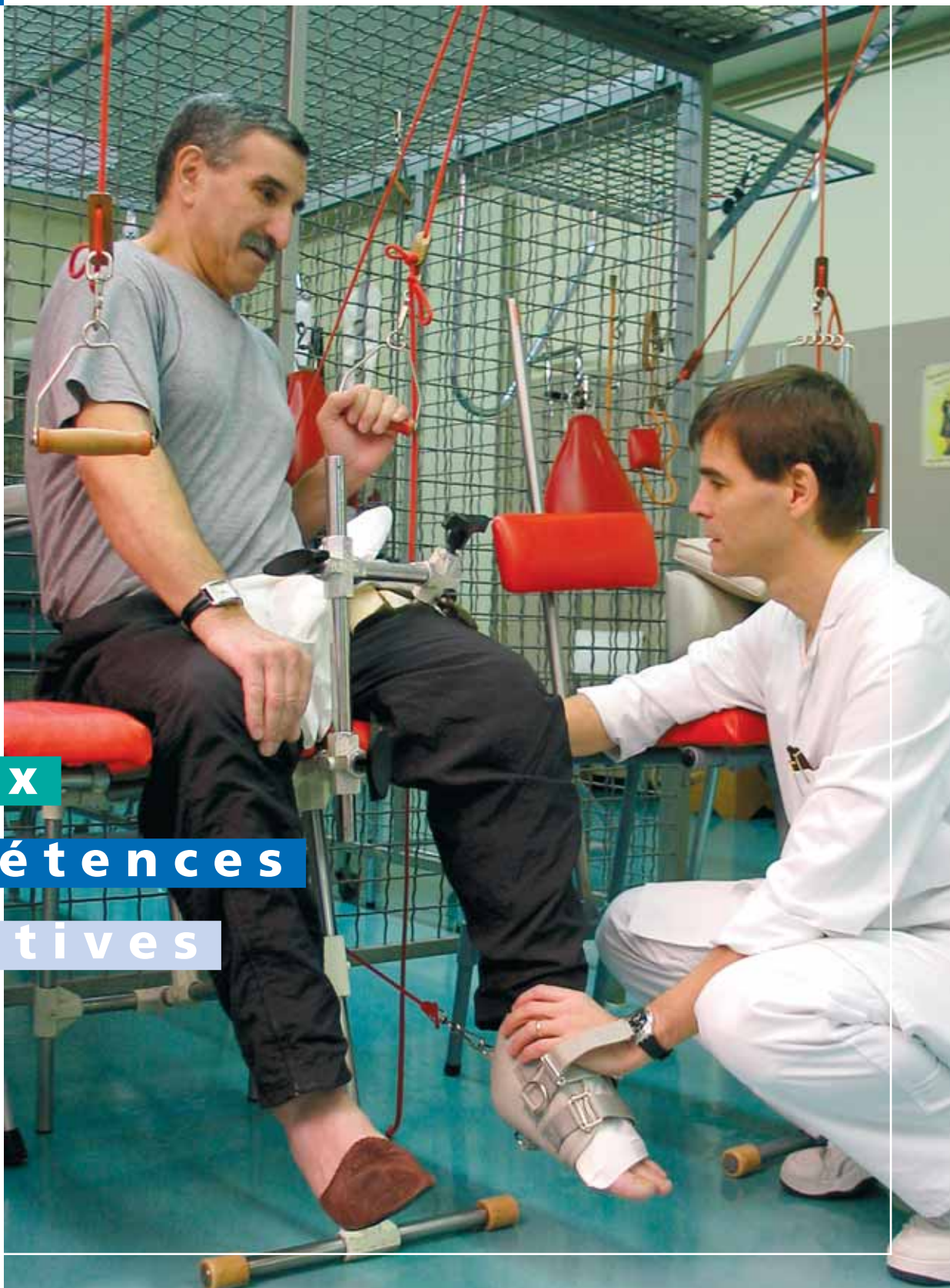


Le magazine
de La Renaissance Sanitaire

Regards

N°5 DÉCEMBRE 2006



Enjeux

Compétences

Initiatives

Hôpital La Musse
Hôpital Villiers Saint Denis
Centre médico-chirurgical
de la Porte de Pantin

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

Didier GABORIAUD

Président de la Fédération mutualiste interdépartementale de la région parisienne (FMP)



Vice-président

René DURAND

Administrateur du comité départemental de Seine-Saint-Denis de l'Association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH) et de l'association Vivre autrement



Secrétaire général

Didier POITEVINEAU

Administrateur de la FMP



Trésorier

Paul DEVROEDT,

Trésorier de la FMP

Administrateurs

Maguy BEAU, administrateur de la FMP

Jean-François CLERTANT, administrateur de la FMP

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

Dr Magali GUICHARDON, médecin gériatre

Michel LADEGAILLERIE, administrateur de la FMP

Henri LESAULE, administrateur de la Caisse nationale solidarité

et autonomie, vice-président de la caisse régionale d'assurance maladie

Jean-Claude MAIRET, administrateur de la FMP

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

Hôpital Villiers Saint Denis (02)



Directeur

Jean-Louis YONNET



Président de la CME

Dr Jean-Louis RENARD

Hôpital La Musse (27)



Directeur

Catherine
PALLADITCHEFF



Président de la CME

Dr Alain
BOUILLEROT

Centre médico-chirurgical de la Porte de Pantin (75)



Directeur

Marc DAULAS



Président de la CME

Dr Lakdfar KHENIFER

actualités

Sros 3

En Picardie p. 4

En Île-de-France p. 4

En Haute-Normandie p. 6

Tarification à l'activité

Quelle convergence tarifaire ? p. 7

La personne de confiance p. 8

enjeux

**Prévention à l'hôpital
de l'infection à l'éducation** p. 9

Prise en charge de l'obésité p. 11

Malnutrition-dénutrition

Une affaire de Clan... p. 12

Restauration

Le pari de l'alliance public/privé p. 15

compétences

Nouvelle balnéothérapie p. 16

Greffes de cartilage

Mythe et réalité p. 17

Ouverture de service

La stérilisation centrale p. 18

**Dépôt de sang et organisation
de la transfusion sanguine** p. 19

**Commissions régionales de conciliation
et d'indemnisation (CRCI)** p. 21

initiatives

Inauguration

Appartement Renaissance/Jacqueline-Duval p. 22

Installation

Un simulateur de conduite p. 25

Revivre par le sport p. 27

Faits marquants

Villiers Saint Denis p. 30

La Musse p. 32

CMCPP p. 34

Le parcours de santé mutualiste p. 36

Opération Hué

Réalisations et nouveaux projets p. 38

Directeur de publication : Didier Gaboriaud ■ Rédacteurs en chef : René Durand, Catherine Toubanc ■ Conception maquette : Héral ■ Iconographies : Concept Image, La Renaissance Sanitaire ■ Imprimerie de Champagne ■ Dépôt légal 4^e trimestre 2006.



C'est avec un grand honneur que je préside, depuis le 7 avril 2006, La Renaissance Sanitaire qui compte désormais trois établissements de santé, ce qui en fait l'une des plus importantes fondations hospitalières de France : l'hôpital Villiers Saint Denis (02), l'hôpital La Musse (27) et, depuis un an, le centre médico-chirurgical de la Porte de Pantin (CMCPP - 75). Mon prédécesseur, Michel Ladegaillerie, qui a tant œuvré pour la Fondation, vous avait présenté cet établissement de court séjour dans le précédent numéro du magazine de la Fondation.

Le cinquième numéro de *Regards* revient sur les schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (Sros 3) publiés à la fin du premier trimestre 2006. Dans le paysage sanitaire régional ainsi défini, chaque hôpital bâtit son projet d'établissement. Cela, combiné à la tarification à l'activité (T2A), doit conduire à un système de santé plus performant, mieux organisé et moins coûteux.

D'ores et déjà, des réalisations novatrices de nos établissements, conformes aux orientations des Sros 3 et riches en partenariats locaux, vous sont présentées : le groupement de coopération sanitaire du sud de l'Aisne, qui associe l'hôpital Villiers Saint Denis et l'hôpital public de Château-Thierry, ou encore l'appartement thérapeutique et le simulateur de conduite récemment installés à l'hôpital La Musse. Le service de stérilisation centrale du CMCPP, son dépôt de sang, la nouvelle balnéothérapie de l'hôpital Villiers Saint Denis ou la technique des greffes de cartilage sont autant de nouvelles compétences que *Regards* a voulu vous faire découvrir.

Toutes ces réalisations s'inscrivent dans un contexte particulier de recherche d'efficacité caractérisé par des ressources financières limitées et dédiées au bien le plus précieux pour chacun d'entre nous, bien qui ne devrait souffrir d'aucune limite de moyens : la santé. Au-delà de l'exponentiel panel de techniques curatives existantes, il en va également, et réciproquement, de la responsabilité de chacun d'entre nous – dirigeants d'établissements de santé ou d'organismes de protection sociale, personnels soignants ou non-soignants, mais aussi citoyens, tous potentiels patients ou usagers de l'hôpital – d'adopter une démarche responsable pour préserver, autant que faire se peut, le système sanitaire et social qui lui est consacré.

La prévention, trop longtemps négligée, relève d'une démarche responsable. Elle constitue un enjeu pour notre société que *Regards* aborde ici sous l'angle de l'alimentation au travers tant des problèmes d'obésité que de la dénutrition. Elle constitue également le premier axe du parcours de santé mutualiste proposé par la Mutualité française.

Solidarité, volonté d'offrir les mêmes chances face à la maladie, qualité des soins caractérisent ce projet. Elles demeurent également les fondements de l'action de La Renaissance Sanitaire.

Didier Gaboriaud
Président de La Renaissance Sanitaire

Sros 3

En Picardie

Nous y sommes désormais tous confrontés : en cette période de disette budgétaire, les mutualisations sont non seulement des outils d'optimisation des moyens et de restructurations constructives, mais aussi une véritable chance de voir progresser les interventions communes. Parallèlement, l'exécution des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (Sros 3) qui contraignent les établissements de santé à rechercher les coopérations les plus efficaces au bénéfice des patients et de la « proximité » de la prise en charge, offre l'opportunité de trouver une solution aux différentes problématiques actuelles.

L'organisation en réseaux, largement plébiscitée, permet aux professionnels d'assurer la prise en charge globale des patients, soit dans une filière de soins par spécialité, soit par

la polyvalence des compétences qu'ils sont en mesure d'offrir.

Si tout est ici affaire de relations, d'échanges, de consensus et de reconnaissance des compétences de chacun, vantées aux malades et à leur famille, y compris et surtout par les prescripteurs de ville, c'est aussi une question de confiance partagée.

Placé dans un contexte d'interrégionalité, mais aussi de diversification de ses activités, dans un territoire large et dont « l'hôpital pivot » de Compiègne se trouve éloigné, l'hôpital Villiers Saint Denis doit se donner les moyens de développer les coopérations et les conventions qui le lient déjà ou le lieront très prochainement à ses voisins, tout en respectant les objectifs quantifiés imposés lors des autorisations d'activités qu'il obtiendra.

En cardiologie, pneumologie vasculaire,

diabétologie, appareillage, médecine physique et rééducation, mais aussi en soins de suite à orientation gériatrique, voire en neurologie, soins palliatifs, prise en charge de la maladie d'Alzheimer et maladies dégénératives, l'hôpital Villiers Saint Denis doit redéfinir ses périmètres d'activités et ses lieux de recrutement de patients. Son objectif premier : retrouver en soins de suite tous les malades du sud de l'Aisne bénéficiant d'interventions chirurgicales de proximité (Château-Thierry, Soissons, Compiègne...), voire plus lointaines (Reims, Meaux, Paris, Saint-Quentin, Laon...).

Désormais, aucun établissement de santé de court séjour ou de soins de suite ne peut espérer accueillir de malades sans que les praticiens et leurs équipes ne soient parfaitement reconnus par leurs pairs et sans qu'ils offrent une

En Île-de-France

Le Sros 3 a été arrêté par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) d'Île-de-France le 23 mars 2006.

Fixé pour cinq ans, il est cependant révisable à tout moment et a pour ambition annoncée de « mobiliser tous les établissements de santé et tous les professionnels concernés pour assurer le fonctionnement le plus performant possible » de l'appareil de soins pour répondre aux besoins de santé des 10 952 000 habitants peuplant les huit départements de la région Île-de-France.

L'offre de soins visée par le Sros 3 dépasse le strict champ de l'offre hospitalière et inclut plus largement la santé publique, l'action sociale et médico-sociale.

Les cent quarante pages du Sros 3, complétées des trois cent quatre-vingt-seize pages de son annexe, représentent la synthèse des travaux concrets d'experts, de professionnels, d'élus et de représentants des usagers.

S'il fallait trouver un fil conducteur au Sros 3 (en dehors même de son objet qui peut paraître multiforme), on pourrait avancer que celui-ci réside dans la « conception ». Ayant prévalu à l'élaboration du Sros 3, cette dernière est annon-

cée comme une des nouvelles règles devant permettre l'amélioration de la prise en charge globale et organisée de la population.

La territorialisation participe de cette volonté de concertation en organisant l'offre de soins avec et par l'association des établissements de santé, des professionnels de santé, des usagers et des représentants des collectivités locales dans le but de « créer une dynamique territoriale ».

L'Île-de-France, qui comptait quatorze secteurs sanitaires, est aujourd'hui découpée en vingt-deux bassins de santé (territoires) ayant pour objectif de favoriser au mieux l'organisation de la gradation des soins ainsi

garantie totale de prise en charge hautement satisfaisante.

Il en va de la crédibilité de tous, d'autant que, sous peu, l'évaluation des pratiques professionnelles sera portée à la connaissance du « commun » et donc des spécialistes. À juste titre, parce que fondée, la mauvaise réputation éloignera le patient selon les recommandations, même discrètes, de son médecin traitant.

Ceux qui se sont opposés hier à la maîtrise comptable des dépenses de santé ne pourront échapper à la volonté de l'assurance maladie de garantir des prestations de qualité, seules capables de justifier l'importance des dépenses, sous l'œil averti et vigilant du citoyen.

C'est dans cette logique et dans cet esprit que se construiront les réseaux ville/hôpital, véritables socles des coopérations interhospitalières. Ces édifices devraient intégralement redéfinir le paysage de santé de notre pays et représenter un facteur d'attractivité non négligeable, tant pour le patient que pour le corps médical: la multidisciplinarité

et le recours à des avis et à des plateaux techniques spécialisés démontreront le dynamisme réel des structures hospitalières dans leur territoire de santé.

À Villiers Saint Denis, afin de s'adapter rapidement aux objectifs poursuivis, l'organigramme de l'équipe de direction est construit à géométrie variable. Ce fut naguère le cas lors de la création de la direction qualité et c'est toujours d'actualité parce que les circonstances l'exigent. L'établissement dispose donc, depuis le 1^{er} juillet, d'une direction du développement des coopérations hospitalières. Ce levier a pour principale mission la réalisation participative et environnementale du projet d'établissement qui servira de base à l'obtention des autorisations d'activités, en application du Sros 3. Cette logique encouragera ainsi les personnels de l'établissement à profiter des outils d'accompagnement de la conduite du changement. ■

Frédérique Yonnet
Hôpital Villiers Saint Denis



que les complémentarités et les coopérations entre établissements.

Les projets médicaux de territoire pourraient devenir l'expression ultime de cette concertation et idéalement constituer la base de la contractualisation formalisée entre les établissements de santé et l'ARH dans la négociation des contrats d'objectifs et de moyens.

