

Le magazine
de La Renaissance Sanitaire

Regards

N°2

JUILLET 2003

Actualité

Enjeux

Compétences

Initiatives



La direction de La Renaissance Sanitaire

La fondation La Renaissance Sanitaire est dotée d'un conseil d'administration composé de douze membres, dont un membre représentant le ministre de l'Intérieur. Ses deux hôpitaux 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
René DURAND,
administrateur du comité départemental
de Seine-Saint-Denis de l'APAJH
et de l'association Vivre autrement



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

Administrateurs

Maguy BEAU, administrateur de la FMP

Jean-François CLERTANT, 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

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

actualité

Interview Pierre-Jean Cousteix

Les établissements de La Renaissance Sanitaire p. 4

Interview Gérard Dubois

Le plan santé publique p. 6

Publication

Dr Yves Mazas p. 7

enjeux

Dossier

Droits du patient p. 8

La genèse de la loi du 4 mars 2002 p. 8

L'accès au dossier médical p. 10

Le respect des droits des patients et les associations d'usagers p. 12

Les personnes handicapées ont aussi des droits p. 14

La loi du 4 mars 2002 et l'assurance p. 16

Démarche qualité et accréditation p. 18

compétences

Dossier

Psychologie p. 20

La Musse et Villiers Saint Denis p. 20

De l'impressionnisme au pointillisme p. 22

Un accompagnement avec des mots p. 24

Le rôle d'un psychologue en neuropsychologie p. 25

Spécialité

La réadaptation cardiaque p. 26

Le département médecine physique et réadaptation (MPR) p. 30

Réadaptation à la marche du patient artérielle après revascularisation p. 33

initiatives

Partenariat

L'aide apportée à l'hôpital central de Hué au Vietnam p. 37

2002 en bref

Faits marquants de l'année 2002 p. 38

Directeur de publication : Michel LADEGAILLERIE ■ Rédacteur en chef : René DURAND
Conception-maquette : Héral ■ Photos : Concept Image, Sylviane Lobet, Philippe Revilla
Imprimerie de Champagne ■ Dépôt légal 2^e trimestre 2003



L y a un an paraissait le premier numéro de notre magazine *Regards*. Les nombreux témoignages reçus montrent qu'il fut apprécié tant par la communauté hospitalière que par le milieu des élus locaux ou par les administrations avec lesquels nous œuvrons.

Regards poursuit son ambition de faire découvrir les activités de La Renaissance Sanitaire qui nécessitent une multitude de compétences, qu'il s'agisse de la rééducation, de la cardiologie ou, dans un domaine plus transversal, du rôle et de la présence des psychologues dans nos établissements.

La fondation s'intéresse également de très près à l'actualité qui la concerne et notamment, en 2002, à la loi du 4 mars relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, plus communément appelée « loi sur les droits du malade ».

Cette loi a donné lieu à de nombreuses discussions, que ce soit au niveau national, entre pouvoirs publics et assureurs par exemple, ou au niveau local, au sein de nos établissements, compte tenu du profond bouleversement qu'elle engendre. Quelques décrets d'application sont parus, notamment ceux relatifs à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, à la Commission nationale des accidents médicaux, aux commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux et à l'accès au dossier médical. Ils ont nécessité quelques commentaires ou explications. C'est pour ces raisons qu'il nous a paru intéressant d'organiser en décembre 2002 un débat sur ce vaste sujet que nous avons intitulé « Les droits du patient : du rêve à la réalité » et d'en consacrer, aujourd'hui, un thème spécial dans notre magazine.

À la lumière de plus d'un an de mise en pratique de cette loi, où en sommes-nous ? C'est à cette problématique que *Regards* va tenter, en partie, de répondre en analysant certains points précis de la loi tels l'accès au dossier médical ou le rôle des assureurs.

Enfin, toujours fidèle à son idéal de solidarité et dans un souci de transmettre son expérience, La Renaissance Sanitaire poursuit son action humanitaire au Vietnam.

Comme vous pourrez le constater, la préoccupation première de la fondation est de prodiguer des soins de qualité à ses patients, mais aussi de saisir toutes les opportunités qui se présentent pour travailler en partenariat avec les établissements voisins et accroître ainsi son efficacité.

Michel Ladegaillerie
Président de La Renaissance Sanitaire

Les établissements de La Renaissance Sanitaire

Expérience, savoir-faire,

Interview de Pierre-Jean Cousteix, administrateur de La Renaissance Sanitaire, directeur adjoint délégué général aux affaires médicales et scientifiques, CNAMTS

La Renaissance Sanitaire : Le professeur Mattei vient d'annoncer un plan Hôpital 2007. Quelles grandes orientations en retenir ?

Pierre-Jean Cousteix : Jean-François Mattei prend le commandement du système de santé du pays, mais aussi de l'Assurance Maladie, alors que le dispositif entier est en crise. La crise n'est pas seulement financière, elle est aussi organisationnelle et, pourquoi ne pas le dire, « morale ».

Le plan du ministre de la Santé consiste d'abord à calmer le jeu en débloquent des fonds publics, ce qui est la preuve que, dans un environnement économique difficile, le gouvernement donne priorité à la santé des citoyens.

Il consiste aussi à proposer des réformes de fond. Transfert de responsabilités de l'État central vers les régions : les directeurs des agences régionales d'hospitalisation verront leur pouvoir augmenter, les cartes sanitaires seront supprimées. Modification du financement des hôpitaux : les flux financiers seront orientés selon des critères qualitatifs, autrement dit en fonction du service médical rendu. C'est un changement assez radical par rapport aux pratiques actuelles, et c'est pour cela que l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) est en cours de réorganisation. Sa mission, bien sûr, est toujours d'accréditer, mais aussi de repérer les structures les plus performantes afin de les récompenser...

Il n'est pas sûr que ces réformes de fond, strictement indispensables, n'entraînent pas des modifications des statuts actuels, aussi bien des établissements que des personnels hospitaliers.

Dans ces conditions, que sera le dispositif hospitalier demain ?

La recomposition du tissu hospitalier du pays n'est pas la conséquence du plan du gouvernement. C'est un mouvement de fond qui s'est engagé progressivement. La réforme projetée est seulement destinée à l'accompagner de manière à ce que la nécessaire modernisation se fasse sans désordre.

La médecine a considérablement progressé : plus efficace, plus fiable, plus rapide, elle nécessite la mise en œuvre de matériels de plus en plus sophistiqués et de plus en plus chers, aussi chers que dans l'aéronautique, mais les avions de ligne sont opérationnels environ 22 heures sur 24 ! Les grands hôpitaux, demain, seront donc des pôles technologiques, à la productivité considérablement accrue afin de permettre l'amortissement des investissements en hommes et en matériels. Les durées de séjour y seront encore plus courtes qu'aujourd'hui.

Les malades en sortiront après quelques jours, ou heures, totalement expertisés, les soins lourds ou urgents ayant été dispensés. Un traitement leur sera prescrit, nécessitant la mise en œuvre de moyens techniques et l'intervention de professionnels de la santé de toutes disciplines, dont les activités devront être coordonnées. Ils ne seront pas, pour autant, guéris et en état d'être pris en main par leur seul médecin traitant. Il va donc falloir organiser entre la ville et l'hôpital de haute technologie un maillage du territoire permettant aux malades, à la sortie de l'hôpital, d'être pris en charge jusqu'à leur guérison,

dans le meilleur des cas. Les décisions récentes concernant les maternités illustrent cette tendance.

On voit ainsi apparaître la notion de « soins de réhabilitation » qui recouvre ce concept et la notion de « médecine de coordination ».

Où se situent les établissements de soins de suite et de réadaptation dans ce schéma ?

Établissements de soins de suite et de réadaptation, centres de rééducation fonctionnelle, établissements de moyen séjour, tous ces établissements dispensent, à la sortie de l'hôpital, des soins permettant au malade de voir s'améliorer son état autant que faire se peut. Ils dispensent justement ces soins de réhabilitation dont nous parlions à l'instant. Compte tenu du vieillissement de la population et du fait que l'on n'arrive pas aux grands âges sans une cohorte de maladies et d'insuffisances diverses, de nombreux établissements hospitaliers de court séjour, dispensant des soins avec un équipement qui n'est pas toujours aux standards actuels, devront être reconvertis pour combler ce besoin. Mais les prévisionnistes de la santé pensent qu'il va manquer, à l'horizon 2020, 250 000 places en plus du nombre de lits hospitaliers actuellement installés. Vous voyez donc que l'avenir de tels établissements est assuré.

J'ajoute que chaque fois que ce sera techniquement et socialement possible, ces soins de réhabilitation seront dispensés non seulement dans des établissements mais au domicile du patient, dans le cadre de l'hospitalisation à

Frédérique Quéry
et Pierre-Jean Cousteix

notoriété

domicile, et c'est à juste titre qu'il a été décidé récemment de développer les structures de ce type, mais également les EHPAD (établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes).

Comment voyez-vous la tarification à l'activité ?

Le budget global a gelé le dispositif hospitalier, bridant les initiatives et subventionnant la contre-performance : il fallait donc passer à autre chose. La tarification à la pathologie a fait rêver pendant des années les amateurs d'informatique jusqu'à ce que l'on s'aperçoive qu'elle était impossible. Le ministre de la Santé a donc décidé de mettre en place une tarification à l'activité, sous-entendue à l'activité médicalement utile. C'est ce par quoi il aurait fallu commencer.

Le principe consiste à repérer, au sein de chaque établissement, les services ou pôles d'activité les plus performants en termes de qualité, de sécurité, de légitimité des soins et bien sûr en termes de coût. Des orientations nouvelles ont été données dans ce sens à l'ANAES. Ceci fait, les plus performants devront être mieux dotés financièrement et les autres redéployés vers les besoins nouveaux : les soins de réhabilitation justement.

J'ajoute que les instruments permettant de mener à bien ces opérations d'évaluation existent : il y a quelques années, plus de trois cents médecins et gestionnaires d'établissements avaient mis au point des grilles « d'évaluation comparative des services et structures hospitalières » (ECSSH). La ministre

de l'époque n'en a pas autorisé la mise en œuvre, craignant sans doute l'excès de transparence concernant les structures publiques dont elle avait la responsabilité.

Ces grilles sont à la disposition du ministre actuel de la Santé si cela peut l'aider à mettre en place la tarification à l'activité.

Et la régionalisation ?

Vaste programme et beau projet. La gestion doit se faire au plus près du terrain et les élus locaux doivent être plus qu'aujourd'hui impliqués dans la gestion du système de santé de leur région. Mais ils doivent être impliqués sous leur propre drapeau, et avec leurs propres deniers, l'État central intervenant essentiellement pour maintenir un niveau d'équité suffisant sur l'ensemble du territoire.

Ceci étant, on parle de « régionaliser la santé ». Le terme est mal choisi, la santé

est ce qu'elle est et on ne peut pas la répartir entre les régions... Par contre on peut, et on doit, régionaliser la gestion du dispositif sanitaire. Ce doit être une opération réelle de décentralisation et non pas de déconcentration.

Les établissements de la fondation doivent-ils redouter l'avenir ?

Bien sûr que non, les hôpitaux de Villiers Saint Denis et La Musse ont toute leur place dans le schéma qui actuellement s'élabore. Ils ont l'expérience, le savoir-faire, la notoriété. Leur activité de centre de soins de réhabilitation correspond à un besoin qui va s'accroître.

Pas d'inquiétude donc, mais pensons à l'avenir : peut-être faudra-t-il développer plus encore la polyvalence et tisser un véritable réseau en développant les conventions de partenariat avec les hôpitaux de court séjour qui vont se techniciser. ■



Le plan santé publique du gouvernement est-il réaliste ?

« Oui, les objectifs peuvent être atteints à condition de s'en donner les moyens. »

Gérard Dubois

Professeur de santé publique au CHU d'Amiens et membre correspondant de l'Académie de médecine, il a participé au « groupe des cinq sages » qui a inspiré la loi Evin sur le tabac. Il analyse l'avant projet de loi de santé publique, élaboré par le gouvernement. Ce plan fixe cent objectifs qui devront être atteints d'ici à 2008.

Que pensez-vous de l'avant-projet de loi de santé publique qui doit être présenté prochainement par le gouvernement ?

Gérard Dubois : « Avant de commenter ce projet, il me semble nécessaire de rappeler que la situation de la France, en matière de santé publique, est aujourd'hui inquiétante. Lorsqu'on se penche sur l'état de santé de nos concitoyens, on constate trois choses. Tout d'abord, l'état de santé des personnes âgées est bon, excellent même pour les femmes. En revanche, le constat est nettement moins favorable pour les hommes entre 40 et 60 ans. Dans cette tranche d'âge, la mortalité est supérieure de 50 % en France par rapport à la moyenne européenne. Enfin, la situation est très mauvaise chez les jeunes où nous sommes particulièrement mal classés en ce qui concerne la consommation d'alcool, de tabac, de drogues illicites ainsi que pour le sida, le suicide et les accidents de la circulation. Si les choses restent en l'état, la santé des Français risque de se détériorer de manière préoccupante. On peut même dire que les comportements de nos adolescents laissent craindre le pire. Il y a donc urgence à agir. »

Depuis plusieurs années, tous les ministres de la santé ont toujours répété que la santé publique devait être un objectif prioritaire. En quoi ce plan, élaboré par Jean-François Mattei, est-il de nature à réussir là où les autres ont échoué ?

« Sur le plan de la méthode, il y a un changement d'état d'esprit. Jusque-là, on avait surtout l'habitude de plans concoctés dans le secret des couloirs des ministères. Cette fois, les objectifs à atteindre ont été définis dans la transparence et après concertation auprès des sociétés scientifiques, médicales et des associations. Pour le reste, il faut que le gouvernement présente la méthode qu'il compte suivre pour assurer le succès de ce plan et surtout les moyens financiers qu'il compte dégager. Tous les objectifs obtenus dans ce plan peuvent parfaitement être atteints. S'ils ont été retenus, c'est parce que d'autres pays comparables au nôtre ont réussi à les mettre en œuvre. Tout va dépendre des moyens budgétaires qui seront alloués à ce plan. »

Comment peut-on diminuer de 20% la consommation d'alcool dans un délai de cinq ans ?

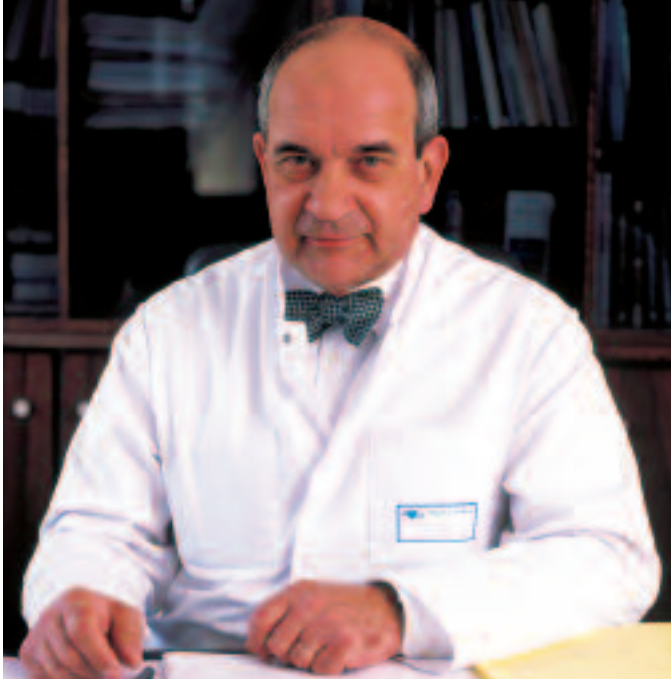
Cela peut sembler ambitieux mais c'est parfaitement possible. Pour y parvenir, il

faut d'abord diminuer la publicité en faveur de l'alcool qui reste encore très active dans notre pays. Il conviendrait d'augmenter le prix de l'alcool car, comme pour le tabac, cela a un réel effet dissuasif sur le niveau de la consommation. Enfin, il faudrait réduire l'accessibilité aux boissons alcoolisées en interdisant par exemple la vente dans les stations-services ou dans les buvettes de clubs sportifs. Tout cela demande un courage et une volonté politique qui ont souvent fait défaut par le passé. Et pour que ce plan réussisse, il faudra non seulement des moyens mais aussi un engagement politique fort.

Le plan prévoit que les priorités, définies au niveau national, seront ensuite déclinées au niveau régional. Qu'en pensez-vous ?

« Certaines régions ont plus de problèmes d'alcool ou de tabac que d'autres. Ce qui est intéressant avec ce plan, c'est que cette régionalisation se fait plus par une déconcentration que par une décentralisation. Cela signifie que la responsabilité de l'Etat est clairement rappelée et que ce sont les préfets, et non les conseils régionaux, qui seront chargés d'agir. C'est une des leçons retenues de la décentralisation vers les conseils généraux qui, en matière de santé, n'a pas toujours été un franc succès. La meilleure preuve, sur ce point, est le dépistage du cancer du sein. Aujourd'hui, en France, il existe toujours des différences inacceptables d'accès à ce dépistage parce que les conseils généraux et l'assurance maladie n'ont pas joué le rôle qu'ils auraient dû jouer. On ne peut donc que se féliciter qu'à un moment l'Etat reprenne les choses en main. »

Propos recueillis par Pierre BIENVALLT
Journal La Croix du 5 mai 2003



Dr Yves MAZAS

Publication

Le Dr Mazas a copublié un article dans l'Encyclopédie médico-chirurgicale sur l'amputation du pied. Pour Regards, il en fait une présentation et un commentaire.

Les amputations du pied sont le fait des artériopathies, singulièrement du diabète, des traumatismes et plus rarement d'affections neurodégénératives, tumorales ou congénitales.

Elles modifient radicalement l'architecture du pied, donc la zone d'appui au sol, la station debout, la marche et les fonctions qui en découlent.

