

Itinéraire d'une fracture de la hanche

Mot de la direction

La sécurité... Tous concernés, tous impliqués !

La qualité des soins et la sécurité du patient concernent tous les métiers et tous les acteurs du CHR Haute Senne, qu'ils interviennent directement ou non au chevet du patient.

Un programme en matière de qualité et de sécurité du patient a été intégré à la stratégie globale du CHR Haute Senne et plus particulièrement à son plan stratégique « Tous pour 2020 », par l'intermédiaire de son objectif stratégique d'exceller dans toutes ses pratiques professionnelles.

Depuis janvier 2018, le CHR Haute Senne s'est engagé dans un processus d'accréditation durant lequel les équipes revoient toutes leurs procédures en fonction de normes internationales d'excellence, en se référant ainsi aux meilleures pratiques. Le lien entre l'excellence des soins et la sécurité n'étant plus à démontrer.

L'identitovigilance, l'hygiène des mains, la gestion des risques au bloc opératoire, les médicaments à haut risque,... sont autant de projets qui alimentent les différents plans d'actions de ce programme. Au travers de l'itinéraire complet d'un patient lors de son séjour pour une prothèse totale de la hanche, vous allez pouvoir appréhender de façon très concrète nos actions quotidiennes centrées sur une prise en charge sécurisée de nos patients.

Bel itinéraire, beau trajet de soins à toutes et tous.

Avec toute notre assurance qualité et sécurité.

*Thérèse Trotti -
Directeur Général*



Le réseau PHARE : le premier réseau hospitalier du Hainaut est constitué !

Cette fois, nous y sommes.

Ce jeudi 25 avril, le CHR Haute Senne a signé un protocole d'accord avec EpiCURA et le CHwapi portant sur la création du réseau PHARE.

Par la signature de ce protocole, nos trois institutions s'engagent à coordonner l'activité hospitalière locorégionale dans notre bassin de soins.

Notre bassin de soins couvrira 35 communes pour 531.000 habitants, le temps de déplacement entre les sites hospitaliers étant de 30 minutes maximum.

Le réseau PHARE, en quelques chiffres, ce sont :

- 9 sites hospitaliers (Ath, Baudour, Hornu, Le Tilleriau et Saint Vincent à Soignies, le Goéland à Neufvilles et les sites IMC, Notre-Dame et Union à Tournai) comptant 1.807 lits ;

- 10 centres médicaux (Beloeil, Dour, Frameries, Jurbise, Enghien, Thieu, Braine-le-Comte, Tubize et Péruwelz) ;
- 7.200 professionnels de la santé ;
- 840.000 consultations ;
- 145.000 urgences ;
- 4.800 sorties SMUR ;
- 3.500 accouchements ;
- 51.000 hospitalisations classiques et 21.000 hospitalisations de jour chirurgicales.

Mais plus important encore : de par ses valeurs socles que sont l'accessibilité, le pluralisme et la qualité, le réseau PHARE se veut résolument centré sur le patient.

C'est notamment dans ce cadre que nous travaillons déjà activement à l'élaboration d'un dossier patient informatisé commun, à la création d'un pôle oncohématologique et à l'obtention de l'accréditation.

Le réseau PHARE : une palette de compétences au service de votre santé.

Jean-Christophe Gautier - Président

Sommaire

NEWS est une publication interne et externe
du C.H.R. de la Haute Senne,
Chaussée de Braine 49 - 7060 Soignies.
www.chrhautesenne.be

Éditeur responsable :

Jean-Christophe GAUTIER, Président
Chaussée de Braine 49 - 7060 Soignies.

Collaborateurs :

S. ABELLANEDA, M-A. BOMBART, I. BRACONNIER,
S. DE DONDER, P-Y. DESCAMPS, M. LEBEC,
F. LEBRUN, A. MAGNETTE, G. MOREELS,
M. MUTETELI, B. PAYEN, P. REPER, N.SERVOTTE,
H. VERSAILLES, D. VOSSWINKEL, G. WATTEEUW.

Coordination :

Séverine ABELLANEDA, PhD
(Chef de Service de Kinésithérapie),
Eric BAEYENS (Directeur Financier),
Olivier DARQUENNES
(Directeur Soins Intégrés),
Lyse JADOULLE (Chargée de Communication),
Brice PAYEN (Directeur Médical),
Jean-Luc THOMAS (Administrateur).

Conception graphique et réalisation :

PAQUET.CLÉDA Sprl

Illustrations :

Olivier SAIVE, PAQUET.CLÉDA,
CHR Haute Senne, Istock.

Si vous avez des idées d'articles
ou des suggestions pour améliorer
cette publication, n'hésitez pas
à contacter la rédaction en envoyant
un mail à news@chrhautesenne.be
Toute reproduction, même partielle,
est interdite sauf accord préalable
de la rédaction.



Actualités

- Campagne nationale d'hygiène des mains –
Ensemble, évitons les infections !4
- Les soins intégrés4
- Le CHR Haute Senne désormais connecté à LinkedIn5
- Des prélèvements près de chez vous5
- Une directrice ? « Une partenaire, plutôt... »6
- Démarche d'accréditation - Visite à blanc6
- Symposium –
Les articulations humaines et informatiques : mode d'emploi7

Engagements médicaux7

Dossier « La culture de la sécurité au CHR Haute Senne » Itinéraire d'une fracture de la hanche8

- Aux Urgences : du diagnostic au projet personnalisé des soins9
- Identitovigilance10
- L'hygiène des mains, premier geste de prévention
des infections11
- Du chirurgien orthopédiste à l'anesthésiste,
préparation et coordination de l'opération12
- De la préparation pour le Bloc Opératoire
à l'information donnée au patient14
- Gestion des risques au Bloc Opératoire15
- La Pharmacie, garante du bon usage des médicaments17
- L'assistante sociale, maillon clé pour la sortie
du patient et l'information de l'entourage18
- Le temps de la mobilisation aux Soins Intensifs19
- La récupération fonctionnelle20
- En route pour le service de Réadaptation à Saint-Vincent22

C'est arrivé près de chez vous24

A vos agendas24

Campagne nationale d'hygiène des mains - Ensemble, évitons les infections !

Depuis 2004, tous les 2 ans, le Ministère de la Santé organise une campagne nationale d'hygiène des mains pour rappeler les bonnes pratiques. C'est en effet un moyen de contrôle des infections extrêmement efficace. L'objectif étant de conscientiser un maximum les collaborateurs et les patients aux risques encourus suite à une mauvaise hygiène des mains. Cette année, la campagne s'étalait sur tout le mois de février et avait pour thématique « Ensemble, évitons les infections ! ».

Plusieurs actions ont ainsi été menées durant le mois de février, telles que des formations pour les collaborateurs de l'hôpital ou encore par la présence d'un stand auprès des patients pour les sensibiliser à la technique du lavage des mains.



Les soins intégrés _ un nouveau département au CHR Haute Senne



Créé au début de l'année 2019, ce département a pour mission principale la prise en charge du patient, au sein du CHR Haute Senne ainsi qu'auprès des partenaires externes.

Au sein du CHR Haute Senne, le patient fait l'objet d'une attention quotidienne transversale et ce, grâce à une approche multidisciplinaire bien ancrée au sein de l'institution.

A travers la mise en œuvre d'itinéraires cliniques, cette approche qui intègre les médecins, les infirmiers, les psychologues, les kinésithérapeutes, ainsi que le service social, et tout autre partenaire dont l'expertise apportera une plus-value, permet une prise en charge optimale du patient améliorant de façon significative l'état de santé de celui-ci.

La fonction de Direction de soins intégrés, assurée par Olivier Darquennes, permet une prise en charge globale de l'itinéraire du patient en intégrant les compétences et les visions de soins de tous les professionnels dans une approche médico-sociale, au sein et en



dehors de l'hôpital, optimisant la durée de séjour du patient au sein de l'hôpital.

Ce département possède une vue d'ensemble sur les connexions et liaisons

entre les services mais également avec les partenaires externes tels que les médecins généralistes, les infirmiers à domicile, les partenaires de première ligne, les Maisons de Repos, les mutuelles, ville et CPAS de Soignies et toute autre institution permettant un accueil optimal des patients à la suite de leur hospitalisation.

Cette vision globale de la prise en charge du patient et de sa famille permet de créer des Trajets de soins complets intégrant l'avant hospitalisation, l'hospitalisation et la post hospitalisation, en maintenant un niveau de qualité et de sécurité optimal pour le patient et sa famille, partenaires du projet.

Le CHR Haute Senne désormais connecté à LinkedIn



Trois millions : c'est le nombre de profils que compte désormais LinkedIn en Belgique. Depuis novembre 2018, le CHR Haute Senne est connecté à ce réseau social professionnel. Le profil de l'institution est agrémenté d'articles scientifiques, de mises en avant d'expertises professionnelles au sein de l'hôpital, d'actualités et de nouveautés ou encore d'offres d'emploi.

Faciliter le dialogue, évoluer avec ouverture et partage, informer sur le secteur médical : telles sont les missions de notre hôpital connecté.

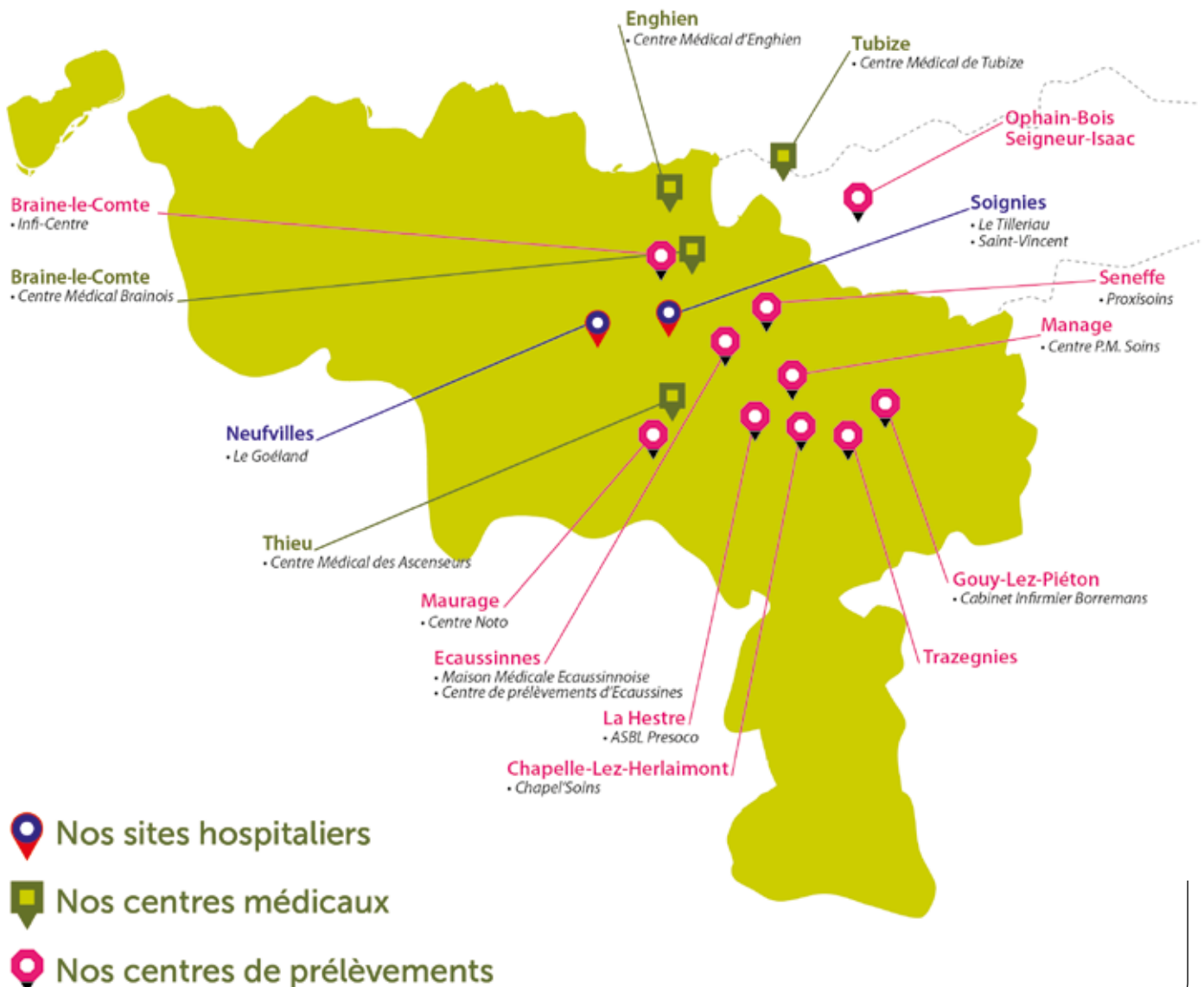
N'attendez plus et abonnez-vous au CHR Haute Senne sur LinkedIn !