Parmi les seize matières fixées par l'arrêté du 27 avril 2004 dont le Sros doit obligatoirement traiter, le centre médico-chirurgical de la Porte de Pantin (CMCPP) est directement concerné par au moins quatre d'entre elles (médecine, chirurgie, soins continus, imagerie médicale) de par ses activités actuelles et par une cinquième du fait de l'élargissement de celles-ci vers les soins de suite, la rééducation et la réadaptation fonctionnelle (SSR).

Avec ses 143 lits et 7 places autorisés à ce jour, le CMCPP (ne) représente (que) 0,35 % du parc de médecine et de chirurgie autorisé en Île-de-France (0,60 % pour la chirurgie ; 0,09 % pour la médecine). Ces chiffres, certes bruts et caricaturaux, illustrent cependant les efforts que nous devons faire pour continuer à exister au sein d'un ensemble aussi considérable et dense que l'offre de soins de la région Île-de-France.

En ce qui concerne les SSR, la région comptait en 2005 19 000 lits autorisés en soins de suite et 6 000 de rééducation (réadaptation fonctionnelle).

Ce chiffre représente une augmentation de 20 % des lits autorisés entre 1999 et 2005, bien que 2 300 de ces lits ne soient pas encore installés.

Le nombre de lits de SSR en rapport à la population (1,30) reste à ce jour infé-

rieur à celui de la moyenne nationale (1,59) et un problème de fluidité entre le court séjour et les soins de suite subsiste, dû en partie à l'offre insuffisante de structures médico-sociales en aval des SSR. La question de la démographie médicale est abordée dans le Sros 3 et ne peut être éludée lorsqu'on travaille sur la préparation du devenir du CMCPP.

Par rapport à la population médicale francilienne, les chiffres avancés montrent que, comparés à 2004, les effectifs des chirurgiens (hors oto-rhino-laryngologie et ophtalmologie) diminueront de 9,6 % à cinq ans et de 8,7 % à dix ans, ceux des anesthésistes pour les mêmes périodes de 7 % et 14 %. Quant aux médecins de médecine physique et réadaptation, leur nombre devrait diminuer de 13,06 %...

Le CMCPP est implanté dans le territoire de santé 75-1 qui compte vingt-

trois établissements (cinq de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris [AP-HP], deux participant au service public hospitalier [PSPH] et seize cliniques privées). L'annexe du Sros étant anonymisée, le CMCPP n'y est pas nominalement cité mais peut se situer par rapport à l'état d'évolution porté par cette annexe. Pour la médecine, quatorze implantations sont prévues à échéance de cinq ans, contre neuf aujourd'hui.

La chirurgie compte à ce jour quinze implantations. Treize sont prévues à échéance de cinq ans. Les soins de suite comptent sept implantations ; sept à neuf sont prévues à cinq ans. Enfin, en ce qui concerne la rééducation et la réadaptation fonctionnelle, trois implantations sur le 75-1 actuelles doivent évoluer vers « trois à quatre » implantations à cinq ans. On peut déduire de ces chiffres que les marges sont étroites et cette situation ne

peut que conduire à une vigilance et à des efforts soutenus pour maintenir le CMCPP au sein de ce dispositif de soins. Le fait que notre établissement soit titulaire de la seule autorisation d'exploitation d'un caisson hyperbare du département 75 et que celle-ci soit prévisionnellement maintenue à cinq ans ne saurait à lui seul être une garantie. ■

Marc Daulas
Centre médico-chirurgical
de la Porte de Pantin

En Haute-Normandie

Le 30 mars dernier, au terme de vingt et un mois de réflexions, d'échanges et de débats auxquels nous avons participé activement, Christian Dubosq, directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de Haute-Normandie, a arrêté le schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération (Sros 3). Ce document dresse l'état des lieux et détermine les objectifs et les actions pour tous les établissements hauts-normands d'ici à 2011.

L'élaboration du Sros 3 a été encadrée par le nouveau dispositif juridique prévu par le plan Hôpital 2007. Par ailleurs, la circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration du Sros 3 est venue compléter la réforme de ce document de planification.

La territorialisation est une caractéristique nouvelle du Sros 3.

La répartition de l'offre de soins en Haute-Normandie, préalable au Sros 3, reposait sur le découpage en quatre secteurs sanitaires.

Aujourd'hui, ce sont les « territoires de santé » qui se substituent aux secteurs sanitaires. Toujours au nombre de quatre, ces territoires de santé découpent la région en tenant compte essentiellement des principes suivants :

- la pertinence des territoires avec le comportement réel de la population ;
- l'offre de soins graduée sur un même territoire ;

- la définition des territoires respectant les limites régionales tout en favorisant les coopérations nécessaires entre établissements situés dans les zones limitrophes.

Le caractère opérationnel du Sros 3 est également un axe fort.

Il ressort de sa mise en place trois nouveaux outils :

- les objectifs quantifiés : la carte sanitaire est supprimée ainsi que les indices en lits et places. Désormais, les objectifs quantifiés de l'offre de soins encadrent, au sein d'une année opposable, la déclinaison de l'offre de soins de chaque territoire de santé ;
- les projets médicaux de territoire : ils seront élaborés au sein des conférences sanitaires et déclineront, de manière détaillée, les réponses apportées par les acteurs de santé publique, privés et libéraux pour couvrir les besoins de la population. Cette démarche suppose le développement fort des coopérations entre établissements publics, privés et les professionnels libéraux ;
- les contrats d'objectifs et de moyens : ils feront le lien entre la logique territoriale et la stratégie de l'établissement et seront signés pendant le premier semestre 2007.

Notre établissement se trouve aujourd'hui situé au sein du territoire d'Évreux-Vernon, lequel connaîtra la croissance démographique la plus forte des quatre territoires. À l'horizon 2020, il comptera le nombre de 75 ans et plus le plus élevé de la région.

L'enjeu retenu pour ce territoire est de consolider et moderniser l'offre sanitaire.

Notre établissement est au cœur de ce chantier en ce qui concerne plus particulièrement :

- les soins de suite et de réadaptation : l'ARH préconise « un développement des alternatives à l'hospitalisation » et « l'extension des pôles handicap » ;
- la gériatrie : faire face à l'accroissement des besoins de nature gériatrique est l'un des enjeux principaux du Sros 3. Il est proposé de développer l'évaluation gériatrique réalisée dans des structures gériatriques spécialisées ;
- la réadaptation cardio-vasculaire : le Sros 3 prône la mise en place de l'hospitalisation de jour et le développement des actions de prévention ;
- les soins palliatifs : la nécessité d'identification de ces lits au sein des structures est réaffirmée ;
- la prise en charge des patients cérébrolésés : la nécessaire existence des unités d'accueil au sein des centres de réadaptation et la mise en réseaux des professionnels et des structures au sein de nouveaux dispositifs sont soulignées : pôle handicap, service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés...

Sur l'ensemble de ces points, notre établissement a d'ores et déjà anticipé, et ce que nous avons développé ces derniers mois est totalement conforme aux orientations du Sros 3.

Notre établissement se voit donc stabilisé en matière de capacité d'accueil et valorisé comme un acteur indispensable de la mise en œuvre des orientations stratégiques de la politique sanitaire régionale. ■

Catherine Palladitcheff
Hôpital La Musse

Tarification à l'activité

Quelle convergence tarifaire ?

Les unités de formation et de recherches de médecine sont les seules grandes écoles où il n'est nullement délivré de formation en économie.

Les étudiants en médecine sont, pendant leurs études, isolés du monde, absents des réalités politico-économiques, élevés dans la relation médecin/malade. Devenues médecins, ces mêmes personnes sont prises dans cette culture individualiste, malgré eux, et il ne faut pas leur jeter l'anathème, car c'est le système qui l'a voulu ainsi. Or, l'hôpital ne peut plus se satisfaire de ce colloque singulier.

On ne peut gérer un établissement de santé sans que les médecins adhèrent à un projet collectif, s'impliquent dans une dynamique volontariste. Trop souvent, les médecins décrivent l'administration comme un frein, voire une menace à leur pratique. Or, elle est au service du praticien, *via* le seul interlocuteur qui puisse être l'ambassadeur de ces deux mondes (médical/administratif), le médecin responsable du département d'information médicale (DIM), ce praticien hybride qui a d'abord et avant tout une culture médicale et, accessoirement, une culture économique...

La tarification à l'activité (T2A) est un nouveau mode de répartition des budgets des établissements de santé, mis en place en France à partir du 1^{er} janvier 2004.

La T2A vise à ce que les budgets soient alloués en fonction de l'activité produite, dont la valorisation s'appuie largement sur le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). En ce qui concerne l'hospitalisation, chaque séjour se voit ainsi affecter d'une valeur, variable en fonction :

- de la pathologie du patient et de sa gravité ;
- de la durée de son séjour ;
- des examens et actes pratiqués pendant le séjour.

Ainsi, l'activité d'un établissement va être découpée en groupes homogènes de séjours (GHS), forme nouvelle d'une répartition médicale des patients, qui existe déjà sous forme de groupes homogènes de malades (GHM) dans le PMSI, par l'intermédiaire du DIM.

Un tarif moyen national par GHS est établi tous les ans. Pour l'instant, ce tarif diffère selon que l'on se situe en secteur public ou en secteur privé lucratif, car en secteur public, le tarif national du GHS inclut le salaire moyen national du praticien par rapport à la spécialité, donc en considérant la pathologie traitée alors que dans le secteur privé lucratif, ce tarif n'inclut pas (encore) les honoraires du praticien. À terme, les tarifs dans les secteurs public et privé devraient donc, en principe, être les mêmes.

Un GHS = un GHM = un tarif qui varie d'une année à l'autre selon que l'on se situe en secteur public ou secteur privé lucratif (régulation prix/volume) sauf pour la dialyse, l'interruption volontaire de grossesse, le passage en réanimation-soins intensifs-soins continus, les soins palliatifs et les prélèvements d'organes (voir exemple dans le tableau ci-dessous).

Le Parlement a fixé un calendrier ambitieux pour la convergence tarifaire entre les deux secteurs, un principe inscrit dans la réforme de la T2A. Cette convergence devra atteindre 50 % en 2008 et 100 % en 2012.

Or, d'après le rapport de l'Inspection générale des affaires sanitaires et sociales, remis fin janvier au ministre de la Santé, il semblerait qu'en matière de convergence tarifaire, il est urgent d'attendre... Car, d'après ce rapport, les pouvoirs publics ont fait fausse route en opérant une convergence tarifaire « vers la moyenne » (ce qui est perdu pour l'un, l'hôpital public, est gagné par l'autre, les cliniques). Frères ennemis, les établissements de santé sentent que la convergence tarifaire peut faire pencher la balance d'un côté ou de l'autre. Le secteur public refuse d'assumer seul les activités lourdes, peu rentables, qu'il s'agisse de la chirurgie non programmée ou de l'obstétrique niveau 3, et de laisser le secteur privé prospérer sur les activités prévisibles et rentables (la chirurgie programmée et les accouchements physiologiques) à un moment de l'histoire où la chirurgie traverse une crise démographique sans précédent imposant une recomposition drastique des plateaux techniques. Chaque secteur pèsera de tout son poids pour récupérer la chirurgie : le public pour ne pas garder uniquement les interventions lourdes et peu rentables, le privé pour conserver les activités les plus organisables et les plus rentables...

Dr Paul Pham
Centre médico-chirurgical
de la Porte de Pantin

Libellé	GHS	GHM v10	Tarif secteur public 2005	Tarif secteur privé 2005	Tarif secteur public 2006	Tarif secteur privé 2006
Ligature veines et évinages Patient âgé de moins de 70ans sans complication majeure associée	1424	05C17V	1738,31	915,12	1720,93	965,89

La personne de confiance

Il est possible que vous ne soyez plus en mesure de faire valoir votre volonté et, par conséquent, vos souhaits relatifs à votre fin de vie. Dans ce cas, la personne de confiance est un mandataire que vous aurez choisi afin de faire valoir, à votre place, auprès du corps médical, votre déclaration de volonté.

Le code de la santé publique stipule que la personne de confiance doit être désignée par écrit. La mission de cette personne de confiance est définie par vous-même. Elle pourra, selon votre souhait :

- vous accompagner dans toutes vos démarches à l'hôpital ;
- assister aux entretiens médicaux pour vous aider dans vos décisions de consentir à des actes médicaux.

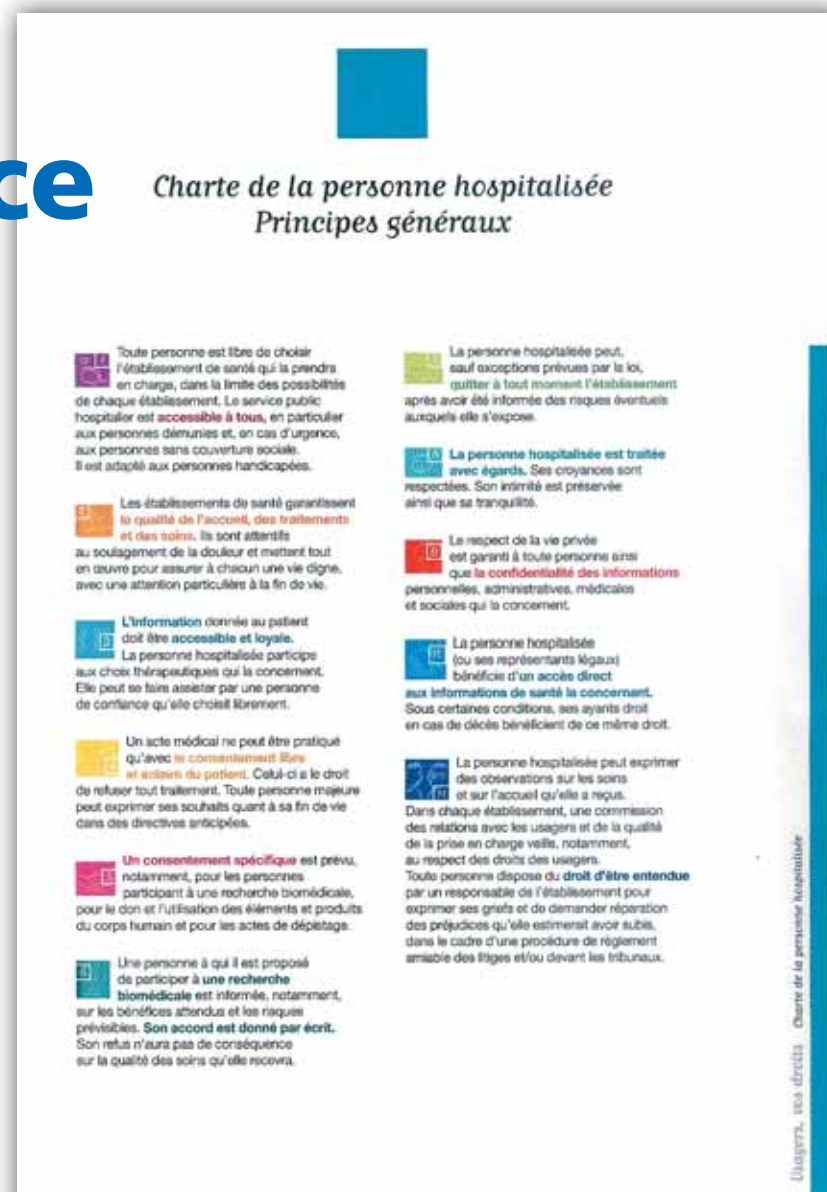
La personne de confiance pourra être consultée par le médecin si l'évolution de votre état de santé ne vous permet pas d'exprimer, vous-même, votre volonté et de recevoir l'information.

Important : en aucun cas la personne de confiance ne sera autorisée à accéder à votre dossier médical en dehors de votre présence, sans votre accord exprès.

Comment désigner la personne de confiance ?

Vous devez le faire par écrit. Cette désignation est valable pour toute la durée de l'hospitalisation, sauf choix contraire de votre part. Vous pourrez à tout moment révoquer ce choix.

