

## Sommaire:

### DOSSIER, p 2 et 3

Les Infections nosocomiales

### MAISON DE RETRAITE, p 4

Bilan canicule

### IFSIL, p 4

Opération Sidaction

### ZOOM, p 5

L'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière

### ACTUALITES, p 6

Permanences de JALMALV

### REPERES, p 7

Communication du dossier patient

**P**révention, vigilance et surveillance pourraient être des piliers essentiels de notre système de santé. Les systèmes en place ne sont pas infaillibles comme l'ont montré quelques tragédies (sang contaminé, canicule...)

C'est pourquoi la gestion des risques -concept de plus en plus développé et recouvrant un large domaine- vise d'abord à assurer la sécurité des personnes, au travers d'une démarche de prévention mise en oeuvre dans tous les actes professionnels, suivant les règles et protocoles établis.

Le patient progressivement devra accepter l'idée que le « risque zéro » n'existe pas, mais peut toujours exiger la « négligence zéro ».

Dans ce contexte de gestion des risques, le CH a mis en place depuis plusieurs années des équipes performantes qui ont permis des réponses rapides et adaptées ; la surveillance du réseau d'eau en est le plus récent exemple général.

Le champ d'action des professionnels évolue sans cesse auprès de chaque malade avec l'apparition de nouvelles maladies contagieuses, quand d'autres disparaissent. Ces actions ne sont pas spectaculaires mais nécessitent un dévouement permanent.

Le progrès médical et les innovations améliorent considérablement la vie hospitalière, mais leur coût est en progression plus élevé que les dépenses de la vie courante.

Dans ce contexte, la réforme de la tarification qui commence à s'appliquer aux hôpitaux, sera, compte tenu des paramètres actuels, favorable à notre établissement.

Développer l'activité du Centre Hospitalier est donc non seulement moral, puisque c'est le but de tout établissement de soins, mais encore économiquement la bonne voie à suivre.

L'hôpital et ses personnels savent donc réussir.

Gérard Pernin, directeur

## DOSSIER

# Infections nosocomiales lutte sur tous les fronts...

« Il est de notre devoir de tout faire pour les éviter grâce à des mesures de prévention appropriées. » J.François Mattéi, Colloque du 20 janvier 2004 "Infections nosocomiales : quelle surveillance pour une meilleure prévention ?" Philippe Douste Blazy vient de soumettre aux CLINs le projet de plan de lutte 2004-2007.

Depuis quelques années, les infections nosocomiales défrayent la chronique, avec des noms barbares et peu évocateurs pour les non-initiés comme *Acinetobacter baumannii*, *Aspergillus*... De nouvelles souches de bactéries multi-résistantes aux antibiotiques apparaissent régulièrement.



Pourtant, l'hygiène hospitalière n'a cessé de s'améliorer. Tous les établissements de santé sont dotés de CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales), d'EOHH (équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière), de protocoles d'hygiène, de grilles d'évaluation... Les hygiénistes disposent aujourd'hui d'outils performants pour améliorer la qualité des soins.

La lutte contre les IN (infections nosocomiales) fait partie des nombreux défis auxquels l'hôpital public est aujourd'hui confronté. Le Centre hospitalier de Mende a toujours été prêt à relever ce défi : tour d'horizon de ce qui existe et de ce qui se fait avec souvent, une longueur d'avance...

## QU'EST CE QU'UNE IN ?

Définition la plus communément admise :

Une infection est dite nosocomiale si elle **apparaît au cours ou à la suite d'une hospitalisation et si elle est absente à l'admission à l'hôpital**

**O**n oublie souvent que sous le vocable « infections nosocomiales » se cache celui d'« infections hospitalières », apparu avec les soins hospitaliers. Une histoire d'étymologie ; le premier est d'origine latine, le second d'origine grecque.

Ainsi donc, les infections nosocomiales ne datent pas d'aujourd'hui... Marie Lou Bonadies, présidente du CLIN depuis sa création en 1992, fait remarquer que « leur médiatisation n'est pas le fruit du hasard; elle s'explique justement par tout ce qui est mis en place pour lutter contre, et notamment le dispositif de signalement obligatoire en 2001 ».

### Deux catégories d'IN

► les infections d'origine « endogène »

le malade s'infecte avec ses propres germes, au cours d'un *acte invasif* (c'est-à-dire traversant la peau du patient) et/ou en raison d'une fragilité particulière.

► les infections d'origine « exogène »

C'est à ce mode de contamination que s'appliquent les mesures de prévention traditionnelles : hygiène des mains, procédures de désinfection et de stérilisation, sécurité de l'environnement.