Des prélèvements près de chez vous

Depuis plusieurs années, le Laboratoire de Biologie Clinique du CHR Haute Senne développe son réseau de centres de prélèvements. L'objectif ? Permettre à la

population de réaliser ses prélèvements à proximité du domicile, tout en ayant les mêmes avantages qu'en les réalisant à l'hôpital. Découvrez l'ensemble de nos

centres sur le site internet de l'hôpital : www.chrhautesenne.be.



Une directrice ? "Une partenaire, plutôt..."



Petite fille, elle déshabillait ses poupées uniquement pour leur mettre des pansements. Plus tard, sans surprise, Nathalie Servotte est devenue infirmière. Depuis janvier, elle est la Directrice du Département Infirmier du CHR Haute Senne. De quoi aller au bout de ses rêves, de ses défis... et d'accompagner ceux des autres.

Tout juste diplômée, la jeune infirmière que vous étiez a voulu découvrir immédiatement la réalité du métier. Vous êtes alors entrée aux Cliniques Universitaires Saint-Luc, où vous avez travaillé dans plusieurs services. Quelques années plus tard, on vous a proposé de remplacer votre chef de service. Qu'est-ce que cette nouvelle fonction d'infirmière chef vous a apporté ?

A partir de ce moment-là, j'ai vraiment été piquée par le virus du management et de la gestion de projets ! J'ai suivi un Master en Santé Publique, et, parallèlement à l'hôpital,

je me suis lancée dans une série de projets qui m'ont passionnés. Par exemple, je me suis investie dans la construction de l'itinéraire clinique AVC (accidents vasculaires cérébraux) et j'ai créé, avec le médecin-chef, le certificat en neuro-vasculaire destiné aux infirmières francophones.

Après vingt-deux années à Saint-Luc, pour quelles raisons avez-vous choisi de venir au CHR Haute Senne ?

J'ai voulu me challenger, me relancer des défis, m'ouvrir à de nouvelles perspectives tout en quittant ma zone de sécurité.

Ici, dans cet hôpital à visage humain, j'ai trouvé des équipes dynamiques, une institution moderne où on se remet en question, où on améliore en continu la qualité des soins. Cela correspond à ma vision du métier et des soins infirmiers.

Dans son plan stratégique, le projet de la direction répond également à mon désir d'engagement pour que l'hôpital "sorte" de l'hôpital. La qualité des soins ne s'arrête pas dans nos murs mais doit être assurée jusqu'au domicile des patients. C'est le projet novateur des trajets de soins intégrés, pour lequel la collaboration médico-infirmière est essentielle.

Quels autres projets vous tiennent à cœur ?

Dans l'optique d'une amélioration de la qualité des soins, je souhaite aller plus loin dans la démarche réflexive et scientifique des infirmières. Le projet de la ministre Maggie De Block concernant les infirmières en pratique avancée demandera à être implémenté. A terme, je rêverais de voir certaines d'entre elles se lancer dans des publications scientifiques... Un autre défi majeur sera d'intégrer les nouvelles technologies IT à nos pratiques. Cela contribuera à renforcer et à faciliter la collaboration inter-métiers autour d'une

priorité centrale : le patient.

Vous avez aussi des objectifs "en externe". Lesquels ?

Dans le cadre de la politique du réseau de soins, il faudra donner du sens et des impulsions communes. La collaboration avec les partenaires du prochain réseau Phare est essentielle. Par ailleurs, pour prévenir la plus que probable pénurie à venir d'infirmières (c'est déjà une réalité en Flandre), j'aimerais développer plus de partenariats avec les écoles.

Quel type de "chef" êtes-vous ?

Mon credo a toujours été celui du "management participatif" : j'aime travailler en équipe, inclure les collaborateurs dans mes projets. Je sais écouter et je n'ai pas de souci à décider. Une communication simple et authentique est, à mes yeux, la clé d'une bonne collaboration.

En pratique, les équipes vont me voir régulièrement sur le terrain. Je vais les écouter, entendre leur vision, comprendre leurs difficultés, voir comment améliorer les infrastructures. L'idée n'est pas de dire : "Vous ferez cela", mais d'accompagner les changements.

Que peuvent attendre de vous les équipes soignantes ?

Un feed-back régulier de ce que je verrai sur le terrain, un accompagnement, un soutien et un très grand respect, car je sais à quel point leur travail peut être difficile psychologiquement et physiquement. Elles peuvent compter sur moi pour les aider à faire évoluer la qualité des soins, y compris en encourageant la formation permanente. L'idée est que chacun soit acteur de sa profession et aille vers une relation de soins dans laquelle le patient trouve, lui aussi, une place de partenaire.

Pascale Gruber

Démarche d'accréditation - Visite à blanc

En 2018, le CHR Haute Senne est entré dans une démarche d'accréditation. Tout au long de l'année, les collaborateurs de l'hôpital se sont impliqués dans cette démarche et ont eu l'occasion d'accueil-

lir les visiteurs en novembre 2018, pour une visite à blanc. Cette visite a permis à l'institution de s'évaluer par rapport aux différents critères qui seront audités lors de la visite officielle.

Au terme de cette semaine à blanc, les visiteurs ont évalué plus de 1302 critères et ont constaté que 94% de ces critères étaient remplis. Un résultat prometteur et très élevé pour une visite à blanc.

SYMPOSIUM Les articulations humaines et informatiques : mode d'emploi

Le samedi 6 octobre dernier, le CHR Haute Senne organisait son 12^e symposium annuel. Ce dernier a pris la forme de 2 sessions réparties sur une matinée. Au cœur de cette rencontre, l'articulation chez l'humain et les articulations informatiques ont été abordées sous toutes leurs facettes. Professionnels de la santé et invités externes ont pu découvrir ces deux thématiques sous plusieurs angles.

QUELQUES CHIFFRES

- 11 exposés
- 9 orateurs
- 290 participants



Engagements médicaux



Kinésithérapie
Mme Stéphanie DELAERE,
kinésithérapeute, a rejoint
le CHR Haute Senne
le 1^{er} janvier 2019.



Pédiatrie
Le **Dr Laura DE KEYZER**,
pédiatre, a rejoint le CHR
Haute Senne le 1^{er} mai 2019.



Psychologie
Mme Nathalie DUCARME,
psychologue, a rejoint le CHR
Haute Senne le 1^{er} novembre
2018.



**Laboratoire de
Biologie Clinique**
Mme Noémie DESPAS,
pharmacien biologiste,
a rejoint le CHR Haute Senne
le 1^{er} décembre 2018.



Psychiatrie
Le **Dr Jean-Louis FEYS**,
psychiatre, a rejoint le CHR
Haute Senne le 1^{er} décembre
2018.



Mme Agathe PAREZ,
psychologue, a rejoint
le CHR Haute Senne
le 1^{er} novembre 2018.



Ophthalmologie
Le **Dr Maureen MASSET**,
ophtalmologue, a rejoint
le CHR Haute Senne
le 1^{er} octobre 2018.



Le **Dr Maxime DE CRAEYE**,
psychiatre, a rejoint le CHR
Haute Senne le 14 janvier
2019.

Culture de la sécurité au CHR Haute Senne

Dans ce numéro spécial, nous avons souhaité vous présenter l'intégralité d'une prise en charge au CHR Haute Senne.

Quelles sont les différentes étapes ? Qui le patient va-t-il rencontrer ?

Quelles sont les mesures de sécurité mises en place à chaque étape ?

Dans ce dossier spécial, vous accompagnez Gabrielle, une patiente « imaginaire », tout au long de son itinéraire de soins. Bonne lecture !

ITINÉRAIRE D'UNE FRACTURE DE LA HANCHE

À 10h30 du matin, en ce beau mardi ensoleillé de janvier, Gabrielle (80 ans) s'apprête à sortir de chez elle pour aller chercher du pain et le gâteau d'anniversaire qu'elle a commandé pour fêter les 18 ans de son petit-fils Maxime, quand elle entend la sonnerie du téléphone. Elle se retourne, fait un pas et, tout à coup, elle se retrouve à terre. Une douleur intense irradie depuis sa hanche gauche jusqu'à l'aîne. Alerté

par Martine Versonne



par ce bruit sourd, son mari, Jean, se précipite dans le hall d'entrée et voit son épouse étendue sur le tapis, incapable de se relever ou de bouger la jambe, tant la douleur est vive. **Il appelle les secours (112) et très vite une ambulance arrive pour emmener Gabrielle aux Urgences du CHR Haute Senne.**

Arrivée aux Urgences, Gabrielle est conduite vers le local indiqué par l'infirmière qui les accueille. Cette dernière invite Jean, qui l'a accompagnée dans l'ambulance, à se présenter au secrétariat du guichet d'accueil des Urgences pour y réaliser l'inscription de son épouse. Heureusement, il a eu le temps de prendre le sac à main de Gabrielle et dispose donc de ses documents d'identité.

Mme Delphine VOSSWINKEL,
Responsable des Accueils

• Comment se déroule l'inscription d'un patient aux Urgences ?

« Qu'un patient arrive de sa propre initiative ou en ambulance, l'inscription administrative se fait toujours au secrétariat où l'on

prend sa carte d'identité et tous les renseignements nécessaires en ce qui concerne l'assurabilité : mutuelle, assurance, accident de travail etc. Nous avons accès au registre national pour valider le contenu de la carte d'identité et au réseau Carenet pour valider l'assurabilité ».

« Au terme de l'inscription, un numéro de

séjour est créé pour ce patient et nous imprimons une série d'étiquettes qui permettent d'identifier les différents documents qui vont suivre le patient durant tout son trajet à l'hôpital, depuis les Urgences jusqu'à sa sortie. On note également dans le dossier infirmier pour quel problème il est venu à l'hôpital. Dès que l'inscription est réalisée, elle appa-

raît directement sur un tableau dans le service des Urgences où le personnel voit qu'un nouveau patient est arrivé en salle d'attente, par exemple ».

• **Quand mettez-vous le bracelet d'identification au patient ?**

« Nous imprimons le bracelet d'identification que l'on glisse dans le dossier et qui sera ensuite placé par l'infirmière de tri qui prend le dossier, appelle le patient dans la salle d'attente et l'installe dans un local de consultation. Ensuite, elle vérifie son nom, son prénom et sa date de naissance. Si tout correspond, elle place le bracelet au poignet

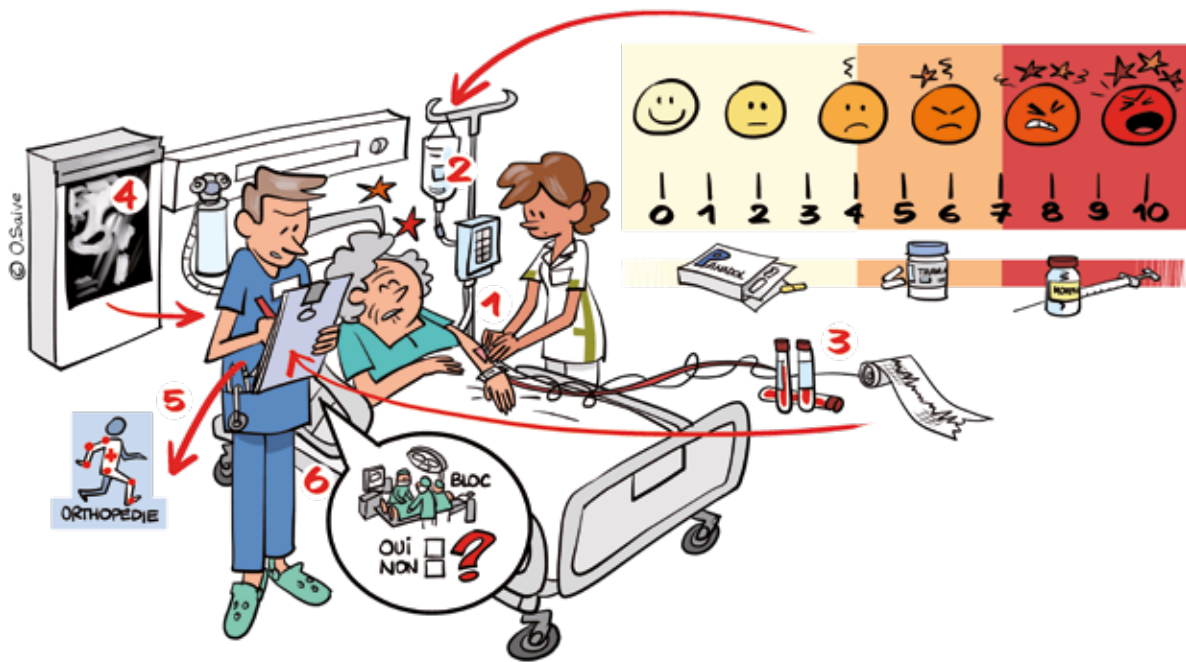
gauche du patient. La prise en charge médicale commence à partir du moment où elle réalise son anamnèse.»

