

Le magazine
de La Renaissance Sanitaire

Regards

N°3

JUILLET 2004

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

en jeux

À quelques mois de la visite de l'Anaes
Villiers et La Musse se mobilisent p. 4

Pôle de santé
**De B. Kouchner à Ph. Douste-Blazy,
en passant par J.-F. Mattei** p. 7

Dossier : les personnes âgées
**Maladie d'Alzheimer,
déroutante et alarmante** p. 10

**Maladie d'Alzheimer,
la consultation mémoire** p. 13

**Les soins de suite polyvalents
et gériatriques** p. 15

Gériatrie : quatre axes de travail p. 16

Projet : réalisation d'un Ehpad p. 19

compétences

La recherche avance
Entretien avec Michel Pillu p. 20

Spécialité
**Les hôpitaux de La Renaissance Sanitaire
adaptés aux défis du diabète** p. 22

**Service de médecine
et réadaptation vasculaires** p. 26

L'apnée du sommeil p. 29

Un métier de proximité : les assistants sociaux
**« Écouter, c'est se faire l'hôte
de celui qui vient »** p. 30

initiatives

Partenariat
**Une ambulance offerte
à l'hôpital de Huê, au Vietnam** p. 35

Faits marquants de l'année 2003
Hôpital La Musse p. 36
Hôpital Villiers Saint Denis p. 37

Directeur de publication : Michel Ladegaillerie ■ Rédacteur en chef : René Durand, Béatrice Blanche-Lopoukhine ■ Conception maquette : Héral ■ Iconographies : Concept Image, La Renaissance Sanitaire ■ Imprimerie de Champagne ■ Dépôt légal 3^e trimestre 2004.



Cette année, la richesse de l'actualité sanitaire et médico-sociale nous a conduits à porter notre attention et notre réflexion sur la personne âgée, sa prise en charge, les maux dont elle peut souffrir, son accueil, son accompagnement...

Au plan national, un ministère des personnes âgées a été créé. Pour éviter à l'avenir les difficultés rencontrées pendant l'été 2003, un plan Canicule comportant notamment des systèmes d'alerte et l'aménagement d'une pièce rafraîchie dans chaque maison de retraite a été voté mais nous pouvons regretter que les crédits qui l'accompagnent ne soient pas à la hauteur des besoins.

Une réflexion a donc été menée au sein de La Renaissance Sanitaire ; elle a débouché sur le projet de mettre à la disposition des personnes âgées dépendantes une structure d'hébergement médicalisée de type Ehpad qui devrait s'inscrire dans la continuité des pathologies prises en charge au sein des établissements de la Fondation.

Le dossier principal de notre magazine *Regards* vous en retrace les grandes lignes.

Il vous fera également découvrir les activités de La Renaissance Sanitaire, en perpétuelle adaptation et nécessitant une multitude de compétences, qu'il s'agisse de la médecine de réadaptation vasculaire, de la prise en charge du diabète, de la création d'un département de soins de suite polyvalents et gériatriques, ou, dans un domaine plus transversal, du rôle et de la présence des assistantes sociales/assistants sociaux dans nos établissements.

Bien entendu, toutes ces activités sont exercées avec le souci constant de qualité à l'égard de nos patients.

À ce titre, l'échéance imposée par les textes réglementaires dans le cadre de l'accréditation arrive à grands pas ; les experts-visiteurs de l'Anaes sont attendus dans nos établissements en septembre 2004 à Villiers, en janvier 2005 à la Musse.

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

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. La cérémonie de remise d'une ambulance au mois d'avril 2004 à Huê a montré que notre aide est toujours autant appréciée.

Michel Ladegaillerie
Président de La Renaissance Sanitaire

À quelques mois de la visite de l'Agence nationale d'accréditation de Villiers et La Musse se mobilisent en vue de l'accréditation

Depuis plus de trois ans maintenant, les deux établissements hospitaliers de La Renaissance Sanitaire se sont engagés dans la démarche d'accréditation exigée par la loi. Ils sont aujourd'hui à quelques mois du passage des experts-visiteurs de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), prévu en septembre 2004 pour Villiers et en janvier 2005 pour La Musse.

Après un bref rappel de la définition de l'accréditation, de ses objectifs, de sa procédure, il sera fait le point sur le chemin parcouru par les deux établissements et sur les derniers ajustements à réaliser.

L'accréditation, qu'est-ce que c'est ?

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, qui évalue l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à assurer la sécurité

et la qualité des soins donnés au malade, à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé. L'organisme accréditeur établit avec les professionnels du système de santé des référentiels pour apprécier les structures, les procédures et les résultats en termes de gain de santé et de satisfaction du patient. En application de l'ordonnance du 24 avril 1996, cette procédure est conduite par l'Anaes.

L'accréditation, pourquoi ?

L'accréditation s'inscrit dans une logique de progrès d'un établissement de santé. Elle accorde une place centrale au patient, à son parcours, à la coordination des soins qui lui sont apportés, à sa satisfaction.

Procédure d'accréditation : où en est-on à La Renaissance Sanitaire ?

Huit étapes caractérisent la procédure d'accréditation (cf. encadré ci-contre). L'année 2003 a été celle de l'autoévaluation à blanc et d'une visite type accréditation par une société extérieure de consultants pour les deux établissements de La Renaissance Sanitaire. Ces consultants sont d'anciens experts-visiteurs de l'Anaes.

L'autoévaluation à blanc et la visite type accréditation ont eu pour but de se familiariser à la méthodologie de l'autoévaluation, d'identifier les points forts et les points d'amélioration, et, grâce au rapport de visite, d'identifier les actions prioritaires à mettre en œuvre avant la phase d'accréditation finale.

L'exemple concret de Villiers Saint Denis

À Villiers Saint Denis, l'année 2003 a été marquée par :

- la formalisation du rapport d'autoévaluation à blanc après plusieurs mois de travail réalisé par dix groupes (98 personnes) ;
- la visite à blanc réalisée par deux anciens experts-visiteurs de l'Anaes ;
- la reprise du travail d'autoévaluation définitive en octobre ;
- la progression rapide du travail de Gppec (gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences) par la formalisation des fiches de postes et des fiches de fonction, la hiérarchisation des postes, la préparation de la mise en œuvre des entretiens annuels d'évaluation réalisés au premier trimestre 2004 ;
- la mise en œuvre du programme du Clin (comité de lutte contre les infections nosocomiales) avec, en particu-

Villiers Saint Denis :

Lamia Djebara,
infirmière préparant
une chimiothérapie.



Anaes ilisent

lier, la sécurisation de l'eau de consommation et de l'eau chaude sanitaire, la mise en place des mesures de prévention des ESST (encéphalopathie spongiforme sub-aigüe transmissible), la rationalisation des prescriptions de certains antibiotiques ;

- la fin de la prise en charge préventive des dispositifs médicaux (DM) et la préparation aux contrôles de qualité internes, la formalisation d'un plan pluriannuel de renouvellement et d'acquisition des DM.

Autoévaluation et visite type accréditation : des actions prioritaires identifiées

Ces actions se sont inscrites dans des plans planifiés entre septembre 2003 et juin 2004.

Il s'agit pour l'essentiel :

- du dossier du patient : uniformisation de la forme et ajustement du contenu en regard de la loi du 4 mars 2002 ; les nouveaux dossiers (médical et infirmier) sont finalisés ;
- de la généralisation de prescriptions médicales conformes à la réglementation ; celles-ci sont maintenant en majorité conformes. Des outils ont été mis en place afin de faciliter le travail médical ;

- de la mise en place de systèmes permettant de garantir l'intimité du patient et la confidentialité, en particulier celle du dossier patient ; à ce jour, des mesures sont en place pour garantir la confidentialité lors de la circulation des dossiers ;
 - de la formalisation des procédures du circuit du linge et de la démarche HACCP en restauration ; en ce qui concerne la restauration, le travail de formalisation est réalisé. Il est en cours à la blanchisserie ;
 - de la poursuite du plan pluriannuel de sécurité incendie (aménagements et formation) ;
 - de la formalisation des règlements intérieurs des instances (CHCST/DP/Clin) ;
 - de la signalétique interne ;
 - de l'accueil des nouveaux salariés (réalisation d'un livret d'accueil) ;
 - de l'évaluation annuelle des salariés.
- L'année 2004 est celle de la visite d'accréditation (septembre), étape importante pour l'établissement et les professionnels qui se sont investis dans la démarche en vue d'améliorer sans cesse la qualité des prestations. Le contrat d'accréditation avec l'Anaes est signé. Il engage les deux partenaires (hôpital et Anaes) à respecter les diffé-

rentes phases nécessaires à l'accréditation et les délais. Le travail d'autoévaluation définitif effectué par les différents groupes est aujourd'hui terminé, le comité de pilotage est en train de le valider. Les instances (CME et CE) doivent le valider courant juin pour l'adresser à l'Anaes début juillet.

L'exemple concret de La Musse

À La Musse, l'année 2003 a été marquée par les actions suivantes :

Sécurité

- Élaboration de la « carte d'identité »

Six objectifs principaux

- Appréciation de la qualité et de la sécurité des soins, une attente principale des patients vis-à-vis du système de santé.
- Appréciation de la capacité de l'établissement à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient, grâce à la mise en œuvre d'un système reconnu de gestion de la qualité.
- Formulation de recommandations explicites.
- Implication des professionnels à tous les stades de la démarche qualité, afin qu'ils acceptent et s'approprient les changements.
- Reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements de santé.
- Amélioration continue de la confiance du public.



Dans le hall d'accueil du pavillon 3 de La Musse (gériatrie, soins de suite polyvalents), le contact avec le patient et sa famille est un moment très important pour Marie-Thérèse Pinçon (assise) et sa collègue Brigitte Schobert.

de l'établissement qui permettra de réaliser un planning d'actions prioritaires à mettre en œuvre en matière de sécurisation et de mise aux normes des locaux.

- Finalisation du plan d'organisation interne de secours.
- Formations incendie (ERP1 et ERP3) en direction du personnel des services techniques et de l'ensemble des services de nuit.

Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

- Validation des organigrammes fonctionnels et hiérarchiques.
- Élaboration des fiches de poste.
- Finalisation du livret d'accueil du nouvel arrivant.
- Formation des personnels à l'évaluation professionnelle.
- Réorganisation et réflexion sur les transmissions.

Organisation de la prise en charge

- De nombreux protocoles écrits sur :
 - l'accueil ;
 - le dossier patient ;
 - la prise en charge médicale ;
 - les pratiques de soins, d'hygiène et sur la maîtrise du risque infectieux ;
 - la rééducation orthophonique et psychologique ;
 - le secteur médico-technique : domaines du laboratoire, des explorations cardiaques et fonctionnelles ;
 - le secteur logistique : restauration, blanchisserie et achats ;
 - la gestion au sens large : direction, vigilances.

La procédure d'accréditation en huit étapes

- 1 La procédure d'accréditation est engagée à l'initiative du directeur d'établissement qui adresse une demande écrite à l'Anaes, accompagnée d'un dossier d'engagement de l'établissement.
- 2 L'Anaes propose un contrat d'accréditation rappelant les engagements à tenir, puis elle envoie les documents d'analyse nécessaires à la phase d'autoévaluation.
- 3 L'établissement effectue son autoévaluation et transmet les résultats à l'Anaes.
- 4 Après réception de l'autoévaluation, la visite d'accréditation est effectuée par une équipe d'experts-visiteurs. Cette équipe rédige ensuite un rapport qui s'appuie sur les résultats de l'autoévaluation.
- 5 Le rapport des experts est communiqué à l'établissement pour qu'il formule ses observations.
- 6 Le rapport des experts et les observations de l'établissement au rapport des experts sont communiqués au collège d'accréditation de l'Anaes qui examine le déroulement de la procédure, valide le rapport d'accréditation comportant des recommandations, fixe les modalités de suivi et arrête le délai au bout duquel une nouvelle procédure doit être engagée.
- 7 Le rapport d'accréditation est transmis par l'Anaes au directeur de l'établissement ainsi qu'au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation compétente.
- 8 Un compte-rendu d'accréditation est transmis par l'Anaes à l'établissement.

Changement culturel à La Musse

L'année 2003 a été marquée par une forte mobilisation des professionnels et l'intérêt que chacun accorde à cette démarche. Un changement culturel est en cours, nettement perceptible au niveau des relations professionnelles. Les groupes de travail réunis ont été une réelle force de propositions : de nombreuses procédures relatives aux pratiques professionnelles, à la sécurité et aux aspects réglementaires ont été écrites.

Malgré quelques difficultés, les salariés ont pris la démarche qualité à bras-le-corps : chacun a adapté ses habitudes aux exigences de la qualité, telle qu'elle est écrite, et à la nécessité du travail transversal.

Quel avenir ?

Cette démarche démontre, au fil des années, une forte mobilisation de tous les professionnels. Elle entraîne un changement culturel, une nouvelle méthode de travail. Cependant, cette première accréditation n'est qu'une étape du long parcours de l'amélioration continue de la qualité ; il va très vite falloir envisager la deuxième accréditation (version 2), qui se déroulera en 2008-2009 et qui sera centrée sur l'évaluation des pratiques et des résultats.

Mais chaque chose en son temps... ■

Claude Canieut
Qualité, La Musse
Jean-Paul Allard
Qualité, Villiers Saint Denis



Dr Jean-Pierre Laborde.

Pôle de santé

De B. Kouchner à Ph. Douste-Blazy,
en passant par J.-F. Mattei

1998-2005 : sept ans de travail pour délocaliser trente-trois lits

Le pôle de santé, projet de coopération entre l'hôpital PSPH de Villiers Saint Denis et l'établissement public de Château-Thierry, est un enjeu majeur non seulement pour les deux établissements et leur personnel, mais aussi pour l'avenir des patients du bassin de vie de Château-Thierry.

Bien que de nombreux obstacles aient été franchis, il reste encore, jusqu'à l'achèvement du projet, des étapes décisives.

Dans ce dossier, le temps est désormais devenu un partenaire essentiel.

1998, année de la réflexion

Dès 1998, l'hôpital PSPH de Villiers Saint Denis et l'hôpital public de Château-Thierry mènent une réflexion autour d'un projet de coopération sanitaire en médecine. Dans cette démarche, les enjeux sont d'importance. En effet, cette réflexion s'engage autour de la délocalisation des activités de court séjour de cardiologie et de pneumologie, et de l'unité de soins intensifs de cardiologie (USIC) dont le maintien, avec celle de Soissons dans un secteur de 170 000 habitants, est fortement compromis en raison du schéma régional d'organisation sanitaire en cardiologie. Schéma, d'ailleurs, sur lequel l'ARH de Picardie s'appuie pour signifier sa résistance au projet, bien qu'elle-même soit sensibilisée dès l'origine à l'argumentation des deux établissements.

Villiers Saint Denis et Château-Thierry n'ont pas le choix : pour faire passer ce projet, dans un environnement où les établissements de santé, la population, les syndicats et les élus sont hostiles à toute idée de délocalisation, de solides arguments doivent être avancés. Il s'agit de convaincre en interne mais également en externe du bien-fondé de cette délocalisation pour sauver l'Usic.

Les atouts de Villiers Saint Denis, connus et reconnus

Villiers Saint Denis n'a pas hésité à mettre en valeur ses atouts nombreux et variés. En cardiologie, l'établissement bénéficie d'une excellente réputation fondée non seulement sur des compétences médicales avérées et reconnues, mais aussi sur une prise en charge globale des patients, qualifiée d'exemplaire à de nombreuses reprises. Ce qualificatif n'est pas sans raison. En effet, l'hôpital compte parmi son personnel les Drs Laborde et Turlure, promoteurs de l'Usic de Villiers,

unité indispensable à la prise en charge des malades cardiaques lourds, en provenance de Paris, mais aussi à la prise en charge des urgences cardiologiques de l'établissement et du bassin de vie.

