

Plein feu sur...
Mieux vivre avec les pathologies chroniques
 P. 1 à 3

Perspectives
 Comptes 2008 :
des efforts récompensés
 P. 4

Qualité
Mieux gérer les risques
 P. 5

Découverte
Médecine polyvalente et SSR
 P. 7

Nous y étions
Congrès FEHAP
 P. 8

Symbiose

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

Plein feu sur...

Pathologies chroniques : Mieux vivre avec !

Le GHICL s'organise pour mieux prendre en charge les pathologies chroniques : hôpital de jour, consultations pluridisciplinaires, éducation thérapeutique, travail en réseau, accueil téléphonique...

15 millions de personnes sont atteintes de pathologies chroniques en France, soit près d'un quart de la population.

Un problème majeur de santé publique

L'OMS définit la pathologie chronique comme « un problème de santé nécessitant des soins à long terme ». En Europe, les pathologies chroniques non-transmissibles (L'OMS classe le cancer parmi les pathologies chroniques) sont responsables de 86 % des décès et 77% de la charge de morbidité.

Le nombre des personnes atteintes ne cesse d'augmenter en raison notamment du vieillissement de la population et des progrès

de la médecine qui traite sans pouvoir toujours guérir. La caractéristique essentielle de la pathologie chronique est qu'elle ne se guérit pas ; tout au plus peut-on la stabiliser : le patient doit donc apprendre à vivre avec. C'est tout le sens de l'éducation thérapeutique. Et comme la maladie chronique a des incidences sur d'autres fonctions, la prise en charge multidisciplinaire est essentielle.

Le cœur de notre métier !

« L'éducation thérapeutique et la prise en charge multidisciplinaire des pathologies chroniques sont les fondements de notre métier, fait remarquer Pascale Gronnier, pédiatre, spécialisée en médecine de l'adolescence. On en parle aujourd'hui car on formalise ...»



Rechercher des propositions innovantes

Comment le GHICL s'est-il organisé pour mieux prendre en charge les pathologies chroniques ?

Dans son projet médical 2004-2009, le GHICL a dédié l'hôpital de jour médical de Saint-Philibert à la prise en charge des pathologies chroniques. Progressivement, au-delà du diabète, qui y était déjà pris en charge, les autres spécialités médicales concernées ont progressivement « basculé » les prises en charge ambulatoires de leurs patients chroniques sur cette unité : rhumatologie, neurologie, pneumologie, dermatologie... Saint-Philibert dispose aujourd'hui d'un hôpital de jour regroupant, sur une seule structure, l'ensemble des pathologies chroniques.

Quels sont les financements de ces prises en charge ?

Chaque spécialité a également développé ses prises en charge en éducation thérapeutique, même si nous avons souffert d'un manque de financement fléché de ces activités pour s'inscrire dans des programmes d'éducation thérapeutique « dans les règles de l'art ». Avec la circulaire de mars 2008 et les crédits MIGAC* qui vont être dédiés à ces activités, nous allons pouvoir avancer dans ce domaine. Autre « fait marquant », début avril, un Centre d'Allergologie adultes/enfants a ouvert à Saint-Vincent de Paul.

Quelles sont les ambitions du GHICL pour demain ?

Au niveau national, le plan pour l'amélioration de la qualité de la vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011) incite les acteurs à prendre en compte les aspects sociétaux des maladies chroniques. Le Plan Régional de Santé Publique reprend cet objectif. Certes, le sanitaire ne peut pas répondre seul, mais il est nécessaire de trouver des solutions innovantes. Le GHICL s'engage dans une réflexion sur les moyens d'optimiser l'articulation entre les différents acteurs (médecins de ville, infirmières libérales, hôpital...) et permettant, avec l'implication du patient et de sa famille, d'apporter une forme de suivi-accompagnement santé et une coordination de la prise en charge.

* Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (Enveloppe de financements propres, en dehors de la T2A).

Isabelle Brassart,
chargée de mission.



Questions à

 **Plein feu sur...**
Pathologies chroniques : Mieux vivre avec !

●●● *d'avantage ces pratiques. L'objectif est d'apporter des informations au patient afin qu'il puisse se prendre en charge de façon autonome. Ces savoirs sont de trois ordres : informations sur la maladie (connaissances), savoir-faire (afin de les mettre en pratique) et savoir être (c'est-à-dire vivre avec sa maladie)... »*

Un travail long qui doit sans cesse être remis en chantier : à l'enthousiasme lors de la mise en route d'un nouveau traitement succède une période de lassitude, révolte, abandon, déni... Au médecin et aux soignants de comprendre et d'épauler : il n'y a pas une façon de faire. Il faut s'adapter à chaque patient, à chaque moment de sa vie...

Travailler en réseau

La prise en charge de l'obésité s'inscrit dans la durée et en cela elle se rattache aux pathologies chroniques. Un sujet sur lequel le GHICL s'est engagé depuis longtemps. « *Et pourtant, poursuit Pascale Gronnier, l'hôpital n'est qu'un maillon de la prise en charge de l'obésité qui doit se faire en cohérence avec la médecine de ville. En amont, nous devons savoir d'où viennent nos patients, si leur démarche est personnelle ou s'ils viennent suite à une prescription... En aval, nous développons les partenariats au sein du réseau OSEAN (Obésité Sévère Enfant et Adulte), avec l'association Rest'o collège que j'anime...* »

Le travail en réseau est également au cœur de la prise en charge de la sclérose en plaques (SEP). Le GHICL a mis en place une consultation pluridisciplinaire durant laquelle Patrick Hautecœur, neurologue et Cécile Donzé, médecin rééducateur reçoivent le patient en même temps. « *Le Réseau SEP du Nord (G SEP) dispose d'une infirmière coordinatrice qui se déplace chez les patients, repère les problèmes et nous envoie les patients pour une évaluation de l'ensemble des symptômes. Nous élaborons un plan de traitement que nous envoyons ensuite au médecin. Si un bilan plus complet est nécessaire, le patient est hospitalisé en hôpital de jour.* »

Consultation, HdJ, HPDD

Plusieurs modes de prise en charge sont en effet possibles. L'éducation



thérapeutique nécessite parfois une hospitalisation programmée à durée déterminée (HPDD). C'est le cas, par exemple, de l'éducation à l'auto sondage urinaire qui se fait sur trois jours...

