

**Plein feu sur...**  
**Secret médical**  
 Un espace de confiance  
 P. 1 à 3

**Perspectives**  
 Passage de relais  
 P. 4

**Actualités**  
 Humanité  
 P. 5

**Qualité**  
 Identitovigilance  
 P. 6

**Découverte**  
 Soins palliatifs  
 P. 7

# Symbiose

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

## Plein feu sur...

### Secret médical Un espace de confiance

**L'évolution scientifique, technologique, économique et les impératifs sanitaires et épidémiologiques ont fait bouger la notion de secret médical partagé. Et de nouvelles questions se posent autour du secret médical.**

Aujourd'hui, le développement d'une médecine à caractère pluridisciplinaire, d'une part, aussi bien en milieu hospitalier qu'en ville avec la création des réseaux et des parcours coordonnés de soins (filiales) et d'autre part, l'apparition de la télé-médecine (télédiagnostic, téléassistance) avec de nouveaux modes de communication (informatique) multiplient les occasions de partager le secret médical. Ce partage est à la fois un instrument du progrès médical et de régulation économique.

#### La prescription informatisée

Ainsi avance-t-on progressivement dans l'informatisation du dossier patient. Le GHICL débute la mise en œuvre de la prescription informatisée. « Une obligation de l'Agence Régionale de Santé, souligne Anne Decoster,

présidente de la CME (Commission Médicale d'Etablissement). *L'informatisation du circuit du médicament doit permettre d'éviter les erreurs médicamenteuses.* » Dès juin, les services de Pneumologie, puis les Soins palliatifs sont passés à la prescription informatisée.

Grâce au logiciel Clinicom, la Pharmacie reçoit en temps réel toutes les prescriptions des services.

« Désormais, nous avons une visibilité sur l'ensemble du traitement du patient, explique Cécilia Decourcelle, pharmacien des hôpitaux, chargée de la mission informatisation du circuit du médicament. *Cela nous permet de faire des analyses complètes : interactions médicamenteuses, contre-indications cliniques (allergies...), incompatibilités. Des alertes automatiques nous signalent des problèmes possibles. Nous vérifions les posologies (surdosages), intervenons* ...



## Qui fait quoi, quand et pourquoi ?

**Comment peut-on respecter le secret médical dans le cadre du dossier patient informatisé (DPI) ?**

*Il faut réussir à créer un espace de confiance numérique. L'utilisateur d'une base de données numériques n'aura confiance dans cette base que s'il ne détecte pas trop de manques ou d'erreurs et s'il connaît et estime ceux qui l'enrichissent. Quelques erreurs de trop, et l'utilisateur perd confiance dans tout le système.*

*Il a confiance dans les dispositifs mis en place pour assurer le secret médical car il sait que les différents utilisateurs n'échangent pas leurs mots de passe.*

*Dans un espace de confiance numérique, j'ai confiance dans ce que je lis parce que j'ai confiance dans celui qui l'a écrit ou qui l'a validé, sans pour autant l'avoir vu faire. J'ai confiance car je le reconnais compétent et car je sais qu'il applique les procédures l'aidant à ne pas écrire n'importe quoi ou à divulguer ce qui ne doit pas l'être.*

*Si je n'ai pas confiance, je ne serai pas enclin à utiliser le système et encore moins à y déposer de l'information sensible ou secrète.*

**Quelles sont les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de ce chantier ?**

*Le secret médical renvoie aux organisations : Qui fait quoi ? Quand ? Pourquoi ? Pour cela, on va crypter, mettre des mots de passe, verrouiller pour camoufler le réel aux yeux de ceux qui n'ont pas à le voir... Les rôles de chacun sont définis une fois pour toutes. Le médecin, par exemple, est obligé de valider ses dossiers... Au risque de rigidifier le système...*

**Justement, cette rigidité de l'informatique fait peur ?**

*À côté de cette vision statique du système d'informations, on peut également voir une organisation plus dynamique, en organisant les responsabilités, mais aussi en mettant des guetteurs, des supervisions, alertes, analyses de traces...*

*Il n'y a pas de secret médical correctement gardé sans implication active et volontaire des utilisateurs et sans acceptation par eux du fait que la sécurité de l'information, dont l'un des aspects est la protection du secret, est un concept total et réclame des approches statiques et dynamiques simultanées.*

## Questions à

**Philippe Wlodyka,**  
directeur des Systèmes d'Information et d'Organisation (DSIO)





## Plein feu sur...

## Secret médical. Un espace de confiance

♦♦♦ dans les substitutions de médicaments (quand un médicament manque), nous pouvons faire des commentaires... »

### Ne jamais donner son code

Les pharmaciens ont ainsi accès au dossier médical du patient et à des informations qui leur sont utiles pour donner un avis pharmaceutique pertinent. La rédaction d'une charte informatique signée par tous est en cours. Elle définit les droits de chacun : qui a droit de prescrire, de transcrire, d'utiliser, de visualiser le dossier...

« En aucun cas, les personnes ne doivent donner leur code. Il y va de leur responsabilité, rappelle Christelle Ngononti, surveillante chef à Saint-Philibert. Il faut aussi rappeler qu'il est essentiel de fermer la session et le couvercle de l'ordinateur quand on a fini la saisie... ».

### Tracabilité

Thomas Develter, urgentiste, fait remarquer que « la culture du secret médical doit être transposée dans l'informatisation. La confidentialité est garantie par les codes d'accès. En plus, l'informatisation permet de « tracer » tous les événements... » On sait en effet qui a prescrit, modifié la prescription, administré, ouvert tel ou tel dossier, tel jour, à telle heure ! Chacun est responsable de ce qu'il fait.

Philippe Delecluse, pneumologue, souligne la nécessité de mettre des barrières : « Les médecins par exemple pourraient n'avoir accès qu'aux dossiers des patients « en épisodes actifs » : si j'ai besoin d'étudier un dossier pour préparer un staff, je demande l'autorisation au collègue. C'est de la concertation pluridisciplinaire... » Des barrières qu'il faut pouvoir dépasser (briser la glace !) dans certaines circonstances : aux Urgences par exemple.