Le combat ne sera pas facile, tout le monde en est conscient. Les élus, les syndicalistes et la population, mobilisés, savent cette activité indispensable au bassin de vie et soutiennent les actions menées par les deux établissements pour garder l'Usic. L'unité est rapidement placée au cœur des préoccupations et du projet de coopération initié par le Dr Azorin et poursuivi par le Dr Benassar, son successeur à la présidence de la CME de Villiers.

Projet de coopération : renfort de la réanimation polyvalente de Château-Thierry

Mais l'Usic de Villiers Saint Denis n'est pas la seule activité à susciter un tel combat. L'hôpital de Château-Thierry affiche

nettement sa volonté de développer et de conforter ses activités de réanimation polyvalente. Pour l'ARH, le maintien dans le bassin de vie de la réanimation polyvalente de l'hôpital public pose le même problème que Villiers et son Usic. L'activité est contraire au schéma régional. Le Dr Fiani, inventeur de la réanimation polyvalente de Château-Thierry, s'attaque à son tour très rapidement à la conception du projet de coopération dont l'Usic de Villiers Saint Denis et la réanimation polyvalente de Château-Thierry représenteraient le socle.

Des soutiens politiques de tous horizons

Fort heureusement, les établissements ne se retrouvent pas seuls. Les personnels médicaux et autres soignants, mais également les élus, se montrent solidaires du projet. Le député Renaud Dutreil et le maire de Château-Thierry, Dominique Jourdain, bien que de convictions politiques opposées, s'engagent ensemble sur le terrain de la coopération interhospitalière. Au raisonnement économique s'ajoute l'argumentation politique et technique du dossier. Mais ce sont les interventions directes de Dominique Jourdain auprès de Bernard Kouchner et de Renaud Dutreil, devenu secrétaire d'État, auprès de Jean-François Mattei, ministre de la Santé, qui, à chaque époque, permettent l'accélération du projet.

L'idée de cette coopération fait son chemin, et l'argumentation développée autour des besoins de santé locaux et régionaux finit par convaincre les autorités de tutelle départementales et l'assurance maladie. Tout s'enchaîne alors très vite. Le 24 novembre 2003, la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation de Picardie émet à l'una-

Effectifs sous réserve de confirmation de la T2A

Les personnels soignants médicaux et paramédicaux proviennent à part égale de Château-Thierry et de Villiers Saint Denis. Les personnels de ces établissements conservent leur statut, déroulement de carrière et niveau de rémunération.

Cardiologie

Équipe médicale
6 médecins

Équipe paramédicale

1 cadre infirmier
1 secrétaire
0,30 assistante sociale
10,5 IDE
9 AS
3 ASH
0,20 kinésithérapeute
0,30 diététicienne
0,75 aide logistique

Pneumologie

Équipe médicale
4 médecins

Équipe paramédicale

1 cadre infirmier
1 secrétaire
0,30 assistante sociale
11 IDE
10 AS
3 ASH
0,60 kinésithérapeute
0,30 diététicienne
0,75 aide logistique

Réa-Usic

Équipe médicale
4,5 médecins

Équipe paramédicale

1 cadre infirmier
1 secrétaire
0,30 assistante sociale
18 IDE
11 AS
1 ASH
0,20 kinésithérapeute
2 manipulateurs radio



nimité un avis favorable au projet et, le 1^{er} décembre 2003, l'arrêté de la directrice de l'ARH est signé. Quatre mois plus tard, le 7 avril 2004, la réunion qui se tient à l'ARH prévoit la délocalisation des activités de court séjour d'Usic, de cardiologie et de pneumologie de Villiers Saint Denis pour décembre 2005.

Ce qui laisse le temps à l'hôpital de Château-Thierry d'achever ses travaux architecturaux et d'ouvrir une réanimation-USIC réglementaire à la place des cuisines, qui seront déplacées puis reconstruites. À cette date, le pôle de santé sera constitué par le regroupement des lits de pneumologie de Villiers Saint Denis et de Château-Thierry avec ceux de cardiologie des deux établissements.

Intervention de la T2A (tarification à l'activité)

Restera un élément essentiel au dossier : jusqu'à ce que la délocalisation soit

effective et la coopération définitivement fixée, l'application de la T2A sera la nouvelle clé de répartition des moyens entre les deux hôpitaux, et les résultats du PMSI du pôle de santé détermineront très précisément la contribution de chacun aux « charges » de la communauté.

Un calendrier à respecter impérativement

À plusieurs titres, le succès de cette opération est maintenant lié au temps. Non seulement les deux établissements sont désormais contraints à une mise en œuvre effective dans les trois ans, mais l'architecture du projet initial pourrait bien être modifiée dès la parution du Sros réanimation. Tout repose donc sur la célérité avec laquelle l'hôpital de Château-Thierry déposera les dossiers d'appel d'offres concernant la création d'une cuisine provisoire et la construction de la réanimation-USIC. Château-Thierry

**Unité de soins intensifs
cardiologiques :
une partie de l'équipe.**

hérite ici d'une lourde charge : il appartient à ceux qui dirigent l'établissement, le gouvernement ou le contrôlent de tout mettre en œuvre pour accélérer les prises de décisions.

1998-2005 : les chiffres parlent d'eux-mêmes. Trois ministres se seront succédé au cours de ce septennat, sept années qui auront été nécessaires pour déplacer, de quinze kilomètres, trente-trois lits de court séjour. Au pays de Jean de La Fontaine, la tortue a eu raison du lapin. ■

Frédérique Yonnet

Une partie de l'équipe du département
soins de suite polyvalents
et gériatriques à Villiers Saint Denis

Maladie d'Alzheimer, déroutante et alarmante

**Le vieillissement démographique
auquel nous assistons aujourd'hui
pourrait être en soi une bonne nouvelle
puisqu'il traduit le résultat
d'un allongement de l'espérance de vie...**

La dépendance

La notion de dépendance a été proposée dès les années 1970 par des spécialistes des sciences humaines comme le psychologue Joep Munnichs et le sociologue Wim Van Den Heuvel, tous deux néerlandais, qui mettaient l'accent sur la dimension relationnelle de la dépendance.

En France, le premier rapport, remis en 1979, désigne par « personne âgée dépendante » tout vieillard qui, « victime d'atteintes à l'intégralité de ses données physiques et psychiques, se trouve dans l'impossibilité de s'assumer pleinement et, par là même, doit avoir recours à une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie ».

En 1999, la Fondation nationale de gérontologie rédige la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante ayant pour objectif principal de reconnaître la personne âgée dépendante et de préserver ses droits au même titre que tout autre citoyen.

Un Français qui atteint 60 ans a encore vingt ans à vivre. Cette même personne a ainsi en moyenne trois chances sur quatre d'atteindre l'âge de 80 ans, auquel s'ajoutent huit années supplémentaires à compter de cet âge. Cet allongement ne saurait faire oublier les nouvelles et prochaines solidarités entre les générations, maillon essentiel de notre vie en société. En effet, ce sont environ 2 millions de personnes qui seront touchées par la maladie d'Alzheimer en France d'ici 2020. Si, depuis les années 1990, la population est sensibilisée à cette maladie, elle reste encore trop confidentielle et réellement prise en compte par les individus uniquement lorsqu'un proche en est atteint. La démarche actuelle vis-à-vis de la maladie d'Alzheimer ressemble à s'y méprendre à celle que beaucoup d'acteurs économiques et politiques avaient vis-à-vis du handicap, mieux intégré à présent, mais il reste encore beaucoup à faire. En ce qui concerne la maladie d'Alzheimer, il est grand temps de se poser des questions d'ordres financier, économique et philosophique.

Anticipation en coûts et moyens

La Commission européenne, dans le cadre de ses interventions, sollicite actuellement les différents pays afin que ceux-ci ne soient pas pris au dépourvu face à la maladie d'Alzheimer. Si l'on s'attache à la France, le coût que représente

la prise en charge de cette maladie est actuellement de 4,6 milliards d'euros. Toujours en France, 0,5 % du PIB est consacré à la dépendance. Ailleurs, ce chiffre s'échelonne de 0,4 à 1 %. L'Italie et l'Allemagne sont des pays particulièrement touchés, et la maladie d'Alzheimer fera partie des questions auxquelles il ne sera plus possible de se dérober. La Commission européenne alertée par les experts fait du coût de cette maladie une priorité dans ses démarches. Encore faut-il qu'elle soit entendue.

Au-delà de ce coût, il y a l'accueil du malade atteint d'Alzheimer. En effet, selon les différentes recherches entreprises, les patients atteints de cette maladie verraient leur dégradation plus lente à domicile que dans des institutions. Le nombre de malades vivant à domicile reste très nettement majoritaire pour atteindre les 70 %. Il est vrai que décider du placement définitif d'une personne sur un seul diagnostic paraît périlleux, et beaucoup de médecins sont convaincus que la décision de placement doit être prise une fois toutes les autres possibilités épuisées. Il devient donc essentiel de travailler à un réseau de soins efficace. Parmi les solutions préconisées, le développement de l'accueil de jour constitue l'une des réponses à condition que celui-ci dispose de personnels intervenant de façon constante tels que les psychologues et les infirmières, mais



aussi selon les besoins des patients, les psychomotriciens, les orthophonistes, les masseurs-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les aides-soignants. Pour le Dr Schneider, gériatre à l'hôpital Villiers Saint Denis, « il faut une prise en charge adaptée et, dans le cas d'une déshydratation ou d'une affection urinaire, pouvoir hospitaliser pour stabiliser ».

Tout ce personnel fait partie d'un réseau de surveillance, d'aide et d'alerte. L'objectif est de taille : assurer au patient des activités adaptées à ses capacités et à ses besoins, mais aussi offrir à l'entourage familial un peu de répit et d'aide psychologique. Comme le souligne Hubert Aupetit¹, « la question à se poser quand on a l'impression de ne plus pouvoir endurer est donc : "Ai-je bénéficié de toutes les aides, de tous les soutiens possibles ?" Pour l'auteur, « des équipes de gériatrie arrivent ainsi, en animant un large réseau d'intervenants médico-sociaux dans un quartier ou dans une région [...], à prolonger le maintien à domicile pendant des années, voire jusqu'au bout ». Pour parvenir à se poser toutes ces questions, il faut effectivement avoir épuisé non seulement les réseaux médicaux mais également les réseaux

d'informations.

C'est là que les associations telles que France Alzheimer, mais aussi les pouvoirs publics, ont un rôle essentiel à jouer, y compris dans la création de structures qui font aujourd'hui cruellement défaut. Il s'agit désormais de trouver des prises en charge complémentaires originales, à l'instar de l'atelier mémoire, aujourd'hui à un stade débutant. Cette structure, encadrée par des professionnels de santé, serait organisée autour d'activités de courte durée telle la cuisine thérapeutique. Pour le Dr Schneider, « il faut utiliser le capital restant de chaque per-

sonne atteinte par la maladie d'Alzheimer. Il est primordial de stimuler le malade par des activités courtes réclamant attention et concentration où le manuel et l'intellectuel se mêlent ». La maladie d'Alzheimer concerne tout le monde. Dire à une personne de 40 ans qu'elle a toutes les chances de devenir centenaire mais sans être obligatoirement en totale possession de ses moyens est un message politiquement difficile à faire passer, *a fortiori* dans un cadre où le soutien entre les générations est essentiel. Un autre regard sur le vieillissement doit être désormais posé.

1. *La Maladie d'Alzheimer*, éditions Odile Jacob, 2004.

Références...

« Qu'est-ce que la longévité ?

C'est l'horreur d'être dans un corps humain dont les facultés s'amenuisent, c'est une insomnie qui se mesure en décades et non point avec des aiguilles d'acier, c'est le poids de mers et de pyramides, d'anciennes bibliothèques et de dynasties, d'aurores qu'Adam a vues, c'est ne pas ignorer que je suis condamné à ma chair, à ma voix détestée, à mon nom, à une routine

de souvenirs, au castillan, que je ne sais pas manier, à la nostalgie du latin, que je ne sais pas, à vouloir m'enfoncer dans la mort et à ne pouvoir le faire, à être et à continuer d'être. »

José Luis Borges, *Le Chiffre*
NRF Gallimard, 1981

Chanson d'automne (1918, Grenade)

« Si la mort est bien la mort
Que deviendront les poètes

Et les choses endormies
Dont nul cœur ne se souvient ?
Écho de l'horloge
Je m'assis
Dans une clairière du temps.
C'était un bassin de silence
De blanc
Silence. »

Federico García Lorca
Poésie I (1921-1922)
NRF Poésie Gallimard, 1954

Approche philosophique d'une société de consommation

Désormais, il revient à une société responsable de se poser des questions d'ordre philosophique qui ne doivent pas rester entre les seules mains du ministère de la Santé et de Bercy. Cette vision est d'autant plus problématique qu'elle vise à exclure ce que le philosophe Michel Foucault appelait « le savoir des gens », c'est-à-dire l'expérience réellement vécue des individus atteints par cette dégénérescence ou par les proches. Or, nous assistons aujourd'hui à un non-lieu religieux et philosophique. L'absence de débat réel sur la place de l'homme vieillissant dans la société est particulièrement inquiétante, et nous en sommes restés à l'évocation de l'idée de mort ou d'éternel retour. Excepté dans certains mythes, on ne revient pas sous la forme d'une personne âgée. L'homme vieillissant est soigneusement occulté, sauf à considérer celui-ci sous la forme d'un « sage » philosophe, ce que n'est plus justement, sous nos yeux, le malade atteint d'Alzheimer. Pour Timothy D. Epp², « en tant qu'êtres humains, nous attribuons du sens et de la valeur à notre environnement et à tout ce que cela comprend. Cependant, nous sommes souvent por-

tés, ce faisant, à exclure certains individus d'une participation pleine et entière à notre société et parfois même de les exclure de la protection emmenée par les droits humains. Dans une société qui met l'accent sur l'autonomie, l'indépendance, les aptitudes mentales, les compétences et l'expression verbale, les personnes souffrant de démence sont souvent marginalisées et ne jouissent pas de leurs droits, privilèges et protections fondamentaux ». Cette question bouleverse bien des préjugés. Si le grand âge et ses drames ne sont pas regardés avec un œil bienveillant, s'il n'est pas admis dans nos sociétés qu'ils font partie intégrante de notre vie, nous risquons de nous heurter à un sévère conflit de générations et à l'apparition de nouvelles formes de barbarie développées face à une prise en charge nouvelle. Sans une vigilance de tous les instants au sujet de certaines idées véhiculées, le débat sur l'euthanasie – toujours et fort heureusement ouvert – risque de prendre une tournure à laquelle on ne s'attend pas obligatoirement. Il ne s'agit donc plus d'un défi économique mais aussi d'un défi éthique fondé sur « le principe d'égalité en dépit des différences au plan cognitif » comme le précise le Pr Stephen Post³. En effet, beaucoup de médecins s'entendent pour

dire qu'en dépit des difficultés rencontrées par un malade d'Alzheimer pour effectuer les gestes ordinaires de la vie quotidienne, il lui reste, pendant longtemps, une forme de pensée.

Pour Hubert Aupetit, « ce n'est pas parce que les mots font défaut qu'il faut en déduire que la pensée n'est plus... » ■

Frédérique Yonnet

2. Chercheur au Murray Alzheimer Research and Education Program (Marep), université de Waterloo, Canada.

3. *The Moral Challenge of Alzheimer Disease*, Johns Hopkins University, 2000.

Quelques chiffres...

... les malades

L'enquête Paquid, menée dans le sud-ouest de la France pendant plus de dix ans, révèle que l'évolution du risque de démence (toutes catégories confondues) en fonction de l'âge est relativement stable avant 75 ans : 3,5 entrées en maladie pour 1 000 personnes sont recensées par an. Après 75 ans, les chiffres se portent à 60 nouveaux cas pour 1 000 personnes par an. De toutes ces démences, la maladie d'Alzheimer a la proportion la plus importante.

