

# NOUVELLE VAGUE

LE MAGAZINE DU  
GROUPE HOSPITALIER BRETAGNE SUD

Septembre 2020 .09



## AU SOMMAIRE

DEVELOPPEMENT DE LA RAAC  
EN CHIRURGIE DIGESTIVE. ÊTRE  
HOSPITALISÉ.E MIEUX ET MOINS  
LONGTEMPS

CHUTER N'EST PAS UNE FATALITÉ  
SI LA CHAUSSURE ASSURE

D'UNE HABITUDE  
À L'ADDICTION

UNE FAIM DE  
DEVELOPPEMENT DURABLE



**Groupe Hospitalier**  
Bretagne Sud

**LE PATIENT AU CŒUR DU SOIN**



**DÉVELOPPEMENT DE LA RAAC EN CHIRURGIE DIGESTIVE. ÊTRE HOSPITALISÉ.E ET MOINS LONGTEMPS !**

**Page 4**

**.04**

DÉVELOPPEMENT DE LA RAAC EN CHIRURGIE DIGESTIVE. ÊTRE HOSPITALISÉ.E ET MOINS LONGTEMPS !

**Page 4**

NE BOUGEZ PLUS, NE RESPIREZ PLUS... RESPIREZ !

**Page 7**

**MÉTIER**



**« NE BOUGEZ PLUS, NE RESPIREZ PLUS... RESPIREZ ! »**

**Page 7**

**.07**

**LA CSIRMT, KÉSAKO ?**



**Page 10**

**.10**

**LA CSIRMT, KÉSAKO ?**

LA CSIRMT, KÉSAKO ?

**Page 10**

**LE PATIENT AU CŒUR DU SOIN**



**« CHUTER N'EST PAS UNE FATALITÉ SI LA CHAUSSURE ASSURE ! »**

**Page 11**

**.11**

**« CHUTER N'EST PAS UNE FATALITÉ SI LA CHAUSSURE ASSURE ! »**

CHUTER N'EST PAS UNE FATALITÉ SI LA CHAUSSURE ASSURE !

**Page 11**

**LE PATIENT AU CŒUR DU SOIN**



**MIEUX PRENDRE EN CHARGE LA CICATRISATION DES PLAIES DANS LE PARCOURS DE SOIN DES PATIENTS**

**Page 14**

**.14**

MIEUX PRENDRE EN CHARGE LA CICATRISATION DES PLAIES DANS LE PARCOURS DE SOIN DES PATIENTS

**Page 14**

D'UNE HABITUDE À L'ADDICTION...  
**Page 16**

**RENCONTRE**



**D'UNE HABITUDE À L'ADDICTION...**

**Page 16**

**.16**

**MÉTIER**



**AU SERVICE DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL : LE PRÉVENTEUR DES RISQUES PROFESSIONNELS**

**Page 19**

**.19**

AU SERVICE DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL : LE PRÉVENTEUR DES RISQUES PROFESSIONNELS

**Page 19**

**DÉVELOPPEMENT DURABLE**



**UNE FAIM DE DÉVELOPPEMENT DURABLE !**

**Page 21**

UNE FAIM DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

**Page 21**

AU BLOC DES DOUDOUS POUR LES PTITS BOUTS  
**Page 23**

**DU CÔTÉ DES ASSOCIATIONS**



**DES DOUDOUS POUR LES PTITS BOUTS**

**Page 23**

**.23**

DES DOUDOUS POUR LES PTITS BOUTS

AU BLOC DES DOUDOUS POUR LES PTITS BOUTS

**Page 23**

**C'EST AVEC PLAISIR QUE NOUS VOUS  
PROPOSONS DE DÉCOUVRIR CE NOUVEAU  
NUMÉRO DE NOUVELLE VAGUE**

Ce magazine destiné aux acteurs de santé libéraux et hospitaliers vous offre la possibilité de mieux connaître les équipes du Groupe Hospitalier. Différents thèmes sont abordés plaçant toujours le patient ou le résident au cœur de nos préoccupations.

Vous découvrirez ainsi le **développement de la RAAC en chirurgie digestive**, également appelée Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie qui propose un ensemble de mesures à mettre en place pour faciliter la reprise d'autonomie du patient après une intervention chirurgicale.

Vous pourrez aussi vous intéresser aux différentes facettes du métier **de manipulateur en électroradiologie médicale**, ou lire plus loin qu'un parcours de soins et de prévention a été pensé et organisé par les équipes de la filière ambulatoire gériatrique : « **chuter n'est pas une fatalité si la chaussure assure !** »

Enfin, entre autres sujets, vous verrez comment le GHBS propose d'aider les personnes désireuses de se libérer d'une **addiction** et comprendrez mieux combien il est important, pour un établissement hospitalier, de s'impliquer dans une politique de **développement durable**.

Nous vous souhaitons une bonne lecture.

**Le prochain numéro de ce magazine sera entièrement consacré à la crise du Covid 19**

**Directeur de la publication** : Thierry Gamond-Rius

**Rédactrice en chef** : Nathalie Le Fric

**Comité de rédaction** : Philippe Condominas, Nathalie Gallato, Yannick Heulot, Audrey Lamarque-Peyrard, Yann Lucas, Marie-Noëlle Maréchal, René Marion, Jérôme Meunier, Xavier Morel, Rémy Pélerin, Jocelyne Pignot, Matthieu Sassard, Philippe Seux.

**Remerciements** : Cécile Mongin, Marine Humeau, Anne Desne et les personnels du service de chirurgie viscérale, Marie-Annick Le Quinquis, Christine Froidefond, Laure Brizé, Rosalie Guégan, Hélène Morlon, Delphine Busson, Emmanuel Le Courtois, les membres de la CSIRMT, Nadine Golias-Huet et les personnels de l'Hôpital de Jour Soins de Suite et de Réadaptation pour Personnes Agées Polypathologiques Dépendantes (l'HDJ SSR PAPD) prévention des chutes, Claire-Alice de Salins, Cécile Paillard-Robin, le groupe *Plaies et cicatrisation*, Jacqueline Kerjean, Quentin Vieille, Jérémie Gautreau, Mickaël Crété, Gilles Gagnic, Lydie Perronno.

**Crédit photos** : 123 RF / Direction Clientèle, Parcours Patients, Relations avec les Usagers & Communication GHBS

**Copyright** : GHBS. ISSN : 2425-1313 Toute demande de reproduction est à adresser à : [service.communication@ghbs.bzh](mailto:service.communication@ghbs.bzh)

**Maquette** : DCPPRUC / GHBS (maquette originale Agence SMAC)

**Imprimerie** : imprigraph groupe - Arradon



## DEVELOPPEMENT DE LA RAAC EN CHIRURGIE DIGESTIVE. ÊTRE HOSPITALISÉ.E MIEUX ET MOINS LONGTEMPS !



*LA RAAC, OU RÉCUPÉRATION AMÉLIORÉE APRÈS CHIRURGIE (ÉGALEMENT APPELÉE RÉHABILITATION AMÉLIORÉE APRÈS CHIRURGIE), EST UN ENSEMBLE DE MESURES MISES EN PLACE POUR FACILITER LA REPRISE D'AUTONOMIE DU PATIENT APRÈS UNE INTERVENTION CHIRURGICALE ET POUR FAVORISER UN RETOUR À DOMICILE PLUS RAPIDE DANS DES CONDITIONS DE SÉCURITÉ OPTIMALES.*

Le concept a été développé dès les années 1990 par le Pr Henrik Kehlet au Danemark. Ce chirurgien digestif a travaillé sur les modifications physiologiques consécutives à la chirurgie et à l'anesthésie, et sur le traitement de la douleur aiguë. Dans un premier temps, son équipe a identifié les facteurs pouvant compromettre la récupération fonctionnelle post-opératoire tels que la douleur, les nausées et vomissements, l'iléus prolongé (retard à la reprise du transit), l'hypoxie et l'hypothermie, l'immobilisation, la dénutrition et la présence de sondes et drains. Tous ces éléments, même s'ils ne compromettent pas toujours le pronostic vital, sont cependant des

obstacles au rétablissement des capacités physiques et psychiques du patient et à son retour à domicile. Pour lutter contre cela, des protocoles adaptés au patient et au type d'intervention chirurgicale sont mis en place dès la consultation préopératoire. L'objectif est d'optimiser chaque étape de la prise en charge (en amont, pendant et après l'intervention) afin d'améliorer le confort et le devenir du patient. À l'Hôpital du Scorff de Lorient, la RAAC a été initiée en 2016 dans le service de chirurgie digestive et continue à se développer. La démarche s'inscrit dans le cadre de l'amélioration des pratiques.

### TOUS CONCERNÉS ?

Le principe de la RAAC est désormais étendu à l'ensemble de la chirurgie digestive et peut concerner aujourd'hui toutes les spécialités chirurgicales : urologie, chirurgie cardiovasculaire et thoracique, orthopédie, chirurgie du rachis, gynécologie... La RAAC peut aussi être appliquée à des interventions plus complexes, plus lourdes et des patients plus fragiles. À terme, c'est l'ensemble des patients et des pathologies qui pourront être concernés. La chirurgie ambulatoire, aujourd'hui bien déployée, s'inscrit, elle aussi, tout à fait dans cette démarche. Si certains items sont communs à toutes les interventions (information et éducation préopératoire, équilibre hydrique péri-opératoire, optimisation de l'analgésie, réalimentation précoce, mobilisation rapide), d'autres sont plus spécifiques d'un type de chirurgie. C'est le cas par exemple du risque d'iléus prolongé après chirurgie digestive qui demande un protocole post-opératoire adapté.

## LE PATIENT ACTEUR DE SA PRISE EN CHARGE

Le rôle du patient est au cœur de la RAAC. Celui-ci est acteur de ses soins tout au long de sa prise en charge, dès la phase préopératoire. L'information et l'adhésion du patient au programme sont donc un prérequis indispensable à la réussite du programme. L'entourage (aidant naturel, personne de confiance) est aussi impliqué dans le processus.

## EN COLLABORATION AVEC LES ÉQUIPES SOIGNANTES ET MÉDICALES

En ce qui concerne les soignants, la RAAC s'inscrivant dans une approche globale du patient, de sa pathologie et du type d'intervention, il est nécessaire de mettre en place un suivi multidisciplinaire. Les chirurgiens et les anesthésistes-réanimateurs, ainsi que l'ensemble de l'équipe soignante de chirurgie (infirmiers, aides-soignants, stomathérapeutes, kinésithérapeutes, diététiciennes...) sont impliqués au premier plan. Mais d'autres intervenants peuvent être sollicités : gériatres, médecins en médecine physique et

de réadaptation, psychologues, assistants sociaux. L'organisation et la coordination nécessaires à la RAAC impliquent également l'investissement des secrétaires médicaux. Tout au long de la prise en charge, ces différents intervenants apportent informations et explications au patient et à son entourage. Ils participent à leur éducation thérapeutique.

Enfin, le lien ville-hôpital est essentiel à la réussite de ce programme. La communication avec les intervenants extrahospitaliers (médecins traitants, infirmiers et kinésithérapeutes libéraux...) doit être simple et fluide pour garantir le retour du patient à domicile en toute sécurité.

