



Symbiose

n°68

Journal du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille

Plein feu sur...

Le parcours obésité : une réponse à une préoccupation de santé publique majeure

Les deux services de la prise en charge de l'obésité adulte de Saint Philibert viennent de décrocher leur labellisation ARS (Agence Régionale de Santé), rejoignant ainsi le service de pédiatrie de Saint Vincent de Paul, labellisé depuis 2011. L'occasion pour Symbiose de revenir sur les parcours adultes et enfants, deux filières connectées à leur environnement et exemplaires pour le groupe.

L'obésité est une maladie chronique, aux déterminants multifactoriels, pour certains bien identifiés (comportement alimentaire, sédentarité) ou pour d'autres en cours d'explorations (génétique, microbiote intestinal, sommeil...). Il s'agit en réalité plus d'un syndrome, recoupant plusieurs troubles somatiques (cardiovasculaires, respiratoires, articulaires...) auxquels se surajoutent souvent une souffrance psychologique et sociale déjà bien installée, la stigmatisation étant fortement prégnante dans notre modèle sociétal.

Plus de 21% de la population touchée

Aujourd'hui, près de 15% de la population française est touchée, marquant une progression fulgurante de 76% en un peu moins d'une décennie, à tel point que certains experts n'hésitent plus à parler d'épidémie. Le Nord-Pas de Calais est particulièrement touché (21,3%) rendant plus que nécessaire le développement d'une offre de soins adaptée. Le GHICL répond ainsi au Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé, qui avait fixé la lutte contre l'obésité comme orientation prioritaire.

Les filières de l'obésité

L'absence de traitement standard ou de «recette miracle» impose une prise en charge pluridisciplinaire à orientation

médicale et/ou chirurgicale, s'appuyant sur un plateau technique complet et la disponibilité d'avis complémentaires, palette offerte par l'ensemble des sites. «La pluridisciplinarité de la préparation, couplée à l'arrivée des techniques chirurgicales bariatriques, ont permis de structurer des parcours de qualité, aujourd'hui reconnus» explique Guillaume Dayez, chargé de mission projet médical. La filière adulte de Saint Philibert, nouvellement labellisée, s'appuie sur deux services : l'hôpital de jour maladies chroniques ainsi que le service de chirurgie viscérale et digestive. La filière pédiatrique, également labellisée (depuis 2011) est portée elle par le service de pédiatrie de Saint Vincent de Paul (lire le zoom en page 3). La Clinique Sainte Marie structure également sa filière, avec l'arrivée récente du docteur Moldovanu, chirurgien, d'une diététicienne impliquée sur l'ensemble du parcours, et l'appui du service d'endocrinologie de Saint-Philibert (Dr Lemaître).



La chirurgie pour un gain d'espérance de vie

Quel est l'enjeu de l'obésité pour le GHICL ?
 Il est important que les médecins généralistes puissent nous envoyer des patients pour toutes les disciplines, y compris pour la chirurgie bariatrique. Le GHICL est à l'écoute des patients. Par ailleurs, cette spécialité fait appel à de nombreuses expertises de l'hôpital : psychologues, diététiciens, pneumologues, cardiologues, chirurgiens, radiologues, bloc opératoire...

Quels sont les points forts et faibles de la filière actuelle ?

Comme point fort je dirais la qualité du parcours préopératoire et du suivi tel qu'il est proposé. Point faible : Nous pouvons encore réduire, à la demande des patients, le nombre de jours d'hospitalisation après l'intervention chirurgicale. Nous travaillons en ce sens sur une sortie, pour certains patients bénéficiant d'une sleeve, le lendemain du geste chirurgical, en coopération avec l'HAD, voire à terme pour se faire opérer en ambulatoire.

Quelle est l'importance de la préparation pré opératoire selon vous ?

C'est essentiel, la perte de poids se joue à ce moment-là. Les patients ont l'impression de perdre du temps avant l'opération, mais c'est autant de gagné après. C'est indispensable pour assurer une bonne prise de conscience des contraintes liées à la chirurgie. Parfois certains patients choisissent de ne pas se faire opérer finalement mais c'est rare et souvent temporaire.

Pourquoi ce choix de spécialité ?

Pour la technique employée : la coelioscopie et le service rendu aux patients. L'un de nos patients de 170 kg qui ne savait plus monter trois étages pèse aujourd'hui 100 kg, fait du sport et monte ses étages sans être essoufflé. Ou des patients diabétiques ou hypertendus qui ne prennent plus 5 médicaments par jour. C'est une chirurgie de l'avenir : le gain en espérance de vie est prouvé, en moyenne + 10 ans selon une étude suédoise. Les retours des patients sont très valorisants.

Auriez-vous un message à faire passer aux patients ?

Que l'opération est à envisager pour leur santé, pour une augmentation de l'espérance de vie et pas uniquement pour changer le regard stigmatisant des autres.

Questions à



Antoine Cracco, chirurgien bariatrique

 Plein feu sur...


Les indications

La chirurgie bariatrique est réservée aux personnes :

- âgées de 18 à 65 ans,
- dont l'IMC est supérieur à 40 kg/m² ou 35 kg/m² avec une complication associée,
- n'ayant pas de contre-indication d'ordre psychologique,
- qui ne présentent pas de risque opératoire particulier.

Les opérations ne sont pas anodines. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande un suivi pré opératoire de 6 à 12 mois. Le parcours débute par une consultation avec le chirurgien ou l'endocrinologue. Ils vérifient si le patient est opérable, présentent les risques et les bénéfices de chaque type d'opération, détaillent le suivi pré et post opératoire, les pertes de poids envisageables.

Un long parcours préparatoire

Le patient entre ensuite en hôpital de jour pour un bilan complet. La diététicienne fait une évaluation de ses habitudes alimentaires, puis propose des aménagements. Le psychologue repère s'il y a des troubles qui pourraient compromettre de façon temporaire l'opération. «*Il y a aujourd'hui un problème de discrimination envers les personnes obèses. Elles s'approprient ce regard négatif sur elles-mêmes. Il est essentiel qu'elles reprennent confiance en elles et retrouvent une image positive*», explique Marie-Emmanuelle Jeanjean, médecin nutritionniste. L'éducateur médico-sportif évalue l'activité physique actuelle, analyse les freins, essaye de motiver le patient à augmenter sa dépense énergétique... «*Certains clubs sportifs et piscines proposent des horaires spécifiques et des séances adaptées*». Les patients repartent avec un livret d'éducation thérapeutique où sont consignés bilan et objectifs. «*Des objectifs réalistes et faisables, définis en commun, mais qui exigent des efforts de la part des patients*» précise François Delecourt, chef du service d'endocrino-diabétologie.