La personne de confiance n'est pas « la personne à prévenir », c'est une personne à qui vous donnez le pouvoir de décider à votre place.



Vous devez vous être entretenu avec elle pour qu'elle fasse respecter votre volonté. Cette personne doit être majeure ; ce peut être votre médecin, un ami ou un membre de votre famille. « La personne à prévenir » ne dispose pas des droits de la personne de confiance. Désigner une personne de confiance ne veut pas dire que vous abandonnez vos droits ou ceux de vos proches, c'est une personne dont vous êtes sûr qu'elle respectera votre volonté en cas d'indisponibilité momentanée ou définitive. ■

Jean-Paul Lévy
Centre médico-chirurgical
de la Porte de Pantin

La charte de la personne hospitalisée est disponible sur le Web à l'adresse suivante : www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/charte_patient/accueil.htm

Vous retrouverez, aux rubriques 3 (information donnée au patient) et 4 (consentement libre et éclairé du patient) de la charte, les renseignements relatifs à la personne de confiance.

La prévention à l'hôpital de l'infection à l'éducation

Nos sociétés occidentales, depuis quinze à vingt ans, sont devenues très majoritairement et de façon quasi consensuelle « préventionnistes », et ce dans tous les domaines liés à l'activité humaine. Issue des débats ayant leurs racines aux États-Unis sur la gestion du risque, la prévention s'est conjuguée avec la notion de qualité, d'abord au sein des entreprises privées puis dorénavant dans le domaine public. Cette notion gratifiante de qualité a créé ses propres supports : l'organisation spécifique au sein des collectivités humaines de groupes réfléchissant aux risques, aussi divers soient-ils.



Le terme « prévention » apparaît par son origine latine comme l'action de devancer le risque ; la prévention se décline alors en spécialités : routière, accidents du travail, événements naturels, etc., et bien sûr la santé. C'est cette prévention qui nous intéresse au premier plan, mais il est essentiel de la restituer dans le contexte propre à nos sociétés.

Comment s'organisent ces opérations de prévention ? Les mesures à prendre sont définies par des « sages » ou des experts qui, au sein de groupes de réflexion, énoncent, selon des principes divers, mais le plus souvent statistiques et techniques, les actions à mener : ils définissent les règles. Ces règles deviennent des consignes qui s'imposent à tous les acteurs du groupe social ou aux professionnels concernés. S'il s'agit de mesures destinées à prévenir un risque collectif, elles revêtent un caractère politique au sens de l'intérêt supérieur de la cité. Le

risque, en cas d'excès, sera alors de développer une société hypersécuritaire dont les conséquences à terme nous échappent. Les mesures réglementaires, mais aussi économiques, qui découlent de ces mesures de prévention s'imposent à l'individu car le modèle est jugé bénéfique pour tout le groupe.

Dans le domaine de la santé, la prévention dépasse aujourd'hui le cadre restrictif des problèmes infectieux. Soulignons que ceux-ci ont été historiquement les premiers à être partiellement compris et jugulés (citons la protection contre les épidémies de peste, de type individuelle ou collective, qui, comme la quarantaine, apparaît dès le XIV^e siècle, puis l'apparition de la vaccination au XVIII^e siècle). Mais ce n'est qu'au XIX^e siècle que les mesures simples mais basiques d'hygiène hospitalière, comme le lavage des mains, seront instituées dans les hôpitaux.

La prévention en matière de santé, aujourd'hui, devient éducative : nutrition,

hygiène de vie, lutte contre les addictions en sont les sujets principaux, dont certains font l'objet de débats : l'alcool est ainsi présenté sous un jour moins noir – et trouve plus de défenseurs – que le tabac devenu l'ennemi numéro un. D'autres sujets, comme la surconsommation (française) de médicaments, ne sont pas ou peu abordés par nos sociétés. La prévention en santé est ainsi bordée par nos habitudes culturelles et par les pressions économiques qui y sont liées.

Revenons sur le risque infectieux lié aux soins communément compris comme l'infection nosocomiales (IN) et réfléchissons au sens du concept. L'IN désigne, selon sa définition actuelle, une infection contractée à l'hôpital (et dans un délai donné). Elle désigne donc un lieu, mais en aucun cas un mécanisme lié à l'infection et encore moins une responsabilité automatique des acteurs de soins. L'IN est généralement comprise par le grand public comme l'infection contractée

« à l'hôpital et par la faute de l'hôpital ». Il y a confusion entre les infections iatrogènes, opportunistes, et les réviviscences qui sont toutes d'étiologies différentes. Viennent ajouter à la confusion les chiffres d'IN parfois gonflés par les portages et autres colonisations microbiennes ! En gériatrie, le cas de la pneumopathie de déglutition est un exemple pertinent de cette insuffisance de précision et de confusion, car cette infection n'est pas liée à un défaut de soins. En réanimation, ne sont pas rares les équipes médicales qui, de façon certes provocatrice, considèrent que les équipes qui ont le taux le plus élevé d'IN sont souvent les plus actives et peut-être les plus efficaces !

Une définition de l'IN basée sur des critères plus scientifiques de type physiopathologiques s'impose. Le risque dépend plus souvent du malade que du germe ! La prévention, une fois ces mises au point faites, en sera alors mieux ciblée, plus efficace et moins dispendieuse par une meilleure utilisation de nos moyens. Nos personnels de soins sont très attentifs au risque infectieux : ne les culpabilisons pas en confondant infections iatrogènes et opportunistes dans un cadre trop globalisant appelé « IN ».

En France, dans nos hôpitaux, une politique volontariste de prévention du risque infectieux s'est imposée depuis quinze ans par la création des comités de lutte contre les infections nosocomiales (Clin). Ces instances de réflexion et d'action ont mis en place les moyens matériels, les équipements spécifiques, les formations de personnels, les protocoles, les enquêtes, les relevés d'indicateurs, les politiques antibiotiques, les contrôles bactériologiques de l'environnement, liste non exhaustive. Les résultats ne sont peut-être pas toujours mesurables ou scientifiquement quantifiables – c'est là une difficulté

majeure en termes d'IN –, mais les efforts de tous et la constitution d'une culture de soin et d'un hôpital « propre » sont, quant à eux, remarquables.

Récemment, les pouvoirs publics ont procédé à un « classement » des établissements par catégorie (les centres hospitaliers universitaires, les centres hospitaliers généraux, les soins de suite de réadaptation et de rééducation [SSR]) portant sur les moyens mis en œuvre dans chaque hôpital : c'est l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (Icalin) dont les « notes » ou « scores » vont de A pour les meilleurs à E pour les plus mal classés. Attention cependant à l'interprétation de ce score Icalin : c'est un relevé de moyens mis en place par le Clin de l'établissement concerné, mais en aucun cas un relevé de résultats ! Sachons toutefois apprécier à sa juste valeur le fait que les établissements de la fondation La Renaissance Sanitaire aient obtenu le classement A. Pour conclure sur ce score Icalin – qui sera prochainement complété par d'autres indicateurs IN –, il nous faut évidemment souligner ici notre but : maintenir dans nos hôpitaux un haut niveau d'hygiène.

Pour aller au-delà, et le terme « prévention à l'hôpital » nous y conduit, il nous faut poursuivre nos actions thérapeutiques et éducatives dans le cadre si favorable, compte tenu de la durée de séjour, de nos établissements de SSR. Cette approche médico-éducative donne du sens à l'avenir de nos établissements de SSR à travers une conception de la prévention débouchant sur une véritable « éducation de santé ». Là est le défi du futur de la prévention à l'hôpital. ■

Dr Alain Bouillerot
Hôpital La Musse

**Il y a quinze ans,
le Dr Patricia Doublet-Lamour,
endocrinologue, a pris en charge
le service nutrition de l'hôpital
La Musse. D'une capacité totale
de 32 lits, celui-ci accueille
des patients souffrant d'obésité,
de diabète et, depuis cinq ans,
des patients présentant
un problème d'alcool.
Plus rarement, il intervient pour
des problématiques de renutrition
ou de suites de chirurgie digestive.**

Depuis quinze ans, le médecin a observé une augmentation du poids moyen des patients : « Une hospitalisation peut être proposée si l'indice de masse corporelle (IMC) – c'est-à-dire, le poids exprimé en kilo sur la taille au carré exprimée en mètre – est supérieur à 32 ou supérieur à 30 s'il existe d'autres facteurs de risques cardio-vasculaires (diabète, anomalies lipidiques, hypertension...) », explique-t-elle.

L'hôpital La Musse est le seul établissement de moyen séjour de la région Haute-Normandie disposant d'un service de nutrition. Les patients viennent de toute la Normandie, voire de Picardie ou de la région parisienne, qui dispose de peu de structures de ce type.

Cinq prises en charge sont prévues pour les patients obèses :

- **médicale** : « Le patient est vu à son arrivée par ma collègue ou moi-même. Des examens sont réalisés en fonction de son état général et d'éventuelles complications décelées (notamment le syndrome d'apnée du sommeil) », explique l'endocrinologue. « Le patient signe un "contrat thérapeutique" l'engageant pendant toute la durée de son séjour » ;

Prise en charge de l'obésité le plus tôt possible

- **diététique** : chaque patient est vu à son arrivée par une diététicienne qui détermine sa répartition alimentaire en fonction de ses habitudes à domicile. Il suit deux cours théoriques sur l'équilibre alimentaire et l'alimentation au quotidien. Il participe à une séance pratique en cuisine éducative, par groupe de six, sous la houlette d'une diététicienne. Un repas complet est confectionné et partagé. C'est le moment de faire quelques rappels et de discuter des goûts, de la faim, de la satiété... ;
- **kinésithérapeutique** : activités de balnéothérapie, de gymnastique, marche dans le parc, vélo, tapis de marche..., cinq jours sur sept ;
- **psychologique** : une psychologue est à disposition du service deux jours par semaine. Une prise en charge cognitivo-comportementaliste est réalisée pour certains patients réceptifs à cette démarche, avec l'aide du médecin du service et de la diététicienne. « Il s'agit là de chercher à comprendre, à partir de saynètes enregistrées, pourquoi et comment on mange, pourquoi on ne sait pas dire non, par exemple » ;
- **infirmière** : en dehors des actions de soins et sur leur initiative, les infirmières ont mis en place une réunion d'information sur l'obésité et ses complications ;
- **éducation** : « Il est bien rare que les adultes d'aujourd'hui aient eu, dans l'enfance, une éducation alimentaire et je pense pourtant que la véritable prévention de l'obésité doit se faire à ce moment-là », continue le médecin. « Parce qu'il est tellement plus facile de ne pas prendre de poids que d'essayer d'en perdre ! Le programme Epode (Ensemble prévenons l'obésité des enfants, voir encadré ci-contre), mis en place récemment par le ministère de la Santé, va tout à fait dans le bon sens et a fait ses preuves dans les villes initiatrices comme Fleurbaix-Laventie (Pas-



de-Calais). » La durée d'hospitalisation d'un patient souffrant d'obésité à La Musse est de quatre semaines en moyenne. Après quoi, il quitte l'établissement avec des documents diététiques (remis lors des cours) et sa répartition alimentaire.

« On demande aussi à chaque patient, précise le Dr Patricia Doublet-Lamour, d'élaborer un programme d'activité physique. Pour les patients du département, un suivi en consultations est proposé, les patients venant avec un journal réalisé sur une semaine. Nous élaborons ensemble les stratégies à mettre en place et pointons les endroits où cela a échoué. Malheureusement, on estime à 2 % le nombre de personnes souffrant d'obésité qui arrivent à perdre du poids de manière durable. Car, je le répète à chaque fois, l'équilibre alimentaire, c'est tous les jours, toute la vie pour tout le monde. » ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Programme Epode (Ensemble prévenons l'obésité des enfants)

- Sensibiliser l'ensemble des acteurs locaux, des professionnels de santé, des enseignants, puis des familles.
- Former des intervenants.
- Proposer des outils pédagogiques pour les enseignants.
- Transformer les cours de récréation afin de favoriser quinze à trente minutes d'activité physique spontanée quotidienne pour les enfants.
- Agir auprès de la restauration scolaire.
- Apprendre aux enfants à cuisiner et leur permettre de réaliser des ateliers du goût.
- Créer un temps fort dans la ville, chaque année, à l'occasion de la Semaine de la nutrition et de l'activité physique.
- Imaginer des opérations en relation avec chaque saison.
- Encourager le « pédibus », autobus scolaire pédestre géré par des parents qui, à tour de rôle, conduisent un groupe d'enfants à pied à l'école.
- Peser et mesurer les enfants de 5 à 12 ans et calculer leur IMC, l'ensemble reporté sur une courbe de corpulence systématiquement commentée et adressée aux parents.
- Inciter les parents d'enfants à risque ou en excès de poids à consulter leur médecin.

L'objectif est de permettre aux enfants de stabiliser leur corpulence ou de la réduire. Selon les régions et la sociologie des établissements scolaires, 5 à 25 % des enfants ont un problème d'obésité. Il s'agit donc, d'une part, de proposer aux médecins de bénéficier d'une formation et/ou d'une aide pour la prise en charge et, d'autre part, d'inciter les parents à consulter leur médecin.

Malnutrition-dénutrition

Une affaire de Clan, mais pas seulement de clan

En 1997, un rapport sur l'alimentation en milieu hospitalier du Pr Guygrand invite les hôpitaux à se doter de comité de liaison alimentation nutrition (Clan) pour lutter contre la dénutrition. En 2001, l'axe 2 du plan national Nutrition Santé 2001-2005 (PNNS1) met en évidence les problématiques que posent la restauration et la nutrition dans les systèmes de soins. L'objectif est centré sur la prévention, le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels dans les systèmes de soins. Une circulaire du 29 mars 2002, relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé, recommande la mise en place d'un Clan au sein de chaque établissement de santé.

Le Comité national de l'alimentation et de la nutrition dans les établissements de santé (Cnanes) est créé par l'arrêté du 29 mars 2002 et modifié par l'arrêté du 8 septembre 2005. En 2006, les propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS2 (2006-2008) concernent notamment les actions pour améliorer la prise en charge de la dénutrition ou de son risque notamment chez le sujet âgé (en ville ainsi que dans les établissements de santé et médico-sociaux).

La loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, stipule la mise en place dans chaque région d'un plan régio-

nal de santé publique (PRSP). Dans la version 2 du PRSP, la nutrition apparaît comme un déterminant majeur de santé.

La Haute Autorité de santé (HAS) a inscrit le dépistage systématisé de la dénutrition dans la nouvelle version du référentiel de l'accréditation.

Le Clan de l'hôpital Villiers Saint Denis créé en juin 2004 participe pleinement à cette action de dépistage de la malnutrition-dénutrition.

La malnutrition est une inadaptation des apports alimentaires aux besoins. Elle désigne aussi la sous-alimentation.

La dénutrition définit les conséquences de la malnutrition. Il s'agit d'un déficit en énergie, en protéines ou en n'importe quel autre macro ou micronutriment, produisant un changement mesurable des fonctions corporelles et/ou de la composition corporelle, associé à une aggravation du pronostic des malades et spécifiquement réversible par un traitement nutritionnel.

Les conséquences protéino-énergétiques sont une altération de l'état général, des troubles psychiques, une fonte musculaire, l'installation d'une ostéoporose, une immuno-dépression, des troubles digestifs, une hypotension orthostatique, des œdèmes, des défauts de cicatrisation, des escarres, des modifications de l'efficacité des médicaments.

La dénutrition touche 30 à 60% des patients à l'hôpital, surtout les sujets âgés, les patients atteints d'affections aiguës ou chroniques, cachectisant ou ayant subi une intervention ou un traitement agressif...