Près de 800 000 personnes sont actuellement touchées par la maladie d'Alzheimer en France. Le rapport Cayet du Conseil économique et social (n°98) estime à 2 millions le nombre de Français qui seront touchés par cette maladie en 2020. Le nombre de personnes âgées susceptibles de développer des pathologies mentales serait multiplié par six dans les cinquante ans à venir. En 2040, le nombre de sexagénaires aura doublé, celui des octogénaires triplé. Selon les prévisions de l'Organisation mondiale

de la santé, 240 millions de personnes pourraient présenter une démence de type Alzheimer en 2025. Les statistiques montrent également que la proportion de femmes touchées est de 1,5 à 2 fois supérieure à celle des hommes.

Enfin, la mortalité directement imputable à la maladie d'Alzheimer est faible, et les personnes atteintes de cette maladie meurent plus souvent d'une cause circulatoire, respiratoire ou infectieuse. Si l'âge d'entrée dans la maladie ne semble pas avoir une incidence directe sur la durée de vie (entre 8 et 10 ans), le fait de vivre en institution allonge celle-ci.

... le coût

Le coût global de la maladie d'Alzheimer en France est estimé à 4,6 milliards d'euros.

La prise en charge financière est lourde : 60 euros par jour pour une surveillance de 8 heures, 3 000 à 4 000 euros par mois pour une garde de 24 heures.

Bibliographie

Hubert Aupetit, « La Maladie d'Alzheimer », Odile Jacob, 2004.

Hubert Aupetit, « La Maladie d'Alzheimer au quotidien », Odile Jacob, Paris, 1991.

Khosravi Mitra, « Aimer et accompagner le malade d'Alzheimer », Marabout, Paris, 1993.

Major Ruth Lapierre, « L'Alzheimer - Vivre avec l'espoir », Sand, 1989.

Sawako Ariyoshi, « Les Années du crépuscule », Stock, Paris, 1986.

J. Bernelf, « Chimères », Calmann Lévy, 1988.

Michèle Micas, « Comment vivre avec une personne âgée », Josette Lyon, Paris, 1988.

Yasushi Inoue, « Histoire de ma mère », Stock, Paris, 1987.

Charles Ronsac, « On ne se lasse pas d'aimer », Robert Laffont, Paris, 1992.

Huguette Drera, Patrice Bocker, « Un tabou nommé Alzheimer », Ellipses, 1999.

Marianne Roach, « La Mémoire blessée - Alzheimer : un autre nom pour la folie », La Manufacture, Lyon, 1986.

Yvon Lamour, « L'Âge de déraison : maladie d'Alzheimer et vieillissement du cerveau », Plon, Paris, 1990.

Sources d'information

- Dr Guy Schneider, gériatre à l'hôpital Villiers Saint Denis.
- Sylvain Allemand « Vieillesse : haro sur les experts ? », Sciences humaines, hors série n°44, 2004.
- « Entre des espoirs et désespoir », MNH revue n°142, novembre 2003.
- « Qu'est-ce que la maladie d'Alzheimer ? », Santé mentale, tiré à part extrait du n°67, septembre 2002.
- www.alzheimer-net.ch
- www.maladie-alzheimer.com
- www.fehap.fr
- www.geronto.org

Maladie d'Alzheimer

La consultation mémoire

Le diagnostic toujours plus précoce des pathologies cognitives, au premier rang desquelles se situe la maladie d'Alzheimer, conduit à préconiser des interventions multifocales tout aussi précoces qui visent à retarder l'évolution vers la perte d'autonomie et les stades sévères.

L'incidence des troubles cognitifs a conduit à diversifier la proposition de soins. Les années 1980 ont vu l'avènement des *memory clinics* dans les pays anglo-saxons. Ces centres, apparus en France dix ans après, ont pour objectif premier l'évaluation et le suivi des troubles cognitifs avec, comme limite, la prise en charge essentiellement pharmacologique.

Il semble aujourd'hui pertinent de promouvoir, à l'instar d'autres expériences européennes, un binôme comprenant une «consultation mémoire» associée à un hôpital de jour, afin de proposer une prise en charge globale.

Objectifs de la «consultation mémoire»

- Dépistage et évaluation des troubles cognitifs en rapport avec :
 - les pathologies démentielles dégénératives (maladie d'Alzheimer, démence fronto-temporale, démence à corps de Lewy, démence de la maladie de Parkinson, démence cortico-basale) ou non dégénératives (démence vasculaire);
 - les troubles cognitifs légers ou MCI (*Mild Cognitive Impairment*), entité considérée à haut risque d'évolution démentielle;
 - les états anxio-dépressifs du sujet âgé accompagnés de troubles cognitifs.

- Mise en place d'un projet de soin et de suivi.
- Information du patient et de sa famille.

Les patients sont adressés par leur médecin traitant ou par la filière hospitalière; la demande est un bilan des troubles de la mémoire ou des troubles comportementaux associés.

Déroulement de la «consultation mémoire»

Dans un premier temps (consultation initiale), le médecin réalise :

- une anamnèse précise des troubles (mode de début, évolution, antécédents personnels et familiaux, pathologies associées, traitement en cours);
- une biographie rapide;
- une évaluation des troubles affectifs et comportementaux;
- un examen somatique minutieux, en particulier neurologique;

Qu'est-ce que la maladie d'Alzheimer ?

La maladie d'Alzheimer est la forme la plus répandue de la démence. Ce n'est pas une manifestation normale de la vieillesse mais une maladie dont les symptômes doivent être traités. Elle est caractérisée par une détérioration progressive des fonctions cognitives, c'est-à-dire de la pensée abstraite et logique, et par des lésions neuropathologiques spécifiques, c'est-à-dire un nombre accru de cellules nerveuses nécrosées, ainsi qu'un déséquilibre de certains neurotransmetteurs chimiques spécifiques. Plutôt diagnostiquée vers 65 ans, la forme la plus précoce est apparue chez une personne de 29 ans, fait rarissime. C'est une maladie insidieuse et lente pour laquelle le dépistage précoce revêt

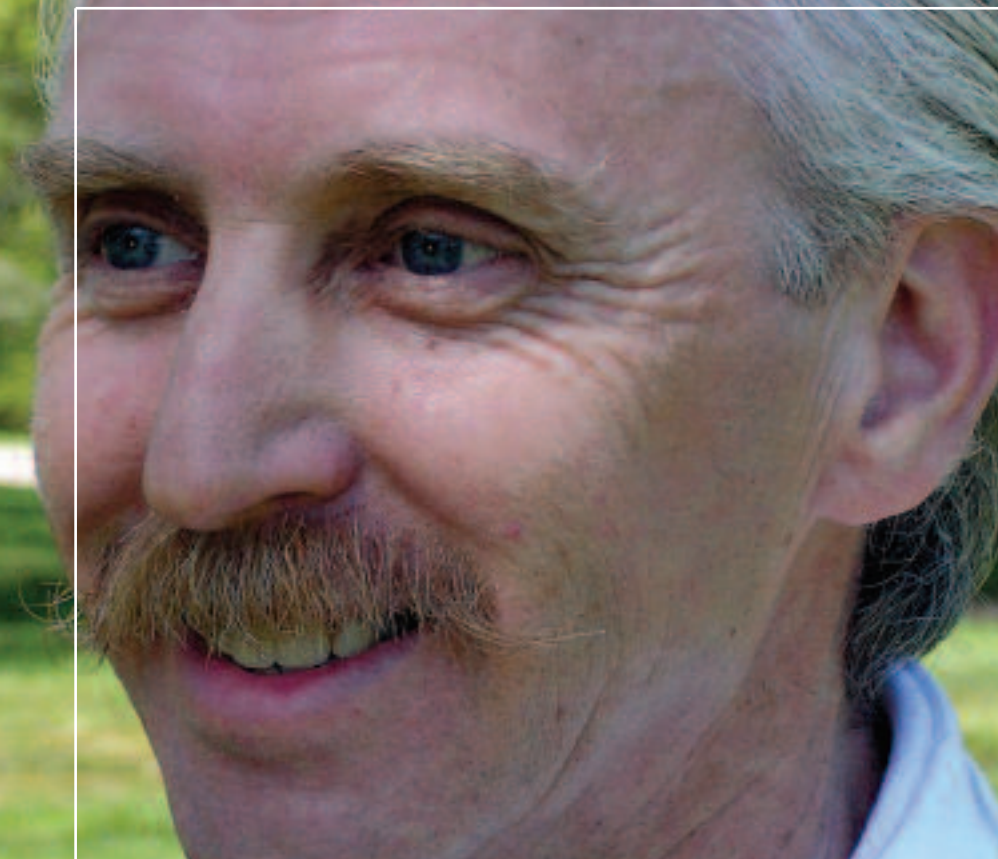
toute son importance, car, selon le Dr Schneider, «l'expérience montre que plus cette maladie est prise en charge tôt et plus on retarde la dégradation de l'individu». Le diagnostic précoce permet en outre d'éliminer les autres causes possibles de maladies qui pourraient être guérissables, d'envisager un traitement précoce rendant les symptômes plus supportables pour la personne atteinte, mais aussi pour les proches, de planifier l'avenir le plus tôt possible afin de prendre le plus grand nombre de décisions lorsqu'on est atteint soi-même. Si, à ce jour en effet, il n'y a pas de moyen réel d'empêcher la maladie d'Alzheimer, il existe néanmoins des moyens pour ralentir son développement.

Les troubles

Certains symptômes peuvent apparaître dès le début de la maladie : troubles de la mémoire, de la parole, de la pensée, de l'humeur, difficultés d'orientation, de coordination. La maladie d'Alzheimer est souvent accompagnée de dépressions, d'obsessions, de forte agitation, d'insomnies, voire d'agressivité. Troubles visio-spatiaux restent les plus évocateurs de la maladie. Un médecin se rendra compte par exemple chez un patient non atteint d'Alzheimer, d'hallucinations associées à une fièvre. Chez le malade atteint d'Alzheimer, le diagnostic est plus compliqué, car l'hallucination peut passer relativement inaperçue, au même titre que la complication qui l'accompagne.

Recherche et traitements

Certaines familles semblent plus touchées par la maladie d'Alzheimer, même si celle-ci n'est pas inscrite aujourd'hui parmi les maladies génétiques. L'Inserm, et plus particulièrement le laboratoire de Lille, très actif dans ce domaine, travaille sur les gènes, et ce à partir d'autopsies. En effet, le vrai diagnostic reste *post mortem*, comme celui de la maladie de Creutzfeldt-Jakob. Quant à l'IRM, les Américains élaborent des logiciels d'une grande précision qui permettent de travailler en 3D. Très utile, l'IRM permet d'évaluer la vitesse de disparition des neurones dans certaines zones prédéfinies. Au plan thérapeutique, nous disposons de deux familles de médicaments.



Dr Guy Schneider.

La maladie d'Alzheimer, fondement historique

Depuis le début du siècle, bien que les travaux relatifs à la maladie d'Alzheimer aient fait de réels progrès, notamment en imagerie cérébrale, cette maladie reste encore difficile à explorer.

La question du grand âge se pose dès l'Antiquité ; Platon recommandait d'ailleurs la plus grande prudence vis-à-vis des hommes susceptibles de gouverner la République. L'évolution du comportement de la personne âgée a souvent fait l'objet de textes médicaux, mais c'est Esquirol, aliéniste français, qui, dès 1816, a le premier insisté sur certains éléments particuliers tels les troubles du caractère, du sommeil, de l'activité, de l'oubli... Si le terme « démence », dérivé du latin *demens*, « privé d'esprit », est utilisé depuis des siècles, les spécialistes s'interrogent peu à peu sur des formes exemptes de causes manifestes alors que le terme « démence » était facilement appliqué à des maux dus à l'alcoolisme ou à la syphilis. En 1906, Alois Alzheimer, neurologue allemand, fait une découverte importante à partir de l'étude du cerveau atrophie d'une de ses patientes de 51 ans, décédée, dont il avait observé de curieux symptômes et diagnostiqué « une maladie du cortex cérébral ». L'autopsie pratiquée sur cette femme révèle d'étranges filaments en hélice, enchevêtrés, appelés « dégénérescences neurofibrillaires », ainsi que des « plaques séniles », véritables dépôts. Quatre ans après cette autopsie, la maladie d'Alzheimer est désignée. Ce n'est qu'en 1977, lors du premier grand congrès international à Londres, que les scientifiques regroupent l'ensemble des maladies d'Alzheimer sous l'appellation « démences de type Alzheimer ».

Reste que cette maladie, à la frontière du cerveau et de la pensée, n'est pas une maladie comme les autres, car rien ne permet de savoir avec certitude si une personne en est atteinte, sauf à un stade avancé.

- une évaluation neuropsychologique de base avec différents tests (MMSE, IADL, ADL, tests de fluence verbale, de l'horloge, épreuve de similitude, batterie d'évaluation frontale) ;
- la prescription d'examens complémentaires (bilan biologique d'une cause curable de démence ou orienté en fonction du contexte clinique, neuro-imagerie à visée diagnostique différentiel ou positif).

Dans un deuxième temps est effectuée une évaluation plus approfondie avec recours au neuropsychologue pour un bilan orienté selon l'hypothèse diagnostique émise lors de la consultation initiale.

Parfois, le recours à des référents, comme le neurologue ou le cardiologue, peut être nécessaire.

Enfin, la synthèse multidisciplinaire aboutit à un diagnostic et à un projet de soin qui concerne le patient et sa famille. Une information sur la maladie, l'évolution des troubles et une évaluation des ressources et aides disponibles sont systématiques. Les conclusions sont référées par courrier au médecin traitant. L'accent est mis sur cette liaison fondamentale pour éviter les ruptures de prise en charge et assurer la continuité des soins.

Quatre cas de figure

- La démence est avérée mais à un stade trop avancé. L'action sera surtout sociale, avec orientation vers des accueils de jour, renforcement de l'aide à domicile, voire aide à l'institutionnalisation.
- Le patient souffre d'une démence de type Alzheimer, à un stade de début à modéré. Une thérapeutique adaptée est initialisée et pourrait être complétée par une prise en charge au sein d'un « atelier mémoire », dans le cadre d'un hôpital de jour, afin de bénéficier des activités de stimulation cognitives.
- Le patient souffre de troubles cognitifs de nature non démentielle. Une activité à visée préventive lui est proposée au travers de séances de stimulation cognitives en « atelier mémoire ».
- Pour les autres patients, un seul suivi de consultations sera envisagé.

Quel que soit le cas, la cohérence dans la démarche de suivi apparaît comme un élément de sécurisation et de stabilité particulièrement important.

Conclusion

Le concept de « centre mémoire » repose sur la pluridisciplinarité des intervenants autour des troubles de la mémoire et des démences, dont la plus fréquente est la maladie d'Alzheimer. Ces centres ont pour objectifs de diagnostiquer les plaintes mnésiques et les démences, de les traiter et de les suivre, d'informer patients et familles.

Une enquête auprès des « centres mémoire » français définit le centre « idéal » comme une structure de consultation identifiée et d'un hôpital de jour où l'on trouve des compétences neurologiques, neuropsychologiques, psychiatriques et gériatriques. ■

Dr Guy Schneider
Villiers Saint Denis

Visite médicale :
Edith Delannoy, infirmière,
Dr Jean-Pierre Dubois,
Dr Guy Schneider.



Les soins de suite polyvalents et gériatriques

En janvier 2002, l'hôpital Villiers Saint Denis ferme ses lits de dialyse péritonéale pour accueillir les patients de soins de suite indifférenciés que le centre hospitalier de Château-Thierry n'est plus habilité à recevoir.

L'établissement répond ainsi aux vœux de l'agence régionale de l'hospitalisation de Picardie qui souhaitait axer l'activité de l'hôpital public de Château-Thierry sur les pathologies aiguës et celle de Villiers Saint Denis sur les soins de suite et de réadaptation.

