

Le magazine
de La Renaissance Sanitaire

Regards

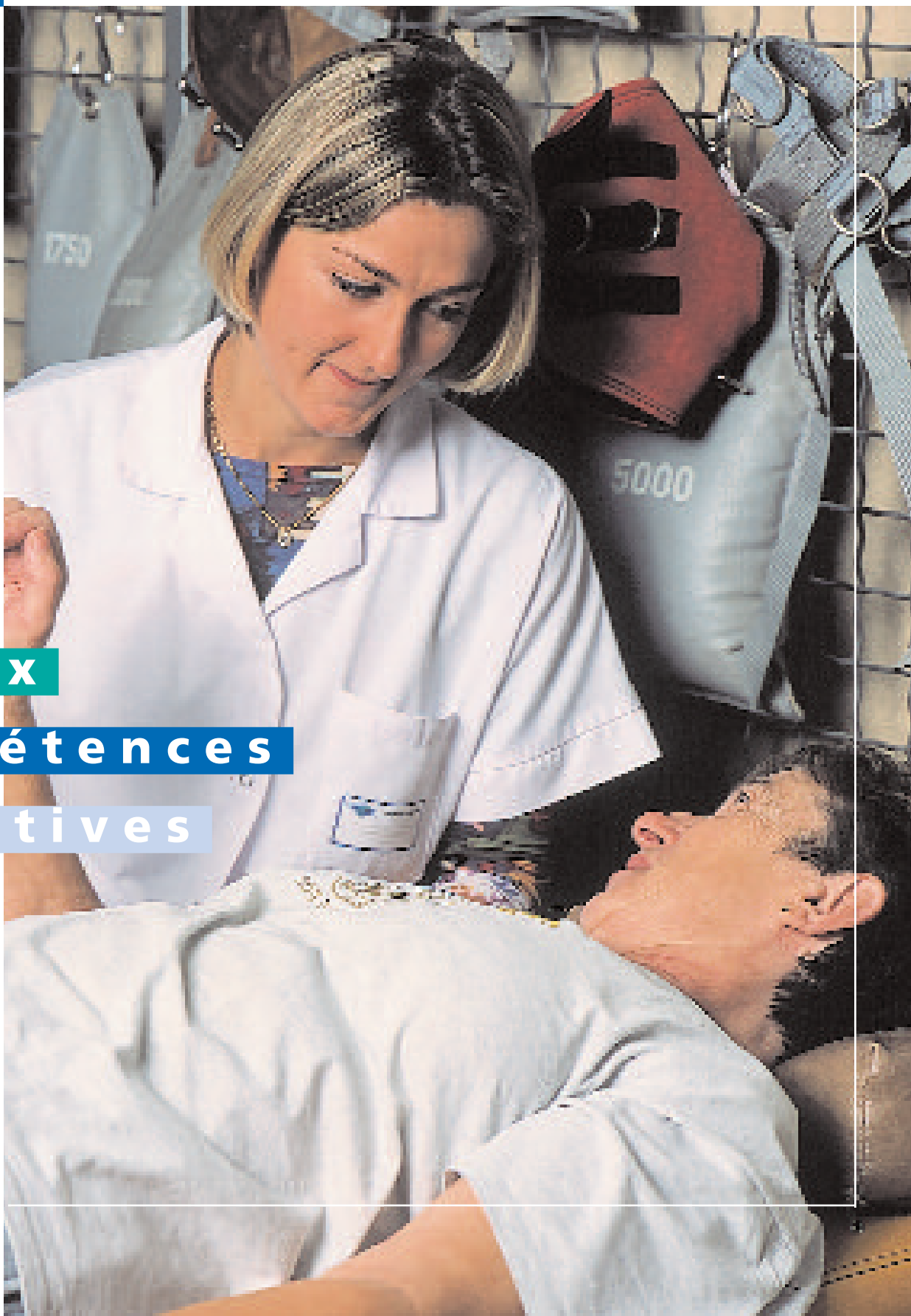
N°1

MAI 2002

Enjeux

Compétences

Initiatives



La Renaissance
Sanitaire

Fondation reconnue d'utilité publique
par décret du 8 Juillet 1928

La direction de La Renaissance Sanitaire

La fondation La Renaissance Sanitaire est dotée d'un conseil d'administration composé de douze membres, dont un représente le ministre de l'Intérieur. Ses deux hôpitaux (La Musse et Villiers Saint Denis) sont dirigés chacun par un directeur et une commission médicale d'établissement (CME).

Le conseil d'administration



Président
Michel LADEGAILLERIE,
vice-président de la FMP



Vice-président
Didier GABORIAUD,
secrétaire général de la FMP

Secrétaire général
Jean-Marie LE BLÉ, administrateur de la FMP

Trésorier
Lucien BERGE, directeur honoraire de la CPAM
du Val-de-Marne

Administrateurs

Émile CASTAN, administrateur de la FMP

Dr Pierre-Jean COUSTEIX, président de la FNEHAD,
directeur adjoint délégué général aux affaires médicales
et scientifiques de la CNAMTS

Paul DEVROEDT, administrateur de la FMP

Pr Gérard DUBOIS, chef du service « Évaluation médicale »
au CHU d'Amiens

René DURAND, administrateur du comité départemental
de Seine-Saint-Denis de l'APAJH

Jean-Claude MAIRET, administrateur de la FMP

Jean-Michel MEHNERT, préfet honoraire,
représentant le ministre de l'Intérieur

Jacques PALA-REGAS, administrateur de la FMP

Hôpital Villiers Saint Denis



Directeur
Jean-Louis YONNET



Président de la CME
Dr Anne BENASSAR

Hôpital La Musse



Directeur
Alain FLOURENT



Président de la CME
Dr Alain BOUILLEROT

e n j e u x

Les hôpitaux La Musse et Villiers Saint Denis

**ensemble dans la démarche
d'amélioration de la qualité** p. 4

c o m p é t e n c e s

Le laboratoire de recherches cliniques
en masso-kinésithérapie

**un exemple
de partenariat réussi** p. 6

Le service de gériatrie de La Musse

une référence

L'unité de soins palliatifs à Villiers Saint Denis

« Jusqu'au bout de la vie » p. 8

Projet

**Création d'une unité
de soins palliatifs** p. 14

Une journée de travail

à l'atelier d'appareillage p. 16

Formation

**La manutention et l'éducation
des patients** p. 18

Réseaux

La prise en charge du diabète p. 20

dans le bassin de vie de Château-Thierry

i n i t i a t i v e s

Ateliers pratiques

**La cuisine éducative
pour les patients** p. 23

Prévention

Des anticoagulants pour ma vie p. 24

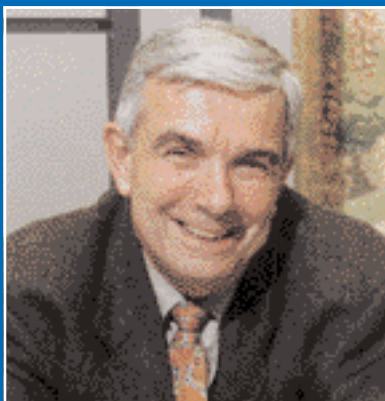
Partenariat

**Jumelage avec l'hôpital central
de Hué au Vietnam** p. 25

Bulletin spécial

**Faits marquants
de l'année 2001** p. 26

Directeur de publication : Michel LADEGAILLERIE ■ Rédacteur en chef : Jean-Marie LE BLÉ
Conception-maquette : Héral ■ Imprimerie de Champagne ■ Dépôt légal 2^e trimestre 2002



Nouvelle voix de La Renaissance Sanitaire

Nous avons le plaisir de vous présenter le premier numéro du magazine de La Renaissance Sanitaire, qui paraîtra, dans un premier temps, une fois par an. Ce magazine a pour objet de faire découvrir à ses lecteurs les réalisations de la Fondation, ses activités, le dynamisme de ses deux établissements et de mettre ainsi en exergue sa place dans le paysage hospitalier.

À l'instar du bulletin d'information qui paraît environ tous les trois mois, le magazine s'adresse aux personnels des deux hôpitaux de La Renaissance Sanitaire ; il a cependant pour ambition de mieux faire connaître la Fondation à un public plus large : la communauté hospitalière, le milieu des élus locaux ou celui des administrations qui ont à traiter avec nos deux établissements.

Le magazine pourra s'enrichir de nouvelles rubriques et suivre une périodicité plus fréquente. Nous comptons pour cela sur vos critiques et suggestions pour nous aider à l'améliorer.

À la lecture de ce premier numéro, vous pourrez constater que les activités de La Renaissance Sanitaire sont très variées et qu'elles nécessitent une multitude de compétences, qu'il s'agisse de soins palliatifs, de diabétologie, d'appareillage et de rééducation, de diététique ou encore, dans des domaines plus transversaux, de qualité et de formation professionnelle.

Vous constaterez également que nous avons le souci de transmettre nos compétences à des pays moins favorisés que le nôtre (nous avons passé une convention de jumelage avec l'hôpital central de Hué au Vietnam).

Notre préoccupation constante, cela va de soi, est de prodiguer à nos patients des soins de qualité, dans le cadre parfois trop étroit des dotations budgétaires qui nous sont allouées.

Michel Ladegaillerie
Président de La Renaissance Sanitaire



Les hôpitaux La Musse et **ensemble dans d'amélioration**

La Renaissance Sanitaire s'est inscrite, comme l'exige la loi, dans la démarche d'accréditation incombant aux établissements de santé, par l'engagement conjoint des deux chefs d'établissement. Au-delà de l'accréditation, la Fondation a souhaité mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Bien connue du monde industriel, commercial et des sociétés de services, la démarche qualité entre progressivement dans le champ sanitaire et social, constituant un changement culturel fort. L'étape d'accréditation par l'Agence Nationale d'Évaluation en Santé (ANAES) représente, pour les professionnels de santé, le bilan, à un moment donné, de leur investissement dans la démarche qualité. Formaliser, mesurer, évaluer, rechercher la satisfaction des clients, qu'ils soient patients ou partenaires, sont une autre façon d'envisager la prestation de soins. Le colloque singulier médecin/malade s'étend à la recherche du consentement du malade et de son libre choix sur les décisions prises au regard de son état de santé. La loi du 4 mars 2002 réaffirme l'importance des droits et de l'information

du patient et souligne encore davantage l'échange qui doit avoir lieu entre médecin et malade.

L'approche qualité : une veille permanente

Dans ce mouvement d'amélioration de la qualité et d'évolution des exigences du public, des valeurs et du droit, les responsables qualité doivent rester en veille permanente pour entreprendre avec les professionnels des démarches cohérentes et pertinentes. Outre les outils et les méthodes de travail qu'elle utilise, la démarche qualité est avant tout l'acquisition d'un état d'esprit différent face aux situations de travail, ayant pour point d'ancrage le risque encouru et l'œil vigilant porté sur les pratiques. Dans l'approche « qualité », la clé de la réussite est de pouvoir passer du management de la qualité au



Villiers Saint Denis

la démarche de la qualité

management par la qualité. Partie intégrante du projet d'établissement, la démarche qualité n'est pas une action parmi d'autres, elle constitue un véritable enjeu stratégique.