### Vigilance

Pour Jean-Philippe Cobbaut, directeur du Centre d'Éthique Médicale la technique n'est ni bonne ni mauvaise, « c'est l'utilisation qu'on en fait qui peut l'être. D'où l'importance de mettre des bar-

rières. Sauf que la multiplication des barrières risque de rendre l'outil inutilisable. Il ne s'agit pas de faire de la prévention des risques (comme si on pouvait tous les éviter), mais d'agir selon le principe de précaution : nous sommes aujourd'hui face à des technologies dont on soupçonne qu'elles peuvent être dangereuses (divulgaration du secret médical) et nous mettons en œuvre un dispositif de vigilance pour identifier les problèmes au fur et à mesure qu'ils surgissent. »

### Les réseaux

Le travail en réseau multiplie, lui aussi, les échanges d'informations. Ici, soignants, travailleurs sociaux et médico-sociaux prennent en charge un patient ensemble. Pour Anne Decoster, l'échange d'informations entre personnels de santé ne pose pas de problème. « Mais pas si des données médicales transitent par des personnels administratifs. De même, les travailleurs sociaux sont amenés à avoir accès au dossier du patient. Il faut absolument qu'une charte de confidentialité soit rédigée au sein du réseau et signée par l'ensemble des intervenants. Les informations médicales ne peuvent être transmises qu'après accord du patient. »

### Au domicile

L'intervention au domicile donne une dimension particulière au secret médical. « Nous avons besoin d'outils partagés : un cahier, un classeur, une fiche où les différents intervenants écrivent leurs remarques. Où déposer cet outil et qui peut y accéder ? interroge Agnès Durande, cadre du réseau de soins gériatologiques. Nous travaillons actuellement à l'élaboration d'un outil commun CLIC/réseau à déposer dans les maisons où il n'y en a pas encore. » L'Hospitalisation à Domicile (HAD Synergie) se pose les mêmes questions. Ici, le dossier patient est déjà informatisé. Il propose différents volets : administratif, médical, soins infirmiers et rééducation, social et psychologique. « Tous les soignants acteurs de la prise en charge peuvent le consulter. Des accès sont possibles à l'ensemble des soignants, et des réseaux avec lesquels nous travaillons (Gérontologie, Soins Palliatifs) en fonction de leurs responsabilités, » explique Philippe Houzet, responsable de l'HAD.

### Être toujours en réflexion

Le problème se situe davantage dans le dossier de transmission entre ♦♦♦



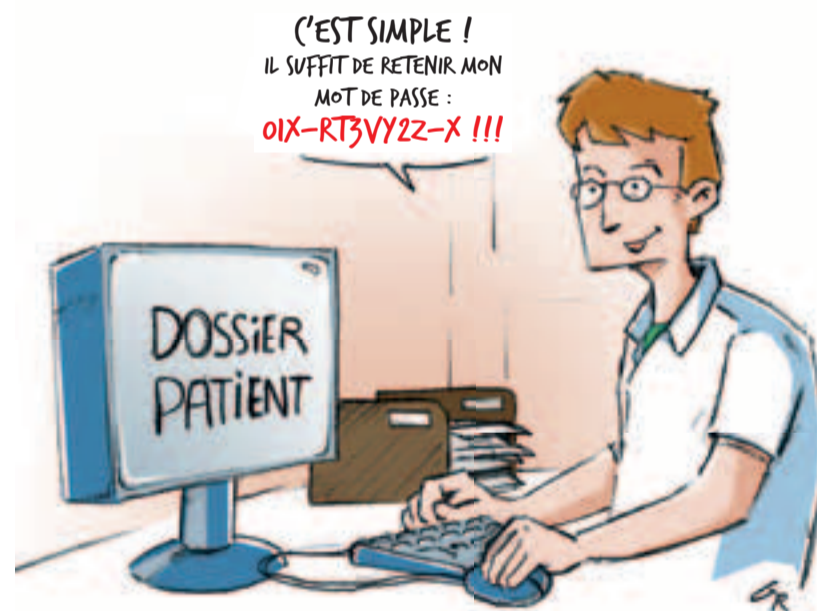
Cécilia Decourcelle, pharmacien des hôpitaux chargée de la mission informatisation du circuit du médicament.



Philippe Delecluse, pneumologue.



Philippe Houzet, responsable de l'HAD.



## Organisation de la mise en œuvre de la prescription informatisée

Deux groupes de travail réfléchissent.

### - Le groupe confidentialité :

Anne Decoster, présidente de la Commission Médicale d'Établissement (CME) ; Jacques Chevalier, médecin chirurgie vasculaire ; Denis Houzé de l'Aulnoit, gynécologue obstétricien ; Erick Mizzi, secrétaire général ; Cécilia Decourcelle, pharmacien ; Philippe Delecluse, pneumologue ; Thomas Develter, médecin urgentiste ; Véronique Fontaine, médecin DIM ; Arnaud Hansske, médecin chargé du projet informatisation du circuit du médicament ; Isabelle Hervein, responsable

qualité ; Jean-Philippe Cobbaut, directeur du Centre d'Éthique Médicale ; Clara Lammens, stagiaire en responsabilité Médicale ; Marie-Pierre Savary, directeur général adjoint ; Thierno Sow, adjoint de direction chargé des finances ; Véronique Vandernotte, coordinatrice des secrétariats médicaux ; Linda Way, directrice des soins ; Philippe Wlodyka, Directeur des systèmes d'information et d'organisation.

Le groupe confidentialité doit définir les périmètres d'accès en fonction des catégories professionnelles et rédiger une charte

informatique que chaque utilisateur devra signer.

### - Le groupe opérationnel :

Un chef de projet, Arnaud Hansske, médecin, chargé du projet informatisation du circuit du médicament ; deux médecins (Philippe Delecluse, pneumologue et Thomas Develter, urgentiste) ; un pharmacien, Cécilia Decourcelle ; un cadre de santé, Christelle N Gononti.

C'est le groupe des paramétreurs : ils répertorient dans chaque service les médicaments prescrits.