« Dans l'idéal, les renseignements doivent arriver le plus rapidement possible au secrétariat des Urgences. On essaie en effet toujours de privilégier l'inscription parce que c'est cela qui débloque administrativement et informatiquement le dossier médical du patient ».

• **Ici, Gabrielle arrive aux Urgences dans la matinée, comment cela se passe-t-il la nuit ?**

« Les Urgences disposent de leur secrétariat, ouvert de 7h à 21h30, où une secrétaire administrative s'occupe de l'admission de tous les patients qui s'y présentent. A partir de 21h30, ce sont des infirmières formées pour faire des inscriptions administratives qui prennent le relais et, le week-end, ce sont des assistants logistiques administratifs. Il y a donc toujours quelqu'un pour encoder officiellement le patient. Quand il s'agit d'une admission programmée, l'enregistrement se déroule à l'accueil général et là, c'est l'agent d'accueil qui met le bracelet au poignet gauche du patient ».

AUX URGENCES : DU DIAGNOSTIC AU PROJET PERSONNALISÉ DES SOINS



L'infirmière prend maintenant les paramètres de Gabrielle et lui pose rapidement une perfusion pour lui donner un antidouleur.

La douleur est évaluée grâce à une échelle visuelle analogique (EVA).

Si le résultat est :

- inférieur à 4, on administre juste du paracétamol ;
- compris entre 4 et 7, du paracétamol et du tramadol ;
- supérieur à 7, le médecin peut décider d'ajouter un morphinique ou un antidouleur un peu plus puissant.

L'examen clinique étant probant, le médecin de tri rédige une demande d'examen radiologique. Pendant ce temps, l'infirmière réalise un électrocardiogramme et une prise de sang. **Ce tri médico-infirmier permet de commencer le traitement très tôt.** Gabrielle n'a donc pas dû attendre trop longtemps avant d'être réellement prise en charge.

Une fois revenue de la radiologie, Gabrielle est vue par l'assistant en chirurgie qui travaille aux Urgences et qui analyse les clichés radiologiques avec l'urgentiste ou avec le chef de service. Vu les résultats, il a contacté l'orthopédiste pour une prise en charge chirurgicale.

Dès que le diagnostic radiologique a été établi, Gabrielle a été informée qu'elle souffrait d'une fracture de la hanche nécessitant une chirurgie orthopédique.

Le chirurgien est ensuite venu voir Gabrielle afin de lui expliquer à nouveau en quoi consiste une fracture du col du fémur et la façon dont il va la traiter parce qu'**avant toute intervention, il doit obtenir le consentement éclairé de la patiente quant à la prise en charge thérapeutique.**

Dr Gilles WATTEEUW,
Médecin Chef des Urgences

• **Au CHR Haute Senne, le patient est vu par un binôme infirmier-médecin. Quel est l'avantage de ce tri médico-infirmier ?**

« Nous sommes contents de cette organisation parce que le contact médecin se fait nettement plus tôt: avant, le patient attendait en moyenne 45 minutes à 1h avant de voir un médecin, aujourd'hui, on essaie de descendre à 30-35 minutes. Le médecin de tri a l'avantage d'avoir une vue d'ensemble du service et de répartir la charge de travail pour que l'attente soit la plus courte possible ».

• **Le fait que Gabrielle, 80 ans, soit diabétique influence-t-il la prise en charge ?**

« Cela ne change pas grand-chose, sauf que le Glucophage (metformine, antidiabétique oral) est une contre-indication à l'utilisa-

tion de certains anesthésiques. Ce médicament est donc arrêté d'office et on place la patiente sous insuline, selon un schéma institutionnel repris dans la prescription médicale informatisée ».

• **Une fois la prise en charge chirurgicale décidée, comment procédez-vous ?**

« Le timing dépend de la situation du patient (s'il est à jeun, ses antécédents, ses médicaments...) et du matériel disponible. Généralement, on s'arrange pour que l'intervention soit faite le plus vite possible, soit le jour même, soit, au plus tard, le lendemain.

Si l'intervention a lieu dans les 3-4 heures, on garde le patient en hospitalisation provisoire chez nous avant d'aller directement en salle d'opération. Si l'intervention est postposée en fin de journée ou le lendemain, selon l'avis orthopédique, s'il est trop algique*, on met une traction collée (sur le tibia et reliée à des poids à l'aide d'une poulie), pour soulager les douleurs avant de le monter dans le

service d'Orthopédie ».

• **Comment garantes-vous la qualité et la sécurité des soins aux Urgences ?**

« En plus de l'identitovigilance, il y a toute une série de recommandations et de protocoles de prise en charge.

Chaque patient dispose d'un dossier électronique et d'un dossier papier qui le suivent partout dans l'hôpital

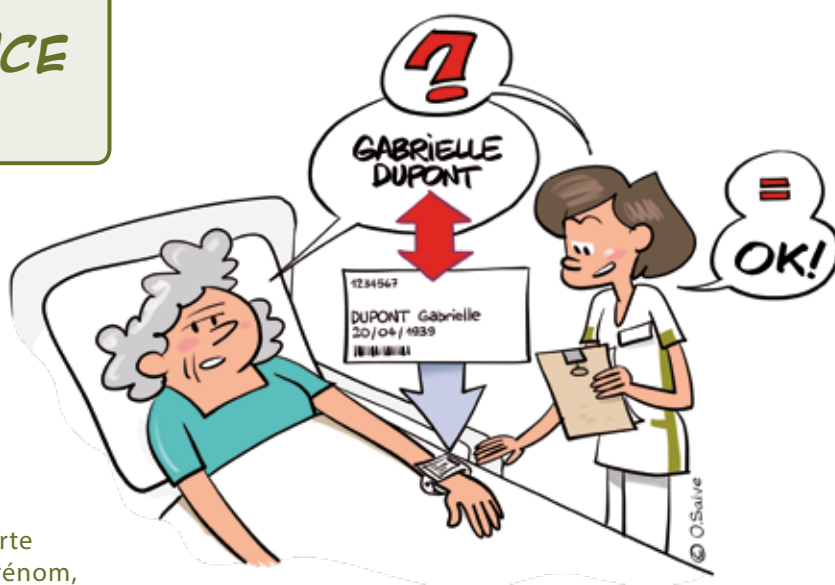
et qui permettent aux différents médecins qui interviennent de prendre connaissance de toutes les informations le concernant ».

« Depuis janvier, les Urgences disposent de la prescription médicale informatisée: avant, il y avait beaucoup d'ordre médicaux oraux pour suivre le rythme. Maintenant, ces ordres sont officialisés par écrit informatique. Le médecin prescrit et puis l'infirmière valide le traitement sur le même ordinateur: c'est une sécurité pour la prescription médicale ».

IDENTITOVIGILANCE

Depuis son arrivée aux Urgences, Gabrielle a vu un médecin et trois fois la même infirmière qui, chaque fois qu'elle rentre dans la pièce, lui demande son identité (nom, prénom et date de naissance). Elle s'est donc inquiétée de cet empressement à l'interroger tout le temps sur son identité alors qu'elle porte le bracelet mentionnant son nom, son prénom, sa date de naissance ainsi que son numéro de dossier et de séjour. L'infirmière l'a rassurée en lui expliquant qu'on appelle cela l'identitovigilance, que c'est un gage de la qualité et de la sécurité des soins et des services qu'on lui procure. Son mari qui est allé faire un petit tour dans les couloirs, lui a aussi expliqué que des informations disponibles à plusieurs endroits précisent qu'il est normal qu'on lui demande de confirmer régulièrement son identité.

Aujourd'hui, le patient doit être « acteur » de ses soins. Cela signifie que, dès qu'il rentre à l'hôpital, on attend de lui qu'il soit partie prenante de sa prise en charge. Il doit comprendre pourquoi le personnel qui vient à son chevet lui pose plusieurs fois les mêmes questions. Cela ne concerne pas que les soins mais aussi les services comme par exemple la distribution d'un plateau repas.



* Algique = qui ressent de la douleur.

« **L'identitovigilance c'est 'le bon soin ou le bon service au bon patient, au bon moment'**, précise le Dr Brice Payen, directeur médical. C'est un système de surveillance et de prévention des erreurs éventuelles liées à l'identification du patient, depuis son entrée jusqu'à sa sortie de l'hôpital ».

Dr Brice PAYEN,
Directeur Médical

• Comment ça fonctionne ?

« L'identification initiale ou primaire concerne tous les patients. C'est ce que l'on appelle l'identification administrative. En général, elle passe par la carte d'identité qui permet, grâce à un logiciel, de vérifier si l'on a les bonnes coordonnées du patient qui est en face de nous. Elle est prise en charge par le personnel des admissions au sens large qui se trouve soit au niveau de l'accueil, soit au niveau des Urgences, soit dans des services médicotechniques comme la Radiologie, la Scintigraphie ou le Laboratoire.

Cette identification primaire va nous permettre de créer l'identité de la personne et, si on la retrouve déjà dans notre logiciel, d'introduire des corrections éventuelles. Pour le patient qui n'est jamais venu chez nous, on crée un profil patient, à partir de sa carte d'identité ou, à défaut, d'un passeport ou d'un permis de conduire ».

« Ensuite, il y a une identification secondaire

qui n'est plus administrative mais plutôt clinique: on procède à l'identification du patient avant tout acte de soin ou service. Il faut toujours vérifier la concordance entre l'identité du patient, les soins prodigués et tous les documents qui font partie de son dossier. Par exemple, si on fait un prélèvement sanguin, on vérifie si la demande correspond au patient et si on a les bons tubes pour faire l'analyse. Pour l'identification secondaire, on va toujours passer par des questions ouvertes: quel est votre nom ? Votre date de naissance ? Et non pas des questions fermées comme 'êtes-vous bien Mr Untel ?' où le patient n'a qu'à répondre par 'oui' ou 'non'. Il faut qu'il donne la réponse et que l'on puisse la confronter à une étiquette ou un bracelet qui ont été placés à partir d'un document officiel lors de la première identification administrative. Dans le futur, nous allons implémenter des alertes pour nous prévenir s'il y a une erreur de personne ou de médicament, par exemple ».

• En quoi consiste le bracelet d'identité ?

« Tous les collaborateurs qui manipulent

ce bracelet suivent une procédure définissant l'écriture, la lisibilité, l'édition et la mise en place du bracelet, mais aussi comment faire si un patient ne peut pas le mettre au poignet (plâtre, patient agité...), comment remplacer un bracelet, comment le retirer... Le patient doit toujours le porter, jusqu'à ce qu'il rentre chez lui ».

• Quel est l'objectif de l'identitovigilance ?

« C'est incontournable, elle permet d'annuler ou de réduire tout risque auprès du patient: par exemple, quand on le transfère d'une unité à l'autre, lorsqu'il y a des changements d'équipe au sein d'une même unité ou d'un service d'urgence, en cas de transfusion (double check par deux personnes)... Ce système doit rassurer les patients et sécuriser le personnel qui sait que le temps que cela lui demande, il le gagne en sécurité des soins et du service qu'il apporte au patient. Implémentée en 2013, il a fallu une à deux années pour bien instaurer cette procédure qui est entrée aujourd'hui dans les mœurs ».

L'HYGIÈNE DES MAINS, PREMIER GESTE DE PRÉVENTION DES INFECTIONS

Le diagnostic étant posé, l'intervention est prévue pour cet après-midi.

La douleur est déjà moins vive et Gabrielle commence à se poser quelques questions sur son opération et ses conséquences sur sa vie quotidienne. Elle qui est diabétique, à présent qu'elle est alitée et perfusée et qu'elle sait qu'on va lui poser une prothèse de hanche, elle s'inquiète du risque infectieux qu'elle court.

Une infirmière lui a alors expliqué que, dans chaque hôpital, on trouve des agents infectieux comme les virus, les bactéries, des champignons, etc., que nous sommes tous porteurs de germes, sur la peau, dans la bouche, les intestins...

En général, ces germes qui nous colonisent sont inoffensifs et ne provoquent pas d'infection. Néanmoins, dans certains cas, ces germes peuvent être responsables d'une infection.



Si elle est contractée durant une hospitalisation, on parle alors d'une infection associée aux soins ou infection nosocomiale. Elle peut être causée par des germes qui étaient déjà présents chez le patient ou par des germes d'une autre personne (personnel soignant, autre malade ou visiteur) ou présents dans l'environnement. Leur transmission peut se faire par contact direct ou indirect, par l'intermédiaire des mains, du matériel, ou de gouttelettes émises quand on éternue par exemple, ou de petites particules présentes dans l'air.