Les plus réduites d'entre elles doivent être incluses dans une chaussure réalisée suivant des critères simples mais précis. L'orthèse plantaire est non seulement destinée à combler la partie manquante, à réduire les déformations des orteils qui, sans cela, se produiraient mais aussi à répartir harmonieusement l'appui sur la partie restante du pied. Encore faut-il que le moignon ne soit ni porteur de défauts, ni douloureux, ni le siège d'une affection transitoire, maladie intercurrente ou intolérance à l'appareillage.

Les autres amputations, en deçà de la transmétatarsienne, doivent être appareillées par une prothèse et éventuellement réopérées en prévision de l'appareillage. Même si le résultat fonctionnel

d'un appareillage « bas » peut être dans certains cas admissibles, il reste médiocre au regard des performances que restitue un appareillage de jambe.

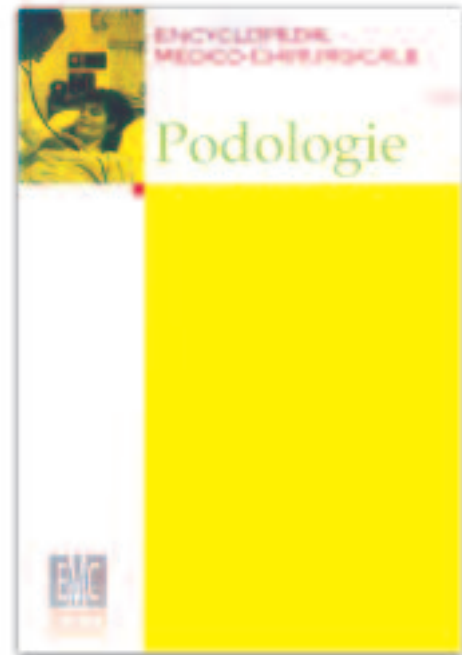
Cet article de l'*Encyclopédie médico-chirurgicale* met l'accent sur le caractère pluridisciplinaire de l'appareillage en s'efforçant de replacer chaque notion dans cette perspective.

Même si chaque acteur (podologues, chirurgiens, médecins de médecine physique et de réadaptation, rééducateurs, podo-orthésistes, infirmiers et d'une manière générale tous les soignants concernés par ces patients) dispose de ses propres connaissances dans cette matière, les notions sur celles de ses partenaires sont un gage de plus grande efficacité pour un travail commun.

C'est la raison pour laquelle il convient de communiquer sur ce sujet, compte tenu du caractère pluridisciplinaire de l'appareillage faisant intervenir des notions épidémiologiques, nosologiques, biomécaniques et orthoprotétiques. Toutes ces notions concernent entre autres les données pathologiques très particulières aux moignons : défauts, syndrome douloureux, affections

«Amputation du pied», Encyclopédie médico-chirurgicale, Mazas Y. (chef de département de médecine physique et réadaptation – hôpital La Musse) et Pelisse F. (ingénieur, ex-directeur du Centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés).

Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, tous droits réservés - Podologie, 27-140-A-15, 2003



transitoires. À l'heure de l'omniprésence de la douleur dans les recommandations faites aux professionnels, il importe de ne pas se perdre dans une évaluation « à l'aveugle » de ce type de syndrome.

On voit aussi, en substance, qu'il s'agit d'une affection fréquente dont le retentissement sur la vie de relation est d'autant plus sérieuse qu'on aura négligé la réflexion et le dialogue dans sa prise en charge.

Certains principes (biomécaniques en particulier) constituent un guide pour le professionnel, sachant qu'il doit adapter ce guide à la « carte » de son patient : l'histoire de son amputation, ses antécédents, son mode et son lieu de vie, ses capacités physiques, son profil psychologique, sa situation sociale et professionnelle, ses ambitions fonctionnelles. L'appareillage n'est donc pas le fait d'une recette qui appartiendrait à une personne, quelles que soient ses connaissances. C'est une discipline rigoureuse, où la remise en question de ce que l'on croit savoir est une attitude fondamentale de l'esprit et une condition préalable d'efficacité. ■



de gauche à droite :
Claudine Esper,
Laurence Potte-Bonneville,
Claude Dumont,
Étienne Caniard

dossier

Droits du patient

Le 6 décembre 2002, La Renaissance Sanitaire organisait un débat intitulé « Les droits du patient : du rêve à la réalité » avec la présence d'Étienne Caniard, auteur du rapport sur la « Place des usagers dans le système de santé » ; Laurence Potte-Bonneville, chargée du développement des actions pour les malades à la Ligue nationale contre le cancer et membre du Comité interassociatif sur la santé ; Claudine Esper, professeur à la faculté de droit de l'université René-Descartes Paris-V ; Claude Dumont, directeur général adjoint de la Matmut. Les différents articles du dossier sur les droits du patient sont issus de ces interventions.

La genèse d

La loi du 4 mars 2002 constitue l'aboutissement d'une longue réflexion annoncée par le Premier ministre en juin 1999 lors de la clôture des États généraux de la santé qui avaient débuté près de huit mois auparavant et qui faisaient suite aux États généraux du cancer.

Elle s'inscrit dans la logique selon laquelle la société essaie de trouver un équilibre entre l'émergence de l'individu dans la société et sa place dans la société. Elle crée ainsi un balancement entre droit individuel et droit collectif. Elle participe à l'édifice législatif, déjà en partie construit avec le renforcement de la veille sanitaire, la création de la couverture maladie universelle et l'accès aux soins palliatifs, qui vise à assurer la démocratisation et la modernisation du système de santé.



e la loi du 4 mars 2002

Elle correspond à un profond changement de société; elle bouscule les habitudes des professionnels de santé. Elle répond à la volonté d'instaurer un nouvel équilibre entre le médecin et son patient.

L'objectif de cette loi est d'établir un lien entre l'émergence du droit des malades et la volonté d'améliorer la qualité du système de santé, d'où son titre.

Quelques commentaires :

> **Le titre 1** sur la solidarité envers les personnes handicapées, plus communément connu sous le titre « amendement Perruche », a un aspect très conjoncturel car élaboré pour mettre fin à une évolution jurisprudentielle.

> **Le titre 2** sur la démocratie sanitaire contient plusieurs chapitres : le premier

porte sur les droits de la personne et le deuxième sur les droits et responsabilités des usagers. Ce titre a une articulation originale dans la mesure où il distingue les droits attribués aux malades, des droits individuels (en tant que droits de la personne) et des droits collectifs (en tant que droits de l'utilisateur du système de soins).

Un autre chapitre porte sur la participation des usagers au fonctionnement du système de santé et consacre l'importance du rôle des associations pour assurer le balancement « droits individuels – droits collectifs », notamment quand le patient est en situation de faiblesse en raison de son état de santé. Les associations jouent un rôle majeur de médiation entre les malades, leur famille et les médecins, surtout en matière d'orienta-

tion de la recherche, en matière d'application de protocole de recherche, en matière d'accès à de nouveaux traitements.

> **Le titre 4** sur la réparation des conséquences des risques sanitaires suit la logique selon laquelle une fois qu'un patient a subi un préjudice, peu importe la raison de ce préjudice, ce dernier doit être réparé. C'est sur cette idée qu'est intervenue la notion d'accident médical non fautif. Mais parce qu'il faut garder la notion de faute, ne serait-ce que pour en limiter le nombre et améliorer la qualité du système, la loi met en place une commission d'indemnisation qui, en cas d'accident fautif et après expertise, recherchera la responsabilité et fera jouer l'assurance du professionnel de santé. Pour que cette logique fonctionne, une obligation d'assurance pour le professionnel de santé s'impose. Or, le marché de l'assurance de la responsabilité civile est particulier dans la mesure où il y a très peu d'intervenants et très peu de mutualisation au sens assurantiel des risques.

L'apport pédagogique de la loi réside dans la prise de conscience de la population qu'il existe un risque qui ne peut être réduit à zéro, en matière d'accès au système de santé. ■

L'accès au dossier médical

La loi du 4 mars 2002, dans son volet « démocratie sanitaire », affirme le droit d'accès direct au dossier médical pour le patient. En fait, la loi n'utilise pas la notion « dossier du patient » mais celle de « données formalisées, liées à la continuité des soins ». Le décret du 29 avril 2002 en détaille les modalités.

L'histoire de l'accès au dossier

L'histoire de l'accès au dossier médical, c'est-à-dire la première fois où l'accès direct a été évoqué, remonte à la clôture des États généraux de la santé, le 30 juin 1999. Le Premier ministre de l'époque avait annoncé que les Français allaient obtenir l'accès direct à leur dossier médical. Cette annonce avait alors fait la une des quotidiens nationaux.

Quelques mois plus tard, en pleine préparation de la future loi du 4 mars 2002, l'idée est reprise au cours d'un colloque à l'Assemblée nationale sur l'information du malade.

Le principe général de consultation directe

L'apport de la loi

Antérieurement à la loi du 4 mars, un patient désireux de consulter son dossier devait désigner un médecin qui pouvait aller voir son dossier. C'est un point qui avait été posé par la réforme hospitalière du 31 juillet 1991, à la suite de la jurisprudence qui s'était prononcée en la matière.

Aujourd'hui, qui dit accès au dossier, dit, avant tout, information du malade et expression de sa volonté.

S'agissant de l'information du malade, la loi précise que c'est un droit, mais un droit contrôlé : la loi parle « des exceptions à l'information », c'est-à-dire de l'impossibilité.

L'impossibilité fait référence au deuxième alinéa de l'article 35 du code de déontologie médicale selon lequel, dans l'intérêt du malade, le médecin peut réserver l'information si des conséquences psychologiques de la réalité de la santé du patient sont trop dures à supporter.

S'agissant de l'expression de la volonté, la loi précise que « toute personne prend avec le professionnel de santé, compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ». Il s'agit d'une véritable évolution ; il y a cinquante ans, le professeur Porte, spécialiste de médecine légale, écrivait : « le patient est un nouveau-né, un *infans* auquel il ne faut surtout rien dire par peur de le perturber ».

L'accès au dossier

Le principe de l'accès, désormais inséré dans le code de la santé publique (article L. 1111-7), indique que toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, informations qui sont formalisées et qui ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic, du traitement ou d'une action de prévention, à l'exception toutefois des informations venant de tiers ou portant sur des tiers.

La loi précise que le patient peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne.

La loi ajoute une contrainte pour le professionnel de santé, c'est-à-dire un délai : il est de huit jours suivant la demande avec un délai minimum de réflexion de quarante-huit heures après la demande. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations demandées datent de plus de cinq ans ou en matière psychiatrique lorsque la commission départementale est saisie.

Il est certain que le médecin qui reçoit cette demande peut recommander au patient, vu la nature des informations concernées, qu'un tiers l'accompagne lors de la consultation. Il est cependant ajouté que si le patient refuse cette recommandation et ne lui donne pas suite, il consulte le dossier directement.

La seule exception à la consultation directe est la psychiatrie, mais exclusivement dans les domaines où il n'y a pas d'hospitalisation avec consentement, c'est-à-dire en cas d'hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'office.

Le principe de gratuité s'impose comme condition d'accès au dossier. Seuls peuvent être facturés la délivrance de copie et les frais d'envoi.

Tous les principes énoncés ci-dessus s'appliquent aussi bien à la médecine de ville qu'à la médecine en établissement hospitalier, comme l'a commenté le décret du 29 avril 2002.

Les conditions de la consultation

L'ayant droit

Avant la loi du 4 mars 2002, l'ayant droit avait, disaient les textes, la possibilité d'accéder au dossier. Ils ne donnaient pas plus de précisions.

Aujourd'hui, la loi a limité cet accès et a prévu les cas où cette possibilité est ouverte, c'est-à-dire pour connaître les causes du décès, pour défendre la mémoire du défunt ou pour défendre un droit. Seules ces trois hypothèses peuvent permettre à l'ayant droit de consulter le dossier.

Le rôle du directeur et du médecin

Le décret d'avril 2002 précise que le directeur de l'établissement est responsable des mesures prises pour organiser la consultation. C'est le médecin responsable de la structure ou celui qu'il désigne qui communique. Les rôles sont différenciés au sein de l'hôpital.

La nature des informations communiquées

Pour la communication du dossier au sein de l'établissement, le texte réglementaire liste les informations qui doivent, au minimum, figurer dans le dossier. Ces informations peuvent être regroupées en trois catégories : celles recueillies à l'entrée et pendant le séjour, celles recueillies à la sortie et celles obtenues auprès de tiers. Le texte précise bien que seules les deux premières sont consultables.

S'agissant de la nature des informations communiquées, il ne faut pas hésiter à distinguer les informations qui sont les vraies données identifiées, définitives sur le patient et les données de réflexion non formalisées qui pourront ne pas être communiquées au patient.

S'agissant de la forme du dossier, chaque pièce doit être datée, signée, portant l'identité du patient et celle du professionnel de santé. Il est également indiqué l'ordre dans lequel les pièces se situent.

La personne de confiance

La personne de confiance est celle qui peut accompagner, qui peut être désignée pour vivre une période difficile telle que la fin de vie du patient. Elle ne consulte jamais directement le dossier. Elle est distincte de la personne à prévenir en cas d'accident.

Le mineur

Concernant le mineur, la loi du 4 mars 2002 innove car elle lui offre la possibilité de demander le secret sur les informations qui figurent sur son état de santé, secret vis à vis de ses parents. ■



La composition du dossier médical

Le dossier contient au moins les éléments suivants (article R. 710-2-2 du code de la santé publique) :

1. Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier et notamment,
 - la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission,
 - les motifs d'hospitalisation,
 - la recherche d'antécédents et de facteurs de risques,
 - les conclusions de l'évaluation clinique initiale,
 - le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée,
 - la nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences,
 - les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation,
 - les informations sur la démarche médicale,
 - le dossier d'anesthésie,
 - le compte rendu opératoire ou d'accouchement,
 - le consentement écrit du patient pour les situations où le consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire,
 - la mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient,
 - les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires,
 - le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers,
 - les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé,
 - les correspondances échangées entre professionnels de santé.
2. Les informations formalisées établies à la fin du séjour, et notamment,
 - le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie,
 - les prescriptions de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie,
 - les modalités de sortie,
 - la fiche de liaison infirmière.
3. Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.
 - Sont seules communicables les informations énumérées aux 1° et 2°.

Témoignage

Il y a quelque temps, nous avons eu une expérience très intense, mais finalement assez belle, qui aurait pu se terminer d'une façon tout à fait différente et beaucoup plus calamiteuse s'il n'y avait pas eu une équipe de soignants très clairement positionnée face à une famille en deuil. L'histoire est une histoire banale et triste d'une jeune adulte décédée au service des urgences, sans aucune explication qu'on ait pu mettre en avant sur les causes de ce décès. La famille a demandé des explications. Là où les choses ont été tout à fait remarquables, c'est que la famille a obtenu très vite le dossier médical, mais la famille a voulu plus. Elle a voulu qu'on verbalise les choses, qu'on l'accompagne dans ce qui était un travail de deuil, impossible à faire s'il n'y avait pas la rencontre avec les soignants. L'équipe soignante, depuis le chef de service jusqu'au cadre infirmier, en passant par l'infirmière qui était de garde ce jour-là, jusqu'au professeur qui est médecin conciliateur de ce gros établissement, s'est rendue disponible pendant plus de deux heures, m'a fait signe pour venir et a rencontré la famille et les tiers de confiance de la famille, c'est-à-dire des médecins amis de la famille. L'ambiance était un peu à couper au couteau, au départ de la réunion. Je peux vous assurer que l'équipe soignante a fait preuve d'une vraie honnêteté et de beaucoup d'humanité. Elle a permis à la famille de mieux comprendre l'enchaînement des faits, et de partir, sinon apaisée, du moins sans soupçons attisant son chagrin. »

Laurence POTTE-BONNEVILLE,
Représentante des usagers dans un établissement de santé

Le respect des droits et les associations d'usagers

Le titre II de la loi du 4 mars 2002 consacre les droits individuels du malade, ainsi que les droits collectifs des usagers et de leurs associations.

Le respect des droits individuels

Il s'agit en premier lieu du respect, par le système de santé, des droits de la personne en général : droit à la confidentialité, protection de la vie privée, droit à la protection contre toute discrimination. Mais la loi consacre également des droits individuels spécifiques au système de santé, notamment le droit de chacun d'obtenir les informations médicales qui le concernent grâce à un accès direct au dossier médical.

Les intérêts de l'accès au dossier médical

Cette mesure suscite plusieurs intérêts :

- Permettre d'établir un rapport de confiance dans la transparence entre le médecin et son patient. En effet, avant la promulgation de cette loi, beaucoup de réclamations et de procédures auraient pu être évitées si quelques informations importantes, élémentaires, avaient été données, en temps utile, aux patients.
- Faire disparaître la difficulté de trouver un médecin qui veuille bien jouer le jeu de demander à un autre médecin le dossier. En effet, la notion de confraternité était souvent opposée par des médecins hésitant à solliciter d'autres confrères.
- Faciliter au malade la reconstitution de son parcours de soins ; ceci est important pour la recherche d'un second avis médical.
- Dans le cas de pathologies complexes,

aider les soignants à appréhender la globalité des dossiers quand ceux-ci sont éclatés entre des établissements et des services.

- Répondre aux impératifs d'une prise en charge qui est de plus en plus pluridisciplinaire et mieux organisée.

Le rôle du dossier médical

Le dossier est d'abord un outil de travail, d'échanges et de formation pour les soignants, mais il est aussi un outil d'information. L'information est aujourd'hui une composante du soin. Cela permet aux patients d'éclairer leur choix de mieux accepter, et de mieux suivre un certain nombre de prescriptions, d'organiser leur vie.