- ... les personnels. On n'y trouve pas d'informations médicales, mais ces infos peuvent être personnelles et ne pas regarder l'entourage. « *Nous recherchons des solutions. On pourrait par exemple, déposer un terminal chez chaque patient. Mais cela n'est pas toujours facile.* » « *Dans le travail en réseau, les échanges d'informations sont accélérés et amplifiés par la circulation informatique de l'information,* conclut Jean-Philippe Cobbaut. *Mais si le système est bien pensé, peut-être que l'information donnée sera plus respectueuse de la confidentialité et plus rigoureuse.* »

## TÉMOIGNAGE

### Un secret à partager

**Créé en 2004, le réseau de soins gériatologiques Lille-Hellemmes-Lomme a pour mission de favoriser le maintien à domicile de la personne âgée dépendante autour du médecin traitant, de l'infirmière libérale, du kinésithérapeute et du service d'aide à domicile. Le secret médical partagé est au cœur des pratiques.**

D'autant que le réseau intervient en appui de cette équipe en proposant des compétences spécifiques : gériatre, ergothérapeute et psychologue à domicile, suivi infirmier spécialisé avec coordination du plan d'aide et du plan de soins. Il travaille également avec les assistantes sociales du CLIC de Lille Hellemmes (Comité Local d'Information et de Coordination), le CCAS de Lomme et les filières gériatriques hospitalières.

#### Avec les professionnels

« *Ce travail en équipe oblige à réfléchir sans cesse sur ce que l'on peut dire et à qui : médecins, paramédicaux, soignants, travailleurs sociaux (assistantes sociales) et médicosociaux (aides à domicile)... Nous travaillons avec le secret professionnel partagé,* explique Agnès Durande. *L'assistante sociale, par exemple, a besoin de comprendre le cheminement de la personne pour proposer la prise en charge la plus adéquate. La connaissance de la pathologie lui permet parfois de mieux cerner le besoin d'aide d'auxiliaire de vie ou de mieux choisir l'accueil de jour...* »

Et le Dr Pelisset de souligner : « *Il n'y a pas de diagnostics posés par écrit, ni de chiffres, ni de résultats. Lorsque nous faisons, l'infirmière et moi, une évaluation gériatrique, nous envoyons notre compte-rendu au médecin traitant, au spécialiste concerné et à la personne âgée.* »

#### Avec la famille

*La partie sociale du courrier est envoyée au CLIC et la partie médicale aux seuls médecins et soignants. Et nous sommes les seuls à le faire. Le réseau met du lien entre les équipes, mais aussi de la cohérence.* » Parfois, des réunions de synthèse sont organisées au domicile de la personne âgée et en sa présence. C'est alors, la personne elle-même qui donne les informations qu'elle souhaite. Chacun est tenu à son secret professionnel, médical ou non. Au domicile, les relations avec la famille sont également différentes. « *Il nous faut savoir ce qu'elle sait, ce qu'elle désire savoir,*

*ce qu'elle a besoin de savoir car elle participe souvent activement à la prise en charge de la personne et à son maintien à domicile, tout en préservant la volonté de la personne âgée, son intimité, son indépendance...* »



**Colette Pelisset** gériatre et **Agnès Durande**, cadre du réseau de soins gériatologiques de Lille, Hellemmes, Lomme.

## PAROLES

### Passer du légal au moral

**Arnaud Hansske, médecin, intervient trois jours par semaine au GHICL, sur la mise en œuvre de l'informatisation du circuit du médicament. Le reste du temps, il est conseiller national au sein de la fédération hospitalière de France pour tout ce qui concerne l'informatisation.**

« *Un hôpital bien organisé et informatisé peut être à l'équilibre financier.*

#### Les mêmes chances pour tous

*Nous sommes face à une grosse injustice : en France, un patient n'a pas les mêmes chances d'être bien soigné selon la personne à laquelle il s'adresse. Aussi est-il nécessaire de mettre en place des procédures, davantage de transparence...*

*L'informatisation peut être un enjeu à cette responsabilisation : la personne s'identifie avec son mot de passe, note son information. On ne peut plus effacer cet écrit. Il reste. S'il y a une erreur, on sait d'où elle vient.*

#### La peur du flicage

*Face à l'informatisation, la première grande crainte, c'est le flicage ! Les gens ont peur qu'on les surveille. Et ils n'ont pas tort. Reste à comprendre comment se servir intelligemment d'un outil qui donne accès à de nombreuses informations sans en faire un outil de terreur, mais un outil utilisé par des personnes responsables qui respectent ce pour quoi l'outil a été fait.*

*L'autre crainte concerne encore la machine en elle-même : crainte de ne pas être à la hauteur, de ne pas être assez formé, de faire une mauvaise manipulation...*

#### Construire avec

*Aussi est-il essentiel de construire cet outil avec, en premier lieu, les utilisateurs. Toute la difficulté est « d'habiller » le système, de construire les paramétrages pour qu'ils s'adaptent à la réalité du terrain. L'informatisation d'un système pose immédiatement la question : qui doit et peut avoir accès à l'information ?*

*La loi de 2002, en cela, est claire : le secret médical peut être partagé avec l'ensemble de l'équipe qui prend en charge le patient. Encore faut-il déterminer qui fait partie de l'équipe : médecins ? infirmières ? aides-soignantes ? Et que font les Urgences pour prendre en charge un patient si elles n'ont pas accès au dossier ?*

#### Une obligation morale

*Reste alors la « vraie » question : secret médical et confidentialité sont une obligation légale mais également une valeur, un contrat moral que nous passons avec le patient. Tout le challenge est de faire passer cette obligation du légal au moral. Il y va de notre dignité de soignant. Avec la mise en place du Dossier Médical Personnalisé (DMP), le ministère nous oblige à nous poser ces questions éthiques...* »

#### Concrètement, comment cela se passe ?

*Les services qui passent à la prescription informatisée sont dotés d'ordinateurs portables. Chaque professionnel a un code d'accès confidentiel qu'il ne doit donner à personne.*

*Il doit impérativement fermer sa session après avoir saisi ou visualisé ce qu'il avait à faire.*

*Le médecin qui entrait dans la chambre avec le dossier patient, entre avec l'ordinateur portable et peut saisir la prescription au chevet du patient. L'infirmière laisse l'ordinateur portable sur son chariot, à la porte de la chambre, comme elle le faisait avec le dossier papier et note en sortant les médicaments qu'elle a administrés.*

*Un des gros avantages de la prescription informatisée, c'est qu'il n'y a plus de problème pour déchiffrer les écritures ; les ordonnances sont complètes. Les ordinateurs sont ergonomiques. La mise en route est assez facile, sauf sans doute pour les personnes qui n'ont jamais utilisé un ordinateur.*

**Arnaud Hansske**, médecin, chargé du projet informatisation du circuit du médicament.



## Passage de relais à la direction du GHICL : Laurent Delaby succède à François Grateau

François Grateau a cessé ses fonctions de directeur général du GHICL le 16 juillet dernier. Laurent Delaby, directeur de la Clinique Sainte-Marie de Cambrai et précédemment directeur financier du GHICL lui succède.