L'importance des échanges

Le parcours se poursuit avec trois séances de travail par groupe de 10, étalées sur 9 mois. Pendant deux heures, les patients échangent avec le psychologue et la diététicienne. Une journée en hôpital de jour est programmée à mi-parcours pour faire un point, rediriger, consolider. Selon

Marie-Emmanuelle Jeanjean, «*le fait d'être en groupe, d'être pris en charge, d'échanger avec d'autres personnes, se rendre compte qu'elles partagent les mêmes problématiques est essentiel*».

Le parcours se termine sur une dernière journée en hôpital de jour où les patients sont revus par toute l'équipe, échangent sur ce qu'ils ont pensé du suivi et ce que l'hôpital a constaté. Des examens complémentaires peuvent être demandés. L'équipe médicale se réunit ensuite en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) afin de décider si le patient peut être opéré. «*C'est une décision collégiale (médecin, chirurgien, psychologue, diététicienne, endocrinologue, nutritionniste...)* qui confirme ou non l'orientation chirurgicale, spécifie le chirurgien Antoine Cracco. *Un non de l'un recule l'opération.*»

Trois opérations possibles

Si les avis sont tous positifs, le patient est convoqué en consultation de chirurgie, où lui sont réexpliqués les modalités de l'intervention et les risques, et le choix définitif du type d'opération selon les préconisations médicales. «*La pose d'un anneau est de plus en plus rare, 5% des opérations. Nous la pratiquons surtout sur des personnes âgées, qui ne sont plus opérables autrement*», détaille Antoine Cracco. *La gastrectomie sleeve, où l'on enlève 2/3 de l'estomac, pèse pour 70% des cas. Le reste est le by pass, où nous diminuons la taille de l'estomac et créons une dérivation du tube digestif.* Un suivi post opératoire se fait à 1 mois, 6 mois, 1 an, 2 ans, 5 ans...

Encore les débuts

La chirurgie bariatrique reste une spécialité relativement jeune souligne cependant Antoine Cracco. «*Avec l'anneau, nous nous sommes aperçu qu'il y a beaucoup d'inconfort alimentaire, et des réopérations, car l'anneau glisse, migre ou a une durée de vie limitée (15 ans environ). Sur la sleeve, nous avons 6 à 7 ans de retour, c'est une spécialité encore à conforter. Nous avons plus de recul sur le by pass qui se faisait pour d'autres pathologies. Mais nous avons encore beaucoup de choses à comprendre. Par exemple, pourquoi le diabète est amélioré dès l'opération avec le by pass ou pourquoi le grignotage peut reprendre au bout de deux ans. Beaucoup d'études sont en cours sur ces sujets.*»

Articulation avec l'environnement

La filière obésité ne s'arrête pas aux portes des établissements. Le groupement a été pionnier avec la co-création de l'association Poids à la Ligne en 2013 (lire l'encadré). Il est par ailleurs engagé dans le Contrat Local de Santé (CLS) Lille Lomme Hellemmes. Ces villes ont signé un contrat avec l'ARS et la Région, avec comme thématique prioritaire l'obésité. Le GHICL y contribue par des réunions, des actions, des événementiels ou encore de la sensibilisation dans les écoles. La preuve que cette problématique désormais sociétale exige une réponse globale.



Guillaume Dayez,
chargé de mission projet médical



Marie-Emmanuelle Jeanjean,
médecin nutritionniste.



François Delecourt,
chef du service d'endocrino-diabétologie.

Obésité adulte

un IMC > 30

Le diagnostic de l'obésité chez l'adulte passe notamment par le calcul de l'**indice de masse corporelle** (IMC). L'IMC correspond au poids (en kg) divisé par le carré de la taille (en mètres). Selon la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), chez l'adulte, on parle de surpoids lorsque l'IMC est supérieur à 25, d'obésité lorsqu'il dépasse 30 et d'obésité morbide au-dessus de 40. Chez l'enfant, il faut se référer aux courbes de croissance présentes dans les carnets de santé.



De nombreuses recherches sur le sujet



Marie Buttitta, docteur en psychologie

Établissement hospitalo universitaire, le GHICL n'est pas en reste côté recherche sur l'obésité. Marie Buttitta, docteur en psychologie, a ainsi réalisé une thèse sur la qualité de vie et les difficultés psychologiques en lien avec le poids chez les adolescents obèses. «*Il est très difficile d'être obèse dans nos sociétés où l'on voue un culte à la minceur. Les médias véhiculent l'idée que maigrir n'est qu'une question de volonté, ce qui est très culpabilisant. Nous avons montré que plus la prise en charge vise l'amélioration du bien-être (psychologique, social, etc.) des adolescents obèses, meilleur est le pronostic*» explique-t-elle. Autre thèse, celle du docteur Louise Montagne sur une étude génétique de l'obésité infantile, menée avec l'Institut Pasteur de Lille. Chez les adultes, une étude est en cours avec Karine Wauquier, infirmière, pour explorer les bénéfices perçus de la sophrologie en éducation thérapeutique de préparation à une chirurgie bariatrique (meilleure gestion des émotions, des perceptions du corps, etc.).

Poids à la ligne

«*Notre association est née de deux volontés : la première, de patients ayant un besoin de partager leur vécu avec d'autres personnes étant en parcours de santé et la deuxième, du corps médical qui avait besoin d'un lien entre les soignants et les opérés*» rappelle Sylviane Wolfcarius, sa présidente. Outre des permanences d'informations à Saint Philibert, elle organise des bourses aux vêtements, des stages de



sophrologie et de socio-esthétiques, des groupes de paroles et réunions, des activités sportives, des cours de cuisine... «*Nous ressentons vraiment de la douleur et de la souffrance dans chaque vécu. Le suivi pré opératoire est primordial. Mais, notre expérience nous fait dire également qu'un suivi post opératoire est essentiel.*»

ZOOM

Améliorer la qualité de vie des enfants

La prise en charge des enfants et adolescents débute par une consultation longue avec le pédiatre, qui retrace les antécédents de l'enfant, de sa famille, recrée la courbe de poids et taille. Il fait une évaluation de l'environnement hygiéno diététique : activité de l'enfant à l'école, en extrascolaire, à la maison, le temps passé devant un écran, son alimentation... «*Nous cherchons à cerner ce que viennent chercher les parents et l'enfant. Nous menons une évaluation psycho affective de l'enfant et sa place dans la famille. Ce n'est pas parce qu'ils viennent qu'ils sont acteurs de la démarche. Il faut créer une relation*» détaille Pascale Gronnier, pédiatre, responsable de l'unité de santé de l'adolescent.