Le dossier est également un outil de réparation ; il permet de faciliter l'indemnisation en cas d'erreur ou de faute et la mise en place des procédures pour certaines maladies professionnelles. Actuellement, les patients seraient de deux à quatre fois plus nombreux aujourd'hui qu'avant la loi du 4 mars 2002 à demander leur dossier médical. À titre d'exemple, l'hôpital européen Georges-Pompidou reçoit vingt à vingt-cinq demandes d'accès au dossier médical par mois alors qu'avant la loi il en recevait cinq à six.

Ce phénomène s'explique sans doute par un effet de rattrapage : des patients plus nombreux ont souhaité faire valoir ce nouveau droit. Ceci étant, il faut savoir analyser ce qu'il y a derrière une demande de dossier : beaucoup de personnes se manifestent par exemple pour demander des éléments de santé anciens, relatifs à l'histoire d'un de leurs proches, d'un parent. Cela leur permet de reconstituer un moment d'histoire de leur vie. D'autres souhaitent simplement un compte rendu

du patient agers

d'hospitalisation ou des explications complémentaires.

La tenue du dossier médical

Cette nouvelle disposition doit amener à concevoir et à construire ensemble différemment le dossier médical, pour qu'il soit plus lisible, mieux tenu, communicable non seulement aux patients, mais aussi aux confrères. Cela nécessitera certainement une réforme dans les façons de s'exprimer et de rédiger certains dossiers.

Le respect des droits collectifs

S'agissant des droits collectifs, les associations de malades se sont penchées sur trois dispositions :

- La création des commissions de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge dans les établissements de soins.

Ces commissions entérinent le rôle qui était jusqu'à présent tenu par les commissions de conciliation dans les établissements.

Ce sont des instances de dialogue chargées de veiller au respect des droits des malades et d'améliorer la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Leur rôle est important dans l'accès au dossier médical en matière de veille mais aussi d'information et d'accompagnement.

- Les nouvelles procédures de conciliation et d'indemnisation.

L'esprit de la loi en créant des commissions régionales et un office national d'indemnisation était de sortir la question de l'indemnisation et de la conciliation des établissements pour la porter en terrain « neutre ». Le législateur a voulu accélérer le traitement

des dossiers et promouvoir un traitement plus équitable des situations en faisant en sorte que ce soit géré, non pas toujours et uniquement sur le terrain judiciaire, mais par le mécanisme de la solidarité nationale.

Ces procédures permettent également de prendre en compte la question de l'aléa thérapeutique et des infections nosocomiales.

La mise en place de ces commissions sert de véritable alternative à la judiciarisation et améliore les systèmes de sécurité et la qualité des soins dans la mesure où ces commissions publieront des rapports.

- L'agrément des associations.

La loi du 4 mars a cherché à renforcer le rôle des associations pour conforter la représentation des usagers dans le système de santé et pour permettre une meilleure défense de leurs intérêts collectifs et particuliers.

Les associations régulièrement déclarées ayant une activité dans le domaine de la santé peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente. Les conditions d'agrément seront fixées par décret.

L'agrément a pour effet de permettre aux associations de représenter les usagers dans diverses instances et de se porter partie civile. ■



Coup de projecteur sur le Comité interassociatif sur la santé (CISS)

Le CISS est un regroupement de vingt-six associations nationales représentant le champ des associations de malades et d'usagers de la santé, des associations de consommateurs, des associations de personnes handicapées et également des associations familiales.

Le CISS est né en 1996 au moment de la préparation et du vote de la loi de réforme hospitalière.

Le CISS se donne quatre objectifs principaux :

- informer les diverses associations, mais également des professionnels et du grand public ;
- former les représentants des usagers de santé, en particulier dans les établissements de soins, mais aussi dans d'autres instances ;
- être un observatoire de toutes les transformations qui jalonnent le monde de la santé ;
- être un lieu de réflexion, de production de connaissances, de façon à contribuer au débat sur la santé ;
- informer les diverses associations, mais également des professionnels et du grand public.

Adresse internet du CISS : www.leciss.org

Les personnes handicapées ont plusieurs lois les leur reconnaissant

La loi du 2 janvier 2002 dite « loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale »

Une injustice enfin réparée par l'affirmation et la promotion du droit des usagers.

Aboutissement d'une longue réflexion, notamment sur la place et le rôle des personnes bénéficiaires de l'action sociale ou médico-sociale, la loi du 2 janvier 2002 reconnaît la pleine citoyenneté des personnes en situation difficile qui repose sur le respect et la mise en œuvre des droits reconnus à tous.

Elle permet ainsi la réinsertion des personnes vulnérables dans le tissu social, économique, culturel et scolaire. Elle fait tomber les barrières des préjugés et rend plus efficace toutes les politiques d'intégration fondées sur des évaluations objectives. Grâce à cette disposition, les personnes handicapées ne sont plus spectatrices du débat autour de leur place dans la société, mais peuvent enfin agir dans les domaines de la formation, du développement personnel et sur toutes les mesures qui les concerneront désormais.

D'un point de vue éthique, c'est aussi rendre justice à une part de l'humanité qui met en exergue nos propres fragilités. La personne handicapée est enfin reconnue comme citoyen à part entière. « Il ne s'agit pas de déclarer des égaux, il s'agit d'en faire » (Gambetta), est le principe philosophique qui doit aujourd'hui guider notre société dans sa démarche.

Du droit des usagers du secteur social et médico-social

Section 2 - Article 7

L'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;

2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;

3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. À défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;

4° La confidentialité des informations la concernant ;

5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf

dispositions législatives contraires ;
6° Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;

7° La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.

Les modalités de mise en œuvre du droit à la communication prévu au 5° sont fixées par voie réglementaire. »

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Elle tend à modifier les excès d'une judiciarisation des indemnisations dont il est toujours délicat de définir les causes. Elle est destinée à rétablir un dialogue entre les professionnels et les parents et à apaiser les débats qui ont nui à un examen serein de ces questions.

Article 1^{er}

« I. Nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance.

La personne née avec un handicap dû à une faute médicale peut obtenir réparation de son préjudice lorsque l'acte fautif a provoqué directement le handicap ou l'a aggravé, ou n'a pas permis de prendre les mesures susceptibles de l'atténuer.

Lorsque la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé

aussi des droits : sent

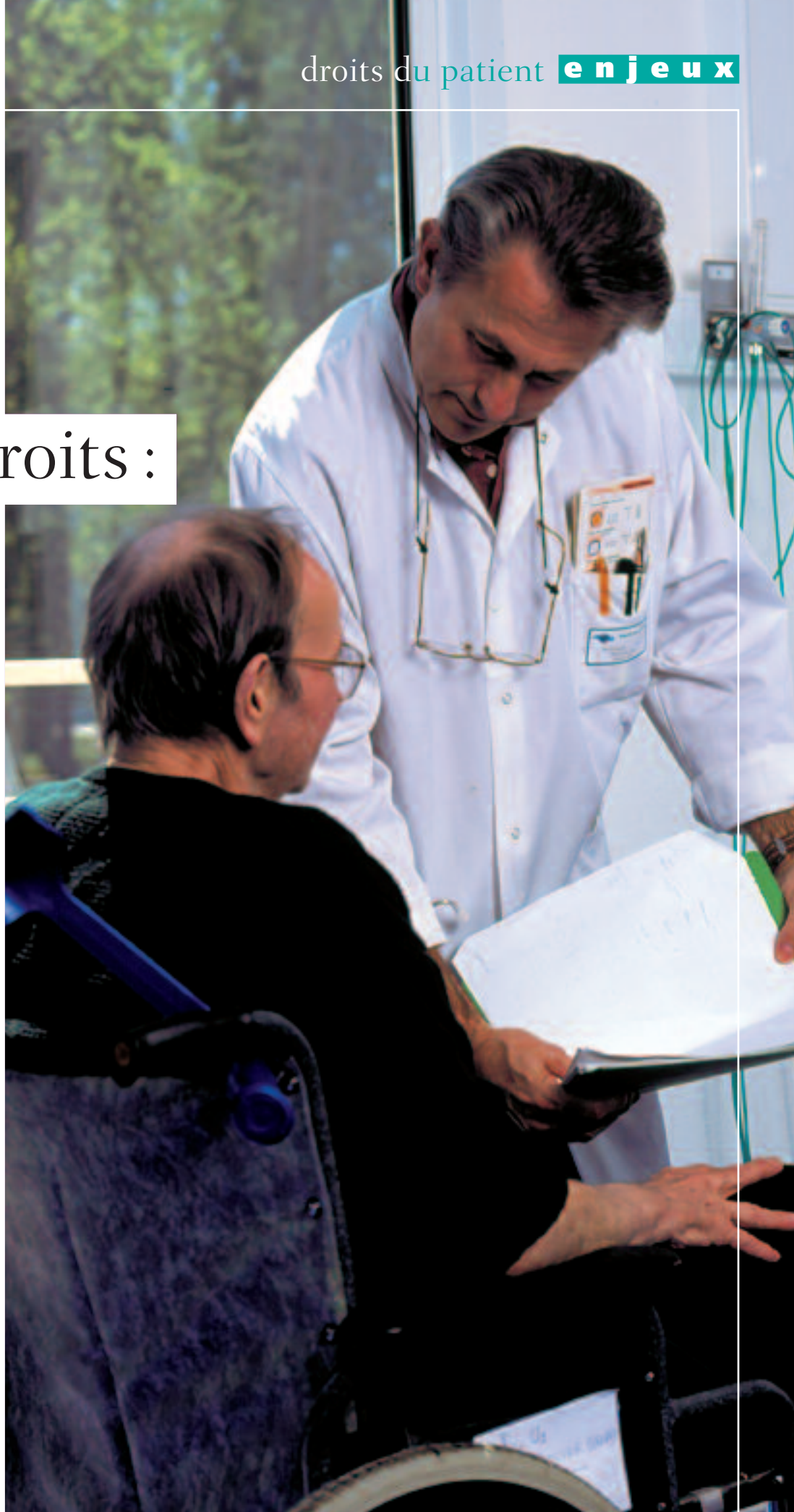
est engagée vis-à-vis des parents d'un enfant né avec un handicap non décelé pendant la grossesse à la suite d'une faute caractérisée, les parents peuvent demander une indemnité au titre de leur seul préjudice. Ce préjudice ne saurait inclure les charges particulières découlant, tout au long de la vie de l'enfant, de ce handicap. La compensation de ce dernier relève de la solidarité nationale.

Les dispositions du présent I sont applicables aux instances en cours, à l'exception de celles où il a été irrévocablement statué sur le principe de l'indemnisation.

II. Toute personne handicapée a droit, quelle que soit la cause de sa déficience, à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale. »

La rénovation prochaine de la loi du 30 juin 1975, dite « loi d'orientation en faveur des personnes handicapées »

Le président de la République souhaite voir cette rénovation aboutir rapidement avec l'adoption d'un projet de loi par le Conseil des ministres avant la fin 2003. Cette nouvelle loi, en passant d'une logique d'assistance à une logique d'insertion dans la société, devrait affirmer des droits sociaux particuliers qui sont des applications de droit commun comme la compensation des conséquences du handicap (aides techniques, humaines ou autres) et l'autonomie de choix du mode de vie. ■



La loi du 4 mars 2002 et l'assur

Les assureurs ont beaucoup entendu parler de la loi sur les droits des malades surtout parce qu'elle a été l'occasion de mettre un terme à la jurisprudence Perruche. Mais elle comporte bien d'autres dispositions originales, instaurant un nouveau droit à indemnisation pour les victimes d'accident médical en l'absence de faute médicale et créant une obligation d'assurances à la charge des professionnels de santé.

Le droit de la responsabilité médicale et ses limites jusqu'à la loi du 4 mars 2002

Avant la loi du 4 mars 2002, la responsabilité médicale classique s'exprime dans un droit de responsabilité subjective, de responsabilité pour faute. La faute est caractérisée par une attitude que n'aurait pas eue un médecin normalement prudent et diligent.

Pour être indemnisé, il fallait prouver la faute de quelqu'un. Peu à peu, le droit de la responsabilité, d'une façon générale, s'est « objectivé », c'est-à-dire, détaché de la faute.

Dans un premier temps, les tribunaux ont été amenés à dévoyer la notion de faute en voyant des fautes partout.

Dans un deuxième temps, des présomptions de faute sont apparues, qui renversaient la charge de la preuve.

Puis, la société a vu apparaître des responsabilités dites « objectives », c'est-à-dire des responsabilités sans faute. Néanmoins, dans certains cas, la responsabilité s'arrêtait et les victimes n'étaient pas indemnisées. Il s'agissait des cas de l'accident ou de l'aléa thérapeutique. La Cour de cassation n'a jamais franchi le pas de créer une responsabilité sans faute, une responsabilité pour risque. Cette situation n'était pas satisfaisante car elle conduisait à une recherche de la faute là où il n'y en avait pas.

Le mécanisme posé par la loi du 4 mars 2002

La responsabilité pour faute

La loi du 4 mars 2002 dit, en résumé, « la responsabilité médicale reste dans le cadre de la faute ». Un médecin est responsable lorsqu'il a causé, par sa faute, des dommages à son patient. Les seules exceptions à la responsabilité pour

faute, mais qui restent dans le giron du droit de la responsabilité, sont les infections nosocomiales pour lesquelles on reconnaît une responsabilité sans faute. La rédaction de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique repose sur une logique alternative : en premier lieu, c'est à l'aune de la responsabilité du professionnel médical et de l'établissement que s'apprécie la couverture des dommages subis par le malade ; à défaut de responsabilité médicale ou de l'établissement engagée, et moyennant une certaine qualification du dommage, la solidarité nationale intervient pour couvrir les dommages subis.

La solidarité nationale

La loi a donc posé le principe d'un mécanisme basé sur la solidarité nationale. Les victimes d'un accident médical n'impliquant pas ou ne permettant pas d'établir la faute d'un médecin, seront indemnisées par un établissement public administratif, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux. Il sera financé dans le cadre de la loi sur le financement de la Sécurité sociale. Le rôle de cet office sera d'indemniser les accidents médicaux, lorsqu'ils auront eu des conséquences d'une certaine gravité, notamment lorsque l'indemnité consécutive à l'accident sera supérieure ou égale à 25 %.

La loi du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale a d'ailleurs précisé que les dommages résultant d'infections nosocomiales correspondant à un taux d'incapacité permanente supérieure à 25 % ouvrent droit à réparation au titre de la solidarité nationale.

Le règlement amiable et la commission régionale de conciliation

La loi du 4 mars 2002 prévoit également la mise en place de commissions régionales de conciliation et d'indemnisation chargées d'instruire les dossiers

Coup de projecteur sur le groupement temporaire d'accident médical (GTAM)

Le groupement temporaire d'accident médical est un pool d'assurance réunissant les assureurs pratiquant le risque médical.

Il a pour objet de mettre en œuvre, de façon temporaire, une solution de coassurance susceptible de répondre aux demandes de garantie des personnes physiques et morales soumises à l'obligation d'assurance qui n'auraient pas trouvé auprès des assureurs du marché la couverture requise.

Le pool intervenant de façon subsidiaire au marché, il exige la présentation de justificatifs de deux refus de moins de six mois de compagnies pratiquant la couverture sollicitée.

Le GTAM est un groupement d'intérêt économique (GIE) créé le 15 novembre 2002.

Dix-neuf assureurs en sont membres.

La durée d'activité de souscription du GTAM est fixée du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003.

Le GTAM n'est pas le bureau central de tarification prévu par la loi et n'a pas l'obligation de répondre positivement à toutes les demandes qui lui sont faites.

ance

et d'orienter la victime soit en cas de responsabilité pour faute vers l'assurance, soit dans le cas contraire vers l'office.

Un double système est ainsi créé par la loi :

- la faute médicale qui est du domaine de la responsabilité du médecin, couvert par une assurance, laquelle assurance est obligatoire, puisque la loi en pose le principe (article L. 1142-2 du code de la santé publique) ;
- l'absence de faute pour laquelle la victime est indemnisée par l'office.

Le bureau central de tarification

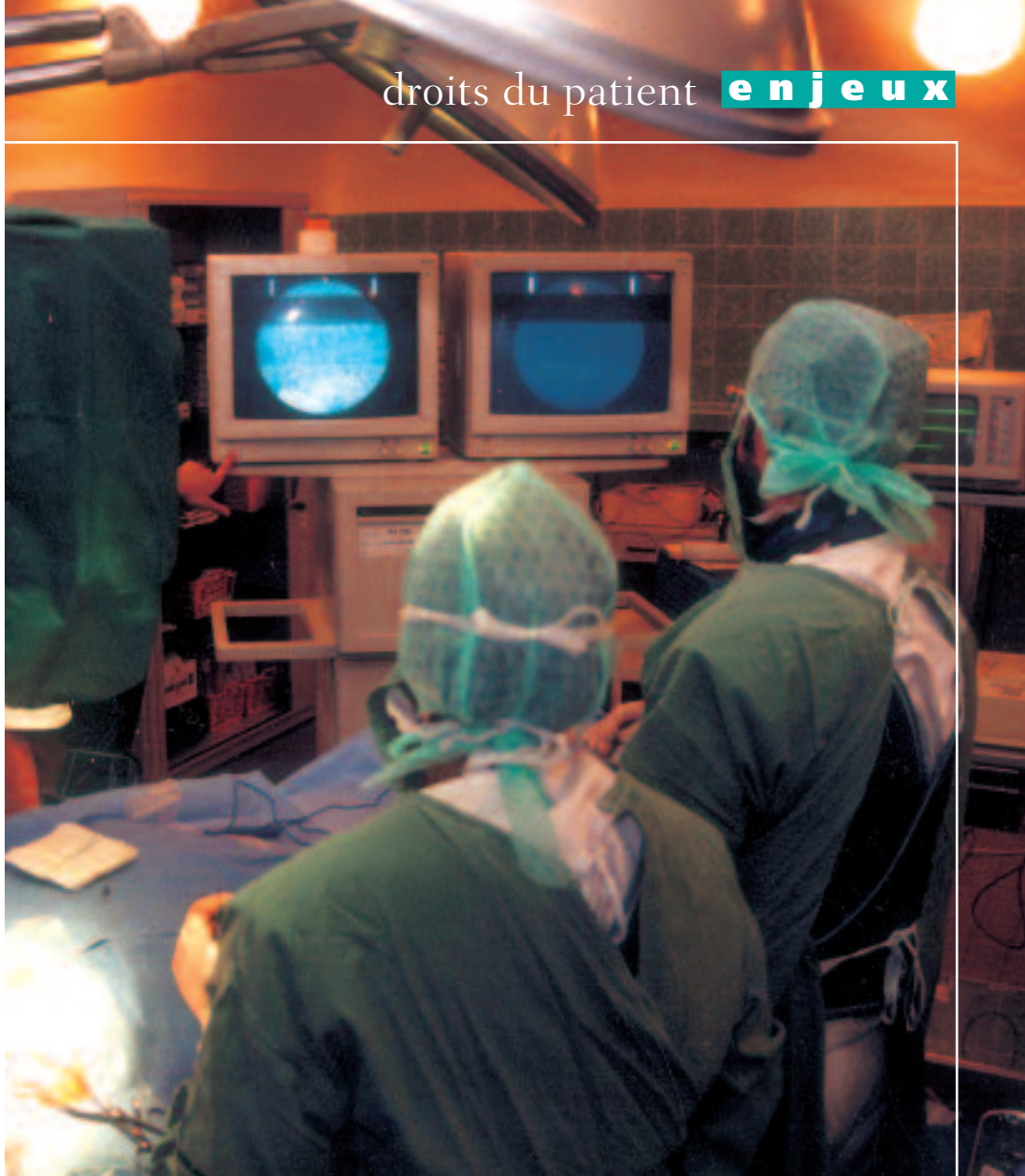
Qui dit « obligation d'assurance » dit « obligation d'assurer ». La loi a donc prévu l'instauration d'un bureau central de tarification (article L. 251-1 et 2 du code des assurances) en matière d'assurance du risque médical.