La cérémonie organisée le 12 juillet dernier à l'occasion de son départ a été l'occasion pour Thérèse Lebrun, Président Recteur de l'Université Catholique de Lille, Jacques Richir, Vice-Président délégué à la Santé et Jean-Claude Sailly, chargé de mission pour le projet Humanité de rappeler la riche carrière professionnelle de François Grateau et son apport au développement du GHICL et de l'Université Catholique de Lille.

### Un stratège entrepreneur

« L'homme de la stratégie, l'entrepreneur en santé, l'homme du développement universitaire, le développeur au service de son territoire ». C'est par ces quatre facettes que Thérèse Lebrun a décrit les qualités et l'action de François Grateau.

« Il n'est pas de vent favorable pour celui qui ne sait pas où il va », cette phrase de Sénèque que François Grateau aime à citer résume sa vision de la gestion des organisations. Anticiper, prendre en compte et faire évoluer à son profit l'environnement, être réactif, tenir ses objectifs, autant de préceptes qui ont sous-tendu son management dans toutes ses entreprises et qu'il s'est attaché à faire partager par ses collaborateurs.

### Au service d'un territoire...

Thérèse Lebrun a rappelé également les nombreux organismes dont il a été à l'origine ou à la création desquels il a participé et pour n'en retenir que les plus emblématiques, Eurasanté alors qu'il était directeur général du CHRU de Lille et plus récemment Humanité.

François Grateau a veillé à apporter aux territoires, dans lesquels il exerçait ses responsabilités, des contributions, des réflexions, des actions pour favoriser leur développement sanitaire, économique, social... Porteur d'un message de Martine Aubry, Jacques Richir a rappelé l'investissement de celui-ci dans le développement local et tout particulièrement sur le territoire de la ville de Lille tant lorsqu'il dirigeait le CHRU que dans le cadre de la direction du GHICL.

### ... et de l'Université

Que ce soit au CHRU de Lille, aux Hospices Civils de Lyon, à l'INSERM, dont il a été administrateur, et au sein du GHICL, François Grateau a toujours affirmé l'importance de la recherche, de son développement, en faisant une condition nécessaire à la qualité des formations et à la qualité des soins.

Thérèse Lebrun a tenu à rappeler que « c'est sous son impulsion que s'est mis en place, en particulier au sein de notre Université, un véritable ensemble hospitalo-universitaire médico-social », avec notamment l'émergence du Pôle Handicap Dépendance Citoyenneté.

### Rêver un impossible rêve

Citant « La quête » de Jacques Brel et s'appuyant sur leur collaboration de longue date dans le champ de l'économie de la santé et plus récemment autour du projet Humanité, Jean Claude Sailly soulignait la capacité de François Grateau à donner aux projets qu'il anime une ambition fédératrice, mobilisant chacun « pour atteindre l'inaccessible étoile ».

## Un groupement de coopération sanitaire

### Pouvez-vous rappeler votre parcours professionnel ?

Diplômé de l'IESEG, j'ai intégré le GHICL en 1990 en tant que contrôleur de gestion. Je suis ensuite devenu directeur administratif et financier puis directeur général adjoint. A ce titre, j'ai dirigé, outre les services financiers, la gestion patients, les services généraux, la DSIO. En 2009, j'ai été nommé directeur de la Clinique Sainte-Marie dans la perspective de son rapprochement avec le GHICL. Je suis très heureux de retrouver le Groupe Hospitalier, dont je suis toujours resté proche.

### Vous exercez conjointement la direction du GHICL et de la Clinique Sainte-Marie, est-ce l'aboutissement de leur rapprochement ?

L'objectif poursuivi va bien au-delà puisqu'il s'agit de créer un groupement de coopération sanitaire, établissement de santé. Le GHICL et la Clinique Sainte-Marie se

fondraient ainsi dans une nouvelle personne morale, chacun apportant ses moyens et ses autorisations. L'ICL sera bien sûr membre du groupement de coopération sanitaire, ce qui garantit le lien avec cette nouvelle entité.

### Quels sont les enjeux de ce rapprochement ?

Pour le GHICL, il s'agit d'accroître sa taille dans un environnement marqué par les rapprochements et fusions, que ce soit dans le secteur privé ou dans le secteur public avec les Communautés Hospitalières de Territoire.

Pour la clinique, il s'agit de développer une offre de soins la plus accessible possible (conventionnée), ce qui répond à un besoin sur le secteur du Cambrésis, compte tenu de la situation particulière de sa population. Enfin, pour les deux établissements, ce regroupement permet de pérenniser la présence d'établissements porteurs des valeurs chrétiennes dans la région.

Questions à



Laurent Delaby,  
directeur général du GHICL

## Actualités

## Agenda

**Du 1<sup>er</sup> au 30 septembre**  
**Exposition photographique**  
**de F.Astier sur l'imagerie**  
**médicale du GHICL**  
 Couloir des admissions  
 de l'hôpital Saint-Philibert.  
 Renseignements :  
 Catherine Ficquet-Jactat,  
 service communication au  
 03.20.87.45.61 ou ficquet.  
 catherine@ghicl.net

**Du 9 au 30 septembre**  
**Exposition des œuvres**  
**de Cathy Guilluy**  
 « Rue » de l'hôpital  
 Saint-Vincent de Paul  
 Renseignements :  
 Catherine Ficquet-Jactat,  
 service communication au  
 03.20.87.45.61 ou ficquet.  
 catherine@ghicl.net