Gabrielle a observé que les soignants se désinfectent les mains avant de pratiquer un soin, pour éviter de transmettre les microbes d'une personne à l'autre. Et **les visiteurs sont invités à participer à cette petite bulle protectrice autour des patients, en se désinfectant les mains quand ils viennent en visite à l'hôpital.**

Dr Amandine MAGNETTE,
Médecin Biologiste et Hygiéniste

• **Par définition, un patient hospitalisé est-il plus sujet aux infections ?**

« Oui, et les patients porteurs de pathologies chroniques comme le diabète sont particulièrement à risque de développer une infection liée aux soins. Au CHR Haute Senne, nous sommes bien conscients de ce risque infectieux et, parmi le personnel, il existe une équipe d'hygiène hospitalière, composée de deux médecins hygiénistes et d'une infirmière hygiéniste. Notre rôle est de veiller à la prévention, d'élaborer et de mettre en place des processus d'action et des protocoles de soins, en veillant au respect de l'asepsie, à la propreté ou à la stérilité des gestes qu'on va pratiquer chez ce patient.

Notre mission consiste aussi à lutter activement contre toutes les infections acquises

à l'hôpital. En cas d'épidémie, on accompagne et on supervise les équipes, on explique comment prodiguer des soins aux patients infectés. Tout le personnel hospitalier est formé aux mesures de prévention des infections ».

• **En quoi consistent ces mesures de prévention ?**

« On distingue les mesures de précaution standards et additionnelles.

Les précautions d'hygiène standard comprennent notamment l'hygiène des mains, qui est la méthode la plus simple et la plus efficace pour éviter la transmission de microbes. Elles concernent les collaborateurs professionnels, les patients et les visiteurs.

Elles doivent être appliquées à tous les patients quel que soit leur statut infectieux. Il s'agit de mesures préventives minimales

indispensables, qui peuvent être renforcées au besoin en fonction du statut infectieux de la personne.

Dans certains cas, si le patient est porteur d'un agent naturellement contagieux ou porteur d'une bactérie multirésistante, il faut des mesures d'hygiène additionnelles : on demande au personnel soignant et aux visiteurs de revêtir une blouse, des gants, un masque... mais, dans tous les cas, on insiste pour qu'ils se désinfectent bien les mains en cas de contact avec ce patient ».

• **L'hygiène des mains est le geste de prévention de la transmission des infections par excellence ?**

« Oui, se désinfecter à la solution hydro-alcoolique permet d'éliminer la majorité des microbes qui s'y trouvent. Et quand elles sont visiblement souillées et sales, il faut d'abord se les laver à l'eau et au savon avant de les désinfecter à la solution hydro-alcoolique ».

DU CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE À L'ANESTHÉSISTE, PRÉPARATION ET COORDINATION À L'OPÉRATION

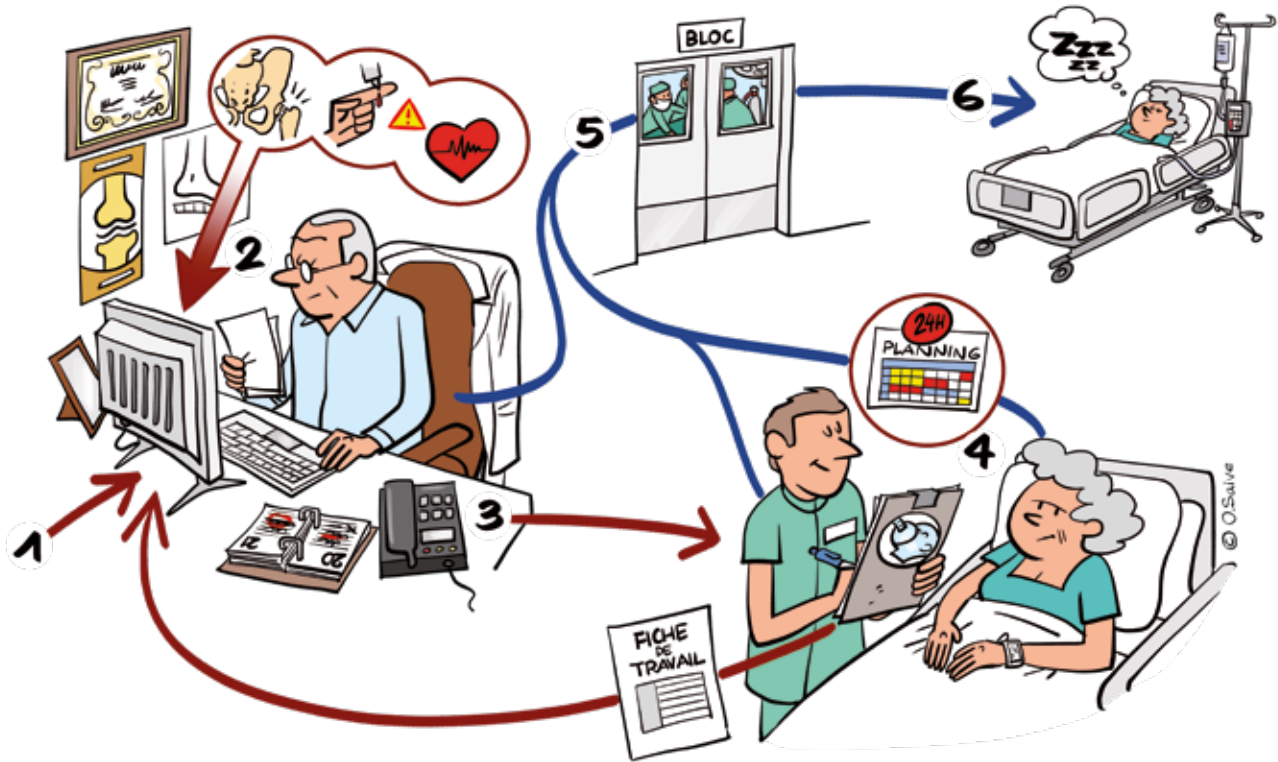
Dès que le diagnostic a été posé aux Urgences, l'urgentiste a contacté le chirurgien orthopédiste pour lui signaler qu'une patiente souffrant d'une fracture du col du fémur était arrivée à l'hôpital. Celui-ci analyse les radios et, en fonction du type de fracture, envisage la technique chirurgicale qu'il va utiliser. Pour anticiper les complications, il prend connaissance du dossier du patient et de ses pathologies: il note que Gabrielle est diabétique, ce qui représente un facteur de risque supplémentaire pour la chirurgie et le postopératoire.

Idéalement, la fracture de hanche doit être opérée dans les 24 heures, à condition que toutes les précautions nécessaires soient prises. Parfois, les pathologies associées nécessitent une mise au point ou une stabilisation. De plus, les personnes âgées telles que Gabrielle ont souvent plusieurs facteurs de risque (comme le diabète ici), des antécédents cardiaques, respiratoires... La prise de médicaments comme des anticoagulants oblige également à différer l'opération selon leur durée d'action pour réduire le risque de saignements postopératoires*.

Dès que le chirurgien l'a prévenu, l'anesthésiste a pris connaissance du dossier de Gabrielle et rassemblé un maximum d'informations (traitement, biologie...) pour évaluer sa situation et les pathologies associées. Ensuite, il a vu sa patiente, fait le pronostic et déterminé le délai raisonnable pour réaliser l'intervention en fonction de l'organisation du bloc opératoire et du type d'intervention. Si, pour des raisons médicales ou organisationnelles, il n'est pas possible de réaliser directement l'opération, le patient passe quelques heures, ou exceptionnellement quelques jours, en Orthopédie. Après avoir rendu visite à Gabrielle, l'anesthésiste a rédigé une fiche de travail, reprenant ses observations et instructions, insérée dans le dossier médical informatisé.

* Peropératoire = qui se produit durant l'intervention ≠ périopératoire = qui se produit avant, pendant et après l'opération.

Une fois l'opération terminée, Gabrielle sera installée en salle de réveil, située à côté du Bloc Opératoire. Géographiquement, les Urgences, le Bloc opératoire, la salle de réveil et l'Unité de Soins Intensifs partagent le même plateau, ce qui facilite non seulement les trajets mais aussi la communication entre tous les professionnels de santé. **La transmission de l'information se fait bien sûr via le dossier médical informatisé, mais il faut également des contacts téléphoniques et directs entre médecins pour expliquer et discuter des cas.**



Dr Pierre-Yves DESCAMPS,

Chirurgien Orthopédiste Chef de Service

• Pourquoi faut-il opérer ces patients dans les 24 heures ?

« Pour les fractures de hanche, le principe de base c'est d'avoir une prise en charge chirurgicale la plus précoce possible parce que c'est celle qui va donner le moins de risque de complications liées aux comorbidités* et au contexte du patient. Quand le patient est âgé, plus vite il est mobilisé, mis au fauteuil et commence à marcher, moins on aura de complications ».

• Que dites-vous aux patients et à leur famille ?

« Il y a deux types de patients: une moitié est apte à comprendre mais l'autre moitié non (démence sénile...). Ces derniers n'ont plus de contact avec la réalité et il faudra discuter avec la famille.

On explique aux patients la chirurgie dont on va leur faire bénéficier et dans quel but: ils doivent savoir que c'est surtout pour pouvoir les remettre en route le plus vite possible et pour qu'ils aient moins de douleurs ».

• Les patients veulent aussi savoir s'ils

pourront remarcher ?

« Avec les techniques chirurgicales actuelles, qui sont assez fiables, la plupart des patients sont remis en marche assez rapidement. Il est vrai qu'il peut y avoir des complications mécaniques. Ce risque ne va malheureusement pas disparaître, parce qu'il est lié à la fragilité de l'os. Le corps est performant mais si l'os est de mauvaise qualité, il y aura toujours un risque d'être moins mobile qu'avant ».

Dr Hugues VERSAILLES,

Anesthésiste

• Le diabète vous oblige à anticiper la survenue de complications ?

« Dans le cadre du col du fémur en urgence, nous ne pouvons faire qu'une chose: nous adapter à la situation telle qu'elle est. Ainsi, pour le patient diabétique, nous faisons rapidement une synthèse de l'état de santé du patient, de sa capacité d'effort, de son traitement, avec une attention particulière à la recherche des complications du diabète. L'urgence limite la prévention des complications périopératoires parce que, chez un patient diabétique, idéalement, il faut

optimiser la prise en charge de sa pathologie pour la stabiliser au maximum avant l'intervention, ce qui prend des jours, des semaines voire des mois. Donc, dans ce cas en urgence, par médicaments ou insuline, on essaie d'obtenir une glycémie aussi stable et sûre que possible. Le passage temporaire à un traitement à l'insuline est fréquent ».

• Que dites-vous au patient ou à sa famille lors de la première rencontre ?

« Une des informations donnée au patient concerne la douleur postopératoire et l'emploi de la pompe à calmant. Ainsi, quand on le lui réexpliquera après l'opération, il se souviendra qu'on lui en a déjà parlé.

Notre rôle d'anesthésiste sera de

permettre l'opération aussi rapidement que possible, de réduire le risque opératoire et de permettre une remobilisation aussi précoce que possible.

Les améliorations de la conduite préopératoire, tant chirurgicale qu'anesthésique ou kinésithérapeutique, permettent de proposer l'intervention à quasiment tous les patients ».

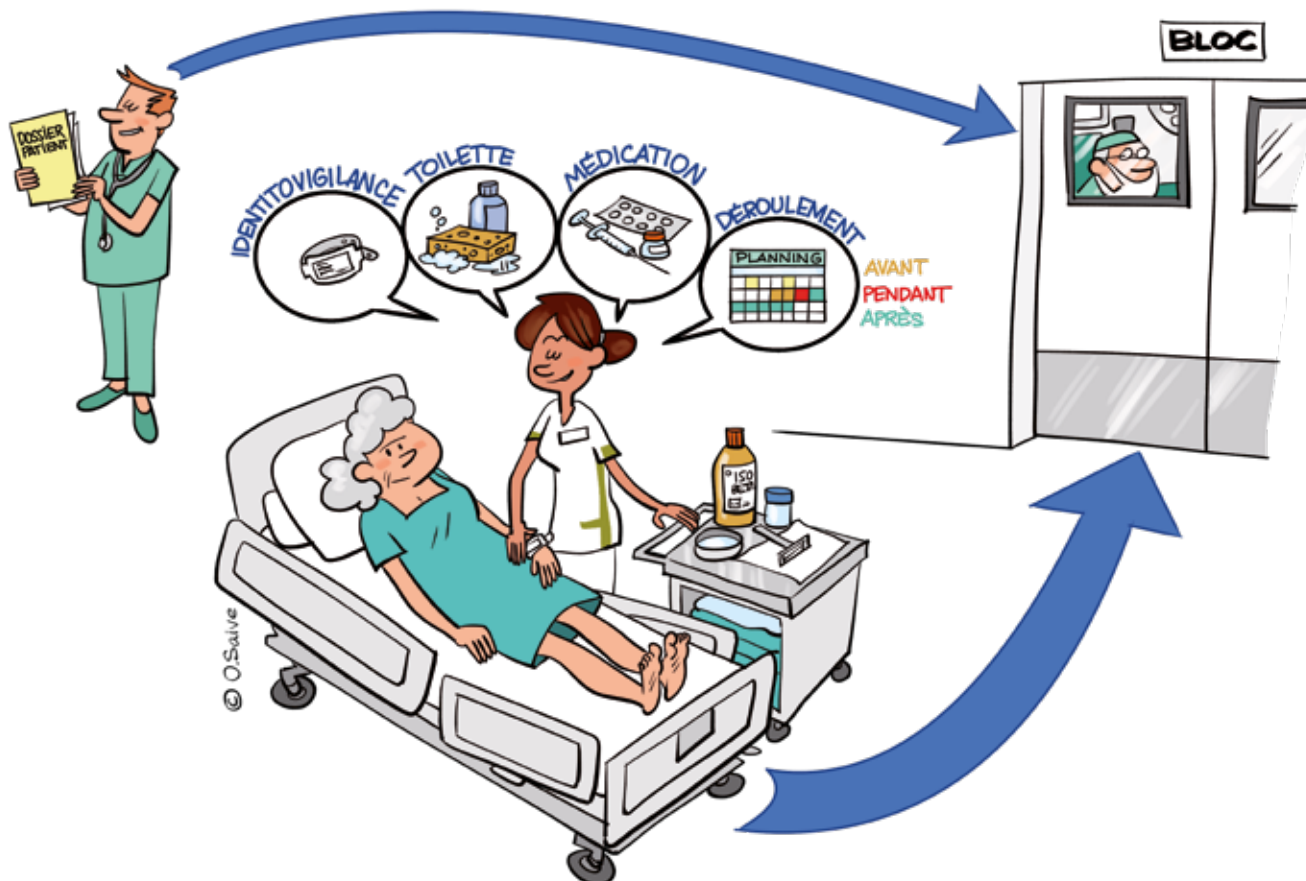
*Troubles associés à une maladie primaire. Dans le cas de Gabrielle, le diabète.