Le diabète de type 2 (90% des diabètes) est lié à la surcharge pondérale (due à la nutrition et la sédentarité) et touche en particulier les plus de 50 ans. « *Une maladie insidieuse (pas de symptôme) et non douloureuse mais qui est à l'origine de complications (cardiovasculaires, rétine, reins, nerfs...) qui surviennent lorsque le diabète n'est pas bien équilibré,* » explique François Delecourt, diabétologue, responsable de l'hôpital de jour de Saint-Philibert. Le dépistage se fait chez le généraliste : une prise de sang suffit à déterminer si la glycémie est supérieure à 1,26 g/l. Équilibrer un diabète passe par l'hygiène de vie et l'observance d'un traitement médicamenteux, parfois l'insulinothérapie. Une fois son diabète équilibré, le patient n'est pas pour cela guéri : il doit poursuivre ses efforts...

Le patient au centre

Moment clé de l'éducation thérapeutique, le diagnostic éducatif lors de la découverte du diabète, il faut laisser au patient le temps d'accepter sa maladie : « *Le patient est au centre. S'il ne prend pas bien ses médicaments, il ne peut pas se soigner... Il faut savoir*

comment aborder le patient pour l'aider à prendre en charge sa maladie... » insiste François Delecourt.

Même attention au patient dans le cadre de la prise en charge du psoriasis : « *la peau se forme trop vite et mal. Elle fait des plaques rouges, des croûtes. Une maladie chronique qui évolue par poussée, difficile à supporter car elle est visible et atteint l'image de soi,* » constate Philippe Modiano, dermatologue.

Il existe des traitements de fond : crèmes à savoir appliquer, UV et biothérapies, très onéreuses et donc réservées aux psoriasis graves. « *Le patient doit bien connaître sa maladie, les effets indésirables des traitements, surveiller toute infection, apprendre à se faire des injections sous-cutanées...* »

Un SSR pneumologie à la Mitterrie

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie chronique qui dégrade lentement et sournoisement le patient qui se voit amputé jusqu'à 70 % de sa capacité respiratoire : manger devient difficile, marcher impossible. « *Hospitalisés lors de phases aiguës, ces patients nous posaient problème car nous n'arrivions pas à les rendre assez autonomes pour rentrer chez eux. Ils avaient besoin d'une rééducation adaptée afin de sortir de la spirale du handicap,* » se ●●



Philippe Modiano, dermatologue.



François Delecourt, diabétologue, responsable de l'hôpital de jour de Saint-Philibert.



Philippe Delecluse, pneumologue.

Le poids des maladies chroniques en France

Hypertension artérielle (7 millions)
Diabète (2,5 millions)
Maladies rares : drépanocytose, SLA (Sclérose Latérale Amyotrophique), mucoviscidose, myopathies, leucodystrophie (3 millions)
Bronchite chronique (3 millions)
Asthme (3,5 millions)
Psychose (890 000)
Épilepsie (500 000)
Parkinson (100 000)

Démences séniles (500 000)
Cancer : sein, colon rectum, prostate (700 000)
SEP (Sclérose En Plaques) (50 000)
Rhumatologie : polyarthrite rhumatoïde, ostéoporose
Insuffisances rénales chroniques (2,5 millions)
SIDA (30 000)
Maladie de Crohn et rectocolite (100 000)

Maladies chroniques prises en charge par le GHICL

Hypertension artérielle
Endocrinologie : diabète
Neurologie : SEP (Sclérose En Plaques), SLA (Sclérose Latérale Amyotrophique), épilepsie, Parkinson, démences vasculaires.
Rhumatologie : polyarthrite rhumatoïde, ostéoporose (filière)
Dermatologie : psoriasis
Maladies rares : drépanocytose
Asthme
Obésité
Pneumologie : BPCO (Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive).

●●● souvent Philippe Delecluse, pneumologue, détaché par le GHICL au SSR pneumologie de la Mitterrie.

L'hôpital de jour Soins de Suite et Réadaptation de la Mitterrie accueille les patients qui sortent de l'hôpital après une phase aiguë, des patients qui sont amputés de plus de 50 % de leur capacité respiratoire et des patients qui, avant de subir une intervention chirurgicale, doivent améliorer leur capacité respiratoire...

« Ils viennent 2 ou 3 fois par semaines, en stage, selon la gravité de leurs besoins et suivent un agenda d'activités très ciblées. S'il ne reste plus que 20 % de capacité respiratoire à un patient et qu'il en utilise 10 % au repos, nous allons lui apprendre à mieux utiliser les 10 % qui lui restent, en prenant mieux ses médicaments (aérosols...), par des exercices... L'objectif est bien de créer une filière qui permette d'accompagner les patients au domicile. »

TÉMOINS

L'éducation thérapeutique demande du temps

« Le diabète nécessite que le patient prenne lui-même en charge sa maladie : surveille sa nutrition, ses pieds, son taux de glycémie, son traitement (insulinothérapie...). Dans l'idéal, il faudrait passer une heure trente avec chaque patient afin d'analyser l'évolution de la maladie, les possibilités mais aussi les contraintes familiales ou financières qui s'opposent au traitement. Il faut également prendre en compte l'acceptation de la maladie, les réticences psychologiques... »



Il faut du temps pour comprendre parfois pourquoi un patient ne parvient pas à adhérer à son traitement. C'est frustrant car on fait ce que l'on peut, mais on sait que l'on pourrait faire beaucoup mieux si nous pouvions y consacrer plus de temps. La plupart des infirmières ont en effet suivi une formation à l'éducation thérapeutique à l'IPSEM à Paris. L'objectif est que toutes puissent la suivre. Le GHICL présente des dossiers pour financer l'éducation thérapeutique... »

Bénédicte Martin Infirmière chef à l'Hôpital de jour Pathologies chroniques.

Éducatrice thérapeutique

« Je suis infirmière et j'ai suivi un DU à l'éducation. Le poste a été créé il y a deux ans au GHICL. J'interviens en Rhumatologie auprès des patients atteints de polyarthrite chronique et de spondylarthrite ankylosante. Des maladies très douloureuses, invalidantes dans la vie quotidienne et qui nécessitent un traitement symptomatique associé à un traitement de fond pour bloquer leur évolution.