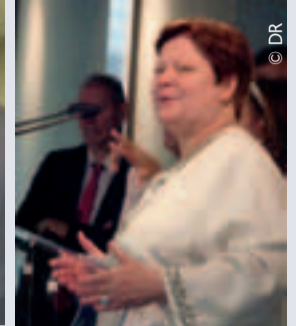
**Jeudi 15 septembre**  
**de 13h à 14h**  
**Temps de prière et de**  
**partage de la parole de Dieu.**  
 Chapelle de l'hôpital  
 Saint-Vincent de Paul  
 Comment résonne-t-elle  
 dans notre travail à l'hôpital  
 et dans toute notre vie ?  
 Autres dates :  
**2011 : 20 octobre,**  
**17 novembre et 15 décembre**  
**2012 : 19 janvier**  
**et 15 février.**

**Vendredi 23 septembre**  
**à 12h30**  
**Cérémonie des médaillés**  
**du travail**  
 Salles polyvalentes de l'hôpital  
 Saint-Philibert  
 Renseignements :  
 Pascale Coevoet-Breucq,  
 service communication au  
 03.20.00.56.60 ou breucq.  
 pascale@ghicl.net

**Jeudi 13 octobre à 17h**  
**Rencontres EHPAD**  
 Salle de conférences de  
 l'hôpital Saint-Vincent de Paul  
 Renseignements :  
 Pascale Coevoet-Breucq,  
 service communication au  
 03.20.00.56.60 ou breucq.  
 pascale@ghicl.net

## On ouvre !

**Le 16 mai, les principales parties prenantes du projet Humanité se sont réunies pour officialiser l'ouverture des premiers établissements du site et dévoiler les prochains chantiers.**



L'émergence du projet Humanité résulte du partenariat étroit engagé dès 2004 entre l'Université Catholique de Lille (UCL), les communes de Capinghem, Lomme, Prèmesque et Lille Métropole Communauté Urbaine. L'UCL joue un rôle moteur dans la mise en œuvre de ce nouveau quartier de ville, autour de l'hôpital Saint Philibert, en rassemblant les acteurs de ce projet exemplaire, dans ses objectifs et son élaboration.

## Un nouvel art de ville

Humanité représente un nouvel art de ville, la ville intense. S'y regroupent les différentes fonctions de la vie (logements, établissements de soins et médico-sociaux, activités économiques, loisirs...) dans des espaces urbains de qualité. Des liaisons douces sont privilégiées entre les entités du projet avec un accent mis sur la qualité paysagère et environnementale (création d'un parc et une coulée verte qui rejoindra à terme le parc urbain de Lomme). Ce projet rejoint les grands projets économiques et urbains de Lille Métropole comme Euralille, ou encore Eurasanté et la Haute Borne. Ville durable, conviviale et solidaire, Humanité s'inscrit dans les valeurs du « vivre ensemble ».

## Des logements et des emplois

Doté de transports en commun, du centre commercial de la zone du Grand But et du nouveau campus Véolia, Humanité

est une nouvelle zone métropolitaine attractive qui naît. Le développement économique du site va ainsi permettre la création d'emplois. Aujourd'hui, une nouvelle étape de ce projet ambitieux commence avec l'ouverture d'établissements sanitaires et médicosociaux et la construction des logements.

Plus de 300 personnes ont participé à l'événement sous la présidence de Mgr Laurent Ulrich, Archevêque de Lille, chancelier de l'Université, Thérèse Lebrun, Président-Recteur, René Vandierendonck, 1er Vice-président LMCU, Yves Durand, Député-Maire de Lomme, Dominique Verfaillie, Maire de Capinghem, Pierre de Saintignon, 1er adjoint au maire de Lille, Vice-président du Conseil Régional Nord - Pas de Calais.

## Les établissements ouverts sur le site

• **FAM « La vie devant soi »**  
 (octobre 2010)

L'établissement accueille des personnes présentant des séquelles, liées à un traumatisme crânien ou à une lésion cérébrale, dans des hébergements de 7 à 8 personnes, reliés entre eux par un couloir central.

• **La Maison Médicale Jean XXIII**  
 (décembre 2010)

Deux services hospitalier et extrahospitalier, pour une seule philosophie « Accueillir, Accompagner, Soigner ». Un service hospitalier de 60 lits. Un service extrahospitalier : une équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs au service du patient et de son entourage.

• **Accueil Marthe et Marie**  
 (Pâques 2010)

Cet espace, situé à l'entrée du quartier, est un lieu de parole, de dialogue et

d'écoute avec des salles d'accueil et de rencontres au rez-de-chaussée.

• **Centre Hélène Borel (avril 2011)**

Cette association gère des établissements et services dans le champ sanitaire et médicosocial. Elle est une plateforme spécialisée dans la prise en charge du handicap physique.

## Les prochains établissements

• **IFsanté**

**Institut de Formation en Santé**

IFsanté quittera le boulevard Vauban pour le site d'Humanité avec un espace pour la formation aux métiers paramédicaux de 600 étudiants. Son intégration à proximité de l'hôpital Saint-Philibert, le placera au cœur des besoins et attentes des professionnels de santé.

• **EHPAD**

« **Maison Saint François de Sales** »

Porté par le Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille, cet établissement comptera 82 places. La Maison qui prendra place sur l'îlot III représente une innovation au plan national. C'est le premier établissement en France spécifiquement destiné à l'accueil de personnes sourdes dépendantes communiquant en Langue des Signes Française (42 places leur seront dédiées).

## Quand la technologie de pointe s'inaugure

Le GHICL a inauguré le plateau technique IRM/Scanner implanté à Saint-Vincent de Paul le 30 juin dernier en présence notamment de Daniel Lenoir, directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et de Cécile Bourdon, vice-présidente chargée de la santé et du plan anti-cancer au Conseil régional.

En novembre 2010, Saint-Vincent de Paul a accueilli un IRM sur le site jusqu'alors non équipé. Cet appareil, premier de cette technologie installé dans la région et qui figure parmi les plus performants, vient compléter les équipements déjà présents dans l'unité d'imagerie médicale de l'établissement, dont le scanner « Syst azir – light speed VCT ».



Leur fonctionnement s'effectue toujours en partenariat avec la SCM Hermeugoz et la SCM Clinique Radiologique du Parc.

Le Conseil régional s'investit depuis plusieurs années pour la réduction des inégalités territoriales, par déploiement et le financement de plateaux techniques performants dans les Centres Hospitaliers de proximité.