DE LA PRÉPARATION POUR LE BLOC OPÉRATOIRE À L'INFORMATION DONNÉE AU PATIENT

Dès son arrivée dans le service d'orthopédie, les infirmières ont refait une anamnèse (antécédents médicaux et chirurgicaux, allergies, traitements pris...).

Avant d'aller au bloc opératoire, Gabrielle a été préparée par les infirmières: toilette à l'isobétadine, hygiène, rasage, prise des paramètres, labo de contrôle, prémédications prescrites par l'anesthésiste, notamment une antibiothérapie préventive... Elles ont également fait des mesures pour les bas de contention qui permettent de prévenir le risque de thrombose.

En Orthopédie, les infirmières ont aussi pris le temps d'expliquer à Gabrielle le déroulement de l'intervention: après être descendue au bloc opératoire, elle sera anesthésiée, l'opération durera environ deux heures, puis elle passera en salle de réveil où l'on surveillera ses paramètres. Une fois stabilisée, elle remontera dans le service où une infirmière suivra ses paramètres régulièrement pendant la journée.



Et ce n'est pas tout, elles lui ont aussi expliqué comment se déroulera son séjour après l'intervention: les soins (surveillance des paramètres, de la température, de la plaie, de la douleur, prise de sang de contrôle 48 heures après, radiographie de contrôle...), quand elle pourra se lever, quand on changera son pansement... Tous les ordres des chirurgiens sont inscrits dans les protocoles opératoires sur ordinateur.

Enfin, on lui a précisé le déroulement d'une journée type dans le service et que, selon la façon dont elle évoluera, son séjour devrait durer de 7 à 10 jours.

Melany LEBEC,

Infirmière en chef Orthopédie

• **Comment prévenez-vous le risque de chute ?**

« Le kinésithérapeute et nous, donnons beaucoup d'informations au patient. On le prévient par exemple qu'après son intervention, il ne peut pas se lever tout seul, ni avec une infirmière, c'est d'office le kinésithérapeute qui fait le premier lever. Par ailleurs, les infirmières doivent veiller à ce que toutes les barrières du lit soient mises, surtout le premier jour postopératoire, et surtout si le patient a des troubles cognitifs ou s'il est confus ».

« Infirmières et kinésithérapeutes, nous conseillons les patients sur les chaussures à porter pour éviter de trébucher et de chuter (pas de pantoufles ouvertes...), sur la façon de se positionner dans le lit et de se mobiliser.

Une affiche reprend ces conseils dans chaque chambre. Le kinésithérapeute

donne au patient une brochure réalisée dans notre service, reprenant les recommandations pour l'après intervention et pour le retour à domicile. On insiste sur tous les éléments auxquels il doit faire attention pour éviter une luxation de hanche, pour se mouvoir et bien se tenir... »

« On n'oublie pas les familles, qui sont informées via un tableau placé dans chaque chambre et qui reprend la journée type du patient avec l'ordre de passage des membres de l'équipe et l'ordre des soins. On y retrouve aussi des informations concernant les documents administratifs ».

• **Comment prenez-vous en charge la douleur ?**

« Quand le patient remonte du Bloc Opératoire, l'infirmière reçoit un schéma de traitement de la douleur prescrit par l'anesthésiste pour les 48 premières heures. Ensuite, c'est le médecin résident qui prend le relais. Ceci dit, la prise en charge de la douleur passe aussi par l'écoute et par la pose de packs de glace sur la plaie pour limiter la prise de médicaments ».

• **Quelles informations communiquez-vous au patient ?**

« Le dossier infirmier informatisé reprend tout le plan de soins et les médicaments.

Nous faisons un bilan de sortie infirmier indiquant la raison de l'hospitalisation, l'intervention, les antécédents, le médecin traitant, l'autonomie du patient, le soin des plaies, les médicaments pris pendant l'hospitalisation, un numéro de contact...

Enfin, quand le patient sort, le médecin rédige une lettre à destination du médecin traitant, expliquant tout ce qui s'est passé pendant l'hospitalisation... ».



GESTION DES RISQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

L'opération est décidée et programmée par le chirurgien. En coulisses, tout est mis en œuvre pour qu'elle se passe dans les meilleures conditions. L'infirmière chef du Bloc Opératoire, Florence Lebrun, a pris contact avec l'anesthésiste qui vérifie le dossier patient de Gabrielle pour voir si elle prend des anticoagulants, si son diabète est stable et si elle peut être opérée rapidement ou s'il faut différer l'intervention. Si le traitement est adéquat et le patient opérable, l'infirmière contrôle la disponibilité et la stérilité du matériel nécessaire.

Toutes ces précautions prises, Gabrielle est transférée vers le Bloc Opératoire. Dès son arrivée, elle est prise en charge par l'infirmière circulante dans le sas d'entrée. Celle-ci réalise la check-list OMS pour la sécurité de la patiente.

Elle vérifie donc à nouveau son identité (nom, prénom, date de naissance, bracelet), si elle est à jeun, ses allergies, le marquage du site opératoire, son taux de sucre, etc. Si toutes les réponses sont positives, Gabrielle entre en salle où la deuxième partie de la check-list relève de la responsabilité de l'anesthésiste et de l'infirmière.

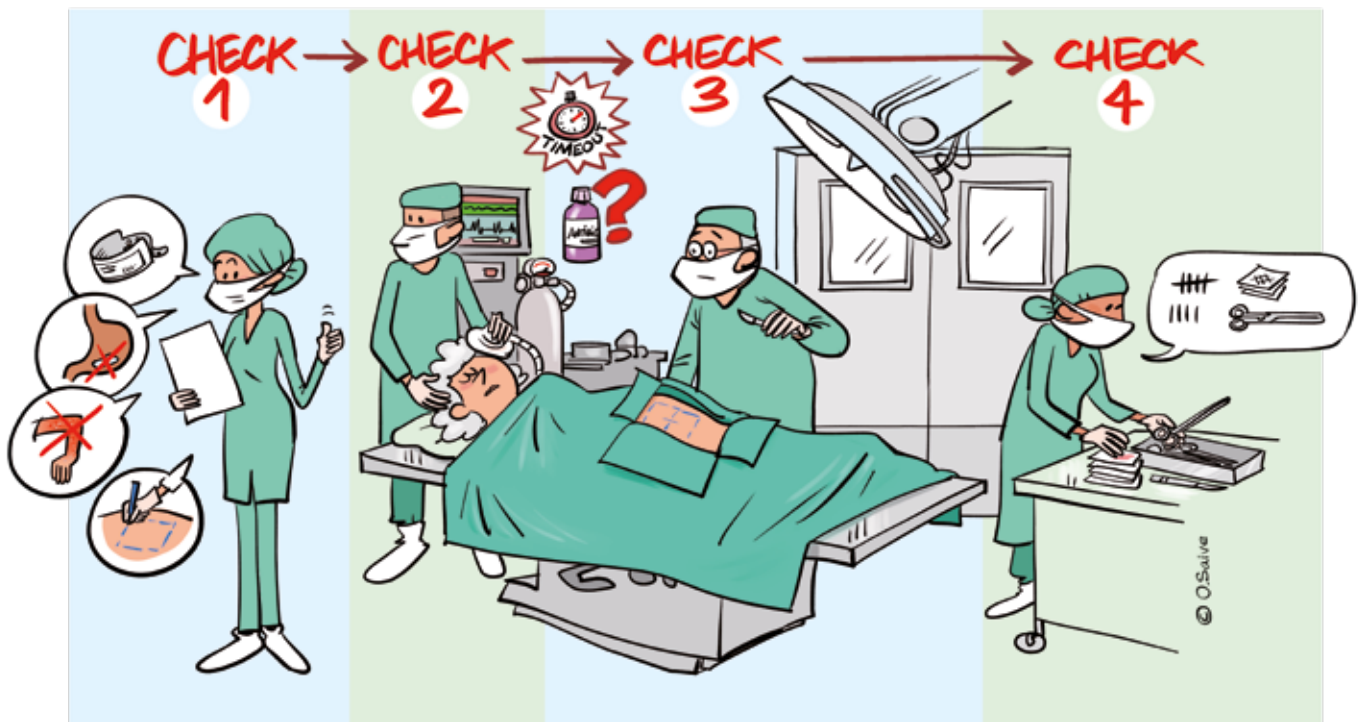
Ensuite, Gabrielle est installée dans la position nécessaire pour réaliser l'intervention, en faisant attention aux points de compression (coussins en gel, mousse...) parce qu'elle va être endormie pendant environ 2 heures et parce que son diabète la rend plus fragile à ces pressions.

La troisième partie de la check-list est du ressort du chirurgien qui, avant d'inciser, doit notamment **s'assurer qu'il s'agit du bon patient et qu'il a bien reçu l'antibiothérapie préventive.** « **C'est le Time out,** précise Florence Lebrun. **Cela signifie que si cela n'est pas fait, on arrête. Le chirurgien ne commence pas son intervention et on attend que l'antibiothérapie soit administrée à la patiente.** ».

La prothèse est maintenant placée. Avant de suturer, il faut encore faire le décompte des compresses, des instruments et aiguilles pour être sûr de n'avoir rien oublié dans la patiente. **Toutes les étapes de la check-list sont bloquantes, c'est-à-dire qu'elles doivent être remplies pour pouvoir passer à l'étape suivante.**

« Comme on vérifie l'intégrité des emballages et leur stérilité avant l'intervention, il y a aussi une procédure de débarrasage de ces matériels pour leur traçabilité ».

Une fois la cicatrice refermée, Gabrielle est réinstallée plus confortablement pour son réveil. Ensuite, on la conduit en salle de réveil où elle reste une heure avant de remonter dans sa chambre en Orthopédie. Dans cette salle de surveillance étroite, la patiente est tenue à vue par les infirmières et ses paramètres sont suivis en continu. Les traitements antidouleurs sont adaptés, et la patiente est réorientée (son âge ou l'intensité de la situation sont souvent causes de confusion ou de désorientation spatiotemporelle). 'Bonjour madame, vous êtes à Soignies, à l'hôpital, en salle de réveil, vous avez été opérée de la hanche, est-ce que vous vous en souvenez ?...' Progressivement, elle reprend contact avec la réalité.



Dr Hugues VERSAILLES,
Anesthésiste

• **A quoi sert l'antibiothérapie préventive ?**

« Dès qu'il y a une implantation de matériel dans l'organisme, il y a une antibiothérapie préalable (20 à 60 minutes avant l'incision) qui vise les germes présents sur la peau. En urgence, ce dépistage par frottis cutané n'est pas possible : la toilette préopératoire immédiate est toutefois faite avec le plus de soin possible.

Pour les chirurgies programmées, nous suivons un protocole préventif : on fait un frottis 15 jours avant l'opération pour dépister certains germes à haut risque d'infection en cas de prothèse. S'il est positif, on adopte une conduite de réduction du risque dans les jours qui précèdent l'opération (trois jours de toilette complète et soignée avec un savon désinfectant et une pommade nasale). Cette toilette sera réalisée pour tous les patients la veille et le matin de l'intervention. Elle est essentielle ».