En tous cas, la plus grande partie des IN sont manipulées ; **l'application des règles élémentaires d'hygiène reste donc le premier moyen de lutte.**



### Estimations

En France, 7% des patients hospitalisés présentent une IN. Dans les autres pays, le pourcentage variant de 5 à 12%. Mais la résistance des bactéries aux antibiotiques paraît plus fréquente en France que dans certains pays européens, notamment les pays du nord (Danemark, Pays-Bas, Allemagne).

500 à 800 000 patients concernés chaque année, et 4 000 décès environ.

**Les patients les plus fragiles sont les plus exposés** aux IN. A l'inverse, le risque est faible pour les patients " bien portants " (de 1% à 3%).

La mise en examen, en décembre 2003, de six médecins de l'AP-HP (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) a relancé la polémique.

### HISTORIQUE

Depuis 1988, une priorité continue dans les établissements de santé : **réduire la fréquence des IN et du portage des BMR** (bactéries multi résistantes aux antibiotiques) depuis 1996

**1988.** Création des CLIN et élaboration des « 100 recommandations »

**1992.** Création du CTIN et des C.CLIN

**1994.** Mise en place du plan de lutte 1995-2000 contre les IN

**1998.** Loi du 1<sup>er</sup> juillet relative au renforcement de la sécurité sanitaire qui inscrit parmi les missions et obligations des établissements de santé l'organisation de la lutte contre les IN

**1999.** Décret du 6 décembre qui réforme la composition des CLIN - en introduisant notamment la présence de 2 représentants des usagers -, et définit le rôle de l'EOHH

**2000.** Circulaire du 29 décembre qui précise le dispositif de lutte contre les IN

**2001.** Décret du 26 juillet qui rend obligatoire la déclaration de certaines IN. Circulaire du 30 juillet (remplacée en 2004).

Création du RAISIN

**2004.** circulaire du 22 janvier relative au signalement des IN et à l'information des patients. Mise en place du tableau de bord de surveillance des IN

Une nouvelle revue :



## Organisation de la lutte contre les infections nosocomiales

Au niveau national

### CIN et CTIN

Rôles de proposition, coordination et évaluation.



Au niveau inter-régional

### C.CLIN

Soutiennent et coordonnent l'action des CLIN sur 5 secteurs : Est, Ouest, Paris-Nord, Sud-Est, Sud-Ouest.

Rôle très important d'appui technique et méthodologique pour les établissements de santé .

Le CH de Mende est rattaché au **CCLIN Sud Est**, lui-même basé à Lyon.

### ANTENNE RÉGIONALE

Le CH de Mende dépend de l'antenne régionale de **Montpellier**.



Au niveau des établissements

### CLIN

Un CLIN par établissement. Propose et programme sur l'année les actions de prévention et de lutte contre les IN : gestion du risque infectieux, formation, achats de matériel...

Regroupe 18 professionnels de l'établissement et une fois par an, 2 représentants des usagers.

### EOHH

Met en œuvre le programme annuel proposé par le CLIN et adopté par l'établissement.

**Correspondants paramédicaux en hygiène, dans tous les services**

### Composition du CLIN

Dr Marc Chassing, Pt de la CME

Gérard Pernin, représentant légal de l'établissement

Dr Hélène Dutilleul, médecin du travail

Martine Guibert, directrice des soins

M.Lou Bonadies pharmacien de la PUI (pharmacie à usage intérieur)

Monique Rouvière, biologiste

Deux membres proposés par la CME : Dr Eliane Loubersac, Dr Abdel Bouainane

Dr Joël Bertin, responsable de l'EOHH

Dr Christian Dutilleul, responsable du DIM

Marie Perier, membre de l'EOHH

Claudine Biscarat, infirmière de la CSSI ( commission de service de soins infirmiers)

Quatre professionnels paramédicaux : Sandrine

Dall'Aqua, Alain Cassagne, Sylvie Durand, M.Claire Jaffuel

Deux autres membres du CH : A.Marie Paradis, Chantal Velay

### GLOSSAIRE

**CIN.** cellule infections nosocomiales

**CTIN.** comité technique de lutte contre les infections nosocomiales

**C.CLIN.** comité de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales

**CLIN.** comité de lutte contre les infections nosocomiales

**EOHH.** équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière

**RAISIN.** réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des IN

**InVS.** institut national de veille sanitaire



## Marie-Lou Bonadies Présidente du CLIN

### 1. Comment s'est organisée la lutte contre les IN à Mende?

En 1992, nous avons créé le CLIN avec le Dr Eliane Loubersac, et participé à la création du C.CLIN sud-est. L'hôpital s'est toujours investi dans l'hygiène hospitalière avec un personnel très motivé. Dès que des budgets ont été alloués, l'équipe s'est étoffée. En 1992 est arrivée une infirmière hygiéniste, Marie Perrier. En 1993, une technicienne de laboratoire et un médecin hygiéniste, d'abord le Dr Françoise Faidherbe de 93 à 95, puis le Dr Joël Bertin, depuis 2000. En 2000 aussi, une pharmacienne hygiéniste, Brigitte Morel jusqu'à son départ en 2002. En 1999, nous avons mis en place un correspondant paramédical dans chaque service, et en 2001, nous avons formalisé l'existence de l'EOHH. Nous avons toujours été en avance sur la mise en application des textes réglementaires

