

Le magazine
de La Renaissance Sanitaire

Regards

N°4

OCTOBRE 2005

Enjeux

Compétences

Initiatives



**La Renaissance
Sanitaire**

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

La direction de La Renaissance Sanitaire

La fondation La Renaissance Sanitaire est dotée d'un conseil d'administration composé de douze membres, dont un membre représentant le ministre de l'Intérieur. Ses trois hôpitaux sont dirigés chacun par un directeur assisté d'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
Paul DEVROEDT,
administrateur de la FMP

Administrateurs

Maguy BEAU, administrateur de la FMP
Jean-François CLERTANT, administrateur de la FMP
Dr Pierre-Jean COUSTEIX, président de la FNEHAD
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
Didier POITEVINEAU, administrateur de la FMP
Henri LESAULE, administrateur de la Caisse nationale solidarité et autonomie

Hôpital Villiers Saint Denis



Directeur
Jean-Louis YONNET



**Président
de la CME**
Dr Laurence
BOURGEOIS-GENET

Hôpital La Musse



Directeur
Catherine
PALLADITCHEFF



**Président
de la CME**
Dr Alain
BOUILLEROT

Centre médico-chirurgical de la porte de Pantin



Directeur
Marc DAULAS



**Président
de la CME**
Dr Nicolas DUFEU

en jeux

Les Sros 3

En Picardie p. 4

En Île-de-France p. 4

En Haute-Normandie p. 5

Les systèmes d'information dans les établissements

Intranet au service de tous p. 6

Le dossier médical commun p. 7

La déconcentration budgétaire p. 9

La qualité p. 11

**Interview,
Maintien des pratiques professionnelles** p. 10

compétences

Les commissions et comités d'établissements

président à la qualité de l'hôpital et des soins p. 13

Clin p. 13

Clan p. 14

Commission de relation avec les usagers p. 15

Clud p. 16

Les ergothérapeutes p. 17

La rééducation par l'activité...

Comment ça fonctionne p. 17

Un second souffle pour les insuffisants respiratoires ?

La réhabilitation ambulatoire à La Musse p. 22

Adiammo

**Association diabète et maladies
métaboliques de l'Omois** p. 25

La prise en charge des brûlés

une spécificité p. 28

Le syndrome épaule-main p. 30

Prévention cardio-vasculaire

Manger crétois, pourquoi ? p. 31

initiatives

Partenariat

**Toujours plus proche de l'hôpital de Huê,
au Vietnam** p. 33

Faits marquants de l'année 2004

Hôpital La Musse p. 34

Hôpital Villiers Saint Denis p. 36

La Renaissance Sanitaire s'agrandit

**Un troisième établissement au sein
de la Fondation, le centre médico-chirurgical
de la Porte de Pantin** p. 38

Directeur de publication : Michel Ladegaillerie ■ Rédacteurs en chef : René Durand,
Béatrice Blanche-Lopoukhine ■ Conception maquette : Héral ■ Iconographies : Concept Image,
La Renaissance Sanitaire ■ Imprimerie de Champagne ■ Dépôt légal 4^e trimestre 2005.

é d i t o r i a l



La Renaissance Sanitaire s'agrandit et c'est avec plaisir qu'elle présente aux lecteurs de *Regards* le nouvel établissement de la Fondation : le centre médico-chirurgical de la porte de Pantin (CMCPP). Pendant plus de soixante-quinze ans, La Renaissance Sanitaire a géré deux établissements de soins de suite et de rééducation : Villiers Saint Denis et La Musse. Depuis le 1^{er} juillet 2005, elle gère également un établissement de court séjour situé à Paris : le CMCPP.

D'un point de vue politique, *Regards* vous présentera les mobilisations, les échanges rendus nécessaires dans le cadre de l'élaboration des schémas régionaux de l'organisation sanitaire de troisième génération (Sros 3) afin de défendre au mieux la place de nos établissements dans le paysage sanitaire.

D'un point de vue médical, *Regards* vous fera découvrir les activités de La Renaissance Sanitaire, en perpétuelle adaptation et nécessitant une multitude de compétences, qu'il s'agisse de la réhabilitation ambulatoire, de la prise en charge et du traitement des brûlés, de la prise en charge du diabète, de la présentation du syndrome épaule-main ou, dans un domaine plus transversal, du rôle et de la présence des ergothérapeutes dans nos établissements.

D'un point de vue organisationnel, *Regards* mettra l'accent sur la déconcentration budgétaire mise en place à Villiers Saint Denis, pilier de la nouvelle gouvernance, mais aussi sur le rôle des systèmes d'information dans nos hôpitaux.

Bien entendu, toutes ces activités sont exercées avec le souci constant d'assurer des soins de grande qualité à nos patients. À ce titre, les experts-visiteurs de la Haute Autorité de santé (HAS, ex-Anaes) sont venus dans nos établissements, en septembre 2004 à Villiers, en janvier 2005 à la Musse. Ils ont rendu des rapports très positifs dont on ne peut que se féliciter. À présent, tous nos établissements sont donc accrédités.

Vous pourrez le constater, la préoccupation première de la Fondation est de prodiguer des soins de grande qualité à ses patients tout en saisissant les opportunités qui se présentent à elle pour travailler en partenariat avec les établissements voisins et d'accroître ainsi son efficacité.

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

Michel Ladegaillerie
Président de La Renaissance Sanitaire

Les Sros 3

En Picardie

À l'occasion de la réalisation de ce Sros 3, l'agence régionale de l'hospitalisation de Picardie a eu le souci d'instaurer une parfaite démocratie sanitaire : l'objectif premier de sa méthodologie avait pour vocation de mobiliser l'ensemble des acteurs de santé régionaux.

Comme dans toutes les autres régions de France, et conformément aux instructions ministérielles, ont été constitués un comité d'orientation régionale, un comité de pilotage, des groupes thématiques par spécialité et discipline, et des groupes territoriaux autour des conférences de secteur. Par ailleurs, et parallèlement, les représentants des usagers, les syndicats et les élus ont été consultés.

En Picardie, cependant, une certaine méfiance perdurait depuis le Sros 2. Celui-ci avait laissé de mauvais souvenirs dans les bassins de vie les plus concernés par les orientations prévisibles du Sros 3, qui pouvaient porter atteinte à l'existence même de certains établissements, les uns en difficultés, les autres pas.

Dans le même temps, à l'occasion de conférences dites « de convergence » entre rapporteurs territoriaux et thématiques, ces derniers, sur fond de vérité, se sont cru autorisés à tenir des propos ressentis comme agressifs et suffisants par les personnels des territoires réputés fragiles ou en difficultés.

La tension s'aggravant, les élus, maires et conseillers généraux, ont décidé de se mobiliser à l'échelle de l'ensemble de la Picardie pour en appeler à davantage de concertation et à moins de mépris. Fait exceptionnel, une immense majorité d'établissements publics et privés

ont réuni en assemblée générale permanente les présidents de conseil d'administration, les présidents de CME, les directeurs, afin d'obtenir l'arbitrage de l'autorité ministérielle pour une meilleure concertation.

Aujourd'hui, la phase 2 de la consultation préalable au Sros 3 prend meilleure tournure, puisque, au sein des nouveaux territoires de santé, les chefs de projets thématiques seront appelés à débattre avec les représentants territoriaux à l'occasion de réunions, qui boucleront leurs travaux le 15 octobre au plus tard.

Il faut noter que la Picardie sera désormais divisée en quatre territoires :

- Nord-Ouest : « chef-lieu » Amiens
- Nord-Est : « chef-lieu » Saint-Quentin
- Sud-Ouest : « chef-lieu » Beauvais
- Sud-Est : « chef-lieu » Compiègne.

Indéniablement, en matière d'équipements lourds et structurants, ce découpage, source de mutualisation et de gradation des soins, paraît plus efficient que le précédent en huit secteurs.

Il reste que, s'agissant de lutter contre les fuites extrarégionales, ce clivage n'empêchera pas les patients de l'est picard d'aller vers Reims plutôt que vers Compiègne. De ce fait, les dépenses de santé au profit des hôpitaux de Laon, Soissons et Château-Thierry seront moins importantes qu'elles ne l'auraient été dans le cadre d'une répartition territoriale différente.

Associé à la T2A, dans un contexte général de réduction des coûts hospitaliers, le Sros 3 ne manquera pas de redéfinir un paysage de santé régional plus performant sans doute, moins coûteux qui plus est, mais, sans conteste, au détriment des établissements les plus faibles. ■

Jean-Louis Yonnet

En Île-de-

Le contexte réglementaire de la région Île-de-France pour l'élaboration du Sros 3 est le même que celui des autres régions et découle du nouveau cadre juridique mis en place par l'ordonnance du 4 septembre 2003. La particularité de cette région tient essentiellement à la densité de sa population (10 952 011 habitants pour 12 000 km, soit 912 habitants/km²) et au nombre important d'établissements de santé et d'équipements dont elle dispose.

Des disparités importantes existent cependant entre départements. Le CMC de la porte de Pantin est localisé dans Paris intra-muros dans le territoire de santé n° 75. Ce territoire englobe six arrondissements (8^e, 9^e, 10^e, 17^e, 18^e et 19^e) et représente 33 % de la population parisienne (702 940 habitants).

Les thématiques abordées par les différents groupes de travail constitués pour l'élaboration du Sros 3, qu'ils soient « d'experts » ou « d'animation locale », sont les mêmes que dans toutes les régions et territoires de santé.

Cependant, la volonté annoncée des autorités de tutelles d'harmonisation et d'équilibre des installations mises au



- France En Haute-Normandie

service de la population, louable et souhaitable en soi, rend parfois le dialogue difficile entre les différents acteurs appelés à se concerter par les craintes que suscitent l'omniprésence de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, le nombre important d'établissements ayant des activités similaires et les premiers effets de la T2A.

Les notions essentielles que le CMC de la porte de Pantin a retenues au cours des travaux auxquels il a participé sont celles de projet médical de territoire, de complémentarité et coordination avec les établissements de santé géographiquement les plus proches.

Apparemment non menacé dans son existence, il devra cependant s'adapter et contribuer à la mise en place des moyens nécessaires à la prise en charge des patients à tous les stades de leur maladie et au retour à leur autonomie. Il lui appartient donc de renforcer son rôle dans les spécialités chirurgicales et médicales qui lui sont reconnues, mais aussi d'évaluer dans quelle mesure il peut soutenir la politique de développement des soins de suite de Paris en soutien complémentaire des activités actuelles.

Marc Daulas

En juin 2004, le comité régional consultatif lors de sa séance d'installation a posé la méthode d'élaboration du prochain schéma régional de l'organisation sanitaire (Sros). Celle-ci se veut très largement participative.

En décembre 2004, une première synthèse des diagonales thématiques et territoriales est présente. Elle dessine quatre principes d'orientation générale : l'accessibilité, l'adéquation de l'offre, la qualité de l'offre et l'efficacité.

Depuis, les travaux d'élaboration du Sros se poursuivent au sein de treize groupes thématiques.

La Musse a participé à cinq d'entre eux : soins de suite et de rééducation, soins palliatifs, personnes âgées, soins de suite de neurologie et médecine HAD. L'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) a quant à elle défini quatre territoires de recours : Dieppe, Le Havre, Evreux/Vernon, Rouen/Elbeuf en substitution des quatre secteurs que nous connaissons.

Les groupes thématiques ont, dans les dernières semaines, transmis au directeur de l'ARH des documents synthétisant leur travail de l'année.

Ces avant-projets sont à la fois des « états des lieux » et un ensemble de propositions d'évolution de l'offre de soins dans chacun des secteurs concernés.

S'agissant de notre établissement, les propositions vont vers une stabilisation du nombre de lits installés aujourd'hui et le développement des alternatives à l'hospitalisation complète.

La nécessaire prise en charge de patients cérébrolésés et de patients relevant de soins palliatifs est réaffirmée.

Sur le secteur personnes âgées, notre plateau technique, la pluridisciplinarité des équipes et la durée des séjours de nos patients nous confèrent la légitimité pour prétendre, au sein de la filière, à la mise en place d'un pôle d'évaluation gériatrique. Rappelons toutefois que les conclusions de ces groupes de travail sont d'ordre technique et qu'elles devront être versées au débat avec les différentes instances de concertation.

Catherine Palladitcheff

Intranet au service de tous

Tout est parti, il y a deux ans, du souhait de la direction et du service qualité de La Musse de mettre en place un service performant, rapide, fiable et interactif de communication informatique au sein de l'établissement hospitalier. Aujourd'hui, KaliWeb fait ses preuves et a été remarqué par les visiteurs de l'accréditation en janvier dernier.



Pour permettre à chaque salarié d'avoir accès à la masse d'informations, protocoles, formulaires, questionnaires, réglementations, organigrammes, etc., utilisés au sein de La Musse, un système performant de communication informatique

de type intranet – c'est-à-dire réservé à l'établissement – est utilisé depuis un an et demi à La Musse. Au progiciel de gestion documentaire initial, qui serait revenu très cher utilisé en réseau, s'est substitué le système mis au point par la jeune société KaliTech, choisie pour

équiper les 180 ordinateurs de l'hôpital. Certains postes informatiques un peu lents ont dû être optimisés et des mises à jour Windows effectuées. Mais depuis son installation, ce produit logiciel ne cesse de s'enrichir, de s'améliorer et propose, comme les « grands », ses raccourcis et ses favoris.

Tous pour un, un pour tous

Son fonctionnement est simple et circonscrit à un serveur unique géré par les trois membres du service informatique de La Musse. La base de données est gérée par KaliDoc ; le portail KaliWeb permet de diffuser l'information vers les ordinateurs connectés au réseau, tandis que sur KaliBottin, on peut retrouver chacun des employés de l'établissement, sa fonction, son poste, son e-mail, son fax ou son bipeur. « Chacun dans son métier fait vivre le système en même temps qu'il en bénéficie », commente Belaïd Mokhtari, informaticien. Le service du personnel, par exemple, signale les nouveaux venus ou les affectations, le standard mentionne les numéros de téléphone, l'informatique donne les e-mails et les droits d'accès, crée les formulaires... » D'une manière générale, chaque service ou groupe de travail y insère ses propres documents consultables actuellement sur les quatre sites habilités à créer de la documentation : le service qualité, la direction des ressources humaines, l'informatique ainsi que le comité d'établissement qui y présente ses missions et ses prestations. D'autres services y auront accès dans les prochains mois.



De plus en plus interactifs

Les nouveaux documents mis en réseau clignotent et il est possible de faire des commentaires. Le système permet également de connaître l'auteur du document et celui qui l'a placé sur le réseau. D'une manière générale, le service se veut de plus en plus interactif. « On sait quand un document a été consulté et par qui, et on peut ainsi rectifier si l'on se rend compte qu'il n'a pas été lu, note Christine Gogibus, informaticienne. On va pouvoir très bientôt réaliser des sondages par ce biais, comme le questionnaire de sortie des patients qui est déjà établi. On peut aussi remplir aisément un formulaire, comme par exemple celui concernant le changement d'adresse à l'attention du service du personnel ou envoyer des messages en interne à ses collègues de travail. KaliMail est le système de messagerie interne, appelé communément intranet qui a remplacé l'ancienne messagerie devenue obsolète. Il est plus fiable et vite installé sur chaque ordinateur. »

Une habitude à prendre

Pour les gens habitués à surfer sur le Web, pas de problème. Pour les autres, en revanche, une petite formation est souvent nécessaire. « On a plein d'idées. Après, c'est une histoire de formation des salariés. Nous nous sommes rendus compte que le bouche-à-oreille fonctionnait bien, poursuit M. Mokhtari. Les gens se disent : "Je l'ai vu sur KaliWeb." On a conscience que la mise en forme des pages reste encore trop protocolaire. Cela peut devenir plus dynamique, et l'ergonomie va évoluer. On y placera des éléments plus ludiques, comme les voyages proposés par le comité d'entreprise par exemple ou des diagrammes réalisés en temps réel. »

Le service DSIO (direction des systèmes d'information et de l'organisation) est composé de trois informaticiens. L'un d'eux, François Benizé, est le référent informatique du système KaliWeb/KaliDoc qui assure la coordination avec l'éditeur KaliTech ainsi que le suivi de ce produit logiciel. Sept établissements hospitaliers en France ont adopté la suite logicielle KaliDoc fonctionnant sur le système d'exploitation Linux. ■

Dominique Guibourg



Le dossier médical commun

En France, alors que le monde de la santé réfléchit à la mise en place d'ici 2007 du futur dossier médical personnel (DMP) pour l'ensemble des patients, cela fait déjà dix ans que l'hôpital Villiers Saint Denis s'est doté d'un dossier médical commun (DMC) informatisé pour tous ses patients, hospitalisés et consultants.