## LE PARCOURS PATIENT DANS CE CONTEXTE

En pratique, des protocoles sont définis pour chaque procédure chirurgicale en prenant en compte les répercussions inhérentes à chaque type de chirurgie. On établit ainsi pour chaque patient un parcours de soins que l'on appelle *chemin clinique*.

## ● Avant l'intervention

La prise en charge en période préopératoire doit permettre au patient de se présenter dans les conditions optimales le jour de l'intervention chirurgicale. La préparation du patient débute parfois bien en amont de l'hospitalisation notamment en cas de nécessité de prise en charge nutritionnelle, de préparation physique ou de sevrage tabagique et/ou alcoolique... Les traitements sont adaptés si besoin. Une première consultation avec le stomathérapeute est organisée en cas de procédure avec stomie. L'évaluation médico-sociale permet de préparer la sortie du patient : retour à domicile avec aides, convalescence, rééducation...

L'équipe d'anesthésie définit la stratégie anesthésique et analgésique afin de limiter l'utilisation des morphiniques, en tenant compte des antécédents du patient. Le jour de l'intervention, le jeûne préopératoire est limité au maximum. La purge digestive n'est plus systématique avant chirurgie colorectale, elle est limitée aux indications formelles. Les patients sont autorisés à boire des solutés glucosés ou des hydrates de carbone jusqu'à deux



Cette prise en charge est modulée et adaptée chaque jour, selon l'évolution, à chaque patient et à chaque pathologie.

heures avant l'intervention. La prémédication anxiolytique est devenue exceptionnelle, afin de limiter la confusion post-opératoire.

#### ● Pendant l'intervention

Le remplissage vasculaire est contrôlé, adapté à chaque patient, et si nécessaire guidé par le monitoring peropératoire de la volémie. En prévention de l'hypothermie, des couvertures chauffantes sont positionnées sur le patient. Afin de limiter l'usage des morphiniques, l'équipe d'anesthésie met en place une *analgesie multimodale* qui associe antalgiques non morphiniques, analgésies locorégionales et administrations intraveineuses continues de lidocaïne. L'administration d'une dose de corticoïdes en préopératoire immédiat, en plus de son effet analgésique, permet de limiter la survenue de nausées et vomissements post-opératoires. Des antibiotiques sont perfusés avant l'incision du chirurgien pour réduire le risque d'infections post-opératoires. Le chirurgien privilégie, lorsqu'elles sont possibles, les techniques mini-invasives (cœlioscopie, chirurgie robot-assistée, chirurgie par voie endorectale). La pose de sondes urinaires et nasogastriques n'est pas systématique et lorsque cela est possible, elles sont retirées dès la fin de l'intervention. De même, la mise en place de drains intra-abdominaux est réduite au maximum.



*La réalimentation est autorisée très précocement*

#### ● Après l'intervention

L'analgesie multimodale est poursuivie après l'intervention. La stimulation du transit intestinal débute dès la salle de réveil où les patients sont invités à mastiquer du chewing-gum et à boire de l'eau. La réalimentation est autorisée très précocement. Le patient est levé et mobilisé le soir même, ce qui permet à la fois de lutter contre l'iléus post-opératoire et les complications thromboemboliques. Les drains, sondes nasogastriques ou sondes urinaires, lorsqu'ils sont encore en place, sont

retirés dès que possible. Les demandes de convalescence ou d'aides à domicile ayant été anticipées avant l'intervention, la sortie du patient est possible plus rapidement, dès que la situation clinique le permet, sous réserve que le patient soit bien soutenu par les antalgiques.

#### UN PROTOCOLE FIABLE...

La prise en charge d'un patient dans le cadre de la RAAC ne compromet pas la sécurité de celui-ci. Au contraire, selon les études, les taux de complications post-opératoires sont inférieurs à ceux observés lors d'une prise en charge conventionnelle. La durée du séjour hospitalier est « RAACcourcie » dans les services de chirurgie digestive mais aussi de soins de suites et réadaptation, et le taux de réadmissions à l'hôpital n'est pas augmenté. Par ailleurs, les patients inscrits dans ce protocole ne sont pas plus douloureux malgré un retour précoce à domicile.

L'un des points essentiels de la RAAC est la réévaluation régulière des chemins cliniques proposés, du contrôle de la sécurité des démarches et de la satisfaction des patients. Les protocoles sont modifiés, adaptés, enrichis par les retours de l'ensemble des intervenants. Prochainement, la RAAC sera également intégrée au parcours de soins en chirurgie orthopédique.



*Le patient est levé et mobilisé le soir même*



**« NE BOUGEZ PLUS,  
NE RESPIREZ PLUS...  
RESPIREZ ! »**



**LE MANIP. RADIO. (DE SON VRAI NOM MANIPULATEUR EN ELECTORADIOLOGIE MÉDICALE) EST UN MAILLON ESSENTIEL DE LA CHAÎNE DU SOIN. EN RADIODIAGNOSTIC, IL FIXE CORRECTEMENT LES PARAMÈTRES DE SES MACHINES POUR OBTENIR UNE IMAGE DE QUALITÉ. EN RADIOTHÉRAPIE, IL RÉALISE DES SOINS À VISÉE THÉRAPEUTIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS POUR DES PATHOLOGIES CANCÉREUSES.**

Ces courtes définitions ne reflètent qu'imparfaitement les nombreuses subtilités et spécificités de ce métier. Pour en savoir plus, et comme souvent en pareil cas, la meilleure information se trouve au cœur même des services, auprès des professionnels. Après 3 ans de préparation pour obtenir leur diplôme d'État ou diplôme de technicien supérieur de manipulateur en électroradiologie médicale, Laure et Rosalie ont choisi d'exercer au GHBS dans le service de radiothérapie. Rosalie avoue qu'elle appréciait la physique, « *Mais j'ai appris à connaître vraiment ce métier au fur et à mesure, durant mes études et mes stages, qui permettent de voir tout un panel de services (imagerie médicale,*



Rosalie et Laure

*médecine nucléaire, radiothérapie...)* ». Pour Laure c'est un stage d'observation en terminale qui l'a très vite orientée vers cette profession. « *Notre diplôme est d'un niveau identique à celui des infirmiers-ères avec des compétences communes et différentes, nous sommes complémentaires dans la prise en charge du patient* ».

Toutes deux s'accordent : « *l'aspect soignant et relationnel est primordial. En radiothérapie, certains patients restent jusqu'à 2 mois en traitement et nous les voyons tous les jours. Les informer, les rassurer, construire un lien de confiance bienveillant et empathique est essentiel. Participer au dispositif d'annonce est également un acte de soin qui permet d'optimiser la coordination avec les autres acteurs de la prise en charge.* »

## FAIRE PREUVE DE GRANDES QUALITÉS HUMAINES

En radiothérapie, lors de chaque séance, le manipulateur s'occupe du patient en salle de traitement, lui explique le déroulement de la séance, l'aide à se repositionner sur la table de traitement avec les contentions spécifiques. Il met en place les éléments techniques personnalisés et prépare les différentes imageries à effectuer, pour garantir le bon traitement, au bon endroit et assurer sa sécurité. Tout au long des séances, le manipulateur vérifie l'état de la peau de la personne traitée et apporte les soins adaptés : « *Nous travaillons en binôme, pour la sécurité du patient car c'est un métier qui demande beaucoup de concentration, nous devons avoir un double contrôle pour chaque mise en place* (critère défini par l'Agence de Sureté Nucléaire ASN et de l'Institut National du Cancer INCa). *Il faut compter 15 minutes par personne, 30 à 40 patients par machine et par jour. Une séance type commence*

*par l'accueil en cabine, l'évaluation de la douleur et la vérification de la région traitée. Puis nous installons le patient sous l'appareil avec du matériel et des contentions spécifiques et personnalisées. Nous vérifions son positionnement en visuel dans la salle puis par imagerie (2D ou 3D) au poste de traitement, et nous lançons le traitement tout en surveillant son immobilité. Echanger avec le patient, voir comment il se sent, fait aussi partie de la séance car cela permet d'assurer une réponse adaptée à ses besoins. Nous renseignons en-*

*la douleur, poids, IMC. Notre fonction est aussi d'évaluer la nécessité pour le patient, de rencontrer une psychologue, une diététicienne ou de lui faire bénéficier d'autres soins de support en fonction de son environnement de vie ».*

Coté radiologie, Emmanuel, manipulateur depuis 20 ans, nous reçoit. À la fois soignant et technicien, c'est à l'aide d'appareils d'imagerie, scanner, imagerie par résonance magnétique, tables et mobiles de radiologie, qu'il prend différents cli-



Accélérateur de particules en radiothérapie

*suite le dossier : dose reçue, paramètres techniques, soins cutanés, évaluation de*

*chés. Emmanuel reconnaît cependant que « Question technique, comme il faut paramétrer les machines et adapter les programmes en fonction des examens il faut être performant dans sa fonction, donc on ne passe pas forcément d'un scanner à un IRM sans une bonne formation préalable et une connaissance précise de l'appareil et de ses logiciels. J'apprécie particulièrement le scanner : c'est un examen rapide où il y a du rythme ». Selon l'appareil utilisé, il peut observer les os, les organes, les vaisseaux, tendons, ligaments, muscles, en s'aidant éventuellement d'un produit de contraste qu'il a la responsabilité d'injecter sans omettre les précautions d'usage, « Ma première mission consiste à accueillir le patient, à le questionner, afin de dépister d'éventuelles contre-indications : celles en lien avec l'injection du produit de contraste, un corps étranger métallique pour les IRM et une suspicion de materni-*



*té pour la radiologie, ce qui entraîne l'annulation de l'examen. Et puis nous avons beaucoup de suivi d'oncologie et comme certains traitements sont néphrotoxiques, il faut être extrêmement vigilant. Je dois m'adapter à la personnalité des personnes soignées, les rassurer, m'assurer qu'il ont compris leur rôle... Sans une immobilité complète du patient, on ne peut pas effectuer les clichés ! Ensuite, sur prescription médicale, je réalise l'examen dont je suis responsable de la qualité ».*

Référent PACS\*, Emmanuel aide aussi les patients, qui ont des soucis de connexion, à retrouver leurs examens. Dans ce cadre il gère aussi les transferts et les rapatriements d'images, est en lien fréquent avec la Direction du Parcours Patient pour la récupération de dossiers médicaux ou encore le suivi des avis demandés à des neuro-radiologues aux CHU.