Après une première étape constituée par l'ouverture de seize lits de soins de suite répartis sur les quatre départements d'hospitalisation, un véritable département de soins de suite polyvalents et gériatriques est créé dès septembre 2003, le vieillissement de la population imposant une offre de soins adaptée aux pathologies des personnes âgées et à celles atteintes de maladies neurodégénératives. Ce département répond essentiellement aux besoins du secteur 8, et plus précisément du bassin de vie de Château-Thierry, puisque les patients sont adressés en priorité par les deux hôpitaux publics du secteur. Cependant, pour des raisons de proximité, certains proviennent des hôpitaux voisins de Meaux, Coulommiers et Reims. Sont pris en charge, d'une part les patients porteurs de pathologies chirurgi-

cales, posttraumatiques ou non, d'autre part ceux relevant de tout l'éventail des pathologies médicales chroniques. Les différentes disciplines médicales pratiquées dans l'établissement permettent d'offrir aux patients une prise en charge pluridisciplinaire (cardiologie, pneumologie, médecine physique, diabétologie, pathologies vasculaires, gériatrie). Dans cette perspective, les différents acteurs de soins comptent, outre les infirmiers, les aides-soignants et les agents de service hospitalier et du personnel d'animation, des kinésithérapeutes, une ergothérapeute, une orthophoniste et une

psychologue. Le but de cette prise en charge est de permettre aux patients de retrouver une autonomie afin qu'ils puissent regagner leur lieu de vie habituel. Parallèlement, et en relation étroite avec le service social, les équipes de soins essaient de trouver des solutions médicales ou sociales adaptées à ces patients. Ce département projette d'étendre dans un proche avenir ses possibilités d'accueil et de créer un lieu de vie pour des patients atteints de pathologies neurodégénératives.

Dr Jean-Pierre Dubois
Villiers Saint Denis

Témoignage

L'ouverture du département soins de suite polyvalents et gériatriques a signifié pour certaines personnes de l'équipe soignante l'abandon de la pathologie dans laquelle elles exerçaient. Toutes s'accordent à dire aujourd'hui que la satisfaction l'emporte dans leur évolution de carrière. Certes, la charge de travail reste lourde mais, moins stressés, les soignants s'accordent à dire pouvoir consacrer davantage de temps à la relation avec le patient.

Pour Édith, infirmière :

« J'ai évolué vers cette pathologie particulière par vocation. En effet, j'apprécie tout particulièrement le travail auprès des personnes âgées. Il s'agit là d'un soin global où le corps et l'esprit sont indissociables. De plus, ce travail d'équipe, multidisciplinaire, réclame l'implication de tous. Au-delà du soin global apparaît la relation personnelle entretenue avec le patient âgé. Connaître l'histoire de la maladie et le vécu de la personne sont des éléments essentiels pour une adaptation

et une intégration maximales à l'hospitalisation. Cette relation chaleureuse se fait avec un brin de tendresse, plus particulièrement dans les soins. D'autre part, nous offrons un soutien considérable aux familles en détresse, au bord du désespoir. Recevoir des témoignages de reconnaissance des patients et de leurs familles revêt pour nous une grande importance. C'est une réelle satisfaction. Cette implication intense et valorisante donne un nouvel élan à ma carrière. »



Le Dr Victor Liviot (à gauche)
effectue une visite hebdomadaire
accompagné des gériatres
(dont le Dr Dominique Marchal, à droite)
et donne un avis
diagnostique ou thérapeutique
sur certains problèmes complexes
de rééducation.

Gériatrie

Quatre axes de travail

entretien avec le Dr Dominique

Les quatre axes de développement du service

Le Dr Dominique Marchal prévoit quatre axes de développement pour les six unités de son département et les 110 lits actuellement concernés :

- développement de l'unité de soins palliatifs et sa reconnaissance en tant que telle, avec des moyens qui correspondent au cahier des charges : plus de personnel médical, possibilité d'accueil des familles, etc. ;
- mise en route d'une véritable unité de réadaptation fonctionnelle gériatrique ;
- développement d'une unité de soins de suite d'oncologie ;
- création d'une hospitalisation de jour ou de semaine pour effectuer des évaluations gériatriques standardisées (expertises médico-sociales), avec une prise en charge particulière par du personnel paramédical (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, orthophonistes...) et psychogériatrique pour les diagnostics, le suivi des démences et le soutien des familles.

À La Musse, il s'agit de mettre en place une unité de réadaptation fonctionnelle gériatrique, de créer une véritable unité de soins palliatifs, de développer des soins de suite oncologiques avec une extension du service de soins de suite gériatriques en mettant en place une unité d'hospitalisation de jour et de semaine.

Le service de gériatrie, de soins de suite polyvalents et de soins palliatifs de l'hôpital La Musse fonctionne depuis quatre ans et compte 110 lits répartis en six unités. Il est le fruit d'un transfert de lits entre l'hôpital d'Évreux (qui a cédé ses lits de gériatrie et de soins de suite polyvalents) et celui de La Musse (qui a fait de même pour les lits d'oncologie aiguë).

Durées d'hospitalisation en hausse

Les unités de gériatrie de La Musse accueillent des personnes très âgées (moyenne d'âge : 85 ans) pour une durée moyenne de séjour qui va en s'accroissant et qui est de quarante jours actuellement. « Les raisons de cette augmentation sont doubles », explique Dominique Marchal, médecin chef du département gériatrie. « D'abord, nous nous trouvons très souvent dans l'impossibilité de faire sortir nos patients vers des structures d'hébergement capables de gérer de lourdes pathologies (personnes sous oxygène, trachéotomisées, disposant de sondes d'alimentation ou souffrant de diabète insulino-dépendant instable...). Ensuite parce que nous observons une augmentation des pathologies orthopédiques et traumatologiques nécessitant très souvent deux mois d'hospitalisation sans appui, puis la rééducation. »



Marchal

Réadaptation gériatrique

Fort de cette seconde constatation, le Dr Marchal a mis en place avec son équipe, il y a quatre mois, une collaboration avec l'un des médecins rééducateurs du service voisin de réadaptation fonctionnelle du pavillon 1. Ainsi, le docteur Victor Liviot vient chaque semaine visiter les patients signalés par les équipes de kinésithérapeutes et de médecins. « Nous souhaiterions aboutir à la création d'une véritable unité de réadaptation fonctionnelle adaptée à la personne âgée, poursuit le Dr Marchal. Il existe maintenant une vraie chirurgie gériatrique et une rééducation gériatrique spécifique qui sont de plus en plus pratiquées. »

Sont directement concernées les personnes qui souffrent de fractures (col du fémur, épaule, poignet), de troubles neurologiques (par exemple, la paralysie des releveurs du pied peut nécessiter un appareillage réalisé à La Musse) qui nécessitent un bilan uro-dynamique ou

Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Article 1 - Choix de vie

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

Article 2 - Domicile et environnement

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

Article 3 - Une vie sociale malgré les handicaps

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

Article 4 - Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

Article 5 - Patrimoine et revenus

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine

et de ses revenus disponibles.

Article 6 - Valorisation de l'activité

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver ses activités.

Article 7 - Liberté de conscience et pratique religieuse

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Article 8 - Préserver l'autonomie et prévenir

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

Article 9 - Droits aux soins

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme toute autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

Article 10 - Qualification des intervenants

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être

dispensés par des intervenants formés en nombre suffisant.

Article 11 - Respect de la fin de vie

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

Article 12 - La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

Article 13 - Exercices des droits et protection juridique de la personne

Toute personne en situation de dépendance devrait voir protégés ses biens mais aussi sa personne.

Article 14 - L'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

Source : Féhap



**Isabelle, infirmière,
et Armelle Sanson,
socio-esthéticienne,
s'occupent d'une
patiente se relaxant
dans la toute nouvelle
baignoire de type
« balnéothérapie ».**

des infiltrations de cortisone ou d'acide hyaluronique pour des arthroses évoluées, les patients qui présentent des métastases osseuses ou qui sont porteurs de corsets (dans les cas de tassement de vertèbres). Cette initiative n'a pas encore été évaluée, mais on peut déjà en noter les bénéfices : les kinésithérapeutes du pavillon se sentent mieux encadrés, et conseillés de façon plus précise. La prise en charge demandée par les chirurgiens orthopédistes, avec lesquels travaille l'équipe du Dr Marchal, est meilleure.

Taux d'occupation : 95 %

Si l'on ajoute aux cinquante lits de gériatrie les cinquante lits des deux unités de soins de suite polyvalents et les dix lits de l'unité de soins palliatifs, on a fait le tour du pavillon 3 qui comprend six unités dirigées par autant de médecins.

Depuis le début de l'année, un nouveau médecin, Dominique Pasquet-Moulin, est venu renforcer l'équipe, apportant son expérience en soins palliatifs et en cancérologie. « Cela va dans le sens de ce que nous voulons faire, poursuit le Dr Marchal. Nous souhaiterions développer le service

de soins de suite oncologique. Nous y sommes poussés par une forte demande émanant des hôpitaux et cliniques d'Évreux. Nous observons une augmentation du nombre de cancers à prendre en charge. Ce sont des traitements lourds et souvent mal tolérés, qu'il est difficile de suivre à domicile. Actuellement, nous ne pouvons satisfaire toutes les demandes et notre taux d'occupation est maximal (95 % pour tout le département). Si l'on doit s'orienter vers une prise en charge de l'oncologie de suite, nous serons obligés de demander aux tutelles une augmentation des mesures d'accompagnements financiers. Les traitements des aplasies médullaires et de leurs conséquences, par exemple, coûtent très cher. » ■

Propos recueillis par Dominique Guibourg
La Musse

Fin 2002, le conseil d'administration de la fondation La Renaissance Sanitaire a pris la décision d'étudier la possibilité d'ouvrir un établissement adossé à son hôpital, La Musse, à Saint-Sébastien-de-Morsent (Eure), pour héberger des personnes âgées dépendantes. En 2003, il a chargé Jacques Pala-Régas, administrateur, de coordonner l'ensemble du dossier.



Projet Réalisation d'un Ehpad

Les raisons

Fière de son histoire au service de toutes les grandes causes de santé publique et attachée à son idéal de solidarité puisé dans le mouvement mutualiste, la Fondation a formé le projet de mettre à disposition des personnes âgées dépendantes de la région Haute-Normandie une structure d'hébergement médicalisée.

Cette décision est née d'un double constat. L'existence, dans le département, de plusieurs maisons de retraite très peu adaptées pour recevoir des personnes à forte dépendance par manque de médicalisation de bon niveau et une forte demande constatée par le service de soins de suite gériatrique de l'hôpital La Musse, exprimée par des patients qui ne trouvent pas de structures d'accueil correspondant à leurs besoins de soins au moment de leur sortie.

Les caractéristiques

Le projet d'Ehpad prévoit une capacité de 80 lits permettant en priorité l'accueil de personnes fortement dépendantes classées en Gir 1 (groupe iso ressources). Conçu à dimension humaine, le projet s'appuie sur la volonté de faire avant tout

de cet établissement un lieu de vie et s'inscrit dans une démarche qualitative.

L'état d'avancement

En 2003, une mission de programmation pour la construction de l'Ehpad a été confiée à un cabinet spécialisé qui a remis une étude de faisabilité servant de référence à la consultation de trois cabinets d'architecture. Compte tenu de l'avis favorable du conseil général de l'Eure pour engager une étude plus approfondie de ce projet, une commission *ad hoc* a été créée par le conseil d'administration de la Fondation pour prendre un certain nombre de décisions notamment le choix de l'architecture. Cette commission est également chargée de statuer sur l'emplacement le plus adapté de cet Ehpad, soit sur un terrain extérieur situé à l'entrée de l'hôpital La Musse, soit sur son site même.

Les contraintes

Ce projet d'envergure, initié par la Fondation, est bien entendu soumis aux contraintes législatives et réglementaires en vigueur concernant les Ehpad. Il devra également respecter les préconisations et les orientations du schéma départemental en faveur des personnes âgées.

Les atouts

La réalisation de ce projet permettra d'assurer la continuité de la prise en charge des patients à la sortie du milieu hospitalier en privilégiant le concept de proximité pour les résidents dont les attaches naturelles se situent sur le bassin de vie de l'hôpital La Musse. La proximité de l'hôpital permettra également aux résidents de l'Ehpad de pouvoir bénéficier d'un plateau technique de qualité évitant les déplacements lointains et pénibles. Par ailleurs, l'établissement pourra bénéficier des structures logistiques de l'hôpital.

L'avenir

La réalisation d'un tel projet est soumise au respect d'un certain nombre de procédures administratives, notamment à la présentation du dossier en Cross (comité régional d'organisation sanitaire et social). Ce n'est que lorsque l'avis favorable sera donné par le Cross que pourra commencer le lancement d'appel d'offres pour les travaux. La construction du futur Ehpad pourra alors commencer, avec, pour horizon, son ouverture en 2006.

Jacques Pala Régas

La recherche avance

Entretien avec Michel Pillu,

responsable du laboratoire
de recherches cliniques en masso-kinésithérapie

Le laboratoire de recherches cliniques de La Renaissance Sanitaire a été créé en 2000.

Il a pour objet d'améliorer le fauteuil roulant standard utilisé par les personnes âgées en vue de diminuer les pathologies abarticulaires de la ceinture scapulaire.

M. Pillu, docteur en biomécanique, en est le responsable.

Vos conclusions après trois ans de recherche ?

Nous avons étudié deux groupes de patients, l'un avec des douleurs d'épaule, l'autre sans douleur. Nous avons pu mettre en évidence le mode de propulsion du fauteuil roulant manuel, propre à la personne âgée et spécifique à chacun des groupes. La propulsion se fait entièrement par la poussée des deux membres supérieurs, sans utilisation du tronc. La durée de la poussée est très faible. Le synchronisme droite/gauche est mauvais (notion de fauteuil roulant avançant en zigzag), particulièrement pour le groupe « avec douleurs ». Le serrage des doigts sur les mains courantes engendre un freinage pour commencer la propulsion. Au total, le rendement d'un tel « équipage » est extrêmement mauvais, particulièrement pour le groupe avec douleurs. Cela nous a permis de développer notre action dans trois directions :

- améliorer l'éducation du patient au maniement de l'objet fauteuil roulant ;
- prévoir une meilleure adaptation du fauteuil définitif du patient à sa morphologie ;

- concevoir une liaison souple entre la main courante propulsive et la roue propulsée.

Par qui avez-vous été aidé ?

Au sein du laboratoire de la Fondation, j'ai été aidé par Imen Khélia, doctorante, qui a soutenu sa thèse, *Étude biomécanique de l'épaule de la personne âgée utilisatrice d'un fauteuil roulant en vue de son amélioration*, à l'hôpital Villiers Saint Denis, le 4 juillet 2003. Le jury international était composé de directeurs de laboratoires de biomécanique de Montréal, Bruxelles, Lyon, Valenciennes et Paris.

Imen Khélia a brillamment défendu son travail. Le jury lui a décerné le titre de docteur de l'École nationale des arts et métiers, spécialité biomécanique, mention bien, avec les félicitations du jury.

Après le sérieux de la soutenance, une réunion conviviale a rassemblé, autour du nouveau docteur, le jury, la famille venue spécialement de Tunisie et l'auditoire. Imen Khélia est donc devenue docteur ès sciences grâce à son travail au sein du laboratoire de La Renaissance Sanitaire et a pu partir au Canada pour un séjour postdoctoral, toujours sur le thème du fauteuil roulant.

À quoi êtes-vous parvenu concrètement ?

À proposer le concept de liaison élastique entre la main courante et la roue du fauteuil roulant à propulsion manuelle. L'année 2003 a permis de tester ce dispositif sur une vingtaine de patients du département vasculaire/diabétologie/appareillage de l'hôpital

Villiers Saint Denis. Chacun de ces patients utilisait pendant une journée un fauteuil roulant muni du dispositif « liaison souple », puis remplissait un questionnaire. Nous avons pu ainsi montrer que le nouveau dispositif était plébiscité par les patients les plus frêles, les plus âgés et, globalement, de sexe féminin.