Ses débuts

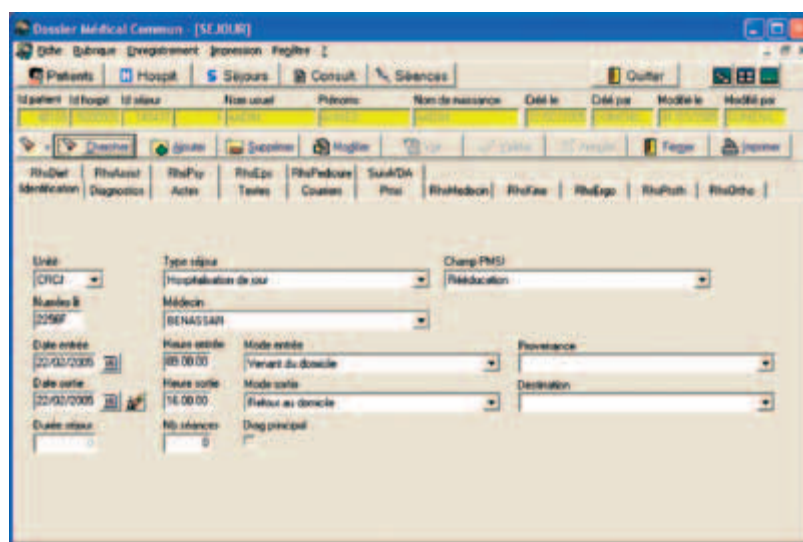
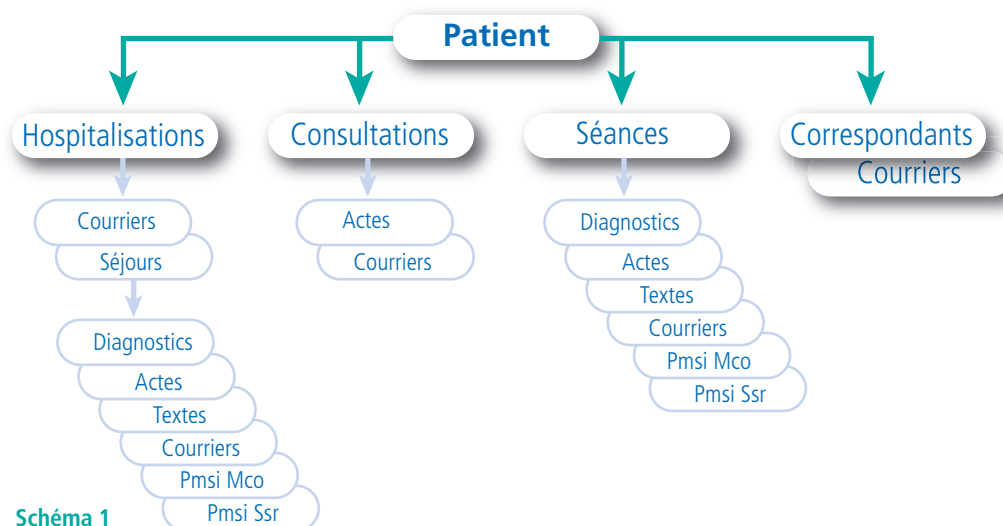
Dès 1995 et l'apparition du programme de médicalisation du système d'information, le choix a été fait de développer, au sein même de la direction informatique, un outil capable non seulement de répondre aux exigences du PMSI mais doté également de fonctionnalités liées au traitement des nombreux courriers nécessaires à la prise en charge du patient.

Ce choix n'a été possible que dans la mesure où les moyens techniques et humains étaient disponibles : un réseau informatique offrant à chaque service un accès contrôlé aux données et programmes stockés sur les serveurs, une équipe de professionnels soignants (en tête desquels le médecin DIM de l'époque) et informaticien prêts à s'impliquer dans un tel projet.

La création du logiciel DMC a également servi de support à la soutenance du mémoire d'ingénieur de son concepteur.

Son évolution

Au départ, limité au court séjour, le DMC a été adapté aux différentes évolutions du PMSI avec notamment la prise en compte du SSR. Cet important changement s'est fait sans bouleversement dans l'architecture du logiciel, celle-ci étant dès le début conçue selon une hiérarchie adaptable, représentée dans le schéma 1. L'ergonomie du logiciel (figure 1) tire pleinement profit des possibilités offertes par l'interface de Windows. Ainsi, tous les intervenants dans la prise en charge du patient (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, diététi-


Figure 1

ciennes, psychologues, secrétaires médicales, assistantes sociales, manipulateurs radio, personnel plateaux techniques) sont à même de consulter ou de renseigner le dossier depuis leur poste de travail informatique. Bien entendu, tous ces accès sont contrôlés en fonction d'un profil attribué à chaque utilisateur selon son métier, son lieu d'exercice, la nature de l'action envisagée et l'état du dossier patient (groupé ou non pour le PMSI). Un outil de recherche multicritère est intégré à chaque niveau de la hiérarchie. L'utilisateur peut ainsi facilement et directement accéder aux dossiers qui l'intéressent. Par exemple, en un seul clic, il obtient la liste de tous les patients d'une unité de soin, présents la semaine en cours pour la saisie des temps de rééducation ou des dépendances.

Tous les courriers dactylographiés par les secrétaires médicales sont aussi plus rapidement accessibles que si l'on devait naviguer dans une série de répertoires avec des noms pas toujours explicites comme c'était le cas auparavant. Le DMC, interfacé avec Microsoft Word, est devenu le point d'entrée unique pour l'ensemble des comptes-rendus, ordonnances et autres lettres de sorties, ce qui sera un atout indéniable au moment de la mise en place du DMP.

Une autre fonctionnalité très appréciée dans le cadre de la T2A permet aux praticiens de connaître instantanément le coût du séjour MCO ou de la semaine SSR du patient pour lequel il effectue le codage PMSI. Celui-ci peut ainsi, à volonté, apprécier la pertinence, du point de vue économique, du codage enregistré.

D'ailleurs, pour l'aider dans ce travail, le logiciel propose systématiquement une recherche dans les différentes tables officielles des actes (CdAM et maintenant CCAM), diagnostics et autres codes difficiles à mémoriser parfois.

Chaque évolution du logiciel est le fruit d'un travail collaboratif et itératif entre informaticien et utilisateurs de tous métiers (médecins, rééducateurs, infirmiers...). Une maquette représentant ce que pourrait être le résultat d'une demande d'évolution est proposée et soumise aux utilisateurs pour validation. Ainsi, le logiciel est spécifiquement adapté aux besoins exprimés : saisie de l'information directement à la source, facilité d'utilisation, fiabilité et intégrité des données, disponibilité de l'information pour tous les utilisateurs concernés selon leurs droits d'accès.

Son avenir

Régulièrement, des demandes de nouvelles possibilités me sont adressées. Ainsi, le recensement des infections nosocomiales a été ajouté, de même que la duplication avant ajustement des informations PMSI d'une semaine sur l'autre. Actuellement, je termine la réalisation d'une interface permettant l'envoi des actes CCAM dans l'outil de facturation des patients en vue de répondre à la nouvelle CCAM tarifante. D'autres améliorations au niveau de la saisie des temps de rééducation seront nécessaires.

Michel Duménil

La déconcentration budgétaire

Pôles d'activité, nouvelle gouvernance, responsabilisation des acteurs, sensibilisation de tous les professionnels aux nécessaires réductions des coûts, T2A, PMSI, Hôpital 2007, autant de concepts considérés par de nombreux hospitaliers comme révolutionnaires, et pour le moins déstabilisateurs.

Où, cela fait bientôt dix ans que l'hôpital Villiers Saint Denis, dans le sud de l'Aisne, a mis en place un staff de direction de douze personnes, à parité hommes/femmes et au sein duquel siègent la présidente de CME et le médecin DIM.

Voilà déjà cinq ans que dans ce même établissement ont été mis en place un conseil stratégique, des staffs de départements d'hospitalisation et médico-techniques, des chefs de département, tous médecins, et, concomitamment, des budgets déconcentrés alloués aux départements en fonction des prévisions d'activité, et donc de ressources, et des dépenses prévisionnelles liées à cette même activité.

Depuis cette date, dans chaque département, en fonction de l'enveloppe dont il dispose, le chef de département et son staff (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, assistant social...) créent des postes qui leur paraissent adaptés aux circonstances et sans avoir

à demander l'autorisation préalable à l'équipe de direction.

Dans quelques mois, nous ferons le bilan de cette expérimentation qui s'est installée peu à peu dans nos pratiques. À l'usage, il semble bien que la méthode ait résisté à la brutalité des décisions sommitales et technocratiques, nationales et régionales, nous contraignant à réduire tous nos coûts à l'occasion du budget 2005 qui, en ce mois de septembre, n'est toujours pas réglementairement fixé.

Indéniablement, cette organisation fait ses preuves en répondant aux excès, car elle permet, dans la concertation et la compréhension, de réguler les dépenses et l'activité au plus près des lieux de prise en charge des patients. Une seule difficulté subsiste, au motif qu'un établissement de soins de suite dépend pour beaucoup de l'organisation et des méthodes utilisées dans les établissements MCO pourvoyeurs de patients.

Aussi, pour améliorer considérablement les dispositifs de prise en charge des patients et de régulation, il conviendrait que dans chaque réseau et chaque filière de soins, les établissements soient organisés de la même manière, afin qu'à terme, la déconcentration budgétaire puisse se mettre en place à l'échelle de ces réseaux par discipline et territoire de santé, sans tenir compte des établissements eux-mêmes.

De cette manière, la prise en charge des patients serait plus globale et la continuité des soins garantie par pathologie dans un dispositif interétablissements (de type GCS), à orientations multiples. ■

Jean-Louis Yonnet



enjeux *Qualité*
La Musse

La

Interview

Maintien des pratiques

Les deux responsables

Comment maintenir les pratiques qui répondent aux critères de la version 1 de l'accréditation ?

La visite des experts en janvier 2005 a conforté ce que nous avions décelé, à savoir le manque d'évaluation des protocoles et des pratiques. La mission du comité de pilotage et de la cellule qualité sera donc de mettre en place un protocole d'audit qui permettra aux différents groupes de travail de vérifier sur le terrain, la bonne application des protocoles existants, de mesurer les écarts et d'engager les mesures correctives. Au-delà du formalisme de l'évaluation, notre mission reste celle de former et d'informer l'ensemble des professionnels à la démarche qualité. C'est par ce biais que nous pourrions compter sur chaque personnel et maintenir les pratiques mises en place.

De plus, le système de signalements des dysfonctionnements (fiche d'événement indésirable) permet à chacun d'entre nous de réagir à toute anomalie. L'information transmise au plus haut niveau hiérarchique facilite la réactivité et la correction du dysfonctionnement. Il s'agit donc pour La Musse, qui, rappelons-le, n'a pas encore reçu le rapport définitif du collège de l'accréditation, de conforter les pratiques nouvellement mises en place par l'information, l'évaluation et l'adaptation des mesures correctives en fonction des possibilités de l'établissement. Il nous reste à terminer notre premier tour de la roue de Deming.

Quel sera votre plan d'action qualité 2005-2006 ?

À l'issue de la visite des experts, il convient pour La Musse de formaliser son plan d'action qualité (PAQ). Ce point fait d'ailleurs l'objet d'une recommandation des experts.

La cellule qualité va donc s'attacher, pour les deux années à venir, à constituer un groupe de travail pluriprofessionnel, motivé et impliqué, qui sera le moteur de la mise en place de la seconde phase de la démarche qualité. Ce groupe sera constitué de médecins, dont l'implication est fondamentale pour répondre aux critères de la V2, et de professionnels de tous les secteurs d'activité. Cela nous permettra de conduire des projets transversaux mobilisateurs et motivant le changement. La réflexion quant au PAQ n'est pas encore validée par le Copil, mais on peut d'ores et déjà annoncer que La Musse s'attachera pour les prochaines années à engager des actions sur les thèmes d'amélioration soulevés par les experts tels que :

- la traçabilité pour les actes jugés à risque ;
- l'homogénéisation du dossier patient ;
- l'abolition des retranscriptions des prescriptions par les IDE ;
- la formalisation de temps de transmissions orales ;
- l'harmonisation des procédures de demandes d'examen ;
- etc.

Des thèmes communs aux trois pavillons pourront être étudiés : la contention, la qualité de l'alimentation et de la nutrition, les risques professionnels, la fonction transport, les circuits... L'élaboration du PAQ n'en est qu'à ses débuts, mais cela n'empêchera pas les professionnels de s'impliquer dans des projets intégrant la dynamique de l'amélioration à tous les niveaux.

Le professionnalisme démontré lors de la visite permettra à l'établissement d'axer le PAQ sur la satisfaction patient.

■
Claude Canieut



La qualité

Pratiques professionnelles

La qualité réagissent...

Faut-il parler de maintien des pratiques ou plutôt de démarche d'amélioration continue de la qualité qui permet le maintien des « bonnes pratiques » ? Car c'est bien cela qui est recherché dans nos établissements et qui est un des objectifs essentiels de la démarche d'accréditation. E. Deming a représenté l'amélioration continue de la qualité sous la forme d'une roue ou PDCA posée sur une pente qui représente le chemin vers l'excellence. Chaque quart de cette roue représente une étape de la démarche

qualité, P (plan) : planifier, D (do) : mettre en œuvre, C (check) : évaluer et A (act) : réajuster.

L'évaluation est donc l'élément essentiel du maintien des acquis, car elle permet de comparer l'existant avec la référence, et de l'amélioration continue puisque chaque écart repéré est une marge de progression.

Aujourd'hui, à Villiers Saint Denis, un certain nombre d'évaluations sont réalisées : satisfaction patients, personnels, dossier patient, qualité des soins infirmiers, prise en charge de la douleur, bionettoyage, isolement septique, qualité des eaux, du traitement et de la qualité de fonctionnement des dispositifs médicaux, qualité des examens biologiques, prestation alimentaire, suivi des déclarations d'incidents, des réclamations et plaintes...

Si beaucoup a déjà été réalisé, il n'en demeure pas moins qu'il reste à faire : évaluation des pratiques médicales – rendue obligatoire par décret – et, d'une façon plus générale, évaluation des pratiques dans tous les métiers et secteurs non couverts à ce jour, particulièrement les secteurs logistiques, techniques et administratifs.

Mais d'autres conditions sont nécessaires :

- le système documentaire qualité (procédures, modes opératoires...) qui permet à chacun et à tous de se référer autant que de besoin à la norme établie dans l'établissement ;

- le rôle de l'encadrement, qui est le garant du maintien des organisations et des bonnes pratiques ;
- le suivi, par le comité de pilotage et la direction qualité, des résultats des évaluations afin de s'assurer des réajustements nécessaires.

Nous savons aussi, et cela fera la transition avec votre deuxième question, que malgré une accréditation sans réserve, il reste du travail afin de répondre entièrement aux critères de la première version de l'accréditation.

Ces éléments ont été repérés au moment de l'autoévaluation et confirmés par les experts-visiteurs au moment de la visite, deux ayant fait l'objet de recommandations.

C'est sur ces points que le plan d'actions 2005-2006 est construit. Ce dernier comporte deux parties :

- une planification des actions d'amélioration à mener en rapport avec les différents critères du manuel d'accréditation V1 ;
- un programme d'évaluation.

Concernant le premier volet, les principales actions à mener portent sur :

- la traçabilité bénéfices/risques et le consentement éclairé du patient, les deux recommandations formulées par le collège d'accréditation ;
- la mise en œuvre de revues de dossiers afin d'évaluer la pertinence des traitements et des examens complémentaires ;
- l'harmonisation des pratiques et des délais concernant l'information des médecins traitants ;



La qualité

- la formalisation des procédures organisationnelles entre pharmacie et services cliniques, service transport et services cliniques ;
- la formalisation du plan annuel d'amélioration des conditions de travail ;
- la formalisation des projets de services et des rapports d'activité ;
- l'information systématique sur l'établissement et les conditions de séjour aux patients programmés ;
- finalisation du travail sur le dossier patient (volet rééducation) et la réflexion sur son informatisation.

Programme d'évaluation

Outre les programmes d'évaluations déjà mis en œuvre et à poursuivre selon le rythme défini, d'autres vont venir s'ajouter :

- l'évaluation de la satisfaction des correspondants médicaux (hospitaliers et libéraux) ;
- l'évaluation de la satisfaction clients/fournisseurs internes ;
- le suivi en continu des infections nosocomiales et des BMR ;
- l'évaluation du système de déclaration des incidents ;
- la formalisation de l'évaluation du programme d'amélioration de la qualité.

Procédure d'accréditation version 2

Dès le second semestre 2008 pour Villiers Saint Denis et le premier semestre 2009 pour La Musse, la seconde itération de la procédure d'accréditation se fera sur la base de la version 2.