Le mécanisme permet à un professionnel essayant deux refus d'assurance par des entreprises d'assurance couvrant en France les risques de responsabilité civile, de saisir un bureau central de tarification. Ce bureau a pour mission exclusive de fixer le montant de la prime moyennant laquelle l'entreprise d'assurance intéressée est tenue de garantir le risque qui lui a été proposé et la détermination du montant d'une franchise qui reste à la charge de l'assuré.

Le décret du 28 février 2003 en a d'ailleurs précisé les modalités.

Le groupement temporaire d'accident médical

Toutefois, pour répondre aux besoins des établissements et des praticiens qui risquaient de se retrouver sans couverture, certains assureurs ayant quitté le marché en 2002, les assureurs pratiquant le risque médical, se sont réunis et ont créé un pool d'assurance, le groupement temporaire d'accident médical (cf. encadré). ■



Le point de vue d'un assureur sur la loi du 4 mars 2002

Claude DUMONT,
Directeur général adjoint à la Matmut

« C'est un texte qui ne nous a pas déplu. Il a même, pour nous assureurs, des côtés positifs : d'abord le maintien de la responsabilité pour faute. Cela nous donne satisfaction, beaucoup plus que la responsabilité pour risque. Le fait que ce texte soit de nature à limiter le contentieux, c'est-à-dire les affaires devant les tribunaux, quelque part, cela nous fait plaisir parce que dès l'instant où il n'y a pas de procédure, les dossiers nous coûtent moins chers. C'est un texte qui a rassuré nos réassureurs, de telle sorte que nous trouvons de la réassurance un peu plus facilement.

Il est vrai qu'il a aussi des défauts. L'indemnisation dans le cadre de la responsabilité, c'est-à-dire de l'assurance, des infections nosocomiales sans faute, l'établissement devant prouver qu'il n'y est pour rien pour qu'il n'y ait pas lieu à règlement de la part de l'assureur, nous inquiète un peu. Le bureau central de tarification, cette obligation d'assurer, cela nous interpelle également un petit peu, parce que si de très nombreux assureurs sortent du marché

de l'assurance médicale, il risque de n'y en avoir plus qu'un ou deux qui vont être là et qui devront garantir tous les risques, qui seront envoyés par ce bureau central, de telle sorte que très rapidement, il n'y aura plus aucun assureur faisant du risque de responsabilité médicale en France. Je ne suis pas certain que ce soit la bonne façon de procéder.

Globalement, la loi ne déplaît pas aux assureurs. Le malaise est ailleurs. Il est dans le fait qu'il y a eu dans le marché de l'assurance deux assureurs étrangers (Saint Paul et Ace) qui ont tiré les prix de l'assurance médicale vers le bas et qui ont cassé les prix, sans penser à l'avenir, sans se préoccuper du coût du risque. La conséquence est que tous les autres assureurs qui voulaient rester un peu sur le marché ont dû suivre le même type de tarification. Nous sommes dans un domaine nettement sous-tarifé. D'où l'attitude de certains assureurs qui ont préféré sortir de ce marché. »



Démarche qualité et accréditation

Deux années après le lancement de la démarche qualité structurée, où en sommes-nous aujourd'hui ?

La majorité des professionnels a pris conscience des enjeux de la démarche et s'est impliquée dans celle-ci.

Il est possible de parler d'une véritable appropriation pour une grande partie des salariés. Mais, n'omettons pas de parler des résistances, logiques, naturelles, tant que celles-ci ne transforment pas les individus en de farouches combattants de la démarche faisant campagne sur l'inutilité des efforts de la majorité, au risque de décourager les bonnes volontés.

Le travail de formalisation des pratiques avec les différents secteurs, au-delà des écrits qui sont réalisés, montre l'intérêt tout particulier des questions que celui-ci implique.

Formaliser c'est se poser des questions autour des pratiques actuelles, de l'organisation, pour se demander si ce que nous faisons vaut encore d'être réalisé comme aujourd'hui, si notre organisation permet de répondre aux attentes

de nos patients, des clients internes. C'est en cela que nous pouvons parler de démarche d'amélioration.

Les formations prévues en 2001/2002 ont toutes été menées à terme :

- formation de groupes de travail : gestion du système documentaire, gestion des risques, sécurités réglementaires techniques ;
- formation de 48 correspondants qualité, de 12 auditeurs internes ;
- formation de 10 groupes d'autoévaluation, soit 98 personnes.

Citons pour mémoire **les axes de travail prioritaires** de 2001/2002 : gestion des risques, prise en charge de la douleur, prestation alimentaire, sécurités sanitaires techniques, sécurité des personnels, utilisation des produits et vigilances, gestion du risque infectieux et dossier patient.

Mis à part ce dernier thème, qui a pris un peu de retard mais qui doit aboutir d'ici à la fin du premier semestre 2003, tous les autres ont fait l'objet de plans d'actions, comportant un état des lieux, l'élaboration de procédures, la mise en place d'outils, la formation des personnels et un système d'évaluation.

Sans vouloir entrer dans les détails, il est important de signaler différentes actions menées pour baliser le chemin parcouru.

Des instances ont été créées pour évaluer et poursuivre le travail afin d'être dans une véritable dynamique d'amélioration continue de la qualité : le CLUD (comité de lutte contre la douleur), le comité de gestion des risques et des vigilances qui analyse, tous les trimestres, les déclarations d'incidents en vue de définir les actions préventives à mener.

Des réorganisations ont eu lieu, création (sans création de poste supplémentaire) d'un poste de réceptionnaire en restauration afin de garantir la bonne réception et le contrôle des produits à leur arrivée.

- passage à l'usage unique (UU) de tous les dispositifs médicaux disponibles sur le marché,
- questionnaire de dépistage,
- détermination du risque des actes ;
- procédures de traitement des dispositifs médicaux (DM) ;
- traitement des endoscopes ;
- prévention légionnelle :
 - mise en place de système permettant de garantir une température à 55° de l'eau chaude sanitaire sur le pavillon 1 et 2, le 3 étant prévu cette année,
 - changement systématique tous les deux mois des périphériques sanitaires,
 - mise en place de filtre douchette pour les patients à risques ;
- déclaration des infections nosocomiales à signalement obligatoire ;
- traçabilité des actions (bionettoyage, surveillance de la température de l'eau chaude sanitaire, surveillance du chlore libre dans l'eau de consommation) ;
- suivi des résultats d'analyses de sur-

veillance (eau, restauration...).

Hormis les axes prioritaires, différents secteurs ont travaillé à l'amélioration de leurs prestations et à la formalisation de leurs pratiques : l'atelier d'appareillage, la direction des ressources humaines, les services de rééducation, la direction financière, la direction économique logistique et technique, la direction informatique, le laboratoire, le service infirmier, la blanchisserie...

Les programmes d'évaluation se poursuivent et concernent :

- la qualité des soins infirmiers ;
- le bionettoyage ;
- les transmissions ciblées ;
- la satisfaction patients ;
- l'audit dossier kiné en vasculaire diabétologie appareillage (VDA) ;
- l'audit dossier médical prévu en 2003 ;
- l'audit restauration prévu en 2003.

L'autoévaluation à blanc :

Elle a eu lieu entre les mois d'avril et décembre 2002. Le rapport a été validé par les instances en avril 2003.

La visite d'accréditation à blanc :

Elle a été réalisée par MM. J.-M. Boulogne (directeur d'établissement, ancien expert visiteur à l'ANAES et ancien membre du collège d'accréditation) et G. Lepeu (médecin, membre du collège d'accréditation) les 14, 15 et 16 mai 2003.

Le rapport de visite doit nous permettre, avec notre autoévaluation, de définir les actions prioritaires à mener d'ici à la visite des experts visiteurs fixée par l'ANAES en septembre 2004.

J.-P. Allard
Directeur qualité

à Villiers Saint Denis

La sécurité des personnels a fait l'objet de plusieurs documents :

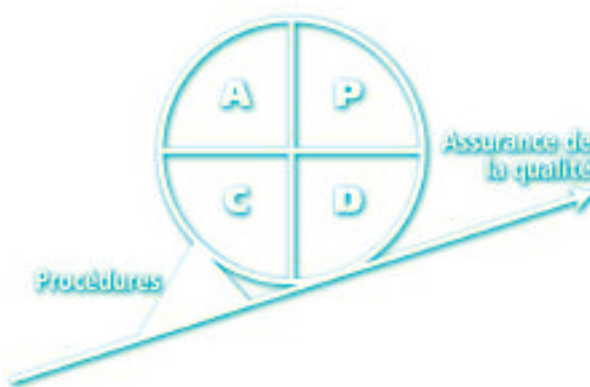
- un plan de prévention à l'usage des entreprises externes avec obligation de posséder une autorisation d'intervention avant toute intervention ;
 - une procédure en cas de danger grave et imminent ;
 - un registre d'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs.
- Elle a aussi fait l'objet de différentes actions, sécurisation des stockages de produits dangereux, banque de données sur les fiches de sécurité des produits, projet de mise en place d'EPI (équipement de protection individuelle).

La gestion du risque infectieux a fait l'objet de diverses actions dont :

- celles nécessaires à la prévention de la transmission de l'encéphalopathie spongiforme subaiguë transmissible (ESST) ;

La notion d'amélioration continue de la qualité

Cette notion a été décrite par Edwards Deming dans son fameux « cycle de Deming » ou « roue de Deming » ou bien encore PDCA.



Plan (prévoir), ce sont les plans d'actions, formaliser ce que l'on doit faire

Do (faire), mettre en œuvre les actions décidées

Check (vérifier), évaluer ce qui est fait

Act (corriger), modifier le processus si l'évaluation montre des points non satisfaisants

Et ainsi de suite, de manière à faire monter le niveau de qualité.

Il ne s'agit pas seulement d'améliorer, mais aussi de maintenir le niveau auquel nous sommes parvenus.

Les procédures sont là pour caler le système d'amélioration continue et éviter que la roue ne redescende.

La Musse et Villiers Saint Denis Ensemble dans la démarche de la prise en charge psycho

D'où est née l'idée des réunions entre psychologues des deux institutions ?

Seuls dans nos institutions, nous ressentions de l'isolement et le besoin de nous rencontrer.

Isolement : **face aux problématiques des patients rencontrés**

Ayant travaillé dans des structures d'hospitalisation aiguës, nous ne connaissions pas toutes les préoccupations concernant les patients hospitalisés en soins de suite. Ici, les patients sont au carrefour de toutes les problématiques médicales, du handicap, de la réinsertion dans la vie professionnelle, psychologique, sociale, familiale.

Tous les enjeux psychologiques sous-jacents émergent avec acuité en lien avec des souffrances antérieures.

Nous rencontrons des difficultés à l'occasion de problématiques particulières qui soulèvent des questions éthiques et déontologiques (par exemple, notre positionnement en ce qui concerne le secret professionnel...).

N'avez vous pas un texte de référence ?

Si, bien sûr, le code de déontologie (le dernier datant de 1996). Il est à l'épreuve de l'expérience. Ce n'est pas un texte suffisant en soi.

Isolement : **face au fonctionnement institutionnel**

Profession spécifique, notre mission fondamentale est de « faire connaître et respecter la personne dans sa dimension psychique ». Il revient aux psychologues de définir leurs fonctions et le cadre de leur intervention. Ces exigences, primordiales pour développer nos pratiques cliniques, offrent un ser-

vice de qualité. Nous devons faire notre place, non sans quelques résistances de tous côtés. Malgré cela il nous faut continuer de communiquer pour s'entendre, se faire comprendre afin d'améliorer la prise en charge du patient.

Il existe une mauvaise lisibilité des fonctions du psychologue, ce qui entraîne la confusion entre divers professionnels (psychologue, psychothérapeute, psychanalyste, psychiatre).

Mais qui sont les psychologues ?

De formation universitaire bac+5 minimum, pour obtenir le titre (loi 1985) : « Les psychologues ne sont ni des professionnels de la santé, ni des auxiliaires médicaux », ils n'interviennent donc pas sur prescription médicale. Il existe de nombreux domaines dans lesquels les psychologues peuvent exercer :

- le social et la famille (aides sociales, protection maternelle infantile [PMI], adoption, handicap...) :
 - la justice (protection judiciaire de la jeunesse, prison),
 - les expertises judiciaires et les compagnies d'assurances,
 - environnement et urbanisme ;
- le travail :
 - recrutement et gestion des ressources humaines,
 - cabinet de recrutement professionnel,
 - entreprises,
 - ANPE, APEC...
- le sanitaire (hôpitaux et secteurs psychiatriques, hôpitaux généraux aigus et de soins de suite...);
- communication, marketing, consulting, médias...
- établissements d'enseignements et de formation professionnelle...

Qui sont les psychologues de la fondation La Renaissance Sanitaire ?

Depuis 1997, la fonction de psychologue clinicienne à temps plein existe à La Musse.

À ce jour, les psychologues, au nombre de cinq, se répartissent dans les deux hôpitaux :

Villiers Saint Denis

- Une psychologue est arrivée en 2000 de formation psychologie clinique et psychopathologie (activité en vasculaire diabétologie appareillage et médecine physique et rééducation).
- Une seconde, arrivée en 2001, de formation psychologie clinique et psychopathologie, mention neuro-psychologie (activité en soins palliatifs et consultation douleur).

La Musse

- Une psychologue, arrivée en 1998, de formation psychologie clinique et psychopathologie (activité principale en soins palliatifs et nutrition).
- Un autre psychologue, en 2000, spécialisé en neuro-psychologie (activité en rééducation neurologie).
- Une nouvelle clinicienne, en 2001, de formation psychologie clinique et psychopathologie (activité principale en gériatrie et pneumologie).

La diversité des formations, l'originalité des diplômes traduisent les rapports dynamiques entre évolution des connaissances, évolution de la demande sociale et reconnaissance par le public de la psychologie.

d'amélioration logique des patients

Depuis quand ont lieu ces rencontres ?

En 2001 nous nous sommes rencontrés pour la première fois :

- en juin à Villiers Saint Denis ;
- en novembre à La Musse, dans le cadre de la présentation de la prise en charge de la douleur.

À cette époque nous souhaitons nous retrouver afin de poursuivre nos réflexions pour alimenter nos pratiques.

L'année 2002 a vu la réalisation de ce souhait (trois rencontres) :

- l'une, à Villiers, dont le but était de nous permettre de faire connaissance. Rapidement nous avons évoqué notre malaise devant le PMSI. (Programmation de médicalisation des systèmes informatisés) ;
- les deux autres, au siège social de la fondation La Renaissance Sanitaire.

Quel est l'objet de ces rencontres ?

- Des échanges d'informations diverses (forum de psychologues, documentations...) ;
- la mise en place de notre cadre de travail (par exemple, questionnement sur la place, la forme et le contenu de nos écrits...) ;
- les modalités de rencontre de patients ;
- nos pratiques cliniques ;
- des échanges au sujet de certaines problématiques des patients ;
- un sujet nous mobilise tout particulièrement, en cours d'élaboration, celui du PMSI.

Nous pouvons distinguer deux approches différentes du patient mais qui se rejoignent : l'approche clinique et l'approche cognitive (cf. Article sur le psychologue spécialisé en neuro-psychologie).

Dans le cadre de l'approche cognitive, les cotations du PMSI s'intègrent, en partie, dans la « rééducation neuro-psychologique ».

Quant à l'approche clinique, la « rééducation neuro-psychologique » nous paraît être un non-sens. Conformément à notre philosophie et notre éthique du sujet, nous ne situons pas nos actes dans une mission orthopédique du fonctionnement psychique.

Dans ces deux approches, le psychologue est la « garantie pour le patient d'un accueil et d'une prise en charge spécifique du vécu et des faits psychiques ».

Comme le cite, en 1969, D. Anzieu, « le psychologue, spécialiste des sciences humaines, fournit au public des services professionnels dans lesquels il applique les principes et les méthodes de la psychologie scientifique, notamment dans le domaine de la prévention, l'adaptation, l'orientation, la recherche et les traitements ». Nous mettons ceci en place quotidiennement, ainsi que le tra-

vail d'accompagnement des familles, ce dernier concourant à la prise en charge des patients. Nous pensons que tous ces actes mériteraient une cotation particulière et spécifique. Nous désirons qu'ils « soient non seulement comptés mais discernables en tant qu'actes psychologiques ».