Les conséquences de la dénutrition en matière de santé publique sont très importantes, avec un risque de maladie

infectieuse multiplié de deux à six, de mortalité multiplié de deux à quatre, de durées de séjour prolongées de deux à quatre, une consommation médicamenteuse augmentée, un risque accru d'entrée définitive en institution.

La dénutrition peut entraîner un enchaînement lourd de conséquences, avec un amaigrissement, une hypoalbuminémie (baisse de l'albumine), un déficit immunitaire, des infections urinaires et respiratoires, des troubles psychiques et des isolements, des risques iatrogènes, des chutes, des fractures, des escarres et enfin un état grabataire. Plus nous avançons dans les conséquences, moins il y a de chance de réversibilité...

Il faut donc la dépister dès les quarante-huit premières heures d'hospitalisation en pesant, en mesurant, en calculant l'indice de masse corporelle ($IMC = \text{poids}/\text{taille}^2$) et en évaluant, autant que faire se peut, le pourcentage de la perte de poids (en se référant au poids habituel).

On parle de dénutrition si :

- $IMC < 18,5$ (< 21 si sujet âgé de plus de 75 ans) ;
- amaigrissement $> 2\%$ du poids habituel en une semaine, $> 5\%$ en un mois ou $> 10\%$ en six mois.

Le dosage de l'albuminémie est important pour calculer le Nutritional Risk Index (NRI) ou index de BUSBY.

On parle de dénutrition si :

- NRI compris entre 83,5 et 97,5 (dénutrition modérée) ;
- $NRI < 83,5$ (dénutrition sévère).

L'albuminémie (normale $> 35\text{g/l}$) peut nous renseigner à elle seule sur :

- une dénutrition modérée (de 30 à 35 g/l) ;
- une dénutrition sévère ($< 30\text{ g/l}$).

Mais il ne suffit pas de se contenter de dépister la dénutrition, il faut aussi prévenir son apparition ! Il faut reconnaître les facteurs de risque de malnutrition, identifier la malnutrition et effectuer un soutien nutritionnel oral dès que possible. Les principaux facteurs de risque de malnutrition, d'insuffisance d'apport sont la diminution des capacités masticatoires, les problèmes de dentition, les troubles de la déglutition, les déficits moteurs, les tremblements (Parkinson), la douleur, la souffrance psychique, les états de démence, les pathologies digestives, les régimes sans sel inadaptés, la polymédication, les neuroleptiques, les thérapeutiques agressives (radiothérapie, chimiothérapie). Les autres facteurs de malnutrition peuvent être liés à des situations d'hypercatabolisme comme les infections, les pathologies inflammatoires, l'hyperthyroïdie et les situations de réparation tissulaire (fractures, escarres).

Devant ces situations de risque de malnutrition, il faut personnaliser l'alimentation, veiller à une bonne installation du patient, tenir compte des handicaps, stimuler, aider la personne et surveiller les *ingesta*.

Il faut aussi assurer un soutien nutritionnel oral avec adaptation de la texture des aliments, fractionnement de l'alimentation, enrichissement des aliments et des boissons, et éventuellement recours aux compléments industriels (hyperprotidique, hypercalorique) avec assistance plus ou moins importante lors des repas. Bien entendu, il faut impérativement agir sur la fièvre, la douleur, la souffrance psychique, les états dentaires pathologiques. Souvent,



le soutien nutritionnel oral est insuffisant et il ne faut pas hésiter à recourir à la nutrition artificielle, notamment la nutrition entérale qui est mise en place trop tardivement et sous-utilisée. Elle nécessite une formation des médecins

et des infirmières diplômées d'État. La prévention et la prise en charge de la dénutrition font partie de la qualité des soins. Les Clan sont une bonne réponse contre la dénutrition hospitalière. Le Clan de l'hôpital Villiers Saint

Utilisation du logiciel de dépistage de la dénutrition.

Quelques réalisations du Clan

- Installation de toises et balances dans chaque unité de soins.
- Rédaction d'une procédure de mesure du poids et de la taille validée.
- Création d'un outil informatisé du dépistage de la dénutrition remarqué et remarquable faisant l'objet d'une diffusion en dehors de l'hôpital.
- Création d'une enquête de satisfaction sur la restauration et la nutrition.
- Création d'une fiche de recueil des ingesta adaptée à notre hôpital.
- Adhésion et participation aux travaux du réseau de Clan régional Champagne-Ardenne (Resclan) depuis janvier 2005.
- Mise en place de formations.
- Accompagnement dans le changement de système de restauration en liaison froide.
- Organisation d'une journée de sensibilisation à la malnutrition - dénutrition le 15 juin 2006 avec la participation du Pr Éric Bertin, endocrinologue au CHU de Reims, président du Resclan Champagne-Ardenne, et du Dr Fabrizio Andreelli, CHU Bichat, Paris, Inserm unité 695, IFR Xavier-Bichat. Les personnels hospitaliers et extrahospitaliers de tous métiers (médecine libérale, infirmières libérales, diététiciennes libérales, cuisiniers, proviseurs, cadres infirmiers et directeurs de maisons de retraites, ARH, Drass, Ddass, CPAM, Urcam, présidents de CME et directeurs des hôpitaux de Compiègne, Soissons, Château-Thierry et Meaux) furent conviés à cette journée appréciée aux dires de l'auditoire. Le Clan avait choisi deux thèmes de conférence pour cette journée :
 - la prévention et prise en charge de la dénutrition : enjeux et solutions (Pr Éric Bertin) ;
 - quoi de neuf dans l'obésité (Dr Fabrizio Andreelli) ?

MODE D'ADMINISTRATION

Le passage de la solution nutritive se fait à l'aide d'une sonde.

Il existe différents types de sondes :

- sonde nasogastrique le plus souvent, sonde nasojejunale plus rarement,
- stomie gastrique posée par voie endoscopique (gastrostomie percutanée endoscopique ou GPE), par voie radiologique (gastrostomie percutanée radiologique ou GPR), ou chirurgicalement,
- stomie jejunale (jéjunostomie), posée chirurgicalement en général.



Sonde de gastronomie.

Denis oriente parfaitement ses actions dans cette finalité. Ses réalisations depuis sa création ont permis de mieux appréhender la malnutrition-dénutrition au sein de l'hôpital.

Pourquoi avoir traité de l'obésité lors de la journée du 15 juin ? Parce qu'à côté de la dénutrition, nous rencontrons en nombre croissant des patients obèses avec des IMC > 30, voire 40. Les constats que nous faisons dans nos exercices quotidiens

correspondent parfaitement à l'évolution de cette maladie dans le monde. La prévalence des cas d'obésité a plus que doublé en l'espace de trente ans dans nombre de pays. L'obésité est liée à des facteurs environnementaux. Elle atteint les enfants. La prévalence en France d'obésité chez l'enfant est de 12,7 % à l'âge de dix ans ; or on sait que 14 % des enfants obèses à deux ans le seront à l'âge adulte, 33 % des enfants obèses à l'âge de 6-9 ans le seront à l'âge adulte, 75 % des enfants obèses à 10-14 ans le seront à l'âge adulte...

L'obésité réduit l'espérance de vie. Elle est en pleine expansion : aucun pays n'y échappe ! Elle est associée à un risque cardio-vasculaire et à un risque de diabète de type 2 (excès et inflammation du tissu adipeux viscéral). Elle aurait une composante génétique dans 30 % des cas. Dans le cas d'une politique de santé régionale, nous pensons que l'hôpital peut, en lien avec la ville, aider à la prise en charge de ces obésités morbides, par exemple en soins de suite. Un hôpital comme celui de Villiers Saint Denis, avec l'environnement multidisciplinaire existant, y compris bien entendu des formations adéquates du personnel, un investissement en matériel hôtelier (lits spécialisés, balances adaptées, etc.), du renfort en personnel, pourrait apporter un concours opportun à moindre coût...

Bien entendu, si le Clan a réalisé nombre de ses objectifs, reste maintenant à les pérenniser et à continuer le travail. La route est longue puisque nous pensons qu'il faudra dix ans pour que les Clan puissent être réellement efficaces comme l'est le comité de lutte contre les infections nosocomiales (Clin) actuellement.

Il nous semble que tout ce que le Clan a réalisé est infime à côté de ce qui reste à faire. Les actions futures, déjà dans nos têtes mais aussi à inventer, nécessiteront l'effort de tous et pas seulement des membres du Clan, extrêmement actifs. La nutrition est un soin dont les responsabilités sont partagées mais qui est l'affaire de tous. Tout soignant doit se sentir impliqué et y penser. Les « bonnes volontés », les « personnes ressources » sont et seront les bienvenues. De plus, en raison de son pragmatisme, de son implication dans la malnutrition-dénutrition, de sa dynamique et de ses résultats, le Clan de l'hôpital Villiers Saint Denis a été invité, à l'issue de la réunion du 15 juin par la Drass (comité Picardie nutrition), à Amiens le 27 juin 2006 avec les autres professionnels d'établissements de santé pour réfléchir sur la thématique « Alimentation à l'hôpital, vers un Clan interétablissements, et après l'hôpital », avec l'objectif premier de constituer un groupe de travail régional. À l'issue de cette réunion, le groupe régional s'est fixé comme objectif de construire et de mutualiser outils et pratiques quotidiennes autour de l'alimentation.

Quatre thématiques de travail ont été retenues :

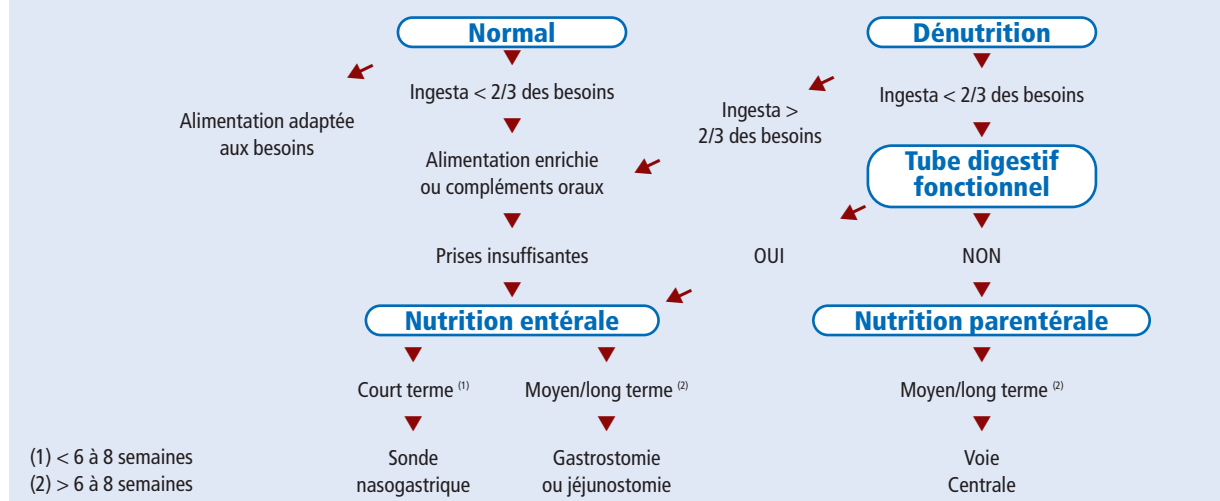
- sensibilisation des personnels ;
- démarches d'évaluation ;
- création de supports de formation ;
- après l'hôpital, liens avec les libéraux.

Dans un premier temps (d'ici le 31 décembre 2006) et dans un souci de faisabilité, chaque territoire de santé travaillera la première thématique retenue : « Sensibilisation des personnels, intérêt de l'existence

Informations

- www.sante.gouv.fr : thème Nutrition, PNNS et Nutrition en établissements de santé, le dossier
- www.denuitration-formation.fr : portail de formation sur la dénutrition, accès par profil et par thématiques

Évaluation de l'état nutritionnel



d'un Clan, état des lieux des outils ». Une équipe référente par territoire de santé est chargée de centraliser les informations. En ce qui concerne le territoire Sud-Est, c'est notre hôpital qui a été choisi.

En conclusion, comme vous pouvez le constater, la malnutrition-dénutrition est un vaste chantier qui nécessitera l'aide de toutes et tous, monde hospitalier, extrahospitalier, administrations, pouvoirs locaux,

associé à une politique gouvernementale de santé à la hauteur de ses ambitions et de l'enjeu...

Dr Jean-François Bouteleux
Hôpital Villiers Saint Denis

Remerciements
au Pr Éric Bertin
et au Dr Fabrizio
Andreelli
pour leurs sources
de renseignements.

Restauration

Le pari de l'alliance public/privé

Dans le cadre des coopérations interhospitalières et plus précisément au sein d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) de droit privé, l'hôpital Villiers Saint Denis et le centre hospitalier de Château-Thierry disposent désormais, en commun, d'une unité centrale de production (UCP) de denrées au bénéfice de leurs patients et de leurs salariés.

Cette prestation en liaison froide a pu être réalisée grâce au partenariat avec la société Anthémis dont l'objectif est d'obtenir des repas de qualité à des prix maîtrisés. Convention a donc été passée avec ce partenaire sur la base d'un coût de plateau-repas garanti pendant trois ans. Mais au-delà d'une simple prestation



économique, le prestataire en denrées met à la disposition du GCS les compétences d'un formateur afin d'améliorer continuellement les pratiques et le niveau de compétences des personnels de notre hôpital et de l'hôpital public exerçant ensemble au sein de l'UCP. Plus original encore, parce que l'UCP n'est utilisée par le GCS que de 6 h 00 du matin à 13 h 00, le prestataire privé mobilise l'outil, à son bénéfice, pour

préparer et fournir des repas à ses propres clients du secteur sanitaire et médico-social.

Lors d'une prochaine parution, nous évaluerons les résultats de cette organisation originale dont nous sommes certains qu'elle nous offre des coûts défiant toute concurrence.

Frédérique Yonnet
Hôpital Villiers Saint Denis

Nouvelle balnéothérapie

En novembre 2006, l'établissement s'est doté d'une nouvelle balnéothérapie.

Celle-ci est située auprès du plateau technique de rééducation du pavillon 3, localisation du département de médecine physique et de réadaptation (MPR).

Sur une nouvelle construction de 294 m², nous trouvons deux bassins de 36 m² chacun et des sanitaires couvrant 120 m².

L'équipement est complété par une baignoire trèfle et un ensemble de pédiluves et maniluves.

Une salle d'urgence équipée attenante est partagée avec le reste du plateau technique de l'étage.

L'ancienne balnéothérapie, à maintenant plus de trente ans de son inauguration, nécessitait une rénovation totale des bassins et des locaux techniques ; la disposition des sanitaires ne pouvait plus respecter les nouvelles normes d'hygiène.

Sur un projet présenté par le service de masso-kinésithérapie, la direction et le conseil d'administration ont fait le

choix de construire un nouvel ensemble, d'où une continuité de la prise en charge des patients, sans aucune interruption entre l'ancienne et la nouvelle balnéothérapie.

Ce projet a été élaboré sur la base de normes européennes d'hygiène et de traitement de l'eau et de l'air et d'un cahier des charges écrit par les rééducateurs et les agents de soins hospitaliers, tenant compte des patients et des pathologies que l'établissement prend et prendra en charge, des besoins ergonomiques des utilisateurs patients et rééducateurs. L'infirmière hygiéniste a été présente à toutes les étapes de la conception et du choix des matériaux et équipements. L'architecte, enfin, dans les limites financières définies, a mis ce projet en forme et en a permis la réalisation.

Les patients qui peuvent en bénéficier :

- quelques patients du département vasculaire, diabétologie et appareillage qui utilisaient l'ancienne structure ;
- les patients en réadaptation cardiaque, qui voient leur prise en charge complétée à cette occasion d'une séance supplémentaire en balnéothérapie (réentraînement à l'effort et détente en fin de journée) ;
- les patients du département MPR, le plus grand nombre des futurs utilisateurs, pour leurs pathologies de l'appareil locomoteur, pour certaines pathologies neurologiques et les futurs patients des projets de restauration fonctionnelle du rachis.