Nouveautés

- Une architecture fondée sur une approche qualité :
 - chapitre 1 : « Politique et qualité du management » ;
 - chapitre 2 : « Ressources transversales » ;
 - chapitre 3 : « Prise en charge du patient » ;
 - chapitre 4 : « Évaluation et dynamiques d'amélioration ».

Le manuel comporte au total 53 références et 214 critères.

- Une prise en compte du service médical rendu :
 - déclinaison du troisième chapitre – « Prise en charge du patient » – par discipline (MCO, soins de suite et de réadaptation, santé mentale, soins de longue durée, soins à domicile) ;
 - des références nouvelles sur des domaines clés de la prise en charge (urgences, secteurs interventionnels, maladies thromboemboliques, suicide, escarres...) ;
 - renforcement de l'implication des dirigeants dans la mise en place des démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité sur le champ des soins (critère sur la politique d'établissement en matière d'évaluation des pratiques professionnelles) ;
 - évaluation des pratiques professionnelles en particulier des pratiques médicales avec obligation de conduire des projets ;
 - évaluation de la pertinence : hospitalisation, actes invasifs, prescriptions médicamenteuses, imagerie et biologie ;
 - évaluation des risques liés aux activités cliniques et médico-techniques : revues de morbidité et mortalité, événements sentinelles ;
 - évaluation de la prise en charge par pathologie ou problème de santé : analyse de l'organisation et des pratiques, positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques reconnues), définition d'objectifs d'amélioration, conduite d'amélioration et mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs).

- La mise en ligne de l'intégralité du rapport.
- La périodicité entre deux procédures réduite à quatre ans.
- Un nouveau barème de décision : accréditation ; accréditation avec suivi ; accréditation conditionnelle ; non-accréditation.
- La participation des usagers et des

professionnels de santé libéraux à l'autoévaluation.

- L'articulation avec les procédures de certification (autoévaluation potentiellement allégée, prise en compte dans le rapport des actions exemplaires, déclinaison dans une fiche spécifique pour chaque type de certification rencontrée) mais le maintien du niveau d'exigence de l'accréditation.
- La cotation par critère.
- L'application des réflexions en cours au niveau de la Haute Autorité de santé (HAS) sur la période intervisite qui fera sans doute l'objet d'un suivi afin que les établissements restent dans une dynamique d'amélioration continue des prestations.

Les démarches d'amélioration continue de la qualité nécessitent l'engagement de tous les acteurs. La forte mobilisation des professionnels avant l'accréditation doit se poursuivre afin de maintenir les acquis et s'engager dans le travail à venir.

Nous pouvons être confiants sur ce point, les experts-visiteurs et le collège d'accréditation ont d'ailleurs noté la réelle dynamique qualité dans l'établissement.

Le relâchement postaccréditation, vécu par de nombreux établissements, doit aujourd'hui faire place à la remobilisation afin de ne pas perdre le terrain gagné.

Chacun, à sa place, doit se sentir investi d'une mission dans l'amélioration constante des prestations ; chacun doit mobiliser sa vigilance pour que tout soit mis en œuvre afin de s'améliorer sans cesse.

Aujourd'hui, plus que jamais, dans un contexte économique de plus en plus difficile, le niveau de qualité des prestations fera, avec l'activité, la différence et permettra la pérennisation de notre établissement.

Nous savons déjà qu'à terme la qualité des prestations fournies sera un des outils de régulation du système de santé, relevons ce défi ensemble.

Jean-Paul Allard

Les commissions et comités d'établissements
présidant à la qualité de l'hôpital et des soins

compétences



Nettoyage des endoscopes :
toutes les précautions sont prises.

Clin

La lutte contre les infections nosocomiales

Le comité est présidé par le Dr Alain Bouillerot, directeur du laboratoire de l'hôpital. « Il est habituel que le rôle de président du Clin soit confié aux médecins bactériologistes dans certains hôpitaux, explique le médecin. Nous travaillons au Clin en équipe avec l'infirmière hygiéniste de La Musse, dont le poste a été créé en 1994, d'abord à temps partiel, puis à temps plein [...] même si des mesures d'hygiène ont été prises bien avant. Chaque hôpital est maître de sa démarche dans ce domaine. »

Les actions sont vastes et multiples, mais elles commencent toutes par le lavage des mains, des postes d'infirmier mis aux normes nouvelles d'équipement, la formation régulière du personnel soignant aux bonnes pratiques d'hygiène, la création de protocoles de soins (pour les opérations de sondages, injections, pose de cathéters centraux...), le nettoyage et la désinfection des endoscopes sont des exemples importants parmi d'autres. Tout en termes d'acte de soins est protocolarisé : il existe un classeur de soins disponibles pour tout acte médical, dans chaque service. « Dans notre structure, nous avons formé des référents dans chaque discipline médicale, poursuit Alain Bouillerot. Ils sont là pour vérifier,

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (Clin) existe depuis 1992 à La Musse. Le rôle du Clin est de limiter au maximum l'apparition de maladies nosocomiales (c'est-à-dire propres à l'hôpital) chez les patients.

conseiller et signaler les problèmes d'hygiène dans les services : deux infirmiers par unité, un médecin par département et un kinésithérapeute par salle de kiné. »

Cent cinquante personnes formées

Une politique de formation du personnel aux protocoles d'hygiène est menée par l'infirmière hygiéniste. Des séances de formations réparties sur trois ou quatre jours sont budgétées dans le plan de formation de l'hôpital. Elle a concerné cent cinquante personnes depuis sa création.

Parallèlement au Clin, il existe au sein de l'hôpital des réflexions sur la politique des antiseptiques, des antibiotiques, sur la prévention des accidents par exposition au sang, la mise en place d'un signalement des infections rares et inhabituelles et des bactéries multirésistantes. Le patient porteur se déplace avec une fiche de transfert le signalant : des précautions d'isolement sont prises.

« Le système est désormais bien en place et nous en sommes maintenant aux ajustements, ajoute le Dr Bouillerot. Comme la pose de filtres antilégionelles sur les arrivées d'eau chaude des chambres de patients relevant de greffes cardiaques. Nous menons aussi régulièrement des enquêtes internes pour connaître le taux de maladies nosocomiales enregistrées. Si l'on choisit le système de la prévalence (c'est-à-dire le comptage, un jour donné), on trouve entre 4 et 6 % d'infections relevées dans l'hôpital. C'est un bon taux. Il nous sera difficile de le diminuer de manière importante. »

Frédérique Quéry

Le Dr Bouillerot montre la porte d'un patient dont la pathologie est contagieuse.



Clan

Comité de liaison en alimentation et

Fiche de surveillance alimentaire du patient

Pourquoi sa création ?

La politique de santé publique conduite en France depuis la clôture des états généraux de l'alimentation s'est traduite par l'élaboration du programme national nutrition santé (PNNS) 2001-2005 dont l'objectif principal est l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population agissant sur la nutrition. En France comme en Europe, un grand nombre d'études mettent en évidence la prévalence élevée de la dénutrition ou de son risque (25 à 50%) lors de l'admission à l'hôpital, mais aussi chez les patients à risque dans les services de soins de suite.

La circulaire Dhos du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé recommande la mise en place de Clan dans tous les établissements de santé ou d'inter Clan par la réunion de plusieurs petits établissements.

Sa démarche

Bien que le Clan, par sa composition, soit une structure à géométrie variable, la démarche doit s'inscrire dans le projet d'établissement. Le Clan peut parfaitement débiter sa réflexion sur une mission de la CME, en réunissant un noyau pluridisciplinaire de personnalités intéressées par le sujet. Ce groupe qui, dans un premier temps, doit s'attacher à faire le bilan de la situation de l'établissement et à évaluer ses besoins, peut être composé du directeur de l'établissement ou de son représentant, de 10 représentants au plus, désignés par la CME dont neuf médecins et un pharmacien, du directeur du service de soins infirmiers ou de son représentant. Instance ouverte, le Clan dans le cadre

de la préparation à des actions de formation et d'information est à même d'accueillir d'autres professionnels, tels qu'un responsable de restauration, une diététicienne, etc. De même, un travail de collaboration sera institué avec le responsable qualité pour l'utilisation d'indicateurs homogènes pour l'ensemble de l'établissement.

Son mode de fonctionnement

Le Clan doit obligatoirement proposer un règlement intérieur définissant les modalités de désignation du président, et éventuellement du ou des vice-présidents, la constitution d'un bureau, le nombre de réunions annuelles, les modalités de convocation, etc. Chaque année, le président du Clan prépare le rapport d'activité, le soumet à l'approbation des membres du Clan avant de l'adresser au directeur et au président de la CME.

Ses commissions

Il est laissé au libre-arbitre de chaque Clan de créer des commissions permettant une efficacité accrue des actions entreprises. À Villiers Saint Denis par exemple, ce sont trois commissions qui travaillent sous l'égide du Clan, l'alimentation, la nutrition et la formation et qui présentent très régulièrement l'état d'avancement de leurs travaux.

Il reste que le Clan rencontre les difficultés inhérentes à toute nouvelle action hospitalière allant à contre-courant des habitudes, des cultures professionnelles organisationnelles. En effet, la transversalité n'est pas dans la culture et la mise en place d'un Clan peut aussi signifier la remise en ques-

Ses missions

- Participer au bilan de l'existant en matière de structures, de moyens en matériels et en personnels et à l'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition.
- Définir des actions prioritaires à mener tant dans le domaine de la nutrition que dans celui de la fonction restauration.
- Préparer le programme annuel d'actions en matière d'alimentation et de nutrition.
- Définir la formation continue spécifique aux actions d'alimentation et de nutrition dans le plan de formation.

ment à la qualité de l'hôpital et des soins

nutrition

tion des actes professionnels. Il est désormais demandé à toute personne en contact avec le patient d'être encore plus attentif à son état, non seulement pathologique, mais aussi physique et psychologique afin d'alerter le médecin à la vue, notamment, d'un plateau repas retourné intact.

Une sensibilisation générale

Si l'hôpital Villiers Saint Denis a adopté pour principe de ne pas interdire, mais plutôt de conseiller, c'est par la sensibilisation de tous que les objectifs pourront être atteints. Sensibilisation des professionnels de la santé, mais aussi des médias et du système éducatif qui a déjà tiré la sonnette d'alarme face à la malnutrition et à l'augmentation de l'obésité chez les jeunes. En effet, les hôpitaux sont de plus en plus sollicités en matière de prévention et il est plus que temps d'inciter les soignants et les médecins à intensifier leurs interventions au sein du système scolaire en étroite collaboration avec les parents et les enseignants.

Le développement de la stratégie d'un Clan au sein d'un établissement hospitalier repose sur ses membres et son pilotage. Chaque hôpital doit s'approprier le concept, l'adapter à ses spécificités, ses contraintes pour décider des actions prioritaires à mener en associant l'ensemble des catégories socio professionnelles impliquées dans l'alimentation-nutrition.

Un Clan efficace permettra d'améliorer de manière coordonnée et durable la qualité de la prise en charge des patients et en particulier de faire reculer la malnutrition. ■



Les Drs Alain Bouillerot (à gauche) et Victor Liviot dialoguant avec un patient.

Commission de relation avec les usagers Ouvrir le dialogue

L'ex-commission de conciliation (dénommée désormais « commission de relation avec les usagers et amélioration de la qualité de la prise en charge » [CRU]) existe depuis 1999 à La Musse. Elle règle en moyenne deux dossiers par an. « Nous recevons deux types de litige, explique son président, le Dr Alain Bouillerot, de La Musse. Des plaintes que je qualifierai d'hôtelières, car elles concernent l'environnement du patient. Elles portent généralement sur la nourriture, le bruit, le froid... Elles ne mettent pas directement en cause le travail de l'équipe soignante et sont donc prises en charge par la direction. Les autres dossiers touchent l'activité médicale ou de soins. C'est là que nous intervenons, à la demande de l'utilisateur. Le but de notre commission, composée de trois médecins et de trois infirmières, renouvelée régulièrement, est de mener une enquête pour trouver des éléments de réponses à fournir à la famille : il faut ouvrir le dialogue. »

Acte médical incompris

Généralement, les réclamations visent l'attention, jugée insuffisante, portée aux patients ou décrivent un acte médi-

cal incompris (arrêt ou changement d'un traitement qui s'est révélé inefficace ou qui a aggravé la situation, effets secondaires observés comme des troubles digestifs par exemple...). « Les explications ont déjà été données par le médecin dans le service, mais elles n'ont pas été comprises par le patient ou son entourage, poursuit le Dr Bouillerot. Ou bien encore le patient considère qu'une faute médicale a été commise. Mais il se refuse à aller jusqu'à l'action judiciaire aux conséquences trop lourdes et choisit d'avoir recours à la commission de conciliation ou CRU. On peut être aussi dans le domaine de l'aléa thérapeutique : il n'y a pas eu de faute médicale, mais des complications ont été observées alors que toutes les précautions ont été prises. » En cas d'échec et si un accord à l'amiable n'a pas pu être trouvé, l'assureur de l'hôpital peut proposer une indemnisation. Il existe aussi une voie de recours régionale ou nationale, mais la voie judiciaire reste possible à tout moment. Depuis sa création, la commission de conciliation de La Musse a toujours pu éviter les actions en justice.

Clud Comité de lutte contre la douleur

Annick Detaux-Allard expliquant
l'utilisation de la réglette



Ses missions

- Proposer, pour améliorer la prise en charge de la douleur, les orientations les mieux adaptées à la situation locale et qui doivent figurer dans le projet d'établissement (art. L. 710-3-1 du code de la santé publique).
- Coordonner au niveau de l'ensemble des services de l'établissement toute action visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur.
- Aider au développement de la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux de l'établissement.
- Susciter le développement des plans d'amélioration de la qualité pour l'évaluation et le traitement de la douleur.

Le code de la santé publique précise dans son article L. 1110-5 que : « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. »

Dans ce but, le comité de lutte contre la douleur (Clud) a été créé à Villiers Saint Denis en 2002. Ses missions sont de proposer et de coordonner toutes les actions menées en matière de prévention et de traitement de la douleur, de promouvoir l'information et de développer la formation du personnel, ceci dans un souci constant d'amélioration de la qualité.

Seize membres le composent, parmi lesquels médecins, pharmacien, cadres infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes et ergothérapeute.

Ils sont aidés par les « référents douleurs », présents dans tous les départements d'hospitalisation ; ceux-ci assurent le relais entre le patient, le médecin et le Clud en cas de besoin. À l'instigation de la présidente, le Dr Laurence Bourgeois-Genêt, une dynamique a été lancée pour renforcer le rôle du référent en l'impliquant dans les travaux du Clud. Cela est passé par la formation : 2 ont été réalisées sur l'utilisation du Kalinox® et une sur l'utilisation du Durogésic®.

Des groupes de travail

Ils sont constitués de membres du Clud ainsi que de référents douleurs et sont pilotés par des infirmières référentes.

Trois thèmes ont été retenus :

- la formation : élaboration d'un plan de formation pluriannuel, mise en place et suivi ;
- l'enquête de satisfaction annuelle : validation du questionnaire d'enquête, analyse et publication des résultats ;
- audit dossier douleur : évaluation de la feuille d'évaluation et de la feuille de suivi du traitement de la douleur. Le prochain audit est programmé pour 2006 ; il sera réalisé avec l'appui du DIM.

En outre, un travail de compilation des prises en charge de la douleur par discipline a été réalisé.

Kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues, infirmières, etc., ont colligé leurs différentes façons de traiter la douleur afin d'en faire un document unique dans l'établissement. L'expérience des uns pouvant ainsi servir aux autres, la qualité de la prise en charge s'en trouvera améliorée.

Malgré l'absence pendant quelques mois de la présidente et le départ de la vice-présidente, Annick Detaux-Allard, toutes deux très investies dans la lutte contre la douleur, l'équipe toujours motivée et énergique continue les travaux entrepris.

L'intérim de la présidence sera assurée par le Dr Roger N'Gomo et Sabrina Adin, psychologue, tandis qu'Isabelle Eduards, infirmière devient vice-présidente.

Dr Laurence Bourgeois-Genêt

Les ergothérapeutes

Compétences



Travail en salle d'ergothérapie à La Musse

La rééducation par l'activité...

Comment ça fonctionne

L'ergothérapie est une profession paramédicale vieille de cent ans nommée « occupational therapy » dans les pays anglo-saxons.

La France a choisi le vocable « ergothérapie » pour éviter l'ambiguïté du terme « occupational » qui signifie « activité » et non « occupation ». La fonction est née du besoin de rééducation des blessés des deux guerres du XX^e siècle.

Les premières promotions d'ergothérapeutes sont apparues en France dans les années 1970, d'abord à l'hôpital Necker à Paris, puis dans les services de psychiatrie. L'ergothérapie (du grec *ergo*, activité) est inscrite au livre IV du code de la santé publique et son exercice est réglementé, entre autres, par le décret du 26 novembre 1986. Elle s'exerce au sein d'une équipe interdisciplinaire et sur prescription médicale.