*« C'est un poste de soignant auquel on rajoute de la technique et un forte composante relationnelle qui demande de s'adapter rapidement. Nous prenons aussi en charge des urgences et j'apprécie particulièrement ce stress et cette adrénaline mais surtout le fait de participer à une chaîne de prise en charge ».*

En radiothérapie, Laure et Rosalie, comme leurs autres collègues participent activement aux projets du service. Ces groupes de travail concernent aussi bien la prise en

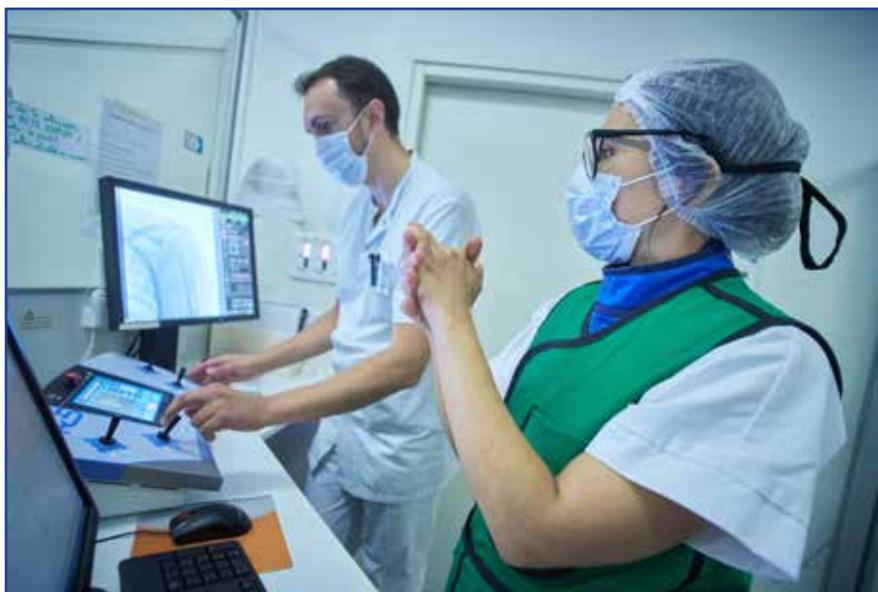
charge soignante du patient (tableau de soins cutanés, film d'apprentissage à destination des patientes, livret informatif sur l'hypnose), la démarche qualité du service (cartographie des risques, CREX\*\*, documents qualité, audits) ou la mise en place des nouvelles techniques dans le service (stéréotaxie intra et extra crânienne, optimisation des traitements localisés sur le sein) : « un tableau de soins cutanés a été fait en collaboration avec un radiothérapeute et un dermatologue, car nous réalisons beaucoup de soins de peau, de réfection de pansement. Avec l'accord du médecin, nous pouvons proposer le soin qui nous paraît le plus adapté. Deux collègues ont été également formés à l'hypnose, méthode très efficace pour apaiser les patients claustrophobes ou angoissés car le stress peut rendre plus difficile la reproductibilité des traitements. Nous travaillons aussi sur l'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge. Il nous arrive aussi de donner des cours de radiothérapie pour les infirmier.e.s libérales, pour l'habilitation des chimiothérapies à domicile. Sans oublier que chaque manipulateur peut être amené à devenir référent dans le service : qualité, hygiène, douleur, tutorat et liste d'amélioration. La base de la prise en charge des patients se fait au niveau des appareils de traitement. Mais d'autres secteurs de travail existent dans le service comme : le scanner, la consultation d'annonce paramédicale, la programmation et la dosimétrie, ce qui

*nous permet de développer différentes compétences et d'harmoniser nos pratiques grâce à cette mobilité interne ».*



## OUTRE LA VIVACITÉ D'ESPRIT, IL EST ESSENTIEL D'ÊTRE CURIEUX

Emmanuel, Laure et Rosalie reconnaissent qu'à l'évidence, ils n'auraient pas pu imaginer, ni même rêver d'une telle évolution lorsqu'ils ont débuté leur carrière : augmentation du parc de scanners, d'IRM, développement de la médecine nucléaire, complexité des techniques de radiothérapie, maîtrise des systèmes informatiques de plus en plus pointus... De plus, les technologies, dans ces domaines, évoluent en permanence. « Il ne faut pas être un solitaire : le travail à l'hôpital, c'est un mode de vie où l'esprit d'équipe est essentiel, où les amitiés sont souvent très fortes ».



\* Le PACS (système d'archivage et de transmission d'images, ou Picture Archiving and Communication System en anglais) est un système permettant de gérer les images médicales grâce à des fonctions d'archivage. Il permet la communication via un réseau des images (format DICOM) et donc le traitement à distance ou en réseau par des ordinateurs disposant de moniteurs à haute définition pour la visualisation des examens effectués en radiologie..

\*\* Comité de Retour d'Expérience



## LA CSIRMT KESAKO ?



La nouvelle CSIRMT s'est mise en place en septembre 2019. Elle doit se réunir trois fois par an. Un bureau, composé de 10 personnes, représente chaque collège de la CSIRMT et la Direction des Soins. Des membres de droit (le Directeur du GHBS), des représentants d'instances de l'établissement et de l'Institut de Formation des Professionnels de Santé prennent part aux réunions. Des invités ponctuels sont également conviés selon leurs compétences et expertises pour présenter des thèmes ou répondre à des questions abordées en réunion.

### UN PEU D'HISTOIRE

La Commission du service des soins infirmiers, créée par la loi hospitalière du 31 juillet 1991 suite au mouvement des personnels infirmiers de l'automne 1989, a voulu donner plus d'importance à cette catégorie de personnels. Afin que soient représentées les autres catégories de personnels soignants, l'ordonnance hospitalière du 2 mai 2005 a substitué à cette commission, la *Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques* dont la composition, le fonctionnement et les attributions sont prévus par le Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005.

La CSIRMT est donc, par voie réglementaire, une instance consultative au sein de chaque établissement public de santé.

### UN ENGAGEMENT

Comme décrit dans son Règlement Intérieur, certains membres de la CSIRMT assurent la représentativité de la commission au sein du Conseil de Surveillance, de la Commission des Usagers (CDU), auprès du Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), du Comité Ethique et du Comité Plénier de Formation (CPF).

La CSIRMT émet un avis sur les sujets portés à sa connaissance. Des thèmes de réflexion ont d'ores et déjà été évoqués tels que la prise en charge de la douleur, l'identité-vigilance..., l'objectif étant d'apporter un regard croisé sur des sujets en lien avec les soins. Les membres de la CSIRMT sont donc pressentis, durant leur mandat, à participer à des groupes de travail institutionnels demandant une expertise soignante.

Ils sont également porteurs d'une vision soignante en matière d'axes stratégiques institutionnels. Ainsi, la CSIRMT est informée de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins menée au sein du GHBS ainsi que sur les évolutions en matière de pratiques professionnelles.

### UN ESPACE D'EXPRESSION SPÉCIFIQUE EN LIEN AVEC LES RÉFLEXIONS INSTITUTIONNELLES

Un exemple de thème qui a retenu l'attention de la commission : la contention qui concerne tous les services hospitaliers

**COMPOSÉE DE 30 MEMBRES TITULAIRES ÉLUS POUR 4 ANS ET AUTANT DE SUPPLÉANTS, LA CSIRMT - COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE RÉÉDUCATION ET MÉDICO-TECHNIQUES - REGROUPE DES PROFESSIONNELS DES DIFFÉRENTS MÉTIERS DU SOIN EXERÇANT SUR TOUS LES SITES DU GHBS. AUTOUR DE TROIS COLLÈGES : CADRES DE SANTÉ, PERSONNELS INFIRMIERS DE RÉÉDUCATION ET MÉDICO-TECHNIQUES ET AIDE-SOIGNANTS, LA COORDONNATRICE GÉNÉRALE DES SOINS, MADAME ANITA GARCIA, EN ASSURE LA PRÉSIDENCE.**

et les secteurs d'hébergement du GHBS. La contention peut prendre différentes formes (médicamenteuse, physique) et elle est soumise à une réflexion évaluative pluridisciplinaire. Son usage génère un questionnement éthique et un certain nombre de risques dont les équipes doivent mesurer l'importance.

Ce dernier aspect fait lien avec d'autres réflexions institutionnelles : la douleur, les plaies et leur cicatrisation... qui font l'objet d'approfondissement au sein de groupes de travail spécifiques. Ces regards croisés permettent d'harmoniser les pratiques sur les différents sites, dans les différents services et de faire écho à la réflexion des professionnels de santé. Il peut en découler l'identification de besoins en formation, la nécessité des protocoles à rédiger ou à modifier, l'intérêt de mener des évaluations de terrain par des audits, afin de préciser la problématique identifiée.

Les membres de la CSIRMT sont donc à l'écoute de tout sujet en lien avec la prise en charge des usagers ou résidents que les professionnels de santé du GHBS souhaiteraient voir traiter par cette instance et remonter ensuite au niveau institutionnel.

### AU-DELÀ DU GHBS...

Une CSIRMT du Groupement Hospitalier de Territoire, regroupant le GHBS et l'Établissement Public de Santé Mentale Charcot, devrait voir le jour courant 2020. Des membres de la CSIRMT du GHBS ont d'ores et déjà été nommés pour représenter notre établissement dans cette instance du GHT.

**« CHUTER N'EST PAS UNE FATALITÉ  
SI LA CHAUSSURE ASSURE ! »**



**« UNE CHUTE N'EST JAMAIS À BANALISER ! C'EST UN MARQUEUR DE FRAGILITÉ  
ET UN FACTEUR DE RISQUE D'ENTRER DANS LA PERTE D'AUTONOMIE. »**

## QUEL PROGRAMME POUR QUEL PROFIL ?

Un parcours de prévention et de soins, a été pensé et organisé par les équipes de la filière ambulatoire gériatrique avec, comme médecin référent, le Docteur Golias-Huet, un travail reconnu par l'ARS Bretagne. C'est en septembre 2019 que la nouvelle unité de prévention des chutes a vu le jour au sein de la filière gériatrique : le site de Kerlivio à Hennebont accueille donc l'Hôpital de Jour Soins de Suite et

de Réadaptation pour Personnes Agées Polypathologiques Dépendantes (l'HDJ SSR PAPPD prévention des chutes).

Le patient a plus de 75 ans, il présente une fragilité locomotrice repérée, fait preuve d'une capacité cognitive compatible avec la réadaptation. Une évaluation est faite au préalable avec le médecin de l'HDJ Médecine-Chirurgie-Obstétrique.

À raison de deux jours par semaine sur une durée de six semaines, le patient intègre un groupe de quatre personnes qui se réunit lors d'ateliers physiques et de motricité le matin, puis autour d'un repas

pris dans la salle à manger de l'Hôpital de Jour. Suivent des séances d'ergothérapie et posture éducative thérapeutique de 45 minutes chacune

Cet après-midi-là, quatre dames sont attentives aux explications de Nolwenn, l'ergothérapeute. Elles sont presque impatientes d'entendre la série de questions qui va les amener à décoder l'image au centre de la table. C'est une situation du quotidien : que peut-il se passer si l'on se lève en pleine nuit ? Lumière, obstacles sur le chemin, passage de la station allongée à la station debout, il s'agit

d'identifier les risques. Parce que c'est avec des charentaises aux pieds que l'une d'entre elles a chuté, elle peut témoigner : au confort, mieux vaut préférer la fiabilité d'un chausson fermé à semelle anti-dérapante. Peu après, du côté de la salle d'ergothérapie, une séance cuisine va com-

mencer : Yvette et Jeanine réaliseront une compote de pommes pour le goûter. Les risques liés à la manipulation d'ustensiles et à la dénutrition sont des messages à faire passer. Ainsi s'enchaînent les séquences d'une journée dense en informations. Etirements, prises de conscience

du corps et du mouvement, conseils nutritionnels seront répétés dans divers ateliers et mises en situation. Une étape est également prévue pour informer et proposer un soutien aux aidants.

