



## 2<sup>e</sup> certificat iso 9001 obtenu par la stérilisation >> 5

En mars 2005, le service de stérilisation a été certifié ISO 9001 « de la pré-désinfection à la livraison dans les services ». Depuis cette date, ce certificat a été remis en question par des audits de suivi annuels. Un auditeur externe vient interviewer les équipes et recueillir les preuves du bon fonctionnement des différentes activités de la stérilisation (ex. : suivi des achats de matériel, suivi des formations internes, suivi des maintenances etc.). La priorité de l’auditeur est d’observer la capacité de l’équipe de stérilisation à améliorer ses prestations suite à l’évolution des textes réglementaires et normatifs, aux déclarations de non-conformités, au recueil d’indicateurs, aux audits et à l’évaluation des relations avec les services.

Les 2 et 3 juin 2008, le service de stérilisation a été audité par la société Bureau Veritas Certification (anciennement B.V.Q.I.). L’auditeur issu du monde industriel n’a pas relevé de non-conformité majeure dans le système permettant d’assurer la qualité de la stérilisation, ce qui a permis le renouvellement du certificat ISO 9001 jusqu’en mars 2011.

Cette confirmation par Bureau Veritas souligne la maturité du système qualité de la stérilisation et sa capacité à offrir une prestation de type industriel.

La certification souligne également l’engagement régulier du personnel de la stérilisation, des blocs, des services de soins, des services techniques, du service biomédical, du service d’hygiène, de la pharmacie et des auditeurs internes pour veiller au respect et à l’amélioration des organisations.

**M. David DUBOIS – Ingénieur qualité**

## Prise en charge des patients obèses >> 6

Le service de diabétologie - maladies métaboliques - cherchait depuis plusieurs années à développer une structure de nutrition plus particulièrement dédiée à la prise en charge des patients obèses. L’obésité est en effet au cœur de notre discipline et représente actuellement un réel problème de santé publique du fait de sa prévalence qui ne cesse d’augmenter (12,4% de la population adulte de plus de 15 ans) mais surtout de son retentissement en terme de morbi-mortalité et de coût pour la santé. Nous pouvons dire, aujourd’hui, que l’obésité est une véritable maladie chronique et, qu’au même titre que le diabète ou l’hypertension, doit être prise en charge dans une structure hospitalière appropriée avec du personnel soignant sensibilisé et préparé à cette pathologie bien complexe, très ou trop souvent résumée à : « il est gros car il mange trop ».

**La structure de nutrition est en place depuis juin 2008.** Elle accueille **6 patients adultes** de plus de 18 ans ayant un IMC > 30, une semaine par mois, qu’ils soient diabétiques ou non. L’hôpital de semaine en diabétologie comprend ainsi chaque mois : deux semaines d’éducation diabète, 1 semaine pompe à insuline et 1 semaine nutrition.

L’objectif de cette semaine n’est pas la perte de poids (trop peu de temps) mais une évaluation la plus complète possible

des causes et conséquences de leur obésité. Le but ultime étant qu’à la fin de la semaine, chaque patient reparte avec un ou des objectifs personnalisés en terme de diététique et d’activité physique. **Cette structure pluridisciplinaire fait donc intervenir**, sous forme d’ateliers, durant toute la semaine la **diététicienne** pour l’éducation nutritionnelle, la **kinésithérapeute** pour une re-sensibilisation à l’activité physique et la **psychologue**. Cette semaine est la première étape d’un travail qui va s’inscrire sur une année avec un suivi diététique trimestriel, à la charge du patient, un suivi médical et éventuellement psychologique, pour se finaliser à 1 an sur une synthèse en hôpital de jour. La grande difficulté demeure celle du recrutement des patients. Les patients doivent être motivés, accepter le suivi et ne pas présenter de contre-indication à la reprise d’une activité physique.

**Dr Ingrid DELCOURT CRESPIN**

## Réseau Vendée Diabète 7

Le Réseau Vendée Diabète est entré en fonction au 1<sup>er</sup> juillet 2008.