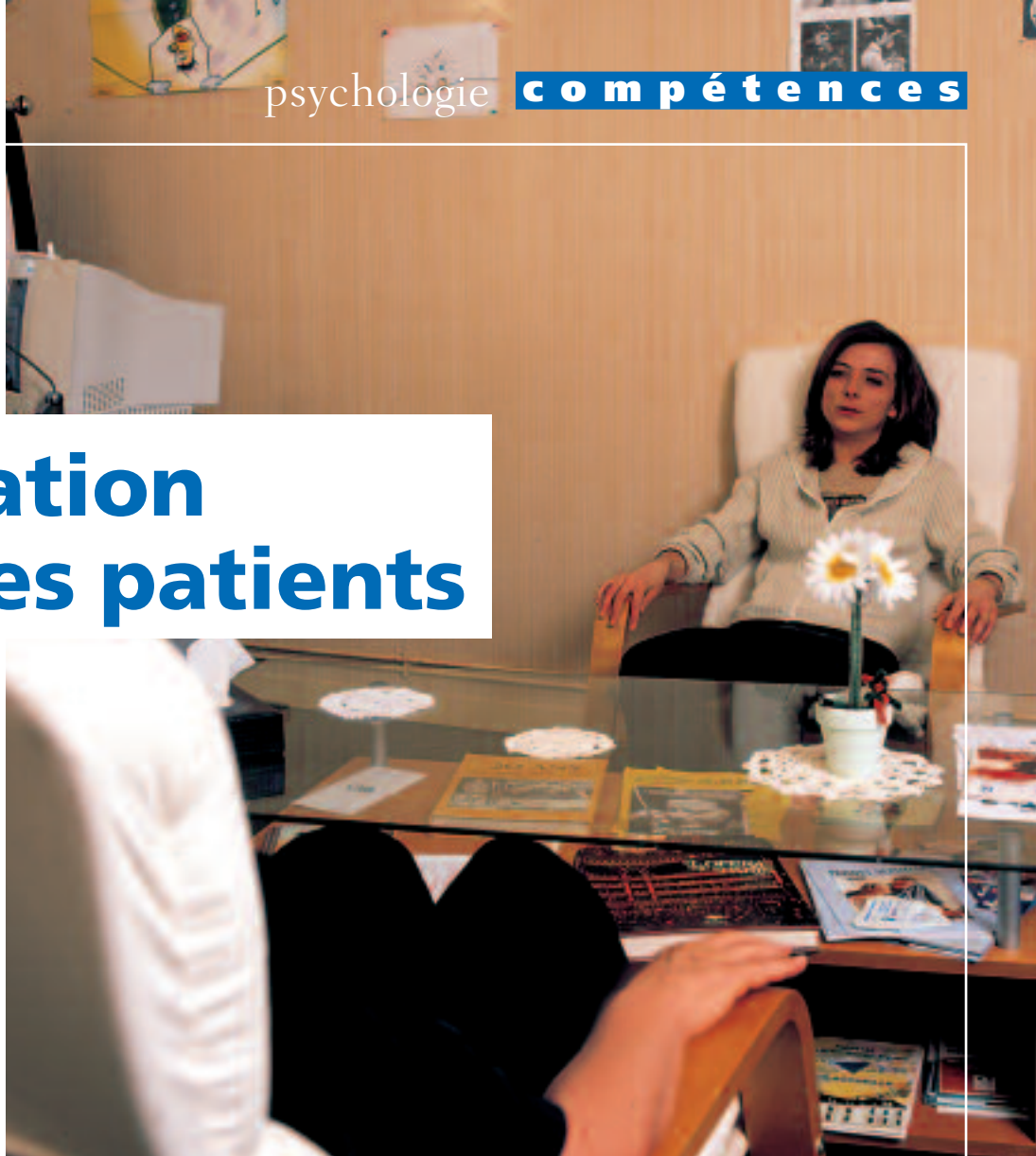
De plus, nous remarquons un écart entre nos deux institutions, en ce qui concerne la cotation PMSI.

Souhaitez-vous poursuivre ces communications ?

Sortir de l'isolement, réfléchir ensemble, confronter nos pratiques sont les moteurs d'un travail en commun.

Pour harmoniser les prises en charges globales des patients, tout en gardant notre singularité personnelle, nous espérons poursuivre ces rencontres. ■

S. Adin,
V. Frison,
C. Jacob, G. Lefebvre
Psychologues





De l'impressionnisme au poi Du travail de la dentelle et du

L'utilisation d'images empruntées à l'art pictural et à l'artisanat évoque ce que je ressens de l'évolution de mon art, au sens d'une création. La création de ma place.

L'image d'un travail par petites touches, que je pensais imprimer dès mon arrivée, entraînait quelques résistances. C'est de façon punctiforme que je poursuivis. Une forme se dessinait peu à peu... La dentelle évoque la finesse, la délicatesse, la légèreté. Le tissage dont la trame, symbolisée par un fil rouge, exprime le fond de mon travail (philosophie, concepts, théories, méthodes). La chaîne s'entrecroise, au fil du temps, à la trame pour créer l'image d'un tissu. La chaîne s'articule au tissu social, professionnel, au contexte politique et économique dans lequel j'évolue au sein de l'hôpital. Trame et chaîne vont produire le type et la couleur du travail de la psychologue en équipe interdisciplinaire.

1999

La très grande majorité des prises en charges cliniques concerne celles des patients sur demande médicale, parfois sur « prescription médicale ».

La question du cadre de travail (espace, temps, consigne, demande) est encore imparfaitement connue ou acceptée. Progressivement, j'interviens dans tous les pavillons, toutes les unités, auprès des patients « exclusivement ».

Le bilan annuel est mitigé et en même temps prometteur. Ce saupoudrage entraîne frustration, insatisfaction, colère de tous côtés (patients, équipe soignante et moi-même).

Je choisis, en accord avec les médecins, de centrer mon activité sur les services les plus demandeurs « statistiquement ». Ceci me semblait être un critère le plus objectif possible, mais peut-être pas le plus opportun. Comment faire un choix en ne lésant pas les susceptibilités ? Le choix statistique m'oriente vers les unités de soins palliatifs, d'oncologie, de nutrition.

Cette proposition est présentée en CME en février 2000, pour une mise en place après les congés d'été.

2000

À partir du mois d'août, l'activité centrée permet un ancrage dans le réel, favorise une réflexion plus pertinente et donne plus

de consistance à ma pratique clinique. L'évolution est remarquable, les patients de nutrition me sollicitent eux-mêmes après information médicale et/ou infirmière. Les patients obèses sont très demandeurs.

2001

Moins d'éparpillement apporte une plus grande disponibilité psychique et une meilleure concentration.

Certains patients, mais également des familles, me sollicitent en soins palliatifs et oncologie.

Petit à petit, je suis plus disponible pour les équipes au sein de ces quatre unités. La reconnaissance du champ de travail de la psychologue se développe et la confiance s'installe progressivement, après un long travail d'« apprivoisement » (ref. Saint-Exupéry).

2002

La réalisation d'un bilan, non seulement quantitatif mais qualitatif, sur l'ouverture et l'intégration de cette fonction au sein des unités ciblées objective :

- une meilleure articulation du travail de chacun. La spécificité professionnelle est efficace lorsqu'elle s'exerce dans la



ntillisme tissage

complémentarité des approches ;

- les soignants approchent certains patients (ou familles) « difficiles » autrement. La prise en charge des patients se réalise de façon indirecte ; c'est-à-dire à partir de l'écoute du vécu des soignants. Ils les accompagnent vers cette démarche de prise en charge psychologique, pour ceux qui acceptent de s'ouvrir timidement à une nouvelle orientation ;
- le développement de réflexions éthiques ;
- le fait d'« être là », présente dans l'unité auprès des équipes, peut favoriser la circulation de la parole face à des situations angoissantes ou agressives venant des patients ou familles. L'anxiété, envahissante, se désamorce et favorise la re-création du lien avec les patients (familles).

Ces différents aspects positifs traduisent un réel travail d'équipe interdisciplinaire. Ils sont au bénéfice du patient, mais également des différents personnels, chacun se sentant, ainsi, reconnu comme sujet.

C. Jacob
Psychologue

Les psychologues...

Ce qu'ils sont

- Ils ont une formation universitaire pratique et théorique de haut niveau : licence, maîtrise, DESS ou DEA + stage qui leur donne un titre légalisé.
- Ils se donnent des formations complémentaires longues et coûteuses, postuniversitaires (thèse, DU, formations aux psychothérapies, au psychodrame, à la psychanalyse, à l'animation des groupes, à l'analyse des pratiques, à l'expertise, etc.).
- Ils exercent dans tous les champs de la société : leur travail est l'exercice d'une discipline qui traverse tous les champs disciplinaires. C'est une profession transversale.
- Ils jouent un rôle de régulateur dans les institutions (fonction tierce).

Code de déontologie des psychologues

« Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues. »

Missions

Article 2 du décret de 1991. Missions et statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière :

« Ils exercent les fonctions, conçoivent les méthodes et mettent en œuvre les moyens et techniques correspondant à la qualification issue de la formation qu'ils ont reçue. À ce titre, ils étudient et traitent, au travers d'une démarche professionnelle propre, les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité. Ils contribuent à la détermination, à l'indication et à la réalisation d'actions préventives et curatives [...]. Ils entreprennent, suscitent ou participent à tous travaux, recherches ou formations que nécessitent l'élaboration, la réalisation ou l'évaluation de leur action [...]. »

Les psychologues sont au cœur d'un débat de société

Le public les sollicite directement et de plus en plus.

Les psychologues interpellent les « ordres établis » : médical, judiciaire, libéral, éducatif en questionnant le sens des actions, décisions, orientations par :

- la création d'un espace de pensée critique ;
- l'écoute de la parole des protagonistes...

Ce qu'ils ne sont pas

- Ils ne sont pas psychiatres : ils ne prescrivent ni des médicaments ni une hospitalisation.
- Ils ne sont ni médecins, ni paramédicaux, ni auxiliaires médicaux.
- Ils ne travaillent pas sur prescription médicale.
- Ils ne sont pas inscrits dans le code de la santé.
- S'ils n'ont pas acquis des formations complémentaires longues, ils ne sont pas aptes à pratiquer des psychothérapies, mais leur formation universitaire les autorise à pratiquer des accompagnements psychothérapeutiques.
- Ils n'ont pas de fonction hiérarchique (s'ils deviennent directeurs ou chefs de service, ils cessent d'occuper une position de psychologue).

Les psychologues exercent des fonctions

- Écoute des personnes.
- Accompagnement : l'intervention psychologique est multiforme dans les moments de changement, de crise, d'aide à la réorganisation.
- Parole : travail auprès des personnes, des familles, des équipes, des institutions ou entreprises.
- Analyse :
 - des pratiques et régulations d'équipes ;
 - des situations.
- Relation :
 - des personnes et des groupes ;
 - de psychothérapeute ou de psychanalyste auprès de personnes ou de groupes.

Oser dire : « J'ai mal » Un accompagnement avec des mots

J'ai choisi de faire un écrit en ce qui concerne ma pratique professionnelle au sein de l'établissement afin d'éclaircir ma fonction auprès du personnel et de susciter un certain nombre d'interrogations.

La consultation constitue mon activité clinique essentielle : elle a lieu dans mon bureau ou en chambre (lorsque le malade ne peut se déplacer et que le minimum de confidentialité est possible).

Les patients sont adressés par le médecin, le psychiatre, l'équipe médico-soignante, les assistantes sociales ou la demande est spontanée.

Je m'assure toujours que la personne est d'accord car il ne doit pas s'agir d'une prescription médicale au même titre qu'un examen complémentaire. Cela justifie mon passage dans les services en matinée afin d'aller à la rencontre des personnes hospitalisées.

C'est aussi un moyen pour moi d'aller à la rencontre du personnel soignant qui peut exprimer certaines difficultés auprès de tel ou tel patient, etc.

Soulignons qu'étant donné le nombre de personnes hospitalisées, mon activité clinique est tournée exclusivement vers le patient et non vers l'équipe ; la demande de celle-ci reste encore très présente, comme à mon arrivée dans l'établissement en septembre 2000.

La prise de contact est un élément très important dans mon activité et j'y consacre un certain temps afin de lever certaines appréhensions vis-à-vis du psychologue.

Mon bureau est un espace privilégié, le patient fait l'effort d'y venir.

Je décrirai mon activité comme :

- une écoute ;
- un soutien ;
- une revalorisation narcissique ;
- une réflexion sur la sortie du patient ;
- des entretiens à visée thérapeutique ;
- une participation à un début de diagnostic ;

- une orientation vers un collègue à l'extérieur après une sensibilisation au travail du psychologue.

Ceci, en fonction de chacun ou tout à la fois.

Un contrat est passé avec le patient quant au fait que le service est prévenu et qu'il peut être averti de certains éléments.

Les différents types de consultations :

- consultations ponctuelles :
 - à visée cathartique : le sujet venant se décharger de ses angoisses, sa révolte, sa rancœur, etc., avec bénéfice immédiat,
 - la famille venant demander conseil, sur l'attitude à avoir, venant exprimer sa souffrance,
 - personne bénéficiant d'un suivi à l'extérieur et du fait de l'éloignement géographique : proposition d'un relais ;
- consultations de soutien psychothérapeutique et à visée d'adaptation : la personne vient pour parler de ses difficultés et des ses émotions relatives au diagnostic, à la maladie, aux traitements. Cela s'accompagne souvent d'une reprise d'événements douloureux et constitue une quête de sens ;
- consultations d'inspiration psychanalytique : une véritable demande de psychothérapie analytique est formulée. La confrontation à la maladie agit comme un révélateur d'un mal-être ancien, avec un désir urgent de dénouer quelque chose (transfert, contre-transfert, frustration) ;
- analyse d'une situation complexe : il peut y avoir découverte d'une souffrance et une situation psycho-sociale péjorant l'adaptation au traitement et à la réinsertion ultérieure. Il s'agit d'un travail de liaison avec les différents partenaires pour une approche globale.

Mes projets :

Pour une meilleure prise en charge des patients, mes projets demeurent multiples, en particulier :

- la création d'autres postes de psychologues pour les patients et pour les soignants ;
- la création de groupes de paroles patients avec un support de type musique ;
- la définition de la place du psychologue dans le dossier patient ;
- la réflexion sur mes transmissions.

En plus

- Participation au programme de formation des soignants du département vasculaire diabétique et appareillage (VDA) à la demande des soignants sur les thèmes :
 - La compliance en 2002.
 - La prise en charge psychologique du sujet atteint de pathologie chronique en 2003.
- Ouverture vers l'extérieur en travaillant en réseau afin de permettre des rencontres, des échanges, par exemple :
 - Rencontre avec nos collègues psychologues de La Musse.
 - Participation au Forum des Psychologues en 2002.
 - Collaboration à la création d'une cellule locale partenaires « 115 » avec la circonscription de prévention et d'action sociale de Château Thierry.
 - Prise de contact et rencontre d'associations.
 - Participation en qualité « d'actrice » à l'atelier théâtre dans le cadre de « Culture à l'hôpital ».

En somme

Mon travail de psychologue est un travail difficile mais qui demeure varié, qui n'est pas figé en fonction de chaque personne rencontrée, ce qui me paraît enrichissant. ■

V. Frison
Psychologue



Le rôle d'un psychologue spécialisé en neuropsychologie

Le rôle du psychologue spécialisé en neuropsychologie est différent de celui d'un psychothérapeute travaillant sur des problématiques inconscientes. Mon but est l'évaluation et l'amélioration des anomalies du fonctionnement cognitif (mémoire, attention, raisonnement, etc.) du comportement et des émotions consécutives à une souffrance cérébrale. L'objectif, à terme, est d'obtenir un meilleur bien-être pour le patient et son entourage. Je travaille donc avec les patients souffrants de pathologies neurologiques diverses : maladies vasculaires, tumeurs cérébrales, traumatismes crâniens, maladies infectieuses et dégénératives, épilepsie... L'évaluation vise à mettre en évidence les perturbations neuropsychologiques mais également à préciser les capacités préservées. La contribution diagnostique permet la compréhension de la nature des troubles, le diagnostic différentiel (par exemple, vieillissement pathologique/normal, dépression), la réalisation de lignes de base pour le suivi

d'évolution, l'évaluation des techniques rééducatives, l'expertise médico-légale. La prise en charge a pour objectif de restaurer, autant que faire se peut, l'autonomie personnelle, sociale et professionnelle du patient. Elle concerne la thérapie des troubles cognitifs et émotionnels. Elle repose sur l'élaboration et l'application de stratégies spécifiques pour réduire les désordres et exploiter les capacités préservées. Elle nécessite l'accord préalable du patient, ce qui n'est pas sans difficulté notamment chez des patients souffrant d'anosognosie (absence de conscience de leurs troubles). Toutefois, la prise de conscience des troubles peut être le premier temps de la rééducation. Parallèlement, la pratique de la neuropsychologie clinique implique un travail de conseil, de soutien et d'information auprès du patient, de son environnement familial ainsi qu'auprès du milieu hospitalier qui prend en charge le malade. Ce soutien auprès du patient est nécessaire, dans la mesure où il lui faudra faire le deuil de ce qu'il était avant son accident ou accepter

son déclin cognitif. Le soutien psychologique des familles est également un élément capital dans la prise en charge puisqu'il permet d'expliquer les modifications comportementales du patient et d'aider les patients et leur famille à surmonter les frustrations, la détresse, les changements psycho-affectifs résultant de l'atteinte cérébrale et ainsi de mieux comprendre les difficultés au quotidien. Des temps d'information sur les différents troubles neuropsychologiques rencontrés dans le service sont proposés au personnel soignant afin de mieux comprendre les troubles cognitifs des patients ainsi que leurs comportements.