Les règles d'hygiène sont respectées dans les sanitaires par un circuit unique du patient, de son entrée jusqu'à sa sortie, sans retour en arrière possible – ce qui permet d'éviter toute contamination des sols. Des fauteuils roulants spécifiques, supportant l'eau, permettent une meilleure ergonomie. L'ensemble des

matériaux utilisés dans le site respecte les règles d'hygiène tout en conservant une idée d'esthétique la moins hospitalière possible.

Une recherche ergonomique a été effectuée et se traduit par :

- des bassins au niveau des sanitaires, supprimant une partie des escaliers d'accès ;
- des pourtours des bassins en contrebas pour l'approche des patients par les rééducateurs ;
- des grandes lignes de déambulation afin de permettre une marche plus fonctionnelle ;
- un élévateur permettant un accès direct de la cabine d'habillage et de douche aux bassins et évitant ainsi des transferts de patient supplémentaires ;
- deux bassins séparés qui permettent l'entretien de l'un sans arrêter l'utilisation de l'autre.

Cette nouvelle balnéothérapie est un des outils essentiels de l'évolution du plateau technique de rééducation. La deuxième étape sera d'augmenter les surfaces de rééducation et la diversité des matériels pour créer, à terme, un site complet de réentraînement des pathologies locomotrices, rachidiennes, cardiaques et pulmonaires.

Cet espace sera dédié à la mémoire de Gilbert Dufour, masseur-kinésithérapeute à l'hôpital Villiers Saint Denis pendant plus de trente ans. Il a su répondre, dès 1968, à toutes les transformations de l'établissement : pneumologie avant 1974, cardiologie et cancérologie, puis rééducation fonctionnelle, et ce malgré son handicap visuel. Il a enfin travaillé jusqu'au bout de ses possibilités, malgré la maladie qui l'a emporté. ■

Guy Cordesse
Hôpital Villiers Saint Denis



Greffes de cartilage

Mythe et réalité

Les greffes du cartilage articulaire connaissent un essor considérable que l'on doit, entre autres, à l'apparition de nouvelles méthodes thérapeutiques prometteuses. Néanmoins, bon nombre de questions persistent sur le choix des indications et de la technique.

Le cartilage articulaire est un tissu conjonctif spécialisé aux propriétés mécaniques remarquables (répartition et transmission des charges, coefficient de friction très bas sous charge unitaire élevée sans usure détectable) étroitement liées à sa structure et sa composition. Son caractère avasculaire lui confère néanmoins un faible potentiel de cicatrisation, générant des douleurs, des épanchements et une usure articulaire à plus ou moins long terme.

Le but du traitement des lésions du cartilage articulaire est donc double : curatif (récupération de la fonction articulaire) et préventif (éviter l'apparition à long terme de lésions dégénératives). Les techniques actuelles de remplacement du cartilage sont nombreuses. On distingue les techniques de réparation qui aboutissent à un tissu cartilagineux semblable mais non identique (le fibrocartilage dont les propriétés mécaniques sont médiocres) et les techniques de régénération dont le but est d'obtenir un néocartilage identique « hyalin like ». À partir de ces deux grands principes, une multitude de techniques se sont développées. Aux méthodes dites « traditionnelles » (perforations de Pridie, abrasion de l'os sous-chondral, microfractures, greffe de périoste) s'ajoutent des méthodes plus modernes (autogreffe de cartilage, greffe de chondrocytes) dont certaines,

encore expérimentales, font appel à des techniques lourdes (cultures cellulaires, matrices artificielles, facteurs de croissance...).

Les résultats des diverses études chez l'animal et chez l'homme sont encourageants et montrent, dans la majorité des cas, une réparation cartilagineuse précoce. Chez l'homme, suivant la technique, 60 à 90% des patients traités signalent une amélioration significative de la fonction et des douleurs au-delà de cinq ans. Des arthroscopies de contrôle et des biopsies de la zone cicatricielle ont permis de confirmer la restitution de la surface articulaire par un tissu cartilagineux d'aspect « hyalin like » contenant des chondrocytes viables.

Faut-il pour autant conclure que la réparation du cartilage articulaire n'est plus un mythe ? Probablement oui, si l'on se réfère à l'éventail des techniques disponibles, aux progrès de la recherche fondamentale dans ce domaine et aux résultats actuels de la littérature. Cela sous-entend une sélection rigoureuse des patients et le choix d'une technique approuvée et adaptée aux caractéristiques de la lésion. L'enthousiasme doit cependant être nuancé si l'on tient compte des limites des résultats actuels (séries inhomogènes, recul insuffisant, critères de succès mal définis), du fait que l'histoire naturelle des lésions chondrales n'est pas clairement établie, et de la qualité variable du tissu cicatriciel, tant dans sa composition et sa structure que dans ses propriétés mécaniques.

Le choix thérapeutique doit tenir compte des caractéristiques de la lésion cartilagineuse, de celles du patient (âge, activité, gêne fonctionnelle) et des lésions articulaires associées (laxité, désaxation). Ainsi,



Traitement d'une lésion cartilagineuse par autogreffe ostéocondrale multiple (technique de Mosaic Plasty).

le meilleur traitement d'une gonarthrose fémoro-tibiale interne sur *genu varum* chez un sujet actif reste l'ostéotomie tibiale de valgisation. L'existence de lésions dégénératives du sujet âgé justifie sans conteste une arthroplastie. Les indications de remplacement du cartilage articulaire restent limitées aux lésions chondrales peu étendues du sujet jeune. La méthode utilisée ne peut se justifier que si elle est capable de restituer à court terme la fonction et l'indolence de l'articulation et d'éviter l'apparition de lésions dégénératives à long terme. Or, en l'état actuel des connaissances, il n'est pas possible d'affirmer que les bons résultats obtenus dans les premières années vont se maintenir à long terme et éviter l'apparition de lésions dégénératives.

Le remplacement du cartilage articulaire fait dorénavant partie de l'arsenal thérapeutique des lésions chondrales articulaires du sujet jeune. Les techniques actuelles laissent augurer un espoir réel et fondé mais leur validation implique une définition précise des indications et des critères d'évaluation des résultats. ■

Dr Pascal Bizot
Centre médico-chirurgical
de la Porte de Pantin

Ouverture de service

La stérilisation centrale



L'ouverture le 14 avril du service de stérilisation du centre médico-chirurgical de la Porte de Pantin (CMCPP) est l'aboutissement d'un projet lancé quelques mois plus tôt, sous l'impulsion de Marc Daulas, directeur de l'établissement.

Un large groupe de travail inter-services s'est mis à l'œuvre, réunissant l'économat (Elham Aubinau), la pharmacie (Francine Dray), le bloc opératoire (Christine Garcia) et le personnel de stérilisation. Les choix ont été faits en concertation par l'ensemble des professionnels ou clients de ce nouveau service.

L'objectif premier était de réaliser un nouveau service de stérilisation moderne (respectant l'obligation de marche en avant des circulaires de 1998), novateur, mais avant tout évolutif et capable d'accompagner, voire de devancer, les obligations réglementaires et de s'adapter à de nouveaux besoins chirurgicaux.

Des contraintes architecturales existaient. La future stérilisation devait en effet occuper les anciens locaux du bloc d'urgences, obligeant à organiser les liaisons de façon horizontale avec les blocs installés aux extrémités du premier étage du CMCPP, alors que la disposition habituelle d'un service de stérilisation est verticale (pour une délivrance plus directe des dispositifs médicaux stériles).

Le choix du fournisseur d'équipements s'est porté sur la société Getinge, avec, en novation, la possibilité d'une surveillance des équipements par son service *hot line* et une option de traçabilité informatique allant jusqu'au suivi individualisé de l'instrumentation.

C'est aussi le choix du mode d'alimentation par eau osmosée des équipements qui permettra de lutter, à long terme, contre le vieillissement des appareils et, à court terme, de fabriquer la vapeur pure, si

indispensable à une stérilisation de qualité. Le nouveau service de stérilisation a été inspecté par les autorités de tutelles le 18 avril 2006, qui ont félicité notre directeur pour la qualité du projet, la réalisation « la plus belle de Paris ». Références pour Getinge, nos installations sont visitées par de futurs clients : des établissements parisiens et provinciaux soucieux de voir vivre une « stérilisation pour demain ».

Le deuxième objectif était d'avoir une production de qualité, au meilleur coût dans les meilleures conditions (ce qui est parfois difficilement compatible avec les installations *high-tech*).

La stérilisation occupe de très beaux locaux, mais son quotidien est fait de contraintes. C'est un service d'exigence et les conditions de travail y sont difficiles : bruit, froid, port de charges, répétitivité des tâches avec le souci du contrôle permanent et du zéro défaut. Un personnel fidèle à l'établissement, résolument au service de nos patients, capable d'appréhender de nouvelles compétences, de nouvelles exigences réglementaires et techniques, participe, à ce titre, à des formations de « bonnes pratiques » tout autant qu'à des formations d'informatique nécessaires à l'évolution des équipements.

La stérilisation centrale du CMCPP est un service dynamique au cœur de la Fondation, prêt à relever les défis qui seront les nôtres dans les mois et les années à venir. ■

Teresa Henne
Centre médico-chirurgical
de la Porte de Pantin

Dépôt de sang et organisation de la transfusion sanguine

L'existence d'un dépôt de sang permet à un établissement de santé de conserver des produits sanguins labiles (PSL) et de les distribuer (délivrance). L'exercice de cette activité est subordonné à une autorisation du préfet de département. Le dépôt de sang du centre médico-chirurgical de la Porte de Pantin (CMCPP) délivre 1 000 à 1 200 poches de sang par an. Il fait partie du département anesthésie-réanimation et sa gestion est assurée par un médecin anesthésiste, titulaire d'un diplôme de médecine transfusionnelle, assisté par une infirmière anesthésiste.

La transfusion sanguine et tous les éléments y afférents ont toujours été une priorité au CMCPP. Dès l'ouverture du centre, avec une activité centrée sur la chirurgie orthopédique et traumatologique, celui-ci se dotait d'une banque du sang et mettait en œuvre une traçabilité des produits et une politique de sécurité transfusionnelle, bien avant qu'elles ne soient formalisées sur le plan réglementaire.

L'affaire dite « du sang contaminé », dans les années 1980, a obligé les autorités de tutelle à réfléchir sur une nouvelle organisation de la transfusion sanguine en France et de nombreux textes de lois ont vu le jour. Notamment, un système original de veille sanitaire et d'alerte a été mis en place : l'hémovigilance, qui se définit comme l'ensemble des procédures de surveillance, depuis la collecte des produits sanguins jusqu'au suivi des receveurs, permettant de recueillir, de façon exhaustive, et de diffuser toute information sur les effets

inattendus ou indésirables d'une transfusion sanguine. La traçabilité des produits permet, dès lors, d'établir un lien entre le donneur et le receveur et la réalisation d'enquêtes transfusionnelles. Au niveau de chaque région, des coordonnateurs régionaux ont été nommés et tout établissement de santé a dû désigner un correspondant d'hémovigilance. Lorsqu'un incident transfusionnel survient, il doit lui être signalé dans un délai maximal de huit heures. Une fiche d'incident transfusionnel (FIT) est établie par le correspondant d'hémovigilance conjointement avec son homologue de l'établissement de transfusion sanguine (ETS) et adressée dans les quarante-huit heures à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), à l'Établissement français du sang (EFS) et au coordonnateur régional d'hémovigilance. Dans cette nouvelle organisation, tout établissement de santé doit avoir un site EFS « fournisseur unique » (distribution) avec lequel il est lié par une convention. Pour le CMCPP, c'est le site transfusionnel Avicenne (à Bobigny, 93) qui a été retenu. La création d'un dépôt de sang est soumise à un arrêté préfectoral.

Parmi les trois catégories de dépôt de sang définies (dépôt d'urgence, dépôt relais et dépôt d'attribution), le CMCPP possède le niveau le plus élevé, soit le dépôt d'attribution qui nous donne le droit de conserver des concentrés de globules rouges et de décider de choisir les patients auxquels ils seront attribués (délivrance).

Le dépôt de sang du CMCPP a pour vocation d'assurer les besoins transfusionnels per et postopératoires des patients opérés d'une chirurgie à risque hémorragique. Il est donc intégré au sein du département anesthésie-réanimation-oxygénothérapie hyperbare, géré conjointement par une infirmière anesthésiste référente diplômée d'État (Iade), Michèle Vermeulen, et un médecin anesthésiste, le Dr François Souied, qui en assume la responsabilité médicale.

L'arrêté du 10 septembre 2003 (*Journal officiel* du 30 septembre 2003) a précisé les modalités nécessaires au maintien d'un dépôt d'attribution. Elles s'apparentent de plus en plus à celles d'un site transfusionnel de l'EFS, avec nécessité d'un local clairement individualisé, d'un accès limité à un personnel formé et d'un logiciel de gestion spécifique.





Ainsi, notre armoire à sang située encore récemment dans une dépendance de l'unité de surveillance continue, et récemment changée, aux fins d'une mise en conformité avec la législation européenne, a été déménagée dans un local dédié, au premier étage. Pour informatiser la gestion des PSL, nous avons acquis le logiciel Hemoserveur de la société Inlog, en cours de déploiement. Actuellement, nous sommes au stade de la double saisie, papier et informatique, le passage au tout informatique étant prévu avant l'été. La mise en place d'une liaison sécurisée avec notre laboratoire d'analyses, externe à l'établissement, permettra d'atteindre un haut niveau de sécurité transfusionnelle.

Le CMCPP s'est doté d'un comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH) qui se réunit plusieurs fois par an. Outre le responsable du dépôt, qui le préside, ce comité comprend le directeur du CMCPP, le directeur du site transfusionnel Avicenne, deux praticiens prescripteurs (un chirurgien et un gériatre), un cadre soignant, l'ade référente sang et des médecins des tutelles (correspondant régional d'hémovigilance, Drass). Il a pour but d'améliorer la sécurité transfusionnelle de nos patients, de coordonner les actions de l'hémovigilant et d'organiser le programme de formation en transfusion du personnel.

Cette année, le CSTH met en place une formation de l'ensemble du personnel

infirmier. Cette formation se fait, sur quatre heures, par groupe de quinze personnes environ ; elle est assurée par le Dr François Souied, assisté de Michèle Vermeulen. Toutes nos infirmières devront avoir bénéficié de cette formation au cours de l'année 2006. Un document est remis à l'ensemble des participants comprenant des rappels sur l'immuno-hématologie, les caractéristiques des différents produits, le contrôle ultime prétransfusionnel, la prévention des accidents immuno-hémolytiques et leurs traitements.

Le dépôt dispose d'un stock de PSL dont les maxima et minima sont fixés par convention. Une attention toute particulière est portée sur la surveillance de la température de transport lors de l'approvisionnement. Elle est assurée par des capteurs de température glissés dans l'enceinte réfrigérée. Lors de la réception par le dépôt des PSL distribués par le site transfusionnel, la diode doit clignoter vert. Si le clignotant est rouge, le capteur est introduit dans son récepteur, la courbe de température est visualisée sur un moniteur et les variations de température sont étudiées.

Tous les jours, une Iade est détachée du bloc opératoire pour effectuer des fonctions transversales (évaluation de la douleur des patients, notamment suivi des cathéters périmerveux et des analgésies contrôlées par le patient [PCA], aide aux infirmières en salle de réveil...) ; c'est elle qui assure la délivrance des produits

sanguins. Lorsqu'une prescription de PSL arrive au dépôt, il lui appartient d'en vérifier la conformité, de s'assurer que le produit est disponible ou d'en faire la commande auprès du site transfusionnel Avicenne. Elle assure ensuite la délivrance du produit au service demandeur. Bien entendu, en cas de difficulté, elle peut à tout moment en référer au médecin responsable du dépôt ou, en son absence, au médecin anesthésiste de garde qui assure le conseil transfusionnel.