Le cadre de la loi

La loi précise que les ergothérapeutes sont habilités à traiter les personnes souffrant de « handicaps de nature

somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle ». L'ergothérapie intervient tout au long du processus de rééducation, de réadaptation et de réinsertion des personnes en situation de handicap. Sa spécificité tient dans une approche thérapeutique particulière, tournée vers l'homme malade dans sa globalité plus que vers l'organe affecté.

Rééducation par l'activité

Les actes professionnels, qu'au cours de ces traitements, les ergothérapeutes sont amenés à accomplir au domicile des patients ou en institut sont :

- des bilans ostéo-articulaires, neurologiques, musculaires, trophiques, de sensibilité, fonctionnels, d'autonomie ou d'évaluation des difficultés relationnelles ;
- la mise en condition articulaire et musculaire ou la facilitation d'une fonction ;
- par l'organisation d'activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail : la transformation d'un mouvement en geste fonctionnel, la rééducation de la sensori-motricité, la rééducation des repères temporo-spatiaux, l'adaptation ou la réadaptation aux gestes professionnels ou de la vie courante, le développement des facultés d'adaptation ou de compensation, le maintien des capacités fonctionnelles et relationnelles et la prévention des aggravations, la revalorisation et la restauration des capacités de relation et de création, le maintien ou la reprise de

Compétences Les ergothérapeutes

l'identité personnelle et du rôle social, l'expression des conflits internes. L'activité (artistique, ludique, corporelle ou de la vie quotidienne) n'est pas un but en soi, mais joue le rôle d'interface entre le patient et sa problématique ;

- l'application et l'adaptation d'appareillages et d'aides techniques appropriés.

Ces actes professionnels peuvent, le cas échéant, être assortis d'actions sur l'environnement.

Retour à la vie

Les ergothérapeutes s'intéressent plus particulièrement aux capacités des membres supérieurs (habileté, vitesse d'exécution, précision, capacité de manipulation et de déplacement dans l'espace, reconnaissance des objets, force musculaire...), aux actes de la vie quotidienne (déplacement, transfert, communication, habillage, hygiène, alimentation, loisirs, activité scolaire ou professionnelle, intégration sociale et familiale, comportement...), évaluent les fonctions cognitives, déterminent le

niveau d'aide auquel la personne devra avoir recours (portage repas, aide familiale, tierce personne...), analysent les éléments du logement empêchant l'autonomie (accès, circulation, plan de travail, sanitaire, mobilier...), étudient les différents paramètres nécessaires au retour à l'emploi (réentraînement à l'effort, préparation au retour à un poste de travail...).

Les ergothérapeutes sont amenés à concevoir et réaliser un appareillage préventif (assurant un repos articulaire, une stabilisation ou une posture), postopératoire (pour garantir une cicatrisation...), secondaire (corrigeant les attitudes vicieuses ou suppléant une fonction défaillante) ou séquentaire (suppléant les fonctions définitivement déficitaires).

Cinq mille ergothérapeutes

Les ergothérapeutes peuvent également être amenés à user de leurs compétences au moment de la conception de produits industriels à usage domestique ou liés à l'équipement de l'habitat, dans le cadre d'une recherche de meilleure

accessibilité dans la cité, en tant que formateurs pour sensibiliser les autres professionnels au concept d'autonomie ou dans le cadre d'expertises pour les compagnies d'assurance.

Cinq mille ergothérapeutes travaillent en France, la plupart en établissements, même s'ils sont de plus en plus nombreux à s'installer en « libéral » pour répondre, sur le terrain, à des besoins qui s'accroissent. Ils interviennent en traumatologie, rhumatologie, neurologie, cardiologie, chirurgie de la main, brûlologie, psychiatrie, gériatrie, géronto-psychiatrie, handicaps sensoriels... pour des enfants, des adultes et aussi des personnes âgées. Les ergothérapeutes peuvent se retrouver au sein d'une structure : l'Association nationale française des ergothérapeutes, l'ANFE :

34, avenue Aristide-Briand
94110 Arcueil
Tél. : 01 49 85 12 60
Fax : 01 49 85 13 60
www.anfe.asso.org
www.wfot.org
www.cotec-europe.org

À La Musse

Douze ergothérapeutes travaillent à La Musse encadrés par Yves Prudent, responsable des sept professionnels du pavillon 1 (rééducation, réadaptation) et référent pour les quatre salariés employés dans les deux autres pavillons de l'établissement. « L'effectif est assez important pour un établissement de cette taille, reconnaît Yves Prudent. Et, au vu des projets que nous développons en ce moment (appartement Renaissance, hospitalisation de jour...), ils vont très certainement devoir être renforcés. »

Installation, évaluation, rééducation, réadaptation

Au pavillon 1, chaque ergothérapeute est plus particulièrement affecté à une unité de soin. « Nous voyons plus de 80 % des patients, en intervention

ponctuelle ou durant tout leur parcours à l'hôpital. Certains jusqu'à deux fois par jour, poursuit Yves Prudent qui s'intéresse, avec ses collègues, à la rééducation des fonctions supérieures et des membres supérieurs. *Nous suivons le patient depuis son installation jusqu'à sa réadaptation en passant par l'évaluation et la rééducation. Jusque-là, nous mettons le patient au cœur du dispositif de soins. Mais progressivement, nous intégrons le patient dans l'équipe, comme acteur de sa prise en charge, à l'image de ce que font nos collègues canadiens. C'est d'autant plus vrai pour les patients que nous voyons en « École du dos » par exemple, avec lesquels nous passons un contrat, nous développons des objectifs, nous organisons des réunions et avec qui nous validons des résultats. »* Lorsque tout ce qui a pu l'être a été

tenté et que les professionnels estiment que le patient est arrivé au maximum de ses capacités nouvelles, un nouveau projet de vie tenant compte du handicap est élaboré, quelque chose de « réaliste et réalisable » menant les patients vers l'activité, l'indépendance et l'autonomie.

Dossier patient ergo

Avec un groupe de cadres ergothérapeutes venus de trente institutions de l'ouest de la France, Yves Prudent a travaillé, depuis 1997, sur le « dossier patient ergo ». Le fruit du travail de ce groupe a servi de référence à l'Anaes et c'est ce dossier qui a été repris comme modèle, reconnu et validé pour la France. Pionnier en la matière, La Musse l'a adopté depuis 2002. Tous les ergothérapeutes y ont été formés et l'utilisent quotidiennement.

Les ergothérapeutes **Compétences**



Une grande partie de l'équipe
des ergothérapeutes de La Musse

Hospitalisation de jour

Pour répondre à une demande croissante et proposer une alternative à l'hospitalisation, une partie de l'activité d'une unité qui vient de fermer au pavillon 1 a été déplacée sur une nouvelle unité d'hospitalisation de jour, dont le Dr Coquet est médecin référent. Ouverte depuis janvier, l'hospitalisation de jour fonctionne avec dix places à ce jour sur vingt autorisées. Elle peut donc accueillir actuellement, dix personnes par jour, 365 jours par an. Elle monte en puissance et nécessite une organisation très rigoureuse. « *Les patients habitant dans un rayon de cinquante kilomètres peuvent y venir plusieurs fois par semaine et voir à chaque fois, selon leur handicap, ergo, kiné, orthophonistes, voire bénéficier d'une balnéothérapie ou rencontrer une assistante sociale, etc.* », commente Y. Prudent.

Appartement Renaissance

Un appartement « Renaissance » à la fois pédagogique et thérapeutique est en cours de réalisation au sein du pavillon 1 (lire par ailleurs « Faits Marquants »). Engageant des partenaires variés dans les domaines de la santé, de l'habitat, de l'artisanat et du social, il permettra aux patients, aux équipes soignantes, mais aussi aux professionnels du bâtiment, stagiaires, architectes, etc., de disposer d'un outil performant, sur place, à La Musse : un véritable appartement adapté au handicap. ■

Dominique Guibourg

À Villiers Saint Denis

L'ergothérapie est une discipline de réadaptation de l'individu, présentant un handicap somatique ou psychiatrique, en vue de son maintien ou de son accession à un maximum d'indépendance dans son environnement social, familial, professionnel, mobilier, immobilier et urbain.

L'ergothérapie joue le rôle d'interface entre la personne handicapée et son environnement par des mises en situations d'activités ou de travail proche de sa vie quotidienne. Pour cela, l'ergothérapeute :

- rééduque l'individu pour améliorer les fonctions déficitaires et favoriser la reconstruction globale de la personnalité ;
- le réadapte afin de développer les capacités résiduelles en tenant compte des exigences de sa vie quotidienne et de ses besoins d'autonomie ;
- conseille la personne handicapée, son entourage, mais aussi les entreprises, les collectivités locales et les différents promoteurs de l'environnement en proposant des solutions pratiques pour favoriser l'intégration de la personne et un environnement accessible au plus grand nombre.

L'ergothérapie concerne aussi bien les enfants que les adultes et les personnes âgées. Les secteurs d'activité sont nombreux et variés : neurologie centrale, périphérique ou médullaire, traumatologie, rhumatologie, gériatrie, psychiatrie, cardiologie, appareillage, grands brûlés. Cette activité s'exerce non seulement en centre de rééducation mais aussi en entreprise, en collectivité locale, dans les structures de maintien à domicile, etc.

L'ergothérapeute n'agit que sur prescription médicale. Chaque prise en charge débute par une évaluation du patient afin d'établir un plan de traitement évolutif à tout moment. Elle se termine quand les objectifs fixés avec le patient et l'équipe sont atteints ou lorsque le maximum de bénéfices possibles en séances est atteint.

Compétences *Les ergothérapeutes*

À Villiers Saint Denis

L'ergothérapie existe depuis 1977. D'abord exercée en médecine physique et réadaptation, elle s'est développée, en fonction des besoins, dans le département vasculaire, diabétologie et appareillage, puis les soins de suite polyvalents et gériatriques. Cette activité est placée sous la responsabilité de deux cadres rééducateurs.

Un certain nombre d'actions sont communes à l'ensemble des départements d'hospitalisation :

- les bilans des fonctions cognitives : évaluation des praxies, gnosies, le schéma corporel, l'appréhension visuelle, l'attitude, etc. ;
- les bilans d'indépendance sont réalisés en chambre : évaluation des capacités à réaliser la toilette, l'habillage, les déplacements ainsi que les capacités à s'alimenter et à communiquer ;
- les adaptations en mousse visant à prévenir les troubles orthopédiques ou trophiques, l'aggravation des plaies, flexum ou œdèmes, l'aide à la guérison, mais également l'amélioration du confort du patient au lit et au fauteuil (bottes anti-escarres, coussins de déclives de jambe ou de membre supérieur) ;

- d'autres types d'adaptations sont réalisés sur des matériels afin que la personne puisse les utiliser en toute autonomie, par exemple les couverts adaptés, les crayons, les broches, les pinceaux, les outils de bricolage, etc. ;
- le travail de l'indépendance se fait avec ou sans appareillage. Il comprend le réapprentissage de la toilette, l'habillage, les transferts au lit, au fauteuil, sur une chaise, les retournements au lit, la manipulation du fauteuil roulant, le déplacement seul (avec ou sans aides à la déambulation) avec objet en main, ramasser un objet au sol, se relever, entrer et sortir d'une voiture, faire les courses, gérer son budget, etc. Tout cela se réalise par des mises en situation réelle dans la chambre du patient, dans l'appartement thérapeutique, en salle ou en sortie extra-muros ;
- la rééducation est le travail des déficiences motrices, sensitives ou cognitives par le biais d'exercices, de jeux ou d'activités utilisant les gestes fonctionnels recherchés. Pour les ergothérapeutes, « après avoir été déconcerté par l'aspect

ludique de cette rééducation, le patient est agréablement surpris d'y trouver un moteur qui lui permet d'améliorer ses performances ». Au cours des séances de rééducation, la confection d'orthèses peut être envisagée tout comme la physiothérapie à visée antalgique ;

- la réadaptation concerne tout ce qui est lié à la sortie de la personne du centre de soins et au retour à domicile : visite du lieu de vie, rencontre avec l'entourage, recherche du matériel nécessaire, conseils dans l'aménagement du logement, etc. Elle prend place après la rééducation, lorsque les fonctions déficitaires sont redevenues « normales » ; il s'agit alors de réentraînement à l'effort, de mise en situation professionnelle ;
- le rôle de conseiller de l'ergothérapeute est très diversifié et concerne tous les domaines visant le retour à l'indépendance : choix du fauteuil roulant et des différentes aides techniques avec leurs démarches administratives diverses ;
- comme dans tous les métiers de la santé, l'écoute du patient est primordiale. Au cours des interventions, le dialogue s'instaure afin d'expliquer les actes de la rééducation mais également pour connaître le contexte sociofamilial et environnemental de la personne suivie afin de prodiguer des conseils adaptés à chaque cas. Cette écoute passe par la valorisation de la personne et un soutien psychologique permettant au patient de s'exprimer et d'être actif dans sa démarche de rééducation, et à l'ergothérapeute de l'orienter vers d'autres professionnels de santé en cas de nécessité.

D'autres actes d'ergothérapie sont spécifiques aux pathologies traitées. Ils sont très proches dans les deux départements de rééducation, vasculaire, diabétologie et appareillage, et médecine physique et réadaptation :

- les bilans moteurs et fonctionnels : évaluation des déficiences qui entraîneront les actes de la vie quotidienne ;
- les bilans sensitifs superficiels, profonds et de la douleur ;

Une grande partie de l'équipe des ergothérapeutes de Villiers Saint Denis



Les ergothérapeutes

Compétences

Travail en salle d'ergothérapie à Villiers Saint Denis

- les conseils sur la reprise de la conduite automobile, sur l'aménagement du domicile ;
- les conseils sur l'économie articulaire et les conseils posturaux.

Dans ces pathologies, la mise en situation est très importante pour la réinsertion du patient dans la vie quotidienne : capacité à se nourrir (cuisine thérapeutique), sorties en ville (marché, banque, etc.).

Le petit appareillage est réalisé en vasculaire et en médecine physique et réadaptation (orthèses de membres supérieurs dynamiques ou statiques). Dans le département soins de suite polyvalents et gériatriques, notamment pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, le travail de l'ergothérapeute est sensiblement différent. Il repose sur les actions suivantes :

- aider la personne à s'orienter dans les différents lieux de vie du service et à suivre le cours des jours, de la semaine et du mois, avec ou sans compensation par des aides orthétiques ;
- améliorer les qualités de vie relationnelle en aidant, entre autres, la personne à évacuer son agressivité ;
- trouver des activités revalorisantes pour le malade et lui permettre de renforcer l'attitude positive qu'il doit retrouver avec son entourage ;
- faire prendre conscience à la personne âgée de ses capacités globales (motrices, psycho-cognitives, sensorielles) et de leurs limites ;
- améliorer le fonctionnement sensoriel ;
- augmenter l'autonomie dans la réalisation des actes de la vie quotidienne ;
- améliorer les fonctions cognitives, en particulier l'orientation dans l'espace et dans le temps, les mémoires ;
- augmenter la quantité d'interactions sociales, la qualité des relations familiales ;
- améliorer l'image ou la perception que les personnes ont d'elles-mêmes.

Pour Bénédicte, « *il faut évacuer l'agressivité par l'humour, il faut sortir du cercle vicieux de la solitude où s'est enfermé le malade* ». Pour cela, elle travaille porte ouverte : le personnel et la famille peuvent voir les activités réalisées par le malade. Chacun peut ainsi, à son



niveau, participer à une prise en charge efficace.

La mémoire est stimulée à partir de photos, d'associations d'idées, d'images, de concepts, de jeux de société.

D'une façon générale, les ergothérapeutes travaillent en étroite collaboration avec les assistants sociaux de l'établissement et sont en relations fréquentes avec les fournisseurs, les travailleurs sociaux du secteur, les auxiliaires de vie.

Dans le département de médecine physique et réadaptation (MPR), l'ergothérapie est dispensée également en hospitalisation de jour, à raison de deux, trois ou cinq fois par semaine.

Les ergothérapeutes assurent un rôle de formateur auprès des instituts de formation en soins infirmiers et des organismes de formation des auxiliaires de vie.

Le département MPR participe au dispositif pour la vie autonome en étant équipe technique d'évaluation labellisée (Etel).

Le développement inéluctable de la prise en charge de pathologies neurologiques et gériatriques devrait faire évoluer l'ergothérapie de l'établissement en nombre de postes et en espace de traitement, et ce malgré une période budgétaire des plus difficiles.

