôpital Saint-Philibert. Ces corbeilles ont le même aspect que les poubelles traditionnelles, réservées aux déchets quotidiens, mais ne sont pas garnies de sachet plastique. Elles peuvent recevoir tous les papiers et cartons même munis d'agrafes, trombones ou de reliures plastiques.

Ces corbeilles sont vidées dans des containers fermés à clef, répondant ainsi à l'obligation de confidentialité et aux recommandations de la certification.

La société « Gibert » assure l'enlèvement, la destruction et le recyclage du papier. Par la suite, ces dispositions seront mises en place sur le site de Saint-Vincent de Paul.

Des boîtes de collecte des piles ont également été déposées dans tous les services de Saint-Philibert et Saint-Vincent de Paul, principalement dans les salles de soins. Des containers spécifiques sont placés dans les locaux déchets : ceux-ci sont vidés régulièrement par un prestataire spécialisé.

Poubelle garnie d'un sachet = poubelle pour déchets quotidiens.  
Poubelle sans sachet = poubelle à papier.



## Ouverture d'un centre régional de prise en charge des Mutilations Sexuelles Féminines (MSF)

**Plus de 3000 femmes et fillettes de la région Nord-Pas-de-Calais sont susceptibles d'être concernées par les MSF. Malgré ce chiffre éloquent, aucun centre pluridisciplinaire de prise en charge de ces mutilations n'existait dans la région.**

**Ouvert le 1<sup>er</sup> juillet 2009 sur le site de Saint-Philibert, le centre MSF assure l'accompagnement médico-psychosocial des femmes mutilées de la région. Constitué à ce jour du Docteur Richard Matis, gynécologue-obstétricien et de Julie Quiquempois, psychologue, le centre est rattaché à l'unité d'Urologie et de Périnéologie du Professeur Brigitte Mauroy.**

Au delà de la prise en charge des femmes victimes des mutilations sexuelles, le centre est chargé de coordonner l'ensemble de la campagne régionale d'information sur les MSF. Par ailleurs, l'équipe du centre s'intègre dans le réseau multidisciplinaire Périnice, en apportant leurs compétences en gynécologie et psychologie.

**Plus d'informations :**  
Poste : (03 20 22) 52 87  
Mail : crmsf@ghicl.net

## La Rue s'anime

### Voyage épistolaire

L'unité de santé de l'adolescent de l'hôpital Saint-Vincent de Paul et des élèves de l'EESCF « Le trèfle » (Le Vert Bocage de Tournai) ont proposé une exposition de mail art, guidée par Valentine Tonnel, illustratrice.

Du 4 Juin au 2 Juillet 2009, les passants ont pu découvrir, dans « La Rue » intérieure de l'hôpital, l'invitation au voyage des ces jeunes par le dessin, mais également par le biais des textes préparés en amont lors d'ateliers d'écriture.

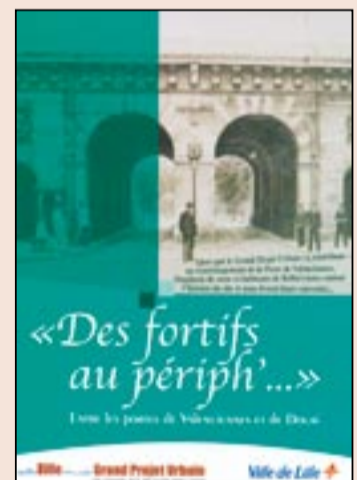


### Des fortifs au périph'...

Du 7 juillet au 7 septembre, nous avons la chance d'accueillir l'exposition « Des fortifs au périph'... » impulsée par la Médiathèque et le groupe Mémoire de Moulins.

« De la porte de Valenciennes à la Porte de Douai » et « Porte de Douai - Porte des Postes », par le Groupe Mémoire de la Médiathèque de Moulins qui retrace l'histoire de la zone de Moulins autrefois couverte par les fortifications du XIX<sup>ème</sup> siècle.

« Les habitants nous racontent... Belfort et Strasbourg » : interviews et photos d'habitants des boulevards de Belfort et de Strasbourg par François Fairon, historien public, et Samuel Coquelle, photographe.



**groupe Hospitalier**  
de l'Institut Catholique de Lille

**Directeur de publication :** François Grateau

**Rédacteur en chef :** Pascale Coevoet Breucq

**Comité de rédaction :**

Erick Mizzi, Isabelle Hervein, Isabelle Brassart, Catherine Ficquet, Pascale Cantarutti, Olivier Deloraine, Patrick Hautecœur, Carine Kot, Pascale Prouvost, Catherine Cochez et Justine Dewavrin.

**ISSN en cours - Tirage : 3000 ex.**

GHICL Hôpital Saint-Philibert - Service communication  
BP 249 - 59462 Lomme cedex

Réalisation : « Prête-moi ta plume » tél : 03 20 15 92 75

Votre journal interne Symbiose est distribué, tous les trois mois, nominativement, avec la fiche de paie. Si vous ne le recevez pas régulièrement, vous pouvez contacter le service communication, poste 5660.