Ouverte en avril 2010, l'ARS a notamment la responsabilité de l'autorisation d'installation des scanners et des IRM. En 2002, la région disposait de 41 scanners et de 19 IRM. Depuis, le nombre de scanners autorisés a progressé de 90% passant de 41 à 78 scanners et celui des IRM de 184%, passant de 19 à 54 machines.

## Qualité

# Identitovigilance Le bon patient à tout instant

La question de l'identité du patient est au cœur du processus de soins. Qu'il s'agisse de délivrer des soins, de l'information médicale, de réaliser un examen... il est impératif d'être certain que l'on s'adresse à la bonne personne.



L'identitovigilance vise à s'assurer que toutes les précautions sont prises pour, qu'à toutes les étapes de la prise en charge, cette condition soit respectée.

### La gestion des identités un processus clé

La gestion de l'identité constitue un des piliers de l'identitovigilance. Une identification fiable et unique du patient est un préalable indispensable qui sécurise toute la chaîne de traitement de l'information. Cela concerne la saisie initiale de l'identité mais aussi sa mise à jour en fonction de l'évolution de l'état civil du patient.

Une identification fiable, suppose de s'appuyer sur des documents dont l'origine et la qualité des informations sont difficilement falsifiables, en clair les documents officiels avec photographie que sont la carte d'identité, le passeport ou le permis de conduire. L'utilisation de tout autre support doit conduire à relativiser la fiabilité de l'information.

Si la source est fiable encore faut-il que la saisie n'altère pas les données ou ne conduise pas à enregistrer un même patient sous deux identités différentes. Des règles strictes de saisie doivent être respectées et partagées par tous ceux qui sont conduits à entrer des données. En effet, tous les logiciels ne traitent pas de façon identique les règles typographiques. Ainsi selon les applications, saisir en majuscules ou en minuscules peut conduire à interpréter différemment une même chaîne de caractères. Une nouvelle procédure a été élaborée à cette fin qui précise l'ensemble des règles de saisie.

### Une réaction en chaîne

L'informatisation du système d'information accroît le niveau d'exigence lié à la gestion de l'identité. D'une part, l'information traitée n'est plus seulement administrative mais devient de plus en plus médicale. Les erreurs d'identité peuvent de ce fait entraîner davantage de conséquences dommageables pour les patients. D'autre part, le chaînage des applications fait qu'une erreur se diffuse rapidement dans tout le système d'information et complexifie la correction. Une raison supplémentaire pour que chacun, dans l'accomplissement de sa tâche, veille à ne pas introduire une information erronée.

### La vérification auprès du patient

La vérification de l'identité avant tout acte est un principe intangible de la prise en charge soignante. Ce contrôle ultime auprès du patient constitue le dernier verrou de sécurité qui permet d'éviter que des défaillances humaines ou techniques ne conduisent à la transformation de l'erreur en accident. Erreur de site opératoire, erreur de traitement, erreur de prélèvement, erreur de déclaration de décès... A tout moment de la prise en charge il convient d'être vigilant et de vérifier l'identité du patient en l'interrogeant et/ou en prenant connaissance de son bracelet d'identification. Le dramatique incident survenu à Saint-Vincent de Paul démontre la nécessité d'un strict respect de cette règle.

### L'identitovigilance : une tour de contrôle

Processus transversal, impliquant tous les professionnels de l'hôpital, l'identitovigilance nécessite un dispositif de coordination. La médicalisation du système d'information nous a conduits à renforcer le dispositif en place.

Le Comité de Direction Qualité, qui pilote la démarche qualité, a pour mission de définir la politique d'identification au sein de l'établissement, de veiller à sa mise en œuvre et son évolution, de décider de l'allocation des moyens. Une Cellule d'identitovigilance, composée de représentants de la gestion patients, de la DSIO, de la Direction des soins, des vigilances, de la qualité, des secrétariats médicaux, du DIM, veille à la bonne application de cette politique et à sa mise en œuvre. C'est elle qui notamment valide les procédures organisant la gestion de l'identité. En son sein, une équipe réduite a pour mission de gérer les doublons et procéder à l'éventuelle fusion des identités et de l'information médicale associée, en veillant ce que celle-ci s'opère en toute sécurité.

L'identitovigilance repose avant tout sur l'attention que chacun porte à la saisie, à la modification et à la vérification de l'identité des patients et à la connaissance des règles à respecter. La sensibilisation, la formation et la rigueur du personnel apparaissent comme un complément indispensable de l'organisation.

## Rencontre avec...

# Allaiter son bébé prématuré

L'allaitement d'un bébé prématuré s'apparente souvent à un « parcours du combattant ». Sa réussite demandera, tant à la mère qu'aux professionnels de santé, une solide motivation et des connaissances spécifiques.

### Une vocation

Après avoir débuté sa carrière d'infirmière il y a 22 ans à Saint-Philibert, Saint Camille, puis Notre-Dame de l'Espérance (Féron-Vrau), Sylvie Kraupner exerce depuis 14 ans en tant que puéricultrice en Réanimation néonatale à Saint Antoine, puis en Néonatalogie à Saint Vincent de Paul. En 2008, elle passe un diplôme de consultante en lactation qui est une formation poussée sur la lactation humaine, l'allaitement maternel et la relation d'aide dans le suivi mère enfant.

### Ses missions

Mettre en place l'allaitement chez une maman qui a accouché prématurément et soutenir les parents dans leur choix dans le respect de la physiologie du bébé, telles sont les missions de Sylvie. Entre les premiers contacts en peau à peau et les premières tétées efficaces du bébé, plusieurs semaines s'écoulent. C'est alors que les mamans ont besoin d'être encouragées et valorisées au quotidien. Etant détachée des soins, cette puéricultrice passionnée peut prendre le temps avec chaque maman et son bébé. L'accompagnement des diades mère-enfant est donc personnalisé et une relation de confiance est instaurée. Sylvie accompagne parfois le pédiatre en maternité quand il y a un risque de naissance prématurée pour expliquer à la future maman l'intérêt de l'allaitement maternel pour son enfant.

Au sortir du service, Sylvie laisse ses coordonnées aux mamans et reste à leur écoute (téléphone, mails, consultation allaitement) jusqu'au sevrage de l'enfant. En 2010, 76% des mamans allaitaient leur enfant à la sortie du séjour en néonatalogie contre 72% l'année précédente.