• **Comment se fait le choix entre anesthésie générale et régionale ?**

« **L'anesthésiste travaille sur quatre composantes : la conscience (en cas d'anesthésie générale), la protection contre les réactions douloureuses, la détente musculaire (pour faciliter le travail du chirurgien) et la stabilisation du patient au niveau respiratoire et circulatoire.**

Pour un col du fémur, il a le choix entre les deux anesthésies en fonction des risques : pour un patient encore sous anticoagulant, on évitera l'anesthésie rachidienne parce qu'il y a un risque de saignement médullaire; pour les patients déments, agités, peu collaborants, il faudra une anesthésie générale. Cela dit, notre préférence va à l'anesthésie locorégionale qui donne moins de confusion dans les heures qui suivent, qui respecte mieux la fonction pulmonaire et qui permet un meilleur confort subjectif dans les premières heures postopératoires ».

• **Quand prend fin votre surveillance ?**

« Notre rôle d'anesthésiste se poursuit par le transfert du patient vers la salle de réveil où il reste sous notre responsabilité. C'est là que l'on voit si le patient commence à se réveiller, si ses fonctions se stabilisent, c'est là que l'on programme la médication antidouleur contrôlée par le patient (intraveineuse ou péridurale). Notre prescription couvre les heures qui suivent, jusqu'au moment où le médecin d'étage adapte l'ensemble de la conduite. Notre rôle devient alors celui d'un consultant ».



LA PHARMACIE, GARANTE DU BON USAGE DES MÉDICAMENTS



Le fait que Gabrielle soit diabétique nécessite une attention particulière de la Pharmacie et notamment une éducation dans le cadre de la pharmacie clinique et des médicaments dits à haut risque tels que l'insuline et les hypoglycémiantes dont l'utilisation doit être bien contrôlée, depuis la prescription jusqu'à l'administration, et dont le trajet est différencié par rapport aux autres médicaments.

Arrivée aux Urgences, Gabrielle a fait l'objet d'une prise en charge immédiate de son problème aigu, la fracture de hanche, de sa pathologie chronique, le diabète, et de la douleur, après prescription électronique par l'urgentiste et administration des médicaments soit par le médecin lui-même, soit par les infirmières.

Les Urgences disposent d'une réserve de médicaments, tout comme le Bloc Opératoire où les produits nécessaires à l'anesthésiste doivent être disponibles de façon immédiate. C'est lui qui prend en charge la médication de Gabrielle durant l'intervention et en salle de réveil pour toute l'analgésie postopératoire.

Quand Gabrielle remonte en Orthopédie, la prescription est reprise en charge par le médecin résident qui ajuste le traitement en fonction des besoins. Un service comme la Chirurgie, où les séjours sont très courts, est réapprovisionné en produits pharmaceutiques tous les jours.

Chaque médicament prescrit de façon électronique fait l'objet d'une validation par un pharmacien qui vérifie la posologie et la durée du traitement, l'absence d'interactions. Il porte une attention particulière aux populations dites à risque telles que celles de la Gériatrie et de la Pédiatrie, les patients polymédiqués*, les malades chroniques (diabète, asthme, maladies neurologiques...).

Tous les médicaments sont préparés par la Pharmacie et acheminés dans l'hôpital par le service Logistique.

Sophie DE DONDER,
Pharmacien en Chef

• Qu'est-ce qu'il y a de particulier avec les implants ou prothèses orthopédiques ?

« Pour les Urgences, nous travaillons avec des consignations d'implants, c'est-à-dire que les chirurgiens ont un panel d'implants (tailles, formes courantes...) mis à disposition par les firmes. Au moment de l'intervention, ils choisissent le matériel qu'ils vont poser et le lendemain, nous recevons la prescription pour valider le circuit de facturation.

« Le pharmacien est responsable du circuit des implants et de la stérilisation. Par exemple, chaque prothèse de hanche nécessite une voie d'abord différente et donc

un matériel différent. Les implants arrivent stériles, sauf les vis et les ancillaires (kit d'instruments) qui doivent être stérilisés.

Le matériel stérile comme les compresses, les fils de suture, les drains... est acheté, géré et délivré par la Pharmacie ».

• Comment le circuit du médicament est-il maîtrisé et sécurisé ?

« Nous ne pouvons commander que les médicaments qui sont autorisés sur le marché belge. Dans certains cas, on peut les importer s'ils ont fait l'objet d'une certification belge. Vu le contexte de pénurie médicamenteuse en Europe, nous sommes régulièrement amenés à importer nos médicaments ».

« Par ailleurs, les médicaments font l'objet d'un rangement précis dans la pharmacie :

les médicaments à haut risque sont par exemple tous rangés ensemble et différenciés des autres pour attirer l'attention des assistants en pharmacie et, au moment de la délivrance, ils sont également différenciés dans les chariots pour attirer l'attention du Département Infirmier. Pour les stupéfiants qui font l'objet d'une législation particulière, ils doivent être mis sous clef partout dans l'hôpital ».

• Depuis peu, le CHR Haute Senne a engagé une pharmacienne clinicienne, quel est son rôle ?

« La pharmacie clinique vise à optimiser le traitement en termes de sécurité, d'efficacité et de coût pour le patient et pour l'institution. La pharmacienne clinicienne a plusieurs tâches: elle est en contact quoti-

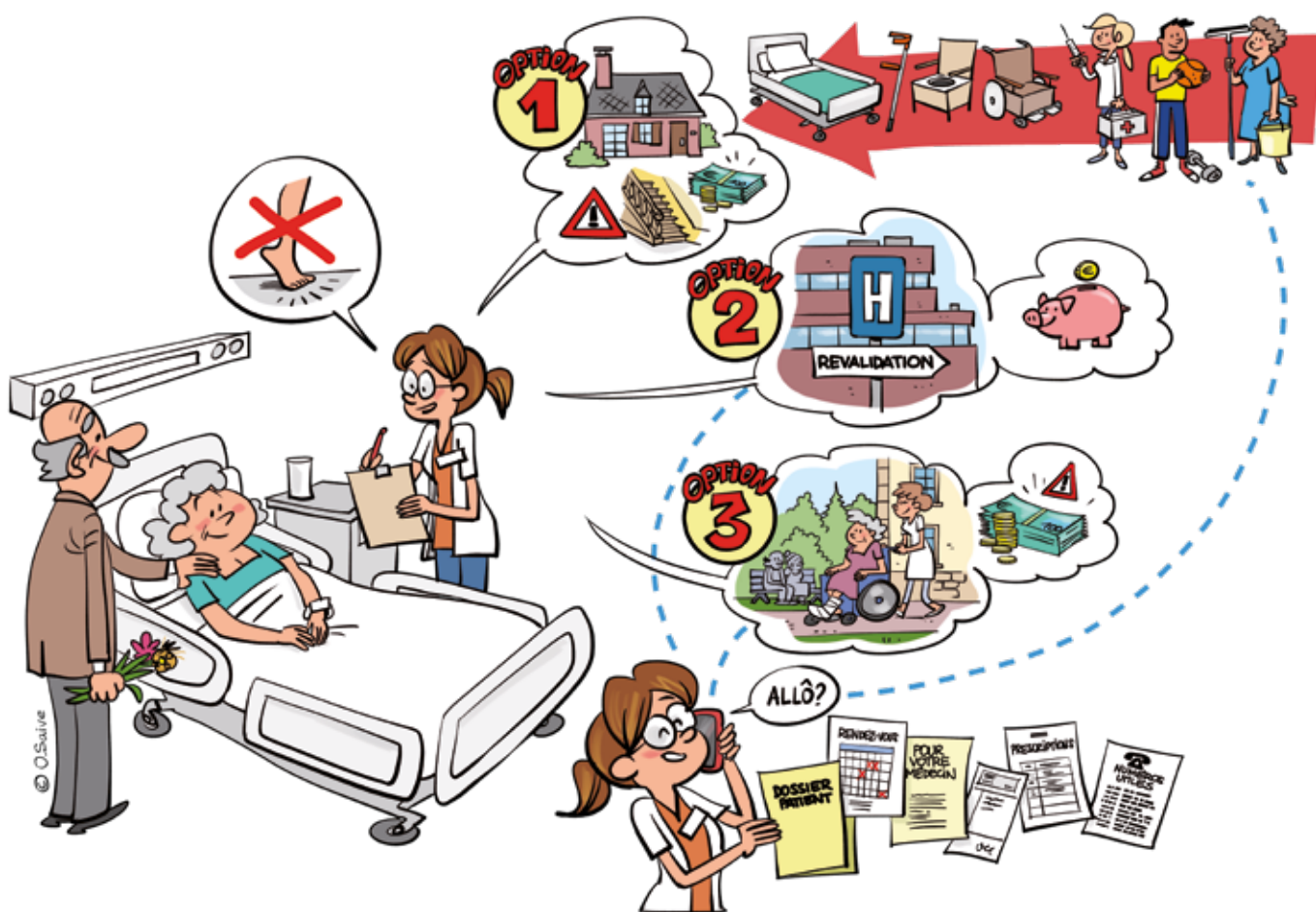
* Polymédication = qui prend plusieurs médicaments.

dien avec les médecins des deux services de médecine interne pour optimiser le traitement des patients; elle doit informer les patients souffrant de maladies chroniques comme le diabète, l'asthme et la BPCO... Elle

travaille à l'élaboration de schémas institutionnels d'antibiothérapie et elle participe à des groupes de travail sur l'utilisation rationnelle de certains médicaments comme les antibiotiques, mais aussi les médicaments à

haut risque. Elle anime également le projet de réconciliation médicamenteuse ».

L'ASSISTANTE SOCIALE, MAILLON CLÉ POUR LA SORTIE DU PATIENT ET L'INFORMATION DE L'ENTOURAGE



Cela fait maintenant une semaine que Gabrielle est à l'hôpital, l'opération s'est bien passée et elle commence à marcher avec ses béquilles. Elle espère pouvoir bientôt rentrer à la maison. Dans les 24 à 48 heures après son arrivée dans le service d'Orthopédie, l'assistante sociale lui a rendu visite pour discuter avec elle de son projet post-hospitalisation.

L'aide de l'assistante sociale est essentielle pour choisir parmi les 3 possibilités de « après hospitalisation » qui s'offrent à Gabrielle. Sa mission vise toujours à favoriser le retour à la maison, avec la mise en place d'aides à domicile (infirmier, kiné, aide-ménagère...) et d'aménagements (lit médicalisé au rez-de-chaussée, tribune, chaise percée...). Si ce n'est pas possible, une deuxième option consiste à faire un séjour dans le service de Revalidation du CHR Haute Senne à Saint Vincent ou dans celui d'une autre institution. Enfin, troisième option: aller dans un centre de convalescence ou de court séjour en maison de repos.

Selon l'avis du médecin, **l'assistante sociale informe la patiente et sa famille sur les aides à domicile et coordonne l'admission en revalidation au CHR Haute Senne ou ailleurs et lui remet tous les renseignements sociaux pour une remise en forme optimale.**

Quand Gabrielle sortira, en plus d'une fiche reprenant toutes les informations pratiques, elle recevra ses rendez-vous pour le suivi médical (chirurgien, radiologie, kinésithérapie...), la lettre pour le médecin traitant, la prescription pour soins infirmiers si besoin, le rapport infirmier, le schéma de prise des médicaments, les ordonnances, le papier mutuelle pour le matériel (béquilles, tribune...)... et les contacts téléphoniques du CHR Haute Senne dont elle pourrait avoir besoin.

Graziella MOREELS,
Assistante sociale

• **Quels paramètres entrent en jeu pour guider le choix entre les trois options d'« après-hospitalisation »?**

« Je fais surtout attention à l'âge du patient (le choix sera différent s'il a 50 ans ou 80 ans), à son état de santé, à son environnement familial (seul, en couple, en home...), à son lieu de vie (appartement, maison avec escaliers...)... Et aussi à l'aspect financier qui ne sera pas le même selon l'option choisie: s'il reste en milieu hospitalier, la mutuelle inter-

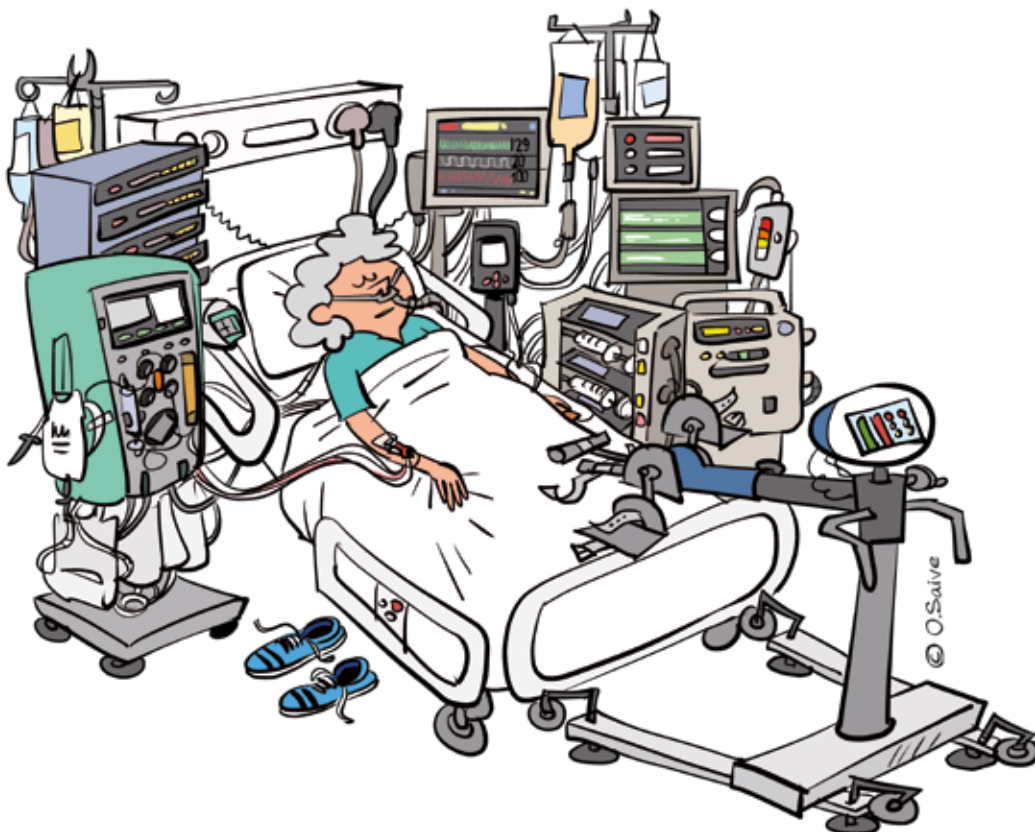
vient; s'il rentre à la maison, les aides et le matériel médical ont un certain coût, mais l'intervention de la mutuelle est toujours présente; enfin, s'il va en court séjour en maison de repos, le coût (+/- 1500€) sera totalement à sa charge ».