## VISER LA COMPLÉMENTARITÉ ET LA FLUIDITÉ

Si un plan d'actions en éducation thérapeutique du patient a été édité en mars 2019, c'est en septembre de la même année que l'accueil en Hôpital de Jour a démarré. Pendant cette prise en charge, les principaux objectifs d'analyse et d'apprentissage sont :

- identifier les facteurs favorisant les chutes (alimentation, chaussage, aménagement du domicile, maladies et médicaments...);
- adapter les bonnes pratiques pour éviter les chutes;
- consolider sur le long terme les pratiques quotidiennes.

L'un des buts est de constituer une alternative à l'hospitalisation complète en SSR et de favoriser le maintien à domicile en proposant une offre de soins équivalente pour éviter l'aggravation de la dépendance. C'est une solution d'aval qui permet :

- la réduction du nombre et des durées de séjour en hospitalisation;
- un retour à domicile plus précoce;

Tout en continuant une prise en charge de réadaptation optimale et en diminuant le risque de chute quand cela est possible.

**Si syndrome post-chute**

Gériatre  Ophtalmologue

Médecin traitant  Pharmacien

Kinésithérapeute  Diététicien

Ergothérapeute  Podologue

**BIEN RETENIR**

Je veille à avoir une bonne nutrition

J'évite la déshydratation

J'adapte mes chaussures

Je traite mes durillons

Je corrige mon déficit visuel

J'aménage mon intérieur

**Une chute n'est jamais à banaliser**

C'est un marqueur de fragilité et un facteur de risque d'entrer dans la perte d'autonomie.

**Facteurs qui prédisposent à la chute**

Age supérieur à 80ans  Perte de la force musculaire

Automédication Somnifère  Trouble de la vision

Dénutrition et perte de poids  Syndrome dépressif

Plus de 4 médicaments notés sur l'ordonnance  Femme

Arthrose (cheville, rachis)  Trouble de l'équilibre

Anomalies des pieds (durillons, déformation, perte de sensibilité, diabète)

**Facteurs précipitants**

Les maladies chroniques  
Je veille à avoir un bon suivi de mes maladies chroniques

L'environnement  
Un bon environnement garantit l'autonomie

**J'aménage mon intérieur en**

Fixant les tapis ou les enlever

Dégagent les câbles

Veillant à la stabilité des meubles

Éclairant bien

Utilisant une douche de plein pied ou un tapis antidérapant

**Il y a un risque**

En ne portant pas ses lunettes

En ne tenant pas la rampe d'escalier

En grimant à une échelle

En marchant les mains dans les poches

En s'appuyant sur des meubles roulants

En marchant pieds nus

**CONNÂTRE LE SYNDROME POST-CHUTE**

CHUTE

Peur de tomber

Restriction d'activités

Perte d'autonomie

Diminution des capacités

Le Groupe Hospitalier, dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient a créé un *Plan d'action, prévention de la chute* à destination des patients

## UNE PRISE EN CHARGE PERSONNALISÉE

Sous la responsabilité médicale du gériatre, l'ensemble des intervenants propose un projet de prise en charge personnalisée contractualisé avec le patient. L'équipe soignante qui intervient est composée d'un médecin, d'infirmiers, d'aides-soignants, de kinésithérapeutes et d'éducateurs en Activité Physique Adaptée, d'une psychomotricienne, d'ergothérapeutes. Des échanges et l'organisation du suivi sont prévus entre le médecin traitant, le kinésithérapeute référent et les paramédicaux qui accompagnent le patient. Trois évaluations, initiale, intermédiaire et finale, sont programmées et feront l'objet de transmissions par courrier avec les collègues libéraux. L'HdJ SSR s'articule dans le parcours des patients avec les autres structures. Tous travaillent étroitement avec leurs collègues de la filière ambulatoire gériatrique, dont la chefferie de service est assurée par le Docteur Sandrine Belliard.

## UN OBJET DE PRÉVENTION SPÉCIFIQUE DES POLITIQUES DE SANTÉ DEPUIS LES ANNÉES 90

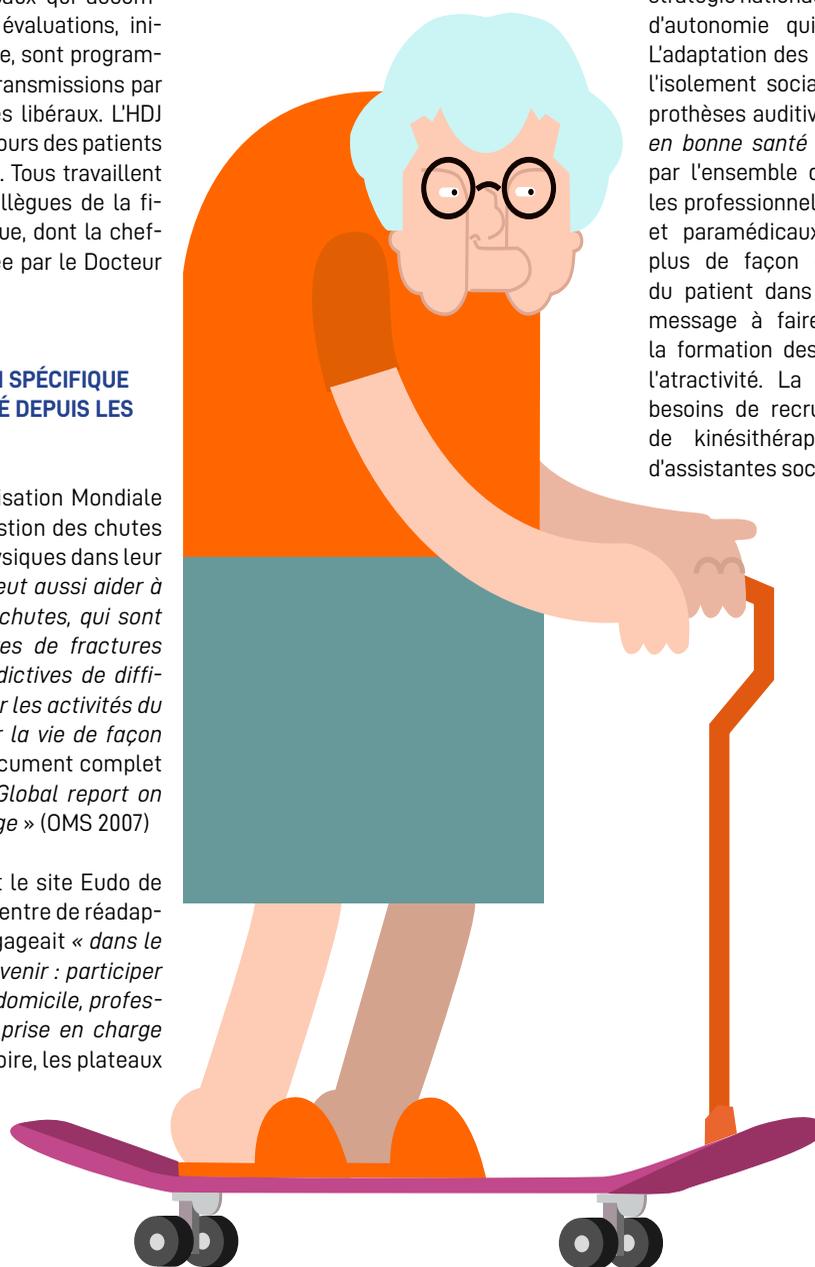
C'est en 1998 que l'Organisation Mondiale de la Santé aborde la question des chutes et du rôle des activités physiques dans leur prévention : « *l'exercice peut aussi aider à réduire la fréquence des chutes, qui sont l'une des causes majeures de fractures osseuses et qui sont prédictives de difficultés non seulement pour les activités du quotidien mais aussi pour la vie de façon générale* ». En 2007, un document complet est édité sous le titre « *Global report on falls prevention in older Age* » (OMS 2007)

En novembre 2012, ouvrait le site Eudo de Kerlivo à Hennebont : ce centre de réadaptation et de gériatrie s'engageait « *dans le double défi des années à venir : participer et favoriser le maintien à domicile, professionnaliser et adapter la prise en charge en institution* ». L'ambulatoire, les plateaux

techniques, les unités spécifiques à la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et l'hébergement contribuent à l'amélioration du parcours santé des personnes âgées. La réflexion sur la prévention de la chute en HdJ SSR a été entamée il y a plusieurs années pour trouver sa place au sein de la filière et du territoire de santé .

## 18 MESURES POUR VIEILLIR EN BONNE SANTÉ

Récemment, en janvier 2020, le ministère des Solidarités et de la Santé a présenté la stratégie nationale de prévention de la perte d'autonomie qui comporte 18 mesures. L'adaptation des logements, la lutte contre l'isolement social, l'accès aux lunettes et prothèses auditives en font partie. « *Viellir en bonne santé* » est un objectif partagé par l'ensemble de la société. L'hôpital et les professionnels, médecins, pharmaciens et paramédicaux, travaillent de plus en plus de façon étroite pour le bénéfice du patient dans un parcours continu. Le message à faire passer concerne aussi la formation des futurs professionnels et l'attractivité. La filière gériatrique a des besoins de recrutement d'aide-soignants, de kinésithérapeutes, d'infirmier.e.s. et d'assistantes sociales notamment.



## MIEUX PRENDRE EN CHARGE LA CICATRISATION DES PLAIES DANS LE PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS



*LA FRÉQUENCE DES PLAIES CHRONIQUES ET LEUR IMPACT, LES CONNAISSANCES INÉGALES CONCERNANT LEURS FACTEURS DE RISQUES, LEUR ÉTIOLOGIE, LES PHASES DE CICATRISATION ET LES PRATIQUES DE PRISES EN CHARGE DIFFÉRENTES ONT MOTIVÉ, EN 2017, LA CRÉATION D'UN GROUPE PLAIES ET CICATRISATION AU SEIN DU GHBS.*



### UNE COMMISSION « PLAIES ET CICATRISATION »

Composé d'une équipe pluri-disciplinaire, le groupe *Plaies et Cicatrisation* permet de réunir les corps de métier concernés par ce sujet : médecins, infirmier.e.s, aide-soignant.e.s, ergothérapeutes, diététiciennes... Les différents sites du GHBS sont représentés.

L'objectif est de diffuser à l'ensemble des personnels médico-soignants et de Médecine Physique et Réadaptation du GHBS un socle commun de connaissances et de bonnes pratiques dans la prise en charge des plaies.

Pour y parvenir, le groupe a mis en place une formation de niveau 1 dispensée sur une journée, deux fois par an, abordant les notions théoriques de base et proposant au décours des ateliers pratiques : physiopathologie des plaies, douleur, nutrition, installation, compression, pansements.

Les premières formations ont eu lieu en 2019 et ont répondu à l'attente des participants pour les aider dans la prise en charge des plaies au quotidien. Une autre session est prévue en novembre 2020.

Une formation de niveau 2 (accessible après le niveau 1) est en préparation pour 2021, et sera ciblée sur des connaissances plus approfondies et spécifiques telles que la TPN (Thérapie par Pression Négative, type VAC®), plaies et prise en charge complexes, place de la chirurgie et de l'angiologie, plaie diabétique, hypnose...

Par ailleurs, des membres du groupe ont travaillé à l'élaboration de fiches pratiques pansements et d'un guide pour les supports de prévention (page suivante).