### Engagée et impliquée

En plus de ses missions, Sylvie organise deux fois par an des rencontres allaitement conviviales avec les mamans d'anciens prématurés. Ceci crée ainsi l'échange, le lien et favorise le partage d'expérience. Par ailleurs, Sylvie peut guider et épauler les équipes au quotidien sur les démarches à suivre auprès des enfants. Elle propose de temps en temps des cas concrets aux soignants pour perfectionner leurs connaissances en allaitement maternel et transmet son savoir aux étudiantes puéricultrices d'IFSanté. Tout cela, dans un seul but : que chaque maman soit fière d'avoir mené à bien son allaitement.

### Les projets

Hormis le souhait de poursuivre sa mission dans le service de néonatalogie, Sylvie, l'équipe médicale et paramédicale travaillent à la mise en place du label IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébé) en partenariat avec l'équipe de maternité.



Sylvie Kraupner, consultante en lactation au GHICL

## Unité de soins palliatifs

# Douceur et présence

**L'Unité de Soins palliatifs à Saint-Vincent de Paul accompagne les patients durant leur fin de vie, alors que tous les traitements pour enrayer la maladie sont devenus inutiles. L'objectif ici n'est pas d'ajouter des jours à la vie mais bien de la vie aux jours...**

**D**epuis son ouverture à Saint-Vincent de Paul, l'unité de soins palliatifs, placée sous la responsabilité du Pr Didier De Broucker, est composée d'une équipe pluridisciplinaire formée à la prise en charge palliative. Elle dispose de nouveaux locaux dont 12 chambres bénéficiant chacune d'équipements tout confort et d'une magnifique terrasse. Son emplacement privilégié et accessible au cœur de la ville est un atout pour la population lilloise.

### Un contraste saisissant

Au 4<sup>ème</sup> étage de la nouvelle extension de l'établissement, c'est un tout autre univers, dépaysant et surprenant, qui se présente à l'ouverture des portes de l'ascenseur D. Ici, les règles sont différentes : les membres de la famille, les enfants de tous âges ont la possibilité de venir quand ils le souhaitent, les murs aux couleurs vives et les tableaux qui les tapissent, égayent le service, on est « hors du temps » rapporte Martine Gamelin, aide-soignante et socio-esthéticienne. Cependant les blouses blanches sont là pour vous rappeler que vous êtes dans un hôpital.

### Un soutien pour les proches

L'équipe entoure le patient et ses proches, tout au long du séjour. Un soutien psychologique leur est proposé à plus long terme pour les aider dans leur travail de deuil. Les patients et leurs proches sont invités à apporter des objets, qui viendront personnaliser la chambre et recréer un « environnement familial ». « Nous souhaitons déculpabiliser les familles, l'accompagnement d'un proche n'est jamais une chose aisée, c'est éprouvant physiquement et psychologiquement », souligne Bénédicte Becquet, cadre de santé. Lorsque la fatigue de la famille est trop grande, les soignants prennent le relais afin que les accompagnants puissent se reposer un peu. Cette prise en charge de la famille, permet de « l'inclure dans les soins » souligne Martine Gamelin, mais demande « que nous adaptions notre comportement selon les habitudes et les traditions de chacun » ajoute Elisabeth Lallemand, secrétaire médicale. À travers ce suivi spécifique, l'équipe souhaite soulager les proches et leur permettre de profiter de moments privilégiés, jusqu'à la toute fin de vie.



### Des soins personnalisés

Cynthia Mauro, psychologue explique que « chaque situation d'accompagnement est singulière et qu'il faut être à l'écoute du patient et de sa famille. La particularité de ce service est de proposer « le juste soin ». L'équipe prend le temps de préparer les repas en fonction des préférences et des envies de chacun, la priorité est donnée aux petites portions et à la décoration des plateaux, afin de rendre ces moments plus agréables.

Tout est fait pour prendre soin du patient. L'installation d'une baignoire de balnéothérapie, des séances de socio-esthétique, l'accès gratuit à la télévision, sont autant de moyens mis en place afin de rendre la journée moins monotone.

« L'équipe médicale s'efforce « d'ouvrir des petites portes là où tout semble clos » rapporte Chantal Scrive, kinésithérapeute. Qu'importe les raisons d'admission d'un patient, l'arrivée dans ce service est toujours vécue comme une étape importante de la maladie, et provoque une « prise de conscience, du proche et de sa famille » souligne Cynthia Mauro. Quand l'état d'un patient le permet et si tel est son souhait, un retour à domicile ou une permission peuvent être organisés en sachant qu'un retour à l'unité de soins palliatifs est toujours envisageable si le maintien à domicile devient difficile.

### Une disponibilité à toute épreuve

Travailler dans cette unité de soins c'est un véritable engagement éthique et un savoir être. Chantal Scrive rapporte « qu'ici on prend le temps du soin, on s'adapte dans la mesure du raisonnable au

rythme du patient et il faut savoir faire le deuil de sa toute-puissance de soignant, quitter son savoir-faire pour réapprendre à donner des soins personnalisés et adaptés à chacun ». Il ne s'agit pas d'appliquer un soin à tout prix, mais de savoir écouter avec humilité. Ici pas d'horaires imposés pour les visites ou les repas. Tout ce qui est dit par le patient est primordial. Le travail en équipe pluridisciplinaire est essentiel pour une prise en charge optimale du patient en fin de vie et de son entourage... « Nous travaillons tous dans le même sens et chacun est invité à donner ses idées sur la meilleure façon d'assister le patient », insiste Christine Gaillard, infirmière responsable de l'équipe mobile de soins palliatifs.

### Un départ serein

Les traitements ne permettent plus d'enrayer la progression de la maladie, mais ont pour but de soulager la douleur et les symptômes d'inconfort. Pour autant, le décès d'un patient est toujours très douloureux pour ceux qui restent, tant pour la famille, que pour les soignants. Les groupes de parole et la présence d'un psychologue permettent à chacun d'évacuer les inquiétudes et les interrogations. « Le sentiment d'avoir accompagné, de la meilleure façon qu'il soit, la personne est une forme d'accomplissement dans la philosophie du prendre soin », insiste Bénédicte Becquet.

Grâce à une équipe formée et disponible les soins palliatifs permettent de partir sereinement et ne sont pas l'expression d'un acharnement thérapeutique, mais « l'accompagnement d'un passage, un temps de vie » souligne Cynthia Mauro.