### 2. Comment une IN est-elle identifiée ?

Le laboratoire de l'hôpital joue un rôle très important; il est comme

une « sentinelle », c'est lui qui repère un germe inhabituel au cours de ses analyses, ou une BMR, et lance une procédure d'alerte. Mais depuis la circulaire de janvier 2004, tout professionnel de santé est également tenu de signaler une infection susceptible d'être une IN au praticien hygiéniste, seul habilité à valider le caractère nosocomial de l'infection. Ici, c'est le Dr Joël Bertin qui décide de signaler ou non l'IN aux autorités sanitaires (DDASS et C.CLIN), le responsable du signalement étant Monique Rouvière. Un document interne de signalement des IN va d'ailleurs être proposé à l'ensemble des soignants. Ces signalements internes et les actions qui en découlent permettront d'améliorer la qualité des soins à l'intérieur de l'établissement.

### 3. Quels sont les outils sur lesquels repose le système actuel de lutte contre les IN ?

Ce système comprend 2 volets: la prévention, qui est l'application de toutes les recommandations existantes en hygiène hospitalière, et la surveillance qui s'exerce notamment à travers les enquêtes et le dispositif de signalement obligatoire.

Il existe 2 types d'enquêtes :

Les enquêtes de prévalence sont des enquêtes réalisées auprès de tous les patients hospitalisés, un jour donné. Nous avons participé aux deux enquêtes nationales qui ont été

réalisées à ce jour, en 1996 et en 2001 (voir résultats ci-dessous).

Les enquêtes d'incidence consistent à observer sur un site particulier, pendant 2 à 6 mois, tous les nouveaux cas d'infections (par ex. sur le site opératoire). Cela permet de mesurer le risque pour un patient de contracter une infection à l'hôpital, avec la prise en compte des facteurs qui lui sont propres et des soins qu'il reçoit..

Il y a ensuite le signalement obligatoire aux autorités sanitaires de certaines IN dont j'ai parlé plus haut. 1300 signalements environ ont été transmis à l'InVS, un seul à Mende, en 2002.

En 2005, nous aurons en plus le tableau de bord des IN que vient de proposer l'InVS, comprenant de nouveaux indicateurs, comme par exemple la consommation de solutions hydro-alcooliques (utilisées pour l'hygiène des mains) ou la consommation d'antibiotiques, toujours rapportées à 1000 jours d'hospitalisation.

La lutte contre les IN nous demande un travail de plus en plus important. Intégrée dans la démarche d'amélioration de la qualité des soins, elle est aujourd'hui un des piliers de la gestion des risques. Et elle doit répondre à la demande grandissante d'information et de transparence de la part des usagers \*.

« Il faut que les usagers sachent que les infections hospitalières ne disparaîtront pas , en tout cas pas complètement, car nous vivons en permanence avec des milliards de bactéries sur la peau, dans le tube digestif, dans différents organes, en particulier ceux que l'on va opérer... Il faut mener cette lutte ensemble, le patient étant partenaire - pas un partenaire aveuglé, leurré par une information caricaturale, mais un partenaire informé et donc exigeant, lucide et responsable... » Jean Carlet, chef de service de réanimation, président du CTIN.

Voir article dans *Le Monde* du 3 janvier 2004

## LE RÉSEAU DÉPARTEMENTAL D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (par le Dr Joël Bertin)

Le réseau existe depuis 2000. Il est animé par le Dr Joël Bertin et Nadine Marquez (M.Odile Bazalgette jusqu'en sept. 2003).

Cette équipe départementale d'hygiène coordonne la lutte contre les IN au niveau des hôpitaux locaux du département : Florac, Langogne, Le Malzieu, Marvejols, Nasbinals, et St Chély.

Chaque établissement dispose depuis 2002 d'un CLIN autonome qui détermine son propre programme de lutte contre

les IN et d'une équipe opérationnelle locale qui travaille en bonne collaboration avec le réseau (formation continue, élaboration des protocoles...) Des relations informelles existent entre le réseau et l'EOHH de l'hôpital de Mende.

Aujourd'hui, un projet d'extension de ce réseau à la plupart des maisons de retraite du département, vise notamment à l'évaluation des réseaux d'eau et à la prévention de la légionellose.