Un bilan annuel du fonctionnement du dépôt est présenté à la commission médicale d'établissement (CME). Il permet de dénombrer les patients transfusés et les PSL utilisés en fonction du type de chirurgie. La comparaison du taux d'hémoglobine préopératoire et la consommation de PSL apportent des facteurs prédictifs qui nous servent à améliorer la gestion de notre stock. Des prélèvements réguliers sont effectués sur nos systèmes de récupération de sang périopératoire (*cell saver* et récupérateurs de sang sur redons transfusionnels) afin d'évaluer la qualité du sang recueilli et retransfusé (hématocrite et examen bactériologique). De façon régulière, notre dépôt est inspecté par le directeur du site transfusionnel.

L'information du patient sur le risque transfusionnel est réalisée avant toute chirurgie à risque et est obligatoire avant tout acte transfusionnel, mais il faudra lui fournir, en cas de transfusion, des informations écrites précisant les dates, lieu, type et quantité de produits sanguins reçus. Le rôle du secrétariat est alors prépondérant, ce document récapitulatif devant être rédigé au plus près de la sortie du patient pour lui être remis en mains propres.

La présence d'un dépôt d'attribution dans notre centre concourt à la sécurité de nos opérés en diminuant les délais d'approvisionnement et en anticipant les besoins transfusionnels.

L'implication du dépôt de sang au sein du CSTH, par le biais d'une formation des personnels et par le conseil transfusionnel, permet une amélioration constante de la sécurité transfusionnelle au CMCPP. ■

Dr François Souied
Michèle Vermeulen
Centre médico-chirurgical
de la Porte de Pantin



C R C I

Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation

Les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales ont été créées par le décret du 3 mai 2002 (*Journal officiel* du 4 mai 2002) en application des articles L.1142-6 et L.1143-1 du code de la santé publique.

Les commissions peuvent être interrégionales. Outre le président (un magistrat de l'ordre administratif ou judiciaire), elles sont composées de vingt membres représentant les usagers, les professionnels de santé, les établissements de santé, les assureurs et l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) représentant l'État, ainsi que des personnes qualifiées.

Elles ont pour mission de favoriser la résolution des conflits par la conciliation et de permettre l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux dont le préjudice présente un degré de gravité supérieur à un seuil fixé par le décret du 4 avril 2003 (*Journal officiel* du 5 avril 2003).

Concrètement, pour saisir les CRCI, la victime doit présenter un caractère de gravité fixé selon l'article L. 1142-1

du code de la santé publique de 24 % ou d'une incapacité temporaire de travail résultant de l'accident médical, de l'affection iatrogène ou de l'infection nosocomiale de six mois consécutifs ou de six mois non consécutifs sur une période de douze mois.

Le taux de 24 % est établi par un expert qui examine le patient. Suite à cette expertise, une réunion de confrontation entre toutes les parties est réalisée.

Les conclusions de l'expertise sont adressées au président de la CRCI qui les transmet aux différents membres de la commission.

Celle-ci se réunit, pour la région parisienne, environ trois fois par mois ; les victimes et plaignants sont invités à venir débattre auprès des membres de la commission qui statue et donne ses conclusions dans les quatre semaines. Si l'indemnisation est justifiée, elle sera réalisée d'après les conclusions de l'expert, soit par l'Oniam, soit par les assurances des praticiens ou celles des établissements de santé. ■

Jean-Paul Lévy
Centre médico-chirurgical
de la Porte de Pantin
Membre suppléant
de la CRCI d'Île-de-France

Adresse utile

Pour les trois établissements de La Renaissance Sanitaire, la CRCI compétente est :

- 36, avenue du Général-de-Gaulle
Tour Gallieni II
93175 Bagnolet Cedex
Tél. : 01 49 93 89 20

Inauguration Appartement thérapeute Renaissance/Jacqueline

**Mettre en situation proche du « réel »
les personnes handicapées
et leur entourage, former les artisans
aux nouveaux besoins des personnes
handicapées ou vieillissantes et
offrir une vitrine du savoir-faire
des artisans aux familles, aux personnes
handicapées et aux professionnels,
tels sont les objectifs de l'appartement
Renaissance inauguré par le président
de la Fondation, Didier Gaboriaud,
en avril dernier, à l'hôpital La Musse.**

Partenaires et financeurs

Signataires : la préfecture,
la Capeb, l'hôpital La Musse, Habitat
et développement et Access Handicap Info.

Financeurs : AG2R, AVA (Assurance
voyage et assistance), la Caisse d'épargne,
la caisse primaire d'assurance maladie
de l'Eure, la caisse régionale d'assurance
sanitaire.

Fournisseurs partenaires : automatismes
de porte, volets roulants, matériel
sanitaire, de transferts et électrique,
fournisseurs médicaux, téléassistance,
cuisiniste, etc.

Déjà présente dans l'esprit des professionnels de santé du pavillon 1, et en particulier des rééducateurs, la création d'un appartement thérapeutique pilote dans l'enceinte de l'hôpital La Musse a été rendue possible par l'impulsion du préfet de l'Eure, Jacques Laisné. À l'issue d'une visite en octobre 2004 dans le cadre de la Semaine de la sécurité routière, ce dernier faisait part de sa volonté d'aménager un appartement « passerelle ». Le hasard de ses obligations lui fait rencontrer, peu de temps après, le président de la confédération du bâtiment de l'Eure (Capeb, Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment), Gabriel Desgrouas. Ce dernier souhaite pouvoir disposer d'un espace de formation à l'accessibilité pour les artisans du département. Il partage avec le préfet et le personnel de l'hôpital La Musse la même envie et la même ténacité.

Artisans et rééducateurs

Si le chemin menant à la création d'une structure aussi novatrice est pavé d'embûches, chacun ajoute sa compétence et son temps pour surmonter les obstacles et trouver les financements.

Le lieu doit pouvoir permettre aux personnes handicapées de « tester » les innovations technologiques susceptibles de leur simplifier la vie à leur sortie de l'hôpital, et ce dans l'enceinte même de l'établissement. Il doit aussi permettre aux professionnels du bâtiment, très demandeurs en la matière, de se former aux nouvelles techniques favorisant l'accessibilité des logements aux personnes à mobilité réduite, handicapées ou âgées. La ren-

contre de ces deux mondes, réunis autour d'un même projet, original tant dans sa conception que dans son fonctionnement, est unique en France à ce jour.

Signature d'une convention

Cinq mois après la visite du préfet, une convention est signée entre les trois premiers acteurs – l'hôpital, la Capeb, la préfecture – et deux autres intervenants : Habitat et développement et Access Handicap Info.

Montrant une nouvelle fois tout l'intérêt qu'il trouve à cette démarche, le préfet vient se rendre compte de l'avancée des travaux au mois de juin suivant. L'endroit, installé au dernier étage du pavillon 1 avec vue imprenable sur le parc et orientation plein sud, est encore occupé par les menuisiers, peintres, plaquistes, plombiers...

Peu à peu, les finitions sont réalisées. S'y emploient les artisans de la Capeb et les services techniques de l'hôpital qui font la jonction entre les différents intervenants. Les aides financières (*voir encadré*) permettent, entre autres, de meubler le lieu et d'en faire un environnement adapté au handicap. « Nous disposons d'un panel d'outils plus ou moins sophistiqués, mais facilement adaptables chez soi, à montrer aux visiteurs », explique Yves Prudent, chef ergothérapeute, chargé de la planification du lieu. « La domotisation permet, par exemple, avec une seule télécommande, de donner des ordres à un boîtier fixé sur le fauteuil, la tête de lit et ainsi de commander, à distance, l'ouverture des portes, des volets, la lumière, la montée du lit, la télévision,

tique e-Duval

etc. Nous disposons également de lits adaptés, de plans de travail réglables électriquement en hauteur dans la cuisine, d'une aide au transfert entre le lit et la baignoire à l'aide de rails plafonniers. »

Inauguration en avril

En avril dernier, les partenaires se donnent à nouveau rendez-vous pour l'inauguration. L'endroit a belle allure. Une plaque est dévoilée par le préfet Jacques Laisné, Jean-Louis Debré, président de l'Assemblée nationale, de la communauté d'agglomérations et maire d'Évreux, et Didier Gaboriaud, président de La Renaissance Sanitaire. Le lieu est nommé « appartement Renaissance/Jacqueline-Duval », du nom d'une habitante de la région, récemment décédée et qui s'est battue toute sa vie pour une meilleure accessibilité des lieux publics aux fauteuils roulants. À peine un mois plus tard, l'appartement commence à vivre. Il accueille toute une semaine une jeune femme handicapée et mère de famille, Sabrina (voir encadré, page 24).

Le comité Renaissance

Pour régir le fonctionnement et répartir l'occupation de l'appartement et du studio adjacent, le comité Renaissance a été créé. Il est composé de la directrice de l'hôpital, d'un médecin, du chef ergothérapeute et de la surveillante générale du pavillon. Les deux structures peuvent être réunies ou fonctionner de façon autonome. Le studio renferme l'équipement usuel et



Ci-dessus, le comité de pilotage.

Ci-contre, de gauche à droite :

Jean-Pierre Nicolas,
député de l'Eure,
Gabriel Desgrouas,
président de la Capeb de l'Eure,
Dr Denis Boiteux, hôpital La Musse,
Didier Gaboriaud, président
de La Renaissance Sanitaire,
Jacques Laisné, préfet de l'Eure,
Jean-Louis Debré, président
de l'Assemblée nationale,
député maire d'Évreux,
Catherine Palladitcheff,
directeur de l'hôpital La Musse,
Serge Bontemps, maire
de Saint-Sébastien-de-Morsent.



La maison du handicap

Reflet de la prise de conscience, ces derniers mois, des problèmes rencontrés par les personnes en situation de handicap, la réalisation de l'appartement Renaissance/Jacqueline-Duval s'accompagne de la création, dans l'Eure, d'une maison départementale des personnes handicapées (MDPH) dont le but est la simplification des démarches administratives pour les personnes handicapées. Comme ailleurs en France, cette structure, placée sous tutelle départementale, permet, depuis janvier 2006, de disposer d'un accès unique aux droits et prestations. Ses missions sont :

- accueillir, informer, accompagner et conseiller les personnes handicapées et leurs familles ;
- mettre en place et organiser le fonctionnement de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et de l'équipe pluridisciplinaire chargée d'évaluer les besoins de compensation ;
- assurer l'accompagnement nécessaire aux personnes handicapées et à leur famille après l'annonce et lors de l'évolution de leur handicap.

Une convention a été signée entre l'hôpital La Musse et la MDPH en ce qui concerne les interventions d'ergothérapeutes, de médecins et d'assistants sociaux qui peuvent être amenés à se déplacer au plus près des personnes handicapées.

Maison départementale des personnes handicapées

Tour Aulne - place John-Kennedy - BP 35/39 - 27035 Évreux Cedex
Tél. : 02 32 38 14 13



Appartement Renaissance Jacqueline-Duval

Hôpital La Musse

BP 119

27180 Saint-Sébastien-de-Morsent

Tél. : 02 32 29 30 31

Les artisans « concernés »

La Capeb a signé récemment la Charte nationale sur l'accessibilité avec Gilles de Robien, alors ministre de l'Équipement, des Transports, du Logement, du Tourisme et de la Mer, Marc-Philippe Daubresse, secrétaire d'État au Logement auprès du ministre de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, et Jean-François Lamour, ministre de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.

Vingt-sept entreprises ont été présentes sur le chantier de l'appartement Renaissance et trente-deux fabricants ont fourni matériaux et aides techniques novatrices adaptées (lits médicalisés, sanitaires adaptés, aménagement de placards, revêtement de sol, résine, fenêtres, cloisons de plâtre, carreaux de verre...).

Plusieurs stages ont été réalisés par l'organisme de formation continue de la Capeb, l'Association normande pour la formation de l'artisanat et des entreprises du bâtiment (Anofab), portant sur les techniques spécifiques d'amélioration de la sécurité et du confort des futurs occupants (aménagement de salles de bains, avec pose de résine au sol et aux murs, installation de linoléum avec repères au sol, plafonds tendus, mur en stucco...) à l'occasion du réaménagement du lieu.

D'autres ont suivi : conseils techniques (exemple du programme Bien vieillir soutenu par la Cram et la Drass), fiches d'intervention, aspects économiques et psychologiques vis-à-vis de la clientèle... Les artisans ayant suivi les formations pourront apporter une réponse rapide et adaptée à des situations d'urgence. Ils seront référencés dans la charte départementale des professionnels du bâtiment.

Capeb

67, rue Pierre-Tal-Coat - 27000 Évreux - Tél. : 02 32 23 50 50

l'appartement expose les dernières technologies en matière d'adaptabilité. Les artisans viennent s'y former et se tenir au courant des dernières nouveautés en matière d'aménagement de logements (voir encadré).

Une formation, dispensée sur trois jours, imaginée par les acteurs de l'opération (et dispensée par eux-mêmes) a été mise en place. Elle comprend deux modules, le premier de deux jours, le second (optionnel) d'une journée. Une charte prouvant qu'une « sensibilisation au monde du handicap » a été suivie sera remise à l'issue du premier module. Les formateurs viennent de l'hôpital, de la Capeb, d'Habitat et développement et d'Access Handicap Info. Les services de rééducation et réadaptation de l'hôpital, les ergothérapeutes en particulier, y accueillent leurs patients pour évaluer leur handicap confronté au « réel », leur capacité d'autonomie et les transformations éventuelles à faire dans leurs logements : circulation, ouvertures, hauteur des plans de travail, systèmes électroniques d'assistance... Les personnes venant de l'extérieur devront prendre rendez-vous avec l'un des médecins de l'hôpital, et c'est sur prescription médicale uniquement qu'une visite ou un séjour pourra être programmé. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Le témoignage de Sabrina

Après presque deux années passées à l'hôpital La Musse pour un grave problème neurologique, Sabrina, 25 ans, était prête, en mai dernier, à s'installer dans un nouvel appartement adapté, conçu pour elle à quelques dizaines de kilomètres de La Musse. C'est elle qui a inauguré, cinq jours durant, le studio attendant à l'appartement.

« Quand je suis arrivée à La Musse, j'étais tétraplégique et j'ai passé vingt-deux mois dans le service du Dr Boiteux », raconte la jeune femme, au terme de la petite semaine passée dans le studio. « Aujourd'hui, je marche et je me suis bien débrouillée toute seule dans l'appartement. J'ai fait mes repas et géré mon temps, même si je me suis un peu sentie seule par moment. »

Anne Gesret, l'ergothérapeute de Sabrina, est venue lui rendre visite quotidiennement. Pour elle, « ce passage est une bonne préparation au retour à domicile. On a pu voir là où Sabrina était plus fragile, son degré de fatigabilité et ses difficultés. Elle a appris à gérer ses angoisses, à augmenter son endurance et a pris confiance en elle ».

« Cette semaine, j'ai été plus dynamique, un peu comme je l'étais avant ma maladie, confirme Sabrina. J'ai "couru" partout. Je sais que je serai aidée dans mon nouvel appartement et que, peu à peu, ma petite fille va pouvoir revenir vivre avec moi. Je m'en sens capable. »

L'inauguration du simulateur
le 16 octobre dernier.
De gauche à droite : Rémy Heitz,
délégué interministériel
à la Sécurité routière,
Jacques Laisné, préfet de l'Eure,
Jean-Pierre Nicolas,
député de l'Eure,
Serge Bontemps, maire de Saint-
Sébastien-de-Morsent,
Didier Gaboriaud, président
de La Renaissance Sanitaire,
Jean-Louis Debré, président
de l'Assemblée nationale,
député de l'Eure
et maire d'Évreux.