Travailler l'estime de soi

Pour les enfants de 5 à 12 ans, ils sont convoqués en hôpital de jour pour une évaluation pluridisciplinaire : pédiatre, diététicienne, éducateur médico sportif, infirmière spécialisée en éducation thérapeutique, chirurgien orthopédique et assistante sociale. «*Ils repartent en fin de journée avec des objectifs, établis en accord avec l'enfant*» précise Hélène Huvenne, pédiatre. Ils sont ensuite vus tous les deux mois. Depuis décembre 2014, le service propose également un cycle d'éducation thérapeutique, où les enfants viennent accompagnés de leurs parents pour six séances, tous les 15 jours, avec une partie théorique et une d'exercices physiques. «*Nous travaillons aussi l'estime de soi, pour que les enfants vivent mieux leur surpoids*» complète Hélène Huvenne.

Améliorer la qualité de vie

Aux 12-18 ans, c'est une hospitalisation de cinq jours dans l'unité de santé de l'adolescent qui est proposée, pour une évaluation à la fois médicale et pluridisciplinaire, complétée d'ateliers pratiques comme des cours de cuisine. Certains peuvent également être orientés vers le service de soins de suite et réadaptation (SSR) du centre Marc Sautet pour un internat de 6 semaines avec scolarisation. Pour Pascale Gronnier, «*la perte de poids n'est pas un objectif en soi chez l'enfant. Si nous arrivons à stabiliser son poids, grâce à sa croissance, son IMC baisse. Mais surtout nous voulons améliorer leur qualité de vie. Le fait d'être pris en charge, de se sentir épaulé fait déjà beaucoup.*»

Une très forte demande

La demande est très forte, avec des prises de poids de plus en plus préoccupantes. Le risque pour l'enfant est que la situation d'obésité continue à l'âge adulte, avec des obésités de plus en plus sévères et des complications (diabétiques, respiratoires, orthopédiques, psychologiques ou cardio vasculaires) qui apparaissent de plus en plus tôt. Pascale Gronnier travaille de fait en lien étroit avec les équipes qui gèrent les adultes pour faciliter la transition de l'adolescent vers l'âge adulte.

PAROLES

Soulager les patients

François Delecourt est le chef du service d'endocrino-diabétologie du GHICL, Marie-Emmanuelle Jeanjean est médecin nutritionniste. Ils gèrent le suivi pré et post opératoire des patients adultes qui souhaitent se faire opérer.

Quelle évolution dans la prise en charge de l'obésité au GHICL ?

La prise en charge est ancienne mais au début des années 2000, l'arrivée de nouvelles techniques chirurgicales a modifié les choses et permis la montée en charge progressive du nombre de patients. Aujourd'hui, nous en comptons 150 nouveaux par an et nous souhaiterions monter à 250. La demande est là, nous n'arrivons pas à y répondre. Dans le cadre de la labellisation de l'ARS, nous devons aussi mettre en place un système de détection annexe : repérer les patients potentiellement concernés qui viennent à l'hôpital pour autre chose. Mais il est difficile de les approcher sans qu'ils se sentent stigmatisés.

Quelle est l'objectif de l'année de préparation ?

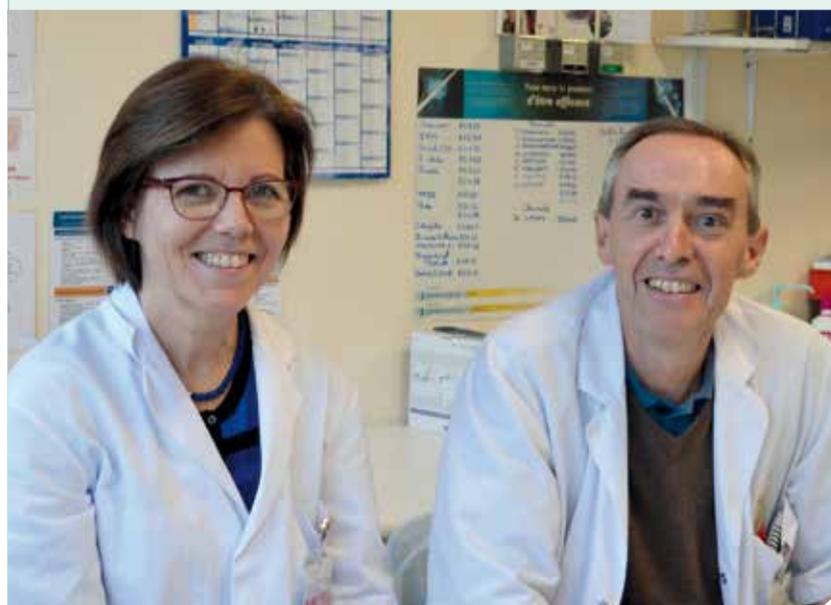
L'objectif est double : c'est tout d'abord d'amener les patients dans le meilleur état possible à la chirurgie. Ensuite, c'est leur faire prendre conscience que leurs efforts devront se poursuivre après l'opération pour assurer un bon résultat et limiter les risques post opératoires. Ils ont du mal à le comprendre au départ. C'est difficile, ils arrivent souvent avec des histoires nutritionnelles compliquées. Mais en général, même s'ils trouvent ce temps long, ils finissent par en comprendre la nécessité. D'ailleurs les résultats sont là : les plus investis dans la phase préparatoire réagissent mieux à l'opération.

Quel est votre ressenti par rapport aux techniques de chirurgie ?

Si on nous avait dit il y a dix ans que nous aiderions des patients à bénéficier d'une chirurgie...! Mais les traitements médicamenteux ne fonctionnent pas, nous avions peu de résultats, nous étions très démunis. Aujourd'hui c'est très positif, nous faisons gagner des années de vie, en supprimant des causes de morbidité comme le diabète... C'est une autre facette du métier de nutritionniste, qu'on ne voyait pas lorsque nous avons appris le métier ! Notre but est de soulager les gens, nous avons l'impression de servir à quelque chose. Nous comprenons mieux cette maladie, beaucoup de recherche sont en cours sur l'obésité.

Qu'est ce qui est le plus valorisant pour vous dans ce métier ?

Le plus satisfaisant ? Voir les femmes commencer ou recommencer à se maquiller, les patients se mettre au sport... Jusqu'à ne plus les reconnaître parfois, tant les transformations sont radicales ! D'ailleurs le psychologue travaille sur l'acceptation des modifications du corps. C'est très gratifiant.



Perspectives

Loi de santé 2016 : il y en a pour tout le monde !

La loi de modernisation du système de santé veut s'inscrire dans la continuité des grandes lois de santé de la république, à l'image de la loi de 1970 ou plus près de nous celle de 2009 : «Hôpital, Patients, Santé et Territoires».

Des principes politiques aux prescriptions vétérinaires et à la cosmétique, du droit des malades au tiers payant généralisé, de la lutte contre le tabagisme à l'expérimentation des «salles de shoot», du dossier médical partagé au droit à l'oubli... tous les thèmes de la santé sont abordés. En 5 titres et 227 articles, cette nouvelle loi nous concerne quelle que soit notre condition : patient, parent, assuré social, consommateur, locataire, professionnel de santé, et, bien sûr, collaborateur d'un ESPIC*.