Le Réseau Vendée Diabète est un réseau de santé départemental Ville Hôpital financé par le Fonds d’Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS). Le promoteur du réseau est l’association **DIABETE 85**.

**L’objectif du réseau** est d’améliorer dans le département de la Vendée, la qualité de prise en charge des patients diabétiques, afin de réduire la fréquence des complications dégénératives de la maladie. Ce réseau est destiné aux patients diabétiques. Il est constitué par des professionnels de santé libéraux, hospitaliers, en premier lieu les médecins généralistes, diététiciennes, pédicures-podologues, infirmier(e)s.

**L’adhésion au réseau** est volontaire et gratuite. Elle est conditionnée par la présence à une session initiale de formation « diabète et réseau » et à la signature de la charte d’adhésion. S’y ajoute pour les pédicures podologues la réalisation d’un mini stage dans le service de diabétologie (deux demi-journées).

L’adhésion est également proposée aux médecins spécialistes (endocrinologues, angiologues, cardiologues, ophtalmologistes, néphrologues…), aux pharmaciens, aux établissements hospitaliers.

**Les missions du réseau** sont :

- améliorer la qualité des soins** en participant à la formation continue des professionnels de santé, à la diffusion des référentiels ou des recommandations, à l’organisation des soins ;
- l’éducation thérapeutique précoce** du patient en privilégiant la notion de proximité (*îlots éducatifs de proximité*)
- éducation** en groupe de six patients, 9 heures de formation multidisciplinaire (diététicienne, médecin, infirmière, podologue, éducateur physique) ;
- faciliter l’accessibilité à l’éducation, aux soins, au dépistage** par la prise en charge financière des consultations diététiques (deux la première année puis une consultation par an) et du suivi podologique adapté au niveau de risque du trouble trophique (grade 0 et grade 1). Idéalement, à court terme, en collaboration avec les ophtalmologistes, l’organisation d’un dépistage de la rétinopathie par un rétinographe non mydriatique itinérant (en 2007 seulement 48,2% des diabétiques vendéens ont consulté un ophtalmologiste) ;
- la coordination et la communication entre les soignants** par l’utilisation d’un carnet de liaison en possession du

patient, pour une meilleure implication dans le suivi de sa maladie.

**Le parcours du patient adhérent au réseau** : l’adhésion du patient se fait par son médecin traitant adhérent au réseau. Si le médecin traitant n’est pas adhérent au réseau, l’adhésion du patient est possible mais nécessite l’accord de son médecin. Le patient est reçu en entretien individuel par l’infirmière ou la diététicienne du réseau (à proximité de son domicile) pour le diagnostic éducatif, l’explication du mode de fonctionnement du réseau. Il bénéficie ensuite de sessions éducatives en groupe à proximité de son domicile (îlots éducatifs de proximité). Par la suite, des consultations diététiques et podologiques sont prises en charge par le réseau, si elles sont réalisées par des professionnels adhérents et formés par le réseau. Les professionnels de santé enrichissent le carnet de liaison au décours de leurs consultations (diététiciennes, pédicures-podologues, infirmier(e)s ou au retour des résultats d’examens de suivi habituel (médecins généralistes). Le médecin généraliste réalise également la gradation podologique.

**Le comité de pilotage** du réseau correspond au conseil d’administration de l’association Diabète 85, il est composé de représentants des différentes catégories professionnelles de santé (médecins généralistes, infirmier(e)s, pédicures-podologues, diététiciennes, pharmaciens, médecins spécialistes), de la présidente de l’association vendéenne des diabétiques, des représentants des établissements hospitaliers, du médecin coordinateur du réseau, de l’infirmière et de la diététicienne du réseau.

**L’évaluation du réseau** est réalisée annuellement. Elle porte sur le flux des adhésions des professionnels et des patients, l’implication des patients dans leur prise en charge (réalisation effective des consultations et des séances d’éducation), et sur les indicateurs de suivi de la maladie (équilibre métabolique, bilan des complications dégénératives, etc.).