La formation des étudiants infirmier.e.s est également en réflexion : se limitant actuellement à 1h30 pour les 3<sup>ème</sup> années, assurée par un binôme infirmier.e et médecin du groupe *Plaies et Cicatrisation*, le volume horaire devrait être revu à la hausse.

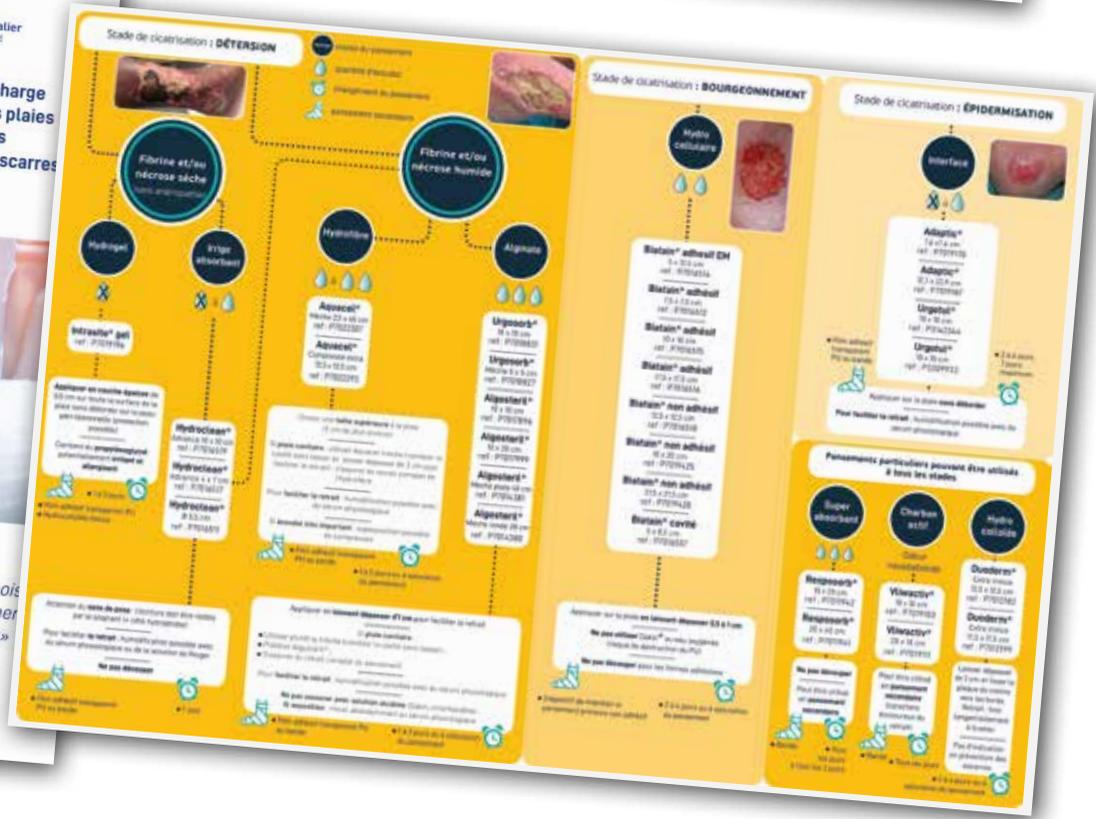
Enfin, le groupe souhaiterait la présence de référents plaies sur chaque site du GHBS, comme il en existe pour les domaines de la douleur et des soins palliatifs par exemple.

Le dynamisme et l'enthousiasme de ce groupe sont remarquables. L'accès des soignants - toujours très motivés - à nos formations doit être désormais renforcé grâce à l'implication de tous, encadrement et services administratifs compris, ce qui contribuera fortement et sans aucun doute à la pérennité et à l'efficacité de cette action.

# L'escarre, une problématique toujours d'actualité

Bien connue, y compris du grand public, l'escarre est une complication de la prise en charge de nombreux patients, surtout âgés. Elle est liée à une diminution de la circulation sanguine notamment la micro-circulation dans les tissus. Cela se produit principalement lors de la compression et de la déformation des tissus entre un plan dur et l'os sur des zones du corps à risque. Une enquête française de prévalence datant de 2014, menée sur 21 538 patients confirme les études internationales. Elle identifie 8,1% des patients porteurs d'au moins une escarre. La prévalence varie de manière significative selon la typologie des services de 11,8 % en soins de suite et réadaptation à 5,3 % en médecine chirurgie obstétrique. Les localisations les plus fréquentes sont sur les talons et le sacrum. 39,1 % des escarres sont considérées comme graves.

- Epidémiologie des escarres en France. Revue francophone de cicatrisation • Supplément au n° 1 • janvier-mars 2017
- Enquête nationale de prévalence des escarres décennale PERSE (Prévention Education Recherche Soins Escarres en France B. Barrois, D. Colin, F. A. Allaert



Deux guides, fruits du travail de réflexion du groupe Plaies et Cicatrisation, sont disponibles sur demande ou téléchargeables sur le site du GHBS.

UNE SÉRIE D'ARTICLES CONSACRÉE AUX ADDICTIONS COMMENCE À PARTIR DE CE NUMÉRO. LE PREMIER PORTE SUR TABAC ET SEVRAGE.

## D'UNE HABITUDE À L'ADDICTION...

Mais d'où nous vient le mot addiction ? D'étymologie latine, le terme « addictus » signifie « adonné à ». Terme juridique en droit romain, qui désigne la situation d'un débiteur, incapable de payer ses dettes et qui devient « adonné » à son créancier. Dans ces civilisations anciennes, le créancier avait alors le droit de disposer de la personne physique de son débiteur, pour en faire son esclave qui payait ainsi sa dette par son travail.

Repris dans le champ médical, le sens contemporain de ce mot a conservé la notion d'esclavage, mais au sens figuré : la personne addictée est esclave d'un produit, d'un comportement, d'un jeu...

La filière de soins en addictologie comporte dans ses missions à la fois, une approche clinique et une approche de santé publique : traiter le tabagisme, l'alcoolisme en tant que pathologies et aborder la difficile question de la conduite à risque. Il s'agit « *de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale graduée, de proximité et, si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé*<sup>1</sup> ».

L'équipe de liaison et de soins en addictologie a une mission de soins dans l'ensemble des services de l'établissement, une mission de sensibilisation et de formation à l'addictologie auprès des professionnels, mais également une mission d'éducation à la santé en direction des patients et des personnels.



Docteurs Quentin Vieille et Jacqueline Kerjean



L'équipe de liaison et de soins en addictologie, Jocelyne, Julie et Adèle, infirmières

## TOUTES CIGARETTES CESSANTES...

Arrêter de fumer est un véritable challenge, qui se construit sur des motivations solides. Elles doivent être là pour soutenir la volonté de l'ex-fumeur lorsque le manque de nicotine devient trop impérieux et met en péril la démarche de sevrage. Ainsi, les motivations du fumeur sont déterminantes dans la prise en charge et la réussite du sevrage. La majorité des fumeurs déclarent souhaiter arrêter de fumer : quels sont les éléments déclencheurs qui les amènent à entamer une démarche de sevrage ?

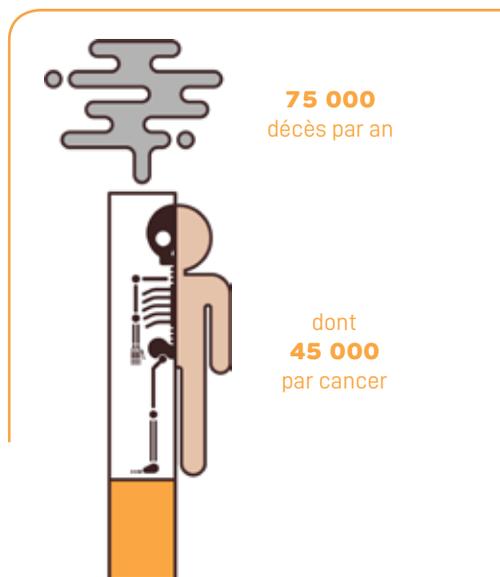
L'argument économique arrive assez rapidement, selon le Docteur Jaqueline Kerjean, addictologue au GHBS. La politique nationale<sup>2</sup> d'augmentation du prix du tabac pour le rendre moins accessible et davantage dissuasif porte donc ses fruits.

Le tabagisme « ancien » d'un consommateur de 40/50 ans devient une aliénation dont il souhaite se libérer : le fumeur n'est plus heureux. Il commence à peser les avantages - les sensations agréables que la cigarette procure - et les inconvénients comme les multiples répercussions sur la santé.

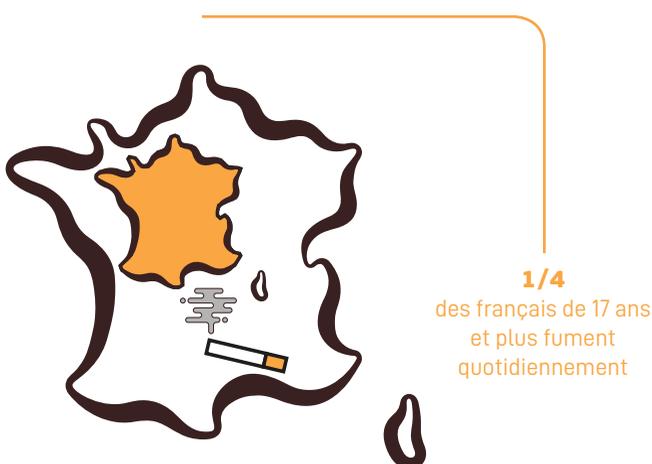
Celles-ci sont évidemment un facteur déclenchant de l'envie d'arrêter. Par comparaison aux non-fumeurs, les personnes qui fument 1 à 4 cigarettes par jour ont un taux de mortalité globale 1,5 fois plus élevé, et un taux de mortalité spécifique 3 fois plus élevé pour ce qui concerne les maladies cardiovasculaires ou le cancer du poumon. Le tabac est le premier facteur de risque de la Broncho-Pneumonie Chronique Obstructive (80 % des cas). Le seul traitement efficace est l'arrêt du tabac ; plusieurs études ont en effet démontré que la simple réduction de consommation ne diminue pas ou peu les risques de mortalité et de morbidité liés au tabagisme. Même si, pour le Docteur Kerjean, cela reste intéressant : « *c'est une petite victoire en soi* », une étape vers l'arrêt complet.

D'autres motivations sont davantage conjoncturelles : la programmation d'une intervention chirurgicale ou d'une procréation médicalement assistée. En effet, il est établi que le tabagisme périopératoire augmente le risque de complications générales (risque infectieux, complications respiratoires etc.) ainsi que le risque de complications chirurgicales (l'arrêt est obligatoire en chirurgie bariatrique, la cicatrisation plus difficile en chirurgie digestive...).