UNE POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ

La nation définit une «politique nationale de santé» associée à une «stratégie nationale de santé». Celle-ci se décline par région et territoire dans une démocratie sanitaire revue. Les ARS des «grandes» régions conduisent le programme régional de santé. Le schéma régional de santé est étendu aux besoins en implantations pour l'exercice des soins de «premier recours...» sans être opposable aux professionnels libéraux.

PATIENTS, RECOURS COLLECTIFS, TIERS PAYANT...

Les associations de patients (agrées) obtiennent une reconnaissance nationale et des modalités de participation élargies dans la démocratie sanitaire et les établissements de santé. Elles peuvent engager des recours collectifs et disposent d'un droit d'alerte auprès de la HAS. Mais la mesure la plus emblématique concerne la généralisation du tiers payant pour les frais de santé pris en charge par la Sécurité Sociale.

NUMÉRO D'APPEL NATIONAL, DROIT À L'OUBLI...

La mise en place d'un numéro d'appel national des médecins de garde participe à un parcours de soins qui intègre un dossier médical partagé tout autant que la confirmation du droit à l'oubli qui permet aux anciens malades de ne plus évoquer leur cancer s'ils veulent contracter un prêt ou une assurance.

SANTÉ DES JEUNES : VAPOTAGE, ALCOOLISME, BOISSONS SUCRÉES...

La santé des jeunes fait l'objet de nombreux textes épars : des programmes de promotion de la santé, de prévention de l'alcoolisme et de lutte contre les incitations commerciales favorisant l'alcool, l'interdiction des salons de bronzage, l'interdiction de vapoter dans les lieux publics, l'interdiction de fumer en voiture en présence d'un mineur, la désignation d'un médecin traitant pour les moins de 16 ans, l'information sur les aliments et l'interdiction des distributeurs des boissons sucrées et celles contre les expositions sonores... La dispense de l'obtention du consentement parental pour la santé sexuelle des mineurs de 15 ans et plus est précisée.

SERVICE PUBLIC, GHT, EXERCICE LIBÉRAL...

La loi veut rénover le tissu hospitalier. Les établissements publics de santé sont fédérés en Groupements Hospitaliers de Territoire... Ils définissent ensemble un projet médical partagé, des comités stratégiques, techniques, médicaux, soignants mais aussi d'élus locaux prennent part à l'affaire. Le Centre Hospitalier Universitaire est l'épicentre du GHT. Il coordonne les missions d'enseignement, de recherche, la démographie médicale, le recours... Le texte va très loin. Il s'agit de certification unique par

GHT, de services supports et médico techniques regroupés, ou «mutualisés» (pharmacie, laboratoires par exemple), y compris sur un site unique.

Les pôles ne sont pas oubliés, et les premiers décrets à paraître évoquent une notion de pôles inter établissements. Les autorisations, les équipements lourds (IRM etc.), les personnels, les partenariats anciens, rien ne semble vouloir échapper à cette révolution en marche. Déjà, les établissements de santé revoient leurs alliances. La publication des GHT sera fixée par décret en juillet prochain, les projets médicaux de territoire sont mis à l'agenda pour début 2017 (mais les programmes régionaux de santé pour 2018).

Le contour des missions de service public est redéfini et celui des établissements participants au service public également. Plusieurs mentions express développent les conditions d'intervention en matière de dépassements d'honoraires, d'exercice libéral et règlementent l'obligation de communication aux patients des coûts des soins reçus et du «reste à charge».

PRATIQUES AVANCÉES...

On notera également les ouvertures faites par la loi : les possibilités pour les sages-femmes, chirurgiens-dentistes et paramédicaux de prescrire les substituts nicotiques. Le don d'organe est réputé «acquis» sauf refus du donneur de son vivant... Certaines professions de santé ou assimilées sont précisées, redéfinies, créées... Les pratiques «avancées» organisant la délégation de certaines compétences médicales sont à l'ordre du jour.

LUTTE CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX, MAISONS DE SANTÉ...

Redéfinition des équipes de soins primaires, missions des médecins spécialistes, parcours de santé ou création de parcours de soins spécifiques pour le patient douloureux chronique, maisons de santé, constitution de communautés professionnelles territoriales de santé, contrat territorial, pacte territoire santé, la loi organise la lutte contre les déserts médicaux.

SANTÉ MENTALE, ACCÈS AUX SOINS, HANDICAP...

La santé mentale n'est pas oubliée, son organisation territoriale est révisée dans le cadre d'un projet territorial de santé mentale. Les conditions d'hospitalisation complète sans consentement sont règlementées. Plus largement, la loi facilite les conditions d'accès aux soins des personnes handicapées au travers d'un plan d'accompagnement global qui comportera notamment une plateforme d'accompagnement ainsi que des dispositifs de médiation sanitaire et d'interprétation linguistique.

SÉCURITÉ SANITAIRE, MÉDICAMENTS, AGENCE «SANTÉ PUBLIQUE FRANCE»...

La santé, la sécurité sanitaire, celle du médicament, des dispositifs médicaux et l'environnement tissent également une part importante de cette loi ; il s'agit de regrouper les agences de sécurité sanitaire autour d'une seule structure «Santé Publique France». Il conviendra de suivre la parution des décrets en conseil d'état, les décrets d'application ainsi que les faisceaux d'ordonnances et de règlements qui régiront la santé publique française. Les premiers décrets sur les Groupements Hospitaliers de Territoire viennent d'être publiés, suscitant déjà des réactions dans les hôpitaux.

* Établissement de Santé Public d'Intérêt Collectif

Qu'y-a-t'il dans la loi de santé ?
La loi de santé s'articule autour de 3 axes

- 1 Innover pour mieux prévenir**
 - Déployer un parcours éducatif en santé de la maternité au lycée
 - Désigner un médecin traitant pour les enfants (jusqu'à 16 ans)
 - Banquer l'information nutritionnelle sur les emballages alimentaires
 - Réduire les phénomènes d'alcoolisation massive chez les jeunes
 - Lutter activement contre le tabagisme
 - Améliorer le dépistage des infections sexuellement transmissibles
 - Encourager la réduction des risques chez les usagers de drogues
- 2 Innover pour mieux soigner en proximité**
 - Développer une médecine de proximité autour du médecin traitant
 - Généraliser le tiers payant chez le médecin
 - Créer un numéro d'appel national pour joindre un médecin de garde
 - Élargir les compétences de certaines professions de santé
 - Relancer le dossier médical partagé
 - Renforcer le service public hospitalier
- 3 Innover pour renforcer les droits et la sécurité des patients**
 - Créer un droit à l'oubli pour les anciens malades
 - Permettre l'action de groupe (= class action) en santé
 - Améliorer l'accès à l'IVI sur l'ensemble du territoire
 - Ouvrir l'accès aux données de santé
 - Garantir plus de transparence sur les liens d'intérêts en santé
 - Accroître la sécurité des médicaments et des dispositifs médicaux

Saint Philibert, une cuisine centrale plus moderne

Depuis plusieurs années, l'augmentation du nombre de repas produits par la cuisine centrale dépasse les 7%. La cuisine de l'hôpital Saint Philibert produit environ 2 400 repas par jour en liaison froide, dont 1 100 avec livraison sur site distant (Saint Vincent de Paul, Saint François de Sales). L'environnement et le matériel avaient besoin d'un coup de neuf.