### Résultats de l'enquête nationale de prévalence de juin 2001

Taux d'IN national : 7,5%

Taux au CH de Mende : 9,6%

La prévalence plus élevée à Mende s'explique par différents facteurs :

- L'âge plus élevé des patients pris en charge; au niveau national, le nombre d'IN est aussi plus important chez les patients âgés de plus de 65 ans.
- Un pourcentage de patients plus important portant une immuno-dépression, ou une pathologie sévère
- Une fréquence plus élevée d'actes « invasifs »

\* « Nous ne réclamons pas le risque zéro en la matière, mais le mépris zéro... »

déclare Alain-Michel Cerreti, président de l'association de lutte, d'information et d'études des IN (lien).

## SIDACTION 2004

### Mobilisation des étudiants

Au cours du deuxième Sidaction organisé le week-end du 23, 24 et 25 avril 2004, les étudiants de 2e année de l'IFSIL (Institut de Formation en Soins Infirmiers Lozérien) se sont investis dans la prévention et l'éducation à la santé.

Quatre groupes sont intervenus pendant 1 heure, vendredi 23 avril 2004 dans 4 établissements scolaires du département, le collège du Sacré Cœur à St Chély, le lycée St Joseph à Marvejols, le collège St Privat et le lycée Notre Dame à Mende.

C'est dans le cadre du module « soins infirmiers aux personnes atteintes de maladies infectieuses et aux personnes atteintes de l'infection par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) » qu'ils ont préparé avec intérêt cette opération de sensibilisation auprès des jeunes, en partenariat

avec le CODES (comité départemental d'éducation à la santé).

Ils ont pu ainsi aborder de façon innovante ce thème de santé publique -



un peu oublié à l'heure actuelle, et rappeler qu'il **ne faut pas baisser la garde**. La situation est catastrophique dans les pays pauvres. La hausse des cas de contamination en France ces deux dernières années est inquiétante, sans compter les limites atteintes par les trois thérapies et le manque d'accès aux soins des malades.

#### Derniers chiffres en France

200.000 personnes séropositives  
5 à 6000 nouvelles contaminations par an  
Une hausse de 48 % des diagnostics positifs dans les consultations parisiennes  
Hors de Paris, les moins de 20 ans sont les plus concernés par cette augmentation du nombre de contaminations : + 100 % entre 1998 et 2001!

### Canicule

## Anticipation et bonne gestion du risque

Christiane Kozub et Noëllie Roche nous expliquent comment le risque lié aux chaleurs extrêmes de l'été dernier a été immédiatement pris en compte, ce qui a permis d'éviter le drame de la canicule.

*Propos recueillis*

L'été dernier, nous n'avons eu aucun décès de résidant lié à la canicule, car des moyens –notamment humains se sont mis en place très rapidement, à Mende et à Rieutort.

D'abord, sur proposition du personnel, les horaires des infirmières sont passés de 7 heures 40 à 12 heures, ce qui a permis de passer de 2 infirmières le matin et 1 le soir, à 2 infirmières le matin et 2 le soir. Grâce à ces aménagements, nous avons pu au moins perfuser les résidents en sous-cutanée, un jour sur trois, ce qui était le minimum nécessaire.

Ensuite, tout le personnel s'est particulièrement investi, se montrant très vigilant, et en permanence à l'écoute des personnes.

Il faut également souligner l'efficacité de nos partenaires, dont Mme Giraud, diététicienne à l'hôpital, et la société

Scolarest.

Les personnes âgées n'ont plus le réflexe de soif ; il est indispensable en période de fortes chaleurs d'anticiper, de les hydrater, sans attendre qu'elles le demandent. Ainsi, diverses mesures ont été mises en place :

\*Programmation de tournées systématiques de boissons en plus des distributions habituelles. Notre consommation en eau gélifiée (eau en gel destinée aux personnes ayant des problèmes de déglutition) a augmenté de façon significative, mais cela était inévitable.

\*Achats de thermos dans les salles à manger pour disposer en permanence d'eau fraîche sur les tables.

\*Mise à disposition de toutes sortes de boissons et d'une grande variété de sirops, ce qui n'est pas le cas d'ordinaire.



De gauche à droite, Noëllie Roche, Christiane Kozub. Noëllie Roche est un peu la « maîtresse de maison » à la maison de retraite de Mende. Elle fait le lien entre les 4 étages, repérant les besoins et les habitudes des résidents.

D'autres mesures ont été prises :

\*Ventilation, aération, rafraîchissement pendant la nuit, des chambres et des différentes salles.