L'éducateur thérapeutique doit aider le patient à devenir acteur de sa maladie. Pour cela, il doit reconnaître le patient, lui donner une légitimité dans les stratégies thérapeutiques afin qu'il sache lui-même interpréter un résultat d'analyse de sang, réajuster ses antalgiques ou anti-inflammatoires en cas de crise, réagir face à un effet indésirable (notamment dans les biothérapies), s'adresser aux professionnels de santé pour pallier un problème lié à sa pathologie... L'éducateur thérapeutique aide le patient à acquérir un comportement « intelligent » pour améliorer son quotidien par la connaissance, la compréhension et la réalisation d'aides techniques ou d'amélioration de l'habitat, en fonction de son handicap.

Il s'agit de l'aider à vivre, tout simplement, le mieux possible sur un chemin jonché d'obstacles et de parvenir à une « certaine » acceptation de la maladie. »

Corinne Plaisant, éducatrice thérapeutique en Rhumatologie.



Anne-Marie Bailleul, cadre de santé en neurologie, Patrick Hautecoeur, neurologue, chef du service neurologie, Mélanie Dervaux, infirmière en Neurologie,

Le GHICL suit plus de 700 patients atteints de la SEP en file active.

Au 03 20 00 54 32, Mélanie Dervaux est à leur écoute: « Je peux recevoir 25 à 30 appels par jour. Les questions posées concernent les traitements, les symptômes, lorsqu'ils ont une poussée, une infection urinaire. Les médecins généralistes ne connaissent pas bien la sclérose en plaques. Les patients ont besoin d'être écoutés, conseillés. En liaison avec le Pr Hautecoeur, je peux leur dire de réaliser un bilan infectieux : nous travaillons par fax avec les laboratoires... Si c'est nécessaire, le patient peut être hospitalisé en 48 heures. »

TÉMOIGNAGES

L'obésité chez l'enfant

« Les enfants viennent avec leurs parents en hospitalisation de jour, le vendredi. Je coordonne les quatre consultations auxquelles ils doivent se rendre : physique, diététique, sociale et pédiatrique. Entre temps, je les reçois, engage le dialogue afin de recueillir un maximum de données sur leur façon de vivre : à quoi ils occupent leurs temps libres, comment vont-ils à l'école... Le moment du repas thérapeutique, pris avec les familles, en présence de la diététicienne et de l'infirmière, est essentiel. Les enfants choisissent ce qu'ils veulent. Nous leur donnons des conseils... Nous travaillons dans un esprit de soutien et d'aide aux familles face à ce problème.

Un petit jeu leur permet de faire les courses pour le repas afin de mettre en pratique ce qui a été dit en consultation diététique... »



Caroline Bouquet, infirmière référente de la prise en charge de l'obésité de l'enfant.

Maaiaa : Maison de l'asthme de l'atopie et de l'allergie alimentaire

« Le Centre d'Allergologie du GHICL est un des seuls en France à regrouper dans le même service la prise en charge des différentes allergies : alimentaires, médicamenteuses, respiratoires et cutanées... Il est également un des rares à mettre en place des protocoles de tolérance pour arachide, noisette... à partir « d'un seuil de réactivité »... »

L'école de l'asthme propose des sessions collectives d'une journée durant laquelle on explique aux enfants et à leur famille de façon simple et ludique la gestion des crises en urgence, le traitement de fond, la vie de tous les jours, les déplacements (classes vertes, vacances...). Nous leur apprenons également à gérer eux-mêmes leur traitement, grâce au « peak flow », un débitmètre de pointe qui permet de mesurer leur VEMS (Volume expiratoire maximum par seconde) : si les chiffres du « peak-flow » virent à l'orange, l'enfant sait qu'il doit augmenter son traitement ; au rouge, il y a urgence ; au vert, tout va bien !

Même chose à l'école de l'allergie alimentaire. Nous leur apprenons à identifier les signes de gravité d'une allergie, à réagir en urgence, à lire les étiquettes et faire les courses... Nous disposons d'outils que nous avons fabriqués nous-même : jeu de l'oie, bingo, dominos... »

Christine Castelain, allergologue, responsable du Centre d'Allergologie et d'Éducation Thérapeutique Adultes-Enfants.



Comptes 2008 : des efforts récompensés

Nous anticipons un déficit d'exploitation de 1,1 M€ en 2008. L'exercice se clôture par un excédent de 1,7 M€ grâce à une bonne maîtrise des charges, alors même que l'activité se montre soutenue depuis septembre 2008. L'implication du personnel a été un élément clef dans cette performance.

Dans le Symbiose de mars 2008, François Grateau évoquait le contexte économique tendu et fixait comme objectif 2008 le développement de l'activité, seule alternative à la contraction attendue de nos ressources.

Objectif respecté

Cet objectif a été respecté, tant en matière d'hospitalisation que de soins externes. Toutefois, malgré une augmentation des volumes d'hospitalisation de 3,7%, le chiffre d'affaires n'aura augmenté que de 1,4% en raison d'une baisse

moyenne des tarifs de 3,1% et de l'application d'un taux de transition défavorable (Cf. Symbiose n° 36 p 4). Enfin d'année, une aide exceptionnelle de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, relevant de crédits nationaux ayant vocation à compenser le différentiel de taux de charges patronales que les établissements privés supportent par rapport aux établissements publics de santé, a permis de compléter les ressources provenant de l'activité.

Le GHICL bénéficie d'une dynamique interne portée par un projet médical en adéquation avec les besoins de santé de son territoire. Ce qui lui a permis de se

développer à un rythme significatif et régulier depuis quelques années.

Améliorer la capacité d'autofinancement

Par ailleurs, nous portons une attention particulière à adapter notre organisation à l'évolution des besoins et de l'environnement. C'est ainsi que certains secteurs présentant une baisse durable d'activité sont restructurés pour garantir la bonne affectation des ressources, au bon endroit.

Si le résultat 2008 doit constituer pour tous une satisfaction, il demeure cependant insuffisant pour permettre une amélioration significative de notre capacité d'autofinancement au regard des besoins d'investissement du GHICL et notamment ceux liés à l'évolution du plateau technique et à la modernisation du site Saint-Philibert.