La direction générale a souhaité affirmer la pérennité et la qualité de sa cuisine centrale en améliorant l'environnement, les techniques de production et en développant sa capacité pour produire 3 300 repas/jour. Validé par une étude de faisabilité, l'objectif est d'assurer la production des repas de l'EHPAD L'Accueil dès septembre 2016, pour 80 convives. Pour Isabelle Marino, directrice de l'EHPAD, «le déménagement au sein du nouvel établissement marquera le démarrage de la collaboration avec la cuisine centrale en termes de livraison des repas et de l'épicerie. Nous avons réfléchi ensemble dans différents groupes de travail pour réussir ce challenge. Nous attendons des repas diversifiés et de qualité, essentiels au bien-être et à la santé de nos résidents. Nous mobiliserons l'ensemble des acteurs afin d'améliorer l'environnement des repas autant que les repas eux-mêmes.»

Produire en liaison froide

Nos cuisiniers élaborent les plats deux jours avant leur consommation, en passant par une phase de refroidissement à 3°C. Ce mode de production permet une cuisine traditionnelle, à base de produits frais ou surgelés, tout en assurant une grande fiabilité et la variété nécessaire pour les régimes hospitaliers. Une cuisine centrale peut produire pour des établissements distants, à condition que les plats soient distribués en assiette sur plateaux, de façon appropriée sur place. La cuisine relais de Saint Vincent de Paul reçoit les plats tout faits de la cuisine centrale et complète en produisant des plats spécifiques pour le self. À l'EHPAD Saint François de Sales, quatre offices sont dédiés à la mise en assiette des plats pour les résidents.

Produire plus vers l'extérieur

Les EHPAD permettent d'amortir les travaux nécessaires par l'apport de recettes en rétribution des repas livrés et d'investir aussi dans du matériel plus performant. Depuis un an, l'équipe de restauration a construit son projet organisationnel, économique, ergonomique et qualitatif. Plusieurs groupes de travail ont défini les nouvelles techniques de production, la logistique des distributions de repas aux sites extérieurs, les circuits et flux respectant l'hygiène alimentaire, les cycles de menus et prestations diversifiés. Les cuisiniers et agents de restauration ont pu visiter d'autres cuisines, apporter leurs idées ou exprimer leurs craintes. «Avec la modernisation des équipements, notre crainte était de perdre nos savoir-faire culinaires. Au contraire, celle-ci nous apporte productivité, facilité de travail et amélioration de nos cuissons», résume Christophe Dupuis, cuisinier.



De gauche à droite, premier plan : **Thierry Desbottes, Christophe Dupuis, Fahima Dira, Carole Sabos, Virginie Danna, Anne Verheylessonne, Corinne Hujoux**
Deuxième plan : **Christophe Marris, Jérémy Bruneau, Carole Secq, Jean-Charles Lecompte, Yvan Normand, Christopher Delbecque**

Nouveautés

Les travaux se sont déroulés en février 2016 et voici les nouveautés :

- **Environnement de travail** : le carrelage, les surfaces de préparation, l'éclairage, les circuits d'eau, d'électricité, d'extraction, de production de froid ont été rénovés. Le nettoyage est amélioré et facilité.
- **Performance des équipements** : des fours et sauteuses programmables, permettent des «cuissons lentes». Nos Vario Cooking (photo ci-contre) permettent de décaler la cuisson des plats pour qu'elle se déroule lentement de nuit. Qui dit «mijoté» dit tendreté des viandes et saveur améliorées. Notre matériel de refroidissement est plus rapide qu'avant. Un lave-batterie automatique allège la charge de travail à réception des plats sales. Ces nouvelles performances sont mises au service d'une plus grande fluidité de production : moins de stress, un rythme de travail plus régulier, moins de surveillance des cuissons.
- **Logistique** : il a fallu planifier au plus juste les différentes livraisons vers les sites extérieurs, choisir de nouveaux matériels de transport et organiser le stockage et la distribution de tous ces plats jusqu'aux offices des EHPAD.
- **Qualité des repas** : l'équipe de restauration a été accompagnée par l'équipe diététique pour profiter

de ces nouvelles technologies et offrir des prestations nouvelles. Nous pourrions fabriquer des plats mixés «maison» ou des quiches, alors qu'aujourd'hui ce sont des industriels qui nous fournissent. Quant au self, la technicité du matériel permet de cuire nos haricots verts «al dente» comme le souhaitait depuis longtemps Thierry Desbottes, responsable de restauration.

- **Management de l'équipe en cuisine** : quelques recrutements renforcent cet accroissement de production : cuisinier, magasinier, agent de restauration. Les cuisiniers en place ont été formés, accompagnés et reconnus dans leur maîtrise des équipements.

Pour une meilleure qualité

La mise en place de cette nouvelle cuisine tend vers l'amélioration de la qualité (gustative, bactériologique) et des conditions de travail de nos collaborateurs. L'équipe de restauration souhaite être encore plus à l'écoute des services de soins afin de s'adapter au mieux à leurs besoins. Elle tient à remercier la direction du GHICL pour la confiance témoignée, le service technique pour son aide et son écoute et les prestataires extérieurs.



AVANT



APRÈS



le Vario Cooking

Credit photo : Fima

Actualités

Quel dispositif pour quelle formation ?

Plusieurs dispositifs de formation coexistent. Le choix dépend des objectifs visés.

Il faut distinguer deux grandes familles de dispositifs de formation professionnelle :

- ceux qui entrent dans le cadre du plan de formation,
- ceux qui sont à l'initiative du salarié, en dehors du plan de formation pour mener un projet indépendant de l'intérêt de l'entreprise ou dans un intérêt partagé avec l'entreprise. Ces derniers sont :
 - **le congé individuel de formation**, pour suivre une formation de son choix, en lien ou non avec les besoins de l'entreprise,
 - **le bilan de compétences**, qui permet de faire le point sur sa situation professionnelle, ses capacités, ses besoins et ainsi de conforter ou faire émerger un projet professionnel réaliste,
 - **la validation des acquis de l'expérience**, qui rend possible l'obtention totale ou partielle d'une certification après validation de l'expérience passée,

- **le compte personnel de formation**, qui est l'une des principales mesures de la réforme de la formation professionnelle et qui remplace le DIF depuis janvier 2015. Les formations éligibles au CPF doivent être obligatoirement qualifiantes ou permettre d'acquérir le socle de connaissances et de compétences.