**Les îlots éducatifs de proximité** : les séances en groupe d’éducation thérapeutique des patients sont organisées à proximité de leur domicile : centres hospitaliers (Challans, Fontenay le Comte, la Roche-sur-Yon, les Sables d’Olonne, Luçon, Montaigu), hôpitaux locaux (La Chataigneraie, Machecoul, Yeu) mais aussi centres de soins, salles communales (ainsi, si le groupe est composé de 6 patients d’une même commune, le réseau s’efforcera d’organiser l’éducation dans la commune).

**Place des établissements hospitaliers dans le réseau** : les établissements hospitaliers adhérent volontairement au réseau après validation par les instances de l’établissement. Ils s’engagent ainsi à favoriser en leur sein le fonctionnement du réseau (mise à disposition de locaux pour les formations patients) et à permettre à leur personnel qui le souhaite (notamment diététiciennes) d’adhérer au réseau. Seules seront prises en charge par le réseau, les consultations réalisées par les diététiciennes adhérentes pour des patients du réseau.

**Les réseaux diabète en France** : environ 70 réseaux diabète ont été constitués en France depuis la fin des années 90 (locaux, départementaux ou régionaux). En 2006, l’enquête de l’ANCRD (Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète), portant sur 58 réseaux, dénombre 45 117 patients et 14 500 professionnels adhérents dont 5 138 médecins généralistes. L’analyse des indicateurs de suivi montre que les patients adhérents aux réseaux diabète sont mieux suivis, mieux équilibrés, mieux dépistés (complications).

**L’équipe permanente du réseau** est

constituée par une infirmière mi-temps (Marie-Paule Bouard), une diététicienne mi-temps (Adeline Jaulin), une secrétaire mi-temps (Monique Robert), un médecin coordinateur (Dr Gérard Fradet).

**Les coordonnées du réseau** :
vendee-diabete@orange.fr
Téléphone : 02.51.37.89.46



Dr Gérard FRADET

1- données URCAAM (chiffre toutefois minoré par l'absence de prise en compte des examens ophtalmologistes réalisés dans le cadre d'une hospitalisation).

## L'analgésie régionale à domicile dans la chirurgie de l'hallux valgus en ambulatoire: 8

**Quand la ville et l’hôpital se donnent la main, c’est le «  pied » pour le patient !**

Au cours de la dernière décennie, les techniques d’anesthésie locorégionale périphérique des membres par cathéter périmerveux (ALR périphérique) ont pris un formidable essor et révolutionné la prise en charge de la douleur post-opératoire des interventions orthopédiques lourdes et/ou douloureuses.

Le principe de ces techniques est d’instiller par l’intermédiaire d’un cathéter de faible diamètre (1 mm environ), placé au plus près du nerf dans le territoire duquel se situe la chirurgie, un agent anesthésique local afin de bloquer la conduction nerveuse et induire un bloc essentiellement sensitif, clé de l’analgésie.

Dans la plupart des interventions (notamment celles nécessitant une rééducation post-opératoire précoce), elles se sont montrées bien supérieures en termes de rapport efficacité analgésique/morbidité, aussi bien à la traditionnelle « pompe à morphine » (PCA IV) qu’à l’analgésie péri-durale qui trouve désormais ses meilleures indications dans l’analgésie de la chirurgie thoraco-abdominale lourde : les raisons principales en sont une parfaite analgésie dite « dynamique » d’une part (lors des mobilisations), mais également et surtout, l’absence d’effets secondaires, soit morphiniques (nausées, vomissements, prurit, rétention urinaire, troubles psychiques), soit liés à l’administration péri-durale des anesthésiques locaux (hypotension artérielle, rétention urinaire).

La surveillance des patients en bénéficiant peut donc se faire en secteur d’hospitalisation traditionnelle sous couvert d’un personnel formé (ce qui est le cas au CHD) et se focalise essentiellement sur les effets pharmacodynamiques (qualité du bloc obtenu et surveillance de la douleur) ainsi que sur d’éventuels signes de passage systémique des anesthésiques locaux, exceptionnels mais potentiellement graves. De plus, ces techniques d’analgésie ont clairement prouvé dans certaines interventions comme l’arthroplastie totale de genou (PTG), une amélioration du pronostic fonctionnel articulaire, avec des degrés de flexion significativement supérieurs lorsqu’un cathéter périmerveux fémoral était laissé en place pendant 48 à 72 H en

post-opératoire.