Vers une accréditation commune

La Renaissance Sanitaire a formalisé une démarche commune aux deux établissements en collaboration avec l'Apave Santé. Chaque établissement s'est doté :

- de structures de fonctionnement : un comité de pilotage, une direction qualité, des correspondants qualité, des auditeurs internes ;
- de moyens : des formations dispensées par l'Apave Santé ; un système informatisé de gestion des documents qualité ; un système informatisé de traitement des enquêtes de satisfaction (sur

le site de Villiers Saint Denis) ; un système informatisé de maintenance préventive des matériels médicaux (sur le site de Villiers Saint Denis).

Pour la période 2001-2002, les deux établissements ont retenu des thèmes prioritaires :

- la gestion des risques ;
- la maîtrise du risque infectieux ;
- les sécurités réglementaires (sécurités techniques, sécurité d'utilisation des produits et vigilance et protection des personnels) ;
- la prise en charge de la douleur ;
- le dossier patient ;
- la prestation alimentaire.

Ces thèmes sont traités par des groupes pluridisciplinaires qui rendent compte régulièrement de l'état d'avancement de leurs travaux au comité de pilotage. Parallèlement à ces thèmes, d'autres actions d'amélioration sont également

engagées, telles que la fonction linge, l'endoscopie, la Gestion Prévisionnelle et Préventive des Emplois et des Compétences (GPPEC). Le dernier trimestre 2002 sera consacré à une auto-évaluation et à une visite à blanc en collaboration avec l'Apave qui permettront de dégager des actions d'amélioration à mener avant la procédure d'accréditation.

Même si les habitudes de fonctionnement sont parfois quelque peu bousculées, les professionnels marquent leur engagement dans la démarche, soutenu par l'information interne et externe, en particulier celle du site internet de l'ANAES et de la presse quotidienne. ■

Nelly QUÉHÉ

Directeur Qualité, La Musse

Jean-Paul ALLARD

Directeur Qualité, Villiers Saint Denis



Le laboratoire de recherches cliniques **un exemple de**

La fin du doctorat anglo-saxon pour recherches en bio-ingénierie de Michel Pillu, ancien chef kinésithérapeute à l'hôpital Villiers Saint Denis, était une occasion de réfléchir à la création, au sein de La Renaissance Sanitaire, d'un laboratoire de recherches doté de moyens humains et matériels. Créé en septembre 2000 et inauguré en mai 2001, le laboratoire de recherches en masso-kinésithérapie est installé dans les locaux de l'hôpital Villiers Saint Denis.

Un responsable de recherche à mi-temps, dont la mission est le lancement et l'animation d'un laboratoire de recherches cliniques en masso-kinésithérapie, a rejoint la Fondation en la personne de Michel Pillu, moniteur cadre en masso-kinésithérapie, docteur en sciences, biomécanique. S'agissant d'une création de poste, une clause d'évaluation a été prévue dans son contrat de travail; une évaluation annuelle donne lieu à la rédaction d'un rapport d'activité et une évaluation tous les trois ans du poste lui-même permet de comparer les résultats atteints aux objectifs fixés. La prise en charge de ce mi-temps s'effectue pour tiers par la

fondation, pour tiers par l'hôpital La Musse et pour tiers par l'hôpital Villiers Saint Denis.

Les moyens financiers de la recherche

La recherche a un coût et l'essentiel de l'argent nécessaire doit être collecté par le responsable du laboratoire. À ce jour, la fondation MAAF Assurances a apporté un soutien financier de 15 244,90 euros (100 000 francs) au laboratoire. Par ailleurs, dans le cadre d'une convention relative à l'étude de l'épaule d'un utilisateur âgé d'un fauteuil roulant en vue d'améliorer l'appareil, la CNAMTS participe à hauteur de 36 587,76 euros (240 000 francs) au

financement de la réalisation de cette étude. Ce contrat de partenariat prévoit une clause de rétrocession des fonds alloués en cas de gains avérés. Enfin, un accord de partenariat prévoit l'exploitation commerciale des éventuelles découvertes par un industriel spécialisé, Invacare-Poirier SA, tandis que l'exploitation morale et intellectuelle reste la propriété de La Renaissance Sanitaire.

Les contacts extérieurs

La recherche ne peut se faire sans contact avec l'extérieur. Le partenariat avec d'autres laboratoires est indispensable. Par conséquent, des liens ont été noués avec d'autres équipes :

- > l'École Nationale Supérieure des Arts et Métiers (ENSAM) : centres de Châlons-en-Champagne et de Paris ;
- > le laboratoire d'anatomie expérimentale de Vrije Universiteit de Bruxelles ;
- > le laboratoire de mécanique du mouvement humain d'Amsterdam.

Les objectifs du laboratoire

Le but de ce laboratoire est de promouvoir des recherches pratiques centrées

Les recherches s'orientent actuellement dans trois directions.

Le fauteuil roulant

Il s'agit de l'activité principale dont s'occupe actuellement le laboratoire. Cette recherche a pour objet d'améliorer le fauteuil roulant standard utilisé par les personnes âgées en vue de diminuer les pathologies ab-articulaires de la ceinture scapulaire. Elle est partie du constat suivant : l'usage intensif du fauteuil roulant, par des sujets dont les épaules n'étaient pas préparées à se mouvoir en compression, déclenche chez certains sujets des douleurs pouvant mener à des ruptures des tendons des rotateurs courts de l'articulation gléno-humérale. Sont étudiés : la cinématique au moyen d'un goniomètre électromagnétique, la dynamique grâce à un ergomètre à rouleaux et les muscles mis en jeu par huit canaux d'électromyographie de surface.

Une fois cette étude biomécanique terminée, des améliorations de l'architecture du fauteuil roulant seront proposées, notamment sur la forme du dossier, la dimension et la position des accoudoirs, la forme et la concep-

Les recherches plus cliniques

Il s'agit de la recherche sur le rôle des contractions statiques sur le développement de la circulation artérielle locale chez les patients porteurs d'une artérite oblitérante des membres inférieurs.

Des idées pour l'avenir

Les idées de recherche ne manquent pas. Des projets d'études devraient se concrétiser :

- > **la variation de volume des moignons d'amputés d'origine vasculaire** : il s'agit de trouver d'une part, un système simple et fiable de mesure des volumes pour essayer de quantifier les variations et, d'autre part, le meilleur moyen de les contrôler (bandage Biflex, jersey élastique, etc.) ;
- > **la biomécanique de la canne à appui antibrachial** : la littérature concernant ce type d'aide de marche est très pauvre. À ce jour, les recherches, majoritairement anglo-saxonnes, ont surtout porté sur la canne-béquille à appui axillaire ;
- > **le recrutement musculaire** : mesuré grâce à l'électromyographie à différentes phases de l'appareillage. ■

Michel PILLU

Moniteur cadre en masso-kinésithérapie,
Docteur es-sciences, biomécanique

en masso-kinésithérapie partenariat réussi

sur le handicap et la pratique de la kinésithérapie. Le laboratoire poursuit cinq objectifs :

- > rester proche de la pratique kinésithérapique en améliorant et en justifiant le mode d'action de certains gestes de kinésithérapie ;
- > être au service du patient, préoccupation essentielle d'une fondation hospitalière comme La Renaissance Sanitaire ;
- > utiliser les patients hospitalisés comme référence, caractéristique principale de ce laboratoire ;
- > réfléchir sur la prévention ;
- > penser l'innovation, particulièrement en appareillage.

tion de la main courante. Une partie de cette étude est en voie d'achèvement. La soutenance d'une thèse de doctorat ENSAM, sur ce sujet, est prévue pour le mois de juin 2002 et un brevet d'invention est sur le point d'être déposé.

Les emboîtures souples

Il s'agit essentiellement, par la mesure des pressions et des contraintes à l'interface du moignon et de l'emboîture, combinée à la méthode de calcul par éléments finis, de quantifier les différents paramètres de l'emboîture pour améliorer la forme, l'épaisseur et le confort d'utilisation des emboîtures, niveau cuisse.

Le service de gériatrie de **une référence**

Le service de gériatrie de La Musse est un service de soins de suite qui comporte, depuis le 18 février 2002, 50 lits répartis en trois unités. C'est le service de référence en soins de suite pour le département de Haute-Normandie.

Le service de gériatrie de La Musse accueille des patients venant essentiellement de l'hôpital d'Évreux avec lequel il existe notamment une convention entre les lits porte et notre service, afin de libérer les urgences, si possible dans les 24 heures. Nous avons également signé des conventions de partenariat avec la clinique Pasteur et la clinique Bergouignan (situées à Évreux).

De plus en plus fréquemment, des patients arrivent directement à La Musse, en provenance du domicile, ou des établissements d'hébergement pour personnes âgées, après accord du médecin-conseil de la caisse d'Assurance maladie. Les patients entrant dans le service sont âgés de 80 ans en moyenne et présentent des polypathologies ne nécessitant pas une hospitalisation dans un service de spécialité.

Ils sont en général atteints des affections suivantes :

- > pathologie neurologique (25%);
- > pathologie cardio-respiratoire (25%);
- > traumatologie et orthopédie (25%);
- > pathologies diverses dont des suites de chirurgie carcinologique, des insuffisances rénales terminales dialysées (25%).

La durée moyenne de séjour dans le service est de trente jours et le retour des patients à leur domicile s'effectue dans environ 70 % des cas.

L'équipe médicale et paramédicale : composition et mission

L'équipe médicale est actuellement constituée :

- > d'un médecin chef,
- > d'un médecin adjoint actuellement en cours de recrutement,
- > du personnel soignant composé d'infirmières et d'aides-soignantes travaillant en horaire continu,
- > d'une secrétaire médicale.

Les patients sont pris en charge pour la rééducation par trois kinésithérapeutes, deux ergothérapeutes qui ont une formation particulière pour les personnes âgées, une psychologue, une orthophoniste et une diététicienne. Étant donné que 70 % de nos patients ont des problèmes médico-sociaux, une assistante sociale aidée par deux secrétaires collaborent étroitement avec l'équipe médicale. Des réunions pluridisciplinaires regroupant toute l'équipe médico-sociale ont lieu une fois par semaine pour chaque unité. Les dossiers sont alors étudiés individuellement pour un meilleur suivi du projet de chaque patient. Nous accordons un soin particulier à l'accueil des familles afin de les informer de l'état de la personne qui est hospitalisée dans notre service et de préparer ensemble sa sortie.