L'équipe d'ergothérapie

Erratum

Dans le cadre de l'article « À quelques mois de la visite de l'Anaes, Villiers et La Musse se mobilisent en vue de l'accréditation », Cl. Canieut et J.-P. Allard, Regards n° 3 de juillet 2004, pages 4-6, les psychologues de Villiers et de La Musse ont repéré la nécessité de clarifier une phrase p. 6 dans la partie Organisation de la prise en charge :

- « • De nombreux protocoles écrits sur :
 - l'accueil,
 - [...],
 - la rééducation orthophonique et psychologique [...]. »

Il nous paraît important de distinguer deux aspects de la fonction de psychologue qui n'ont rien à voir avec la rééducation psychologique.

Le psychologue spécialisé en neuro-psychologie pratique la rééducation des fonctions supérieures, principalement de la mémoire, des troubles perceptifs, du raisonnement, de l'attention...

Pour le psychologue spécialisé en clinique et psycho-pathologie, le terme « rééducation » est antinomique avec sa philosophie et ses praxis. Il traite de la souffrance psychique, des affects, des émotions, des sensations...

Nous travaillons en relation à une éthique du sujet et à un code de déontologie. Notre pratique, à partir des entretiens cliniques, est à visée d'écoute, de diagnostic, d'orientation, de soutien, de psychothérapie...

S. Adin, V. Frison, C. Galy, C. Harneau, C. Jacob-Piguet, G. Lefebvre

Deux millions et demi de Français
toussent et crachent le matin,
surtout l'hiver, parce qu'ils fument.
Pas très plaisant, mais quoi de plus banal
que cette bronchite chronique ?
Hélas, la négligence et le déni
les mènent trop souvent à détruire à bas bruit
leurs bronches et leurs alvéoles.

L'équipe
pluridisciplinaire
chargée
de la réhabilitation
respiratoire
en ambulatoire

La réhabilitation ambulatoire **un second** pour les insuffisants

Handicapés du souffle après trente ans de tabagisme, ces malades qui s'ignoraient se retrouvent un jour insuffisants respiratoires, cloués chez eux, et pas toujours au rez-de-chaussée. C'est avant ce stade qu'il faut agir : la réhabilitation ambulatoire multidisciplinaire a fait ses preuves et elle est d'autant plus profitable aux patients qu'ils n'attendent pas le dernier moment pour s'y engager. Ces patients n'ont pas besoin de séjourner de longues semaines à l'hôpital ; ils y viennent une partie de la journée. Outre son intérêt démontré sur l'évolution d'une des grandes maladies chroniques de l'adulte, cette nouvelle offre de soin qui manquait dans le département de l'Eure a aussi le mérite d'écourter certaines des hospitalisations à La Musse pour les patients de proximité. Soigner mieux, plus tôt, et à moindre coût, c'est possible.

L'insuffisance respiratoire : l'ennemi invisible !

En France, malgré l'engagement des pouvoirs publics à combattre enfin sérieusement le tabagisme, et en dépit de la prise de conscience somme toute récente de la population quant à la nocivité du tabac, près d'un adulte sur trois fume encore aujourd'hui. Le tabagisme féminin est même en passe de rejoindre celui des hommes. Or, si le cancer du poumon ou l'infarctus du myocarde sont immédiatement associés, dans l'esprit du public, à la cigarette et redoutés, il n'en est pas du tout de même d'une troi-

sième affection dont l'origine est bien souvent la même : la bronchite chronique. Cette maladie est d'autant plus perfide qu'elle évolue longtemps de façon sournoise, sous la forme de surinfections bronchiques hivernales qui semblent des événements isolés. Si le tabagisme persiste année après année, les dégâts causés sont de moins en moins réversibles. Ils procurent à cet homme en âge de travailler un essoufflement anormal pour de petits efforts, jusqu'à faire de lui un handicapé du souffle : il est devenu insuffisant respiratoire.

Cette maladie, extrêmement fréquente, est bien à tort minimisée par les patients eux-mêmes, vaguement honteux de leurs symptômes, et elle est malheureusement parfois encore exclusivement traitée au coup à coup par les médecins généralistes qui n'évaluent le retentissement du tabagisme qu'assez tard. Tousser et cracher l'hiver semble longtemps banal à ces 2,5 millions de Français qui n'envisagent pas d'arrêter de fumer. Pourtant, au fil des années, un sur cinq va se trouver limité dans son souffle pour accomplir les gestes de la vie quotidienne : son insuffisance respiratoire va lui dicter de renoncer à des activités d'abord ludiques, sexuelles et professionnelles avant de renoncer à l'escalier pour adopter l'ascenseur, jus-

qu'à ce que sa maladie fasse de lui un invalide respiratoire vivant au domicile, cloué devant la télévision ou l'ordinateur, et dépendant de l'oxygène. Il est frappant de constater que deux tiers de ces patients, gênés dans leur souffle au quotidien, sont en échec de sevrage tabagique et qu'ils n'en continuent pas moins de minimiser leur handicap dont ils connaissent l'origine. Un sur deux ne fait évaluer ce handicap qu'au stade d'invalidité irréversible. Un sur deux a le plus grand mal à maîtriser les thérapeutiques qui lui sont proposées, comme l'oxygène et les aérosols sous forme de sprays. À ce stade, un sur trois est authentiquement dépressif.

Paroles de malades : des mots qui disent quelque chose

« Ça va, mais il ne faut pas que je fasse quoi que ce soit ! »

« Je vous assure, docteur, je fume de moins en moins ! »

« Je crache normalement [...] »

« De toute façon, je n'ai pas de volonté pour ça ! »

« Les médicaments ? Tenez, j'en ai plein mon sac. »

« Depuis quand je ne suis pas sorti de chez moi ? Je ne sais plus. »

« La cigarette, je n'ai plus que ça ! »

Plus de résignation et de lassitude que



Le Dr Didier Pagès et l'un de ses patients sur tapis roulant

à La Musse **souffle** respiratoires ?

de révolte chez ces patients dont la maladie n'est pourtant pas due à la fatalité, mais à la dépendance tabagique dont ils se croient coupables alors qu'ils en sont en réalité les victimes. Rappelons que le tabac est une drogue très dure pour celui qui en est dépendant : c'est la seule substance en vente libre qui participe au décès d'un sur deux de ses consommateurs, comme l'a montré la célèbre enquête de Doll et Hill. La nicotine induit exactement les mêmes taux de rechute que l'héroïne et l'alcool, et elle tue chaque année bien plus de nos concitoyens.

Que faire pour ces patients handicapés du souffle ?

Grâce à une équipe multidisciplinaire motivée, La Musse s'est spécialisée de longue date dans la prise en charge des insuffisants respiratoires à tous les stades : sortie de réanimation, sortie de décompensation aiguë, convalescence médicalisée menant à la réinsertion au domicile avec l'aide d'associations comme l'Adir (Association d'aide aux insuffisants respiratoires). Les résultats obtenus en hospitalisation complète, à l'occasion d'un accident aigu ayant dégradé leur état de base, sont appréciés par les patients, les familles ainsi que par nos correspondants hospitaliers.

Pourtant, nous voyons revenir chaque année les mêmes patients, un peu plus dégradés. Il s'agit donc de proposer à ces hommes et ces femmes qui ne sont pas asphyxiés au point de réclamer d'urgence une hospitalisation, mais qui ressentent déjà une gêne au quotidien, une prise en charge ambulatoire de leur handicap débutant. Pour quoi faire ? Pour freiner l'évolution de cette maladie chronique, mais aussi pour leur permettre de mieux vivre avec. La Musse est parfaitement équipée pour remplir cette mission qu'aucune autre structure départementale n'assure. S'agissant de patients essoufflés à l'effort, c'est avant tout une mission de proximité, mais il est essentiel que nos tutelles et l'assurance maladie perçoivent bien l'enjeu économique de cette démarche de prévention, et qu'elles nous accompagnent, en acceptant, par exemple, de rembourser les transports de certains de ces handicapés du souffle pendant leur réhabilitation.

Mieux vaut prévenir que guérir

De solides bases scientifiques attestent en effet que la réhabilitation respiratoire multidisciplinaire ambulatoire est profitable au patient : meilleure qualité de vie psychosociale et professionnelle, meilleure tolérance à l'effort et essouf-

flement moindre, amélioration des performances, meilleure observance, hospitalisations plus courtes et moins nombreuses, tout ceci a été amplement démontré. La Société de pneumologie de langue française, en plein accord avec les écoles anglo-saxonnes, préconise donc de développer cette démarche en France, partout où elle est possible : démarche associant la réhabilitation, le réentraînement à l'effort, la prévention et toutes les facettes de l'éducation thérapeutique.

De la cigarette au handicap

Le mécanisme physio-pathologique menant à ce handicap est bien connu. Les composants du tabac irritent et détruisent les parois bronchiques. La réduction du nombre de bronches et d'alvéoles disponibles et le développement de bulles d'emphysème à la place des alvéoles amènent d'abord à un défaut d'oxygénation à l'effort, lorsque l'organisme en a le plus besoin. L'aplatissement du diaphragme, le principal muscle inspiratoire, du fait de l'emphysème, rend ce muscle moins efficace. La partie droite du cœur destinée à assurer la propulsion du sang à travers les poumons malades, pour le réoxygéner et l'épurer de son gaz carbonique, s'épuise. Les patients qui tolè-

Compétences

La Musse

Spécialités médicales



rent mal les efforts physiques se sédentarisent donc de plus en plus, réduisent leur périmètre de marche, et voient fondre leur musculature. La marche en terrain plat leur devient pénible, puis impossible. À ce stade, contraints à une vie casanière, ils minimisent encore souvent leur handicap : non, les voyages, le changement, le travail, ce n'est plus pour eux... Les médicaments, ils n'y croient plus. Un sentiment de dévalorisation, présent de longue date, les submerge. Ils ne se croient pas plus capables d'arrêter de fumer que de remonter la pente, et craignent tout changement.

Que faire face à cette spirale du déconditionnement ?

Il faut sensibiliser les généralistes et prendre les devants. Il faut proposer cette réhabilitation multidisciplinaire ambulatoire aux bronchitiques chroniques poussifs, avant la perte d'emploi, avant que l'oxygène ne soit nécessaire au domicile, avant le stade d'insuffisance cardiaque droite et d'hypercapnie chro-

nique, avant la fonte musculaire massive exposant ces patients à l'immobilité et à la dépendance. Tout commence par l'évaluation précise du handicap.

Interrogatoire, examen clinique, gaz du sang, test de marche, explorations fonctionnelles respiratoires et cardiaques, mesure de la VO₂ maximale et du seuil ventilatoire de réentraînement, permettent de proposer à chaque patient des techniques adaptées à son cas : entraînement personnalisé, endurance alternée, entraînement sous air ou sous oxygène, travail en piscine, en gymnase, individuel et collectif, relaxation, réentraînement sur cyclo-ergomètre.

L'éducation thérapeutique du patient est décisive

Le travail motivationnel et le soutien psychologique constituent le premier temps, et ils seront poursuivis pendant toute la période d'apprentissage. Évaluer d'emblée la représentation que le patient a de son corps et de sa maladie, la compréhension qu'il en a, ce qu'il accepte et qu'il refuse, est un préalable indispensable à tout enseignement, mais le résultat des informations et des démonstrations dispensées doit être lui aussi évalué tout au long du cycle afin d'apporter les correctifs nécessaires, d'où l'utilisation de certaines échelles et questionnaires. Il s'agit de permettre au patient de mieux maîtriser ses apports nutritionnels, de mieux utiliser ses aérosols, sprays et chambre d'inhalation ainsi que l'oxygénothérapie. L'aide à la gestion des efforts peut être utilement complétée par les conseils de l'ergothérapeute pour l'aménagement du domicile. Enfin, il est essentiel de ne pas laisser le patient seul dans son combat contre le tabagisme : le soutien du tabacologue, pour susciter, consolider la motivation à l'arrêt et accompagner le sevrage, apparaît souvent utile face à la double dépendance qui piège le

fumeur : dépendance à la nicotine et dépendance comportementale.

La réhabilitation ambulatoire : une équipe multidisciplinaire

Pneumologue, cardiologue, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, diététicienne, tabacologue... sont au service du patient et de son généraliste. Les locaux, adaptés à l'accueil du patient, permettent d'assurer des informations individuelles et collectives ainsi que les consultations des différents spécialistes et de tous les membres de l'équipe, sans déplacement du patient autour duquel est organisée la prise en charge. Sa chambre lui assure des temps de repos en sécurité si nécessaire, et une douche après l'effort, à proximité des salles de travail.

Le programme type proposé au patient est toujours contractuel. Il comporte trois à quatre séances hebdomadaires pendant six à huit semaines. L'expérience montre que les patients répondeurs, qui améliorent leurs performances ou leur tolérance à l'effort, bénéficient utilement d'un nouveau programme de réentraînement huit à douze mois plus tard.

Un exemple de séance de réhabilitation ambulatoire à La Musse

La séance d'aujourd'hui est bien remplie, mais elle permet à M. X... de ne pas dormir à l'hôpital :

Accueil, drainage bronchique, vérification de sa technique de prise de spray, gymnastique collective ou relaxation, avis diététique, massage et assouplissement, conseils de l'ergothérapeute, temps de repos, coordination ventilatoire, travail sur tapis de marche ou sur ergocycle, temps de repos, douche, soutien du tabacologue, retour au domicile avec un document test sur l'oxygène à lire d'ici la prochaine séance ! ■

Dr Didier Pagès, Dr Serge Bussi
L'équipe de rééducation respiratoire de La Musse

Association diabète et maladies métaboliques de l'Omois

Adiammo

Contrairement à ce qu'en première analyse un profane pourrait imaginer, l'Adiammo n'est pas une tribu d'indiens ésotériques et anachroniques. C'est une association loi 1901 dont le but est d'améliorer la qualité des soins et la vie des personnes atteintes de diabète dans le secteur de l'Omois. De l'étrangeté du sigle à la banalité de l'institution, le lecteur est tenté d'interrompre ici sa lecture et de conclure : « Une association de plus ! » Il aurait tort. C'est ce dont veut le convaincre cet article. L'Adiammo est une structure originale, sa place dans le tissu de l'accès aux soins ne l'est pas moins. Une telle expérience a des conséquences pour l'hôpital Villiers Saint Denis : elle peut être déterminante pour l'organisation des soins dans la communauté de communes de l'Omois.

Adiammo, une expérience originale

Les préludes

Le département vasculaire, diabétologie et appareillage de l'hôpital Villiers Saint Denis accueille, comme chacun sait, des personnes amputées aux fins de soins de suite et réhabilitation en moyen séjour. Plus de 60 % d'entre elles ont été amputées en raison de complications du diabète.

En 1996, plus de la moitié du recrutement provenait de l'Île-de-France. L'exceptionnelle concentration de moyens humains et les compétences professionnelles sur ce site en étaient la raison.

La direction de l'époque, consciente d'un nécessaire renforcement de la formation diabétologique des équipes prenant en charge les diabétiques, sollicita l'appui du service de diabétologie de l'hôpital Saint-Louis (AP-HP), dirigé par le Pr Gérard Cathelineau. Très rapidement fut effectuée une analyse du recrutement des patients, de la nature de leurs demandes avec Danièle Offort, Nadine Robin ayant fait une analyse des besoins des patients pris en charge très éclairante quant à l'évolution à moyen terme du type de lésions.

Le Dr Jean-François Bouteleux obtint la création de deux postes fléchés sur l'éducation des diabétiques, une infirmière d'éducation et une diététicienne. Un plan de soins et de suivi des patients après leur sortie et la formation continue des personnels fut mis en œuvre, une consultation de diabétologie en ambulatoire fut ouverte (Pr Cathelineau, Dr Acker). D'emblée, la consultation de diabétologie eut lieu avec la participation active de l'infirmier et de la diététicienne, ceux-ci pouvant ensuite revoir les patients de façon indépendante, autant que de besoin.

Ce type de pratique qui est là l'origine de la pratique de l'Adiammo n'existait et n'existe toujours pas en milieu libéral à ce jour.



L'hôpital assurait un suivi après soins spécifiques de ses patients et mettait sa logistique au service de son bassin de population.

Très vite, cela se sut. Des médecins généralistes eurent recours à cette unité. Des patients vinrent de loin. Il fallut signer des « bons de transports ».

La caisse primaire d'assurance maladie en prit conscience et vint s'enquérir de la cause de cette augmentation. La première rencontre eut lieu alors que l'unité venait de faire la première évaluation des résultats de sa pratique avec dix-huit mois de recul sur cent patients. Celle-ci était probante : l'amélioration des constantes biologiques était convaincante, comme la baisse de poids. C'est alors qu'à l'instigation de la Caisse d'assurance maladie, la décision d'aller plus loin fut prise. De là naquit l'Adiammo.

Naissance et vie de l'Adiammo

L'Adiammo est avant tout une pratique originale et innovante de la prise en charge des personnes atteintes de diabète.