Enfin, mon travail se fait en étroite collaboration avec les différentes équipes : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes. Les échanges avec les psychologues cliniciens m'apportent un point de vue différent sur le vécu des troubles tout à fait complémentaire de mon analyse. ■

G. Lefèvre
Psychologue



La réadaptation

La Société française de cardiologie définit la réadaptation cardiaque comme « l'ensemble des mesures qui permettent à un malade cardiaque de récupérer le maximum de capacité fonctionnelle par l'exercice physique et par les mesures de prévention secondaires reconnues comme susceptibles d'améliorer le pronostic à long terme ».

Une prise en charge efficace dans nombre de cardiopathies

De longue date adoptée dans les suites de chirurgie cardiaque, la réadaptation cardiaque est également souvent proposée dans les suites d'un infarctus ou d'un épisode coronarien aigu.

Ces dernières années, son efficacité a bien été démontrée chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque, chez qui elle apporte non seulement une amélioration subjective de la qualité de vie (comme en attestent les résultats des questionnaires spécialisés) mais également une amélioration des performances quantifiables.

- Amélioration des capacités aérobies objectivées par l'amélioration du pic de consommation d'oxygène.
- Amélioration des paramètres musculaires, pulmonaires, circulatoires et neuro-hormonaux.

Le réentraînement à l'effort rompt le cercle vicieux de l'insuffisance cardiaque où se succèdent décompensation, alitement et déconditionnement musculaire qui sont à l'origine d'une perte d'autonomie pouvant devenir, à terme, majeure. Associé aux autres traitements classiques de l'insuffisance cardiaque, et complété par des mesures de prévention

et d'éducation des patients, il contribue à réduire le nombre de décompensations et de réhospitalisations et à retarder l'évolution de la maladie.

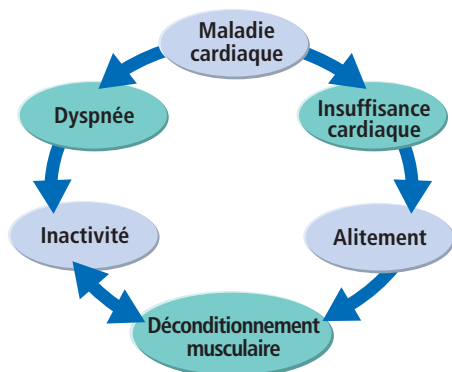
Après la phase d'hospitalisation et en préparation au retour à la vie active intervient la phase de réadaptation cardiaque en établissement spécialisé qui permet de mettre en place une rééducation active sous contrôle médical.

Selon les indications et les possibilités, elle peut être réalisée en internat ou en hospitalisation de jour

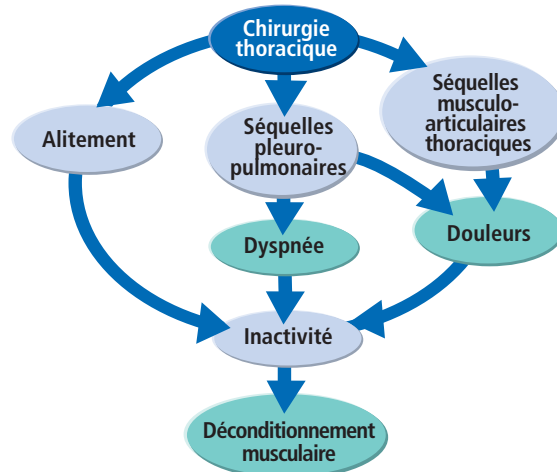
À Villiers Saint Denis, l'équipe de réadaptation s'est étoffée et diversifiée au fil des années, permettant désormais une prise en charge pluridisciplinaire, par une équipe associant médecins, infirmières, kinésithérapeutes, éducateurs sportifs, diététicien, psychologue et assistant social. Pour certains patients plus handicapés peuvent intervenir si besoin un ergothérapeute et un orthophoniste.

Les infirmières réalisent avec le cardiologue la surveillance clinique quotidienne, notamment la surveillance et les soins des cicatrices. Elles jouent un rôle de premier plan dans l'accueil, la mise en

Le cercle vicieux de l'insuffisance cardiaque



Les effets secondaires de la chirurgie



cardiaque en centre spécialisé

confiance et l'information des patients. Nombreux sont en effet ceux qui, conformément aux anciennes idées reçues, pensent qu'au sortir d'un épisode de décompensation ou même d'une chirurgie cardiaque, le repos reste à la base de leur traitement. Il s'agit alors d'expliquer au nouvel arrivant pourquoi et comment l'exercice mesuré et le réentraînement progressif permettront de compléter efficacement le traitement de sa maladie.

L'accent est tout d'abord mis sur la kinésithérapie et la rééducation

- Elle sera dans un premier temps réparatrice, luttant contre les séquelles de l'intervention et les éventuels déficits neuro-musculaires existants.
- Elle sera ensuite constructive, par la pratique d'activités physiques qui rythment la journée (gymnastique d'assouplissement, vélo, exercices respiratoires, marches dans le parc...). Pratiquée par de petits groupes de patients, pour favoriser l'émulation et la discussion, elle est nécessairement et naturellement adaptée à chacun, en fonction des résultats du bilan initial puis des progrès observés.
- Elle sera complétée par des activités plus ludiques comme le tennis de table ou les jeux de ballon.

Dans le même temps, est mise à l'honneur une hygiène de vie saine et équilibrée

Intervient alors la diététicienne, en cette période qui est sans doute la plus propice

pour mettre en œuvre les bonnes résolutions et acquérir de nouvelles habitudes.

Mais la découverte d'une cardiopathie, ou parfois son aggravation peut, pour certains de nos patients, être à l'origine d'un véritable stress psychologique, contre lequel le soutien de la psychologue nous est d'un grand secours. Une aide au sevrage tabagique sera au besoin proposée sous la forme de consultations, permettant éventuellement l'instauration d'un traitement adapté.

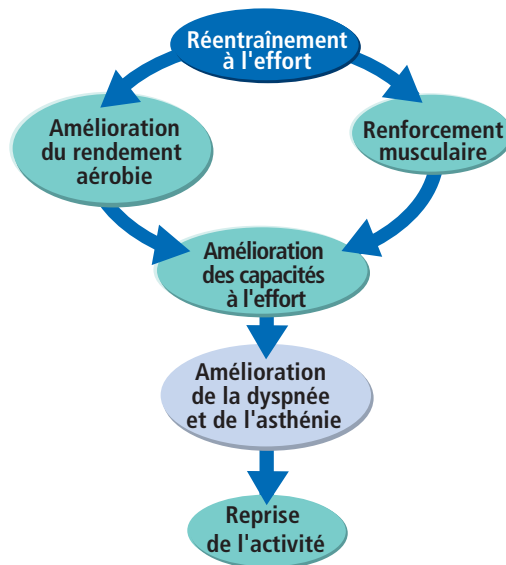
Enfin, une large place est accordée à l'éducation thérapeutique

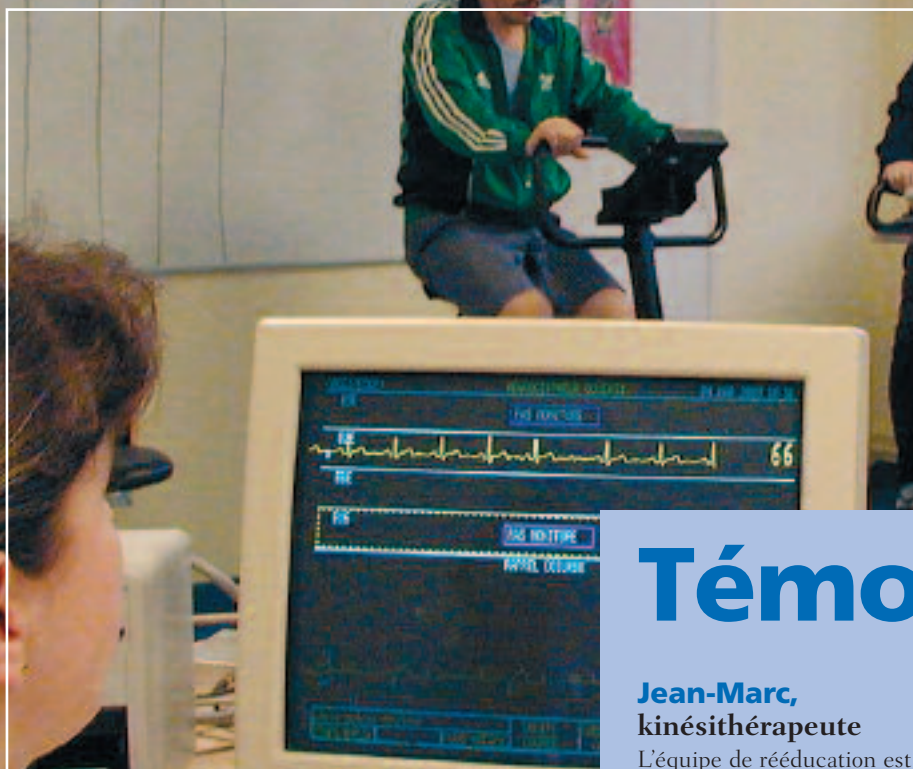
Les maladies cardiaques ont pour la plupart une évolution chronique dont la prise en charge et la prévention des complications nécessitent une participation active du patient lui-même, en partenariat étroit avec son médecin.

Le service de réadaptation bénéficie d'un environnement verdoyant, source d'un certain dépaysement qui, tout en contrastant avec l'atmosphère hospitalière, favorise la rupture avec les habitudes passées et la mise en place d'un nouveau mode de vie.

Nous avons la chance de pouvoir accueillir les patients dans un parc boisé et vallonné sillonné de chemins pédestres et de sentiers ombragés ; ce cadre est, en effet, particulièrement propice à la réflexion et à la détente, mais également à la diversification des activités

La boucle inversée par le réentraînement à l'effort





physiques, pour peu que le soleil soit de la partie.

Au sein de l'équipe, chacun a sa place, chacun a un rôle particulier à jouer, mais ceux-ci sont en même temps très intriqués : une infirmière participe avec les kinésithérapeutes et les professeurs d'éducation sportive à la surveillance des patients pendant les séances de rééducation ; la diététicienne organise avec les kinésithérapeutes des séances de formation collective à l'hygiène alimentaire ; et toute l'équipe se retrouve régulièrement pour discuter de tel ou tel problème particulier et pour évaluer et apprécier les progrès ou les difficultés de chacun. Enfin il ne faut pas négliger le rôle des patients eux-mêmes qui, participant par petits groupes aux diverses activités, s'entraînent voire se soutiennent mutuellement. Il naît entre eux une certaine émulation, et en quelque sorte un esprit d'équipe. Pour un certain nombre, cela concourt également à la découverte des plaisirs que procure l'activité physique, plaisirs que nous souhaitons voir se prolonger ensuite, après le retour au domicile, et même s'étendre à l'entourage familial. C'est la phase de consolidation, prolongement indispensable de l'étape précédente, mettant en place l'observance au quotidien des mesures hygiéno-diététiques, sous contrôle du médecin traitant et du cardiologue. ■

L'équipe de réadaptation

Témoignages de

Jean-Marc, kinésithérapeute

L'équipe de rééducation est constituée de deux kinésithérapeutes, deux professeurs diplômés en activités physiques adaptées et de deux infirmières qui participent à la rééducation des patients. Pour nous, le patient est l'acteur principal de son projet thérapeutique : pour certains, ce sera la reprise de leur activité professionnelle, ou le retour à une vie familiale harmonieuse, ou la reprise d'activités de loisirs abandonnées ; pour d'autres, il s'agira de retrouver une autonomie perdue avec la maladie.

La rééducation sera bien sûr adaptée à chacun en fonction des résultats du bilan initial effectué par le cardiologue et par les rééducateurs.

Le réentraînement à l'effort est classiquement réalisé sur bicyclettes, mais nous leur proposons, en fonction de leurs possibilités physiques et de leurs goûts, de travailler également sur tapis roulant, ergomètre à bras, ou steppeur. Les plus fatigués de nos patients commencent sur le « vélo assis » qui est doté d'un dossier de soutien.

Chez les malades opérés, il faut dans un premier temps réduire les douleurs consécutives à la thoracotomie par une prise en charge individuelle des contractures musculaires et des raideurs articulaires. Il leur faut également récupérer une capacité ventilatoire normale. Nous leur proposons pour cela de travailler sur un petit appareil (Voldyne®) leur permettant de visualiser leur respiration pour mieux la contrôler, ainsi que de mesurer les progrès réalisés. Les professeurs d'éducation physique, quant à eux, prennent plus particulière-

ment en charge les activités de groupe, les activités extérieures et les activités de jeux. Les infirmières nous sont d'une aide précieuse pour la surveillance des patients en séances de réentraînement à l'effort et notamment, au cours de ces séances, elles assurent la surveillance de l'électrocardiogramme de certains patients.

Sabrina, psychologue

C'est le plus souvent une situation d'anxiété, voire d'angoisse que vivent nos patients : anxiété face à la maladie chronique dont ils redoutent une diminution de leurs capacités physiques et un bouleversement de leur vie future, angoisse parfois de voir survenir une complication ou un nouvel accident susceptible de mettre leur vie même en danger.

Cette anxiété peut se manifester, selon les individus, ou même selon les moments chez un même individu, par une tendance dépressive, ou au contraire par une irritabilité, ou une hyperactivité réactionnelle. Chez un autre, ce sera une réaction de négation de la maladie, dans la crainte de voir s'installer une dépendance liée aux déficiences physiques, qui risque d'être vécue comme un état d'infériorité.

Ces perturbations psychologiques engendrent obligatoirement un inconfort parfois majeur pour le patient et risquent en outre de compromettre l'efficacité du séjour et des traitements qui lui sont proposés. Pour ceux d'entre eux qui développent alors une hyperactivité réactionnelle, certaines études ont montré qu'elle peut même constituer un fac-



l'équipe

teur de risque supplémentaire à l'aggravation des maladies cardio-vasculaires. C'est souvent pendant le séjour en réadaptation, après l'accident aigu, ou après l'opération, que l'anxiété et les incertitudes concernant l'avenir vont se manifester. C'est alors que le patient et parfois même ses proches vont nécessiter un soutien psychologique.

Le rôle de la psychologue est d'apporter un soutien relationnel aux patients qui en ont besoin, tout en restant particulièrement attentive à leur préserver le sentiment de contrôler eux-mêmes la situation, sentiment indispensable au maintien de leur sécurité interne.

Mon premier entretien me permettra d'évaluer la personnalité du patient, d'identifier les facteurs de vulnérabilité psychologique. Je pourrai ainsi, si nécessaire, conseiller l'équipe soignante et mettre en place avec elle une stratégie commune de soutien.

Au cours des entretiens, l'expression des émotions permet souvent au patient lui-même de mieux les identifier et donc de développer à son tour une stratégie de contrôle et d'adaptation.

Nathalie, diététicienne

La diététique revêt une importance capitale dans la prévention et l'éducation de nos patients. Leur adhésion à de nouvelles habitudes alimentaires étant une condition de réussite, l'alimentation proposée doit tenir compte des goûts et des habitudes de vie.

La base de l'alimentation en réadaptation cardiaque se veut pauvre en graisse

animale et modérée en sel (2 à 3 g/jour en moyenne).

Mais elle est souvent associée aux autres pathologies du patient (diabète, colopathies...).

Notre rôle est d'éduquer le patient, c'est-à-dire l'amener à changer ses habitudes alimentaires. Ces nouvelles données devront être applicables aux impératifs de vie du patient : travail, sport, vie sociale... L'éducation porte sur :

- les graisses : information sur les différents types de matières grasses, leur qualité, leur utilisation, les quantités à consommer et leurs conséquences sur l'organisme lors de leur mauvaise utilisation ;
- le sel : information sur le rôle du sel dans l'organisme, les quantités dans les aliments, les produits sans sel que l'on peut trouver dans le commerce, etc.

Toutes ces informations sont adaptées à chaque patient et écrites dans un livret donné en prévision de la sortie.

Nous offrons la possibilité de rencontrer la famille afin de répondre à leurs interrogations et de dédramatiser le « régime » : il s'agit de donner des conseils très pratiques (manger chez des amis, aller au restaurant, cuisiner...).

Dans tous les cas, la diététicienne doit faire face à des patients qui viennent de subir un choc brutal et souvent traumatisant, leur imposant de remettre beaucoup de chose en cause dans leur vie.

Les réactions sont de deux types :

- le patient avide d'informations, qui adhère relativement facilement aux recommandations ;
- le patient réfractaire à toute modification de ses habitudes.

Avec l'accord du médecin, nous lui proposons des informations sans imposer de régime.

C'est alors que prend toute l'importance d'une équipe pluridisciplinaire qui accompagne ce patient dans une démarche éducative.

L'alimentation est une valeur ancestrale. Gérard Apfeldorfer déclare dans son livre *Je mange, donc je suis* que « manger est un acte culturel et social [...] ; l'importance que revêt l'action de manger, ses multiples significations, sociales et personnelles, peuvent difficilement se réduire à la simple ingestion de nutriments destinés à servir de carburant à notre organisme et au plaisir que, la

plupart du temps, nous y prenons [...] Immense est la richesse symbolique de la prise de la nourriture ».

Patricia, cadre infirmier

En réadaptation cardiaque, l'infirmière a un rôle de coordonnateur, et l'infirmier tient lieu de « quartier général » où se retrouvent et se rencontrent les différents acteurs de la réadaptation.

Nous accueillons le patient à son arrivée, lui présentons les lieux, les différentes personnes de l'équipe, l'informons sur l'organisation du service (rythme des visites du médecin, prise en charge par les rééducateurs, organisation et rythme de sa journée...).