L'obtention d'excédents permettant de conforter notre autofinancement doit donc demeurer un objectif majeur.

Des perspectives 2009 encore incertaines

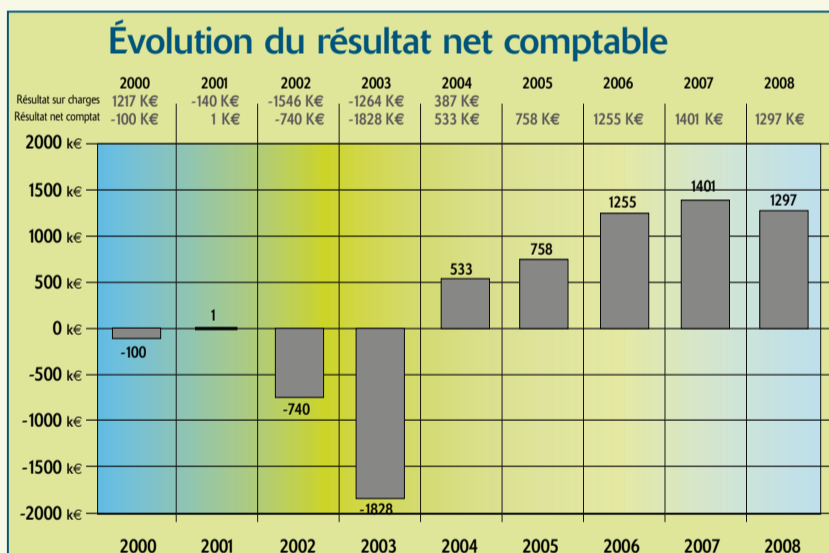
En 2009, l'activité devrait continuer à progresser sur un rythme satisfaisant avec une augmentation prévue de 4,7% se traduisant par une augmentation du chiffre d'affaires de 3,7%.

Pour autant, l'évolution des tarifs de +0,4% apparaît encore très faible au regard de l'évolution naturelle des charges, notamment de personnel. Le surcroît de chiffre d'affaires attendu de la croissance de l'activité et de l'augmentation du taux de transition vont être totalement absorbés par la couverture de l'évolution des charges.

Parvenir à l'équilibre

De profonds changements dans les modalités de calcul des tarifs accroissent par ailleurs l'incertitude de la prévision. En effet, la classification des Groupes Homogènes de Séjours, qui sert de base au calcul des produits de l'activité, a été complètement refondue (leur nombre est passé de 800 à 2350 !!!) et s'est accompagnée d'une actualisation des tarifs. Le financement de la permanence des soins et de la prise en charge de la précarité n'est plus assuré par le biais des tarifs mais par des financements MIGAC. Si des simulations intégrant ces éléments ont pu être réalisées à partir de l'activité des années antérieures, il existe une marge d'imprécision, relativement importante.

Au final, l'Etat prévisionnel des recettes et dépenses approuvé par le Conseil d'administration présente un déficit d'exploitation de 740 K€. Tout va être entrepris pour parvenir à l'équilibre.



Questions à

L'intéressement en question

Le conseil d'administration a décidé d'attribuer une prime exceptionnelle. Qu'est-ce qui a motivé cette décision ?

Une prime exceptionnelle a été décidée par la direction et le conseil d'administration pour féliciter et encourager l'ensemble du personnel du groupe hospitalier des résultats obtenus en 2008 dans une conjoncture difficile; il nous a paru normal de partager le fruit des efforts des équipes qui ont su se mobiliser et se souder pour que malgré un taux de transition défavorable en régression de 3,1 %, nous sortions un résultat positif grâce à une activité soutenue et une volonté partagée de contenir les frais.

Est-ce un premier pas vers un dispositif d'intéressement ?

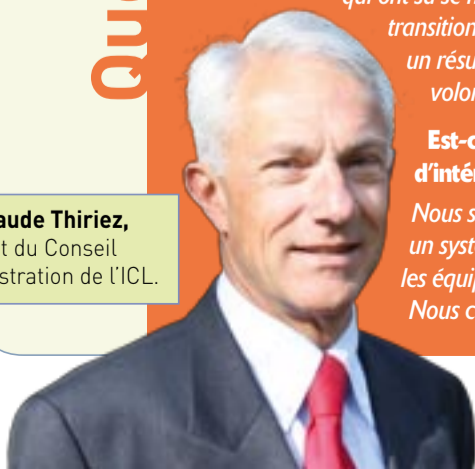
Nous souhaitons que cette prime soit un premier pas vers un système d'intéressement, véritable moyen de fédérer les équipes autour du projet qui nous anime. Nous considérons que notre mission de service

après des patients nous oblige à tendre chaque jour un peu plus vers l'excellence ; celle-ci ne peut s'obtenir que par une relecture de nos actions et par l'attention particulière à chaque patient qui doit se sentir écouté, respecté et apprécié... Les progrès doivent ensuite être programmés et analysés... Dans ce contexte de tension positive vers le succès, il nous paraît normal de construire un système permettant de mesurer nos améliorations et de distribuer le fruit de nos efforts. L'intéressement doit alors devenir une résultante... collective et durable.

Est-ce compatible avec le statut et les finalités de l'ICL ?

L'intéressement s'inscrit dans les formes modernes de management puisqu'il pousse l'ensemble des acteurs d'une organisation à se fédérer pour que la satisfaction totale soit un but final; cela est vrai pour les clients d'une entreprise, mais également pour nos malades au GHICL, mais aussi pour nos étudiants à l'ICL. Nos statuts nous permettent cette possibilité ; un accord devra être signé avec les partenaires sociaux pour l'ensemble qui sera décliné et adapté par activité .

Jean-Claude Thiriez,
Président du Conseil
d'Administration de l'ICL.



Mieux gérer les risques

Le signalement des événements indésirables est un élément important de la gestion des risques. 643 fiches de signalement d'événements indésirables ont été émises par les salariés du GHICL en 2008.

Agenda

Du 4 juin au 2 juillet 2009

« Voyage épistolaire »
Exposition de mail art dans la « Rue » de Saint-Vincent de Paul, d'après un travail réalisé par les jeunes de l'EESCF (Le trèfle – Vert Bocage à Tournai) et de l'unité de santé de l'adolescent du GHICL guidés par Valentine Tonnel, étudiante aux Beaux-Arts de Tournai.