Nos patients ne quittent l'hôpital que lorsque les aides et le matériel éventuel sont prêts. Il est parfois utile que nos

ergothérapeutes se rendent au domicile du patient pour constater l'état du logement et envisager si nécessaire un aménagement.

Le personnel soignant bénéficie d'une formation continue réservée au service, environ une fois par mois, réalisée sur le temps de transmission entre les deux équipes, c'est-à-dire entre 14 heures et 15 h 30. Différents thèmes ont déjà été abordés : la démence, l'aphasie, les troubles praxiques, les soins palliatifs, etc.

Les réseaux

Le service de gériatrie s'implique beaucoup dans la formation du réseau gérontologique local, puisqu'il participe à la création du Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) gérontologique. Par ailleurs, nous sommes sur le point de conclure un accord avec le service de neurologie du centre hospitalier d'Évreux pour travailler ensemble dans une consultation mémoire.

Les projets du service

Dans un avenir proche, nous espérons pouvoir prendre en charge :

- > des patients pour une hospitalisation de très courte durée dans un but d'évaluation gériatrique ;
- > des patients venant d'établissements d'hébergement pour personnes âgées présentant un épisode aigu difficile à gérer dans ces structures.

La Musse



Pour développer ces circuits, aider les structures d'hébergement pour personnes âgées, les structures d'aide à domicile, mais surtout les patients, un accès direct pour leur hospitalisation dans notre service sans accord préalable du médecin-conseil est indispensable. Cela favoriserait une meilleure prise en charge de la personne âgée en lui évitant des attentes interminables dans le service des urgences de l'hôpital d'Évreux qui manque de place et où l'orientation de ce type de malade n'est pas toujours facile. Ces projets ne sont envisageables

qu'en collaboration avec les tutelles et l'hôpital d'Évreux.

Après deux ans d'existence, le service de gériatrie est en plein essor, en lien avec la démographie. Beaucoup de projets restent encore à mettre en place. Notre service est ouvert à toutes les propositions, notre but étant d'optimiser la prise en charge de la personne âgée. ■

Dr Dominique MARCHAL
Médecin, chef du département Gériatrie,
La Musse
Frédéric WOSNY
Surveillant général, La Musse





Évelyne lors de la visite de sa fille, de sa nièce et de son père

Notre rôle à tous est de permettre au patient et à sa famille d'accueillir l'événement critique tout en se maintenant du côté de la vie. Le quotidien doit pouvoir retrouver sa place, sa banalité, mais aussi l'intensité des moments simples comme en témoignent ces photos...

L'unité de soins palliatifs à « Jusqu'au bout de

Priorité nationale, l'accompagnement de la fin de vie est avant tout le problème de chacune de nos régions.

Dans le sud de l'Aisne en particulier, les besoins se font de plus en plus pressants. En effet, l'arrondissement de Château-Thierry est un des seuls de Picardie possédant un solde migratoire positif et la moyenne d'âge y est une des plus élevées. Il fallait donc penser à une plus grande prévalence des maladies accompagnant les âges avancés (cancer, maladie d'Alzheimer...).

La recherche quotidienne de la nécessaire qualité dans l'organisation de la prise en charge de nos patients atteints de maladie grave (le plus souvent des cancers du poumon) a naturellement suscité une réflexion commune entre médecins, soignants, direction et représentants du personnel. Ce dialogue à partir de nos expériences, de nos échanges avec les patients et les populations locales a abouti à un projet collectif intitulé «Jusqu'au bout de la vie». Nous souhaitons répondre ainsi au mieux aux besoins des habitants. L'Agence régionale de l'hospitalisation de Picardie a validé ce projet et autorisé l'établissement à créer une unité de quatre lits de soins palliatifs en hospitalisation complète, en prenant à sa charge une partie du financement. Ces lits sont intégrés dans le service de soins de suite de pneumologie du Dr Renard (situé au service 1 du Pavillon 2, rez-de-jardin). L'unité comprend également une équipe mobile d'accompagnement et de prise en charge de la douleur.

Deux unités pour couvrir les besoins

L'unité d'hospitalisation

Elle est composée de quatre grandes chambres individuelles. Leurs fenêtres s'ouvrent sur le parc verdoyant, et elles sont équipées d'une salle d'eau, d'un lit électrique et d'un chevet comportant un réfrigérateur. Un lit d'accompagnant peut être installé à la demande de l'entourage. Une salle de rencontre et un office sont à la disposition des patients et de leurs proches. Cette unité d'hospitalisation complète s'adresse à la population du secteur sanitaire n° 8 (arrondissements de Soissons et de Château-Thierry). Elle a pour mission :

- > de traiter des symptômes rebelles (douleur, dyspnée, agitation, troubles alimentaires...);
- > d'accueillir des patients qui ne peuvent et/ou ne souhaitent pas rester à leur domicile;
- > de permettre à l'entourage du patient de se ressourcer suite à un investissement intense dans des soins continus.



Voici notre lieu de vie

Villiers Saint Denis la vie »

L'unité mobile de soins palliatifs et de prise en charge de la douleur

L'équipe mobile de soins palliatifs est pluridisciplinaire. Elle est composée du médecin, d'une psychologue, d'une infirmière, d'un cadre infirmier coordinateur, d'un kinésithérapeute. Sa mission est de sensibiliser les personnels aux soins palliatifs en développant conseils et formation. L'équipe intervient à la demande d'une unité de soins pour un patient. Elle se rend à son chevet, rencontre les soignants afin d'étudier, avec eux, la situation puis apporter des conseils dans les soins et/ou dans l'indication d'une thérapeutique, dont la prescription revient de droit au médecin du service.

L'équipe mobile peut aussi intervenir dans l'accompagnement de l'entourage du patient et dans l'organisation du retour à domicile. Le champ d'action sera dans un premier temps en intramuros pour ensuite travailler en collaboration sur le secteur 8 avec les intervenants et les structures sani-

taires et sociales. Il s'agira, en ce qui concerne les interventions à domicile, d'apporter un savoir spécifique et non de se substituer à l'action des intervenants habituels auprès du patient (médecin généraliste, infirmière libérale, kinésithérapeute libéral), afin de permettre une fin de vie dans des conditions optimales, en accord avec les souhaits du patient et de sa famille.

L'équipe prend également en charge au sein de l'établissement les problèmes de douleur inhérents à d'autres pathologies hors soins palliatifs : développer une culture de prise en charge de la douleur au sein de l'hôpital passera par la création d'un Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) impliquant les différentes catégories professionnelles.

D'autre part, un projet de consultations externes de la douleur chronique devrait voir le jour prochainement. La prise en charge de la douleur est un des axes prioritaires de la démarche qualité de l'établissement.

Les soins palliatifs en quelques mots

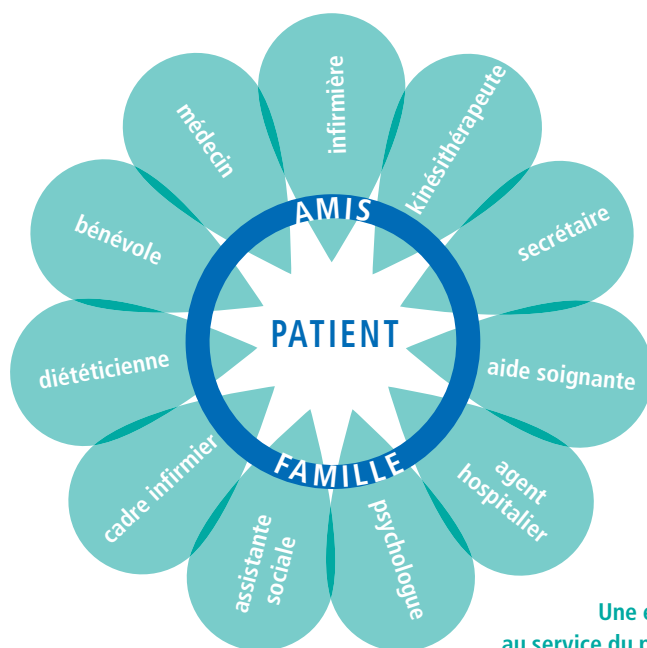
Les soins palliatifs sont des soins particuliers destinés aux personnes qui font face à une maladie terminale, généralement au stade avancé. Le but des soins palliatifs est de leur offrir la meilleure qualité de vie possible en assurant leur confort et en préservant leur dignité. Les soins palliatifs ont aussi pour objectif de répondre aux besoins du malade et de son entourage sur les plans psychologique, social, culturel, affectif et spirituel.

En quoi consistent les soins palliatifs ?

- soulagement de la douleur ;
- réduction des symptômes (perte d'appétit, nausées, faiblesse, confusion, problèmes respiratoires, rénaux ou intestinaux) ;
- appui social, moral, psychologique et spirituel : les soins palliatifs sont axés sur la personne. Ils offrent à la famille le réconfort et le soutien moral nécessaires pour faire face à la maladie et la mort ;
- aide aux soignants des autres services de soins par l'apport de conseils (administration des médicaments, prévention des complications de l'alitement prolongé, reconnaissance des signes de détresse...), mais aussi par des actions de soutien à domicile.

Où sont dispensés les soins palliatifs ?

- à l'hôpital : en unité spécialisée ou par l'intermédiaire d'une équipe de spécialistes en soins palliatifs qui intervient auprès des équipes pour les aider dans la prise en charge ;
- à domicile, lieu de prédilection du patient : avec l'aide des services de soins à domicile assistés des conseils d'une équipe mobile de soins palliatifs hospitalière ;
- en établissement de long séjour, en maison de retraite : par des équipes libérales pouvant solliciter les conseils d'une équipe mobile hospitalière.



Une équipe
au service du patient

Témoignages de soignants

Sandrine, l'un des médecins

Mon rôle consiste à :

- > soulager la douleur et tous les symptômes d'inconfort du patient ;
- > assurer une écoute attentive du patient, de son entourage et des soignants ;
- > informer le patient à sa demande : diagnostic, évolution, complications ;
- > favoriser le retour à domicile chaque fois que cela est possible ou souhaité.

Annick, cadre infirmier

Il m'incombe de maintenir un climat de respect, de confiance, de disponibilité envers les personnels, les patients et leur entourage. Concrètement, je suis responsable de la prise en charge du patient et du fonctionnement de l'équipe :

- > je participe à la décision d'entrée du patient, à l'accueil du patient et de son entourage, à l'organisation du séjour, à la planification du travail, à la qualité des soins ;
- > je veille à la gestion des matériels et des locaux et à leur entretien ;
- > je suis l'interlocutrice directe des intervenants extérieurs pour organiser une sortie.

En outre, je participe à la formation des étudiants, aux travaux des tutelles en regard des soins palliatifs, je coordonne les liens avec d'autres unités de soins palliatifs et j'élabore, en collaboration avec l'équipe, le projet de formation continue.