Enfin, en permettant une rééducation précoce et intensive en post-opératoire immédiat, elles diminuent la durée d’hospitalisation et de rééducation, générant d’importantes réductions des coûts d’hospitalisation.

Ainsi pour les équipes possédant déjà une solide expérience hospitalière de ces techniques (environ 600 cathéters périmerveux par an au CHD) et étant donné leurs atouts (contrôle optimal de la douleur, sécurité d’utilisation), il était logique de songer à exporter au domicile des patients ce mode d’analgésie, ceci afin de permettre à certaines interventions jugées jusqu’alors trop douloureuses (nécessitant habituellement une hospitalisation de plusieurs jours) de pouvoir accéder à un mode de prise en charge ambulatoire.

Ce concept va dans le sens non seulement d’une plus grande satisfaction des patients de plus en plus nombreux à désirer ce mode d’hospitalisation, mais aussi bien sûr d’une réduction de la durée et des coûts d’hospitalisation. Encore faut-il pouvoir assurer au patient la même qualité de soins post-opératoires et de surveillance que celle dont il aurait bénéficié à l’hôpital…

Souhaitant vivement relever ce défi et matérialiser ce concept encore novateur (une dizaine de centres seulement existent en France), l’équipe d’anesthésie du CHD, son IDE référent douleur, l’HAD de Vendée et bien sûr les chirurgiens volontaires (Dr Venet et Dr Roch) ont uni leurs efforts pour créer un réseau d’IDE libérales (75 à ce jour réparties sur le département vendéen), qui ont été formées par les praticiens du service d’anesthésie à la gestion de ces cathéters périmerveux au domicile. Outre une formation initiale qui s’est centrée principalement sur la gestion pratique du cathéter sciatique utilisé dans la chirurgie de l’avant pied (hallus valgus), il est prévu secondairement, si le succès est au rendez-vous, d’assurer une formation continue et éventuellement d’étendre le « champ d’action » du réseau à d’autres chirurgies (épaule) et d’autres types de soins douloureux (ulcères de jambe).

Ce réseau fonctionne effectivement depuis février 2008 : une trentaine de patients éligibles pour une prise en charge en ambulatoire ont été inclus et nous en avons globalement d’excellents retours au travers de l’enquête de satisfaction. Un patient seulement, dont le dispositif infusant l’AL était défaillant, a dû revenir en hospitalisation. Aucune autre complication n’a été relevée. Très entourés pendant la durée de la prise en charge (visite de l’IDE au moins bi-quotidienne) et en liaison directe avec l’équipe hospitalière (service d’anesthésie et HAD), les patients ont majoritairement mis l’accent sur le climat de sécurité entourant la procédure. Soulignons par ailleurs que la motivation et la disponibilité des IDE participantes est excellente.

Après ces débuts prometteurs, souhaitons donc longue vie au réseau vendéen d’ALR à domicile !
**Dr Jérôme GUILLEY – Dr Gilbert LORRE**

## L'hôpital au 20<sup>e</sup> siècle >>> 9

Le **20 septembre 2008**, à l’occasion du Bicentenaire du Centre Hospitalier Départemental de la Vendée, des intervenants d’envergure nationale se sont succédés à la tribune de l’I.F.P.S.

Associant des personnalités politiques, des autorités administratives, un chercheur en économie de la santé et de grandes voix du monde médical, cette journée avait pour ambition

d’accélérer les prises de conscience quant aux bouleversements fondamentaux qui atteignent les établissements publics de santé et plus généralement l’organisation sanitaire française.

Deux médecins passionnés d’histoire sont intervenus en liminaire en évoquant la destinée mouvementée de l’hôpital de La Roche-sur-Yon.

Le discours de M. le Dr J.-F. MORINEAU ayant été plébiscité, celui-ci vous est livré dans son intégralité.