Rens. : C. Ficquet, 03.20.87.45.61
ficquet.catherine@ghicl.net

Jeudi 18 Juin de 11h à 15h

« Hôpital Sans Tabac » à Saint-Vincent de Paul. Animations et stands d'information.

Rens. : C. Ficquet.

Jeudi 25 juin de 11h à 15h

« Hôpital Sans Tabac » à Saint-Philibert. Animations et stands d'information.

Rens. : C. Ficquet.

Du 7 juillet au 8 septembre 2009

« Des fortifs au périf »
Cette exposition retrace l'histoire de la partie de Moulins autrefois couverte par les fortifications du XIX^{ème} siècle puis propose des interviews et photos d'habitants du quartier au sujet des nombreuses transformations urbaines de ces dernières décennies.

Rens. : C. Ficquet.

Toutes ont été examinées par la cellule gestion des risques. Certaines ont conduit à revoir des organisations ou engager des actions de sensibilisation ou de formation du personnel.

D'où viennent ces fiches ?

En 2008, 40,6% d'entre elles provenaient des laboratoires et 12% des Urgences. Les autres se répartissent entre les services des deux sites. Elles sont rédigées par le personnel médical et soignant pour 89% d'entre-elles.

24,3% concernent l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des salariés dont un grand nombre est lié à des situations de violence ou d'agressivité verbale et physique ou à la charge de travail.

Que deviennent-elles ?

De nombreuses fiches sont mises à l'ordre du jour de différentes instances : CHSCT (Comité Hygiène Sécurité et Conditions de Travail), commission repas, CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur), conseil de bloc... pour analyser les dysfonctionnements et mettre en place des actions correctives : rédactions de procédures, achats de matériels, modifications d'organisation, formations du personnel...

Les fiches concernant des problèmes d'hygiène sont analysées sur le terrain par les cadres hygiénistes. Cela s'accompagne bien souvent de rédaction de procédures avec sensibilisation, voire formation du personnel concerné. Par exemple, la préparation cutanée du patient relevée à de nombreuses reprises par le bloc opératoire est un objectif de travail de l'EOH (Équipe Opérationnelle d'Hygiène) en 2009. ...

Le comité de direction a connaissance des synthèses hebdomadaires et des suites données.

Pas assez satisfaisant

Le signalement des événements indésirables fonctionne en routine depuis fin 2000. Il n'est toutefois plus entièrement satisfaisant.

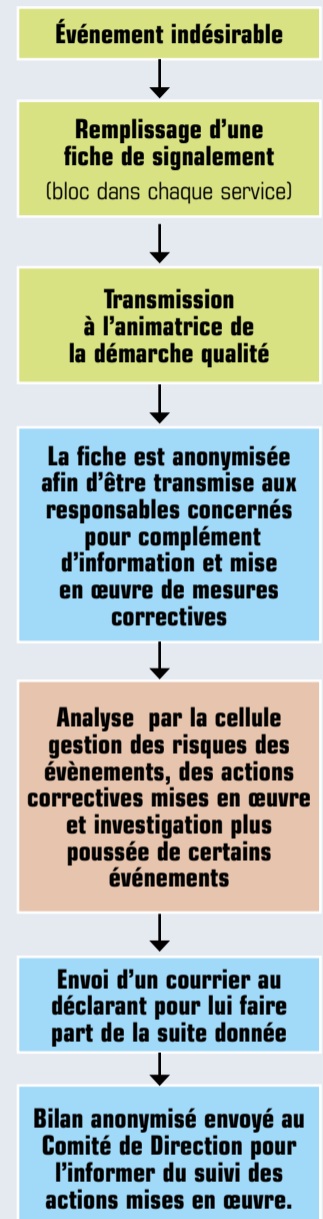
D'une part, tous les événements signalés ne peuvent être qualifiés d'indésirables au sens ou l'entend la HAS (Haute Autorité de Santé), à savoir « toute situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui serait potentiellement source de dommages ». Le signalement de dysfonctionnements mineurs encombre inutilement la démarche.

D'autre part, des événements indésirables avérés, notamment liés aux soins, ne sont pas déclarés.

Enfin, les motivations de la démarche qui sont, avant tout, d'éviter la survenue de nouveaux événements du même type semblent avoir été perdues de vue.

Réorienter le dispositif

La gestion des événements indésirables est une pratique exigible prioritaire de la prochaine certification pour laquelle des attentes particulièrement signalées sont exprimées par la Haute Autorité de Santé. Il nous faut donc réorienter le dispositif et mieux traiter le signalement des événements indésirables graves pour lequel une réflexion a démarré récemment avec des médecins mandatés par la CME. La composition de la Cellule gestion des risques dont les missions et la composition sont mal connues devra également être revue.



 Tout salarié

 Animatrice démarche qualité

 Cellule Gestion des Risques (5 à 7 réunions par an)

Info 90 min spécial étudiant

En février dernier, 71 étudiants ont participé à un Info 90 spécial étudiants sur l'Accident d'Exposition au Sang. En effet, 33 % des cas d'Accidents d'Exposition au Sang (AES) ont pour victimes des stagiaires ou des internes et externes.



Il était donc indispensable de cibler les étudiants en stage dans nos deux établissements sur ce risque professionnel d'Accidents d'Exposition au Sang et aux liquides biologiques.

Éviter le risque d'AES

Pour éviter les AES, il est important de se poser les bonnes questions, avant le geste : existe-t-il un risque ? Quel matériel dois-je utiliser pour l'éviter ? Est-ce que j'ai les moyens de protection adaptés (gants, plateau...) ?

Dans plus de 50 % des cas, l'AES se fait après le geste, il est donc primordial de ne pas se capuchonner l'aiguille

et d'éliminer les objets utilisés dans le container jaune piquants, coupants, tranchants dès la fin du geste.

Que faire face à un AES ?

Une personne, qu'elle soit étudiant ou salarié de l'établissement, confrontée à un AES doit recevoir des soins immédiats, être prise en consultation aux Urgences, suivre la procédure d'un accident du travail et le déclarer auprès du service du personnel. Après un AES, un suivi biologique est systématique.