Réunions d'information

En 2016, deux réunions d'informations sur ces différents dispositifs seront organisées au sein du GHICL (avril et septembre). Elles seront animées par un conseiller de l'Unifaf (Organisme paritaire collecteur agréé de notre branche professionnelle). Retrouvez tous ces informations sur le site de l'Unifaf www.unifaf.fr

Maternité Sainte Marie, des mamans connectées

Soucieuse d'améliorer la qualité de son accueil hôtelier, la clinique Sainte-Marie propose depuis le 11 janvier 2016 un accès wifi gratuit aux mamans de la maternité. Pour Damez RAMEZ, Directeur des Soins, «*cela répond à une nouvelle demande de nos parturientes. Nos mamans hyper connectées veulent partager rapidement leur bonheur sur les réseaux sociaux ou bien commander en ligne les faire-part de naissance personnalisés*». Ce projet a été mené avec le soutien DSIO dès que cela a été rendu possible par l'installation de la fibre optique entre Lille et Cambrai.



Qualité

Indicateurs nationaux pour la qualité et la sécurité des soins

Sous l'égide de la HAS les établissements de santé doivent recueillir des indicateurs relatifs à la qualité et à la sécurité de soins. Les résultats donnent désormais lieu à une publication sur le site Scope santé (Cf. Symbiose n°62) à l'occasion de la semaine «sécurité des patients».

En sus de leur publication sur le site Scope santé, les indicateurs doivent faire l'objet d'un affichage dans l'établissement et d'une publication sur le site internet.

Des indicateurs pour s'améliorer

Outre leur fonction d'information, les indicateurs ont surtout un usage interne. Ils doivent nous inciter à mettre en œuvre des actions d'amélioration pour ceux dont le score est inférieur aux seuils nationaux ou tout simplement pour accroître notre niveau de qualité. Les résultats des indicateurs et les axes d'amélioration retenus sont suivis par le comité de direction qualité. Certains indicateurs présentent également un caractère optionnel et leur recueil est laissé à l'appréciation de l'établissement. Ainsi en est-il de la prise en charge pré opératoire dans la chirurgie de l'obésité chez l'adulte pour lequel, cela méritait d'être signalé, l'hôpital Saint Philibert obtient un score de 100%. Ces indicateurs sont également pris en compte dans le calcul du financement à la qualité qui accorde aux établissements ayant les meilleurs scores un bonus financier.

Un recueil alterné

Les indicateurs qualité sont recueillis alternativement un an sur deux selon qu'il s'agit d'indicateurs dits transversaux (tenue du dossier patient, tenue du dossier anesthésique...) ou de spécialité (prise en charge de l'infarctus du myocarde, de l'hémorragie du post-partum, etc). Les indicateurs relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales font l'objet de modalités différentes.

En 2016, les indicateurs suivants seront recueillis :

- dossier du patient en MCO, SSR, HAD Santé Mentale,
- réunion de Concertation pluridisciplinaire (RCP),
- dossier d'anesthésie (DAN),
- indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales recueillis de mars à mai 2016 (TBIN),
- lutte contre les infections nosocomiales,
- l'indicateur de la mesure de la satisfaction du patient hospitalisé plus de 48h en MCO. Cette enquête est désormais réalisée en continue à partir des adresses mails des patients (e-satis).

Vous pouvez retrouver les résultats des indicateurs dans le hall de chaque établissement ainsi que dans l'Intranet F - Démarche qualité - Certification - Indicateurs qualité - IQSS

Les indicateurs 2015

Les indicateurs nationaux de spécialité recueillis en 2015 :

- IDM «Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde»,
- AVC «Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral»,
- HPP «Prévention et prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat»,
- OBE «Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : Prise en charge pré opératoire».

Rencontre avec...

Antoine Claret, chirurgien thoracique

L'hôpital Saint Philibert intègre une nouvelle activité : la chirurgie thoracique. Antoine Claret, séduit par la philosophie et l'éthique du groupement, a pris ses fonctions le 1^{er} décembre dernier pour la mettre en place.

Formé au CHRU de Lille en chirurgie thoracique, Antoine Claret a proposé au GHICL de redévelopper cette activité pratiquée il y a plusieurs années à Saint-Philibert et inexistant depuis. Un projet rapidement soutenu et accepté par l'administration et les services partenaires. Son développement apporte une offre de soin supplémentaire à celles du CHRU et du secteur privé pour les patients du groupe et de la région.

Prise d'activité rapide

L'objectif est de créer l'activité en s'appuyant sur les qualités existantes. «Un des atouts est de pouvoir se développer dans le service du Docteur Nunes, qui devient un service de chirurgie digestive, viscérale et thoracique, où le personnel paramédical est déjà sensibilisé à la prise en charge chirurgicale post opératoire» explique Antoine Claret. Des formations complémentaires ont été proposées aux infirmières, aides-soignants et kinésithérapeutes. Le service est ouvert 24h sur 24, des consultations se font aux hôpitaux de Saint-Philibert et Saint-Vincent de Paul. Il s'avoue surpris par la prise d'activité rapide. Pour le moment, le service arrive à absorber le surplus de patients, en partenariat avec les services de pneumologie, d'urgence et de réanimation.

En attente d'autorisation pour le traitement des cancers

Cette nouvelle activité prend en charge tous les patients relevant de la chirurgie thoracique. Seule la chirurgie carcinologique à vocation thérapeutique ne peut pas être faite dans l'immédiat, car soumise à autorisation de l'Agence Régionale de la Santé (ARS). Elle prend ainsi en charge pneumothorax, hémithorax, fractures et volets thoraciques, épanchements pleuraux, malformations thoraciques (pectus), hernies ou éversions diaphragmatiques, hyperhydrose palmaire, emphysème... «Nous souhaitons commencer par des pathologies bénignes, fonctionnelles et la pathologie d'urgence afin de renforcer la formation de l'ensemble du personnel, avant de débiter la chirurgie carcinologique thérapeutique, dont les suites sont plus à risque de complications. L'objectif étant d'assurer une sécurité maximale aux patients». Les opérations se font prioritairement en vidéo thoroscopie mais le recours à la thoracotomie est possible selon les indications.

Vidéo Thoroscopie et SOS Pneumothorax

Sélectionné, par la Société Française de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire, avec neuf autres chirurgiens nationaux, Antoine Claret reçoit une formation complémentaire sur les résections thoraciques en vidéo thoroscopie dans 5 centres experts. Il propose, dès à présent, cette technique pour les résections non carcinologiques. Une nouvelle colonne de vidéo chirurgie est en essai pour le service de chirurgie digestive et thoracique.