\*Les personnes âgées manquaient d'appétit. Nous avons travaillé avec Mme Giraud, pour leur proposer sous formes de glaces des *Clinutren* (produits hyper protéinés) que nous avons congelés.

\*Vigilance accrue par rapport à l'habillement.

\*Enfin, l'établissement a aussi été équipé de 5 nouveaux réfrigérateurs.

Pour l'été 2004, en cas de nouvelle canicule, toutes ces mesures seront à nouveau activées bien sûr. Il est prévu en plus de climatiser toutes les salles à manger, de Mende, Rieutort et des établissements gérés par convention (Vialas et Villefort).

# ZOOM L'EOHH, équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière

## VEILLE CONTINUE SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Formalisée en 2001, l'EOHH avait une existence réelle bien avant cette date. Le CH a toujours été soucieux de répondre à l'exigence de la qualité et de la sécurité des soins.

### Composition

- \* Dr Joël Bertin, praticien hygiéniste
- \* Monique Rouvière, biologiste, vice-présidente du CLIN,
- \* Marie Perier, infirmière hygiéniste



### Rôle

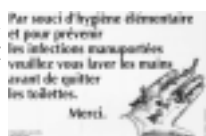
L'EOHH met en œuvre les actions définies par le CLIN, suivant un programme élaboré chaque année, dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins infirmiers, et de développer la prévention des IN.

**Entretien avec Marie Perier,** qui en plus de son rôle d'infirmière hygiéniste, assure l'animation de l'EOHH, préparation et comptes rendus de réunions, coordination... Mais elle n'ose pas le dire par discrétion !

De gauche à droite sur la photo, Marie Perrier, Dr Joël Bertin, Monique Rouvière

**MC. - Vous avez été nommée en 1992. Quelles ont été les premières actions que vous avez réalisées ?**

MP. - Former le personnel et élaborer les premiers protocoles. Dès 1994, un dossier sur la prévention de l'infection urinaire était diffusé dans les services de soins. Puis, le premier classeur sur les techniques d'entretien des sols et surfaces en 1996. La même année, était diffusée dans tous les sanitaires, la première affiche.



**MC. - Quel est votre rôle au sein de l'EOHH ?**

MP. - L'infirmière hygiéniste a une fonction transversale sur l'ensemble de l'établissement. Concrètement, il s'agit de préparer, organiser, participer à toutes sortes d'activités, dans le cadre du programme d'actions à réaliser : élaboration des protocoles et fiches techniques, prélèvements, enquêtes, groupes de travail, formation du personnel et des étudiants de l'IFSI...

**MC. - Qui sont vos collaborateurs ?**

MP. - Je suis amenée à coopérer avec la plupart des services de l'hôpital, mais je travaille surtout et continuellement avec Melle Rouvière et Mme Bonadies.

**MC. - Quels ont été les apports de l'accréditation ?**

MP. - J'ai beaucoup travaillé à ce moment-là sur le référentiel Surveillance et Prévention du risque Infectieux (SPI). Tous les protocoles existants ont été repris, complétés, classés, pour être plus tard diffusés sur Intranet. Les protocoles représentent un travail considérable: rédaction, vérification, validation, diffusion puis évaluation et mises à jour...



Le CH a d'ailleurs été félicité par le groupe d'experts de l'accréditation sur le référentiel SPI.

**MC. - Les professionnels sont-ils motivés ? Comment tous ces protocoles sont-ils respectés ?**

MP. - Nous avons cherché à les adapter le plus possible à la réalité. Les professionnels sont motivés, mais nous les sollicitons en permanence pour que les protocoles soient appliqués et respectés. Notre rôle est de sensibiliser, d'expliquer, l'importance des gestes, le caractère essentiel de la traçabilité... A travers notamment la formation continue que l'hôpital propose depuis plusieurs années.

**MC. - Quels sont les objectifs pour 2004 ?**

MP. - Le recensement de toutes les

IN au sein de l'établissement ; c'était encore tabou jusqu'à aujourd'hui. Il y en aura forcément plus puisqu'elles seront mises en évidence!..Un autre objectif est de développer l'évaluation des actions que nous menons, ce qui permettra d'adapter nos méthodes de travail. Enfin, nous aurons un travail conséquent de surveillance, avec la mise en place du suivi du site opératoire.

Dr Bertin : « L'IN est l'indicateur par excellence de la qualité des soins. Un exemple :Au niveau du site opératoire, une infection peut être déclarée nosocomiale si elle survient dans les 30 jours suivant l'intervention, ou dans l'année, s'il y a eu mise en place d'un implant ou d'une prothèse. Le CH n'a jamais eu à déclarer une IN de cet ordre. Cela prouve tout le travail de prévention réalisé en amont. En matière d'hygiène, il faut souligner qu'il y a, ce qui se voit et ce qui est caché, et c'est à ce niveau qu'un véritable travail de fourmi est réalisé en continu.