Un AES n'arrive pas qu'aux autres, il touche toutes les fonctions, tous les services, quelque soit l'expérience... Alors soyez attentifs, protégez-vous !

Qualité

L'hôpital s'adapte

Suite au transfert partiel des activités de Dermatologie à Saint-Vincent de Paul, plusieurs adaptations des structures d'hospitalisation vont être mises en œuvre sur Saint-Philibert.

Ces adaptations permettront de mieux utiliser le site pour donner aux services concernés la possibilité d'organiser leurs activités et de poursuivre l'augmentation de leur recrutement sur des projets d'activités définis.

La Pneumologie

Elle passe d'un service de 22 lits d'hospitalisation conventionnelle (HC) à :

- 15 lits d'HC dans la même unité, désormais mutualisée avec la Neurologie (5^{ème}) ;
- 8 lits d'hospitalisation programmée à durée déterminée (HPDD) dans une structure commune avec la cardiologie (1^{er}) : notamment pour l'exploration du sommeil.

La Neurologie

Elle passe d'un service composé de 7 lits d'HC, de l'UNV (Unité Neuro-Vasculaire) (4 lits de soins intensifs et 8 lits dédiés aux AVC) et de 2 lits d'HPDD SEP (Sclérose en Plaques) à :

- 10 lits d'HC dans l'unité mutualisée avec la Neurologie (5^{ème}) ;
- L'UNV : 6 lits de soins intensifs et 12 lits dédiés aux AVC (Accident Vasculaire Cérébral) (5^{ème}) ;
- 4 lits d'HPDD SEP (au 5^{ème}) ;

Accès à 2 des 4 lits d'HPDD dans l'unité de Gériatrie du 4^{ème} (4 lits d'HPDD sur 10 lits installés).

La Cardiologie

En recherche constante de places pour répondre au besoin d'hospitalisation, la Cardiologie avait

déjà pu bénéficier, depuis mars 2008, d'une « extension » en lits d'HPDD, au 4^{ème} étage, dans l'unité de 10 lits mutualisée Médecine Interne – Cardiologie. Il s'agit de poursuivre sur cette voie de l'évolution des prises en charge vers des hospitalisations programmées.

- Maintien : unité d'HC à 23 lits, USIC à 8 lits.
- Ouverture d'une HPDD commune avec la Pneumologie au 1^{er}, avec 12 lits de Cardiologie dont 4 monitorisés.

La Médecine Interne et Gériatrie

L'unité du 4^{ème} d'HPDD Cardiologie – Médecine interne a toujours eu vocation à « retourner » à la Médecine interne. C'est ce que propose le projet en identifiant néanmoins un capacitaire de faible volume qui permettra les prises en charge programmées conjointes entre Médecine interne et Neurologie pour des problèmes de « Neuro-Gériatrie ». Cette unité comprendra 6 lits HC de Médecine interne et 4 lits d'HPDD.



Rencontre avec...

Vivre au mieux son allergie alimentaire

Ingénieur-maître en nutrition, Anne-Christine Vilain travaille dans le service d'Allergologie en qualité de consultante en allergologie alimentaire. Cette fonction, peu présente dans les services des autres hôpitaux, est possible au GHICL grâce à une activité allergologique de pointe.

Anne-Christine Vilain assure, avec les allergologues, le suivi du patient par la consultation en binôme qui permet d'apporter une écoute et une vision différente de l'allergie (aspect agroalimentaire, quantité absorbée...)

Protocole de tolérance

En hôpital de jour, elle participe aux tests de provocation ou de réintroduction. Le test de provocation permet de confirmer le diagnostic en prouvant l'allergie alimentaire. Le test de réintroduction détermine le seuil de réactivité du patient vis-à-vis d'un allergène alimentaire et permet ainsi de mettre en place des protocoles qui améliorent le seuil de tolérance du patient.

Ces protocoles de tolérance sont spécifiques à cette équipe et encore peu développés en France. « Par exemple, certains patients réagissent à 116 milligrammes de noisette. Le service proposera à ce patient un protocole de tolérance qui lui fera consommer régulièrement 10 milligrammes. Le patient sera donc moins réactif à l'allergène et verra son seuil de tolérance s'améliorer d'année en année, ce qui lui permettra, en cas d'ingestion accidentelle, d'être en sécurité ».

Une vision plus ouverte de l'allergie

Anne-Christine Vilain démontre « qu'il existe encore des préjugés et stéréotypes sur l'allergie alimentaire alors que chaque patient a un seuil de tolérance différent. De même, l'allergénicité est, dans certains cas, modifiée : on ne trouve pas les mêmes allergènes dans une noisette fraîche que dans une noisette grillée. Une personne peut être allergique à l'arachide sans l'être à l'huile d'arachide qui ne contient pas d'allergène. Un patient tolère le lait et le fromage, mais peut réagir aux allergènes qui se forment sur la croûte du fromage lors de l'affinage. Mon rôle est de faire comprendre aux personnes qu'elles peuvent avoir une vie classique malgré leur allergie ».

De l'éducation en allergologie alimentaire est réalisée sous forme de moments d'échange en groupe, entre parents et enfants. Des thèmes différents sont abordés : apprendre aux parents quand et comment utiliser les médicaments, reconnaître les symptômes pour savoir quand réagir, mettre en place un régime d'éviction de l'aliment allergène sans être excessif, apprendre à lire les étiquettes des produits, comprendre l'allergie grâce à des jeux pour les enfants...

L'objectif : offrir une vision plus concrète de l'allergie alimentaire au patient.



Anne-Christine Vilain,
consultante en allergologie
alimentaire.

Projet de redéploiement

5^{ème} étage

Actuelle Neurologie : 22 lits

Actuelle Pneumologie : 20 Chambres

• Neuro-vasculaire et HPDD SEP

- USINV : 6 lits ;
- Lits dédiés AVC : 12 lits ;
- HPDD SEP : 4 lits.

• Unité d'Hospitalisation

Conventionnelle mutualisée de

Pneumologie et Neurologie générale

- Pneumologie : 15 lits (soit 7 lits HC de moins par rapport au capacitaire actuel, mais accès HPDD 1^{er}) ;
- Neurologie : 10 lits (soit 2 lits HC supplémentaires par rapport au capacitaire actuel).