Devant des résultats aussi encourageants, nous avons décidé de finaliser cette notion de liaison souple.

Au final, cet accessoire serait proposé aux patients à un coût relativement faible (autour de 150 euros pour les deux roues), sans prise en charge par la Sécurité sociale.

Quels partenariats avez-vous créés ?

Pour développer cette liaison souple, La Renaissance Sanitaire a conclu un contrat de partenariat avec l'École nationale supérieure des arts et métiers Centre de Châlons-en-Champagne. Ce contrat prévoit la construction de quatre-vingts roues (plus les pièces de rechange) permettant d'équiper quarante fauteuils : vingt seront affectés à l'hôpital Villiers Saint Denis, vingt à l'hôpital La Musse.

Le contrat qui lie La Renaissance Sanitaire et l'Ensam est de 10 000 euros, dont 5 000 à la charge de La Renaissance Sanitaire et 5 000 à la charge de l'Anvar-Picardie sous la forme d'une prestation technologique en réseau.

Pour obtenir ce partenariat avec l'Anvar-Picardie, le responsable du laboratoire de recherches cliniques de La Renaissance Sanitaire a participé à plusieurs réunions à Amiens, pendant lesquelles il a été aidé par l'association Cap-Santé-Picardie, qui



a favorisé nos démarches en nous permettant de nouer les contacts nécessaires.

De quels soutiens financiers avez-vous bénéficié ?

Le problème du financement de la recherche est crucial. Le fonctionnement du laboratoire de recherches cliniques de La Renaissance Sanitaire a un coût, et son responsable se doit de chercher des fonds. Dans cette optique, nous avons demandé à la fondation Maaf Assurances de renouveler le contrat de 15 000 euros conclu pour trois ans en 2000. À cet effet, le conseil scientifique de la fondation Maaf Assurances a organisé une audition du responsable du laboratoire afin qu'il lui fasse part des projets du laboratoire pour justifier la demande. Cette audition s'est terminée par un avis favorable qui a été officialisé en mai 2004, après la réunion du conseil d'administration de la fondation Maaf Assurances.

Pour son étude sur le fauteuil roulant, le laboratoire de recherches cliniques de La Renaissance Sanitaire avait bénéficié d'une subvention de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. À l'issue de ce contrat, le conseil scientifique de la Cnam a réuni toutes les équipes qu'elle avait subventionnées pour que chacune

expose ses travaux et ses résultats lors d'une réunion qui a eu lieu en juin 2003. Cet échange a été fructueux, et il a été intéressant de connaître les sujets de recherches des autres équipes dont voici quelques exemples :

- l'entourage du dément ;
- évaluer les expériences novatrices dans la promotion de l'autonomie du patient et du soutien apporté par l'entourage (Poitiers) ;
- évaluation de l'action de la maison du diabète de Marcq-en-Barœul (Lille) ;
- recherche évaluative sur l'éthique quotidienne d'une équipe mobile de soins palliatifs (Colmar).

Là aussi, notre recherche sur le fauteuil roulant a reçu un accueil intéressé et le soutien du conseil scientifique. Celui-ci a d'ailleurs validé notre rapport final, permettant de verser la dernière tranche de notre subvention.

Comment faites-vous connaître les travaux du laboratoire ?

Comme les années précédentes, le laboratoire de recherches cliniques de La Renaissance Sanitaire a organisé une journée de travail. Cette année, le colloque a eu lieu à l'hôpital La Musse en octobre 2003, sur le thème : « Handicap-biomécanique et réadaptation. »

Les participants étaient accueillis sans

participation financière de façon à garder à cette manifestation un caractère à la fois amical et studieux. La journée était placée sous la présidence du Pr Thoumie, de l'hôpital Rothschild, le matin, et du Pr Lavaste, de l'École des arts et métiers de Paris, l'après-midi.

Les orateurs venaient d'horizons divers : médecins rééducateurs, biomécaniciens confirmés, étudiants en thèse et kinésithérapeutes. Les thèmes abordés étaient très variés : la sclérose en plaque et ses particularités, les muscles de la région lombaire lorsqu'on est penché en avant, les amputés des membres inférieurs, les amplitudes du cou de 0 à 99 ans, le fauteuil roulant, l'expérience de La Musse dans l'isocinétisme et les plates-formes de force...

Une journée enrichissante autour d'un thème central, qui a permis une rencontre fructueuse entre des chercheurs venus des sciences de la vie et des sciences de l'ingénieur.

L'expérience sera renouvelée. Toutefois, la lourdeur de l'organisation et la difficulté de bâtir chaque année un programme alléchant et cohérent font que ces journées seront dorénavant organisées tous les deux ans. Rendez-vous est donc pris pour 2005, dans les locaux de la FMP, à Paris. ■

Michel Pillu
teste
la liaison
flexible.

Propos recueillis
par Béatrice Blanche-Lopoukhine

Les hôpitaux de La Renaissance adaptés aux défis du

Le diabète est une maladie métabolique liée à un défaut d'utilisation des sucres, en particulier le glucose, par les cellules de l'organisme.

Deux types de diabète sont distingués : le diabète de type 1, ou diabète insulino-prive par absence de sécrétion d'insuline par le pancréas, et le diabète de type 2, le plus fréquent, dû à un trouble d'utilisation de l'insuline par les cellules de l'organisme (phénomène de résistance à l'insuline).

Contrairement au type 1, ce diabète de type 2, qui correspond à ce qu'on appelait « diabète gras », s'accompagne d'un excès d'insuline qui n'est pas utilisée. Son origine est liée à plusieurs causes : l'hérédité, l'obésité, la sédentarité, l'alimentation déséquilibrée trop riche en graisses et en sucres.

Accroissement des complications

Le diabète est l'un des principaux facteurs de risque des maladies vasculaires comme le tabagisme, l'excès de cholestérol, l'hypertension artérielle, la sédentarité et l'obésité. Il favorise en effet l'athérosclérose, c'est-à-dire une altération de la paroi des artères où se déposent des amas graisseux formant des plaques d'athérome qui se calcifient ensuite. Ces plaques rétrécissent progressivement le calibre des artères et favorisent la formation de caillots sanguins. C'est ce qu'on appelle l'athérombose. L'obstruction partielle, voire totale, des artères entraîne un manque de sang (ischémie) des muscles ou des organes concernés, avec des degrés de sévérité variables. L'athérosclérose du diabétique est particulièrement grave parce que plus précoce, plus diffuse, plus calcifiée que l'athérosclérose com-

mune, et donc plus difficile à traiter. Ses localisations sont multiples :

- l'atteinte des artères des membres inférieurs (ou artérite) est responsable de crampes à la marche (claudication intermittente) ou, à un stade plus sévère, de douleurs nocturnes, d'ulcères des jambes ou des pieds, qui peuvent s'infecter, évoluer vers la gangrène et conduire à l'amputation. Chaque année, 80 000 nouveaux patients sont atteints d'artérite et 10 000 amputations sont réalisées, avec le diabète comme première cause ;
 - les artères du cerveau (carotides) dont l'obstruction entraîne une paralysie de toute ou partie d'une moitié du corps (hémiplegie) et dont les séquelles sont souvent très lourdes ;
 - l'atteinte des artères du cœur (insuffisance coronarienne), source d'infarctus du myocarde, bien souvent non douloureux en raison d'une neuropathie diabétique, à l'origine d'une mort subite.
- L'athérosclérose s'accompagne, par ailleurs, d'une atteinte des artérioles et des capillaires – spécifique au diabète – qu'on appelle « microangiopathie diabétique ». La microangiopathie est responsable de deux complications particulières :
- une atteinte oculaire par lésions vasculaires de la rétine (ou rétinopathie

Sanitaire diabète



diabétique), première cause de cécité en France;

- une atteinte de la fonction rénale (ou néphropathie diabétique) pouvant conduire au stade d'insuffisance rénale chronique sévère qui nécessite un traitement par rein artificiel (dialyse extracorporelle). Le diabète est également la première cause de dialyse en France.

De nombreuses autres complications non vasculaires sont dues au diabète :

- une dégénérescence des racines nerveuses (neuropathie) qui entraîne une diminution, voire une perte, de la sensibilité notamment au niveau des pieds, responsable de blessures négligées, d'ulcérations indolores mais graves de la plante du pied (maux perforants plantaires), de gangrène d'orteils silencieuse ;
- une dégénérescence osseuse (ostéopathie diabétique) source de fractures spontanées et d'importantes déformations du pied ;
- des infections de toutes sortes : urinaires, osseuses, abcès du pied...

Le pied du diabétique est donc particulièrement menacé : le pied diabétique associe des atteintes osseuses, vasculaires, neurologiques et infectieuses qui, là encore, peuvent conduire à l'amputation.

Le coût financier

Les complications de la maladie diabétique sont responsables en grande partie du coût exorbitant de la maladie. Le montant des dépenses de santé attribuable au diabète peut être estimé à 2,414 milliards d'euros en 2000 contre 2,021 milliards d'euros en 1998. Une telle évolution ne peut que s'aggraver dans les années à venir, justifiant une stratégie offensive sur le plan de la prévention et de la prise en charge thérapeutique.

Les malades qui nous sont confiés

Toutes ces affections sont fréquemment rencontrées dans les deux hôpitaux de La Renaissance Sanitaire : accidents vasculaires cérébraux, insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, insuffisance rénale, artérite des membres inférieurs... Dans ce dernier cas, plusieurs types de patients nous sont confiés :

- les sujets porteurs de troubles trophiques chroniques des membres inférieurs (ulcères), qui appellent des soins locaux selon des protocoles de cicatrisation dirigée ;
- les malades atteints de pied diabétique (maux perforants, abcès, gangrène localisée) nécessitent des soins locaux de longue durée associés aux antibiotiques, au petit appareillage et

à l'équilibration de l'insulinothérapie ;

- les patients ayant bénéficié d'une revascularisation artérielle (pontage chirurgical, dilatation endovasculaire par ballonnet...);
- les artéritiques sévères non revascularisables qui relèvent du seul traitement médical (réentraînement à la marche, soins locaux, perfusions de médicaments vaso-actifs et antithrombotiques comme les prostanoïdes de synthèse); 30% de nos artéritiques sont diabétiques ;
- les amputés dont il s'agit de faire cicatriser le moignon et qu'il faut appareiller par la confection d'une prothèse. Au fil des années, nous avons constaté une augmentation progressive du nombre de

Soins du pied
diabétique.

Le diabète en chiffres

Une augmentation considérable

Selon différents experts, le nombre de diabétiques en France serait compris entre 1 et 3 millions ! Le nombre de diabétiques de type 1 (dépendants de l'insuline) est relativement stable (140 000 en 1999). Par contre, l'augmentation du nombre de diabétiques de type 2 est réellement préoccupante puisque ce chiffre est passé de 1 250 000 en 1995 à 2 millions en 2000, auxquels s'ajoutent tous les diabétiques méconnus estimés à 800 000 environ. Entre 1998 et 2000, le nombre de nouveaux cas est passé de 2,78 % à 2,96 % de la population. En vingt ans, le nombre des diabétiques dans le monde aura doublé pour atteindre un chiffre supérieur à 200 millions en 2015.

Le Dr Jean-François
Bouteleux
en consultation
avec Renée Gaillot,
infirmière.



patients diabétiques parmi cette population d'amputés correspondant parfaitement à l'épidémie mondiale du diabète.

Actions de La Renaissance Sanitaire

Actions thérapeutiques

Au sein de nos hôpitaux, les départements de médecine et réadaptation vasculaire et d'appareillage ont l'originalité d'assurer la prise en charge globale du patient dans le but de traiter les complications. Notre approche multidisciplinaire nous permet d'assumer l'ensemble des complications sur place ou en collaboration avec des services spécialisés correspondants. En effet, les équipes médicales et paramédicales réalisent de façon concomitante la poursuite des soins locaux, le traitement et la surveillance médicale du patient, la rééducation physique et l'appareillage. Depuis plus de vingt ans, les deux hôpitaux de La Renaissance Sanitaire ont été les pionniers dans la prise en charge des patients amputés « à moignons ouverts », c'est-à-dire non encore cicatrisés, et sans attendre l'obtention d'une cicatrisation pour débiter l'appareillage. Nous avons donc acquis au fil des années une forte notoriété auprès des différentes équipes de chirurgie vasculaire, de diabétologie, de dermatologie, de médecine interne.

Au fil du temps, les hôpitaux de La Renaissance Sanitaire se sont donc adaptés au profil des patients. Ils ont élaboré des projets médicaux d'établissements acceptés par l'ARH :

- création d'unités de médecine et réadaptation vasculaire ;
- création d'unités de soins pour les pieds diabétiques ;
- création de secteurs d'hospitalisation de jour pour soins ambulatoires ;
- développement d'une aide au sevrage tabagique par des médecins tabacologues et des psychologues ;
- création d'une cuisine pédagogique.

Nos deux établissements participent actuellement à des projets expérimentaux d'amélioration de la prise en charge du diabète associant thérapeutique et prévention. En effet, à côté du traitement des complications, ils se sont inscrits dans une démarche de prévention, élément essentiel actuellement, pour tenter de diminuer le nombre de ces complications. Ces projets sont vivement encouragés par les Cpm et les Urcam. Ils ont pour but d'améliorer la formation des personnels soignants, médecins, paramédicaux et, surtout, des patients diabétiques. Ainsi, par exemple, à l'hôpital Villiers Saint Denis, les patients diabétiques de la région sont actuellement pris en charge à

l'hôpital pendant une journée. Les patients arrivent, accompagnés ou non de leur famille, bénéficient d'ateliers d'éducation thérapeutique et diététique, et mangent sur place à la cuisine thérapeutique avec toute l'équipe (diététicienne, infirmier en éducation, diabétologue, voire médecin généraliste). L'après-midi, ils sont pris en charge individuellement avec leur famille en présence du diabétologue, de l'infirmier en éducation, de la diététicienne, de leur médecin généraliste, voire de leur infirmière libérale.

Ces actions ont été possibles grâce à la reconnaissance de la compétence des équipes soignantes des hôpitaux. Nos établissements travaillent avec l'hôpital public, avec lequel ils ont signé des conventions, au sein d'un réseau local régional et inter-régional sous forme de filières de soins avec les services spécialisés de chirurgie vasculaire, de diabétologie, de dermatologie et de médecine interne.

Personnel soignant

Pour assurer toutes ces activités et faire face à cette population croissante de patients diabétiques, les deux hôpitaux ont renforcé leurs équipes médicales et paramédicales, soit par une orientation plus spécifique au sein d'une spécialité préexistante (par exemple le vasculaire au



sein de la cardiologie, la tabacologie au sein de la pneumologie), soit en recrutant les spécialistes concernés : diabétologues, dont un professeur d'université, ophtalmologues, psychologues, podologues, kinésithérapeutes et ergothérapeutes, diététiciennes et infirmiers en éducation.