Pour en savoir plus quelques sites  
cclin-sudest.fr  
Nosobase.fr  
invs.sante.fr  
sante.gouv.fr

## JALMALV (Jusqu'à La Mort Accompagner La Vie) Permanences à l'hôpital

L'association JALMALV propose chaque mois à l'hôpital, des permanences ouvertes à tous, soignants, patients, familles, usagers... Pour une écoute, des informations, une première prise de contact.

La société contemporaine jette souvent sur la personne en fin de vie un regard qui la dévalorise, aggrave sa souffrance. Une attitude qui conduit au désespoir et à l'exclusion... et contre laquelle JALMALV se bat depuis 20 ans. Car un autre regard est possible, celui qui « reconnaît le mourant comme un vivant jusqu'au bout » (Dr J-Philippe Wagner, cancérologue, président de la fédération JALMALV)\*.



Accueil juste après l'entrée de l'hôpital, près du kiosque.

Rose-Marie Paradis, Présidente de JALMALV Lozère, lors de la permanence du 5 avril 2004 :

« Notre présence dans cet endroit peut choquer et paraître manquer d'intimité, mais ce choix a un sens. La mort est un acte social, le mourant est un vivant, il vit dans la société, avec laquelle le bénévole permet de faire le lien, d'autant plus qu'il est en tenue civile.

Les personnes qui souhaitent nous rencontrer dans des lieux plus intimes, peuvent le faire lors des permanences ouvertes au local de l'association à Mende, 23 rue de la Chicanette, les 3es Lundis du mois de 14 h à 16 h. »

Prochains RDV à l'hôpital  
**lundi 10 mai - lundi 7 juin**  
de 14 h 30 à 16 30

### JALMALV Lozère

➔ Naissance de l'association en 1988. Signature d'une convention avec le CH de Mende en 1999.

➔ Représente aujourd'hui une trentaine de bénévoles, parmi lesquels des personnes formées à l'accompagnement.

### Les objectifs de JALMALV

*Accompagner les personnes en fin de vie, quels que soient leur âge et l'endroit où elles se trouvent*

*Contribuer à faire évoluer les mentalités face à la douleur, au grand âge, à la mort*

*Soutenir les soignants, les familles, les accompagnants bénévoles, favoriser des réseaux de solidarité*

*Proposer aux personnes vivant un deuil un soutien, une possibilité de parole, de rencontre*

*Favoriser le développement des soins palliatifs*

\*Voir interview dans « l'aide soignante » avril 2004

## EN BREF

- **Médecine** : Le Dr Abdel Moula EL KENZ, cardiologue vient de rejoindre l'unité. Le Dr Navid VATANI prend en charge l'unité de médecine polyvalente à orientation gériatrique, après scission de l'unité de méd B.
- **Pédiatrie** : Les pédiatres du CH ont organisé, en accord avec les médecins de ville, les consultations pédiatriques. En cas d'urgence, tous les bébés de 0 à 3 mois sont vus d'office par les pédiatres. Les enfants âgés de 0 à 1 an sont vus en consultations programmées, par les pédiatres, et au-delà de cet âge, par le médecin traitant, qui peut disposer, de même que le service des urgences, des avis des pédiatres. Un dispositif d'hospitalisation de jour est proposé. Le service de PMI pourrait prendre en charge les enfants relevant de médecine préventive. A suivre...
- **Pièces jaunes** : Plus de 900 kg de pièces ont été récoltés en Lozère au cours de cette opération 2004. Les enfants de l'école primaire de Balsièges ont visité avec intérêt le service de pédiatrie le 5 février 2004, guidés par Rose Jalbert, cadre supérieur de santé, ancienne surveillante du service.
- **Travaux** : Les travaux de préparation pour la réalisation des fondations spéciales sont pratiquement terminés. Les fondations vont pouvoir débuter dans la cour des cuisines et des urgences. Parallèlement les travaux préparatoires en terrasse vont commencer, avec déplacement de matériel frigorifique et de climatisation ; Les services concernés seront informés par notes de service des coupures ou aménagements nécessaires.
- **Plan de circulation et de stationnement**. Il semble bien fonctionner ; pour la bonne marche du chantier, il est important de continuer à respecter les règles mises en place.

La direction remercie l'ensemble des partenaires pour leur collaboration constructive dans le cadre de ce projet de restructuration complexe.

## BIBLIOGRAPHIE

▪ « **Soigner la vie : de l'indignation à la compassion. Plaidoyer pour une médecine de la personne** » de Martine SIFFERT. (PH au CHU de Montpellier, service des maladies infectieuses). Des propositions de réponses à des questions récurrentes dans le domaine du soin.