Installation Un simulateur de conduite

**Évaluer la capacité des patients sortant
de l'hôpital La Musse à reprendre
le volant, et dans quelles conditions,
avec quelles adaptations...
Un simulateur de conduite dernier cri,
unique en France, vient d'être installé
au sous-sol du pavillon de rééducation.**

L'un des plus récents simulateurs de conduite de France est installé, depuis le printemps dernier, dans les locaux du pavillon 1 de l'hôpital La Musse. Le système, très performant, a été conçu sur mesure car il prend en compte le handicap. Il a été réalisé par une société bretonne, ECA-faros, sur une Modus offerte par Renault, et dont le moteur a été remplacé par un ordinateur.

But de cette installation : tester, dans les meilleures conditions possibles, la capacité d'un patient à reprendre le volant à l'issue de son hospitalisation. « C'est particulièrement vrai pour les hémiplésiés, les traumatisés crâniens, les amputés. On a calculé que plus de 80 % de nos patients sont concernés », estime Yves Prudent, chef ergothérapeute à l'origine du projet avec le Dr Denis Boiteux, chef du service de neu-

rologie. « Nous informerons et conseillerons à l'issue du test, en fonction des résultats. Notre avis n'aura cependant pas de valeur légale. Nous signalerons les risques et les éventuelles adaptations à faire sur la voiture. Mais à charge des patients de contacter la préfecture et leur assureur. »

Trois vidéoprojecteurs

Juste en face du conducteur, les trois vastes panneaux sur lesquels défile une route virtuelle (grâce à trois vidéoprojecteurs) constituent l'un des systèmes les plus en pointe en France actuellement. À l'arrière de la voiture, deux haut-parleurs diffusent le bruit du véhicule, tenant compte des variations de vitesse. La voiture peut être conduite normalement, en automatique, avec des commandes au volant ou une télécommande, en fonction du handicap. Un protocole a été réalisé par le personnel de l'hôpital, sorte de compromis entre celui établi par le concepteur de la voiture et celui des Canadiens, très en avance en la matière. Il a été « testé » par des personnes valides pour établir les cotations. Le test dure quarante-cinq minutes. Ni trop ni trop peu. « C'est un temps raisonnable, estime Yves Prudent. Cela doit permettre aux

patients de mesurer leurs limites, éventuellement de découvrir des possibilités ou des potentialités insoupçonnées ou, à l'inverse, de se rendre compte qu'il faut encore attendre avant la reprise du volant. »

Évaluation de l'aptitude

À la sortie de la voiture, on obtient une « évaluation de l'aptitude à la conduite automobile réalisée sur simulateur ». Son utilisation ne sera pas circonscrite aux seuls patients de l'hôpital. À terme, Yves Prudent espère pouvoir constituer un comité pluridisciplinaire incluant le personnel de l'hôpital, mais aussi les représentants de la commission médicale des permis de conduire, les responsables d'auto-écoles, les équipementiers et les structures d'aide au financement... très utiles en cas d'adaptation nécessaire du véhicule.

L'opération a bénéficié d'aides importantes, privées (banque, équipementier...) et publiques (préfecture...). Dans l'immédiat, un temps d'adaptation, de formation du personnel et d'organisation de la mise en place a été nécessaire.

Un patient par jour

Depuis sa mise en route cependant, une moyenne d'un patient par jour a pu



profiter du nouvel outil, accompagné d'un ergothérapeute, ou dans certains cas particuliers du neuropsychologue, assis à la place du passager. Diverses situations sont testées et plusieurs paramètres notés : temps de réaction, tenue de route, maîtrise des accessoires (clignotants, veilleuses, klaxon...), capacité de pression sur l'accélérateur, le frein et l'embrayage, test de maniabilité du volant, de passage des vitesses, etc. Victime d'un accident de la route il y a plus d'un an, Benoît, 26 ans, originaire d'Eure-et-Loir, est hospitalisé dans l'une des unités du pavillon de rééducation et réadaptation fonctionnelle de l'hôpital La Musse. Il souffre d'une compression de la moelle épinière qui l'empêche, pour l'instant, de se servir de ses jambes. "J'espère pouvoir remarcher un jour, déclare le jeune-homme, qui a essayé à deux reprises et pendant une heure à chaque fois, le simulateur de conduite. J'ai eu du mal à m'habituer aux manettes au volant et au simulateur lui-même parce que, dans un premier temps, ça m'a rappelé mon accident. Mais à la fin, j'avais envie de conduire et ça allait mieux. Je pense que c'est



une question d'habitude, mais j'aimerais essayer un autre système, peut-être plus souple, car, avec mes problèmes de luxation de l'épaule, j'ai eu un peu de mal à manipuler les commandes volant. La semaine prochaine, une auto-école doit venir et je vais essayer de conduire dans le parc de La Musse. Je pense vraiment avoir envie de reconduire un jour. Mais il faut que je m'habitue peu à peu, ça prendra certainement du temps". ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Tous les ergothérapeutes ont été formés à la manipulation de l'ordinateur placé dans le véhicule. Ici Yves Prudent en compagnie d'un patient.

Revivre par le sport

En 1989, à l'initiative de Frédéric Lamandé (brevet d'État éducateur sportif – personnes handicapées physiques), aidé de Jacques Sénégas-Rouvière, tous deux kinésithérapeutes, l'équipe de rééducateurs du département vasculaire, diabétologie et appareillage prend conscience, avec l'admission croissante de patients de plus en plus jeunes, que son rôle ne s'arrête pas à la réadaptation physique pure. Cela l'amène à se poser des questions sur leur retour à la vie quotidienne : que peut-on apporter de plus à ces patients qui vont quitter l'hôpital après amputation ou polytraumatismes, appareillés et rééduqués ? Quels atouts leur procurer pour les aider à se réintégrer au mieux dans leur vie ?

« **N**ous nous sommes dit qu'il fallait valoriser l'idée et l'image que les patients avaient d'eux-mêmes, les aider à se réintégrer dans un milieu valide. Cette réintégration, par l'intermédiaire du sport, nous a paru importante à proposer et à étudier car, dans un premier temps, il est plus aisé pour les patients de pratiquer avec d'autres personnes handicapées qui ne les effraient pas.

Quand Dominique nous dit : « Dans les activités sportives, c'est bien, nous nous retrouvons avec des gens comme nous, nous sommes très à l'aise, nous n'avons pas à subir le regard des autres », nous sentons bien la démarche qu'il y a à suivre dans ce domaine, c'est-à-dire de parvenir tout d'abord à réaliser une activité sportive puis, grâce à celle-ci, à s'intégrer dans le

monde valide, ce qui peut être difficile pour un handicapé récent.

L'histoire

Nous avons débuté progressivement en proposant aux patients, en dehors des séances de rééducation, la pratique du tir le soir dans les salles de kiné, du ping-pong, du tennis...

En 1990, aidés par un club de la Fédération française handisport, nous commençons vraiment la réadaptation à travers des activités sportives avec un stage de ski. Puis, rapidement, nous nous rendons autonomes et organisons la pratique du canoë et du parachutisme. En 1991, nous représentons la région Champagne-Ardenne auprès du Comité d'organisation des Jeux paralympiques Tignes-Albertville (Copta), dans leur année préolympique.

En 1992, nous rédigeons un vaste projet d'activités pour les personnes handica-

pées dans lequel est prévue l'intervention d'un grand nombre de volontaires parmi les membres du personnel de l'hôpital. Celui-ci ne pouvant voir le jour dans son intégralité, notre action se concentre sur l'organisation de stages dans les disciplines pratiquées depuis l'origine, mais aussi dans des sports jamais exercés par des personnes handicapées.

C'est ainsi qu'en 1992 est menée l'expérience de proposer le parapente à des personnes débutant à la fois le handicap et ce sport, une première dans l'histoire du vol libre. Elle a d'ailleurs fait l'objet de nombreuses présentations, notamment auprès de la commission médicale de la Fédération française du vol libre en 1993.

Au fil des années, d'autres sports ont été testés et, à ce jour, quatre-vingt-quinze stages ont été organisés et réalisés dans dix disciplines : ski, canoë-kayak, plongée sous-marine, parapente, équitation, parachutisme, alpinisme, tir à l'arc, tir et multisport,





ce qui représente la prise en charge de sept cent quarante stagiaires.

Dès l'origine, la sécurité des patients a été placée au cœur de notre démarche. À cet effet, les responsables, représentant le lien entre handicap et activité, ont testé tous les centres sportifs où ils avaient l'intention de faire pratiquer les patients, afin de s'assurer de la compétence du personnel encadrant et du niveau de sécurité dans lequel les stagiaires évolueraient. Ont aussi été testés l'accueil et la disponibilité de l'encadrement.

Cela reste notre préoccupation première, notamment pour l'alpinisme il y a peu. Les stages sont destinés à deux types de patients : les personnes hospitalisées, pour qui l'activité n'est pas payante (canoë, tir à l'arc, tir, équitation et multisport), et les personnes non hospitalisées, qui participent financièrement à une partie du stage, que nous recontactons après leur sortie de l'hôpital (ski, plongée, canoë, parapente, parachutisme, alpinisme et équitation).

Les activités sportives sont destinées aux patients de tous âges : de 11 ans (ski) à 75 ans (canoë, plongée et tir à l'arc).

La composition des stages est un panachage entre différents niveaux d'aptitude. Nous prenons en charge les sta-

giaires débutants nécessitant un encadrement de tous les instants. Les personnes titulaires du brevet d'État de l'activité s'occupent des stagiaires en cours de progression et qui disposent d'une certaine autonomie. Nous accueillons également des stagiaires ayant changé de handicap et nécessitant un apprentissage différent ainsi que des patients n'ayant aucune autre possibilité de sport du fait du handicap majoré.

Les acquis

Les bénéfices pour les stagiaires sont bien évidemment sportifs. Les résultats obtenus en témoignent : neuf brevets de niveau 1 de plongée subaquatique, un brevet de pilote de parapente confirmé avec un record de club de distance en plaine de 30 km, 5 degrés II obtenus en ski avec une première place au concours de ski organisé par le Copta en 1991.

Ces bénéfices sont également physiques (capacité générale, apprentissage de nouveaux savoir-faire, etc.), comme le dit Romain : « Ce n'est pas que pour le sport, cela amène de l'autonomie pour la vie courante. Pourtant sportif avant le handicap, je n'aurais jamais fait tout cela si je n'avais pas eu ces stages. » Et Jean-Baptiste d'ajouter : « Cela m'a permis de retrouver un dynamisme, d'être mieux dans la marche. [...] Il y a toujours le moyen de trouver un sport quel que soit le handicap. »

Les bienfaits psychologiques sont eux

aussi indéniables pour les patients (restructuration de l'image du corps, reconquête de l'estime de soi, communication avec les autres personnes handicapées et le « monde extérieur »), ainsi qu'en témoignent d'anciens patients.

Dominique raconte : « Je me suis rendu compte que malgré mon handicap, je peux faire des choses, je suis capable, cela m'a redonné confiance. Au début, j'avais beaucoup d'appréhension et maintenant je suis fière de moi, je ne suis pas mise de côté. » Soizic déclare quant à elle : « Je ne me sens pas diminuée du tout, j'oublie mon amputation. » Et, selon Fabienne : « Nous avons des relations amicales et privilégiées entre amputés. La joie d'être en action sportive dans la nature [...] me donne la possibilité de me sentir une personne à part entière et non une personne diminuée. »

En outre, ces activités sportives facilitent la réinsertion sociale des patients et leur permettent de se raccrocher à la vie (capacité à repousser les barrières, retentissement sur le travail, la vie de famille et les loisirs) : « Il faut y croire, c'est tout, et ne pas s'apitoyer sur son sort, je veux profiter de la vie. » « La vie ne s'arrête pas là, à ton amputation. » « C'est une bonne manière de reprendre en main sa vie », témoignent Soizic, Jean-Baptiste et Fabienne.

Cela est tellement vrai que les relations privilégiées qui se créent lors de ces activités débouchent sur des rencontres que les patients n'imaginaient pas, finissant parfois par des unions, comme Dominique et



Virginie, et aussi Jean-Baptiste qui a annoncé avec fierté : « Cela m'a permis de rencontrer ma compagne. »

Les soutiens

Si nous avons réussi à impulser et soutenir la dynamique de ce projet si profitable pour nos patients, c'est aussi parce que les différentes directions de l'hôpital ont toujours montré une réelle volonté d'assurer une prise en charge optimale des personnes handicapées et d'asseoir l'hôpital comme un centre majeur dans la rééducation des amputés.

La presse locale, régionale, nationale et professionnelle ainsi que la télévision relatent régulièrement les activités sportives pratiquées avec les patients.

Dix-sept films ont été réalisés par nos soins sur nos diverses expériences. Ils sont destinés en premier lieu aux congrès professionnels, mais aussi à être présentés dans les festivals nationaux ou internationaux. Ils servent également de support de formation professionnelle, tant dans le milieu médical que sportif.

Ces expériences se sont révélées, par trois fois, une première mondiale en parapente. C'est tout d'abord d'avoir organisé des stages pour personnes débutant un handicap en 1991 et d'avoir obtenu qu'un stagiaire acquière le brevet de pilote confirmé. C'est aussi en 2006 d'avoir permis des vols, comme un homme valide, à une personne désarticulée de hanche et, surtout notre grande fierté, d'avoir fait voler en autonomie

un patient breveté, triamputé, du haut du mont Blanc, qu'il avait grimpé par ses propres moyens. Cet exploit nous a valu le Prix de l'aventure humaine au Festival international du film de vol libre en 2003 à Saint-Hilaire-du-Touvet (38) dans le cadre de la coupe Icare.

Conclusion

Ce concept de rééducation par le sport intéresse fréquemment d'autres centres et des clubs handisport. C'est pourquoi nous accueillons dans ces stages des formateurs et des personnes handicapées, extérieurs à l'établissement, afin de leur faire partager nos acquis. En effet, nous n'oublions jamais que nous avons débuté grâce à l'aide d'un club handisport.

La réussite de cette initiative ne revient pas seulement à ceux qui en ont eu l'idée, mais aussi à tous ceux qui l'ont soutenue et qui y ont participé : le conseil d'administration, les directeurs, les membres du personnel, et bien évidemment le Dr Jean-Claude Dupré qui nous a fait entièrement confiance en donnant l'accord médical pour ces stages et à qui nous laisserons le mot de la fin.

« Pour les personnes handicapées, les activités sportives, c'est aller bien au-delà d'elles-mêmes, c'est se surpasser pour prouver qu'elles existent. » ■

Frédéric Lamandé
Marie-Claude Sarthe
Hôpital Villiers Saint Denis



Disparition de Guy Vial

Guy Vial, guide de haute montagne et moniteur de parapente, a disparu dans le Mont Blanc dans le cadre de son activité professionnelle.

Il avait participé en 2003, avec l'équipe de Villiers Saint Denis, à une première mondiale en permettant à Romain Chamerois, jeune patient triamputé, de réaliser l'ascension du mont Blanc et la descente en parapente en autonomie.

L'hôpital avait eu le plaisir de l'accueillir lors d'une cérémonie pour le remercier et lui remettre la médaille de la Fondation.

Nous garderons en mémoire son sourire et sa joie de vivre.

Faits marquants Villiers Saint Denis

Sros 3

Les travaux d'élaboration du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération (Sros 3), initiés en 2004, se sont poursuivis durant toute l'année 2005. Les projets médicaux des quatre territoires picards, réalisés en concertation avec les groupes de travail thématiques et territoriaux, ont été présentés en décembre à l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH).