**Les conduites addictives sont les premières causes de mortalité évitable en France\***



**Malgré une baisse de la prévalence du tabagisme ces dernières années\***



<sup>2</sup> Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022

## ARRÊTER DE FUMER

Les bienfaits de l'arrêt du tabac  
jour après jour



Bienfaits liés à la réduction  
et à l'arrêt de tabac

### L'ACCOMPAGNEMENT DU FUMEUR EN DEMANDE DE SEVRAGE, EST PRIMORDIAL

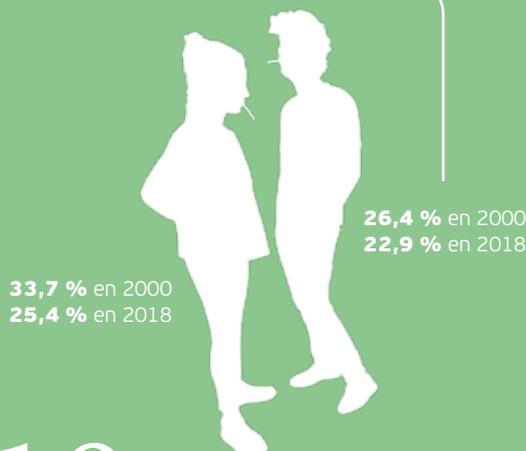
Une étude Cochrane<sup>3</sup> de 2016 indique qu'un soutien comportemental (soutien psychologique) associé à un traitement de substitution nicotinique améliorent les chances de réussite d'arrêt à 6 mois de 70 à 100 % par rapport aux brefs conseils ou au soutien seul. Les médicaments, tels que les substituts nicotiniques, le Bupropion (moins utilisé) et la Varénicline sont des traitements validés et l'utilisation de la cigarette électronique ne doit pas être écartée dans une démarche d'aide au sevrage. Depuis 2016, les infirmières ont un droit de prescription et les infirmières formées du GHBS (USIC, service de médecine post-urgences, gynécologie...) pourront bientôt prescrire les substituts nicotiniques et assurer le suivi. Les infirmières

de liaison d'addictologie accueillent les fumeurs en consultations, mesurent le niveau de dépendance (voir ci dessous *Tabataba*) et orientent les fumeurs en situation difficile vers le médecin addictologue, le psychologue et/ou la diététicienne pour une prise en charge pluridisciplinaire en fonction des besoins et craintes exprimés : prise de poids, dépression, co-addictions...

Le sevrage reste « *un cheminement individuel* » pour les docteurs Kerjean et Vieille, un arrêt spontané peut tout à fait survenir avec succès. Les motivations et les bénéfices sont une équation que chacun s'applique à titre personnel : ressentir une libération, établir de nouvelles relations sociales, devenir grands-parents par exemple. Évidemment, l'accompagnement médical et thérapeutique reste déterminant pour certains individus.

**L'ÉQUIPE DE TABACOLOGIE EST  
JOIGNABLE AU : 02 97 06 73 28**

Une baisse sensible du nombre de fumeurs



L'appareil *Tabataba* permet de mesurer le monoxyde de carbone expiré par le fumeur, un indicateur immédiat pour évaluer sa dépendance physique. Il est aussi un encouragement, car 24 heures de non-consommation suffisent à faire retomber le niveau à celui d'un non-fumeur (en dessous de 6). À titre de comparaison, lorsque le niveau de monoxyde de carbone atteint 31 dans un parking, celui-ci est évacué par les pompiers. Un gros fumeur peut monter à 50 !



## AU SERVICE DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL : LE PRÉVENTEUR DES RISQUES PROFESSIONNELS



Jérémie Gautreau dans une chambre de la Roseraie à Bois-Joly

**LA POLITIQUE DE PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS PARTICIPE À L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DES PERSONNELS. BASÉE SUR L'INTERDISCIPLINARITÉ EN ASSOCIANT DE NOMBREUX ACTEURS (SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL, PSYCHOLOGUE, COMITÉ D'HYGIÈNE, DE SÉCURITÉ ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL, ÉQUIPE DE GESTION DU RISQUE INFECTIEUX...), CETTE STRATÉGIE A VU L'ÉMERGENCE DE NOUVEAUX MÉTIERS, DONT CELUI DE PRÉVENTEUR.**

La prévention des risques professionnels est un enjeu majeur pour le Groupe Hospitalier Bretagne Sud qui souhaite développer la prévention primaire des risques en l'inscrivant au cœur de son projet social 2021-2026. Elle vise l'amélioration des conditions de travail, la diminution des accidents et des maladies professionnelles. Elle contribue également à la qualité de la prise en charge des patients et résidents. Le préventeur est membre de la Direction des Ressources Humaines : il est

chargé de la mise en place de la politique de prévention des risques professionnels du GHBS. Plus spécifiquement, il effectue le suivi de l'analyse de l'absentéisme en lien avec le travail (maladie, accident, maladie professionnelle), procède à l'évaluation des risques professionnels et travaille avec les équipes sur le terrain afin de mettre en place des plans d'actions de prévention.

### ÊTRE SUR LE TERRAIN ET EN MODE PROJET

Le projet le plus ambitieux consiste cette année en l'installation de rails plafonniers dans les chambres des résidents, l'objectif étant de faciliter la manutention des personnes de plus en plus dépendantes. En quelques semaines, à l'été 2019, le préventeur, les acheteurs et les équipes

de soignants ont répondu à un appel à projet de l'ARS au titre des CLACT (Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail). Avec succès et en décrochant un financement important, ils vont équiper de rails plafonniers les chambres des résidents\*. Les étapes-clés ont été d'estimer le besoin et de chiffrer les investissements, puis d'organiser les achats, et enfin de former les professionnels au matériel fourni.

\* EN EHPAD

**46** pour La Colline

**65** à Kerbernès (modification de l'existant)

**80** pour Tal Ar Mor à Moëlan-sur-Mer

**168** pour les services Laïta et Isole à Bois-Joly

Co-financement par l'ARS et les fonds propres du GHBS

## UN MÉTIER À LA CROISÉE DU RELATIONNEL, DE L'ORGANISATION ET DE LA TECHNIQUE

Le dispositif de formation du personnel à la manutention est en développement depuis 2019, avec notamment la programmation d'actions de formation pour les soignants, directement dans les services. La pédagogie est un élément essentiel pour prévenir les blessures ou le mal de dos. Initiée en septembre 2020, une campagne « *5 mouvements en 5 minutes* » est proposée aux aides-soignant.e.s qui démarrent ainsi leur journée par un moment d'échauffement avant de commencer les soins.

Un autre projet est actuellement mené sur la qualité de vie au travail (QVT) avec les équipes de l'EHPAD de Kerlivio. C'est une démarche participative à travers laquelle les équipes recherchent collectivement des solutions pour améliorer des situations de travail peu favorables à la QVT. Le préventeur intervient aussi pour l'aménagement

de poste des agents du GHBS, avec la mise en place de matériels adaptés et la création d'une configuration sur-mesure quand cela est nécessaire. L'objectif est de permettre aux agents de travailler dans des conditions satisfaisantes, mais aussi de favoriser le maintien dans l'emploi de personnes en situation de handicap.

## TOUS CONCERNÉS...

Au quotidien, la prévention des risques professionnels compte de nombreux acteurs et concerne tous les univers de métiers. Le préventeur est amené à travailler avec l'ensemble des services de façon transversale et notamment le service de santé au travail, la Direction des Achats et de la Logistique, les services de soins, la Direction Clientèle, Parcours Patients, Relations avec les Usagers & Communication, les équipes techniques... L'une des clés est d'avoir une vision globale du fonctionnement de l'établissement.

La prévention des risques professionnels est un domaine polyvalent, car sous ce libellé, sont englobés les risques psycho-sociaux, les risques chimiques ou encore les risques liés à la manutention. Le préventeur doit donc faire appel à des compétences et des connaissances multiples : ergonomie, analyse de poste de travail, qualités relationnelles, formation, chimie, mesure du bruit... Sur son agenda, figurent également les réunions de Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), la contribution au projet social de l'établissement 2021-2026, la rédaction des informations pour le prochain marché « chaussures » des professionnels et bien d'autres missions. Sans oublier l'évaluation de l'efficacité des plans d'actions de prévention déjà mis en place... Un métier à multiples facettes au service de la prévention.



## UNE FAIM DE DÉVELOPPEMENT DURABLE !

**SI « MANGER C'EST VOTER », POUR CITER LE CRITIQUE CULINAIRE PÉRICO LEGASSE ON COMPREND ALORS QUE LA RESTAURATION EST UN DOMAINE QUI, AUJOURD'HUI, TRADUIT LES CHOIX INDIVIDUELS ET COLLECTIFS QUE NOUS FAISONS. L'ENGAGEMENT DANS UNE DÉMARCHE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE NE PEUT FAIRE L'ÉCONOMIE D'UNE ASSIETTE RESPONSABLE.**

Le GIP Bretagne Santé Logistique (BSL)\* est aujourd'hui le prestataire de repas pour le compte du Groupe Hospitalier Bretagne Sud. Il s'attache à conduire une démarche de restauration durable complète, depuis le choix du producteur jusqu'à l'assiette du consommateur, qui recouvre les champs environnemental, économique et sociétal.

### LA RÉGION BRETAGNE PIONNIÈRE DANS L'ENGAGEMENT LOCAL

Avec l'Aquitaine, la Bretagne fait partie des deux régions pionnières dans la défense du tissu local et la valorisation des produits régionaux.

L'émergence de réseaux comme « *Produit en Bretagne* » auquel adhère le GIP BSL est révélateur de cet ancrage. La charte signée prévoit de s'engager à travailler avec les producteurs locaux pour favoriser le développement du tissu économique de proximité. Ce qui est effectivement le cas puisque les repas servis au personnel et aux patients du GHBS sont issus des filières locales grâce notamment à l'adhésion du GIP à un groupement de commandes promouvant les circuits courts.

En pratique, et pour ne parler que des desserts, la laiterie de Kerguillet à Plouay est le principal fournisseur en produits lactés transformés et le lait utilisé pour la confection des desserts et des plats cuisinés est issu du GAEC de Kervannes (Finistère). Bien entendu, les charcuteries et viandes diverses proviennent des grandes enseignes bretonnes.

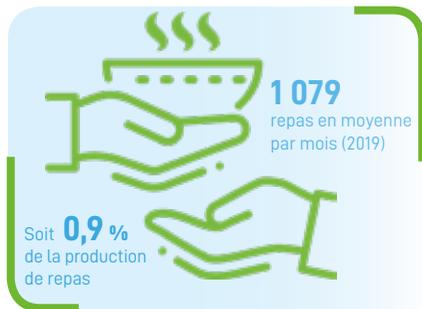


### DE L'ENGAGEMENT LOCAL À LA RESPONSABILITÉ SOCIÉTALE AFFIRMÉE

Le GIP BSL a récemment conclu un accord avec un groupement de 10 agriculteurs de Plouhinec qui fournissent depuis cette année entre 250 et 500 kilogrammes de légumes par semaine. Ces légumes sont épluchés par des travailleurs en situation de handicap de l'établissement et service d'aide par le travail (ESAT) d'Hennebont. Le site de Quimperlé collabore avec la société de réinsertion « *Ker-leg* » de Quimper qui transforme les légumes bio. Ces initiatives illustrent la responsabilité attendue des acteurs économiques qui ont un rôle majeur à jouer au service de la société dans

\* Bretagne Santé Logistique, structure juridique autonome, est un Groupement d'Intérêt Public qui gère une activité de restauration sur 3 sites géographiques (Caudan, Quimperlé et Le Faouët) et une activité de blanchisserie sur le site de Caudan. Site internet : bsl.bzh

une optique de développement durable. C'est également le cas lorsque le GIP BSL redistribue gratuitement aux antennes des Restos du Cœur de Lorient et d'Hennebont les excédents alimentaires qui ne peuvent pas être resservis le lendemain afin qu'ils soient consommés le jour même.