Plateaux techniques

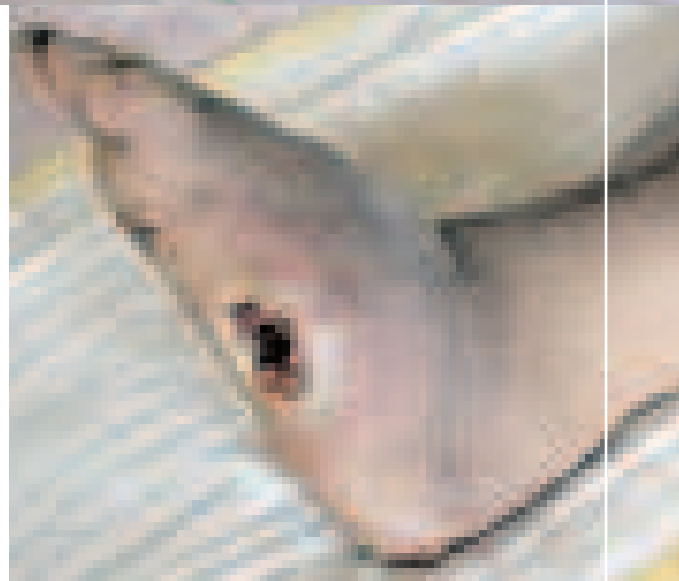
D'un point de vue technique, les deux hôpitaux ont également évolué. En raison de cette spécialisation vasculaire, ils disposent actuellement des moyens d'investigation non sanguins les plus performants : échographie du cœur et des vaisseaux avec doppler continu et pulsé couleur, mesure de la pression partielle transcutanée d'oxygène (TcPO₂) aux membres inférieurs, tapis de marche électrique pour les tests diagnostiques et la rééducation, ateliers d'appareillage disposant d'équipements ultramodernes permettant de créer de nouveaux systèmes de chaussage et de prothèses. Ainsi, les médecins vasculaires peuvent évaluer au mieux la maladie artérielle, juger de l'efficacité d'un traitement et confier sans délai leurs patients aux équipes chirurgicales vasculaires avec lesquels ils travaillent en réseau.

Ainsi, les hôpitaux de La Renaissance Sanitaire, après avoir relevé le défi de l'appareillage il y a plus de vingt ans,

prennent également en charge les patients vasculaires revascularisables, qu'ils soient opérés ou non, porteurs ou non de troubles trophiques. Ils ont su également s'adapter à cette épidémie de diabète et à ses complications en s'inscrivant résolument dans des programmes de traitement et de prévention. ■

Dr Jean-François Bouteleux, Villiers Saint Denis
Dr Sylvain Duthois, La Musse

Le Dr Sylvain Duthois
et une infirmière
de La Musse prodiguent
des soins au pied
d'un jeune malade diabétique
après amputation d'un orteil.



Pied diabétique chez un homme de 50 ans atteint de neuropathie et d'ostéo-arthrite compliquée de septicémie (aspect de pied de Charcot).



Deux malades atteints d'artérite sévère des membres inférieurs en réadaptation sur les tapis de marche du pavillon 2 sous l'œil de Martine et Mario, deux des neuf kinésithérapeutes du pavillon.

Service de médecine et réadaptation vasculaire

L'orientation vers la pathologie vasculaire a été prise à l'initiative du docteur Duthois au sein de l'hôpital La Musse en 1990, orientation justifiée par des raisons épidémiologiques et économiques. Par ailleurs, elle trouvait une place logique dans le développement de l'offre de soins de l'établissement.

Les raisons d'être d'un service de médecine vasculaire

En effet, l'artérite représente un problème de santé publique par sa fréquence et son coût financier. Elle atteint 5 % de la population au-delà de l'âge de

65 ans, chiffre à multiplier par 4 en cas d'hypertension artérielle associée. En France, 800 000 personnes sont atteintes, auxquels s'ajoutent 80 000 nouveaux patients par an. Si on se réfère à la seule claudication intermittente, le taux de la maladie est d'environ 5 % habitants par an. Mais ce chiffre est à multiplier par 5 en cas de dépistage systématique par examen doppler. Quant au dépistage par test de marche sur tapis roulant, il révèle un taux d'artéritiques de 25 % chez les sujets de plus de 65 ans.

On compte 10 000 amputés par an avec une mortalité de 50 % à dix ans ; 20 % des artéritiques évoluent chaque année vers l'ischémie critique et 25 % d'entre eux sont amputés avec 60 % de décès dans les cinq ans. Au sein de l'ischémie critique, 60 % des patients peuvent bénéfi-

cier d'une chirurgie de revascularisation et 40 % d'entre eux, d'un traitement médical.

Ces données épidémiologiques de l'artérite, qui rejoignent celles de l'oncologie, attestent des besoins locaux et régionaux du secteur Eure-Seine : 5 % de la population (soit 2 000 habitants) dont 20 % évolueront vers l'ischémie critique (soit 300 à 400 cas par an). Plus d'une centaine de ces cas relèvent d'un traitement médical pur, car sans possibilité chirurgicale.

Sur le plan financier, une étude publiée en 1986 estimait déjà le prix de revient de l'artériopathie des membres inférieurs à 8 milliards de francs par an, soit 5 % des dépenses de santé. À la même époque, 60 000 patients ont occupé 2,73 millions de lits avec une DMS de 28 jours. Il est

important de souligner que le coût financier d'un patient maintenu au stade médical de la maladie, est estimé à 1 300 euros par an et par malade, alors que le passage au stade chirurgical (revascularisation et amputation) fait passer ce chiffre à plus de 4 500 euros par an et par malade. Ces chiffres soulignent l'importance fondamentale d'un dépistage précoce, d'une prise en charge thérapeutique active et d'une prévention secondaire soutenue dans le temps.

Or, malgré les progrès réalisés en matière de dépistage, d'imagerie, de chirurgie vasculaire, de revascularisation endoluminale, de traitements médicamenteux, la prise en charge de la maladie et des malades souffre toujours d'une insuffisance notoire due à une méconnaissance de la pathologie et à un défaut historique

dans les services de chirurgie à un stade déjà trop évolué et compliqué. À l'inverse, l'arrivée de nouveaux angiologues-doppleristes dans la région, d'un second chirurgien vasculaire et le développement de l'imagerie vasculaire avec la possibilité d'angioplastie endoluminale dans une clinique de proximité ne pouvaient que nous conforter dans notre choix.

Logique d'intégration au sein de La Musse

La prise en charge de la pathologie vasculaire s'intègre dans une logique interne de l'établissement qui présentait déjà toute l'infrastructure nécessaire à un tel développement :

- une durée d'hospitalisation de 45 jours en moyenne correspond à celle habituellement rencontrée dans un centre de soins de suite et réadaptation ;
- un service de rééducation fonctionnelle avec appareillage des amputés ;
- une expérience cardiologique et un plateau technique cardiologique indispensables pour les explorations non invasives et le suivi de ces malades souvent polyartériels ;
- des services spécialisés (pneumologie, diabétologie, nutrition) répondant aux différents besoins de ces malades poly-pathologiques ;
- un laboratoire de biologie performant pour répondre notamment aux problèmes de coagulation et de bactériologie.

Activité du service de réadaptation vasculaire

L'activité porte sur quatre points principaux :

- traitement des patients en ischémie critique de membre. Il s'agit d'une situation grave, liée à une artérite sévère des membres inférieurs, comportant un haut risque d'amputation dans les six mois. Il s'agit de patients qui souffrent au repos, souvent porteurs d'ulcères de jambe, pour qui une revascularisation s'impose rapidement, soit chirurgicale, soit par voie endovasculaire (angioplastie par

ballonnet). En l'absence de possibilité de revascularisation, il faut mettre en route un traitement médical complexe associant soins infirmiers, kinésithérapie spécifique et perfusions intraveineuses de prostanoïdes de synthèse. La décision thérapeutique est le résultat d'une confrontation multidisciplinaire entre l'angiologue, le chirurgien et le radiologue. Une prise en charge ambulatoire peut être envisagée chez les patients suffisamment valides (hospitalisation de jour) ;

- traitement des malades porteurs de troubles trophiques invalidants. Il s'agit d'ulcères chroniques d'origine artérielle et/ou veineuse qui nécessitent des soins locaux spécialisés par une équipe expérimentée, un bilan et une orientation thérapeutique en vue d'une revascularisation artérielle, d'une chirurgie veineuse, d'une hygiène de vie, d'une contention avec compression veineuse, etc. L'importance des lésions, l'absence de traitement univoque et la formation du malade lui-même à une nouvelle hygiène de vie imposent fréquemment l'hospitalisation. Un suivi en consultation externe, en collaboration avec les infirmières libérales, permet de raccourcir la durée de séjour et d'assurer un meilleur suivi ultérieur avec une meilleure prévention des récurrences ;
- prise en charge des opérés récents qui nécessitent une triple surveillance face aux risques de thrombose, d'hémorragie ou d'infection sur pontage, un traitement antithrombotique suivi ainsi qu'une réadaptation à la marche. Celle-ci apparaît comme le complément fonctionnel indispensable pour tirer un bénéfice complet de la chirurgie vasculaire ;
- le réentraînement à la marche est le traitement le plus efficace, le plus anciennement connu, à tous les stades de l'artérite des membres inférieurs, mais le moins pratiqué

tation

de motivation en partie liés aux limites thérapeutiques rencontrées jusqu'à présent. Ainsi, en dehors de l'hôpital de Bois-Guillaume à Rouen, il n'existe pas dans la région de service de pathologie vasculaire. Encore faut-il préciser que le service d'angiologie rouennais est intégré au secteur de médecine interne et que les malades athéroscléreux, fumeurs, diabétiques, avec leur cortège habituel de problèmes socioprofessionnels et psycho-affectifs, ne font pas partie des « priorités intellectuelles » des médecins internistes qui préfèrent se consacrer à d'autres pathologies vasculaires plus rares et plus passionnantes... De ce fait, les malades sont disséminés, en fonction de leur atteinte et de sa sévérité, dans différents secteurs relevant d'autres spécialités (cardiologie, diabétologie, dermatologie...) et, surtout,



Deborah soigne
une patiente
en cours
de cicatrisation
dans le service
d'ambulatoire
du Dr Sylvain Duthois.

comme en témoignent le peu d'études et le peu de malades qui en bénéficient actuellement. Cela est dû autant à la méconnaissance de la maladie qu'au défaut de structures de soins, aux indications mal précisées et à une classification de la maladie qui est à revoir. C'est aussi le traitement le plus difficile à prescrire et à réaliser car il suppose une structure adaptée, autant en interne qu'en externe, une thérapeutique permanente et définitive sur le long terme, exigeant une modification de la structure de pensée et du comportement, tant chez les médecins que chez les malades. Ce réentraînement à la marche chez l'artériitique s'intègre dans une prise en charge globale et pluridisciplinaire pour aboutir à une prévention secondaire réelle de la maladie athéromateuse.

En pratique, les différents protocoles de réadaptation nécessitent un séjour en hospitalisation de quatre à six semaines pour les formes sévères ou en postopératoire en vue de séances biquotidiennes, pour aboutir à un traitement d'entretien sous forme de séances de 45 minutes, trois fois par semaine, qui relèvent d'un suivi en externe. Une telle réadaptation en externe devrait s'appliquer en première intention chez les patients claudicants au stade II.

Au fil des ans, nous avons complété notre activité en instituant :

- une consultation externe pour répondre aux besoins locaux et régionaux des malades et de leurs médecins traitants confrontés aux ulcères chroniques de jambes et au problème thérapeutique de l'artérite ;
- un secteur d'hospitalisation de jour pour la prise en charge des troubles trophiques (ulcères de jambe). Cette activité a rapidement pris de l'ampleur puisque nous effectuons actuellement quatorze pansements par jour dans ce seul secteur. Après un épisode aigu et un retour au domicile, cette activité externe permet également un suivi régulier pour vérifier le bon comportement du malade et la stabilisation de la maladie ;
- la mesure de l'oxymétrie transcutanée, qui permet de quantifier le taux d'oxygène aux pieds. Cet examen indolore permet de dépister et d'évaluer les artérites sévères avec ischémie de repos. Elle fait aujourd'hui partie de notre activité régulière au laboratoire d'explorations fonctionnelles ;
- le sevrage tabagique, pour compléter la lutte contre les facteurs de risque de la maladie (HTA, diabète, dyslipidémie). Cela suppose une prise en charge psychologique et une approche médicale spécifique.

Enfin, une activité scientifique nous a toujours paru indispensable au sein

d'un service hospitalier afin de codifier nos activités, de les faire connaître, d'échanger avec nos confrères, de nous évaluer et ainsi d'évoluer. Aujourd'hui, l'expérience du service est reconnue dans plusieurs domaines :

- protocoles de traitement des troubles trophiques ; mise au point d'une fiche pansement pour la surveillance et le traitement rationnel des lésions cutanées ;
- fiches de suivi et de transmission infirmière ;
- ateliers de formation sur les techniques de contention veineuse ;
- réalisation de cures de prostaglandines de synthèse (iloprost) en cas d'ischémie critique (menace de gangrène) sans possibilité de revascularisation ;
- réadaptation à la marche des artériitiques opérés.

Depuis bientôt dix ans, tous ces sujets ont fait l'objet de plusieurs publications, films et communications dans les congrès spécialisés.

Conclusion

Répondant aux recommandations des experts (rapport Inserm, 1994), l'hôpital La Musse peut prétendre être un centre de formation et de sensibilisation à l'échelon régional comme à l'échelon national. Néanmoins, il faut savoir que nous nous heurtons à des limites d'ordre psychologique. C'est à un changement de mentalités vis-à-vis de la pathologie vasculaire périphérique qu'il nous faut aboutir, tant au sein du corps médical que face aux tutelles ministérielles et auprès de la population. ■

Dr Sylvain Duthois
La Musse

Le terme « apnée », issu du grec *a-pnein*, « sans respirer », est un arrêt respiratoire volontaire ou non, plus ou moins long.

Pour parler d'apnée, cet arrêt doit être d'au moins dix secondes, sachant que certains peuvent atteindre trente secondes.

Si les apnées isolées n'entraînent pas de troubles particuliers chez la personne endormie, les apnées fréquentes, c'est-à-dire cinq arrêts respiratoires en une heure, sont préoccupantes. Ce syndrome, qui affecterait entre deux et trois millions de Français, le plus souvent âgés de plus de 40 ans ou 50 ans, apparaît presque exclusivement chez un ronfleur.

Deux types d'apnée

Il existe deux principaux types d'apnée : les apnées par obstruction spontanée des voies aériennes supérieures, responsables de la quasi-totalité des syndromes d'apnée du sommeil, et les apnées par



L'apnée du sommeil

Dr Thierno Bah
appareillant une patiente

non-déclenchement des mouvements respiratoires par les centres nerveux. L'évolution des techniques d'enregistrement permet de mieux comprendre ce syndrome susceptible d'avoir de graves répercussions sur le système vasculaire et cérébral en particulier.

Dans le cas de l'apnée, le phénomène se déroule ainsi : si le blocage de l'air entre les parois pharyngées et la base de la langue n'est pas très important, le passage de l'air se fait par intermittence rapide et provoque des ronflements. Si ce blocage est conséquent, l'inspiration crée une dépression. Tout le système se bloque. On parle alors d'apnée. Après quelques inspirations inefficaces, le taux de gaz carbonique augmentant dans le sang, le système nerveux déclenche un réveil partiel redonnant un peu de tonus au muscle pharyngé, libérant ainsi le passage. Le dormeur prend alors une grande inspiration, certes bruyante mais néanmoins salvatrice. Toute la nuit, des cycles identiques se produisent.

Facteurs, signes évocateurs et complications

Plusieurs facteurs sont susceptibles de provoquer des apnées obstructives : un pharynx étroit, de grosses amygdales, une base de la langue volumineuse mais aussi une surcharge pondérale. En effet, le tissu gras présent dans tous les organes l'est également dans la base de la langue. Un kilogramme de poids du corps correspond ainsi à un gramme de la base de la langue. L'apnée est perturbante (fatigue permanente, somnolence fréquente dans la journée, troubles de la mémoire et difficultés de concentration, nervosité, irritation, maux de tête au réveil, troubles de la libido et nycturie sont les principaux signes évocateurs) et provoque d'importantes complications : hypertension artérielle, arythmie cardiaque, risque d'accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque, difficultés dans la vie professionnelle et personnelle.

Traitement

Une fois le dépistage effectué, grâce à l'enregistrement du sommeil durant une nuit, permettant de quantifier les apnées, un traitement peut être envisagé, adapté selon l'importance des apnées : amaigrissement, chirurgie, appareillage avec pression positive, véritable assistance respiratoire, prothèse d'avancée mandibulaire.