Un travail d'équipe

Travailler en soins palliatifs, c'est travailler en équipe pluridisciplinaire autour du patient et de sa famille. Cette équipe se compose du médecin chef de service et de son assistant, du médecin responsable de la prise en charge de la douleur, d'un cadre infirmier, d'infirmières, d'aides-soignantes, d'agents de service hospitalier, d'un kinésithérapeute, d'une assistante sociale, d'une diététicienne et d'une psychologue. Ceux-ci ont choisi leur affectation et s'engagent

« jusqu'au bout de la vie » du patient, et même après, avec la famille. Tous possèdent une expérience dans les soins d'accompagnement et se placent dans une dynamique d'amélioration de leurs compétences. Des liens privilégiés se tissent également avec JALMALV-Aisne (Jusqu'à la mort accompagner la vie), association spécialisée de bénévoles formés aux soins d'accompagnement.

Organiser le travail dans l'unité d'hospitalisation

Un dossier d'admission est à remplir par le médecin demandeur de l'hospitalisation pour l'entrée dans le service. Il est adressé au chef de service et discuté en staff. L'accueil du patient et de ses proches reste un moment privilégié de la relation soignant-soigné ; c'est aussi un facteur de mise en confiance pour le déroulement du séjour dans le service, qui sera un lieu de soins et de vie.

En plus de la visite médicale quotidienne aux patients, l'équipe pluridisciplinaire se réunit deux fois par semaine pour une mise en commun des données concernant les patients et pour une synthèse. Au cours de ces réunions, la prise en charge de chaque patient est soumise à la réflexion de l'équipe ; la pluridisciplinarité des participants aboutit à des décisions collectives prenant en considération la globalité de la personne so-



Réunion de l'équipe de soins palliatifs et de prise en charge de la douleur

gnée et de son entourage. La richesse des échanges facilite l'évolution de chacun dans l'équipe et permet de partager, de dire ce qu'il vit, de faire part de ses interrogations et de ses difficultés, afin de prendre la distance affective nécessaire à une clairvoyance dans les soins. La participation active du patient et de sa famille est possible à tout moment. Cette participation de tous donne un sens aux décisions retenues, chacun ayant droit à la parole quel que soit son statut. C'est le concept de l'interdisciplinarité.

Pour le retour au domicile, une collaboration en réseau est organisée avec les professionnels du domaine sanitaire et social extérieur à l'hôpital, en lien avec le patient (médecins traitants, infirmiers et kinésithérapeutes libéraux, pharmaciens, médecins d'autres centres hospitaliers ou cliniques, prestataires de service, service social, etc.).

Répondre aux attentes du patient

La description de nos activités dans le service de soins palliatifs passe d'abord par quelques remarques et attentes directes des patients recueillies en service.

Au médecin, il est demandé : « ... de faire tout son possible pour redresser mon état de santé... de m'informer afin de comprendre ce qui se passe... de me regarder lorsqu'il parle, de répondre à mes questions... d'être présent lorsqu'il le faut... de garder toujours le contact... d'écouter... mais pas d'être le bon Dieu... ».

À l'infirmière, à l'aide-soignante, il est demandé : « ... de me comprendre, de m'écouter, de m'aider quand il le faut... d'être professionnelle, de répondre à la sonnette rapidement, quand il y a besoin... je demande de la compassion et pas de la pitié... ».

Le rôle de l'équipe soignante est de permettre au patient et à sa famille d'accueillir l'événement critique tout en se maintenant du côté de la vie. Le quotidien doit pouvoir retrouver sa place, sa banalité, mais aussi l'intensité des relations simples. ■

L'équipe de soins palliatifs
et de prise en charge de la douleur

Témoignages de soignants

Isabelle, Claudine, Christine, Marie-Thérèse, infirmières et aides-soignantes

À l'entrée du patient, nous établissons un plan de soins à partir d'une démarche menée auprès du patient et de l'entourage. Celui-ci est évalué tous les jours et davantage si nécessaire.

Nos soins consistent à :

- > évaluer et soulager la douleur, surveiller l'efficacité des traitements ;
- > respecter le besoin d'intimité ;
- > adapter le rythme de la journée en fonction de l'évolution ;
- > surveiller et prévenir les complications d'un alitement prolongé ;
- > laisser une part active au patient dans la réalisation des soins d'hygiène s'il le souhaite ;
- > déceler les signes d'anxiété, de souffrance, et en référer à la psychologue ;
- > sécuriser le patient par une présence continue ;
- > adopter une attitude d'écoute auprès du patient et de son entourage ;
- > laisser au patient un espace de parole afin qu'il puisse exprimer ses doutes, ses craintes, ses peurs et ses espoirs...

Madeleine et Françoise, agents hôteliers

Quotidiennement, nous maintenons un environnement le plus agréable possible, un service hôtelier adapté aux difficultés des patients et une oreille attentive à chaque moment.

Patrick, kinésithérapeute

L'aide relationnelle est prioritaire dans mes activités. Mes objectifs sont :

- > lutter contre la douleur avec l'aide du massage et, en particulier, avec la technique du touché-massage ;
- > pourvoir au confort du patient en pratiquant la kinésithérapie douce ;
- > prévenir les complications cutanées et articulaires ;
- > préserver l'autonomie du patient le plus longtemps possible.

Sabrina, psychologue

J'ai un rôle de soutien psychothérapeutique des patients et de leur famille avec trois éléments : le temps, la présence, l'écoute active.

L'espace temps est indispensable à l'élaboration de la pensée : le cheminement du patient évolue sans cesse dans une dynamique qui lui est propre. Le temps est nécessaire également à l'entourage pour vivre la maladie, le décès, le deuil, tout en étant soutenu dans une continuité sécurisante. Je porte également une attention particulière à l'accueil et à l'accompagnement de l'entourage. Je pense que la souffrance des proches doit être considérée comme un objet de soins. La famille souffre, elle veut savoir, protéger le patient, il faut l'entendre, permettre qu'une vérité puisse être dite et entendue, que ses craintes soient exprimées. On ne peut pas faire l'économie de la souffrance qu'une telle situation engendre, mais il est indispensable de l'inscrire dans une relation vécue dans la vérité, dans une présence juste du patient et de sa famille. Mon travail se fait en étroite collaboration avec les soignants : recueil d'informations, analyses des ressentis, synthèse des éléments psychiques...

Gylène, assistante sociale

Mon aide peut porter sur une information sur les droits du patient, sur des démarches administratives, sur la continuité des liens avec l'extérieur (famille, institution, services sociaux, association), sur l'organisation d'un retour à domicile ou, tout simplement, je suis là pour écouter. Le soutien que je peux apporter s'adresse aussi à l'entourage qui se trouve libéré des préoccupations administratives ou matérielles, souvent lourdes à assumer en plus de l'angoisse face à la maladie d'un proche. J'apporte ma petite pierre à l'édifice qu'est ce projet de vie unique élaboré avec le patient, son entourage et l'équipe.

Julia, diététicienne

La gastronomie a un impact sur l'état psychologique du patient. Mais je dois également faire face aux besoins physiopathologiques de ces personnes en fin de vie. Il s'agit de créer un réel partenariat entre les services diététique et de restauration.

Projet Création d'une unité de soins palliatifs

L'hôpital La Musse souhaite, à très court terme, s'engager dans une procédure de création d'une unité de 10 lits de soins palliatifs.

Le 4 février dernier, La Musse a vu déplacer le service aigu d'oncologie médicale. Cette activité est dorénavant assurée par l'hôpital général d'Évreux. La Musse consacre donc maintenant la totalité de sa mission aux soins de suite et de réadaptation. Le service d'oncologie souhaite « profiter » de ce départ pour affirmer son orientation, à savoir, outre la prise en charge de malades à orientation soins de suite d'oncologie, la prise en charge des patients relevant des soins palliatifs. La philosophie du service s'appuie sur la définition des soins palliatifs publiée par la SFAP (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs) : « Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche. Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent la mort comme un processus naturel. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent

un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche à ce que ces principes puissent être appliqués. »

Les soins palliatifs : une mission de l'établissement dans le réseau de soins

Cette demande de création s'inscrit dans la continuité du développement des soins palliatifs au sein de l'établissement. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens - signé en 1998 - consacrait La Musse comme établissement de soins de suite recevant des patients à tous les stades d'une pathologie évolutive, y compris en phase terminale. Il inclut donc dans sa mission la prise en charge des soins palliatifs. Cette activité concerne l'ensemble de l'établissement et répond aux besoins de proximité, de développement en complémentarité avec les structures existantes (hospitalières et soins à domicile) et s'intègre dans un réseau de soins. Ainsi, les données épidémiologiques confirment la nécessité de cette orientation pour la région Haute-Normandie où il existe une surmortalité par cancer.

Dans un premier temps, la reconnaissance de six lits de soins palliatifs au sein de l'unité de soins de suite d'oncologie a permis d'améliorer la prise en charge des patients en fin de vie avec cependant des difficultés et des limites. L'activité de soins palliatifs a le plus souvent dépassé les six lits et il n'a pas toujours été possible de répondre à la demande. Ainsi, lorsque l'activité de soins palliatifs est prédominante, il devient difficile - au sein de la même unité - de prendre en charge des patients relevant de soins de suite. De plus - jusqu'à aujourd'hui - seuls les patients atteints de cancers sont accueillis dans ces lits.

C'est pourquoi il a semblé pertinent que La Musse s'engage dans le processus d'élaboration d'un dossier de demande de financement auprès des autorités compétentes pour une création de service.

La rédaction du projet : décrire précisément l'activité du service et les besoins

Lors de la rédaction du projet, qui sera soumis aux tutelles, il sera précisé que l'objectif prioritaire de cette unité sera d'être un lieu de soins et un lieu de vie pour les patients et leur famille, ainsi qu'un lieu de formation. C'est à partir de cette orientation de soins et de prise en charge que le projet de demande de financement sera élaboré. Dans ces grandes lignes, le projet comprend :

> La description du type de patients accueillis : de tous âges à partir de 18 ans, atteints d'une affection au stade terminal. Ceux présentant des symptômes difficiles à contrôler ou dans des situations familiales complexes seront admis en priorité.

> Les conditions d'admission : elles doivent s'intégrer dans un projet pour le patient avec la nécessité d'un dossier spécifique.

> L'organisation de la prise en charge : pour les familles, pour le patient et son entourage dans le but de :

- dispenser des soins dans des conditions optimales de qualité et de sécurité ;
- assurer une prise en charge spécifique des patients en fin de vie et de l'entourage, d'évaluer et de traiter la douleur et les autres symptômes ;
- assurer une prise en charge de l'entourage en période de deuil immédiat.

> L'organisation des soins reposera sur une équipe pluridisciplinaire volontaire et formée ayant des « horaires à la carte » en fonction de l'état des patients accueillis.

> La description des besoins :

- en personnel : le renforcement du personnel est la condition essentielle à la réalisation de ce projet.