Nous informons et rassurons celui qui doit passer un examen (radiographie, épreuve d'effort, échographie cardiaque, holter...). Rassurer reste essentiel pour ces patients qui sont souvent particulièrement anxieux après un accident cardiaque en raison duquel certains d'entre eux ont craint pour leur vie.

Parmi les soins techniques infirmiers, nous avons acquis une bonne connaissance de la surveillance des sutures post-opératoires ; si la plupart cicatrisent spontanément, d'autres nécessitent une surveillance et des soins plus spécifiques.

Bien sûr, il nous faut, comme chacun dans l'équipe, rester attentives à la surveillance quotidienne des patients et savoir discerner les petits signes pouvant être précurseurs d'une complication ou d'une petite défaillance, qu'elle soit physique ou morale parfois !

Surtout, l'éducation thérapeutique des patients a pris une place devenue primordiale dans notre action auprès d'eux. En respectant le rythme de chacun nous évaluons les connaissances et réajustons les informations (prise d'anticoagulants, diurétiques, anti-arythmiques, bêta-bloquants dérivés nitrés...). Ainsi, au fil des jours, nos patients apprennent à devenir de véritables partenaires de leur médecin tant pour la prise en charge de leur maladie que pour la surveillance de leur traitement.

Notre rôle n'est pas de mater, mais de mettre nos compétences au service des patients et de les aider à se prendre en main. ■



Salle de rééducation



Plateforme de stabilométrie

Le département médecine et réadaptation (MPR)

L'hôpital Villiers Saint Denis, lors de sa reconversion dans les années 1970, a développé un service de médecine physique et de réadaptation (anciennement rééducation et réadaptation fonctionnelle). Malgré une meilleure connaissance du handicap et de son développement dans notre société mécanisée, cette branche de la médecine reste mal connue du grand public, si ce n'est des professionnels de santé. Il s'ensuit une utilisation incomplète des structures existantes ou une inadéquation de l'offre et de la demande avec tout ce que cela peut induire comme dysfonctionnement. L'objectif de cet article est de présenter la spécialité, les moyens qu'elle met en œuvre pour accomplir ses missions de soins polyvalents ou spécialisés de proximité quand elle s'exerce dans un centre.

Les personnels

Le médecin spécialiste assure la qualification MPR de la structure. Il coordonne le travail de l'équipe de rééducation qui est composée :

- de rééducateurs (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, orthophonistes et psychomotriciens dans certaines structures) ;
- de psychologues ;
- d'infirmières diplômées d'État et d'aides-soignantes ;
- d'assistante(s) sociale(s) ;
- de diététiciens.

L'activité de certaines professions est mieux identifiée que d'autres (les masseurs-kinésithérapeutes plus que les ergothérapeutes ; les psychomotriciens, très représentés dans le monde de la pédiatrie, sont apparus plus récemment dans le monde des adultes handicapés), la gériatrie étant un de leur lieu d'action. Il faut insister sur un rôle de plus en plus spécifique des personnels infirmiers au sein des services de MPR qui sont des acteurs à part entière, prenant en charge la rééducation vésicale au lit du patient (sondages intermittents et/ou résiduels chez les blessés

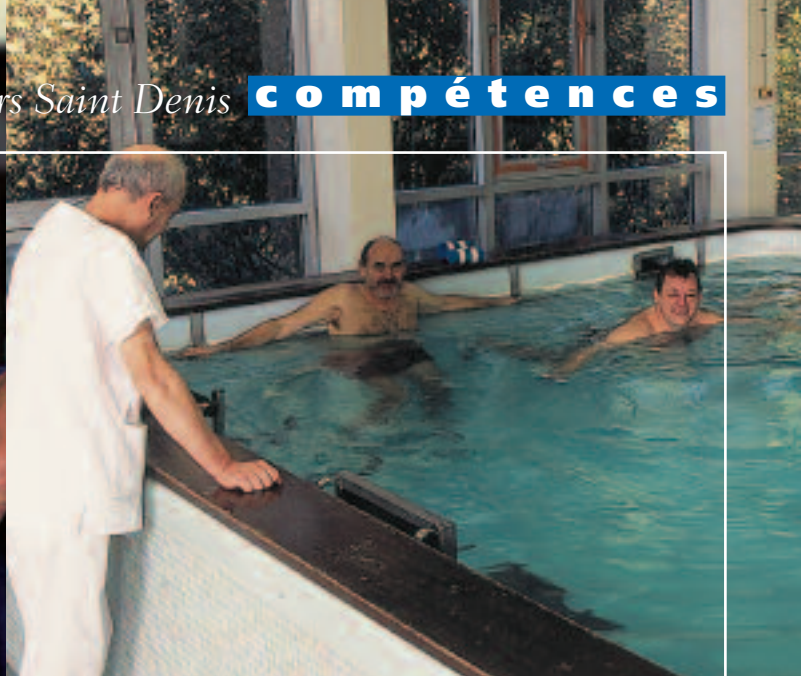
médullaires, dans les affections neurologiques dégénératives ou vasculaires), la surveillance et le contrôle des installations d'orthèses en chambre, en relais de l'ergothérapeute, du kinésithérapeute dans des pathologies orthopédiques, neurologiques, la stimulation des patients cérébro-lésés au quotidien (syndrome de l'hémisphère droit). Cette liste n'est pas exhaustive.

La formation de l'ergothérapeute lui permet d'assurer non seulement la rééducation, mais aussi la réinsertion sociale et professionnelle des patients les plus jeunes. La confection d'orthèse de rééducation ou facilitant la fonction pour le membre supérieur est un exemple de leur activité auprès du patient déficient afin d'en réduire les incapacités. Aucun des protagonistes ne se suffit à lui-même, l'équipe prend tout son sens dans ce long parcours de rééducation et de réadaptation qui va mener le patient de la phase initiale succédant à un événement aigu à la phase tertiaire de réadaptation.

Le département dispose du plateau technique permettant de répondre aux besoins de soins polyvalents.



Rééducation manuelle du genou



Balnéothérapie

ne physique

Classique, il comprend :

- une salle vaste où l'on trouve tables de rééducation, barres parallèles, boxes grillagés de pouliothérapie, appareils d'électrothérapie ;
- des boxes individuels pour les soins plus personnalisés ;
- des salles spécifiques pour la rééducation périnéale, la posturologie, le membre supérieur, équipées de tables Bobath (modalité de rééducation de l'hémiplégie).

Ces installations permettent d'organiser la rééducation à sec.

Les bassins de rééducation permettent d'assurer les techniques de soins en balnéothérapie. Ils sont utilisés pour un travail segmentaire (affection traumatique ou dégénérative du membre supérieur, opérée ou non) ou global lors de la reprise de la remise en charge après traumatisme atteignant les membres inférieurs. Ce type de travail s'effectue en petit groupe ou individuellement dans des baignoires trèfles dans le cas de certaines pathologies nécessitant l'isolement du patient (bains « froids » dans le cas de la sclérose en plaques, ou de présence de troubles vésico-sphinctériens, etc.).

Le service d'ergothérapie dispense aux patients des soins personnalisés. Les activités thérapeutiques concernent les membres supérieurs et inférieurs, les fonctions cognitives.

Un appartement thérapeutique intégré au service permet d'évaluer et assurer la réadaptation dans des conditions presque « écologiques ».

Le service d'ergothérapie enseigne l'économie articulaire dans certaines pathologies (pathologies rachidiennes, rhumatismes inflammatoires, etc.). Au lit du patient, les ergothérapeutes réalisent des aides techniques et les adaptent pour permettre toute l'autonomie possible. Ils développent l'indépendance des patients (toilette, habillage, repas). Ils travaillent en étroite collaboration avec les infirmières diplômées d'État et les aides-soignantes. Les orthophonistes formés à la neuropsychologie assurent des soins individuels. Ils disposent d'une batterie de tests permettant la réalisation des bilans des troubles du langage acquis. L'unité d'exploration urodynamique complète le dispositif. Deux médecins assurent cette activité d'exploration fonctionnelle qui est tournée vers l'ambulatoire et dont le développement est constant.

Modalités de prise en charge

L'hospitalisation complète et l'hôpital de jour sont les deux modes de prise en charge des patients dans ce département. En grande majorité originaire du bassin de vie, les patients sont admis au décours d'un évènement aigu, une fois passée la phase initiale, lors du suivi au long cours d'affections chroniques en raison d'une poussée ou pour un bilan diagnostique et/ou le traitement d'une perte d'autonomie (par exemple, aggravation de la spasticité au cours d'une sclérose en plaques ou d'un accident vasculaire cérébral, etc.). D'autres sources de recrutement, domicile, service de soins de suite sont possibles mais plus rarement. Les soins ambulatoires (non développés par le département) doivent rester autant que possible le mode préférentiel de prise en charge pour ces patients

Définition européenne de la médecine physique et de réadaptation

« La médecine physique et de réadaptation est une spécialité qui a pour rôle de coordonner et d'assurer la mise en application de toutes les mesures visant à prévenir ou réduire au minimum inévitable les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et des incapacités. »

Elle dispose d'une charte de qualité rédigée en juin 1999, signée le 15 octobre 1999 par toutes les composantes de la FEDMER (Fédération française de médecine physique et de réadaptation).

Dans un document consensuel validé par l'ensemble des organisations représentatives de la spécialité, elle a précisé « les critères de prise en charge en médecine physique et de réadaptation ». Ces deux documents sont une aide précieuse pour les professionnels de MPR, pour les tutelles et tous ceux qui souhaitent comprendre les missions et comment s'organise la discipline sur l'ensemble du territoire.



Activités thérapeutiques



Appartement thérapeutique intégré au service

souffrant d'affections chroniques susceptibles de développer à un moment de leur parcours un épisode aigu. C'est dire le rôle stratégique du réseau ville-hôpital.

Critères d'admission

Un grand nombre de pathologies justifie une prise en charge en MPR. De façon non exhaustive, on citera les affections traumatiques de l'appareil locomoteur, les affections neurologiques, les affections orthopédiques et rhumatologiques. Des facteurs déterminent les modalités de prise en charge en ambulatoire, en hôpital de jour ou en hospitalisation complète. Il est difficile de passer en revue chaque pathologie ; on se limitera à un rappel des principes généraux.

Bilan de l'année 2002

Au cours de l'année 2002, le département MPR a totalisé dans ses secteurs d'hospitalisation complète 1 010 entrées soit une moyenne de 83 entrées mensuelles. La durée moyenne de séjour (DMS) était de 44,27 (moyenne nationale de 40). L'âge moyen était de 66 ans, le sexe ratio s'établissait à 38,24 % d'hommes, 61,76 % de femmes.

1 706 entrées ont été réalisées en hôpital de jour avec une inversion du sexe ratio, 64,99 % d'hommes, 35,01 % de femmes. L'explication de ces chiffres réside peut-être dans un recrutement relevant davantage de la traumatologie quand il s'agit de l'hospitalisation de jour.

En 2002, les affections neurologiques de tout ordre ont représenté 17 % de nos patients, 50 % avaient une affection d'origine rhumato-orthopédique, 30 % souffraient d'une pathologie traumatique et

3 % ont des affections diverses (perte d'autonomie, troubles trophiques, etc.).

Modes de sortie : le retour au domicile représente le mode de sortie privilégié, il concerne plus de 92 % des patients en première intention ; 4,86 % ont dû être transférés vers une unité de court séjour, les décès représentent 0,11 % des patients.

Origine géographique : les départements de l'Aisne, de la Seine et Marne proche et de la Marne totalisent 94 % de nos admissions. Ces chiffres confirment notre vocation de service de proximité.

Afin d'améliorer son offre de soins, le département a inscrit dans ses objectifs le développement de la prise en charge des patients souffrant d'affections neurologiques et de lombalgies chroniques. La construction d'une nouvelle piscine de rééducation et la modernisation de son plateau technique devraient lui permettre d'actualiser son offre de soins et de poursuivre une activité tournée résolument vers le bassin de vie.

Dr H. Bage

Médecine physique et de réadaptation

Facteurs déterminant le choix d'une structure de médecine physique et de réadaptation*

Déficiences

La nature et l'intensité des déficiences induisent les indications des techniques de rééducation, leur modalité, leur diversité, leur complexité et leur complémentarité. À partir de deux interventions spécialisées ou de plus d'une heure par jour de rééducation, ces déficiences justifient la prise en charge dans une structure de médecine physique et de réadaptation, constituée d'une équipe de rééducation et d'un plateau technique, ainsi que de deux médecins dont un spécialiste de médecine physique et de réadaptation pour trente lits.

Facteurs médicaux

Ils se caractérisent par la nécessité d'une surveillance médicale et d'une coordination spécialisée des soins de rééducation avec présence d'un médecin de médecine physique et de réadaptation et de plusieurs intervenants paramédicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, neuropsychologue, assistante sociale, etc.).

Facteurs psychologiques

Ils influencent fortement le choix de la structure de soins de suite médicalisés ou de médecine physique et de réadaptation en fonction de critères comportementaux. La compréhension des objectifs et l'adhésion au programme de rééducation sont nécessaires. L'exception doit être faite pour les troubles cognitifs et comportementaux s'intégrant dans l'ensemble des conséquences de l'affection initiale (par exemple, lésions cérébrales).

Facteurs sociaux

Ils ne doivent pas constituer en soi un critère majeur d'hospitalisation en service de médecine physique et de réadaptation par rapport à un service de soins de suite médicalisés (sauf éventuellement pour cause de proximité de la structure par rapport au lieu de vie). D'autres facteurs sociaux, par contre, comme la nécessité d'une évaluation et d'une adaptation du domicile ou la nécessité d'une évaluation et d'un réentraînement professionnel, peuvent justifier cette prise en charge en hospitalisation.

* Critères de prise en charge en médecine physique et de réadaptation :

www.cpod.com/monoweb/syfmmer/referentiel/orientation_mpr/critere_1doc



Le but de ce travail était de montrer l'intérêt d'un réentraînement à la marche chez le malade artéritique après correction anatomique par pontage ou angioplastie. En effet, si la rééducation est aujourd'hui un traitement d'efficacité reconnue au stade de douleurs à la marche (claudication intermittente), elle reste peu pratiquée après revascularisation. D'autre part, les critères retenus pour évaluer le succès d'une chirurgie sont la perméabilité du pontage, la conservation du membre et le taux de survie, mais il est rarement fait mention de la récupération de la fonction marche, encore moins d'une évaluation objective rapportant le périmètre ou la vitesse de cette marche.

Réadaptation à la marche du patient artéritique après revascularisation

Étude rétrospective de 142 cas¹

Plusieurs études cliniques ont montré que le bénéfice fonctionnel de la chirurgie vasculaire était limité et tardif. De plus, la revascularisation reste un traitement symptomatique sans influence sur la progression de la maladie athéromateuse. C'est dire qu'il reste une place importante pour le traitement médical où la rééducation joue un rôle privilégié.

Protocole

Les patients sont pris en charge dès leur arrivée dans le service. L'installation en chambre est faite en collaboration avec l'équipe soignante avec, si besoin, attribution d'un fauteuil roulant dont les palettes sont protégées afin d'éviter les blessures jambières (figure 1). Les pieds sont protégés par des chaussures adaptées ou, en cas de

troubles trophiques, par des pansements américains et enveloppés dans des surchaussures plastifiées (figure 2). La rééducation postopératoire suppose que médecins et kinésithérapeutes aient une connaissance détaillée de l'atteinte artérielle du malade et du geste chirurgical (technique utilisée, siège anatomique du pontage et matériau utilisé). En effet, quel que soit le type

¹. Travail publié dans la revue Kinésithérapie, les annales, Octobre 2002, 10, 31-36.



Figure 1 : palettes de fauteuil roulant gainées de mousse et de cuir. Pieds protégés par des chaussettes de coton et des chaussons épais



Figure 2 : pieds avec troubles trophiques, enveloppés de pansements américains et de surchaussures plastifiées



Figure 3 : drainage lymphatique manuel

d'exercice, on veillera toujours à éviter une flexion prolongée ou répétée des membres inférieurs en cas de pontage en dessous du genou, notamment en matériau prothétique, en raison du risque de thrombose par plicature. L'usage du cyclo-ergomètre est donc déconseillé. Une fois le bilan clinique, biologique et cardiaque effectué, la rééducation débute selon la prescription médicale. Elle associe deux grands groupes d'exercices qui sont adaptés et personnalisés selon l'état du patient et son évolution au cours du séjour.

Les exercices préalables

Ils se révèlent comme indispensables chez des malades opérés récemment, souvent douloureux et désadaptés.

- **Le drainage lymphatique manuel (DLM) :** il s'agit d'un massage spécifique, pratiqué à partir de la racine du membre en progressant vers la distalité. Il permet de lutter contre l'œdème de revascularisation (figure 3). Il est complété par la mise en place systématique d'une contention souple, sans risque pour la circulation artérielle ou le pontage.
- **La mobilisation articulaire active et passive des membres inférieurs :** pour prévenir ou corriger les attitudes vicieuses éventuelles telles que flessum de genou ou équin de cheville.
- **La verticalisation :** sur plan incliné, pour lutter contre le déconditionnement du patient lié au décubitus, source de troubles orthostatiques (hypotension, chutes) en particulier chez la personne âgée.
- **Le travail musculaire analytique des membres inférieurs :** c'est un travail indispensable en pathologie vasculaire qui doit être exécuté quotidiennement, loge musculaire par loge

musculaire, du distal vers le proximal, dans toute l'amplitude du mouvement, contre faible résistance (figure 4).

- **La kinésithérapie respiratoire :** le travail du diaphragme permet lui aussi d'amorcer la pompe vasculaire et d'obtenir la détente du patient. Une bonne ventilation est le préalable indispensable de toute activité physique.
- **La relaxation :** elle s'effectue en petit groupe, facilitée par le travail respiratoire. Elle permet la levée des angoisses, des appréhensions et la mise en confiance du patient.
- **La gymnastique globale :** elle associe un travail musculaire des membres sans résistance et des exercices d'équilibre et des assouplissements pour une meilleure prise de conscience du schéma corporel.