Le diabète ne peut être guéri. À ce titre, celui des maladies chroniques, il entre dans la liste des maladies de longue durée donnant droit au remboursement à 100 %, encore nommée ALD 30.

Le diabète suppose un suivi médical tout au long de la vie dans le but d'éviter la survenue des complications notamment cardio-vasculaires. Les amputations en sont l'un des aspects les plus spectaculaires.

Dans le département de l'Aisne, une quarantaine de médecins généralistes, principaux acteurs de soins de première instance, prennent en charge 1 500 personnes atteintes de diabète (évaluation de la caisse primaire d'assurance maladie). Le service de médecine interne à orientation diabétologique de l'hôpital de Château-Thierry, dirigé par le Dr Fabienne Mennetrier est le recours spécialisé.

Un lecteur non averti pourrait en conclure qu'il n'y a pas de problèmes d'accès au soins dans l'Omois pour les diabétiques. C'est d'ailleurs ce que pensent et disent les autorités de tutelles des hôpitaux, l'agence régionale de l'hospitalisation, douillement installées dans leurs certitudes théoriques et leur ignorance des besoins réels sur le terrain.

Des généralistes dévoués, la contribution des équipes spécialisées de deux hôpitaux, ne résument malheureusement pas les seuls moyens indispensables. La vie ordinaire des personnes atteintes de diabète comme d'ailleurs toute autre maladie au long cours ne se déroule pas à l'hôpital. Les paramédicaux, infirmières, diététiciennes, podologues, kinésithérapeutes, psychologues exerçant en milieu libéral ne sont pas moins indispensables. L'information, l'éducation, le soutien et le suivi des patients par ces professionnels est la condition complémentaire nécessaire au succès des soins, particulièrement à la prévention des complications. C'est d'ailleurs l'idée qui a présidé à la création des réseaux « diabète » ville/ville ou ville/hôpital. Cette réflexion est à la base de l'Adiammo : celle-ci rassemble sur la base du volontariat, médecins généralistes, infirmières libérales, diététiciennes, podologues, psychologues et les patients atteints de diabète. Les hôpitaux de Château-Thierry et Villiers Saint Denis mettent à la disposition de l'association, les compétences de leurs deux diabétologues, de leurs infirmières et diététiciennes, spécialement formés à l'éducation thérapeutique appliquée au diabète. Les locaux sont fournis par l'hôpital Villiers Saint Denis.

L'Adiammo dispose d'un secrétariat permanent autonome, d'un animateur dynamique en la personne du Dr Karim Belaid grâce auquel l'association a atteint ce jour une bonne part des ses objectifs.

Une pratique originale

Un médecin généraliste informe ses patients atteints de diabète, choisit ceux qu'il estime relever de cette activité, leur propose de participer à une journée de consultation multidisciplinaire. Il constitue un groupe de six à dix personnes, les met en rapport avec le secrétariat, choisit une date leur convenant. Ces patients sont accueillis un mardi ou un jeudi matin à partir de 9 h 00. De leur arrivée jusqu'à 12 h 30, un travail en groupe a lieu avec le diabétologue, l'infirmière, la diététicienne, la psychologue, le kinésithérapeute. Le repas est pris en commun sur le principe d'un self-service.

L'après-midi a lieu sous la houlette du médecin généraliste avec ses propres patients, en présence du diabétologue, de l'infirmière et/ou de la diététicienne. Chaque patient est alors vu individuellement en présence de tous les professionnels et de son accompagnant éventuel. La vérification du bon suivi des surveillances est faite. L'analyse des problèmes spécifiques, les décisions d'examens complémentaires nécessaires, le changement thérapeutique sont pris en présence de tous les soignants et des accompagnants.

L'examen podologique est fait et commenté. Les rendez-vous de suivis, si nécessaire, sont pris avec les paramédicaux ou avec d'autres spécialistes (cardiologues, ophtalmologues, etc.).

Pendant les consultations individuelles, les autres membres du groupe reçoivent documents et informations complémentaires.

L'évaluation est réalisée tous les six mois par le système Diabcare, validé sur le plan européen.

Ce type de pratique diffère radicalement de celle des « réseaux diabète » : le médecin généraliste, le diabétologue et tous les personnels concernés sont rassemblés avec le patient et son entourage une fois par an au moins pour faire un plan de soins incluant l'éducation thérapeutique. Cette dif-

férence rend compte des difficultés de financement de l'expérience. Il n'est pas prévu de dispositions réglementaires pérennes pour un tel procédé. À ce jour, l'expérience ayant débuté en novembre 2003, 25 généralistes y ont participé avec près de 150 patients. Les généralistes ont accepté de novembre 2003 à juillet 2004 de venir bénévolement. Après de nombreuses réunions avec l'Urcam, un budget a été alloué qui a permis d'honorer leur présence et de financer l'expérience pour une année.

Commentaires :

« Toute nouveauté dérange. »

Anonyme

De l'Adiammo et de ses rapports avec les hôpitaux

Cette expérience n'a été possible au départ que par l'investissement, et bien sûr pas seulement financier, des hôpitaux de Villiers Saint Denis et de Château-Thierry. La démonstration de la possibilité d'une mise en commun des ressources, en l'occurrence des diabétologues, diététiciennes, infirmières d'éducation est ici flagrante. La compétence et la formation spécifique des paramédicaux des deux établissements en était un atout majeur. L'accord et le soutien des directions, des administrations et des cadres infirmiers des deux hôpitaux n'ont pas été moins déterminants.

Cette expérience est un admirable exemple réussi de l'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur. Cette « tarte à la crème » du discours officiel ne franchit malheureusement pas le plus souvent la limite de l'effet d'annonce. Ici, l'effet patent a précédé la modestie de l'annonce.

L'ambiance et les mesures actuelles déniaient aux hôpitaux intelligents le droit de le rester. En effet, semblable expérience novatrice n'est pas inscrite au registre des activités lucratives justifiant le soutien financier des ARH. Pire, son caractère dérangeant risque

de donner le mauvais exemple. Le service rendu doit-il l'être aux textes réglementaires plutôt qu'aux utilisateurs du système de soins ? Deux hôpitaux ont pris une initiative innovante. Il n'est pas certain que leur tutelle leur en sache gré.

De l'Adiammo et de l'hôpital Villiers Saint Denis

Le département vasculaire, diabétologie et appareillage représente au niveau régional et national une concentration unique sur le même site de compétences médicales et paramédicales. Nulle part ailleurs ne sont rassemblées, tant en nombre de patients qu'en nombre de professionnels, de telles capacités d'efficacité en termes de soins et de prévention des complications de diabète aboutissant aux amputations. Ce travail ne se limite pas aux soins techniques et reste sans succès s'il n'est pas complété par une véritable prise en charge globale exigeant l'éducation thérapeutique. Négliger cet aspect des soins, et spécialement dans ce domaine, est une faute thérapeutique et relève d'une perte de chance.

Aucune considération « administrative » ne peut être opposée à la dure réalité des faits : le soin, et spécialement dans cette maladie chronique qu'est le diabète, est un tout et suppose une logistique coordonnée avec l'hôpital en raison de ses compétences : c'est un atout décisif. La menace d'un retrait obligé du soutien de l'hôpital Villiers Saint Denis à l'Adiammo marquerait plus qu'un déficit technique.

De l'Adiammo et de l'Omois

Pour l'œil et l'oreille avertis de l'évolution de l'organisation des soins et de son avenir économique, l'évidence est patente de la nécessité d'une mutation des pratiques, pas seulement celles des professionnels, mais celles aussi des patients comme celles des politiques. L'heure est aux maladies chroniques,

à l'allongement de la durée de vie, à l'information démultipliée accessible sinon compréhensible par tous. Ce sont là des nouvelles conditions de pratique de la médecine et des soins. Ce ne sont pas, et de loin, des disciplines enseignées dans les universités. L'importance donnée dans nombre d'autres pays, et pas seulement les plus riches, à l'éducation thérapeutique et à la prévention montre la voie : la première leçon donnée par cette expérience montre que le pragmatisme est ici la condition majeure du succès.

Aucune expérience n'est universellement valable. L'analyse des besoins, la mise en commun des moyens, les prises de décisions concertées, l'implication de tous les acteurs sans crainte des compétitions de pouvoirs restent déterminantes. Ce sont des méthodes inhabituelles dans le monde de la santé et celui de la maladie. Elles dérangeant.

L'Adiammo est née, elle vit. Nombre de ses membres ont montré leur conviction de son utilité et souhaitent qu'elle vive. Comme tous les nouveaux, elle a besoin d'un entourage favorable. C'est le pire qu'on puisse lui souhaiter dans les prochains mois. Toute ma vie j'ai affronté la technocratie parisienne avec de nombreux succès. Il est triste de se voir aujourd'hui réduit à céder devant la bureaucratie régionale incapable, ici comme ailleurs, d'accéder aux spécificités les plus innovantes. ■

Pr Gérard Cathelineau

La prise en charge des brûlés une spécificité

Le service de rééducation de La Musse reçoit entre 60 et 70 malades brûlés par an. Depuis 1982, c'est le seul service de rééducation des régions de Haute et Basse-Normandie qui prend en charge des patients brûlés.

Hn France, 150 000 à 300 000 brûlures par an entraînent 30 000 hospitalisations dont 3 000 en centres aigus spécialisés. À l'issue de leur réanimation, 1 000 malades bénéficient d'un séjour en rééducation et réadaptation fonctionnelles dans l'un des dix centres français spécialisés dans cette prise en charge.

Le service de rééducation de La Musse est l'un des sept centres qui accueillent des brûlés adultes. Depuis 1982, date à laquelle le premier malade brûlé a été admis, une soixantaine de malades sont pris en charge par an pour une durée moyenne de deux mois.

Comment peut-on vivre brûlé dans une société qui voue au corps un véritable culte et qui marginalise ou exclut si facilement ? Avec quels moyens et après quel parcours la victime arrive-t-elle à se réinsérer dans cette société où la brûlure reste une marque infamante ?

D'emblée, ces questions ont intéressé les soignants – médecins ou non – et une véritable collaboration s'est établie avec les services de brûlés les plus proches, Cochin, Saint-Antoine, Rothschild et Percy, mais aussi avec la quasi-totalité des autres services de brûlés de France.

Un réseau avant l'heure !

En fonction des structures architecturales, des équipes en place, des besoins locorégionaux et des habitudes de chacun, les principaux centres se sont organisés différemment pour recevoir ces patients. Si une organisation rigoureuse des soins et une approche psychologique adaptée sont indispensables pour minimiser les conséquences des brûlures et permettre au malade de se reconstruire, plus que la réalisation de soins spécifiques, c'est l'organisation de ces soins qui a fait notre originalité.

La volonté que nous avons de limiter notre action à la seule prise en charge de rééducation et de réadaptation, renforcée par les liens très étroits que nous avons développés avec l'équipe du Pr Baux et maintenant celle du Pr Mimoun, nous a conduits à nous intégrer dans ce que le Pr Baux a appelé « la prise en charge globale du brûlé », une succession d'étapes thérapeutiques effectuées dans des lieux différents par des équipes en relation permanente.

Des principes de traitement

Pour se reconstruire, le sujet a besoin de se reconnaître dans le regard de l'autre, d'y percevoir intérêt et considération.

Cette constatation soulève la question de l'isolement ou de l'intégration des brûlés parmi d'autres malades. Même si du point de vue de l'évolution psychologique du brûlé, cette question est sans objet, à condition que les soignants soient informés des besoins du brûlé et qu'ils soient capables d'y répondre en fonction de leur propre vécu, nous avons choisi d'intégrer les malades brûlés parmi les malades d'orthopédie où la disponibilité du personnel infirmier dans ce secteur, moins contraignant psychologiquement que celui des malades amputés ou de neurologie, leur permet de répondre le plus tôt possible aux questions inévitables que suscite la prise de conscience de leur nouvel aspect quant au regard des autres.





De plus, dès lors que l'élaboration de nouveaux repères passe par le vécu de nouvelles sensations et perceptions, il est naturel de penser que plus les soins seront douloureux, contraignants ou incompris, plus le brûlé aura de difficultés à retrouver une harmonie entre ce qu'il a été et ce qu'il est devenu. Cette constatation nous a conduits à réfléchir sur l'agressivité des soins proposés au malade et sur la nécessité d'évaluer les bénéfices physiques esthétiques et fonctionnels par rapport aux conséquences psychologiques. Dans notre conception des soins, le malade n'est plus « objet de soins » mais acteur de son propre traitement.

Enfin, si le traitement du patient brûlé est une affaire de spécialiste en soins infirmiers, d'ergothérapie, de kinésithérapie ou d'appareillage, c'est avant tout l'articulation très précise entre les divers intervenants qui nous paraît essentielle à son efficacité. Seule une équipe pluridisciplinaire cohérente et bien entraînée peut y parvenir afin d'assurer dans les meilleures conditions la réadaptation du brûlé, son devenir psychologique et sa réinsertion sociale.

Une reconnaissance

La qualité de la prise en charge de cette équipe pluridisciplinaire s'est trouvée reconnue lorsque la Société française d'étude et de traitement des brûlés lui a confié l'organisation de son 23^e congrès en 2003.

Cette manifestation a permis de souligner, par la projection d'un film – *Le Moi-Brûlé* –, dont La Renaissance Sanitaire était le promoteur, ce que signifie vraiment la solidarité des équipes entre elles et avec les malades dans la lutte contre la déshumanisation et la désocialisation dues aux séquelles de brûlures.

« Rina Gualuzzi et Philippe Baillon, en réalisateurs "profanes", ont bien traduit ce terrible dilemme qui hante constamment le brûlé et l'équipe thérapeutique, cette capacité technique à soigner la peau et cette difficulté à soigner l'âme, cette troublante vision d'un patient à qui tout a été donné de ce qui était techniquement possible et qui, une fois rendu à sa vie quotidienne, ne peut voir sa main brûlée sans pleurer. » (Dr Mazas, in revue *Brûlures*, vol. IV, n° 3, p. 186, déc. 2003.)

C'est aussi à cette occasion que, pour la première fois, l'Association des brûlés de France a participé aux travaux du congrès par exposé lors de l'atelier social renforçant ainsi les liens nécessaires et indispensables entre soignants et soignés.

Inquiétudes et espoirs

De quoi sera fait l'avenir ? Dans un contexte médico-social général complexe, La Musse traverse des difficultés financières qui remettent en cause, dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre budgétaire, au travers de la réorganisation des unités de soins en rééducation fonctionnelle,

les principes mêmes de prise en charge de ces malades que nous défendons depuis plus de vingt ans. La diminution du temps consacré aux malades, due aux modifications du nombre et de la répartition des personnels médicaux et paramédicaux, effet pervers du passage aux 35 heures, pèse lourdement sur l'organisation des soins et se trouve d'autant plus mal vécue que nous n'avons toujours pas de psychologue à temps plein dans le département de rééducation.

Cependant, malgré ces difficultés, les personnels soignants médecins ou non, conscients de leurs responsabilités vis-à-vis de ces patients, se sont attachés à compléter leurs connaissances par l'obtention du DIU de brûlologie et participent régulièrement depuis plusieurs années aux travaux de la Société française d'étude et de traitement des brûlures lors de son congrès annuel d'autant plus que le nombre et la gravité des patients brûlés ne diminuent pas malgré les campagnes de prévention et les progrès thérapeutiques importants réalisés ces dernières années.

En 2005, le service de rééducation de La Musse reste le seul spécialisé dans la prise en charge de ces patients en Haute et Basse-Normandie comme cela a été reconnu dans les Sross 2 et 3, les autres centres les plus près dans tout le nord-ouest de la France se situant au sud, à Kerpape, et au nord, à Zuydcote. ■

Dr Jean-François Lanoy

Le syndrome épaule-main



Forme topographique bipolaire et clinique de l'algoneurodystrophie, le syndrome épaule-main

est présent chez 70 % des patients souffrant d'hémiplégie. Atteinte articulaire bien connue des personnels de médecine physique et réadaptation (MPR), elle peut dérouter quand elle survient alors que le patient n'est pas en milieu spécialisé. Sa meilleure connaissance peut permettre de prévenir les effets nocifs de gestes inadéquats réalisés au quotidien par l'équipe soignante. Cette atteinte du membre supérieur paralysé vient grever le pronostic fonctionnel de cette affection en raison de ses répercussions tant physiques que psychologiques.

Description clinique

Le syndrome épaule-main survient dans un délai allant de la première semaine au cinquième mois après l'accident vasculaire cérébral. L'épaule est habituellement la première articulation concernée, puis c'est la main. Tous les auteurs décrivent une évolution en trois phases classiques : douleur simple ; troubles vasomoteurs, douleur et enraidissement articulaire ; troubles trophiques et ankylose articulaire. Les troubles vasomoteurs sont absents au niveau de l'épaule. On passe du stade de douleur simple à celui d'ankylose articulaire.