Autre nouveauté : la création du centre «SOS pneumothorax». Son objectif est de faciliter la prise en charge des patients ayant un pneumothorax idiopathique, secondaire ou traumatique. Un standard électronique (03 20 22 59 33), accessible 24h/24, orientera vers le pneumologue ou le chirurgien d'astreinte. L'objectif est de limiter le recours aux urgences et de simplifier le parcours du patient vers un service spécialisé.

Des valeurs communes

C'est l'éthique, la philosophie et la taille humaine du GHICL qui ont séduit Antoine Claret ainsi que la richesse du plateau médico-technique : «les différents intervenants autour d'un patient peuvent se parler directement, le patient est placé au centre de la prise en charge. Tout est sur le même site pour assurer une réactivité et une sécurité maximale.»



Contact :
claret.antoine@ghicl.net
Poste 85069

Antoine Claret,
chirurgien thoracique



Découverte



De gauche à droite :
Bénédicte Gomet (IDE), Cindy Scardova (IDE), Christelle Mairesse (Cadre), Monique Cobigo (IDE), Jennifer Machu (AS)
et Bertille Buirette (IDE)

L'ambulatoire : le quotidien de Sainte Marie

Rigueur, organisation, réactivité : un service ambulatoire exige des qualités de coordination permanentes. Pour la clinique Sainte Marie, où l'ambulatoire représente 70 % de l'activité, c'est vital !

Des lapins, des chevaux, des couleurs flashy : l'ambulatoire pour les enfants a fait peau neuve à Cambrai (lire encadré). Il faut dire que pour la clinique Sainte Marie, l'ambulatoire, enfants et adultes, représente 70% de l'activité. Gastrologie, chirurgie viscérale et vasculaire, traumatologie, stomatologie, ophtalmologie, urologie, ORL, la plupart des opérations sont désormais accessibles en ambulatoire. Au grand bonheur des patients. Ces techniques moins invasives, associées à des anesthésies plus légères, permettent un retour immédiat à domicile et des arrêts de travail plus courts. «*Nous répondons à une vraie demande des patients, confirme Franck Duponchelle, directeur de la clinique Sainte Marie. Nous avons une forte culture ambulatoire. La taille de notre établissement et les pathologies traitées, adaptées à une agglomération de la taille de Cambrai, s'y prêtent bien.*» Il précise toutefois que ce taux très élevé d'ambulatoire est un plafond, à ne pas dépasser pour garantir la qualité des soins et l'équilibre financier de l'établissement.

Évolution des techniques

C'est le développement de techniques chirurgicales comme la coelioscopie, qui a permis l'émergence de l'ambulatoire. En parallèle, ont également évolué les techniques d'anesthésie (plus légères), les soins médicamenteux anti douleurs (mieux adaptés) et les diagnostics préopératoires (plus précis). Sainte Marie possède

également une petite partie ambulatoire médecine, pour les traitements par chimiothérapie ou les transfusions par exemple.

Un process bien rodé

L'ambulatoire exige réactivité, multidisciplinarité, organisation bien rodée, coordination parfaite des intervenants : infirmiers, brancardiers, agents de service logistique, aides-soignantes, administratifs, médecins... Christelle Mairesse, cadre de service, nous détaille le process. «*Les programmes opératoires nous sont adressés par le secrétariat des médecins. Nous les coordonnons en fonction des places et souhaits des patients (chambre simple par exemple). Un lit peut être pris deux à trois fois dans la journée ! Nous accueillons les patients à l'admission ambulatoire. L'infirmière fait l'entretien d'accueil, explique le déroulement de la journée et les prépare pour l'intervention. Nous travaillons avec deux blocs, l'un spécialisé en endoscopie et l'autre plus général. Les premiers patients arrivent à 7h, puis s'échelonnent toute la journée. Une fois l'intervention terminée, le patient est remonté dans sa chambre, où l'infirmière fait le retour de bloc, vérifie ses constantes. Le médecin passe ensuite pour valider le retour à domicile. L'infirmière gère la sortie. Le patient est systématiquement appelé le lendemain pour s'assurer que tout va bien et pour répondre à d'éventuelles questions.*»

Des process en amélioration continue

70% de l'activité, cela signifie 12 000 patients par an, soit entre 50 et 70 par jour ! Le flux est continu... «*Le plus difficile, concède Christelle, c'est de réussir à placer tout le monde et faire en sorte que la chambre soit prête quand le patient arrive.*» Autre point de vigilance, la transmission des informations. «*L'infirmière qui prend en charge un patient n'est pas forcément celle qui fait le retour de bloc et sa sortie. Nous faisons des transmissions écrites et orales, selon des process définis.*» Pour s'améliorer, le service a déjà fait deux patients-traceurs. Résultat : la mise en place dès février 2016 d'un nouveau dossier de suivi, le lancement d'une réflexion avec les anesthésistes et les médecins pour élaborer un protocole sur la reprise de l'alimentation, et la création, en cours, d'un passeport ambulatoire à laisser au patient.

Le plus valorisant

Les réflexions se mènent en équipe. «*Tout le monde est très investi, la plupart des membres du service étaient là à sa création en avril 2010. Les équipes font du bon travail, elles sont très ouvertes, font tout pour que ça fonctionne*» se réjouit Christelle. Sa satisfaction ? Celle des patients. «*Nous avons des retours très positifs, c'est très valorisant.*»

Au pays imaginaire

Un arbre tarabiscoté, une grosse tortue, une drôle de maison.... En face, un autre mur reprenant tous les intervenants du service. La nouvelle déco du secteur pédiatrique anime l'accueil des enfants ! Ce projet est issu d'une réflexion menée avec l'association Sparadrad, sur la prise en charge de l'enfant. La rencontre avec une patiente artiste peintre, enthousiaste, a débouché sur un vrai projet de service. Tout le monde a joué le jeu. Secrétaires, infirmières, aides-soignantes, agents de service logistique, brancardiers : ils figurent tous sur le mur trombinoscope avec, expliqué de manière très pédagogique, le rôle de chacun. Et ils se retrouvent également tous, qui à dos de libellule, qui accroché à une fleur, incrustés dans le monde imaginaire. Chaque thème est ensuite repris dans les chambres désormais identifiées par l'un des personnages du tableau. Pour mener la refonte jusqu'au bout, les chambres ont également été repeintes en couleur très flashy ! Un cadre plus en harmonie avec cette jeune cible, déboussolée par une intervention hospitalière.



Ouverture d'un hôpital de jour

En complément de l'ambulatoire, la clinique a ouvert fin 2015 un hôpital de jour pour les bilans urodynamiques. Un autre devrait prochainement démarrer pour la diabétologie puis pour l'obésité.

**L'activité
en chiffre**

10

infirmières

4

aides-soignantes

28

lits pour l'ambulatoire adulte

14

lits pour l'ambulatoire
pédiatrique

Nous y étions

Un article sur le label **Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB)**

Sylvie Kraupner, infirmière puéricultrice en néonatalogie, a rédigé un article dans «Les Cahiers de la puéricultrice» de janvier dernier.