En dehors des conséquences cardio-vasculaires, différents travaux laissent aujourd'hui penser que le syndrome d'apnée du sommeil multiplie le risque d'accident de la voie publique par un facteur d'environ 7. La situation est tout particulièrement problématique et le risque plus élevé pour les personnes dont la conduite est au centre de leur activité professionnelle. ■

Dr Thierno Bah
Villiers Saint Denis



Virginie Berthe
recevant un grand brûlé.

Un métier de proximité : les as « Écouter, c'est se faire l'hô

La mission générale des assistantes sociales est d'aider les personnes en difficulté à « retrouver ou développer une autonomie de vie et à faciliter leur réinsertion dans la société ». En milieu hospitalier, cette mission est plus spécifique et s'adresse à une population confrontée à la maladie, au handicap ou à la vieillesse et qu'il faut préparer à la sortie de l'établissement.

Virginie Berthe est l'une des quatre assistantes sociales qui travaillent à La Musse. Au pavillon 1 dévolu à la rééducation fonctionnelle, elle est chargée de trois des sept services: neurologie, traumatologie et brûlologie. Quatre-vingts pour cent des patients hospitalisés ont, à un moment ou à un autre, recours aux services de Virginie ou de sa collègue. Quant à Nathalie Rouppillard, elle exerce à Villiers Saint Denis au sein d'une équipe de trois personnes. Elle a débuté sa carrière comme assistante sociale de secteur et intervient aujourd'hui en pneumologie, cardiologie, soins de suite polyvalents et gériatriques et soins palliatifs.

Quel est votre quotidien? Pouvez-vous nous décrire une semaine type?

Virginie Berthe : Nous travaillons avant tout avec l'équipe médicale et paramédicale. Tous les vendredis matin,

nous avons des réunions de synthèse. J'ai des permanences deux après-midi par semaine, pendant lesquelles je reçois sur rendez-vous. J'effectue trois fois par semaine les visites avec les médecins pour recueillir des éléments médicaux indispensables à la mise en place d'un projet social et je me présente aux nouveaux arrivants. Le reste du temps, je travaille sur dossiers, j'écris des courriers, j'effectue des démarches téléphoniques, j'assiste à des réunions internes avec les collègues assistantes sociales, mais aussi à l'extérieur auprès de divers partenaires (maisons de retraite, associations...) avec lesquels je travaille, j'essaie de me faire davantage connaître.

Nathalie Rouppillard : Le travail n'est intellectuellement jamais le même car il s'agit avant tout de répondre au mieux à la demande du patient ou des familles. Nous ne travaillons jamais seules mais en contact étroit avec les différents acteurs de l'hôpital, dont la psychologue. Si, pour



sistants sociaux te de celui qui vient »

telle ou telle raison, sur un dossier donné, l'interlocuteur manque, c'est à nous de le rechercher, de prendre des initiatives comme contacter certaines maisons de retraite ou autres partenaires potentiels. C'est une démarche perpétuelle de collaboration et de confiance réciproque. Aucune journée ne ressemble à une autre, et le projet est toujours adapté à la personne qui nous sollicite.

N'est-il pas plus intéressant d'exercer dans les secteurs défavorisés plutôt qu'en secteur hospitalier ?

VB : Dans les deux domaines, en secteur à compétence géographique ou en milieu spécialisé comme l'hôpital, le travail est à peu près le même. Nous avons toujours affaire à une population en souffrance que l'on ne peut pas soulager avec une baguette magique. Ici, nous voyons les personnes moins longtemps : la durée moyenne d'hospitalisation à La Musse

Histoire des assistantes sociales

L'histoire des assistantes sociales est étroitement liée à l'histoire du métier d'infirmière. En effet, les soins aux pauvres étaient dispensés par les « femmes consacrées », instruites sous la tutelle des prêtres et médecins qui décidaient des savoirs qu'elles devaient ou ne devaient pas acquérir, et de ce qu'on attendait d'elles. Dès la fin du XVIII^e siècle, les soins prodigués font l'objet de la formation et de la pratique des soignants.

Après la séparation de l'Église et de l'État, puis grâce au mouvement de laïcisation, les soins deviennent un droit pour tous, alors qu'ils étaient essentiellement fondés sur les croyances et l'altruisme. À partir des années 1920, après avoir suivi une formation et obtenu leur diplôme d'infirmière de l'État français, les infirmières occupent tout le secteur sanitaire et social. Leur rôle est de soigner, d'écouter, de donner des conseils d'hygiène, de santé, de participer aux campagnes de prévention (tuberculose) tout en menant des enquêtes sociales dans les milieux défavorisés. Face aux conditions de vie déplorables de la population, les infirmières polyvalentes sont rapidement submergées par les activités sociales au détriment des activités de soins : elles se détournent peu à peu des dispensaires et des hôpitaux, et c'est la scission entre le sanitaire et le social.

Le diplôme d'État d'assistante de service social voit le jour en 1932. La loi du 8 avril 1946 relative à l'exercice des professions d'assistante ou d'auxiliaire du service social définit la réglementation générale de cette véritable mission de service public.

Jusque dans les années 1970, le milieu reste assez austère. Réclamant une grande disponibilité, le métier compte surtout des femmes célibataires et sans enfants. Durant les années 1970-1980, on évoque beaucoup la marginalité, la déviance. Aujourd'hui, les questions liées aux personnes en situation précaire (chômage, exclusion, désaffiliation) restent au cœur de l'intervention des assistantes sociales. Mais la perception du problème sur lequel elles interviennent s'est désormais élargie. L'exercice de la fonction varie suivant les lieux où elles exercent. Leurs missions varient en fonction des structures, des populations auprès desquelles elles travaillent ou des moyens dont elles disposent.

Avec la décentralisation de l'action sociale, la profession est passée de directives prises au niveau national à la déclinaison de ces directives au niveau régional, voire départemental, afin de permettre une meilleure adéquation des réponses aux besoins locaux.

Le secret professionnel

Les grands principes

Le principe de respect du droit à la vie privée est à la source de cette notion. Consacré en premier lieu par la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, il a été signé à Rome le 4 novembre 1950. C'est plus précisément l'article 8 de ce texte, qui, en vertu de l'article 55 de la Constitution de 1958, a une autorité supérieure au droit interne et garantit le droit de toute personne à sa vie privée et familiale, à son domicile et dans sa correspondance. En ce qui concerne la France, ce n'est qu'en 1970 qu'a été inséré, en droit interne, le principe du respect de la vie privée (loi du 17 juillet 1970, art. 9, code civil).

« Chacun a droit au respect de sa vie privée. »

Quelles sont les personnes tenues au secret professionnel ?

Selon les textes du code pénal, les assistants sociaux (art. 225 CFAS), le personnel de PMI (art. 187 CSP) et le personnel des établissements d'aide sociale (art. 209 CFAS). À ceux-là s'ajoutent ceux qui sont tenus au secret professionnel du fait de leur mission. Ainsi, la nouvelle rédaction du CFAS (art. 80, issu de la loi du 6 janvier 1986) astreint au secret « les personnels participant aux missions de l'aide sociale à l'enfance ».

Ainsi, l'assistant social qui effectue une enquête sociale est tenu de répondre à la commande du moment qu'il accepte ce cadre. Il retrouve cependant l'obligation de secret, dans le cadre même de cette investigation pour tout ce qui a été recueilli ou compris, qui est de l'ordre de l'intimité des personnes et qui sort parfois de la mission. Dans tous les cas, une obligation de secret vis-à-vis des tiers s'impose et rejoint la question bien délicate du secret partagé.

Quelles sont les limites du secret professionnel ?

En effet, si le nouveau code pénal (art. 434-1) interdit les poursuites pour non-dénonciation de crime à l'égard de personnes tenues au secret professionnel, il subsiste l'incrimination de « non-assistance à personne en danger » (art. 233-6 du code pénal, anciennement art. 63). Cet article ne précise pas que les professionnels tenus au secret ne pourront pas se le voir appliquer. De fait, la loi a, en quelque sorte, institué un régime de contrôle *a posteriori* possible à l'égard des travailleurs sociaux.

est de six semaines (variable selon les pathologies et la récupération), d'où la nécessité d'un relais à la sortie (service social de la Cram, le plus souvent).

NR : Ayant exercé dix ans sur le secteur, je relève quelques différences par rapport à l'hôpital. Certes, nous traitons toujours de la misère humaine et de sa dimension d'aide. Dans les deux cas, à partir de l'explicite se cache l'implicite. Mais, en secteur, les incidents sont plus élevés. Nous rencontrons des personnes qui ne sont pas obligatoirement malades mais dans une infinie détresse, des femmes seules, des personnes âgées. Nous représentons souvent l'ultime interlocuteur pour toutes ces personnes. Mais la situation est telle qu'il devient aujourd'hui impossible d'engager des actions de prévention, notamment sur l'enfance. C'est à l'hôpital que j'ai retrouvé réellement mon métier.

Quel est le cas social le plus impressionnant auquel vous avez été confrontées? Avez-vous un exemple de réussite ?

VB : J'ai aidé un très jeune brûlé avec un profil psychiatrique qui est resté ici dix-huit mois. Il avait des séquelles très

importantes au visage. On a dû tout reconstruire ensemble. J'ai mis en place autour de lui tout un réseau d'aide. Le résultat est concluant, mais il reste fragile et on n'est jamais à l'abri...

NR : Il est toujours délicat de parler d'échec ou de réussite d'emblée tant le socle est fragile. Je me souviens d'une femme SDF, terriblement seule, marginale et qui ne s'était jamais soignée. En trois semaines d'hôpital, elle était devenue propre et prenait un petit déjeuner. Lui trouver un foyer a été un véritable parcours du combattant. Cette femme a cédé à nos actions. Mais deux jours après son intégration au foyer, elle retournait dans la rue...

Quel a été le cas le plus difficile à traiter hors du système hospitalier ? dans l'établissement ?

VB : Il m'arrive de mettre en place des actions avec un patient et, juste au moment de sa sortie, au dernier moment, il se désinvestit, se conforte dans sa situation antérieure et ne souhaite aucun changement par crainte. Mais il ne faut pas se décourager et toujours garder l'enthousiasme. Chaque cas est unique : à profil identique, les réactions sont différentes.

Assistants et assistant sociaux



Didier Colombo

Intervient dans le département VDA (vasculaire/diabétologie/appareillage).



Nathalie Rouppillard

Intervient en pneumologie, cardiologie, soins de suite polyvalents et gériatriques, soins palliatifs.



Christine Mlekuz

Intervient en médecine physique et réadaptation, DVA (dispositif de vie autonome), service social du personnel. Coordinatrice responsable du service social.

Villiers Saint Denis

Le secrétariat du service social,
Ginette Bellanger, Élisabeth Clobourse
et Véronique Gojard
avec Christine Mlekuz,
assistante sociale coordinatrice.

NR : Le plus difficile à traiter, c'est tout ce qui renvoie à la mort. Hors des murs de l'hôpital, en secteur, nous n'y sommes pas systématiquement confrontées. Par contre, à l'hôpital, nous vivons la déchéance, la souffrance du couple qui voit l'un des deux partir. Les soins palliatifs où j'exerce sont synonymes de mort. De même, on ne peut pas toujours demander aux familles d'accompagner leurs malades. Chaque famille a une histoire qu'il faut respecter. En fait, il ne faut pas interpréter le patient avec ses propres valeurs mais avec les valeurs de celui-ci.

Vous sentez-vous reconnues ?

VB : Oui, même si nous sommes peu nombreuses (4 sur 640 salariés !). On a notre utilité dans la prise en charge du patient et la préparation de sa sortie, utilité reconnue par l'équipe médicale. Nous sommes intégrées et nous y avons notre place, avec notre secrétaire.

NR : Oui à partir du moment où notre position est prise en compte. Même si le social n'est pas toujours prioritaire, il y a une certaine reconnaissance. Là encore, une différence, nous sommes, à mon sens, plus reconnues à l'hôpital qu'en secteur, où l'on tient fort peu compte de nos observations.



Quelle est la spécificité de la prise en charge des personnes handicapées ?

VB : Avec le handicap, il faut traiter un tas de choses en même temps : mettre en place une nouvelle couverture sociale, rendre accessible le logement, penser au travail, aux aides à domicile et considérer le patient dans sa globalité et dans son environnement familial. On ne fait jamais de l'assistantat mais de l'accompagnement social, on informe, on conseille, on évalue et on oriente. C'est avant tout du relationnel. À chaque nouvelle rencontre, je prends toujours la peine d'expliquer mon rôle pour mettre en confiance le patient et l'aider à verbaliser ses problèmes (prise en compte de son histoire, de ses cassures, de son rythme et des étapes de deuil).

Quelle prise en charge particulière préconiseriez-vous pour la personne âgée ?

NR : Je suis favorable à l'accueil temporaire des personnes âgées et à la création d'un vrai réseau de maintien à domicile. Dans notre canton, il y a très peu de maisons de retraite, et les capacités de chacune restent faibles. Il y a un travail très important à fournir dans ce domaine. Nous allons nous retrouver devant un grave problème de société dans les dix ans à venir : pas de maintien à domicile et peu de maisons de retraite. Or, nous sommes de plus en plus souvent face à des personnes très dépendantes en raison de l'augmentation de l'espérance de vie. D'importants moyens doivent être mis en œuvre pour soutenir la personne âgée dans toutes ses étapes.



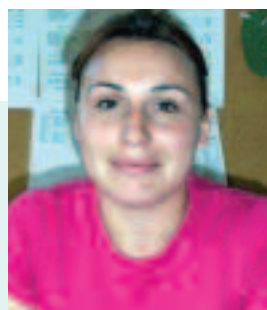
Virginie Berthe

Intervient au pavillon 1 : traumatologie, neurologie, orthopédie, appareillage, brûlologie, rhumatologie et dos.



Virginie Legeay

Intervient au pavillon 1 : traumatologie, neurologie, orthopédie, appareillage, brûlologie, rhumatologie et dos.



Ludivine Horeau

Intervient au pavillon 2 : pneumologie, cardiologie, angiologie, nutrition, diabétologie, endocrinologie, alcoologie, suites de chirurgie digestive.



Anne-Marie Prévost

Intervient au pavillon 3 : oncologie, soins de suite polyvalents et oncologiques, soins palliatifs et gériatrie.

La Musse

Comment parvenez-vous à aider les personnes en difficulté dans la plus grande discrétion ?

VB : Nous sommes tenues au secret médical et professionnel, bien sûr. Nous respectons la vie privée du patient, c'est essentiel. Mais nous sommes aussi tenues de signaler aux autorités compétentes des situations de personnes en danger, comme les maltraitances.

NR : Le contexte matériel est aussi important. La personne reçue doit se sentir en confiance. Je précise souvent que l'entretien restera confidentiel. Cette discrétion permet aussi de s'arrêter sur certaines questions, de réfléchir à la place de chacun, dans une démarche d'écoute. La plus grande discrétion, c'est aussi réfléchir au sens des mots et de nos actions. Nous sommes souvent face à nous-mêmes pour traiter certains dossiers. Les lois sont en perpétuelle évolution, la société et le travail social aussi. Il faut continuer à se former, à échanger sur des sujets aussi essentiels que la maltraitance, l'IVG ou la prise en charge de la douleur.

Conseillez-vous cette profession aux jeunes ?

VB : Oui, car il y a des débouchés. Certains postes ne sont pas pourvus ou sont occupés par des personnes qui n'ont pas la formation. On est actuellement en manque d'assistants sociaux, mais on ne le fait pas savoir. La profession n'est pas assez médiatisée.

NR : Oui, dans la mesure où ce métier est un choix. Depuis quelques années, nous observons un accroissement de la demande, en entreprise, dans les milieux hospitaliers mais aussi dans les banques.

Quels conseils leur donneriez-vous ?

VB : Je parlais des qualités nécessaires : une capacité d'écoute avant tout, de diplomatie, de disponibilité et de réactivité car, contrairement à ce que l'on nous apprend en formation, il y a parfois de l'urgence ! C'est aussi un métier très « féminin ». Dans ma promotion, nous étions quarante pour quatre hommes seulement !