- Douleur de l'épaule : elle est spontanée et/ou provoquée lors de la mobilisation, aggravée par l'appui lors du décubitus latéral. Son retentissement psychologique n'est pas négligeable. Elle constitue une entrave au déroulement des processus de réhabilitation.
- Troubles vasomoteurs : ils touchent le poignet et la main, voire l'avant-bras ; une élévation de la température locale, un œdème, un aspect luisant de la

peau avec la douleur à la pression en sont les caractéristiques essentielles.

- Troubles trophiques : ils concernent tous les tissus depuis la peau jusqu'à l'os.

On observe une amyotrophie du moignon de l'épaule plus tardivement de la main.

La rétraction des capsules articulaires concerne toutes les articulations atteintes et limite la liberté articulaire ; à l'épaule, l'élévation antérieure, l'élévation latérale et la rotation externe sont touchées (rendant l'habillage, la toilette difficile...). À la main, c'est la « main en griffe » classique et caricaturale de l'hémiplégie (pouce bloqué sous les quatre doigts médians en griffe, rôle associé des troubles du tonus).

Diagnostic

Le diagnostic est, en règle générale, facile dans ce contexte et ne nécessite aucun examen complémentaire (les signes radiologiques sont inconstants, voire absents tout au long de l'évolution, la scintigraphie non indispensable).

Facteurs aggravants

Des troubles associés jouent un rôle aggravant dans cette atteinte. Certains sont spécifiques de l'atteinte neurologique centrale :

- étiologie même de l'hémiplégie ;
- importance des troubles moteurs et sensitifs, de la spasticité (ils sont le témoin de la sévérité de l'atteinte cérébrale) ;
- traitement par Gardénal en traitement préventif des crises comitiales ;
- luxation inférieure de la tête humérale ;
- dépression ;

Photo 1



- ostéome (ossification) du coude.

D'autres sont liés à des erreurs de nursing :

- une installation ou plutôt un défaut de positionnement du membre paralysé lors des différentes postures sur le nyctémère ;
- des tractions intempestives réalisées sur le membre déficitaire ;
- une absence de rééducation précoce (mobilisation passive lente pluriquotidienne dès les premiers jours de l'ictus).

Traitement

Le traitement est d'autant plus efficace qu'il a débuté précocement, que tout a été mis en œuvre afin de prohiber les manœuvres agressives pour le membre supérieur paralysé dès les premiers instants de la maladie.

Médicaments

Ils font appel aux bêtabloquants ; la calcitonine largement utilisée vient de perdre son agrément dans cette indication (Afssaps 23/04/2005) : les infiltrations de corticoïdes intra-articulaires et du canal carpien se sont montrées régulièrement plus efficaces. Les antidépresseurs tricycliques sont un réel recours. La réalisation de blocs à la guanéthidine ou au blufométil, malgré leur utilisation préférentielle dans les atteintes distales, représente une avancée thérapeutique. Les anesthésiques locaux, la capsaïcine n'ont pas leur place dans cette étiologie.

Rééducation

La rééducation débute précocement et doit rester indolore. Elle est adaptée à chacune des trois phases du syndrome.

Règles de bonne installation

Elles représentent une part importante du traitement du syndrome épaule-main

Photo 2



et sont mises en place précocement.

Au lit :

- sur un patient en décubitus dorsal (photo 1) :
 - rectitude du rachis,
 - alignement des membres inférieurs,
 - épaule en abduction de 30°,
 - en élévation antérieure,
 - coude et poignet en position de fonction,
 - main surélevée ;
 objectifs : assurer le drainage de la main, éviter la rétraction des récessus inférieur et antérieur de la capsule articulaire de l'épaule ;
- sur un patient en décubitus latéral du côté sain : installer le bras sur un coussin coude demi-fléchi ;
objectif : prévenir la rotation interne et l'adduction du membre supérieur ;
- sur un patient en décubitus latéral du côté hémiparalysé : il ne faut pas trop faire reposer le malade sur son épaule. Le patient reposera davantage sur le dos, son bras sur le plan du lit en supination.

Au fauteuil :

- l'accoudoir aménagé (photo 2),
- la tablette bar,
- au minimum l'écharpe canadienne ;

En position debout

Le port de l'écharpe prévient la subluxation de la tête humérale source de douleur et de pérennisation du syndrome. Des paralysies par étirement du nerf circonflexe ont été décrites. L'écharpe présente l'inconvénient de maintenir l'épaule en rotation interne.

Une règle absolue lors des manutentions qui ne souffre aucune exception. Quelle que soit la position du patient, il faut garder à l'esprit qu'il ne faut jamais exercer de traction excessive sur le membre supérieur paralysé. Il en est ainsi lors du passage de la position assise à la position debout, ou du lit au fauteuil.

Tout au long de son parcours, le membre supérieur paralysé du patient hémiparalysé est l'objet de soins attentifs. Une analyse minutieuse doit conduire à proposer des mesures adaptées au statut neuro-orthopédique de ce membre pour en faire au minimum un membre « non gênant ». Si bien qu'on a pu écrire : « On ne prévient pas le syndrome épaule-main, on en prévient les complications. »

■
Dr Hector Bagé



Prévention cardio-vasculaire

Manger crétois, pourquoi ?

Dès 1970, l'étude de Keys avait montré que la mortalité coronarienne était de 38% en Crète et de 733 aux États-Unis, soit près de vingt fois supérieure. On a constaté en outre que ce sont les habitudes alimentaires différentes, particulièrement riches en oméga 3, des Crétois qui permettaient d'obtenir ces résultats, la fréquence de l'obésité, du diabète, du tabagisme et de l'hypertension artérielle étant identique. En 1999, la Lyon Diet Study confirmait la réduction de la mortalité de 50% chez les patients sous régime méditerranéen. Les oméga 3 par leurs actions sont des facteurs de protection des maladies cardio-vasculaires, on peut donc reprendre les mots d'Hippocrate : « La santé commence dans l'assiette. »

L'Afssaps, en mars 2005, recommande un traitement diététique inspiré du modèle crétois préalable à la prescription d'un traitement médicamenteux, d'autant plus que la diététique est indispensable même quand un médicament est prescrit. Les recommandations basées sur le taux de cholestérol LDL ne font-elles pas oublier le HDL, facteur de risque incontournable quand il est inférieur à 0,40 g/l et qui devient facteur de protection dès qu'il atteint 0,60 g/l ? Or, la consommation d'AG oméga 3 abaisse le taux de LDL et augmente le taux de HDL.

Il semble donc opportun de proposer une diététique protectrice pour le système cardio-vasculaire à nos patients. Nous leur préconisons pour cela l'alimentation méditerranéenne basée sur le modèle crétois.

Compétences

Spécialités médicales



À ce titre, ils bénéficient durant leur séjour de conseils individualisés et collectifs sur ce thème. Le cardiologue et la diététicienne animent ensemble une réunion une fois par mois en regroupant les patients concernés.

L'originalité du modèle crétois se caractérise par sa frugalité, sa simplicité (ingrédients bruts cuisinés de façon simple), beaucoup de végétaux, peu de produits animaux.

L'alimentation crétoise est riche en oméga 3 : pourpier (sorte de mâche), escargots, œufs (les poules sont nourries avec du pourpier), laitages fermentés à base de lait de brebis et divers produits de la mer.

Points forts du régime crétois

- Des produits céréaliers à tous les repas et en collations : pain, galettes de blé, polenta ou riz.
- Des légumineuses : associées à des céréales, en plats complets, en purée, en farine (gâteaux, galettes).

- Une consommation régulière de poissons : 5 plats par semaine en moyenne.
- Des matières grasses végétales : huile d'olive.
- Des aliments complets riches en fibres.
- Peu de viande rouge remplacée par des viandes blanches et des poissons gras (sardine, anchois, maquereau, espadon...).
- Des produits laitiers de brebis en substitution de la viande.
- Des herbes et aromates frais (basilic, ail, oignon, persil, coriandre...).
- Du vin rouge modérément.

Ce régime n'est pas à suivre à la lettre. Nous proposons donc un modèle adapté, basé sur l'équilibre alimentaire et qui met en avant la qualité des graisses.

En pratique dans l'assiette

- Consommer une portion de viande (cheval, porc, canard, poulet) ou poisson (anchois, maquereau, saumon, thon) ou fruits de mer, une portion de fromage et deux laitages par jour.
- Augmenter globalement la quantité de pain, de féculents et de légumes.
- Cuisiner avec des herbes et aromates.
- Choisir les matières grasses en les diversifiant et en les associant : huiles de colza, noix, soja (pour les assaisonnements), graisse de canard et d'oie, huile d'olive (cuissons douces), huile d'arachide (cuissons très intenses),

beurre sur les tartines du matin, un peu de crème ou surtout d'huile de colza, de noix sur les légumes.

- Opter pour des plats complets (minestrone, risotto, pâtes aux légumes, tartines au fromage et crudités, pizza maison, gratins de légumes et poisson...).
- Manger du poisson au moins trois fois par semaine.
- Consommer à chaque repas une portion de crudités (fruit cru ou légume cru).
- Pour les collations, penser aux fruits frais et secs de temps en temps, aux oléagineux (noix, amandes...).

La séance d'éducation collective est évaluée systématiquement. Les résultats indiquent que :

- les graisses « favorables » et les aliments « conseillés » sont connus ;
- les patients sont sensibles à nos recommandations et les modifications demandées sont perçues comme réalisables.

Conclusion

Pour lutter contre l'athérosclérose, nos traitements (interventionnels et chirurgicaux) ne sont que palliatifs, alors que la lutte contre les facteurs de risque est « un traitement curatif de l'athérosclérose [...] » (Pr. Puel).

Les recommandations diététiques que nous proposons visent à changer les habitudes alimentaires des patients et à réduire la morbidité cardio-vasculaire. La modification des comportements à risque des patients, qui passe par l'éducation nutritionnelle, l'encouragement à la pratique régulière de l'activité physique et l'aide au sevrage tabagique nécessitent la conviction des soignants et tout spécialement des médecins.

Alors, manger crétois, pourquoi pas ? ■

Catherine Cazanova
Dr Sylvie Héral



Partenariat Toujours plus proche de l'hôpital de Huê, au Vietnam

La Renaissance Sanitaire a signé le 2 septembre 1999 une convention de jumelage avec l'hôpital central de Huê, au Vietnam.

Parallèlement à ce jumelage, une opération de collectes de dons pour développer et équiper en matériel de base le service d'appareillage et de rééducation de l'hôpital central de Huê a été lancée en 2000.

Cette opération, particulièrement fructueuse, a d'ores et déjà permis à la Fondation de réunir 100 000 euros en cinq ans.

La convention de jumelage

Dans le cadre de la convention de jumelage passée entre La Renaissance Sanitaire et l'hôpital central de Huê, une prothésiste et un kinésithérapeute vietnamiens ont été accueillis par l'hôpital Villiers Saint Denis pendant six mois pour compléter leur apprentissage, voire apprendre, les techniques de fabrication de prothèses.

Il s'agit de la deuxième expérience puisque deux stagiaires vietnamiens ont eu l'occasion de venir parfaire leurs compétences en 2001.

Les premiers mois, les stagiaires ont éprouvé quelques difficultés à s'adapter, liées au dépaysement, à la langue, à l'éloignement. Mais grâce au soutien et

à la patience des salariés qui les encadrent, ils ont pris petit à petit confiance et sont repartis au mois d'août riches d'un nouveau savoir-faire.

Une nouvelle action : l'agrandissement du service de kinésithérapie

Après avoir offert une ambulance en 2004 à l'hôpital central de Huê grâce aux dons réunis, la Fondation a poursuivi son action de sollicitation auprès des particuliers et des entreprises en vue de réunir suffisamment d'argent pour agrandir le service de kinésithérapie et de participer à son complément d'aménagement de l'hôpital central de Huê. L'appel à la générosité a bien été entendu puisque 28 000 euros ont été recueillis.

Les travaux de construction ont donc été lancés en mai 2005. Ils consistent en la surélévation de l'existant. Cette opération sera financée et menée en partenariat avec l'ONG Enfants sans frontières, qui apporte également depuis de nombreuses années son concours à cet hôpital.

L'aménagement et l'équipement de ces nouveaux locaux seront également financés par la Fondation. Il ne restera plus qu'à le doter du personnel nécessaire, la Fondation ayant pour ambition future de financer des formations de prothésistes.

Les actions en cours

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

S'agissant de Phong Dien, il a été équipé en mai 2005 et un médecin et un prothésiste ont commencé dès le mois de juin des consultations.

S'agissant de Quang Dien, le projet a été retardé et les consultations décentralisées reportées, car il est envisagé de reconstruire un nouvel hôpital plus grand.

Une des actions également décidées par La Renaissance Sanitaire consistait à mettre à disposition de l'hôpital central de Huê 6 000 euros pendant quatre ans pour acheter tous les matériels et matériaux nécessaires à la fabrication des appareillages de l'hôpital. En 2005, cette somme a permis d'acheter des rouleaux de films PVA, des rivets en cuivre, de la résine polyester.

Les projets

Les projets ne manquent pas et La Renaissance Sanitaire s'oriente vers une action au profit des anciens combattants qui consisterait à prendre en charge les soins des 208 familles les plus gravement touchées par les conséquences du fait de la guerre et de la pulvérisation de la dioxine (agent orange) dans la province de Huê. ■

Béatrice Blanche-Lopoukhine

initiatives



Première visite d'intégration pour les nouveaux salariés



Cinq agents de sécurité lors de leur formation

Hôpital La Musse

L'appartement Renaissance

Dans le cadre de la semaine consacrée à la sécurité routière en octobre 2004, le préfet de l'Eure, Jacques Laisné, a effectué une visite du pavillon 1 chargé de la rééducation et réadaptation. Le préfet et le directeur ont lancé verbalement les bases de l'aménagement d'un appartement passerelle dont la création s'est concrétisée cette année, en février, par la signature d'une convention entre l'État, l'hôpital, les professionnels du bâtiment et les services sociaux. But de l'appartement nommé « Renaissance » : aider à la réinsertion des personnes handicapées.

Mise en place de la journée d'intégration

Une demi-journée d'intégration a été organisée au début du mois de novembre 2004 par le service des ressources humaines pour la première fois. L'initiative a permis aux derniers embauchés de découvrir l'établissement dans lequel ils vont travailler ou travaillent depuis peu. Vingt-six salariés y ont participé. Ils ont assisté à la projection d'un film sur La Musse, ont suivi les interventions des chefs de service (qualité, les trois surveillantes générales, l'infirmière hygiéniste, les services techniques, les admissions et les ressources

humaines), ont visité l'administration et le pavillon 1. L'initiative, appréciée des salariés, doit être renouvelée tous les six mois environ.

Mise en place du livret douleur

Reconstitué en avril 2004, le comité de lutte contre la douleur est composé de 28 salariés venus d'horizons divers. Les évaluations, formations et séances de travail en groupes ont débouché sur la conception d'un livret douleur *Moins souffrir, c'est possible*. Il est remis à chaque patient en plus du livret d'accueil, accompagné des explications de l'équipe médicale. Mise en route en janvier, cette nouvelle prise en charge de la douleur a fait l'objet d'une première évaluation en avril 2005.

Élaboration d'un guide de tenue du dossier médical

Se basant sur l'existant, tenant compte des recommandations de l'Anaes et attentif aux orientations nouvelles, un groupe de travail pluridisciplinaire a élaboré un guide de tenue du dossier médical. Le document est sorti fin 2004 au terme de deux années de travail et comporte les bonnes façons de remplir tous les sous-dossiers composant le dossier médical unique.

Somme importante débloquée par l'ARH

Au vu des tensions budgétaires, l'agence régionale de l'hospitalisation a accordé à La Musse, le 10 novembre dernier 2004, la somme de 1 245 000 euros (soit 10 % de la marge régionale obtenue pour la Haute-Normandie). En contrepartie de quoi l'ARH a demandé à l'établissement de contractualiser avec elle le plan de retour à l'équilibre pour 2005 et 2006. En voici les grandes lignes : fermeture d'une unité au pavillon 1 et d'une unité au pavillon 2 ; recentrage sur le métier hospitalier avec réorganisation des services techniques et logistiques ; effort temporaire demandé à l'ensemble du personnel, avec réduction de l'indemnité de résidence, suppression de la prime de garde d'enfants (pour 2005 et 2006) et la facturation des charges locatives pour le personnel logé dans l'établissement ; suppression de deux postes de médecins, d'un poste de directeur adjoint et de deux postes de cadres administratifs (départs volontaires). Dans la perspective de la réforme de la tarification à l'activité (T2A) et afin de préserver la pérennité de l'établissement, le corps médical doit également s'engager dans une démarche volontariste pour réaliser davantage de journées d'hospitalisation et atteindre l'objectif qui lui sera fixé dans le plan de restructuration.