- en locaux et matériels : l'équipement de cette unité est spécifique à la pathologie accueillie. La mission de ces soins et l'accueil de la famille représentent des aménagements indispensables pour que l'entourage puisse rester auprès du patient 24 heures sur 24. Ainsi il s'agit d'aménager des locaux, vastes, calmes et accueillants. Les chambres seules seront la priorité dans la conception de l'unité.

> Un volet relatif à la mission de l'unité qui est aussi de développer les soins palliatifs au sein de l'ensemble de l'établissement ainsi que la prise en charge de la douleur et des autres symptômes.

> La demande de création fera également mention de l'objectif de développement des soins palliatifs et de la prise en charge de la douleur dans le cadre du réseau de soins en complémentarité avec les partenaires loco-régionaux.

> Un volet important sera celui de l'évaluation : il sera proposé aux tutelles d'évaluer l'activité du service au regard des engagements réciproques, à savoir :

- répondre au besoin de la population en complémentarité avec les partenaires locaux ;
- avoir un taux d'occupation à 80 % ;
- garantir le maintien de la qualité de la prise en charge ;
- répondre aux besoins en formation ;
- organiser les soins de manière efficiente ;
- évaluer la satisfaction des patients par le biais des familles et des correspondants d'amont.

Ces sept points sont actuellement en cours de rédaction. Avant transmission aux tutelles, ce projet devra recevoir l'approbation de la commission médicale d'établissement et du conseil d'administration qui en sera le demandeur officiel. L'objectif est le dépôt d'un avant-projet pour examen avant l'été 2002. Le secteur sanitaire étant déficitaire en lits dans ce secteur, on peut espérer que le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation lui réservera le meilleur accueil. ■

Claude CANIEUT

Chargée de mission auprès du directeur, La Musse

Dr Marie-Thérèse HILLI

Médecin, chef de service, La Musse





Les journées de travail des 11 prothésistes de l'hôpital Villiers Saint Denis sont bien remplies : fabrication des prothèses, suivi des malades hospitalisés ou externes, saisie des données informatiques... Leur tâche relève autant du savoir-faire technique que de l'aide psychologique nécessaire au moral des patients.

Une journée à l'atelier

Visite des patients

Pendant la matinée, le chef prothésiste ou son adjoint visite, dans les différentes unités de soins, l'ensemble des patients, amputés ou non, qui ont besoin d'appareillage. Ces patients hospitalisés viennent souvent directement d'un service de chirurgie vasculaire. Ces visites d'examen, en chambre ou en salle de rééducation, ont lieu en présence du médecin, de l'infirmière et du kinésithérapeute et permettent de connaître le patient et, suivant son état, de déterminer le type d'appareillage à réaliser. Les caractéristiques (membre, taille, matière, etc.) des prothèses et des orthèses à fabriquer pour ces patients sont notées sur un cahier de prescriptions qui est remis à la secrétaire médicale afin qu'elle puisse remplir les dossiers, établir les demandes de prise en charge, préparer les prescriptions et les devis.

Fabrication de la prothèse

Dans un premier temps, une prothèse provisoire sera réalisée afin de permettre au patient de reprendre au plus vite une position verticale et commencer ainsi la rééducation.

Dans un deuxième temps, une prothèse définitive sera fabriquée. Quand un prothésiste prend en charge un patient, il s'occupe de l'intégralité de la fabrication de sa prothèse : cela comprend le moulage, qui sert à la fabrication, la livraison, en passant par les adaptations. Chaque patient est donc suivi par un seul prothésiste. Ce dernier informe le patient du mode d'emploi de sa prothèse et reste ultérieurement à sa disposition pour toute retouche éventuelle. Les prothésistes ont, parfois, une « spécialité » : moulage du pied diabétique, fabrication de la prothèse myoélectrique.

Consultations médicales

Les mardis matins, mercredis et jeudis après-midi sont réservés aux consultations médicales externes au sein de l'hôpital. Ces consultations nécessitent la présence du chef prothésiste ou de son adjoint, d'un médecin du département et d'une infirmière. L'origine des patients en consultation externe est variée : il s'agit soit de patients venant pour un contrôle systématique un mois après leur sortie de l'établissement, soit d'anciens ou de nouveaux patients souhaitant une modification de leur appareillage ou un avis d'appareillage. Dans toutes les hypothèses, si une retouche ou un aménagement de la prothèse, voire sa fabrication, est nécessaire, la journée suffit à ces réalisations afin de limiter le nombre de déplacements du patient. Pour les patients d'Île-de-France, des consultations sont effectuées le vendredi après-midi à l'hôpital des Gardiens de la Paix à Paris.



Quelques dates

L'atelier d'appareillage, géré par la Fondation, est implanté dans les locaux de l'hôpital Villiers Saint Denis.

1968 Date de création de l'atelier d'appareillage.

Jusqu'en **1985**, l'atelier fabrique uniquement de l'appareillage provisoire, l'appareillage définitif étant assuré par un fournisseur privé extérieur à l'établissement.

1986 L'option est prise de fabriquer directement sur place, en plus de l'appareillage provisoire, l'appareillage définitif pour les patients hospitalisés. Un agrément est alors accordé par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie Nord-Picardie au titre du grand appareillage.

1998 Au regard du développement de l'appareillage sur un plan régional et extra-régional, un agrément au titre du petit appareillage, valable en hospitalisation comme en consultation externe, est adjoint à l'agrément pour la fourniture du grand appareillage.

Quelques chiffres clés en 2001

680 appareils définitifs fabriqués par an.

1906 appareils provisoires fabriqués par an.

11 prothésistes au sein de l'atelier d'appareillage.

35 % des patients amputés d'origine diabétique.

143 lits dans le département Vasculaire, Diabétologie, Appareillage de l'hôpital Villiers Saint Denis.

2 à 3 jours : délai de fabrication d'un appareil.

1,5 à 2 kilos : poids d'une prothèse d'avant-bras en silicone à commande myoélectrique.

45 % : activité de l'atelier d'appareillage en consultation externe.

1708 consultations externes (à Villiers Saint Denis et à l'hôpital des Gardiens de la Paix).

de travail d'appareillage

L'atelier d'appareillage reçoit également en externe des patients envoyés par leur médecin traitant ou par un médecin spécialiste. La prise en charge des prothèses ou orthèses n'est pas la même selon qu'il s'agit d'une prothèse définitive de consultation externe ou d'une prothèse provisoire ou définitive d'un patient hospitalisé : les prothèses définitives des consultations externes sont prises en charge par le budget de l'atelier d'appareillage après accord des organismes sociaux ; les prothèses provisoires et définitives du patient hospitalisé sont prises en charge par le budget de l'hôpital.

Suivi des tâches

Chaque prothésiste termine sa journée par un enregistrement informatique spécifique de toutes les activités d'appareillage liées aux patients : mesures, types de fabrication, matériels et matériaux

choisis, observations sur les essayages, date de livraison, retouches, difficultés rencontrées et toute autre information jugée utile. En fin de semaine, un suivi des tâches par patient est effectué par le chef de service ; ce suivi est saisi dans le Dossier Médical Commun (DMC) du patient. L'ensemble de ces données est ensuite transmis au médecin DIM (Département d'Information Médicale) de l'établissement.

Enfin, des recherches sont effectuées dans le service pour améliorer les prothèses dans un souci permanent de confort du patient. C'est ainsi que différents brevets ont été déposés, par exemple pour une emboîture fémorale souple et pour une emboîture souple pour les amputés d'avant-bras. ■

Éric DECHAMPS

Chef prothésiste, Villiers Saint Denis

Témoignages

Un prothésiste

Nous exerçons un métier à la fois passionnant et épuisant. Passionnant à plusieurs égards : d'une part, dans l'expression du but premier de notre métier qui est de redonner à nos patients leurs facultés momentanément perdues. D'autre part, dans la nécessité d'allier notre savoir-faire manuel et l'écoute du patient ; il faut cerner ses désirs, sa façon de vivre pour fabriquer une prothèse confortable répondant au mieux à ses besoins. Épuisant quand nos patients viennent de loin et qu'il faut leur faire, dans la journée, un appareil pour leur éviter de revenir. Leur moral est parfois au plus bas, surtout chez les personnes âgées. Mais quelle récompense quand nous revoyons partir un patient appareillé qui a retrouvé le goût de la vie et qui continuera à s'adonner à ses passions !

Un patient

Quand vous venez de vous faire amputer, votre moral est loin d'être au plus haut. Bien que les médecins ou les prothésistes vous disent que votre cicatrice est parfaite, voire « belle », qu'elle facilitera l'utilisation d'une prothèse et vous avez beau vous convaincre que vous êtes toujours en vie, que votre existence continue avec votre handicap, il faut du temps pour accepter votre nouveau physique, accepter le regard des autres. Grâce à l'attention et à la compétence de l'équipe de l'atelier d'appareillage, et de l'ensemble du personnel médical et soignant, nous reprenons petit à petit le dessus. Le plus important a été, à mes yeux, grâce à la prothèse provisoire, la possibilité de reprendre très rapidement une position verticale et de pouvoir très tôt commencer la rééducation et réapprendre à marcher.

Deux formations professionnelles ont vu le jour en 2001 à l'hôpital Villiers Saint Denis : la formation à la manutention des patients, dispensée par des kinésithérapeutes à des personnels de l'établissement, et la formation des soignants à l'éducation du patient, assurée par différents professionnels de santé de l'établissement pour leurs confrères internes et externes.

Formation

La manutention et l'éducation des patients



La formation à la manutention des patients

En juin 2001 a eu lieu dans l'établissement la deuxième formation du personnel à la manutention des malades et des personnes à mobilité réduite. Cette formation a vu le jour sur l'initiative d'un membre du Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail (CHSCT) qui, courant 1999, a remarqué l'importance de dispenser un enseignement afin de sensibiliser les salariés de l'établissement aux problèmes liés à la manutention.

Fin 1999, une équipe constituée d'Isabelle Petit, Gilles Durand et Thibault Lapiere, kinésithérapeutes au sein du département Vasculaire-Diabétologie Appareillage (VDA), est créée. Ils se formeront aux techniques de manutention à l'INRS (Institut National de la Recherche et de la Sécurité) au cours du premier semestre 2000. Au mois de juin de cette même année, le Groupe de Formation à la Manutention (GFM) présente ses arguments et ses objectifs au CHSCT et au direc-

teur qui donne son aval pour la création d'une formation à Villiers Saint Denis dont la première session a lieu en mars 2001. Le Dr Véronique Liberge, médecin du travail, participe à chaque session pour informer les stagiaires sur les statistiques et les risques liés aux problèmes de manutention, tant au niveau national qu'au niveau de l'établissement.

Le GFM dispense un enseignement principalement pratique sur la meilleure façon d'appréhender le port de charge et les transferts des malades.