« Fallait-il pour célébrer un bicentenaire faire appel à un biquadragénaire, c’est à dire à un octogénaire - et même outrepassé ! … et, qui plus est, en lui confiant d’évoquer l’hôpital au 20<sup>e</sup> siècle ? … à l’ère de l’éclosion de la modernité.

Mais nous savons bien que le Directeur Général du CHD multisite ne craint pas de prendre des risques…

Face à ce défi de faire œuvre de mémoire, de mémoire plus rétro qu’antérograde, je me sens à la fois trop jeune et pas assez vieux !

Ce qui n’est manifestement pas le cas du Dr Dominique Tétaud, très à l’aise dans le 19<sup>e</sup> siècle et dont nous venons d’apprécier l’acrobatique condensé du travail remarquable effectué en 1986/1987 pour sa thèse de doctorat en médecine sur « L’hôpital de la Roche-sur-Yon au 19<sup>e</sup> siècle ». Le Dr Tétaud a fait la œuvre d’historien.

Pour ma part, sans compétences pour « l’histoire », je me contenterai d’être un raconteur d’histoires, de petites histoires du quotidien glanées dans mes souvenirs, mais qui me semblent évocatrices de ces extraordinaires mutations qu’ont connu la vie de l’hôpital et la médecine hospitalière au cours de ce 20<sup>e</sup> siècle.

Et je m’excuse auprès de celles et ceux qui auraient eu déjà à subir mes rumine­ments anecdotiques.

Lorsque je suis arrivé en 1946, au lendemain de la guerre, jeune interne dans les hospices de Trou-sur-Yon, je n’avais sûrement pas conscience alors de vivre une époque charnière.

Un vieux monde médical et hospitalier, celui de l’avant-guerre, allaits’êteindre. Une nouvelle ère de modernité, de technicité, de progrès étonnants des connaissances et des moyens diagnostiques et thérapeutiques allait pointer.

L’hôpital d’alors n’était guère différent de celui que nous a décrit D. Tétaud à la fin du 19<sup>e</sup> siècle.

Toutefois la métropole de l’ancien hôpital napoléonien avait cependant traversé la Manche et colonisé l’autre rive du boulevard d’Angleterre pour y implanter le Pavillon de chirurgie et une toute nouvelle maternité.

Il y avait maintenant, comme le disait le langage populaire « la vieille et la nouvelle hôpital ». Et je me laissais aller à fredonner ces paroles ambiguës d’un vieux cantique célébrant un village aux deux églises : « Nous irons voir la jeune, objet de nos désirs ; nous irons voir la vieille, ça fait toujours plaisir ! … ».

A la « vieille » il y avait deux médecins, naturellement à temps partiel pour les services de médecine homme et de médecine femme - on n’avait pas encore osé le service unisexue - et les hospices de sexes homologues.

Et à la « nouvelle » trois chirurgiens, à l’occasion obstétriciens et aussi à temps très partiel.

Et nous n’étions que deux internes à nous partager ce champ opératoire hospitalier, chacun sévissant de part et d’autre du boulevard.

Les médecins que j’ai connus en 1946 et



qui approchaient de l’âge de la retraite, étaient en activité depuis plus de 30 ans et avaient donc débuté leur vie professionnelle avant la guerre de 1914.

Je peux donc faire le lien entre deux générations médicales : celle d’avant la guerre 14-18, celle d’après la guerre 39-45.

Je peux témoigner de ce que j’ai entendu mes patrons d’hier raconter sur la médecine de leur jeunesse : Comment ils faisaient leurs visites à la campagne, en cabriolet à cheval, et comment ils opéraient en urgence les appendicites et les hernies étranglées - toutes deux étiquetées « coliques cordées » - sur la table de ferme, à la lumière d’une lampe à acétylène, après avoir fait bouillir leurs instruments dans la marmite de la cheminée. Pouvez-vous imaginer aujourd’hui un chirurgien contraint de se lancer dans une intervention nouvelle pour lui et se faisant tenir à ses côtés par une infirmière, avec la même solennité qu’un évangéliste, sur manue­l de technique opératoire dont elle lui tournait les pages.