▪ « **Les droits du patient hospitalisé** », de Dominique PELJAK, directeur d'hôpital dans le val d'Oise. Cent trois sujets traités pour répondre aux interrogations du personnel soignant, des patients, des familles, des cadres administratifs, voire des médecins.

▪ « **Communication soignant-soigné. Repères et pratiques** ». Ouvrage collectif destiné à tous les soignants, dans un but pratique.

Ces ouvrages seront bientôt disponibles au **centre de documentation de l'IFSIL**. (Poste 6178)

De nombreuses revues, dont les sommaires se trouvent sur Intranet, peuvent aussi être consultées ou empruntées.

## Communication du dossier médical Une avancée de la Loi du 4 Mars 2002

Depuis la Loi du 4 mars 2002, tout patient peut avoir connaissance de son dossier médical par l'intermédiaire de son médecin, qui seul y a accès directement. Cependant, le dossier médical appartient à l'établissement de santé qui l'a constitué, et non au patient.

Le dossier médical comprend les documents établis au moment de l'admission et durant le séjour.

La communication du dossier peut avoir lieu pendant ou après l'hospitalisation, à la demande du malade lui-même, de son représentant légal s'il est mineur ou incapable, de ses ayants droit en cas de décès.

► Selon le souhait du patient ou ayant droit, la communication du dossier est réalisée avec le médecin de son choix, le praticien hospitalier ou le médecin conciliateur. Le dossier doit être communiqué dans un délai de 8 jours suivant la demande, pour les dossiers de moins de 5 ans.

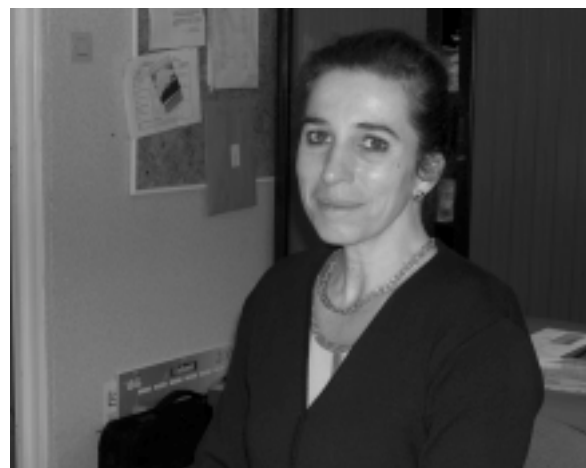
Il est important que chaque professionnel se réfère à la procédure interne de l'établissement, afin de **garantir le respect des droits des usagers**.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter Martine Guibert (4902) ou Rose Jalbert (4907).

### Rappel sur la demande de communication du dossier médical par Martine Guibert,

La communication du dossier patient fait l'objet d'une procédure classée « DIP/INFOP/PROC/004 », diffusée à l'ensemble des cadres de santé et chefs de service, dès le mois d'avril 2002.

- Elle doit être formulée par écrit, adressée au directeur de l'établissement avec photocopie de la carte d'identité du demandeur.
- Cette demande est enregistrée par le secrétariat puis transmise par le directeur à la secrétaire médicale du service des archives médicales, Hélène Bourgoin.
- Celle-ci informe le médecin hospitalier de la demande du patient. Elle organise le rendez-vous avec le praticien, s'il s'agit d'une consultation du dossier. Elle prépare les copies de dossier, s'il s'agit d'une transmission de dossier.



Martine Guibert, directrice des soins

#### IDE

- 2 postes 100 % Méd. A
- 2 postes 100 % Méd. B
- 1 poste SSR
- 2 postes M. de retraite

#### Aide soignant

- 1 poste 100% Méd. B
- 1 poste 75% Méd. B
- 1 poste Méd. A
- 1 poste 100 % Chir. A
- 2 postes M. de retraite
- 1 poste 100 % Pédiatrie/ néonatal.
- 1 poste 100 % Réanimation, à compter du 1er oct. 2004



### En complément du dossier sur les IN

#### LES RÈGLES D'HYGIÈNE DES MAINS

##### Lavage simple

► à la prise de service, après tout contact avec un malade et/ou du matériel souillé, après être allé aux toilettes, après s'être mouché ou peigné, avant de manger, à la fin du travail et d'une façon générale chaque fois que l'on y pense.  
Le lavage simple avec du savon doux va éliminer les souillures et réduire la flore transitoire.

##### Lavage antiseptique

► avant tout acte de soins aseptique (voie veineuse périphérique, soins sur drain et cathéter, sondage urinaire, hémoculture, pansement), avant la manipulation de tout matériel stérile, avant tout soin à un immunodéprimé, après un soin à un malade infecté, après un acte sale ou septique ;  
Le lavage antiseptique avec un savon antiseptique (polyvidone iodée ou chlorhexidine) va éliminer la flore transitoire et diminuer la flore résistante.