Le principal objectif est de repérer et de mettre en application les principes fondamentaux de sécurité physique et d'économie d'effort, et d'apporter des améliorations aux situations nuisibles pour la santé rencontrées dans l'activité professionnelle, mais aussi chez soi. À plus long terme, il s'agit de diminuer les risques d'accidents et de maladies professionnelles liés aux manutentions. Le GFM dispense trois enseignements par an auprès du personnel du département VDA dont les différents membres de cette équipe font partie, ce qui per-

met d'assurer un suivi post-session et de jouer un rôle de consultation, d'information et d'aide auprès du personnel. À l'avenir, d'autres initiatives similaires pourraient voir le jour dans les autres départements de l'hôpital.

Une troisième session s'est tenue en octobre 2001, animée par cette équipe, dont la devise est : « Le confort du soigné passe par la santé du soignant ».



Le Groupe de Formation à la Manutention (GFM) : Thibaud LAPIERRE, Isabelle PETIT et Gilles DURAND, kinésithérapeutes, Villiers Saint Denis.



Session de formation
du mardi 9 octobre 2001

La formation des soignants à l'éducation du patient

L'activité du département VDA consiste à prendre en charge des patients atteints de pathologies chroniques dont l'artérite et le diabète. Afin de ralentir l'évolution de ces pathologies vers les complications graves, l'équipe multidisciplinaire doit composer avec le patient, car lui seul pourra agir, dans la durée, sur les facteurs d'aggravation : hygiène et surveillance corporelle, alimentation, prise du traitement, suivi médical, surveillance de l'appareillage...

La formation des soignants a plusieurs objectifs :

- > éduquer le patient : pour cela, les connaissances des professionnels doivent être entretenues ou améliorées ;
- > rédiger des procédures de prise en charge du patient.

Le programme de formation a été conçu à partir des attentes des professionnels. Il est établi pour une année, mais déjà, émergent des intérêts pour des thèmes complémentaires qui méritent d'être développés.

La dynamique ainsi créée requiert une implication des participants mais également des intervenants, issus pour la plupart du département VDA, car cette formation s'effectue « à moyens constants ».

Des « référentes » infirmières, volontaires, sont chargées de transmettre dans chaque unité le contenu de l'intervention.

À ce dispositif de formation à l'éducation du patient, le comité de pilotage (voir notre photo) a voulu associer la réalisation de réunions mensuelles pluridisciplinaires sur dossiers de patients, et la participation de soignants issus d'unités de soins aux consultations externes multidisciplinaires.

L'esprit de cette entreprise est la volonté d'ouverture : les bénéficiaires, comme les intervenants, sont issus de différents secteurs d'activités. Il s'agit de :

- > tous les professionnels soignants du département VDA : médecins, cadres infirmiers, infirmiers, aides-soignants, diététicienne, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, prothésistes, psychologue, assistante sociale...
- > les professionnels des autres départements de l'hôpital et les diététiciennes ;
- > des soignants du service d'endocrinologie du centre hospitalier de Château-Thierry ;
- > des infirmiers du secteur extra-hospitalier.

La première séance de formation a eu lieu le 25 septembre 2001 et a été suivie de quinze autres, la dernière étant prévue le 28 mai 2002.

« La démarche éducative » a été développée

Le groupe, constitué d'une trentaine de participants, dont certains soignants du centre hospitalier de Château-Thierry et du secteur libéral, s'est révélé intéressé et demandeur.

Ainsi, la mise en œuvre de notre projet a permis de collaborer avec les structures de soins du bassin de vie et surtout d'évoluer ensemble, pour répondre aux besoins de santé des patients et de leur famille. ■



Le comité de pilotage (de droite à gauche) :
Professeur Gérard CATHÉLINEAU, diabétologue,
Odile DE PALMENAER, cadre infirmier supérieur,
Jérôme DOUY, infirmier d'éducation en diabétologie,
Marie-Noëlle MOREAU, diététicienne

Pour le département Vasculaire Diabétologie et Appareillage (VDA), centre référent depuis de nombreuses années dans le domaine des soins locaux, de la rééducation et de l'appareillage, la prise en charge des complications vasculaires et/ou neurotrophiques du diabète est une priorité.

Réseaux

La prise en charge du diabète dans le bassin de vie de Château-Thierry

Le département Vasculaire Diabétologie et Appareillage comportant 143 lits reçoit :

- de nombreux patients amputés, pour la plupart d'indications vasculaires, amputations largement ouvertes nécessitant la réalisation simultanée de soins locaux, d'une rééducation et d'un appareillage;

- des patients hospitalisés des suites de chirurgies de revascularisation et/ou pour la prise en charge de troubles trophiques d'étiologie vasculaire ou neurotrophique motivant une rééducation vasculaire, la poursuite des soins infirmiers et éventuellement la réalisation d'orthèses.

Parmi les facteurs de risque de l'artériopathie des membres inférieurs, le diabète et l'intoxication tabagique sont fréquemment retrouvés, le diabète étant présent dans plus de 50 % des cas.

Il s'agit le plus souvent de patients diabétiques de type 2 avec multiples complications dégénératives, en particulier vasculaires et/ou neurotrophiques (pied diabétique), prises en charge dans l'établissement et bénéficiant de toutes les spécialités médicales : diabétologie, ophtalmologie, cardiologie, angiologie, podologie, néphrologie (les séances d'hémo-

dialyse chronique sont effectuées le plus souvent au centre hospitalier de Soissons) et paramédicales concernées par le diabète afin d'assurer l'éducation, la prévention, le dépistage et le traitement de ces complications.

Les patients qui nous sont par ailleurs adressés présentent de multiples pathologies associées en dehors de l'artériopathie des membres inférieurs et/ou du diabète imposant une surveillance médicale continue et intensive, une prise en charge optimale en ce qui concerne les soins infirmiers et de nursing, une réhabilitation progressive et adaptée, et enfin une réadaptation nutritionnelle indispensable.

Ce département dispose d'un service d'appareillage possédant les agréments « grands et petits appareillages » (CRAM Nord-Picardie). Cette unité a été un pré-curseur dans le domaine de l'appareillage

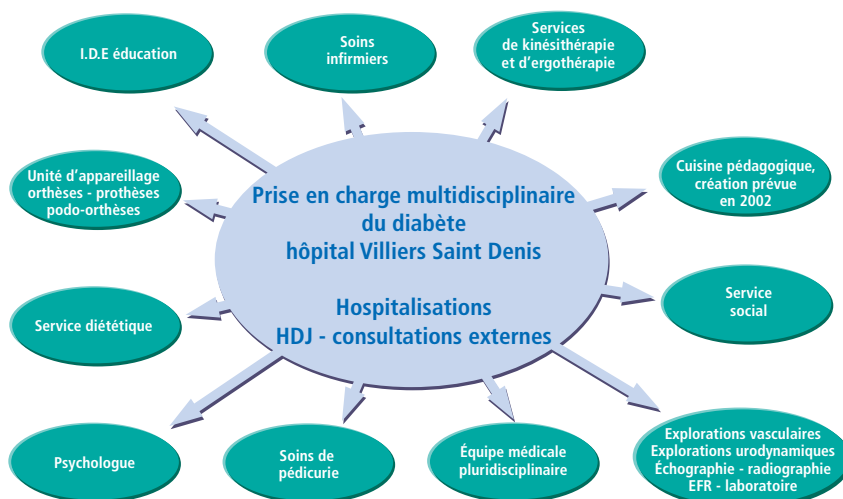
Éducation infirmière du patient diabétique

La prise en charge éducative du patient diabétique, qu'il soit hospitalisé ou suivi en externe (issu du bassin de vie de Château-Thierry), consiste à optimiser son implication dans le suivi de sa pathologie, dans le but de maintenir une qualité de vie acceptable, de prévenir les complications liées au diabète et de stabiliser celles déjà existantes.

Le rôle du soignant est :

- > Évaluer les connaissances antérieures du patient et les infirmer ou les confirmer.
- > Poser des objectifs éducatifs qui tiennent compte des connaissances, des capacités, du projet de vie, des attentes du patient et de l'évaluation du stade d'acceptation de sa maladie.
- > Mettre en œuvre les actions nécessaires à l'atteinte des objectifs : information de groupe, consultations individuelles, procurer le matériel nécessaire au patient pour un maximum d'autonomie.
- > Évaluer les connaissances et les compétences acquises du patient et réajuster si besoin.
- > Proposer une écoute et un suivi adapté.
- > Travailler en collaboration avec les différents professionnels intervenant auprès du patient.

Le patient diabétique est l'acteur principal dans la prise en charge de sa pathologie chronique, notre travail est d'arriver à le responsabiliser (partage des responsabilités soignant / patient), de le soutenir et de l'accompagner dans cette démarche.





**Amputation transmétatarsienne,
premier rayon**

des amputations ouvertes chez les patients vasculaires et/ou diabétiques. De nombreux appareillages ont été ainsi créés, permettant une reprise de la marche extrêmement précoce après la réalisation d'une amputation.

Nous recevons de nombreux patients (1019 patients en 2000 en unité de soins de suite et de réadaptation correspondant à 44 475 journées avec une durée moyenne de séjour de 44 jours) en provenance de la région parisienne (60,5 %), de la Picardie (14,3 %), de la Seine-et-Marne (11,1 %), de la Marne (4,4 %) et d'autres origines (8,1 %).

C'est ainsi qu'à partir du constat d'un nombre très important de patients diabétiques hospitalisés et d'un environnement multidisciplinaire compétent, un projet de développement d'une unité de prise en charge des complications podologiques du diabète a été élaboré (projet d'établissement 1996-2000) puis validé par l'ARH en janvier 1998, permettant la création d'un poste d'infirmier d'éducation et d'un poste de diététicienne spécialisée dans la prise en charge du diabète.

Ce projet a permis d'aboutir à une prise en charge éducative, préventive et nutritionnelle beaucoup plus efficace dans l'établissement.

Filières et réseaux

Depuis de nombreuses années, ont été créées de véritables filières de soins, en particulier avec les hôpitaux des régions Île-de-France et Champagne-Ardenne (services de diabétologie, de médecine

vasculaire et de chirurgie vasculaire et d'orthopédie).

Forts de cette expérience, nous nous sommes fixé comme objectif d'améliorer la coordination et la communication avec les autres établissements de notre secteur sanitaire. La création de ces réseaux a permis de faciliter les relations entre les différents professionnels de santé et d'harmoniser ensemble les procédures de suivi de traitement des patients diabétiques.

L'unité d'appareillage de l'hôpital Villiers Saint Denis est un élément important dans cette organisation en réseaux avec en particulier la réalisation de consultations avancées dans le département de l'Aisne.