« Mon but est que les patients rentrent chez eux mais, il arrive qu'après l'intervention ils soient plus fragiles et/ou dépendants. Dans ce cas, ils ne pourront pas retrouver directement leur domicile. Par exemple, après l'opération, la personne peut être immobilisée (en décharge) et, pendant trois à six mois, elle ne peut pas poser le pied par terre; dans d'autres

cas, il n'y a pas d'immobilisation nécessaire: tout dépend de l'intervention pour réparer la fracture de hanche et de la technique de charge.

« Parfois, le patient doit se résoudre à accepter une solution qui n'est pas son premier choix. La difficulté c'est que nous sommes tenus par les durées de séjour et qu'il n'y a pas toujours de la place dans les services de rééducation. Quand il s'agit d'une opération programmée, je vois le patient plusieurs semaines avant, j'ai donc plus de temps pour mettre en place les options ».

LE TEMPS DE LA MOBILISATION EN SOINS INTENSIFS



I est rare que les patients opérés pour une prothèse de hanche doivent passer aux Soins Intensifs après l'intervention. Pour Gabrielle, tout s'est bien déroulé et on l'a conduite directement en salle de réveil.

Si, malgré tout, elle avait dû y aller, elle aurait bénéficié d'une prise en charge kinésithérapeutique en fonction de la prescription du chirurgien orthopédiste, peut-être une kinésithérapie respiratoire et une mobilisation précoce. Depuis plusieurs années, le Dr Pascal Reper, chef de service aux Soins Intensifs, porte une attention particulière à la nutrition et à la mobilisation des patients admis en Soins Intensifs. Actuellement, la mobilisation est un projet en cours de développement et d'évaluation dans cette unité.

Pourquoi mobiliser les patients ? C'est important sur trois plans: pour le confort, en évitant une ankylose douloureuse ; pour prévenir l'atrophie musculaire qui s'installe sous ventilation assistée; enfin, plus on commence tôt la rééducation, plus on a de chances d'avoir une récupération et de diminuer la période de rééducation nécessaire au patient.

Un programme pilote a donc été mis au point avec le kinésithérapeute pour évaluer les possibilités de mobilité des patients, déterminer un plan de mobilisation et, à plus long terme, voir s'il y a un impact sur la durée de séjour et le devenir des patients (par exemple sur la ventilation).

Aux Soins Intensifs, à côté du tour de lit répété toutes les 3-4 heures qui permet aux infirmières de surveiller les pertes sanguines, la diurèse, les paramètres vitaux (température, rythme cardiaque, tension, saturation en oxygène) et la glycémie si le patient est diabétique, **la prévention des escarres fait également l'objet d'une surveillance** : « Les patients sont d'office mis sur un matelas alternant, on surveille les points d'appui, et ils sont mobilisés en fonction de leurs besoins plusieurs fois par jour », précise Marie-Ange Bombart, infirmière en chef des Soins Intensifs.

Dr Pascal REPER,

Médecin Chef du Service des Soins Intensifs

• En quoi consiste ce projet de mobilisation ?

« Le but c'est d'essayer de faire en sorte que les patients soient mobilisés, au départ, de manière passive et puis, le plus rapidement possible, de manière active: qu'ils puissent aller au fauteuil dès que possible, faire du vélo actif ou passif. Il s'agit de normaliser la mobilisation le plus rapidement possible, d'essayer de la perdre le moins possible ou de

la regagner le plus vite possible ».

• Comment assurer la sécurité du patient aux soins intensifs ?

« C'est une préoccupation permanente aux soins intensifs parce que les patients sont instables et parce que les techniques qu'on utilise sont agressives ou invasives. Il faut donc savoir ce que l'on fait, comment et avec qui, c'est-à-dire aussi avec le personnel non médical ».

Nous enregistrons les événements indésirables et suivons un ensemble

d'indicateurs de qualité et de sécurité chez les patients

depuis plus d'un an et demi. Nous faisons partie des 10 hôpitaux belges qui ont adopté cette façon de pratiquer ».

• Comment informez-vous le patient et sa famille ?

« L'équipe médicale donne des nouvelles de manière journalière et est à disposition des familles pendant les visites parce qu'elles doivent bien comprendre la situation du patient en soins intensifs ».

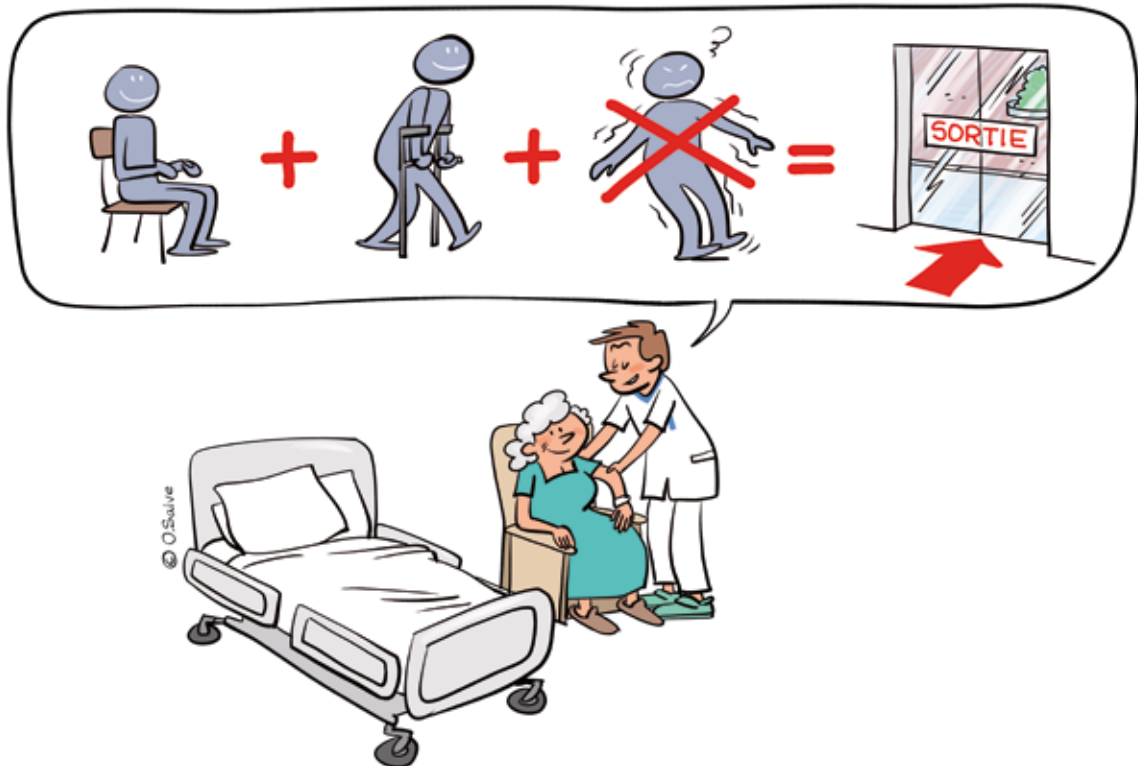
LA RÉCUPÉRATION FONCTIONNELLE

Gabrielle pense maintenant à son projet de rééducation.

« Aujourd'hui, dans les circonstances simples, la mise en place d'une prothèse de hanche ne présente pas de risque théorique majeur de handicap. Ce type de chirurgie est bien maîtrisé par les chirurgiens et leurs équipes, l'a rassurée Séverine Abellaneda, PhD, kinésithérapeute. Cependant, c'est une 'grosse' chirurgie et il ne faut pas la minimiser, tant au plan préopératoire pour son organisation qu'au plan postopératoire. La douleur et les difficultés postopératoires sont contrôlées et font partie des suites dont les équipes surveillent l'évolution. **La récupération fonctionnelle, à un niveau au moins comparable à celui d'avant la mise en place de la prothèse, est l'objectif minimal pour chaque patient** ».

Pour atteindre cet objectif, le kinésithérapeute est impliqué en préopératoire, dès que le choix de l'option chirurgicale est fait. Très rapidement, dès le lendemain de la chirurgie, le kinésithérapeute effectue un premier bilan dans le but de s'assurer que l'ensemble des articulations (orteils, chevilles, genoux, hanches...) peut être mobilisé, de manière contrôlée par le patient. Il s'assure bien évidemment que la douleur est gérée le mieux possible, essentiellement

par la mise en place répétée de glace à proximité du site chirurgical. Il répondra à l'ensemble des questions de chaque patient sans oublier de répéter, une nouvelle fois, l'ensemble des conseils de sécurité, préalablement passés en revue en préopératoire. En l'absence de toute complication et contre-indication médico-chirurgicale, chaque patient est rapidement accompagné pour faire ses premiers pas, sécurisés. **La mobilité précoce, prudente et raisonnée est l'un des premiers objectifs de la rééducation.** Elle impacte le niveau de récupération fonctionnelle à moyen terme mais également, le risque de complications tels que les troubles veineux profonds, plus connus sous le nom de phlébites. Bien sûr, le kinésithérapeute suit attentivement et quotidiennement les évolutions médicales de chaque patient, ce qui lui permet d'adapter sa prise en charge et de contribuer à la surveillance de certains paramètres. Un exemple est celui d'un patient diabétique pour lequel le timing des séances pourra être adapté selon que l'équilibre de celui-ci soit constant ou modifié après la chirurgie.



Séverine ABELLANEDA, PhD,
Kinésithérapeute Chef de Service

• Quelles sont les conditions pour autoriser la sortie ?

« Du seul point de vue kinésithérapeutique et fonctionnel, les douleurs doivent être expliquées et contrôlées, le patient doit pouvoir étendre complètement sa jambe et fléchir sa hanche et son genou à 90°. Il doit également contrôler sa musculature pour marcher seul avec ses béquilles. Il ne doit également plus y avoir de risque majoré de chute, ce qui pourrait être le cas si son diabète était mal équilibré, par exemple. »

« On évalue le niveau de récupération sur base de tests validés dans la littérature scientifique et d'acquis fonctionnels et non plus sur des délais ou un nombre de séances de kinésithérapie. »

Pour certains patients qui auraient déjà eu l'opportunité d'intégrer dans leur quotidien les conseils préopératoires (liés aux risques de chute et à l'attention particulière pour

leur diabète), ainsi que les conseils postopératoires (pour limiter le risque de luxation), que leur situation médicale est favorable, et qu'ils arrivent à reproduire les activités quotidiennes, sans douleur et sans appréhension, une récupération suffisante dont le niveau est basé sur les objectifs du patient et de l'équipe, peut être obtenue rapidement après quelques jours. Pour d'autres, ce sera plus long parce qu'il y a plus de douleur, un déficit et/ou un déséquilibre musculaire plus important, ou des objectifs plus complexes, ce qui peut être le cas de personnes plus jeunes dont la récupération doit tenir compte de spécificités professionnelles. Cela dépend donc vraiment des besoins de chaque patient, de leurs objectifs, de leurs attentes et de l'état fonctionnel de chacun ».