NR : Il y a effectivement certaines qua-

lités essentielles à l'exercice du métier : un esprit d'ouverture, beaucoup de recul et de dynamisme. Mais aussi une prise de distance importante vis-à-vis de soi-même et de la profession. En effet, si nous avons un rôle de médiation, il faut aussi savoir dire non. C'est un métier très riche humainement, mais il faut aussi se protéger et ne pas entrer dans un système de culpabilité. Nous n'en sommes que plus efficaces. ■

Propos recueillis
par Frédérique Yonnet
et Dominique Guibourg

Statut

Personne ne peut se prétendre assistant social sans être titulaire du diplôme correspondant. Le rôle précis des assistants sociaux, ainsi que les limites imposées par la réglementation, a d'ailleurs conduit à remplacer le terme « assistant social » dans les statuts des fonctionnaires territoriaux par le terme « assistant socio-éducatif ». Cela permet d'embaucher sur des postes d'assistants socio-éducatifs, soit des personnes titulaires d'un diplôme d'État d'assistant social, soit des éducateurs. En effet, si des postes d'assistants sociaux sont ouverts, les employeurs ne peuvent embaucher que des assistants sociaux diplômés.

Formation

Il faut être titulaire d'un baccalauréat pour passer le concours d'entrée à l'institut régional de travail social (IRTS). Le concours comprend une partie écrite et une partie orale. Les études durent trois ans et comprennent une formation théorique et trois stages (représentant la moitié de ces trois années).

Au terme de ces trois ans, on obtient le diplôme d'État d'assistant de service social délivré par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass), indispensable pour exercer.

Les assistants sociaux sont employés en « polyvalence de secteur » (à compétence géographique, ils voient toutes les personnes en difficulté sur leur secteur) ou en « secteur spécialisé » (comme les assistants sociaux des établissements de La Renaissance Sanitaire, ceux travaillant pour l'Éducation nationale, dans les maisons d'arrêt...).

Les professionnels confirmés peuvent s'orienter vers des fonctions d'encadrement. Le diplôme supérieur de travail social (DTS) et le certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement social (CAFDES) se préparent en trois ans en cours d'emploi. Douze DESS accessibles en formation continue forment aussi à la gestion d'entreprise sociale.

Effectifs

On compte plus de 38 000 assistants sociaux en France. La profession est fortement féminisée : un homme pour dix femmes.

Adresses utiles

École normale sociale

2, rue de Torcy
75 018 Paris
Tél. : 01 40 38 67 00
3615 ENS Paris
ens@club-internet.fr

Pour les concours
de la fonction publique :

CNFPT

(Centre national
de la fonction publique
territoriale)
10-12 rue d'Anjou
75381 Paris cedex
Tél. : 01 55 27 44 00
www.cnfpt.fr

Anas

(Association nationale
des assistants
de service social)
15, rue de Bruxelles
75 009 Paris
Tél. : 01 45 26 33 79

ONFTS

(Organisation nationale
des formations
au travail social)
1, cité Bergère
75 009 Paris
Tél. : 01 53 34 14 74
onfts@club-internet.fr

Cedias

(Centre d'études,
de documentation,
d'information
et d'action sociale)
Musée social
5, rue Las Cases
75 007 Paris
Tél. : 01 45 51 66 10

L'ambulance
offerte à l'hôpital
central de Huê.



Partenariat

Une ambulance offerte à l'hôpital de Huê, au Vietnam

Le 2 septembre 1999, La Renaissance Sanitaire a signé une convention de jumelage avec l'hôpital central de Huê, au Vietnam. Parallèlement, une collecte de dons a été organisée pour développer et équiper en matériel de base le service d'appareillage et de rééducation de cet hôpital. Cette opération, particulièrement fructueuse, a permis à la Fondation de lui offrir une ambulance.

Une délégation s'est rendue sur place en avril 2004 pour remettre l'ambulance tant attendue et conforter sur place les liens tissés depuis la convention de jumelage. En effet, depuis 2002, la Fondation poursuivait l'objectif de réunir suffisamment de dons pour pouvoir équiper en ambulance le service de rééducation de l'hôpital de Huê afin, notamment, de permettre aux équipes médicales et soignantes de se rendre auprès des bles-

sés qui ne peuvent se déplacer. L'ambulance a été achetée sur place, tant pour des raisons de prix que pour des questions de commodité, de garantie, de réparations et d'entretien. Elle est équipée d'une civière, d'un brancard et d'un dispositif à oxygène.

La cérémonie de la remise officielle de l'ambulance a été un moment fort et émouvant. L'hôpital de Huê était représenté par le Pr Phu, M. Tuyen, secrétaire général, et le Dr Khanh, directeur du service d'appareillage et de rééducation fonctionnelle. La Renaissance Sanitaire était représentée par Didier Gaboriaud, vice-président, Annie Métivier, directrice financière, le Dr Quoc Phan Sy de l'hôpital Villiers Saint Denis et, bien entendu, par Éric Déchamps, chef prothésiste, à l'origine des relations nouées entre l'hôpital central de Huê et La Renaissance Sanitaire.

Les consultations foraines

Fin 2002, une équipe de l'hôpital de Huê a créé et développé des consultations d'appareillage dans des points de santé en campagne pour venir en aide à

la population qui n'a pas les moyens de supporter des frais de séjour à l'hôpital. Ces premières consultations décentralisées ont vu le jour en 2003 dans l'hôpital du district de Phu Loc : du matériel de base a été acheté pour en équiper le service d'appareillage et la salle de kinésithérapie.

Les projets

Les projets pour venir en aide à l'hôpital de Huê ne manquent pas.

Il reste encore deux hôpitaux de district, l'un à Phong Dien, l'autre à Quang Dien, à équiper en matériel mobile permettant les consultations foraines de rééducation et d'appareillage.

Comme elle l'a fait en 2001, La Renaissance Sanitaire envisage d'accueillir à l'hôpital Villiers Saint Denis deux stagiaires, un prothésiste et un kinésithérapeute pour leur assurer un complément de formation d'une durée de six mois. Enfin, la Fondation ambitionne de permettre à l'hôpital de Huê d'agrandir son service de kinésithérapie et d'en assurer le complément d'aménagement. ■

Roger Leroy



Hôpital La Musse

Réorganisation des pavillons et mise en service de l'extension du pavillon 1

Dans le cadre de la mise en service de l'extension du pavillon 1 (centre de rééducation fonctionnelle et atelier d'appareillage) et dans un souci de perfectionnement de l'organisation des pavillons, l'hôpital a réorganisé plusieurs services : création d'un pôle de secrétariat médical, transformation de la salle de kinésithérapie en salle d'ergothérapie et installation de la nouvelle salle de kinésithérapie dans l'extension.

L'atelier d'appareillage a également déménagé dans ses nouveaux locaux ; installation qui a été suivie de la visite de conformité de la Cram.

Pôle logistique

La Musse a poursuivi l'étude de création d'un pôle logistique qui se décom-

poserait comme suit : une unité centrale de production alimentaire (UCPA) regroupant l'hôpital La Musse, le CHI Évreux-Vernon, le CHS de Navarre, la ville d'Evreux (cantines scolaires) et une unité logistique regroupant les magasins hôteliers et la pharmacie centrale des trois établissements hospitaliers. Le montage juridique s'orienterait vers un GIP (groupement d'intérêt public) pour l'UCPA et un GCS (groupement de coopération sanitaire) pour l'unité logistique.

Blanchisserie

En mai, réunion avec le directeur du CH du Neubourg et la directrice du CH de Bernay afin d'élaborer un projet de construction d'une blanchisserie départementale à Harcourt (Eure). Dans l'attente de la réalisation de ce projet, il a été décidé d'externaliser le lavage du linge à la blanchisserie interhospitalière du CHU de Rouen.

Congrès

L'hôpital a participé à l'organisation du Congrès national sur les brûlés qui s'est tenu au mois de juin au palais des congrès d'Évreux, congrès au cours duquel a été présenté un film financé par La Renaissance Sanitaire et le conseil général d'Île-de-France : *le Moi, brûlé*.

Enseignement

L'inspection académique de l'Eure a accordé à l'hôpital deux postes de professeurs des écoles qui se sont rendus deux demi-journées par semaine auprès des adolescents soignés dans le service de rééducation traumatique du pavillon 1.

Conventions

L'hôpital a passé plusieurs conventions :

- convention de partenariat avec l'Ancre (Actions novatrices pour la citoyenneté, la responsabilité et l'entraide) en matière d'amélioration de la vie au col-

Faits marquants de l'



(De gauche à droite)

Une partie des organisateurs
du congrès des brûlés.

Une vue du pavillon 2

L'enseignant mis à disposition
par l'Éducation nationale vient
plusieurs soirs par semaine aider
les jeunes enfants hospitalisés.

Hôpital Villiers Saint Denis

lège en mettant en place des projets
d'élèves;

- convention de complémentarité en matière de neurologie avec le Syndicat interhospitalier Évreux-Vernon;
- convention relative à l'activité de sous-traitance de l'activité de stérilisation avec le syndicat interhospitalier Évreux-Vernon;
- convention de partenariat avec le groupe hospitalier du Havre en matière de prise en charge de patients relevant de soins de suite spécialisés en rééducation et réadaptation.

Douleur

Formation des membres du comité de lutte contre la douleur (Clud) en vue de la mise en place du « pack douleur, soins de suite » dont le fonctionnement a été expliqué par le Dr Vassort. ■

Tarification à l'activité (T2A)

L'hôpital a été expérimentateur en 2003 de la T2A au niveau national.

Coopération sanitaire sectorielle

Les groupes de travail constitués en 2002 entre les hôpitaux de Soissons, Château-Thierry et Villiers ont poursuivi leurs études. Outre l'imagerie, la diabétologie, la cardiologie, la pneumologie aiguë et la pneumo-cancérologie, les soins de suite indifférenciés, la rééducation spécialisée et les soins palliatifs, de nouveaux groupes ont vu le jour, sur les thèmes suivants :

- neurovasculaire ;
- cancérologie digestive et hépatogastroentérologie ;
- urgences et réanimation ;

- environnement de la naissance ;
- hygiène hospitalière.

Une convention cadre de coopération devrait être signée en 2004.

Deux conventions ont été établies avec le centre hospitalier de Soissons : l'une pour des consultations de patients diabétiques, porteurs de lésions du pied, dispensées par des professionnels de Villiers, l'autre pour la mise à disposition, par Soissons, d'un médecin référent en antibiothérapie.

La création d'une antenne de l'Institut de formation en soins infirmiers est en cours de création à Château-Thierry, en partenariat avec les trois hôpitaux et l'Ifsi de Soissons.

La convention avec l'établissement public de santé mentale départemental de l'Aisne pour l'installation et le fonctionnement du centre psychothérapique dans l'enceinte du pavillon 3 a été signée en mars afin d'accueillir des patients en avril. Cette unité a été officiellement inaugurée en septembre par la directrice départementale des affaires sanitaires et sociales de l'Aisne.

année 2003



(De gauche à droite) Hélicoptère du Samu 02 amenant un patient.
Marie-Christine Coulibaly, décorée de l'Ordre national du mérite par Renaud Dutreil,
ministre de la Fonction publique et de la Réforme de l'État.
Romain Chamerois, en route vers l'exploit.

Dans le cadre d'une convention signée avec la fédération Apajh, l'hôpital met du personnel médical et de rééducation à la disposition de la maison d'accueil spécialisée de Château-Thierry. L'atelier d'appareillage assure des consultations et la fabrication de prothèses et d'orthèses.

Coopération interhospitalière Villiers Saint Denis/Château-Thierry

Pôle de santé

Le premier dossier de coopération sanitaire relatif au regroupement d'activités médicales déposé en 2002 à la Ddass de l'Aisne a été retiré afin d'en affiner tous les éléments. Le deuxième dossier, déposé en juin 2003, a reçu un avis favorable du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (Cross) en octobre (24 voix pour, 2 contre, 1 abstention), avant d'être approuvé à l'unanimité par la commission exécutive de l'ARH de Picardie en décembre.

Auparavant, ce projet avait fait l'objet d'une présentation aux professionnels

de santé libéraux et hospitaliers du bassin de vie.

Les deux établissements ont jusqu'à fin 2005 pour mettre en place, sur le site de Château-Thierry, la réanimation polyvalente, Usic comprise, et le regroupement du court séjour pneumologie/cardiologie.

Neuropsychiatrie

Le Dr Alain Bodros, neuropsychiatre à l'hôpital de Château-Thierry, assure une vacation mensuelle à Villiers.

Stérilisation

Après la signature du cahier des charges en 2002, la stérilisation de Villiers sera réalisée sur le site de Château-Thierry en 2004.

Adiammo

L'Association diabète et maladies métaboliques en Omois (Adiammo) a été créée à l'initiative de médecins libéraux et de professionnels des hôpitaux de Villiers Saint Denis et de Château-Thierry. Sa mission est d'améliorer la prise en charge du diabète de type 2 dans l'arrondissement de Château-Thierry, dans le cadre d'un réseau ville/hôpital.

Restauration

Dans le cadre de la démarche qualité et pour réduire les charges de structure, il a été décidé d'abandonner la liaison chaude au profit de la liaison froide. Le conseil d'administration de la Fondation a validé le partenariat de l'hôpital avec une entreprise privée.

Coopération intersectorielle

Une convention a été établie avec le pavillon Girardin, à Ermenonville (Oise), pour des consultations et pour la fourniture d'appareillages.

Ordre national du Mérite

La remise de l'ordre national du Mérite à Marie-Christine Coulibaly, aide-soignante, par le ministre Renaud Dutreil a été un événement exceptionnel et hautement symbolique pour Villiers Saint Denis. En effet, Mme Coulibaly est la première personne de l'établissement à être



distinguée dans l'un des ordres les plus prestigieux de la République. Elle est aussi une femme, et surtout une femme de terrain.

Au-delà même de la personne, c'est la reconnaissance du travail de toute une profession dont l'engagement constant au service des patients ne s'est jamais démentie.

Commissions

L'établissement a mis en place de nouvelles commissions ou comités :

- Commission locale de surveillance de la distribution des gaz à usage médical ;
- Comité de lutte contre la douleur (Clud). Des référents douleur ont été nommés dans chaque département d'hospitalisation. Le contrat d'engagement douleur est remis à tous les patients dans le livret d'accueil ;
- Commission des antibiotiques ;
- Commission de l'organisation et de la permanence médicale et pharmaceutique.

Fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé (Fmes)

Dans le cadre de la dynamique de modernisation sociale, le Fmes a financé deux projets inscrits dans le volet social du projet d'établissement : l'informatisation de la gestion des plannings des personnels et le dossier relatif à la prévention des phénomènes de violence.

Handisport

En juin, Romain Chamerois, un ancien patient amputé de l'avant-bras, de la jambe gauche et partiellement de la main droite, a effectué l'ascension du mont Blanc et la descente en parapente. Il était accompagné de deux kinésithérapeutes, du responsable des espaces verts de l'établissement et de deux guides de haute montagne.

Cet exploit a été filmé et présenté au 21^e festival international du film de vol libre au cours duquel il a reçu le prix de l'aventure humaine.

La réception donnée en l'honneur des participants a été l'occasion d'un reportage de France 3 Picardie et Champagne-Ardenne.

Culture santé 2003

L'établissement a réalisé pour la deuxième année consécutive un jumelage avec la compagnie théâtrale Influence. D'octobre 2003 à juin 2004, celle-ci anime des ateliers théâtre au profit des patients, une opération financée par l'établissement, l'ARH et la Drac de Picardie.

Salons professionnels

L'hôpital a participé au salon infirmier au Parc des expositions, à Paris, au forum « Santé Handicap Infos », à Laon, et au forum « Château-Thierry, ville en santé ».



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.