4^{ème} étage

Actuelle Unité 10 lits : HPDD Gériatrie et Cardiologie (5 ch. doubles)

• HPDD de 4 lits (séjours programmés)

Médecine interne-Gériatrie et Neurologie ;

- HC de 6 lits de médecine interne (dont « 1 lit filière AVC »).

1^{er} étage

• Il accueille l'UMCA, suite au déménagement de la Dermatologie sur Saint-Vincent de Paul :

- Lien au plateau interventionnel facilité (patients d'Urologie, de Vasculaire) ;
- Proximité avec HPDD Vasculaire (au dessus pour faciliter le suivi médical des activités programmées, favoriser les conditions de leur développement) ;
- Dermatologie : soins en pulvérisation.

Rez-de-Chaussée

• L'UMCA devient une HPDD de 20 lits pour la pneumologie et la cardiologie :

- Pneumologie : 8 lits,
- Cardiologie : 8 lits non-monitorisés + 4 lits monitorisés.

Lien cardiologie et proximité avec l'USIC ; Service câblé facilitant le monitoring de certains lits.

Médecine polyvalente et SSR

Décloisonner pour une meilleure prise en charge

Au 3^{ème} étage de Saint-Vincent de Paul, les unités de Médecine polyvalente et de Soins de Suite et Réadaptation travaillent en étroite collaboration pour accueillir les patients de plus de 15 ans qui ne relèvent pas de la Chirurgie, ni de la Réanimation, ni des Soins intensifs.



Les réunions du mardi réunissent les équipes médicales et soignantes des trois unités.

Le projet médical du GHICL prévoyait l'organisation d'une filière Urgences, Médecine polyvalente et Soins de Suite et Réadaptation. C'est ainsi que la clinique de Médecine a été créée, regroupant les trois unités. « Cette nouvelle organisation nous a permis d'augmenter le flux des patients et de développer l'activité de la Médecine polyvalente depuis 2005 », explique Jean-Jacques Leduc, coordonnateur de la clinique de Médecine.

Décloisonnement

Auparavant, la Médecine polyvalente était divisée en sous-unités spécialisées. Aujourd'hui, elle accueille toutes les pathologies, ce sont les spécialistes des services qui se déplacent au chevet du patient, à la demande des médecins du service. Ce décloisonnement permet une meilleure prise en charge, sur un seul site, des polyopathologies des patients par une équipe polyvalente. La plupart viennent des Urgences. En majorité habitant la métropole lilloise, la moitié d'entre eux a plus de 65 ans. La durée moyenne de séjour est de 6,2 jours.

Réunions du mardi

Cadres de santé des deux unités de Médecine polyvalente, Pascale Prouvost (unité de droite) et Catherine Cochez (unité de gauche) se partagent la responsabilité des Soins de Suite et Réadaptation : « Les trois unités sont sur le même étage. Nous travaillons de la même façon, nous partageons les projets de soins et les équipes participent à cet esprit-là. »

En témoignent les réunions du mardi : infirmières, aides-soignantes, agents de service logistique, médecins et cadres des trois unités se réunissent autour d'un thème donné : démences, escarres, plan de formation, organisation du service, hygiène, transmissions ciblées... L'intervenant peut être extérieur ou interne aux unités suite à une formation ou à un travail sur un protocole. « Ces réunions participent au décloisonnement des unités, favorisent les échanges d'expériences entre les équipes et témoignent de la dynamique de formation qui règne ici... » remarque Catherine Cochez.

Des équipes motivées

Jeunes et dynamiques, les équipes médicales et soignantes reconnaissent que le rythme de travail est très soutenu, mais qu'il est aussi passionnant. « La diversité des patients que nous accueillons, explique Virginie Béra, médecin en Médecine Polyvalente, nous oblige à un investissement professionnel et personnel très important. Nous traitons de multiples pathologies, travaillons en lien avec les services de toutes les spécialités en leur demandant de passer au chevet du patient, si besoin est... Nous sommes également en relation avec les médecins de ville... Tout nous pousse à nous former continuellement... »

Même sentiment du côté des soignants : « Chaque matin, nous participons aux transmissions. C'est un moment privilégié durant lequel les médecins nous informent de l'évolution des patients, nous expliquent les résul-

tats d'examsens... Nous travaillons en étroite collaboration avec l'équipe médicale. » souligne Valentine Richard, infirmière.

À l'écoute des patients

Dorothee Brzyski, infirmière elle aussi, insiste sur la diversité des patients. « Leurs pathologies, leurs situations sociales sont différentes. Il nous faut trouver du temps à consacrer aux patients qui ont besoin de parler, en particulier ceux qui sont isolés... Ces échanges nous permettent d'être mieux informés de sa situation réelle... C'est un service où il faut savoir gérer son temps, son stress... » « De nombreux patients exigent des soins de nursing importants : toilettes, installation, aide aux repas... Nous devons les inciter à manger afin de pallier la dénutrition... » explique Claudine Chatelain, aide-soignante.

Autonomiser les patients

Au service de Soins de suite et Réadaptation, Jeannine Glorian est infirmière coordinatrice. Huit patients sur dix viennent de médecine Polyvalente, la durée moyenne de séjour est de 17 jours, la moyenne d'âge de plus de 85 ans. Le SSR est un service un peu à part de l'hôpital, qui prépare le retour à la maison en les réautonomisant.

« Quand ils arrivent ici, ils ont passé la phase aiguë. À nous de poursuivre la renutrition et la ré-autonomisation. Pour cela, les patients sont invités à s'habiller et à partager les repas ensemble dans la salle à manger avec les équipes soignantes qui mettent tout en œuvre, avec une infinie patience, pour les aider à retrouver un maximum d'autonomie. »

C'est un moment important durant lequel certaines personnes âgées apprivoisent l'idée que le retour au domicile ne peut se faire qu'avec des aides ou au contraire que, pour leur sécurité, mieux vaut aller en maison de retraite...

Un staff social fait le point tous les lundis sur la situation de chaque patient avec l'assistante sociale et en relation avec les familles...



Jean-Jacques Leduc, coordonnateur de la clinique de Médecine.



Dorothee Brzyski, infirmière.