C'est dans le service de néonatalogie que travaille Sylvie Kraupner, infirmière puéricultrice. Diplômée en allaitement (consultante en lactation et DIULHAM), elle est référente du projet IHAB en néonatalogie. Pour présenter le cheminement de la néonatalogie vers le label IHAB, elle a publié un article dans le magazine «Les Cahiers de la puéricultrice» de janvier 2016.

Des soins centrés sur la famille

Les principes de ce projet reposent sur une attitude de l'équipe centrée sur les besoins individuels de la mère et de son nouveau-né, qu'il soit allaité ou non, mais aussi sur une philosophie des soins centrés sur la famille. Nous incitons ainsi les parents à prendre leur place dès la naissance.

Modifier la façon d'agir

Le poste de Sylvie, détaché au soutien à l'allaitement, a facilité la cohésion des équipes dans la mise en place de l'allaitement du prématuré. Celle-ci peut prendre plusieurs semaines en fonction du terme de naissance de l'enfant. Chaque prise en charge d'allaitement est personnalisée, les conseils sont désormais cohérents, car chaque soignant de la néonatalogie a reçu 21 heures de formation à l'allaitement et est formé sur le terrain par Sylvie. L'organisation des soins a été repensée pour que les parents participent au maximum aux soins de nursing. Cet énorme travail s'est fait progressivement sans heurts, parce que chaque progrès est mis en avant ; il est important de soutenir et de féliciter les équipes. Ce que retient Sylvie de cette expérience de labellisation, c'est qu'il ne faut pas essayer d'imposer des pratiques mais faire comprendre l'intérêt de modifier la façon d'agir.

Hausse des taux d'allaitement

Les taux d'allaitement à la sortie de néonatalogie ont progressivement augmenté et le bien être des mamans s'est fait ressentir. En 2015, 80% des mamans ont fait le choix d'allaiter leur enfant. À la sortie de néonatalogie, 92% de ces mamans allaitent exclusivement et 8% proposent un allaitement mixte.

Renouvellement en 2018

Le label IHAB a été délivré pour une durée de quatre ans. Un suivi par enquêtes est fait tous les ans pour nous aider à maintenir le cap. En 2018, les experts IHAB reviendront nous rendre visite. D'ici là, Sylvie envisage de se former pour faire partie de l'équipe d'évaluateurs d'IHAB France.



Ça bouge

Un tout nouveau site WEB

Après 10 ans d'existence, le site internet du GHICL se modernise et renouvèle son image !



Au-delà du simple fait de restructurer le site internet du GHICL, l'enjeu de cette refonte était de le rendre plus visuel, accessible et pratique pour les utilisateurs. Le GHICL souhaitait présenter et valoriser ses activités et équipes, tout comme ses projets et actualités. L'environnement de plus en plus concurrentiel dans le secteur de la santé a été pris en compte pour agencer ce nouveau site et le différencier.

Accès mobile

Après le lancement de la nouvelle identité visuelle, la refonte du site internet allait de paire avec le renouvellement de notre image. Ce nouvel outil améliore notre positionnement sur la toile et permet un référencement optimum sur les moteurs de recherche. Pour faciliter l'information des internautes, à tout moment et en toute mobilité, le site a été repensé en «responsive design», c'est-à-dire qu'il s'adapte visuellement aussi bien sur ordinateur, que sur tablettes ou smartphones.

Entrées multiples

La nouvelle architecture du site s'adapte à l'environnement de notre Groupe (offre régionale, sanitaire et médico-sociale). De fait, d'un point de vue de l'utilisateur, celui-ci dispose de multiples entrées possibles : par établissement, par profil (patient, journaliste, professionnels de santé...), par spécialités médicales, par médecin... Des mini-sites ont également vu le jour : le réseau «sourd et santé», la recherche, le secteur des personnes âgées, du handicap et de la dépendance, ou encore la maternité et la pédiatrie pour un accès direct.

Trombinoscope

Enfin, parce que le site nous représente, il met en avant les équipes et diffuse un trombinoscope de l'ensemble du corps médical, ainsi que des vidéos visibles depuis le lancement de la chaîne Youtube dédiée au GHICL.

Ce nouvel outil sera, à coup sûr, plus qu'une vitrine pour le GHICL ! Il sera aussi, nous l'espérons, un outil à partager ensemble.

Le GHICL se lance sur les réseaux sociaux!

Les établissements du GHICL investissent le réseau social Facebook. À visée institutionnelle, les pages en lien avec le site internet, refléteront l'actualité du Groupement. Lancées en même temps que le site internet, ces pages montrent notre souhait d'être présent sur le web de différentes façons !

FOCUS

Touchés !

L'association Une Touche d'Espoir a gâté les enfants et les adolescents pris en charge par Saint Vincent de Paul.



Une Touche d'Espoir est une organisation citoyenne dont l'exercice principal est de rencontrer et venir en aide aux personnes qui vivent dans la rue. Chaque dimanche, vous les croiserez sans doute, avec leur tee-shirt estampillé du logo de l'association, distribuer denrées, matériel et vêtements en centre ville de Lille. Si vous les accompagnez, vous apprendriez aussi qu'ils soutiennent ces personnes en marge de notre société à exercer de plein droit leur citoyenneté.

Mais le mercredi 10 février, c'est vers les enfants et les adolescents de l'hôpital Saint-Vincent de Paul qu'ils se sont tournés. Attentifs aux problèmes soulevés par l'accueil de nombreux bébés dans le service de médecine et chirurgie pédiatrique, ils ont remis à l'équipe soignante une quinzaine de mobiles musicaux et luminescents pour fixer aux lits des enfants. L'Unité de Santé de l'Adolescent de son côté a non seulement reçu un poste CD dernier cri pour ses ateliers thérapeutiques, mais a aussi organisé avec Une touche d'Espoir un atelier pâtisserie et un goûter de remerciements. Il ne restait plus qu'à nous rassembler tous, soignants, patients, bénévoles de l'association pour boire, manger mais surtout nous rencontrer et échanger.

Retrouvez Une touche d'espoir sur Facebook et sur helloasso.com pour faire un don.



Directeur de la publication : Laurent Delaby

Rédacteur en chef : Pascale Breucq

Comité de rédaction :

Hélène Barbay, Anne-Laure Demeure, Isabelle Dumont, Catherine Ficquet-Jactat, Isabelle Hervein, Stéphanie Mangot, Érick Mizzi, Laetitia Nasser, Damien Ramez,

Ont également participé à ce numéro :

Hélène Barbay, Adeline Quatannens, Christine Poyet, Thierry Desbottes, Jean-Philippe Willem, Franck Duponchelle, Guillaume Darchy

Réalisation : www.caillleassocies.fr

Tirage : 1 500 ex.

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

Votre journal interne Symbiose est distribué tous les trois mois.