Un projet de ce type devrait prochainement voir le jour au centre hospitalier de Soissons, permettant ainsi une meilleure prise en charge des patients diabétiques. Plus particulièrement dans le bassin de vie de Château-Thierry, l'organisa-

**Pied de Charcot droit,
amputation
trans-tibiale gauche.**



**Maux perforants
plantaires**

Projet cuisine pédagogique

Après plusieurs consultations et séances d'éducation avec la diététicienne et la mise en place des prescriptions alimentaires, la cuisine pédagogique est la liaison entre théorie et pratique. Il s'agit d'une étape importante qui permettra un meilleur résultat dans l'évaluation du patient.

La séance en cuisine pédagogique (durée : 5 heures - de 8 h 30 à 13 h 30 - groupe de 6 à 8 personnes) va permettre aux patients atteints de maladies chroniques (diabète, maladie cardiovasculaire...):

- > de suivre leurs prescriptions alimentaires sans contrainte et avec assiduité;
- > d'apprendre de nouvelles techniques culinaires pour mieux corriger leurs erreurs alimentaires;
- > de réaliser leurs menus avec plus de facilité;
- > de faire leurs achats en fonction des menus réalisés;
- > et de consommer leurs repas en quantité adaptée.

Le groupe ainsi constitué, en présence d'un cuisinier et d'une diététicienne, va confectionner un repas équilibré et gastronomique, le partager, le déguster, permettant critiques et remarques en toute détente.

Le diabète n'est pas synonyme de restriction et d'isolement mais d'équilibre, de convivialité et de gastronomie.

En chiffres...

Diabète en France

Un problème de santé publique

150 000 de type 1

2 000 000 diabétiques de type 2

800 000 non diagnostiqués

Pied diabétique :
25 % des lits en diabétologie

10 % des dépenses de santé

- Première cause médicale de cécité avant 50 ans
- 3 000 à 5 000 amputations effectuées par an en France
- 10 % des dialysés sont diabétiques
- risque coronarien multiplié par 3

Diabète dans l'Aisne

15 000 diabétiques pour une population de 500 000 habitants

En 2000, 671 patients amputés hospitalisés :

Artériopathie des membres inférieurs 370

Diabète 239

Autre 62

Diabète : Cuisse 10 %

Jambe 39 %

Pied 46 %

Amputation bilatérale 5%

Diabète = hyperglycémie chronique > à 1,26 g/l

Deux maladies différentes

Le type 1 : insulino-dépendant survenant le plus souvent avant l'âge de 20 ans, représentant 10 à 15 % des diabètes

Le type 2 : non insulino-dépendant survenant le plus souvent après 50 ans, représentant 85 à 90 % des diabètes

Maladie silencieuse pouvant être invalidante

Déclaration de Saint-Vincent 1989 (Italie)

Objectifs

- > Diminuer de façon sensible (50 %) des complications dégénératives du diabète
- > Permettre aux patients diabétiques d'améliorer leur qualité de vie.



Orthèse mollet – plante



Appareillage de décharge à l'appui sous rotulien



Bottine en silicone

tion de la prise en charge du diabète est en cours de réalisation par la signature d'une convention entre le service de médecine interne à orientation diabétologique du centre hospitalier de Château-Thierry et le département Vasculaire Diabétologie et Appareillage de l'hôpital Villiers Saint Denis.

Les deux structures, ayant défini ensemble les stratégies diagnostique et thérapeutique ainsi que les programmes d'éducation des patients diabétiques, utiliseront en commun les personnels médicaux et soignants, les locaux, en particulier ceux favorisant l'éducation nutritionnelle (projet de création d'une cuisine pédagogique qui devrait être fonctionnelle en 2002), et les services logistiques des deux établissements, afin de permettre la mise en œuvre des programmes d'éducation et de prévention. ■

Dr Jean-Claude DUPRÉ
Médecin,
Chef du département
VDA,
Villiers Saint Denis



Jérôme DOUY
Infirmier en éducation,
Villiers Saint Denis



Marie-Noëlle MOREAU
Diététicienne,
Villiers Saint Denis



Ateliers pratiques

La cuisine éducative pour les patients

Entretien avec Catherine Cazanova, diététicienne chef de groupe



La cuisine...

Depuis 1993, les diététiciennes de l'hôpital La Musse animent un atelier hebdomadaire de cuisine éducative. Pour quelles raisons avez-vous initié cette démarche ?

Catherine Cazanova.- Notre profession de rééducateur nous amène à conseiller et éduquer les patients afin de leur permettre de se prendre en charge. Nos cours d'éducation nutritionnelle nous semblaient insuffisants, aussi avons-nous créé cet atelier de cuisine qui permet de mettre en pratique les conseils diététiques.

À qui s'adressent cet atelier et les cours qui y sont dispensés ?

C. C.- Ils s'adressent aux patients qui présentent des problèmes de surcharge pondérale et qui sont hospitalisés dans le service du Dr

Doublet-Lamour. Les patients participent au moins une fois à cet atelier pendant leur séjour. En 2001, 200 patients de nutrition ont ainsi bénéficié de cet atelier.

Quel aménagement cela a-t-il nécessité ?

C. C.- Une cuisine a été aménagée au 5^e étage du pavillon 2. Ce vaste et clair local permet aux patients de circuler autour d'un plan de cuisson central, équipé en électroménager complet ainsi qu'en vaisselle traditionnelle. Les patients retrouvent ainsi un environnement domestique presque familial.

Comment se déroule une séance au sein de cet atelier ?

C. C.- Le menu de la séance, établi par la diététicienne, propose des recettes allégées en

matière grasse. Le magasin de la cuisine fournit les denrées nécessaires à leur réalisation. Les six patients se répartissent la fabrication des recettes avec l'aide et les conseils de la diététicienne présente. L'atelier dure quatre heures, de la préparation à la dégustation, car le repas est pris en commun dans la cuisine. Durant ce repas, la diététicienne insiste sur les équivalences alimentaires, mais aussi sur le rassasiement et la satiété, compléments indispensables des conseils culinaires : on aborde le comportement à table, notamment la nécessité de manger lentement.

« C'est un moment privilégié d'échanges avec les patients, en dehors du secteur médicalisé qu'est l'unité de soins », souligne Marie-Pierre Girault, diététicienne, « la convivialité du repas nous permet d'aborder le patient dans sa globalité ». Pour M. P., patient hospitalisé, « c'est également un moment sympathique de détente, convivial, qui apprend à faire de "bons petits plats" et qui permet de nouveau de recevoir ses amis ou sa famille autour d'un repas équilibré et agréable ». L'expérience de cet atelier a permis la création d'un livre de recettes, *L'Équilibre gourmand*, que les patients peuvent acheter pendant leur séjour.

Parmi les spécialités médicales de La Musse se trouvent les soins de suite à orientation alcoolique ; des conseils pratiques sont-ils également donnés à ces patients ?

C. C.- Plus récemment, fin 1999, un atelier pour les patients pris en charge pour leur alcoolisme a été

mis en place. Ces patients sont également hospitalisés dans le service du Dr Doublet-Lamour. En 2001, 50 patients ont bénéficié de cette activité. Cet atelier dure deux heures ; il est animé par une diététicienne et a lieu une fois par mois. Nous informons les patients sur l'équilibre alimentaire et les boissons. Une dégustation de différentes eaux minérales est proposée et chaque patient réalise et déguste une boisson sans alcool d'après une recette élaborée.

Que pensent les patients, mais aussi vos collègues, de votre atelier de cuisine éducative ?

C. C.- Ces ateliers sont en général très appréciés par les patients qui y trouvent des conseils pratiques pour leur retour à domicile. D'autres services de l'hôpital nous sollicitent ponctuellement afin que leurs patients puissent participer à l'atelier de cuisine allégée, preuve s'il en est de son succès.



Le repas...



L'équipe de diététiciennes

Prévention Des anticoagulants pour ma vie



Pour améliorer la bonne observance du traitement anticoagulant par les antivitamines K (AVK), sa sécurité et son innocuité ainsi que son efficacité, l'information et la participation active du patient sont indispensables. Ce processus éducatif implique également la motivation et la formation de l'équipe soignante.

Une étude italienne (ISCOAT) a montré que les facteurs de risque hémorragique identifiés au cours du traitement anticoagulant sont : l'INR (International Normalized Ratio) supérieur à 5, l'âge du patient supérieur à 70 ans, les trois premiers mois du traitement et l'indication dans les pathologies artérielles périphériques et cérébrales. C'est pourquoi il nous est apparu utile de mettre en place, début 2001, une démarche d'éducation du patient sous traitement anticoagulant par les AVK. Ce type de démarche préventive des effets secondaires nocifs est assez novatrice mais devrait faire rapidement partie du quotidien des équipes soignantes. Elle se rapproche de la mise en place, débutante dans les cliniques, d'anticoagulants et s'en montre d'ailleurs parfaitement complémentaire. Le protocole éducatif suit quatre phases.

La formation commune de l'équipe soignante

La formation de l'équipe soignante a eu lieu dans un cours dispensé par le médecin du service et fai-

sant l'objet d'un support écrit auquel il sera possible de se référer si besoin.

L'information des patients

Cinq recommandations aux patients ont été définies pour lui garantir une qualité satisfaisante d'information :

- > je sais pourquoi je prends le traitement AVK;
- > je sais comment le prendre (tous les jours, le soir, à la bonne dose);
- > je le surveille par une prise de sang appelée INR dont j'inscris le résultat dans mon carnet de surveillance;
- > je connais les signes de surdosage;
- > je ne prends pas de nouveaux médicaments sans avis médical.

La réalisation pratique

Lors de la prescription du traitement AVK, le médecin explique au patient la raison de ce traitement et fournit une première information sur ses bénéfices et ses risques. Le carnet de surveillance est remis au patient qui est invité à en prendre connaissance. Un à trois jours plus tard, l'infir-

mière évalue les connaissances du patient, répond à ses questions et note ses réactions et son niveau de compréhension. Ce bilan fait l'objet d'une transmission écrite pour l'ensemble de l'équipe soignante. Un cours collectif est organisé dans le service à partir de diaporamas et de bandes dessinées avec le médecin et une infirmière. En fin de cours, un questionnaire est remis au patient pour évaluer son niveau de connaissance ainsi qu'un exemplaire des bandes dessinées qu'il pourra conserver après sa sortie.

Quelques jours plus tard, l'infirmière, au cours d'un entretien individuel, corrige le questionnaire, rectifie les erreurs éventuelles et explique les questions laissées sans réponse. Le questionnaire corrigé est laissé au patient. Si elle le juge nécessaire, elle demande au médecin d'intervenir. Ces étapes font l'objet d'un protocole écrit, laissé dans le dossier de soins. Pour les patients en difficulté de compréhension, on s'efforce de faire intervenir un membre de l'entourage, voire un interprète; la traduction en langue étrangère des bandes dessinées et du questionnaire est en cours.