### LE MEILLEUR DÉCHET EST CELUI QU'ON NE PRODUIT PAS !

Puisque le meilleur déchet est celui qu'on ne produit pas, il est impératif de veiller tant pour des raisons éthiques, économiques ou environnementales à limiter au maximum le gaspillage alimentaire.

Pour cela, le Groupe Hospitalier Bretagne Sud s'est engagé en 2019 dans une démarche volontaire de réduction du gaspillage alimentaire en partenariat avec le GIP BSL qui est à l'initiative de la démarche. Après un état des lieux et une pesée des restes alimentaires sur plusieurs sites hospitaliers pilotes un plan d'action a été déployé dès le premier semestre 2020.

Et puisqu'au final il restera toujours des déchets dans nos assiettes, il est important de pousser la démarche toujours plus loin : trier permettra de valoriser les déchets alimentaires alors que les déchets assimilés aux ordures ménagères sont destinés à l'incinération ou l'enfouissement. La démarche est en cours de déploiement sur les sites du GHBS ; elle est effective dans tous les services de soins des sites de Quimperlé et au self du site du Scorff.



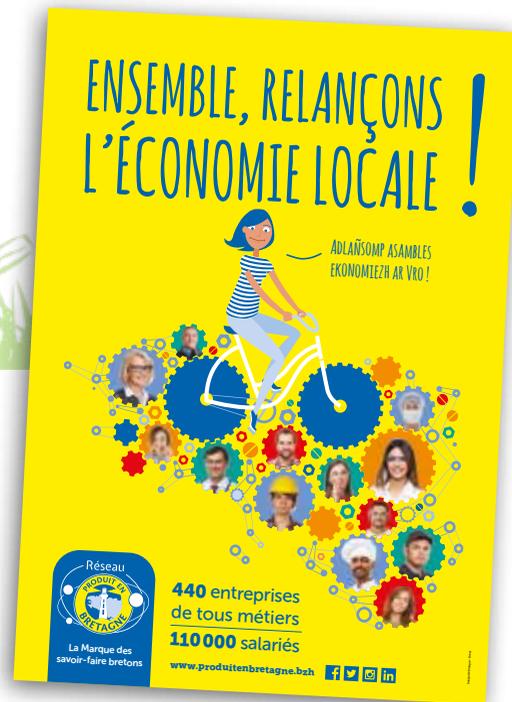
### UNE ALIMENTATION RESPECTUEUSE DE L'ENVIRONNEMENT

Favoriser l'achat de proximité c'est également réduire les déplacements induits par les livraisons et donc réduire son empreinte carbone. Pour la livraison du lait issu de la filière locale, la réflexion a été poussée plus loin et un accord de mutualisation a ainsi pu être conclu avec le transporteur. Ce qui a permis au passage de diviser le coût de livraison par trois.

En termes de consommation d'énergie une vigilance particulière est également portée par le GIP BSL lors de l'achat de certains matériels. Ainsi, le site de Quimperlé s'est doté récemment d'un lave-vaisselle qui recycle la chaleur de la vapeur d'eau pour chauffer l'eau de lavage.



De même les cuissons lentes (basse température) sont privilégiées car moins consommatrices en énergie et par ailleurs plus respectueuses de la qualité nutritionnelle des aliments. Et comme la restauration durable s'achève dans l'assiette du consommateur, le GIP BSL forme ses chauffeurs livreurs à l'éco conduite pour la livraison des sites extérieurs.



### POUR ALLER ENCORE PLUS LOIN

La Loi EGALIM - Loi pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous - fixe un double objectif de 50 % d'achat de produits de qualité (indication géographique protégée - IGP/Label Rouge) et de 20 % d'origine biologique d'ici au 1<sup>er</sup> janvier 2022. Elle prévoit également l'obligation de diversifier les sources de protéines ce qui est le cas dans les assiettes servies au GHBS qui à côté des traditionnels poissons et viandes font la part de plus en plus belle aux lentilles, pois chiches et steaks végétaux.

En revanche, des obstacles et paradoxes demeurent encore et toujours. Ainsi, bien qu'ayant fait le choix d'utiliser des conditionnements à usage unique recyclables, le GIP se trouve confronté à la pénurie... d'entreprises de recyclage. Par ailleurs, la disparition annoncée du plastique au profit d'emballages à base de maïs ou cellulose n'est pas sans poser de nouvelles questions quant à l'impact environnemental de production de ces matières premières... très consommatrices en eau !

LES P'TITS DOUDOUS EST UN RÉSEAU NATIONAL DE PLUS DE SOIXANTE ASSOCIATIONS LOCALES ANIMÉES PAR DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ QUI ŒUVRENT POUR AMÉLIORER L'ACCUEIL ET LE BIEN-ÊTRE DES ENFANTS OPÉRÉS ET POUR RÉDUIRE LEUR ANXIÉTÉ AVANT LEUR PASSAGE AU BLOC OPÉRATOIRE. L'ASSOCIATION « LES P'TITS DOUDOUS DU SCORFF » EXISTE DEPUIS 2015.

## DES DOUDOUS POUR LES P'TITS BOUTS



### DU JEU EN PRÉMÉDICATION

Plusieurs pratiques sont proposées afin d'améliorer la prise en charge des enfants et contribuer ainsi à réduire le stress pré-opératoire.

Lorsqu'un enfant se présente à la consultation d'anesthésie, un masque et un kit de gommettes lui sont fournis. Il peut alors s'entraîner à respirer dans le masque avec lequel il sera endormi et le personnaliser en le décorant. Son appréhension au moment de l'apposition du masque pour l'induction des gaz anesthésiques sera moindre.

Une tablette avec un jeu interactif « *Le héros, c'est toi !* » est remise aux enfants. Pour les adeptes de multimédia, il s'agit d'un « *Serious Game* » dans lequel le patient devient un héros à l'hôpital. Dans ce jeu, l'enfant retrouve les avatars des personnels soignants, sa chambre, les couloirs, l'entrée au bloc opératoire, la salle de réveil... À travers son propre avatar, l'enfant réalise le parcours de sa chambre au bloc opératoire, jusqu'à sa phase d'endormissement. Une étude\* réalisée en 2017 atteste de l'effet bénéfique sur l'anxiété des enfants ayant utilisé ce jeu.

La prémédication non médicamenteuse « motorisée » : un parc automobile permet à l'enfant de choisir un véhicule motorisé pour effectuer le trajet du service vers le bloc opératoire. L'enfant arrive au bloc, le sourire aux lèvres, au volant d'une Porsche, d'une Ferrari ou d'une Mercedes. Une prémédication très efficace selon le témoignage du personnel soignant.



### LE TRIPLE EFFET « KISS COOL »

Le 1<sup>er</sup> effet recherché et validé concerne l'enfant hospitalisé : il s'agit de dédramatiser la prise en charge au bloc opératoire. Ces techniques de distraction actives permettent de diminuer l'anxiété avant l'intervention, mais aussi les troubles du comportement (agitation, agressivité, etc.), et enfin la douleur ressentie au réveil. Dans ces conditions, l'utilisation des prémédications médicamenteuses et des antalgiques est réduite. La diminution des traumatismes post-opératoires a également été constatée\*.

En péri-opératoire, le lien entre l'anxiété des parents et celle des enfants est connu et la séparation parentale est la première étape anxiogène. La présence des parents, associée à ces différentes actions, désamorce les crises et calme les pleurs de l'enfant. L'arrivée au bloc se déroule dans de meilleures conditions.

L'accompagnement des soignants est primordial en favorisant l'écoute et un discours positif. En guidant l'enfant dans le jeu, le lien de confiance avec le professionnel se renforce et le stress diminue. C'est du « gagnant-gagnant » : l'amélioration de la relation enfant-parents/soignant engendre une prise en charge facilitée et de meilleure qualité.



### UN ENGAGEMENT ASSOCIATIF ET ÉCO-RESPONSABLE

Les P'tits doudous du Scorff est une association à but non lucratif, composée de professionnels du bloc opératoire et des services de chirurgie. Très investis dans l'association, ils interviennent bénévolement en participant aux différentes actions de l'association : collecte de matériel, vente de produits dérivés, interventions dans les écoles et participations à de multiples manifestations locales ou sportives. De nombreux partenaires soutiennent les P'tits doudous et permettent ainsi de récolter des fonds afin de financer de nouveaux projets (achat de consoles de jeu, de voitures...). Ainsi, la société coopérative Moulin Roty, partenaire de la première heure, fournit tous les petits doudous qui sont offerts aux enfants.

Le développement durable est une valeur forte, revendiquée dans les différentes actions menées. Dans les blocs opératoires, de nombreux matériaux inox, aluminium, fer, cuivre... récupérés sur des instruments ou matériels différents, comme les fils de bistouris électriques ou les lames de laryngoscopes... peuvent être recyclés. Autrefois, ces matériaux suivaient la filière classique des déchets hospitaliers. L'association les récupère pour un recyclage, après une décontamination selon un protocole spécifique. Ce recyclage permet de financer une partie des projets comme l'achat de tablettes par exemple. Sur une période de 2 ans, plus de 8 tonnes de métaux recyclés ont permis de récolter plus de 2 700 €.

### UNE HISTOIRE QUI CONTINUE DE S'ÉCRIRE...

Tout a commencé en 2011 avec la première association créée au CHU de Rennes par Nolwenn Febvre, infirmière anesthésiste. Depuis, Les P'tits doudous ont grandi. L'association, depuis fin 2017, s'est développée au niveau national : elle est représentée aujourd'hui dans plus de 60 établissements de santé et s'est organisée

Marianne, aide-soignante à l'unité de chirurgie ambulatoire :

*« L'accueil de l'enfant est moins protocolaire, on parle de son masque qu'il a décoré avec ses gommettes, la tablette permet une approche plus ludique et il part au bloc tout en jouant avec.*

*Les voitures, c'est un vrai bonheur, ils s'amusent dans les couloirs et s'improvisent pilotes. Du coup tout le monde oublie son stress et l'attente. Les parents sont plus détendus et ils adorent voir leur enfant serein tout au long de la prise en charge. Fini les prémédications qui pouvaient provoquer l'effet l'inverse et les enfants se remettent plus vite de l'anesthésie. Le plus difficile est de laisser les*

en réseau dont l'antenne de Lorient fait partie. L'ambition affichée est de faire évoluer les pratiques de soins à l'hôpital



grâce à l'écoute des besoins des patients et de fédérer des soignants autour de projets collaboratifs s'appuyant sur le numérique et le développement durable. Toutes les actions menées lui ont valu de nombreux labels et trophées au niveau national et régional. Pour n'en citer que deux, le 1<sup>er</sup> Prix, « La Fondation La France s'engage » et le Trophée de la « Santé Connectée - Les P'tits Doudous du Val d'Ouest », reçus en 2018.