Chaque matin, l’entrée des médecins à l’hôpital était saluée et annoncée - intérêt évident - par un coup de cloche de la concierge, coup de cloche personnalisé selon les innocentes instructions affichées dans la loge :

■ pour le médecin-chef, service médecine hommes : un branle - 2 coups ;

■ pour le médecin-chef, service médecine femmes : - juste hommage au sexe - un branle - 3 coups et honni soit qui mal y pense ! …

L’hôpital était en ce temps-là une communauté religieuse employant des laïcs. En ce temps-là, où l’on n’avait pas encore inventé les « 3/8 », les roulements, les heures coupées, le travail en équipe, la semaine de 40 heures et la retraite à 60 ans, la religieuse en charge d’un service devait être disponible 24 heures sur 24.

Ce dévouement apparemment admirable n’était sans doute vivable que parce qu’il trouvait sa justification dans une vocation, ou tout au moins une stratégie d’apostolat et sa gratification dans un pouvoir quasi absolu.

Mais le dévouement n’arrivait pas toujours à tenir lieu de compétences. Je me souviens de la Sœur Marie, dite « Sœur Marie ballon de foot » qui roulait ses rondurs dans les couloirs toujours plus pressée à l’arrivée d’une urgence d’appeler l’aumônier que l’interne de garde…

… et de Sœur « courant d’air », rongée par on ne sait quelle ascèse intérieure, d’une maigreur impondérable, à ne pas tenir debout entre deux portes ouvertes et dont la silhouette évanes-

cente se déplaçait avec la légèreté et l’indétermination d’une plume dans le vent. A qui s’étonnait auprès d’elle de son immatérialité quasi surnaturelle, elle répondait avec la candeur d’un grand âge incertain : « Il faut vous dire que je suis une prématurée ». Sans doute par fidélité à l’aphorisme de l’Evangile : « les enfants de ce siècle sont plus habiles que les fils de lumière », elle manifestait en maintes circonstances un esprit d’initiative inattendu.

Quand elle manquait de vitamine B 12, elle y suppléait par 2 ampoules de vitamine B 6. C’est elle qui recommandait au personnel de préserver soigneusement les étiquettes des bouteilles d’eau minérale qu’elle faisait remplir au robinet dans un souci vraiment prémonitoire d’économies hospitalières.

Et la « Bonne Mère Supérieure », supérieure à la fois de la communauté religieuse et du personnel hospitalier, dans la confusion des ordres et des pouvoirs.

Sa bonhomie perpétuellement souriante, préfigurant les félicités paradisiaques, semblait planer avec la plus totale inefficacité au-dessus des contingences de ce monde.

Quant au directeur dépossédé de ses prérogatives de gestionnaire des ressources humaines - comme on dit aujourd’hui, de façon dépersonnalisante, comme si on ne gérait pas des hommes et des femmes, mais seulement des « ressources » - le directeur devait se résoudre à des fonctions uniquement administratives.

Peut-être certains et certaines d’entre vous - parmi les plus chenus - ont pu connaître l’ancien hôpital, je parle de la « vieille », rue de Nantes, et qui n’avait pas tellement changé depuis des lustres, malgré quelques replâtrages et maquillages de vieille belle décatie « pour réparer des ans l’irréparable outrage ».

Ceux-là peuvent imaginer ce qu’ont pu être les conditions d’hospitalisation pour les malades et les conditions de travail pour le personnel, dans cette ancienne caserne napoléonienne, promue hôpital militaire, puis hôpital civil … la promiscuité dans des salles communes où l’on concubinaît à 6 ou 8 et parfois plus … la précarité des installations qui n’avaient de sanitaires que le nom et dont les recoins sombres, pour les âmes sensibles aux résurgences de l’Histoire, fleuraien­ encore les relents de pisse des grenadiers de l’empire.

Et toute la bicolothérapie de ces temps héroïques où l’on maniait les ventouses et les sangsues, la lancette à saignée, les bains de pieds de moutarde et les cataplasmes homologues où pour soigner les escarres on glissait sous les fesses