Les candidatures sont à adresser à Martine Guibert, avec lettre de motivation, avant le 15 juin 2004.

Les demandes antérieures seront prises en considération.

### Arrivées

- 15 mars 2004 : Dr Seng Phet AMPHONESINH, assistant Centre 15
- 1er avril 2004 : Dr Abdel Moula EL KENZ, praticien contractuel Méd. B
- 1er avril 2004 : Marie BLANQUER, IDE Bloc (mutation)

### Départs

- 31 janv. 2004 : Dr Vincent ANDRE, médecin attaché Med. A
- 31 janv. 2004 : Christelle ORLHAC, aide soignante M. de retraite Rieutort
- 15 fév. 2004 : Marie-Noëlle ALBARIC, manipula-  
trice radio Radiologie
- 31 mars 2004 : Dr Philippe MAURIN, PH Med. B

### Décès

- 17 février 2004 : M. Thérèse CHAZALETTE, OPS Cuisine

### Retraites

- 10 janv. 2004 : Michelle MATHIEU, IDE U.C.S.A
- 1er mars 2004 : Jeanine CUBIZOLLE, secrétaire médicale Chir. A
- 1er mars 2004 : René PEREZ, maître ouvrier Ateliers
- 1er mars 2004 : Cécile CHAMPAGNE, aide soignante M. de retraite
- 1er avril 2004 : Bernadette DARBOUX, technicienne de labo. Hygiène
- 7 avril 2004 : M. France VILLENEUVE, IDE Urgences

### Naissances

- ☼ Amélie, fille de Marie CHASSEFEYRE, IADE, née le 29 déc. 2003
- ☼ Théo, fils de Audrey BADAL, aide soignante M. de retraite, et Lionel PEYTAVIN, emploi jeune Informatique, né le 29 janv. 2004
- ☼ Léane, fille de Jérôme VIELLEDENT, aide soignant SMUR, née le 14 fév. 2004
- ☼ Clément, fils de Séverine JOURDAN, aide soignante Maternité, né le 1er avril 2004
- ☼ Elian, fils de David GERBAL, aide soignant SMUR, né le 9 avril 2004
- ☼ Rowan, fils de Mina BLANC, IBODE Bloc, né le 17 avril 2004

photo

### Félicitations aux heureux parents...

### ... et aux Jeunes mariés!

Rowan et sa maman

### Mariage

- ♥ 10 avril 2004 : Bruno LLINARES, informaticien, et Maud ZERAH.

*Les informations qui paraissent dans cette page sont transmises par le bureau du personnel ; si vous ne souhaitez pas qu'elles soient diffusées, merci de l'indiquer au bureau du personnel!*

## Sorties et rencontres SAISON 2004

### Dessin humoristique

#### ➔ Pour tout renseignement

contacter Françoise Aurenge, bureau des entrées poste 4600, ou Laurent Calmels, offset poste 4205

Reflets. Journal interne du Centre hospitalier de Mende  
 Directeur de la publication: Gérard Pernin  
 Comité de rédaction: Abdel Bouainane, Laurent Calmels, Marielle Coiplet, Sandrine Dupeyron, Martine Guibert, Laurence Nouveau, Dominique Sauvire, R. Vigand Poujols. J.Michel Scherrer.  
 Conception et réalisation: M. Coiplet  
 Impression: Service offset, CH de Mende.  
 Centre Hospitalier de Mende. Avenue du 8 mai 1945 - BP 10 48001 Mende.  
 tél. 04 06 49 49 49 Mél. direction@ch-mende.fr

- ☞ COURSE D'ORIENTATION- RANDONNÉE À MENDE. 15 mai 2004. Inscription avant le 4 mai 2004
- ☞ RENCONTRE SPORTIVE FOOT, PÉTANQUE, services médicaux - généraux à Mende. 1er juin 2004. Inscription avant le 26 mai 2004
- ☞ JOURNÉE RANDONNÉE- THALASSO. Sur l'Aubrac. 5 juin 2004. Inscription avant le 26 mai 2004
- ☞ FINALES INTER HOSPITALIÈRES à Alès. 12 juin 2004. Inscription avant le 11 mai 2004 (Attention, la date est avancée !)
- ☞ RENCONTRES SPORTIVES FOOT, PÉTANQUE, COURSE À PIED à Nîmes. 11 septembre 2004. Inscription avant le 20 août 2004
- ☞ VOYAGE À LA CARTE POITOU- CHARENTES, du 16 au 19 septembre 2004. Inscription avant le 4 mai 2004