### Chiffres :

- 100 patients depuis son ouverture en mars 2011
- 35 soignants
- 12 lits de soins palliatifs
- 4 salons pour les familles
- 1 baignoire de balnéothérapie
- 1 cuisine
- 1 chambre pour les proches

L'accès « gratuit » à la télévision

### Equipe mobile

Le service de soins palliatifs dispose d'une équipe mobile qui se déplace sur l'ensemble du GHICL, en moyenne 3 fois par jour.

Composée de deux infirmières, elle a pour mission de soulager la douleur du patient et d'accompagner ses proches.

**Nous y étions**

## Exposition à l'EHPAD l'Accueil Rappelle toi Barbara



Une exposition photographique par Maureen Ragoucy a été inaugurée mercredi 1<sup>er</sup> juin 2011 et s'est poursuivie jusqu'au 10 juin 2011 : des photos qui reflétaient les souvenirs de douze résidentes de l'EHPAD l'Accueil du GHICL. Ces femmes ont accepté de nous parler à travers ces textes de la 2<sup>nd</sup>e guerre mondiale. De par leurs portraits, elles ont partagé une

partie de leur vie et nous ont offert leur confiance.

Maureen Ragoucy a fait apparaître ces textes et photos comme des souvenirs par le biais de la photographie argentique. Elle s'est ainsi éloignée du témoignage pour nous livrer un véritable documentaire en photos et en paroles.



### « ...Et change de regard »

15 peintres amateurs participant aux ateliers d'art-thérapie animés par Sabrina Devin au service Neurologie du GHICL ont présenté leurs œuvres dans la salle d'exposition de l'Université Catholique de Lille du 16 au 20 mai 2011. Ponctué de visites guidées et d'un vernissage convivial réunissant les artistes et leur famille, ce projet fut mené en collaboration avec des étudiants de la Faculté Libre de Médecine et Biogen Idec.

## Des ateliers culinaires en Langue des Signes Française (LSF)

Une démarche innovante centrée sur l'animation d'ateliers culinaires accessibles à un public sourd locuteur de la LSF a été initiée en 2010 par le réseau Sourds et Santé grâce à un financement spécifique octroyé par la fondation Louis Bonduelle. Ce projet a été réalisé en collaboration avec le foyer des Sourds de Lille.

Afin d'animer ces ateliers, trois sourds (2 cuisiniers et 1 formatrice d'adultes) ont suivi une formation théorique sur l'équilibre alimentaire, dispensée par une diététicienne du GHICL, Véronique Gengembre, mais également élaboré des supports pédagogiques visuels.



De février à juin 2011, dix séances programmées avec des menus spécifiques pour chacune ont permis à une quinzaine de sourds de développer compétences et savoir-faire culinaires tout en respectant les recommandations du Programme National Nutrition Santé et ce dans un espace d'apprentissage adapté.

Suite à un retour plus que positif des participants et intervenants, nous espérons pouvoir pérenniser cette initiative.

## Un centre de psychothérapie tout neuf

C'est le vendredi 27 mai 2011, que le centre de psychothérapie Jean Ernst\* avec ses salles d'activité refaites à neuf « Musique pour Vivre » a été inauguré dans une ambiance chaleureuse. Ce centre, implanté à l'hôpital Saint-Vincent de Paul depuis 2005, est le fruit d'un partenariat de longue date entre l'Université Catholique de Lille et M. et Mme Van de Wynckele, qui sont à son origine.

Ces locaux sont dédiés à l'accueil de psychothérapies individuelles, de thérapies de groupe, et d'activités en musicothérapie et psychomotricité. L'aménagement des salles d'activité a été entièrement conçu par les professionnels. La lumière du jour, la couleur, la mise à disposition de techniques thérapeutiques innovantes, contribuent à la qualité du travail accompli pour les patients suivis dans le service de psychiatrie adultes.



\*Neuropsychiatre, chef de service et professeur en psychiatrie à la Faculté libre de Médecine (1926- 1986)

## La Rue s'anime

### « Revue de projets »

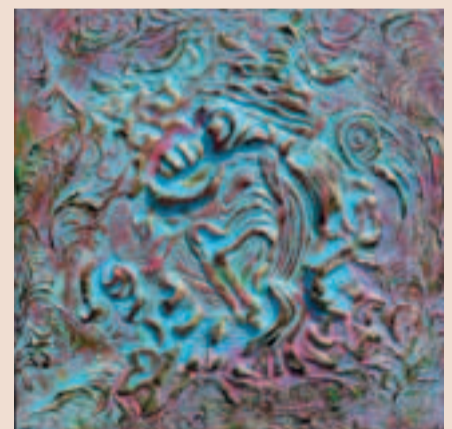
Les stagiaires de l'Ecole de la deuxième chance Grand Lille ont présenté du 15 juin au 18 juillet leurs projets culturels dont ceux qui ont fait l'objet d'ateliers avec l'artiste peintre François Martinache. Installée dans de grands modules en bois, qui créaient un nouvel espace dans la « Rue » de l'hôpital Saint-Vincent de Paul, cette exposition a bénéficié du soutien de la Fondation plage® pour l'art. Le vernissage s'est déroulé le 16 juin avec le chaleureux intermède musical du groupe vocalize.



### Artout en matière



« Argile sculptée peinte acrylique » : voilà la fameuse technique propre aux œuvres de Cathy Guilluy, aide-soignante en HPPD 1 de Saint-Philibert, qui ont beaucoup intrigué et ravi le public de la « Rue » lors de son exposition qui se tient du 9 au 30 septembre.



## groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille

**Directeur de publication :** Laurent Delaby  
**Rédacteur en chef :** Pascale Coevoet Breucq

**Comité de rédaction :**  
Erick Mizzi, Isabelle Hervein, Isabelle Brassart, Catherine Ficquet-Jactat, Pascale Cantarutti, Olivier Deloraine, Patrick Hautecœur, Catherine Cochez, Stéphanie Mangot, Coralie Herant et Corentin Voiry.

**Réalisation :** Dominique Garcette, 06 84 54 82 75.

**ISSN en cours - Tirage : 1500 ex.**

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

Votre journal interne Symbiose est distribué, tous les trois mois.