Virginie Béra, gériatre.



Valentine Richard, infirmière.



Claudine Chatelain, aide-soignante.

La Clinique de Médecine regroupe :

- les Urgences adultes
- l'unité de Médecine polyvalente (droite : 25 lits)
- l'unité de Médecine polyvalente (gauche : 25 lits)
- la Gériatrie
- les soins de Suite et Réadaptation (16 lits).


Nous y étions

Journée mondiale de la Santé La santé dans l'assiette

Dans le cadre de la Journée Mondiale de la Santé et de la Semaine du Développement Durable de la Ville de Lille, l'AIRE cancer et l'équipe diététique du GHICL ont proposé une conférence sur le thème « alimentation et cancer ».

Une intervention en deux temps.

La première partie traitait des recommandations pour la prévention primaire des cancers établies par le PNNS (Programme National Nutrition Santé), et les différents facteurs augmentant ou réduisant le risque de cancers. Ces conseils sont autant de repères qu'il serait souhaitable de suivre tout en conciliant plaisir et santé. S'il est



Animée par Céline Miechels, Carine Kot et Lénéaïc Cahour-Becquart, cette intervention mettait en évidence le rôle de l'alimentation, ainsi que l'importance de l'équilibre alimentaire face aux maladies actuelles et particulièrement le cancer.

conseillé de limiter la prise de certains aliments, il n'est pas question d'en interdire la consommation.

La deuxième partie apportait des précisions plus pratiques quant à notre alimentation quotidienne, avec le petit livret « *Je me sens bien dans mon assiette* » (de la fondation PiLeJe). Il permet d'apprendre à manger avec des solutions simples, pratiques, économiques et applicables au quotidien. Prendre la main sur ses choix alimentaires est une façon d'être acteur de sa santé.

AIRECancer (espace d'Accueil, d'Information, de Rencontres et d'Ecoute sur le cancer) a ouvert une antenne à l'hôpital Saint-Philibert début mars. Ce dispositif existe déjà depuis deux ans sur l'hôpital Saint-Vincent de Paul (anciennement ERI).

Pour un complément d'information ou si vous souhaitez avoir accès à la présentation du 7 avril, vous pouvez joindre Lénéaïc Cahour-Becquart au 03.20.87.75.64.

Le Congrès FEHAP à l'heure ch'ti

Les 8, 9 et 10 avril, Lille a accueilli plus de 700 congressistes au Grand Palais pour la 34^{ème} édition du congrès FEHAP (Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne). Ce dernier n'avait pas eu lieu à Lille depuis 1983.

Une fédération attentive

Ce congrès, qui réunissait des établissements sanitaires et médicaux sociaux, avait pour objectif d'étudier la place des établissements FEHAP dans la réforme des hôpitaux en cours, notamment la loi HPST (hôpital, patients, santé et territoires). De nombreux thèmes adaptés aux problématiques du moment ont été abordés et ont fait de ce congrès, un des « *grands millésimes* » selon la FEHAP.

Des interventions appréciées

Ce congrès s'est clôturé avec les interventions de Roselyne Bachelot, ministre de la Santé et des Sports, et de Valérie Létard, secrétaire d'Etat à la Solidarité. Ces dernières ont apporté des réponses concrètes aux propositions faites par la FEHAP pour améliorer ce projet de loi.

Seul regret à cette étape, la FEHAP est toujours en attente d'un message ministériel sur le différentiel de charges sociales

et fiscales que subissent ses adhérents sanitaires et médico-sociaux par rapport aux établissements publics.



© Charles DELCOURT

Faites de l'hygiène des mains une habitude

Le mardi 5 mai, le GHICL a participé à la première journée mondiale de l'hygiène des mains en exposant, dans les selfs de Saint-Philibert et de Saint-Vincent de Paul, les campagnes d'information sur l'hygiène des mains de différents pays : Belgique, Canada, Ecosse...

Cette journée, initiée par l'Organisation Mondiale de la Santé, permet d'informer et de sensibiliser les établissements de santé notamment, aux problèmes de l'hygiène des mains.

Des messages forts y étaient proposés : une bonne hygiène des mains ne prend que 15 secondes, du temps bien employé.

- *Que ramenez-vous d'autre à la maison ?*
- *Attention à ce que vous partagez à la pause !*
- *Certains cadeaux sont plus appréciés que d'autres !*
- *Vos patients sont-ils en bonnes mains ?*



La Rue s'anime

De la Pennsylvanie au Nord-Pas de Calais

En mars, la chorale américaine de l'université Juniata College a offert aux patients de l'hôpital Saint-Vincent de Paul un concert rythmé dans des genres variés, du lyrique au jazz. Le jeu de scène de ces 48 choristes âgés de 18 à 22 ans (claquement de doigts, tapement de pieds, ronde...) n'a pas laissé indifférentes les personnes venues les écouter.

La rencontre fut riche pour les choristes, qui ont découvert le système de soins français, et pour les patients qui ont pu se détendre et, même pour certains, mettre leur anglais à l'épreuve avec le chef de chœur.



Nouvelle Vision

L'association Nouvelle Vision a organisé du 20 mars au 8 avril une exposition rassemblant une quinzaine de jeunes artistes peintres, photographes, sculpteurs et dessinateurs dans « La Rue » de l'hôpital Saint-Vincent de Paul.

Gérée par cinq étudiantes de l'école de communication ISTC (Institut des Stratégies et des Techniques de Communication) de Lille, l'association avait pour but de rendre accessible et de promouvoir l'art de jeunes artistes auprès du grand public. Environ 200 personnes sont venues au vernissage animé par un guitariste et un saxophoniste.

Paysages dessinés

Du 22 avril au 14 mai, Madame Laëtitia Carré-Cossart a proposé une exposition dans « La Rue » sur la thématique du paysage. De l'aquarelle au fusain, cette architecte de formation a souhaité partager en toute simplicité ses moments de vie à travers ses tableaux avec les patients, salariés et habitants du quartier moulins.

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 Hauteœur, Carine Kot, Pascale Prouvost, Catherine Cochez et Aurore Bacquenois.

ISSN en cours - Tirage : 2800 ex.

GHICL Hôpital Saint-Philibert - Service communication
BP 249 - 59462 Homme 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.