A Lorient, le dynamisme des bénévoles est un bon terreau pour de nombreux projets. Ainsi, il est envisagé pour 2020 :

- L'installation de plafonniers LED à l'accueil du bloc opératoire afin d'humaniser les lieux en apportant une décoration et des images paisibles ;
- Des masques permettant une visite virtuelle du bloc pour les adolescents ;
- Un logiciel de suivi du parcours des enfants pour les parents.

En savoir plus : <https://www.lesptitsdoudous.org/l'association/les-associations/les-ptits-doudous-du-scorff/>

### TENIR LE CAP...

Pour l'enfant malade, la préparation psychologique à une intervention chirurgicale devient une aventure, dans laquelle il devient acteur et qui l'aide ainsi à dépasser ce moment difficile : la situation est dédramatisée. Les professionnels, les parents et l'aménagement des locaux sont partie prenante de cette aventure qui se poursuit au fil de sa prise en charge. Une réaction en chaîne se produit : le sourire et le bien-être de l'enfant rassurent les parents, confortent le personnel soignant. La qualité des soins est optimisée et les conditions de travail s'en trouvent améliorées.

Trouver davantage de soutiens financiers, poursuivre les actions de promotions, imaginer et développer de nouveaux projets d'accompagnement des enfants ne vont pas de soi. Ils nécessitent beaucoup de temps et d'engagement pour les bénévoles des P'tits Doudous, attentifs aux aides et aux marques de reconnaissance, mais toujours soucieux d'améliorer l'accueil et le vécu des enfants opérés.

\* Emilie Langlais. Observation de l'effet du jeu sur tablette tactile Le héros, c'est toi sur le comportement des enfants en péri-opératoire (étude PREMIOBS). Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-0178142

## DE NOUVEAUX PETITS BOLIDES MAIS SURTOUT DU RÉCONFORT POUR LES ENFANTS



Le long couloir du 1<sup>er</sup> étage de l'Unité de chirurgie ambulatoire se prêtait parfaitement au démarrage, à une pointe de vitesse et même à la marche arrière. De nouvelles voitures ont intégré le parc automobile du Groupe Hospitalier Bretagne Sud fin 2019 et ce sont les enfants de professionnel.le.s des services de soins qui les ont testées en premier. L'enthousiasme se lisait sur tous les visages. Ces jouets servent à accompagner les jeunes enfants sur le chemin, vers le bloc opératoire.

Grâce à la générosité de la concession *Audi* de Lorient et du *Rotary Club* de Lorient, en plus de deux véhicules électriques, ce sont un parrain et une marraine qui ont accepté de marquer cette opération. Le journaliste et producteur Harry Roselmack et Maiwen Quéven, joueuse en Nationale 1 de l'équipe *Lanester Handball* sont tous deux sensibles au bien être des patients et au soutien des soignants : pour le premier, sa famille compte de nombreux professionnels de soins, pour la jeune femme, c'est, en parallèle de sa pratique sportive, son métier puisqu'elle exerce en tant qu'infirmière.

« *Le sourire des enfants n'a pas de prix, c'est la plus belle des récompenses* »



Les équipes du GHBS remercient chaleureusement tous ceux qui s'impliquent en donnant de leur temps et des gestes de soutien au bénéfice des patients, petits et grands

### DES PARTENARIATS QUI GRANDISSENT AU SERVICE DE PÉDIATRIE

Crampons aux pieds, écharpes aux couleurs du club et mascottes Merlus en peluche, les joueurs du *FC Lorient* ne sont pas venus les mains vides en pédiatrie. Ils ont emmené avec eux *Latitudes Automobiles* qui n'est autre que la concession *MINI* de Lorient. Et dans leur sillage, grâce à l'association humanitaire de M. Longuier (*Soleil Levant-Aide Humanitaire*), ce sont deux bolides électriques que les jeunes patients hospitalisés ont appris à piloter.



## SEMAINE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS



Du 18

Les  
les profes  
du Gre  
se mobi  
d



Des professionnels, étudiants et représentants des usagers du Groupe Hospitalier Bretagne Sud se sont mobilisés en novembre pour mieux informer sur cette opération de sensibilisation des professionnels et des patients. De nombreux thèmes ont été abordés :

- Dispenser une information de qualité sur les antibiotiques aux usagers du GHBS et leurs familles
- Sensibiliser les usagers et les professionnels à la sécurité des soins
- L'hygiène des mains, au service de la prévention des risques.
- L'identitovigilance : votre identité, votre sécurité.
- La commission des usagers du GHBS



## SEMAINE EUROPÉENNE POUR L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPÉES AU GHBS



Le Groupe Hospitalier Bretagne Sud est engagé dans une démarche volontariste, inscrite dans le volet social du Projet d'Etablissement afin d'accompagner au mieux les professionnels en situation de handicap en termes d'insertion, de maintien et de retour dans l'emploi.

S'appuyant sur une équipe pluridisciplinaire, dont fait partie le préventeur présenté dans ce numéro, les actions mises en œuvre engagent au quotidien chacun au sein du collectif hospitalier. En 2019-2020, une campagne de sensibilisation a été menée dont faisait partie le programme de la Semaine Européenne pour l'Emploi des Personnes Handicapées (ici en photo à Riantecc). La démarche de Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé a également été mise en lumière car 80 % des handicaps sont invisibles. Et un profes-



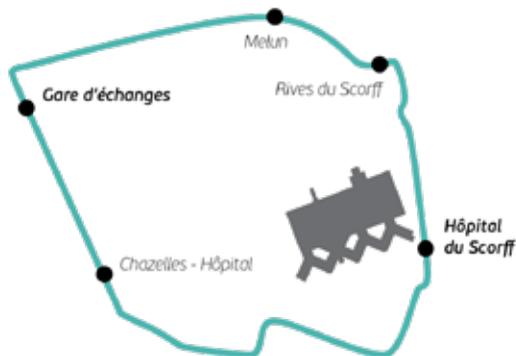
sionnel sur deux sera confronté au handicap durant sa vie active. Chacun peut donc être concerné dans son univers de travail. Il est fondamental de mieux faire connaître les dispositifs en faveur des professionnels en situation de handicap. Une prochaine opération sera organisée à l'occasion de la SEEPH du 16 au 20 novembre 2020.

## POUR UN ACCÈS PLUS FACILE AU SITE DU SCORFF

### BUS LIGNE 12

Gare d'échanges ► Melun ► Rives du Scorff  
Chazelles - Hôpital ◄ Hôpital du Scorff

Ainsi que toutes les lignes passant sur le cours de Chazelles.



## 6 SECTEURS DE CONSULTATIONS ET ACTES EXTERNES

Chirurgie viscérale  
Dermatologie  
Hématologie  
Hépatogastro-entérologie  
Oncologie  
Soins de support cancérologie  
Hôpital de Jour 1  
(hématologie-oncologie-hépatogastro)

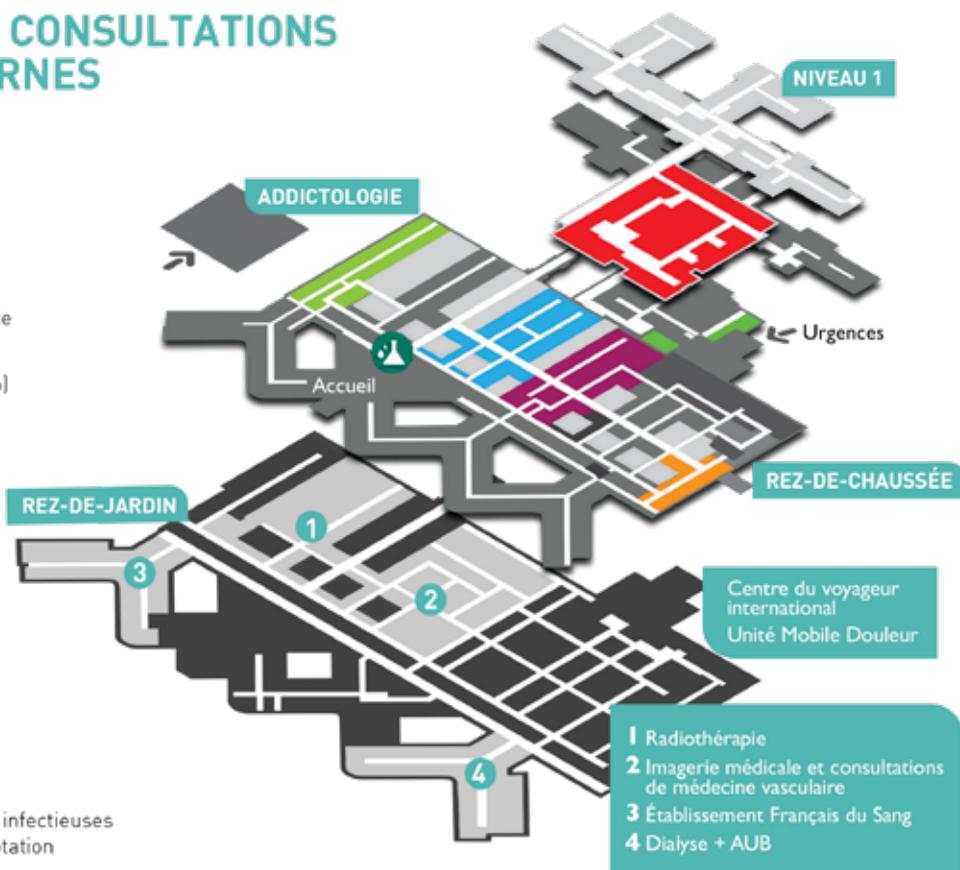
Allergologie  
Chirurgie cervico-faciale  
Odontologie  
Ophtalmologie  
ORL

Anesthésie  
Cardiologie  
Diabétologie  
Endocrinologie  
Neurologie  
Pneumologie

Médecine interne - maladies infectieuses  
Médecine physique et réadaptation  
Médecine polyvalente  
Orthopédie  
Néphrologie  
Rhumatologie  
Tabacologie  
Post urgences  
Chirurgie réparatrice  
Médecine du Sport  
Unité ambulatoire de médecine (UAM)

Consultations Pédiatriques  
Pôle Femme-Mère-Enfant RDJ

Consultations Gynécologie-Obstétrique  
Pôle Femme-Mère-Enfant et Aide Médicale à la Procréation au niveau 1



## LABORATOIRE BIOLOGIE MÉDICALE OUVERT À TOUS



### FACILE ET SANS RENDEZ-VOUS !

Votre médecin vient de vous prescrire une analyse médicale :

- vous pouvez la réaliser au **GHBS** du **lundi au vendredi de 7h30 à 17h30**

Munissez-vous :

- de votre **carte vitale**, d'une **attestation de mutuelle** et de votre **carte d'identité**

**Au rez-de-chaussée, dans le couloir des consultations.**

Prochainement : notre numéro hors série spécial Covid-19

# NOUVELLE VAGUE

LE MAGAZINE DU  
GROUPE HOSPITALIER BRETAGNE SUD

OCTOBRE 2020

hors série

## AU SOMMAIRE

L'ADAPTATION DES CAPACITÉS DE  
RÉANIMATION, UN DÉFI MAJEUR  
ET ESSENTIEL

COLLABORER POUR FAIRE FACE

EVASAN

L'INNOVATION POUR  
ET PAR LA CRISE



Groupe Hospitalier  
Bretagne Sud