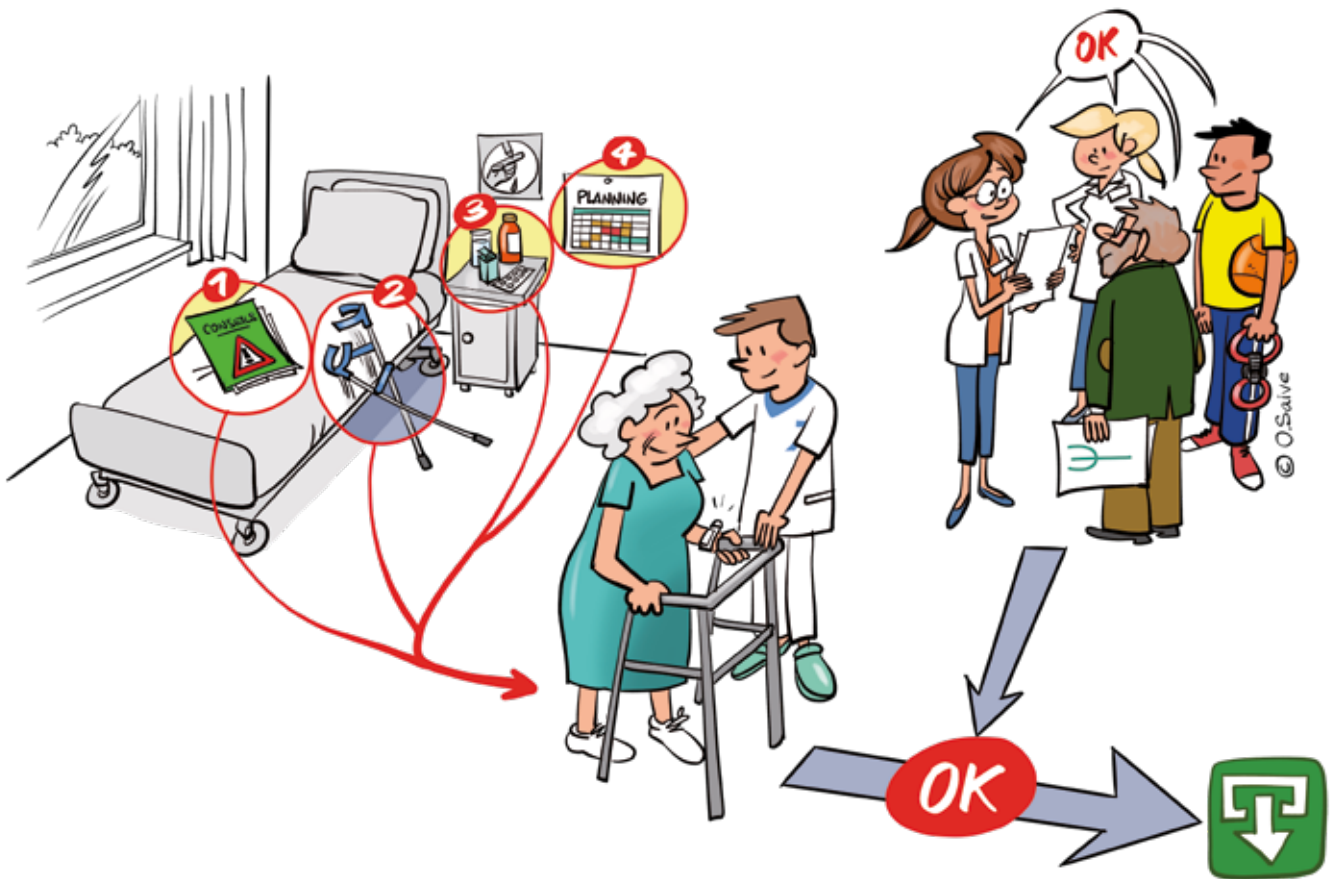
• L'âge joue-t-il un rôle ?

« Non. En effet, il est désormais indiqué de faire équipe avec chaque patient : une équipe autour des attentes, des objectifs, des possibilités et des conditions de vie de chacun. L'objectif final pour tous les patients,

est de leur permettre, à un moment ou un autre, en fonction de leur état de santé, de retrouver la vie qu'ils avaient avant. L'âge n'est plus un facteur limitant. Il est, bien sûr, un facteur d'attention supplémentaire par l'attention et l'anticipation que nous devons porter à un risque plus grand d'être en présence de plusieurs pathologies mais l'âge n'est pas un facteur qui doit limiter la récupération fonctionnelle spécifique des souhaits de chacun ».



EN ROUTE POUR LE SERVICE DE RÉADAPTATION À SAINT-VINCENT



Gabrielle a choisi de faire sa rééducation au CHR Haute Senne, à Saint-Vincent. Il faut dire aussi qu'elle habite dans une maison et que sa chambre est à l'étage. Retourner directement chez elle était donc exclu.

Pour être admise dans l'un des deux services de Réadaptation de Saint-Vincent, le médecin du service d'Orthopédie envoie une demande au médecin du service de Rééducation, qui examine le projet de rééducation de la patiente. Celle-ci doit avoir envie d'y poursuivre sa rééducation et doit être en perte d'autonomie après la pose de la prothèse de hanche.

Dès que le médecin du service de Rééducation a donné son accord pour l'accueillir, les infirmières en chef de Rééducation se mettent en contact avec l'infirmière en chef d'Orthopédie et l'assistante sociale pour préparer au mieux son arrivée et sa chambre. Comme Gabrielle est diabétique, **une attention particulière est accordée aux plaies et aux points de compression**. Son lit est ainsi équipé d'un matelas alternant. Une tribune et une chaise roulante sont aussi à sa disposition.

Les infirmières se sont assurées qu'elle disposait bien de chaussures fermées ou adaptées, de vêtements amples et confortables pour la kinésithérapie. Vu son diabète, elles ont aussi pris contact avec la diététicienne, pour un suivi un peu plus spécifique.

A son arrivée, Gabrielle a reçu une brochure explicative sur le service de Réadaptation. Les ergothérapeutes lui ont aussi donné des feuillets reprenant les conseils pour éviter les chutes, sur les économies d'effort ou les limites à ne pas dépasser pour les prises en charge... Et la famille n'a pas été oubliée: on s'assure qu'elle connaît aussi ces précieux conseils. Pour l'équipe de Réadaptation, **il est en effet très important que la patiente et sa famille connaissent les conseils des infirmiers, du kinésithérapeute et de l'ergothérapeute, en cours d'hospitalisation mais surtout pour l'après.**

Pendant le séjour en Revalidation, l'équipe projette l'après-hospitalisation et évalue la situation de Gabrielle : pourra-t-elle retourner à la maison ? La sécurité sera-t-elle optimale ? La structure à domicile convient-t-elle encore ? Les infirmières discutent de tout cela au cours d'une réunion multidisciplinaire hebdomadaire avec l'assistante sociale, la psychologue, l'ergothérapeute,...

Enfin, la sortie de Gabrielle est prévue dans une semaine, le temps de s'organiser et de préparer son retour à la maison dans les meilleures conditions. Elle sait qu'elle pourra toujours prendre contact avec l'équipe de Revalidation si elle a la moindre question, le moindre doute...

Isabelle BRACONNIER,
Infirmière en Chef Réadaptation 1

Monique MUTETELI,
Infirmière en Chef Réadaptation 2

• Comment rassurez-vous les patients ?

« Souvent, les patients se comparent les uns aux autres et nous les rassurons en leur disant que, même s'ils ont eu la même opération, on ne progresse pas nécessairement au même rythme. Nous sommes là pour rendre l'autonomie au plus vite, mais c'est vraiment du cas par cas », affirme Isabelle Braconnier, infirmière en chef de Réadaptation 1.
« Pour les patients qui ont chuté, un bilan est réalisé pour en déterminer la cause et préve-

nir de nouvelles chutes. À la sortie, pour les sécuriser, certains ont encore une tribune ou des béquilles.

Nous avons un projet pluridisciplinaire en Réadaptation pour renforcer nos conseils, détecter les patients chuteurs et mener des actions pour éviter les chutes ».

• Quelles informations donnez-vous au patient qui va rentrer chez lui ?

« Quand il sort, on explique la médication, on lui donne un rendez-vous un mois à six semaines après l'hospitalisation pour le suivi médical chez son chirurgien. On lui remet ses médicaments personnels, une lettre pour le médecin traitant, les rendez-vous pro-

grammés avec le kinésithérapeute, la prescription pour les soins infirmiers si besoin, la lettre de rapport infirmier, le schéma de prise de médicaments, les ordonnances, les papiers mutuelle pour le matériel (béquilles, tribune...), détaille Monique Muteteli, infirmière en chef du service.



Gabrielle est désormais prête pour un retour chez elle, en compagnie de Jean.



C'est arrivé près de chez vous



Naissances

- **Enzo**, le 12/06/2018
de Mme **Julia DELEHAYE** (Médecine 2)
- **Mattia**, le 24/07/2018
de Mme **Adeline ORIOLO**
(Secrétariat médical)
- **Eléanora**, le 30/09/2018
de Mme **Julie GILBERT** (Réadaptation 2)
- **Loris**, le 12/10/2018
de Mme **Perrine ALGOET** (Orthopédie)
- **William**, le 24/10/2018
de Mme **Aurore COUWEZ** (Gériatrie 1)
- **Elijah**, le 06/11/2018
de Mme **Aurore KALINCZUK** (Chirurgie)
- **Evan**, le 17/11/2018
de Mme **Cynthia LOSFELD**
(Médecine physique)
- **Raphaël**, le 15/12/2018
de Mme **Audrey MERTENS** (Cuisine)
- **Gioia**, le 29/12/2018
de Mme **Titiana TAMINIAU** (Diététique)
- **Augustin**, le 09/01/2019
de Mme **Manon WAUTHELET**
(Soins palliatifs)
- **Ellie**, le 20/02/2019
de Mme **Aurore DENYS** (Médecine 1)



Mariages

- Mme **Elodie VEREECKEN**
(Réadaptation 1)
et Mr **Benoît JONNIEAUX**,
le 02/08/2018
- Mme **Hélène ANDRE**
(Bloc opératoire)
et Mr **Thibaut TSHIAMALA**,
le 02/09/2018
- Mme **Sarah VANSTECHELMAN**
(Maternité)
et Mr **Laurent VANDENBEMDEN**,
le 07/10/2018
- Mr **Patrick COPPOY**
(Direction Département Informatique)
et Mme **Annick VAN MELSEN**,
le 01/12/2018
- Mme **Laetitia MASSIN** (Orthopédie)
et Mr **Abdel Malek M'SAID**,
le 26/01/2019
- Mme **Christelle VANDENDRIESSCHE**
(Diététique)
et Mr **Christophe GLORIEUX**,
le 09/03/2019
- Mr **Frédéric JAUCOT** (Soins palliatifs)
et Mme **Bénédicte DASCOTTE**,
le 06/04/2019
- Mme **Gaëlle ESTERCQ** (Cuisine)
et Mme **Jennifer SARTIAUX**,
le 20/04/2019



Prépension/Pension

- Mme **Nicole AUREZ**
(Polyclinique) le 31/07/2018
- Mme **Marie-Vilma L'ENCLUME**
(Volantes) le 31/07/2018
- Mme **Denise BLAIRON**
(Pédiatrie) le 31/08/2018
- Mme **Geneviève ANTOINE**
(Laboratoire) le 31/10/2018
- Mme **Maria-Isabel CRUZEIRO LARANGEIRA**
(Nettoyage) le 31/10/2018
- Mr **Ali CHAFAI**
(Chirurgie) le 31/10/2018
- Mme **Dominique DUTRIEUX**
(Gériatrie 2) le 30/11/2018
- Mme **Somaly NOP**
(Bloc opératoire) le 30/11/2018
- Mme **Michèle COUTURIAUX**
(Service social) le 31/12/2018
- Mr **Willy GOETHALS**
(Direction Département Infirmier)
le 31/01/2019
- Mr **Michel JANQUART**
(Urgences) le 28/02/2019
- Mme **Nicole BAVAY**
(Hôpital de jour médical) le 30/04/2019



A vos agendas

JUIN

- 03/06 à 20h : **Informations prénatales**
« Je rentre à la maison avec mes parents »
- 067 348 580
- 17/06 à 20h : **Informations prénatales**
« La grossesse et la prématurité »
- 067 348 580
- 17/06 à 14h : **Lundis Infirmiers**
« Immunothérapie » - 067 348 859

SEPTEMBRE

- 09/09 à 20h : **Informations prénatales**
« L'accouchement et l'anesthésie péridurale » - 067 348 580
- 16/09 à 14h : **Lundis Infirmiers**
« Prévention des chutes » - 067 348 859
- 23/09 à 20h : **Informations prénatales**
« Le portage bébé » - 067 348 580

OCTOBRE

- 05/10 à 8h30 : **Symposium**
« Les troubles du comportement alimentaire » - inscriptions@chrhautesenne.be
- 067 348 725
- 07/10 à 20h : **Informations prénatales**
« L'allaitement maternel » - 067 348 580
- 14/10 à 20h : **Informations prénatales**
« Je rentre à la maison avec mes parents »
- 067 348 580