Les exercices de réentraînement à la marche

Le réentraînement suit un programme progressif, adapté à l'état fonctionnel du patient et à son évolution. Pour les sujets les plus sévèrement atteints, on doit faire appel dans un premier temps aux différentes aides : barres parallèles, déambulateur, cannes et orthèses en matière thermoformable notamment en cas de paralysie des muscles releveurs du pied (figure 5). La marche est reprise en intérieur puis à l'extérieur sur différents types de terrains plats et accidentés. En fonction des progrès obtenus, nous formons des groupes de marche homogènes pour aborder à l'extérieur des parcours déterminés et balisés. Parallèlement est débuté un réentraînement sur tapis roulant (figure 6). Celui-ci est utilisé pour son rôle facilitateur et stimulant, permettant une évaluation objective et quantitative de

la marche en termes de distance et de vitesse. Il s'agit d'abord de trouver la vitesse de confort du patient de façon empirique, de 0,5 à 2 km/h selon les cas. Au début les exercices doivent souvent être interrompus en raison de la fatigabilité et des douleurs articulaires dans la zone opératoire. Ils sont répétés dans une même séance jusqu'à pouvoir atteindre progressivement une marche ininterrompue de 30 minutes. Progressivement, la vitesse est augmentée par paliers de 0,5 km/h pour viser les 3 km/h afin d'obtenir un périmètre de 1,5 km en 30 minutes. Les paramètres de l'exercice effectué et ceux de la surveillance du patient sont notés sur des fiches de suivi : fréquence cardiaque, vitesse, pente, distance parcourue, durée des exercices, durée totale de la séance, incidents éventuels. La durée totale d'une séance est de 40 à 45 minutes. Les séances sont quotidiennes, voire biquotidiennes, répétées jusqu'à obtention du meilleur résultat possible, l'objectif étant d'obtenir et d'entretenir une marche asymptomatique sur une durée de 30 minutes et/ou une distance minimum d'au moins 1 km, critères retenus comme suffisants pour assurer une autonomie complète.

Il s'agit d'un travail personnalisé qui demande de la motivation de la part de tous les intervenants. Il s'établit ainsi entre le malade et le kinésithérapeute une relation de confiance dépassant le seul travail physique. À la sortie du service, une prescription médicale détaillée précise la distance et la durée de la marche à pratiquer quotidiennement, en fonction des dernières performances réalisées. Elle est accompagnée d'un livret rappelant les mesures à respecter et facilitant l'autosurveillance.



Figure 4 : travail musculaire analytique



Figure 5 : orthèse thermoformée pour défaut de releveur du pied



Figure 6 : réentraînement sur tapis de marche

Résultats

Nous avons procédé à l'analyse rétrospective des résultats obtenus dans notre série de 142 patients (20 femmes et 122 hommes, d'un âge moyen de 61,7 ans) hospitalisés dans le service de janvier 1997 à novembre 2000, revascularisés avec succès et réentraînés sur tapis de marche (tableau 1). L'atteinte artérielle s'est révélée particulièrement sévère chez ces malades puisque cette population ne représente que la moitié de l'ensemble des patients qui nous ont été confiés par les chirurgiens. La gravité de l'atteinte locale et/ou générale, l'impotence des membres inférieurs, une occlusion de pontage postopératoire n'ont pas permis pour l'autre moitié de bénéficier de cette technique. La majorité des revascularisations a porté sur l'étage fémoro-poplité (30,2%) mais près du quart de notre population avait bénéficié d'une revascularisation à l'étage jambier (24,6%). Les revascularisations aorto-iliaques avaient toutes été associées à un pontage sous-jacent en raison de lésions artérielles étagées. Dans la moitié des cas un matériel prothétique avait été utilisé contre seulement 28% de matériel veineux en raison de l'absence de veine disponible chez des malades graves déjà multi-opérés ou ayant préalablement subi un évinement des membres inférieurs. Seule une minorité de patients avaient bénéficié d'une angioplastie endoluminale (16 cas). Ces données témoignent de la sévérité de l'état artériel dans la population considérée.

Les résultats sont rapportés dans le tableau 2. Nous avons obtenu un bénéfice moyen du périmètre de marche de 135% (extrêmes 50-700%). Il a été d'au moins 100% (soit un périmètre doublé) pour une majorité de patients (101 cas,

soit 71%) avec une vitesse et une durée moyenne des exercices qui ont également doublé entre le début du réentraînement et la sortie du malade. Le périmètre de marche dépassait le kilomètre pour 75% des patients (107 cas) alors qu'avant réentraînement il était inférieur à 0,5 km pour 61% d'entre eux (87 cas). Ce bénéfice a été obtenu sur une période moyenne de 5 semaines.

Contre-indications et limites

Dans notre expérience, les obstacles au réentraînement sur tapis de marche furent le plus souvent liés à l'altération de l'état général et à l'impotence des membres inférieurs due à l'importance des séquelles postopératoires. Ce fut le cas pour la moitié des patients opérés qui nous ont été confiés. Les obstacles extravasculaires n'ont concerné qu'une minorité de patients d'âge avancé : arthrose de hanche ou de genou, séquelles d'accident vasculaire, troubles de l'équilibre et du schéma corporel. Nous n'avons observé aucun incident ni accident en particulier cardiaque. Ce qui est logique puisque le réentraînement à la marche ne cherche pas à solliciter le myocarde. L'accélération de la fréquence cardiaque reste modérée, inférieure à 120 pulsations par minute au maximum de l'exercice. Le réentraînement à la marche se distingue donc fondamentalement du réentraînement à l'effort pratiqué chez les coronariens. De ce fait, les contre-indications devraient rester exceptionnelles : une atteinte respiratoire, une cardiopathie même évoluée n'ont pas été un obstacle puisqu'il s'agissait de redonner au sujet, au travers de l'acte physiologique de base qu'est la marche, l'autonomie maximale qui pouvait être la sienne compte tenu des

tableau 1

Série continue de 142 patients revascularisés avec succès et réentraînés sur tapis de marche de janvier 1997 à novembre 2000. Les sommes dépassent 100% en raison des procédés combinés et des revascularisations à multiples niveaux.

Population

patients	142	(20 F-122 H)
âge moyen	61,7	(42-75 ans)

Niveaux de revascularisation

aorto-iliaque	19	(13,3%)
fémoral	60	(42,2%)
poplité	43	(30,2%)
jambier	35	(24,6%)
extra-anatomique	9	(6,3%)

Techniques

pontage veineux	40	(28%)
pontage prothétique	71	(50%)
pontage composite	10	(7%)
greffe artérielle	3	
angioplastie	16	(11,2%)
endarterectomie	6	(3,5%)

tableau 2

Valeurs moyennes des résultats obtenus en postopératoire par le réentraînement sur tapis de marche d'une série continue de 142 patients revascularisés de janvier 1997 à novembre 2000.

	Performance initiale	Performance finale
Périmètre de marche	480 (40-1400) m moins de 500 m : 87 patients (61%)	1200 (100-2000) m plus de 1000 m : 107 patients (75%)
Vitesse	1,3 (1-3,5) km/h	2,8 (1-4) km/h
Pente	0%	0-6%
Durée d'exercice	14 (5-30) min	28 (10-35) min

pathologies associées. Enfin un ulcère de jambe ou une amputation segmentaire ne doit pas entraver le réentraînement physique qui, au contraire, aura un effet bénéfique sur la cicatrisation.

Commentaires

Le succès d'une revascularisation est exprimé le plus souvent en termes de taux de perméabilité de pontage, de conservation de membre et de survie.



Mais il est rarement fait mention de la récupération de la marche. Or les rares travaux publiés (surtout anglais et scandinaves) s'accordent pour considérer ce résultat fonctionnel comme relativement décevant puisque moins d'un patient sur deux, opérés avec succès, retrouve une marche satisfaisante : deux études rapportent un taux respectivement de 45 % de retour « à la normale » sur 318 revascularisés et de 43 % sur 329 opérés s'estimant peu ou pas limités à la marche en ville. Dans une autre étude, sur 112 patients, seuls 14 % bénéficiaient d'un résultat qualifié « d'idéal » avec récupération d'un statut fonctionnel normal à long terme. Une étude prospective randomisée scandinave a confirmé que la probabilité d'obtenir une marche totalement asymptomatique chez les sujets revascularisés n'était que de 50 %. Par contre ce taux passe à 85 % chez les patients bénéficiant d'un traitement mixte associant chirurgie et rééducation postopératoire. Il apparaît donc clairement que le résultat anatomique et hémodynamique est insuffisant et que la réadaptation à la marche s'avère comme le complément indispensable à la chirur-

gie, et ce d'autant plus que l'état fonctionnel préopératoire est sévère.

Plusieurs mécanismes sont susceptibles d'expliquer le bénéfice d'un tel traitement : optimisation biomécanique et amélioration de la qualité du pas et de l'équilibre ; développement d'une circulation collatérale ; effet antithrombotique et baisse de la viscosité sanguine ; amélioration de la circulation capillaire et surtout du métabolisme des cellules musculaires. Ce bénéfice est rapidement perdu après revascularisation en l'absence d'activité physique, argument supplémentaire pour une reprise précoce de l'activité musculaire.

La mobilisation doit être précoce après l'intervention, également pour prévenir toutes les complications liées à l'alitement prolongé : déconditionnement cardio-vasculaire, amyotrophie, source d'aggravation de l'artérite, déformations articulaires, phlébites, escarres... D'autre part, l'usage du tapis électrique permet une sollicitation musculaire progressive aisément maîtrisable et une quantification du réentraînement. Il permet d'évaluer objectivement le résultat de la correction chirurgicale,

rassurant le malade, lui redonnant son autonomie d'avant la maladie et non pas seulement d'avant la chirurgie, et pour une durée d'hospitalisation de 5 semaines en moyenne habituelle pour un centre de soins de suite et réadaptation. Une prise en charge ambulatoire est parfaitement envisageable. Enfin, la lutte contre la sédentarité et le maintien d'une activité physique régulière et définitive jouent un rôle préventif dans l'évolution de la maladie artérielle. Ceci justifie la prescription détaillée d'une activité de marche régulière et quantifiée, l'impact des seuls conseils de marche se révélant habituellement insuffisant.

Conclusion

La réadaptation à la marche chez le patient artéritique revascularisé permet de tirer un bénéfice fonctionnel maximum de la correction chirurgicale. Elle redonne une autonomie et une activité physique normales à un sujet qui avait progressivement perdu l'habitude de la marche. Traitement efficace, sans risque, permettant de lutter contre la sédentarité, il se double d'une action préventive sur le membre controlatéral, susceptible d'ajourner une éventuelle revascularisation. Il s'agit d'un véritable processus d'éducation entraînant un changement de comportement. Le patient doit intégrer la marche dans son hygiène de vie quotidienne, comme traitement de fond non médicamenteux de l'artérite. ■

Dr S. Duthois
cardiologue angiologue
M. Benize
cadre de santé kinésithérapeute

Partenariat

L'aide apportée à l'hôpital central de Hué au Vietnam

La Renaissance Sanitaire a signé le 2 septembre 1999 une convention de jumelage avec l'hôpital central de Hué (Vietnam). Parallèlement à ce jumelage, une opération de collecte de dons pour développer et équiper en matériel de base le service d'appareillage et de rééducation de l'hôpital central de Hué a été lancée. Cette opération a particulièrement été fructueuse et se poursuit encore cette année.

Tous les ans, une délégation de la fondation se rend sur place pour prolonger les liens tissés avec l'hôpital et apprécier l'aide dont il a le plus besoin. Ces rencontres permettent à la fondation de suivre l'utilisation et l'évolution du matériel acheté, ainsi que l'alimentation en matières premières afin que tout ce qui est fait serve, tourne et soigne le maximum de malades.

Le matériel est généralement acheté sur place, permettant ainsi une meilleure adaptation et une maintenance plus facile. Les acquisitions principales de l'année 2002 ont été un Sonopuls, une jauge de pincement, une tête de traitement, une Eltrac, des matériaux pour la fabrication de prothèses (résine, colle, mastic...) et du matériel pour la kiné-

sithérapie et l'ergothérapie.

Fin 2002, l'option a été prise de créer et développer des consultations d'appareillage effectuées par une équipe de l'hôpital de Hué dans des « points santé » de la campagne.

En effet, nombreux sont les déshérités des campagnes, victimes des mines, qui n'ont pas les moyens de se rendre à la ville, ni de supporter les frais de séjour à l'hôpital. Une partie des dons collectés a donc été utilisée pour acheter l'équipement nécessaire à la mise en place de ces « consultations foraines ». La fondation ambitionne également de pouvoir doter le service d'appareillage et de rééducation de l'hôpital de Hué d'une ambulance qui permettra de transporter les blessés de la région à l'hôpital.

Pour réunir l'argent nécessaire à la réalisation de ces projets d'envergure, La Renaissance Sanitaire fait appel à la générosité du public. Cette action humanitaire permet à des milliers d'enfants, d'adolescents et d'adultes de sortir de la détresse à laquelle les condamne le saut sur une mine. Leurs vies s'en trouvent ainsi transformées, ils peuvent reprendre une certaine activité et se rapprocher des autres grâce à des appareillages simples et efficaces. ■

B. Blanche-Lopoukhine



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.

Faits marquants de l'année

Villiers Saint Denis

Janvier

Fermeture des lits de dialyse péritonéale pour accueillir les lits de soins de suite indifférenciés que le centre hospitalier de Château Thierry n'est plus habilité à recevoir.

Juin

Avis favorable au fonctionnement des 6 places d'hospitalisation de jour (HDJ), suite à la visite de conformité du 14 juin 2002 (5 places d'HDJ en médecine physique et réadaptation et 1 place en réadaptation cardiaque).

Juillet

Dans le cadre de Culture santé 2002, jumelage de l'établissement avec la compagnie Influence pour l'animation d'ateliers-théâtre au profit des patients. Le financement est tripartite (ARH de Picardie - direction régionale des affaires culturelles - Hôpital Villiers Saint Denis).

Août

Réponse de l'établissement à la première partie de l'appel à projets de l'ARH de Picardie concernant la dynamique de modernisation sociale. Dans le cadre du soutien de la promotion professionnelle, le Fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé (FMES) accorde le financement d'une formation d'aide-soignant d'octobre 2002 à septembre 2003.

Octobre

- Signature par l'ensemble des syndicats du projet social de l'établissement.
- Réponse de l'établissement à la deuxième partie de l'appel à projets de l'ARH de Picardie concernant la dynamique de modernisation sociale. Dans le cadre du soutien à l'informatisation de la gestion du temps de travail et des droits induits, le FMES accorde le financement des logiciels et des équipements nécessaires.
- Présentation du plan quinquennal d'investissements 2003-2007 aux tutelles.

2002, c'est aussi

La déconcentration budgétaire : début de la mise en place pour les quatre départements d'hospitalisation.

L'autonomie de l'atelier d'appareillage : négociations avec la caisse régionale d'assurance maladie Nord-Picardie en vue de permettre l'autonomie de l'atelier à partir du 1^{er} janvier 2003.

La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences (GPPEC) : toutes les fiches de postes des emplois administratifs ont été réalisées et la hiérarchisation des postes est terminée.

La coopération interhospitalière Villiers Saint Denis/Château Thierry

• Pôle de santé

Elaboration du dossier de regroupement d'activité médicale avec l'aide d'un consultant extérieur et en

accord avec l'ARH de Picardie. Le dossier est déposé en novembre à la DDASS de l'Aisne pour étude et présentation au CROSS

- **Scanner :** signature en octobre de la convention relative à l'utilisation du scanner dès son installation au centre hospitalier de Château Thierry.
- **Stimulateurs cardiaques :** signature en juin de la convention relative à l'implantation des stimulateurs cardiaques sur le site de Château Thierry.
- **Praticien adjoint contractuel de cardiologie :** recrutement en septembre d'un praticien par l'hôpital de Château assurant un mi-temps dans chacun des établissements.
- **Stérilisation :** signature du cahier des charges pour le regroupement de la stérilisation des deux établissements sur le site de Château Thierry.
- **Diabète :** poursuite de la coopération pour la prise en charge des patients diabétiques du bassin de vie.

2002



La coopération sanitaire sectorielle

Les médecins et les paramédicaux des centres hospitaliers de Soissons, Château Thierry et de l'Hôpital Villiers Saint Denis ont mis en place des groupes de travail sur les thèmes pneumologie et pneumocancérologie, cardiologie, diabétologie, imagerie, rééducation et soins de suite spécialisés, soins palliatifs.

Ces travaux ont pour but d'étudier le développement de toutes les complémentarités possibles entre les trois établissements.

Notons que l'hygiène sectorielle est déjà en place depuis plusieurs années.

La Musse

Janvier - Décembre

Réalisation d'une étude de faisabilité sur la création d'une unité centrale de production alimentaire (UCPA) commune au CH d'Évreux, au CHS de Navarre, à La Musse et à la ville d'Évreux (cantine scolaire).

Février

- Mise au point méthodologique de partenariat sur les scléroses en plaques avec le CH d'Évreux.
- Ouverture de quatorze lits de gériatrie.

Mars

Partenariat avec l'hôpital du Neubourg : convention gériatrie et laboratoire d'analyses médicales.

Mars - Mai

Présentation à la DRASS du dos-

sier de « reconnaissance de dix lits de soins palliatifs ».

Juin - Décembre

Réorganisation des unités des pavillons 2 et 3 afin d'identifier les soins de suite polyvalents.

Sont regroupées au pavillon 2 les spécialités suivantes : pneumologie, cardiologie, diabétologie, nutrition et alcoologie ; au pavillon 3 sont regroupés les services de soins de suite polyvalents, de gériatrie et de soins palliatifs.

Septembre - Décembre

Réflexion sur la réalisation d'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et démarche engagée auprès du conseil général de l'Eure.



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.