Faits marquants de

Désenfumage

D'importants travaux de mises aux normes du système de désenfumage des unités ont été démarrés en 2004. Ils consistent en la pose d'un système permettant l'évacuation des fumées dans les espaces de circulation. Prévus sur deux ans, ils concernent deux unités de soins, par roulement sur deux mois et nécessitent à chaque fois le déménagement de l'unité. Le pavillon 3 a été entièrement revu en 2004 et deux unités du pavillon 1 sont en cours de travaux. Les autres suivront puis le pavillon 2.

Le système choisi a reçu l'accord de la commission de sécurité de la préfecture de l'Eure.

Formation « Leonardo »

Le programme d'échanges européens des professionnels de santé Leonardo III a réuni une trentaine de personnes, dont certaines venues d'Allemagne et de Pologne, pour deux journées de formation, en novembre à La Musse. Thème abordé : prise en charge de la douleur et soins palliatifs. Les débats ont été menés par le Dr Marie-Thérèse Hili de La Musse et Dominique Leroy de l'hôpital d'Évreux, coordinatrice du projet.

Livret d'accueil

À l'initiative de la direction des ressources humaines, un groupe composé de surveillantes générales, d'une infirmière hygiéniste et de la responsable des diététiciennes a conçu un livret d'accueil à l'attention des nouveaux salariés. Depuis le début du mois de juin 2004, il est distribué systématiquement à chaque nouvelle embauche.

Y figurent des informations précieuses dans la vie quotidienne des salariés de l'établissement : présentation de l'hôpital La Musse et de La Renaissance Sanitaire (organigramme...), explications de la feuille de paye, description des instances du personnel, rappel des droits et devoirs du salarié (règlement intérieur, confidentialité...), information sur la formation continue... Le livret d'accueil est également disponible et consultable dans les services.

Visite des experts-visiteurs

Les consultants du cabinet Boulogne et Lepeu (experts-visiteurs) sont venus les mardi 11 et mercredi 12 mai 2004 à La Musse. Ils ont rencontré le directeur, les membres du comité de pilotage, les chefs de groupe et effectué deux visites (de jour et de nuit).

Ils ont trouvé une amélioration dans l'écrit du rapport de synthèse et rencontré un personnel « *motivé et désireux d'aller de l'avant* ».

Les points restant à améliorer et deux réserves faites (un défaut de signature des prescriptions et une sécurité des biens et des personnes insuffisante)... ont servi de base de travail aux salariés et permis à la « véritable » visite d'accréditation de janvier 2005 d'être un succès pour l'établissement et ses salariés.

Cinq agents de sécurité formés

Cinq salariés de La Musse ont suivi, en juin et septembre, une formation d'ERP1, c'est à dire d'agents de sécurité, qui a duré quinze jours. Ces agents devront veiller à mettre en place tout ce qui doit l'être dans les premières vingt minutes essentielles qui séparent l'alerte incendie de l'arrivée des sapeurs-pompiers. Ils doivent vérifier si le désenfumage s'est bien mis en route, préparer les évacuations et s'employer prioritairement à la sauvegarde des personnes.

Mise en place de la comptabilité analytique vers la déconcentration budgétaire

L'année 2004 a été marquée, au sein des services de comptabilité gestion de La Musse, par la mise en place d'une comptabilité analytique. Le système, coordonné par le nouveau contrôleur de gestion, est à usage interne. Il sera désormais possible de définir les charges (directes, indirectes et générales) de chaque service et unité de soins. L'exploitation de ces résultats, chaque mois, va devenir indispensable dans la perspective de la mise en route progressive de la tarification à l'activité. ■

Visite du Préfet au département de rééducation et de réadaptation



La formation Leonardo : douleur et soins palliatifs à l'échelle européenne

l'année 2004

Hôpital Villiers Saint Denis



Conseil stratégique

Dans le cadre d'Hôpital 2007, ce conseil a été mis en place en janvier 2004. Il est composé du directeur, du directeur financier, du directeur des ressources humaines, du directeur qualité et des cinq chefs de départements d'hospitalisation.

Organisation

L'organisation médicale des départements d'hospitalisation a été modifiée :

- département vasculaire, diabétologie et appareillage ;
- département court séjour cardiologie/pneumologie ;
- département réadaptation et soins de suite spécialisés (comprenant les soins palliatifs) ;
- département soins de suite polyvalents et gériatriques ;
- département médecine physique et réadaptation.

Le nombre de départements sera réduit à trois en 2005 à raison d'un par pavillon. Le poste de cadre infirmier supérieur de nuit a été créé et confié à Annie Terrien.

Une mission d'appui interne a été constituée avec pour objectif de parfaire, renforcer, soutenir toutes les réflexions organisationnelles en cours et de mettre en place toutes les améliorations possibles pour préparer la délocalisation, le Sros 3 et la T2A SSR.

Tarification à l'activité (T2A)

Cette nouvelle tarification est appliquée depuis le 1^{er} janvier 2004 au secteur court séjour de l'établissement.

Bien que la mise en place de la T2A en soins de suite et réadaptation soit prévue pour le 1^{er} janvier 2007, l'hôpital opère une simulation de ce système sur cette activité depuis fin 2003. Les résultats obtenus permettront d'anticiper une éventuelle réorientation des soins.

Accréditation

La visite des experts-visiteurs s'est déroulée du 27 septembre au 1^{er} octobre 2004. L'établissement a été accrédité sans réserve. Les experts-visiteurs ont mis en exergue quatre points forts :

- référentiel Organisation de la prise en charge du patient (OPC) : les besoins spécifiques du patient sont identifiés et pris en charge principalement en matière d'éducation ;
- référentiel Management de l'établissement et des secteurs d'activité (MEA) : l'implication des départements dans la gestion permet un réel arbitrage dans les secteurs d'activité ;
- référentiel Gestion des ressources humaines (GRH) : la politique sociale de l'établissement ;
- référentiel Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux (SPI) : les formations et informations sont réalisées par le Clin et l'hygiéniste dans le domaine de la prévention.

Projet d'établissement

Le contexte de mise en place progressive de la tarification à l'activité, la perspective du Sros 3 et de la loi de modernisation de l'assurance maladie ont entraîné le report *sine die* des réunions de concertation avec la Ddass autour du projet d'établissement.

Cependant, les axes de développement approuvés n'ont pas été remis en cause par les tutelles, en particulier le projet de délocalisation du court séjour cardio/pneumo sur le site de l'hôpital de Château-Thierry.

Coopération interhospitalière Château-Thierry/Villiers Saint Denis

Pôle de santé

Malgré l'aval des tutelles pour la délocalisation en 2005 de l'Usic et du court séjour cardio/pneumo, l'installation est reportée à la fin de l'année 2006 en raison du retard pris dans les travaux de restructuration du site de l'hôpital de Château-Thierry.

Stérilisation

Après signature d'une convention de sous-traitance en juillet, le centre hospitalier de Château-Thierry a pris en charge la stérilisation en août 2004.

Institut de formation en soins infirmiers

Une antenne de l'institut de formation en soins infirmiers de Soissons a ouvert ses portes à Château-Thierry en septembre.

Elle est le fruit d'une collaboration aussi rapide qu'efficace entre la ville de Château-Thierry et les centres hospitaliers de Soissons, Château-Thierry et

Signature
de la charte
Hôpital
sans tabac



Faits marquants de

Pascale Houbin danse pour les patients

Villiers Saint Denis. En effet, il n'aura pas fallu plus de dix mois entre l'accord de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales et l'achèvement de ce projet.

Coopération sectorielle

En février, l'établissement a signé avec les centres hospitaliers de Soissons et de Château-Thierry et l'association médico-sociale Anne-Morgan de Soissons une convention de coopération dans le cadre du réseau sectoriel des soins palliatifs. Novembre a vu la signature de la convention cadre de coopération entre les trois hôpitaux du secteur. Ceux-ci se sont ainsi engagés à développer leur coopération par la mise en réseau de leurs moyens, à privilégier le maintien du patient sur le site de proximité chaque fois que cela est possible, à maintenir et à développer les compétences et les ressources humaines existantes dans les trois établissements.

Coopération intersectorielle

Une coopération est en cours de développement avec l'hôpital de Montmirail pour la prise en charge des patients en gériatrie et atteints de la maladie d'Alzheimer.

Lutte contre le tabagisme

Une consultation d'aide au sevrage tabagique a été mise en place pour les patients et le personnel. Elle est assurée par le Dr Roger N'Gomo, pneumologue et tabacologue.

L'établissement a adhéré au Réseau hôpital sans tabac. Le comité local de prévention du tabagisme a été créé. Dans ce cadre, une enquête sur le tabagisme a été réalisée parmi le personnel, les membres du comité ont suivi une formation, le plan d'action 2005 a été élaboré et adressé au réseau.

Comité

Le comité de liaison en alimentation et nutrition (Clan) a été constitué.

Recrutements

Blaise Bery, pharmacien, Dr Débo Muvova, cardiologue, Dr Jérôme Talmud, médecin DIM, Frédérique Yonnet, chargée de mission.

Signalétique

La signalétique intérieure des pavillons d'hospitalisation a été entièrement renouvelée. Elle est le résultat d'un important travail de réflexion mené dans des groupes de travail constitués dans chaque pavillon.

France 5

L'établissement a été le lieu de tournage d'un reportage pour l'émission « C dans l'air » sur France 5 sur le thème « L'hôpital, malade de la santé », émission diffusée le 21 janvier 2004. L'occasion lui a été donnée de présenter la gestion par budgets déconcentrés.

Animations

Dans le cadre de Culture santé, les patients participant aux ateliers théâtre ont pu assister à une représentation au théâtre Gérard-Philippe de Fontenay-sous-Bois. Pour clôturer ces ateliers, ils ont également joué des saynètes écrites par eux-mêmes, fort appréciées par les autres malades.

Un spectacle chorégraphique a été présenté par Pascale Houbin dans les trois pavillons, avec le soutien financier de la compagnie L'Échangeur de Fère-en-Tardenois.

Salons professionnels

L'établissement était présent aux manifestations :

- forum Emploi à l'IFSI de Prémontré,
- carrefour des métiers au collège de Charly-sur-Marne,
- salon infirmier à Paris,
- salon « Santé, handicaps, infos » à Soissons,
- forum des professionnels de la santé et de l'action sociale au lycée Jean-de-La-Fontaine de Château-Thierry. ■

initiatives



Forum des professionnels de la santé



Tournage France 3 Picardie

l'année 2004

 initiatives


La Renaissance Sanitaire s'agrandit

Un troisième établissement

le centre médico-chirurgical

La genèse de la reprise du CMCPP par La Renaissance Sanitaire

Fin 2004, le président de la Mutuelle du bâtiment et des travaux publics, également administrateur de l'APAS-OS (Association paritaire d'action sociale-œuvres sociales) a demandé au président Ladegaillerie si la Fondation La Renaissance Sanitaire était intéressée par la reprise de gestion du centre médico-chirurgical de la Porte de Pantin (CMCPP), situé à Paris 19^e et appartenant à l'APAS-OS.

À sa création en 1971, le CMCPP était destiné plus particulièrement au personnel des entreprises du bâtiment et des travaux publics et aux membres de leurs familles. La gestion de plus en plus complexe de l'établissement, due à des contraintes techniques réglementaires et financières accrues, a conduit les administrateurs de l'APAS-OS à envisager le transfert de gestion de l'établissement. De plus, le nombre de

patients ressortissants du bâtiment et des travaux publics n'était plus significatif au sein du CMCPP.

Les administrateurs de l'APAS ont donc cherché une institution à but non lucratif qui serait susceptible de reprendre la gestion du CMCPP ; c'est la raison pour laquelle ils ont sollicité La Renaissance Sanitaire dont la notoriété leur garantissait d'assurer la pérennité du CMCPP dans l'esprit dans lequel cet établissement avait été créé à son origine.

Les étapes de la reprise

Ayant pris connaissance de cette opportunité qui s'offrait à la Fondation, le conseil d'administration de La Renaissance Sanitaire a donc mandaté, au mois de février 2005, le président Ladegaillerie pour négocier la reprise de gestion du CMCPP.

Des réunions institutionnelles ont eu lieu de part et d'autre en interne : réunion des conseils d'administration de l'association propriétaire du CMCPP, l'APAS, de l'association gestionnaire du CMCPP, l'APSS,

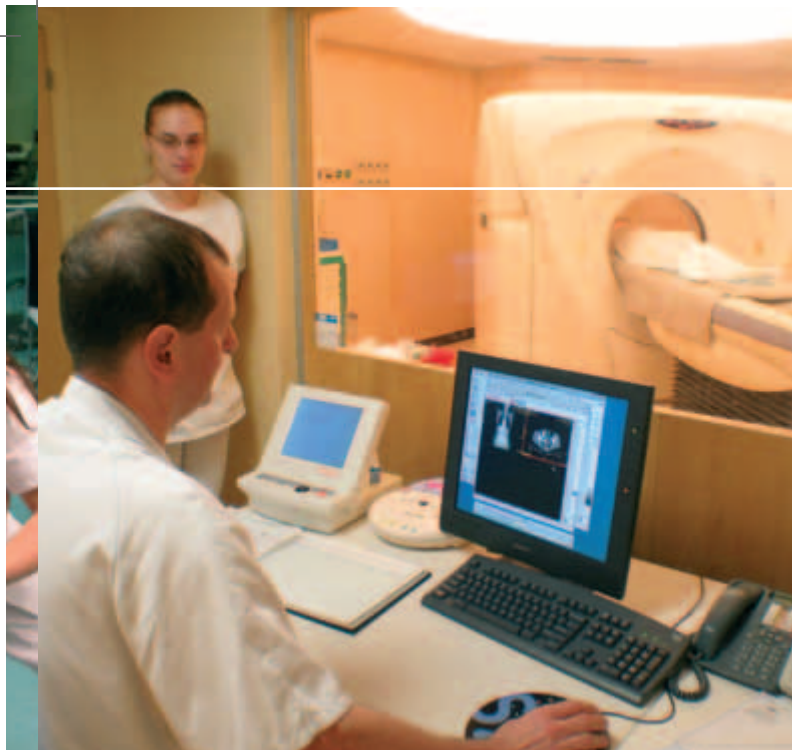
et de la Fondation ; réunions du comité d'entreprise du CMCPP, des établissements de la Fondation, du comité central d'entreprise.

Au terme de ces réunions, il a été officiellement décidé de transférer à titre gratuit l'actif immobilier et mobilier du CMCPP ainsi que sa gestion à La Renaissance Sanitaire.

La reprise du CMCPP s'est donc faite en deux temps :

- la reprise de gestion du CMCPP à partir du 1^{er} juillet 2005 après en avoir reçu l'autorisation du CROSS (comité régional d'organisation sanitaire) en date du 30 juin 2005, puis de la commission exécutive ;
- le transfert à titre gratuit des biens immobiliers et mobiliers qui ont nécessité des autorisations administratives, notamment auprès de l'autorité préfectorale.

C'est donc dans un souci de pérennité du CMCPP que La Renaissance Sanitaire a accepté de reprendre cet établissement.



au sein de la Fondation de la Porte de Pantin

Qu'est-ce que le CMCPP ?

Le centre médico-chirurgical de la Porte de Pantin est un établissement privé, participant au service public hospitalier (PSPH) à but non lucratif de court séjour ayant une capacité de 152 lits et places répartis de la façon suivante :

- 128 lits de chirurgie ;
- 18 lits de médecine ;
- 4 places d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire ;
- 2 places d'hospitalisation de jour.

Le plateau technique est composé d'un bloc opératoire orthopédique, d'un bloc viscéral, d'une salle d'endoscopie, d'une stérilisation centrale, d'un bloc septique et d'équipements lourds tels qu'un scanner, un caisson hyperbare, des salles de radiologie et deux appareils d'échographies.

L'établissement exploite une pharmacie à usage intérieur qui assure la stérilisation des dispositifs médicaux et qui assure la rétrocession des médica-

ments. Trois cent quarante salariés travaillent au CMCPP qui applique la convention collective Féhap.

Origine géographique des patients

Le CMCPP, situé dans le secteur sanitaire n° 4, Paris-Nord, est aussi quasi limitrophe du secteur n° 1 Paris-Est. Implanté au nord-est du 19^e arrondissement, il n'est séparé du département de Seine-Saint-Denis que par le boulevard périphérique : 55,46 % des patients hospitalisés viennent de Paris (dont 51,73 % résident dans le 19^e), 23,48 % de Seine-Saint-Denis.

René Durand

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 trois établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier :

- l'hôpital Villiers Saint Denis ;
- l'hôpital La Musse ;
- le centre médico-chirurgical de la Porte de Pantin.

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.