L'évaluation

Cette éducation a été réalisée dans le service en juin 2001 et un bilan d'évaluation est prévu dans six mois en vue d'apporter les éventuelles actions correctives. Ce programme éducatif s'inscrit dans la droite ligne des recommandations de l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) qui, en août 2001, a mis en œuvre une action de sensibilisation de l'ensemble des professionnels de santé et des patients concernant le traitement par les antivitamines K. Il vient par ailleurs renforcer la démarche qualité dans laquelle notre établissement s'est engagé depuis plusieurs mois dans le cadre de l'accréditation. Enfin, on peut imaginer que ce protocole puisse être étendu à des patients hospitalisés dans d'autres unités de l'hôpital, si les médecins chefs de service et les équipes soignantes en ressentent le besoin. Bien entendu, cette démarche ne peut être réalisée qu'avec l'implication de l'équipe soignante de La Musse. ■

Dr Sylvie HÉRAL
Médecin,
chef de service de réadaptation
cardio-vasculaire, La Musse

Partenariat Jumelage avec l'hôpital central de Hué au Vietnam

Propos recueillis par Béatrice Blanche-Lopoukhine



La Renaissance Sanitaire a signé, le 2 septembre 1999, une convention de jumelage avec l'hôpital central de Hué au Vietnam. Roger Leroy, secrétaire général de la Fondation de 1991 à 2000 et responsable de l'«Opération Hué», répond à nos questions.

D'où est venue l'idée de ce jumelage avec l'hôpital central de Hué ?

Roger Leroy. - Notre Fondation, dans ses deux hôpitaux, anciens sanatoriums reconvertis dans les soins de suite, a tout naturellement développé des services d'appareillage et de rééducation qui ont acquis compétence et renommée grâce à l'engagement de ses spécialistes. L'un d'entre eux, Éric Dechamps, chef prothésiste dans notre établissement de Villiers Saint Denis, a noué depuis 1993, à titre personnel et bénévole, des liens avec l'hôpital central de Hué où il se rend pendant ses congés. Cette activité bénévole a été signalée au conseil d'administration de la Fondation par Jean-Louis Yonnet, directeur de l'hôpital Villiers Saint Denis, qui a appelé l'attention sur les immenses besoins de cet hôpital. Aussi, notre fondation, fidèle à son idéal de solidarité, a-t-elle conclu une convention de jumelage avec cet hôpital et plus spécialement avec le département de réhabilitation fonctionnelle.

Quel est l'objectif de ce jumelage ?

R. L. - La convention de jumelage, signée le 2 septembre 1999, a pour objectif d'accueillir et d'offrir à des spécialistes de l'hôpital central de Hué, prothésistes et kinésithérapeutes, une formation complémentaire pendant une durée de six mois.

Avez-vous déjà noué des liens sur place ?

R. L. - Une délégation de la Fondation s'est rendue une semaine à Hué au mois de mars 2001. Nos représentants ont été reçus par le président de la province de Hué et ont rencontré le directeur de l'hôpital central de Hué, le secrétaire général et le chef du département de rééducation fonctionnelle. De nombreux entretiens ont permis d'apprécier le dévouement de tout le corps médical et d'observer le manque de moyens de cet hôpital.

La langue a-t-elle été un obstacle ?

R. L. - La province de Hué est très francophone : les enfants étudient le français dès l'âge de 11 ans. Par conséquent, les échanges ont pu se faire très facilement sur place. Toutefois, nous avons précisé dans la convention de jumelage que les stagiaires que nous accueillerons devront parler français, de sorte qu'il n'y ait pas de perte de temps pour leur formation.

Vous avez également initié une opération intitulée « Ensemble, aidons l'hôpital central de Hué », pouvez-vous nous en dire davantage ?

R. L. - Parallèlement à notre convention de jumelage, nous avons initié, fin 2000, une opération récurrente intitulée « Ensemble, aidons l'hôpital central de Hué » qui a pour objet de réunir des dons pour développer et équiper en matériel de base le service d'appareillage et de rééducation de l'hôpital central de Hué. Ce service a été créé en 1993 avec l'aide de l'organisation non gouvernementale «Enfants sans frontières» qui finance aujourd'hui l'extension de ce service. Bien entendu, le développement de ce service nécessite des équipements spécialisés. Les sommes recueillies sont intégralement utilisées à l'achat et à l'installation de matériel. En 2001, nous avons réuni des dons pour un montant de 15 245 euros (100 000 francs). Avec cette somme, l'hôpital central de Hué s'est notamment doté d'un générateur de pression négative (pompe à vide), un Endomed, un compresseur. Le matériel est, en partie, acheté sur place afin de permettre une meilleure adaptation et une maintenance plus facile. Depuis octobre 2001, nous sommes aidés par la FMP (Fédération mutualiste inter-départementale de la région parisienne) dans notre opération humanitaire : des dépliantes de

sensibilisation ont été adressés à l'ensemble des groupements mutualistes d'Île-de-France.

Nous recensons également, auprès des hôpitaux avec lesquels nous avons des contacts, du matériel spécifique à l'appareillage déclassé mais encore en état de fonctionnement que nous pouvons acheminer vers cet établissement.

Quels sont vos projets ?

R. L. - Une fois l'atelier d'appareillage équipé, l'opération Hué se poursuivra aussi longtemps que des besoins seront à satisfaire à l'hôpital de Hué. Il est donc envisagé d'aider, par la suite, le développement du service de chirurgie orthopédique et le service des urgences de cet hôpital grâce aux dons qui continueront d'être réunis. Le plus enrichissant dans cette mission humanitaire est le développement des valeurs de solidarité et d'échange entre nos deux hôpitaux. La découverte du fonctionnement d'un hôpital dans un pays pauvre offre une véritable leçon d'humanité. ■

L'hôpital central de Hué en chiffres

Créé en **1895**, dans la province de Thua Thien Hué.

10 hectares de superficie.

Capacité d'accueil : **1300** lits.

34 départements.

600 prothèses fabriquées par an.

Bulletin spécial

Faits marquants



La Musse

Janvier

L'hôpital La Musse se propose de faire partie du groupe de travail que met en place la DDASS relatif à la mise au point d'une antenne mobile pour les plus démunis.

Mise au point d'une convention de partenariat pour les cérébro-lésés avec le Centre Arditti.

Convention de complémentarité en matière d'alcoolologie avec la clinique des Bruyères de Brosville.

Mai

La Musse servira de «terrain d'expérience 35 heures» dans le comité mis en place sur le sujet par l'ARH.

Juin

Finalisation du partenariat avec l'hôpital local du Neubourg concernant la gériatrie et le laboratoire d'analyses médicales.

Octobre

Mise au point de la convention avec le laboratoire d'analyses médicales.

Août

Réunion à l'ARH concernant le chiffrage du coût du transfert du service oncologie de La Musse vers le centre hospitalier d'Évreux prévu pour le 4 février 2002.

Décembre

Réunion de cadrage pour finaliser ce transfert.

Octobre

Proposition de mise à disposition à La Musse d'un local de 100 à 150 m² pour créer un «accueil de jour Alzheimer».

Novembre

Projet d'appel à une aide extérieure pour un pack «anti-douleur» s'inscrivant dans la démarche qualité.

Décembre

Étude de mise au point d'un partenariat (gériatrie - rééducation et réadaptation fonctionnelle - ergothérapie) avec le centre hospitalier Bernay.

Réflexion pour la création d'une UCPA (unité centrale de production alimentaire) à destination de plusieurs hôpitaux et cliniques du secteur.

de l'année 2001

Villiers Saint Denis

Janvier

Renouvellement de l'autorisation de fonctionnement de 373 lits de soins de suite et de réadaptation pour dix ans à compter du 2 août 2001.

Pour mémoire : le renouvellement de l'autorisation de 96 lits de médecine avait été accordé en septembre 2000.

Février

Transfert de l'activité de pose de stimulateurs cardiaques au centre hospitalier de Château-Thierry. L'équipe est composée d'un médecin cardiologue et d'une infirmière de Villiers Saint Denis, d'un médecin anesthésiste et d'une infirmière de Château-Thierry.

Avril

Engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation selon le calendrier suivant :

- > juin 2004 : envoi de l'auto-évaluation ;
- > 2^e semestre 2004 : venue des experts-visiteurs.

Juillet

Nomination des chefs de département d'hospitalisation :

- > vasculaire, diabétologie et appareillage :
Dr Jean-Claude DUPRE ;
- > cardiologie : Dr Alain TURLURE ;
- > pneumologie : Dr Jean-Louis RENARD ;
- > médecine physique et réadaptation :
Dr Hector BAGE.

Août

Réouverture, après rénovation, d'un service de soins de suite de pneumologie intégrant quatre lits de soins palliatifs.

Septembre

Regroupement des services de pneumologie et du plateau technique au Pavillon 2.

Signature du protocole d'accord en vue de l'élaboration d'un projet de statuts de fédération de services interhospitaliers entre l'hôpital Villiers Saint Denis et l'hôpital de Château-Thierry par les directeurs et les présidents de commission médicale d'établissement.

Décembre

Validation de ce protocole par l'Agence régionale de l'hospitalisation de Picardie.

Novembre

Signature du protocole d'accord avec le centre hospitalier de Château-Thierry relatif à la prise en charge des patients diabétiques du bassin de vie.

Décembre

Aménagement et réduction du temps de travail : l'accord signé en 2000 a été complété par un avenant prévoyant la gestion en interne du compte épargne temps (CET).

Autorisation de transformation de six lits de soins de suite et de réadaptation en six places d'hospitalisation de jour (cinq en médecine physique et réadaptation ; une en réadaptation cardiaque) accordée par l'Agence régionale de l'hospitalisation de Picardie pour dix ans.

Autorisation de transfert pour cinq ans de 18 lits d'hospitalisation complète de psychiatrie générale de l'hôpital de Prémontré vers l'hôpital Villiers Saint Denis accordée par l'Agence régionale de l'hospitalisation de Picardie.

Décision de prise en charge, à compter du 1^{er} janvier 2002, des patients de soins de suite du centre hospitalier de Château-Thierry, celui-ci n'ayant plus vocation à les recevoir.





Fondation reconnue d'utilité publique
par décret du 8 Juillet 1928

La Renaissance Sanitaire est une fondation reconnue d'utilité publique par décret du 8 juillet 1928 et par arrêté du 6 novembre 2000, qui gère deux établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier :

- l'hôpital Villiers Saint Denis ;
- l'hôpital La Musse.

Siège social :

14, boulevard Saint-Germain - 75005 PARIS

Tél. : 01 43 26 77 04 - Fax : 01 40 51 70 01

<http://www.larenaissancesanitaire.fr>

La reconnaissance d'utilité publique habilite

La Renaissance Sanitaire à recevoir :

- des dons et des legs en franchise de droits ;
- des dons partiellement déductibles de l'impôt sur le revenu, dans le cadre de la réglementation en vigueur.