La publication du Sros 3 en mars 2006 permettra à l'établissement de construire son nouveau projet d'établissement.

Coopération interhospitalière Château-Thierry/Villiers Saint Denis

Les deux établissements, soutenus par la Ddass de l'Aisne et l'ARH de Picardie, ont décidé de créer un groupement de coopération sanitaire afin de gérer la délocalisation du court séjour cardio/pneumo et la restauration. Le projet de convention constitutive a été validé par les tutelles.

Concomitamment, des consultations ont été mises en place sur le site de Château-Thierry par un cardiologue et un pneumologue.

Coopérations

Plusieurs conventions ont été signées avec des établissements de santé : collaboration en cardiologie avec les centres hospitaliers de Soissons, Château-Thierry et Laon, création de l'union régionale des soins palliatifs en Picardie avec le CHU d'Amiens, consultations d'appareillage avec le centre hospitalier de Troyes.

Des collaborations ont également été mises en place avec la maison de retraite de Charly-sur-Marne et de

Neuilly-Saint-Front pour le traitement du linge, le lycée Jean-de-La-Fontaine pour une coopération avec la filière carrières sanitaires et sociales.

L'établissement a signé une convention avec la caisse primaire d'assurance maladie de Laon, l'union régionale des caisses d'assurance maladie de Picardie et le CHU d'Amiens, afin de réaliser une étude sur l'appareillage pour la prévention des récurrences des lésions du pied diabétique.

Organisation

Depuis septembre 2005, l'activité médicale est organisée autour de trois départements :

- vasculaire, diabétologie et appareillage au pavillon 1 ;
- cardiologie, pneumologie, gériatrie au pavillon 2 ;
- médecine physique et réadaptation au pavillon 3.

Violences à l'hôpital

Un plan d'actions a été élaboré pour lutter contre les phénomènes de violence. Il est le fruit d'un travail collégial du médecin du travail, des cadres infirmiers, du corps médical et de la mission d'appui interne.

Il comporte la rédaction et la mise en place d'une part d'une procédure de signalement et de prise en charge des actes et menaces de violence, d'autre part du pacte d'hospitalité. En signant ce document, le patient s'engage à respecter les principes et les règles de vie en milieu hospitalier.

En outre, des référents « prévention des phénomènes de violence » ont été nommés dans tous les départements, et formés. Ce travail a été récompensé par l'obtention de la mention spéciale du jury aux Trophées pour la qualité de vie au travail à Amiens.

Réseau hôpital sans tabac

L'hôpital a participé aux actions menées par le réseau Hôpital sans tabac. Tout d'abord, quarante salariés ont pu bénéficier de substituts nicotiniques durant le mois de mai 2005 dans le cadre de l'opération « Ce mois-ci, j'arrête de fumer ». La Journée mondiale sans tabac, le 31 mai 2005, a ensuite été l'occasion d'organiser des séances d'information sur les méfaits du tabac et l'aide au sevrage tabagique auprès du personnel, des patients et des visiteurs.

Les dixièmes Rencontres de professionnels de santé et tabagisme se sont déroulées ce jour-là à Paris et ont été le cadre de la signature de la charte Hôpital sans tabac de l'établissement par Claude Évin, ancien ministre de la Santé, et Gérard Barsacq, secrétaire général du Réseau hôpital sans tabac. Cette charte a été affichée dans l'ensemble de l'établissement et l'interdiction de fumer dans tous les locaux de l'hôpital est respectée.

Le conseil régional de Picardie et la formation des infirmiers

Dans le but d'attirer des jeunes vers la formation en soins infirmiers et de les maintenir au moins quatre ans en Picardie après la fin de leurs études, la région a décidé d'attribuer des bourses de fidélisation aux étudiants de deuxième et troisième année.

La mise en œuvre de cette action passe par la signature de conventions, d'une part entre le conseil régional et l'établissement, d'autre part entre l'établissement et l'étudiant qui s'engage à y travailler, après la fin de sa formation, au moins trente-six mois s'il est en deuxième année d'études et dix-huit mois s'il est en troisième année d'études.

Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH)

Le projet Operah (Optimisation de la performance des achats hospitaliers) a été lancé dans l'établissement en mars 2005 avec l'accompagnement de la Mission nationale. Un état des lieux des achats a été réalisé et a permis le regroupement d'achats inter-services de produits et une diminution de références de produits catalogués, ce qui a favorisé une diminution des dépenses.

Toujours dans le cadre de la mission MeaH, l'établissement s'est porté volontaire et sa candidature a été retenue afin d'effectuer une étude portant sur le dispositif d'appui à la gestion et à l'organisation du temps médical, travail devant se dérouler durant toute l'année 2006.

Établissements Fehap

Les difficultés budgétaires rencontrées par les établissements privés participant au service public hospitalier ont fait l'objet en mai 2005 de deux communications dans les médias :

- un reportage a été tourné par France 3 Picardie dans l'établissement et a été diffusé lors du journal « 19/20 » ;
- une conférence de presse a été tenue en mairie de Villiers Saint Denis et a donné lieu à des articles dans *L'Union*, *Le Pays briard* et *Picardie-La Gazette*.

PeTIT

Court métrage tourné par une jeune réalisatrice dans les locaux du pavillon 3, sa diffusion est prévue en 2006 sur France 3. En outre, le pro-

ducteur a cédé le droit d'exploiter gratuitement ce film sur le réseau interne de l'hôpital, au profit des patients.

Soirées médicales

Deux réunions d'information destinées au personnel se sont tenues, l'une sur la maladie d'Alzheimer, l'autre sur la grippe aviaire.

Formation

Les professionnels du secteur se sont retrouvés pour la deuxième journée de formation du réseau de soins palliatifs du secteur 8 organisée cette année par notre hôpital.

Animations

Elles ont été nombreuses et variées : spectacles musicaux, tournois sportifs, feu d'artifice et participation aux manifestations Fête de la musique et Lire en fête.

Jumelage avec l'hôpital central de Huê

Deux jeunes professionnels vietnamiens ont été formés dans les services de kinésithérapie et à l'atelier d'appareillage durant six mois.

Unité centrale de fauteuils roulants

Elle a ouvert ses portes en mars afin d'optimiser la gestion du parc de fauteuils roulants et d'en assurer le nettoyage et l'entretien. Pour ce faire, un logiciel informatique a été conçu en interne. ■



Faits marquants

La Musse

Coopérations interhospitalières et partenariats

Trois conventions ou partenariats ont été signés en 2005 : avec l'Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées (Adapt) d'Elbeuf (centre Olivier-Suchetet), concernant des interventions de la responsable diététicienne, avec le CHS d'Évreux-Navarre, pour une mutualisation du poste de l'infirmière hygiéniste (2,5 jours par semaine) et avec les hôpitaux du Neubourg en biologie médicale.

En novembre et décembre, des rencontres ont eu lieu avec l'une des responsables de la Ddass, le directeur de La Ronce (établissement accueillant des

personnes handicapées situé à Évreux) et la représentante de l'association des traumatisés crâniens de l'Eure à propos du nouveau service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah).

Réunions et colloques

À l'initiative des familles de traumatisés crâniens de l'Eure, La Musse a reçu, au mois de septembre, les intervenants d'un colloque sur le thème : « L'enfant traumatisé crânien dans l'Eure ».

En novembre, ce fut au tour de l'hôpital La Musse d'accueillir l'assemblée générale statutaire régionale de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés (Fehap) au sein de l'établissement. Une cinquantaine de personnes sont venues de toute la région.

Recrutements et départs

Arrivée du Dr Sid'Ahmed Belkaïd, médecin généraliste qui partage son temps entre les unités vasculaires et cardiologiques du pavillon 2.

Arrivée du Dr Bernard Levöl, cardiologue, médecin chef de service.

En avril, départ du directeur adjoint, Raynald Huguet.

En juin, départ du directeur Alain Flourent, remplacé par Catherine Palladitcheff, directeur adjoint et des ressources humaines.

Formations

Deux salariés de l'hôpital La Musse ont été formés pour devenir moniteurs secouristes. Sandrine Marissal (kinésithérapeute) et Laurent Jarry (éducateur sportif) animent, à leur tour et depuis le mois de septembre à raison de deux sessions par an, des formations aux premiers secours pour les salariés de l'hôpital La Musse.

Laurent Lebon, chef comptable, a procédé à plusieurs séances d'information sur le thème de la comptabilité analytique.

Sylvie Gaillard, infirmière hygiéniste, a mis en place plusieurs séances de formation dans les différents pavillons sur le thème de l'hygiène des mains.

Huit demi-journées de formation ont eu lieu sur le thème : « Maquillage comme soin thérapeutique ». Elles ont concerné des infirmières, des aides-soignantes et un médecin.

Budget

Plan de retour à l'équilibre budgétaire La première année de mise en œuvre du plan de retour à l'équilibre budgétaire (PREB) pour l'établissement a été un succès. Et, si des mesures importantes restent encore à prendre en 2006, l'hôpital La Musse est en bonne voie.

Dans le cadre du PREB, il a été décidé la facturation des chambres à un lit et conclu un partenariat avec le directeur d'Imadies, principale mutuelle de l'Eure concernant la prise en charge des chambres individuelles.

Contrats d'accompagnement à l'emploi

Le premier contrat signé dans l'Eure l'a été à l'hôpital La Musse et nous a valu la visite du préfet. Il concernait un jeune brancardier.

Hôpital de jour

L'hospitalisation de jour (HDJ) a été mise en place au pavillon 1 (rééducation et réadaptation), en janvier. Elle doit concerner une vingtaine de patients, quotidiennement. La régularisation de l'HDJ du





L'équipe de l'hôpital de jour du pavillon 1
au moment de sa mise en place...

pavillon 2 (cardiologie, pneumologie, nutrition et évaluation gériatrique) est en cours.

Service de rééducation du pavillon 1

Un goûter (offert par l'hôpital) avec distribution de jouets (offerts par le comité d'entreprise) a été organisé au moment de Noël pour nos jeunes patients hospitalisés au sein du service de rééducation du pavillon 1.

En septembre, une réunion bilan avec l'inspection académique avait eu lieu à propos de la scolarisation de nos jeunes patients sur site.

Salons professionnels

L'hôpital La Musse a participé, du 12 au 14 octobre, au Salon infirmier de Paris.

Entrée d'établissement

Une entrée sécurisée, avec barrière commandée par le personnel du standard, a été installée au mois de mai. Les salariés entrent sans difficulté grâce à un autocollant apposé sur leur pare-brise. Les visiteurs et fournisseurs doivent donner la raison de

leur entrée. Les incidents observés dans l'enceinte de l'établissement ont diminué.

Accréditation

Fin juin 2005, les experts-visiteurs de la Haute Autorité de santé (HAS) ont rendu leur verdict, à l'issue des trois jours passés dans l'établissement en janvier : « La Musse satisfait à la procédure d'accréditation ». Les cinq recommandations émises par la HAS serviront de base au travail du nouveau comité de pilotage (Copil) créé en vue de la seconde procédure d'accréditation (V2).

Projet d'établissement

Fin 2005, un travail de réflexion en interne a été entamé en vue de l'élaboration du projet d'établissement.

Plan blanc

En décembre, le plan blanc a été finalisé, rédigé et envoyé à la Ddass. Il renferme les procédures précises et les protocoles à mettre en place en cas de crise ou de situation sanitaire exceptionnelle dans la région. ■



Sandrine Marissal, kinésithérapeute,
expliquant le massage cardiaque
à un groupe de salariés de l'hôpital.

Faits marquants CMCPP

Qualité hospitalière : une cinquantaine de directeurs dans les locaux

Au mois d'avril, le centre médico-chirurgical de la Porte de Pantin (CMCPP) a réuni une cinquantaine de directeurs, responsables, ingénieurs qualité venus des divers coins de notre territoire.

Cette journée de travail était organisée par l'Association francophone pour la qualité hospitalière (Afqho), association dont le but est de faciliter le transfert direct d'expériences entre les établissements, de représenter et faire vivre la fonction qualité dans les diverses instances nationales et de développer le relationnel entre les acteurs de la fonction qualité et les réseaux locaux ou spécialisés.

Cette journée était présidée par Pascal Forcioli, directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Picardie et

président de l'Afqho. La place des usagers, la préparation de la deuxième procédure d'accréditation et les évaluations des pratiques professionnelles ont été les thèmes abordés lors de cette journée.

Les représentants des usagers à l'honneur

Le président et le secrétaire du conseil d'administration de la Fondation, ainsi que le directeur et le président de la commission médicale d'établissement du CMCPP ont reçu MM. Caplaere et Taupin pour les remercier de leurs participations actives aux différentes instances où ils sont conviés. La recherche d'associations de patients dans l'arrondissement a été longue et infructueuse, aussi le CMCPP s'est-il adressé à d'anciens patients qui ont bien voulu donner de leur temps.



Salons professionnels

Le CMCPP a participé, du 12 au 14 octobre, au Salon infirmier de Paris.

Visite de l'hôpital Villiers Saint Denis

Le 19 juillet, Marc Daulas, accompagné d'Elham Aubineau (coordinatrice des achats et travaux), de Jean-Paul Lévy (responsable qualité), du Dr Paul Pham (département d'information





médicale), de Patrick Raillot (ingénieur travaux) et de Josiane Sammut (ressources humaines), a visité l'hôpital Villiers Saint Denis. Les échanges ont été fructueux s'agissant notamment du développement des réseaux. Déjà, une équipe du département vasculaire et diabétologie de l'hôpital Villiers Saint Denis consulte au CMCPP, hebdomadairement, pour le suivi de prothèses de malades résidant en région parisienne.

Pratiques en hygiène hospitalière

Suite à la circulaire ministérielle n°DGS/SD5C/Dhos/E2/2005/384 du 11 août 2005 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière, le comité de lutte contre les infections nosocomiales (Clin) du CMCPP a effectué un audit au sein des différents services de l'établissement. Marie Généreau, infirmière hygiéniste diplômée d'État, et le Dr Jacques Servant, chirurgien orthopédiste, ont réalisé cet audit.

Seconde procédure d'accréditation (V2)

Par courrier du 4 novembre 2005, la Haute autorité de santé (HAS) a confirmé sa visite de certification. Sylvie Laot-Cabon sera, pour la HAS, l'interlocuteur du CMCPP. ■



Le parcours de santé mutualiste

Pour sa 38^e édition, le Congrès national de la Mutualité française s'est tenu du 8 au 10 juin 2006, à Lyon. Quatre mille mutualistes, dont les représentants de la fédération mutualiste interdépartementale de la région parisienne (FMP), administrateurs de la Fondation, ont participé aux débats tout au long de cette grande manifestation qui a lieu tous les trois ans.

La Mutualité française qui fédère la quasi-totalité des mutuelles et protège 38 millions de personnes a profité de cette occasion pour lancer son nouveau chantier : le parcours de santé mutualiste. Solidaire et transparent, il vise à dépasser les incohérences et la complexité du parcours de soins coordonnés. Le parcours de santé mutualiste veut ainsi proposer aux adhérents les meilleurs soins possibles, quel que soit leur problème de santé. Au centre des débats : la qualité des soins et l'information des patients.

Offrir à chacun les mêmes chances face à la maladie

« L'idée du parcours de santé mutualiste est née de la volonté d'offrir à chacun les mêmes chances face à la maladie », a affirmé le président de la Mutualité française, Jean-Pierre Davant, lors du discours de clôture du congrès. « C'est une démarche commune des mutuelles pour permettre à tous les adhérents qui le souhaitent d'accéder, chaque fois que nécessaire, au meilleur des connaissances, des techniques et des soins. » « L'adhérent, seul, n'a malheureusement

pas beaucoup de visibilité sur le système de santé, déplore Jean-Pierre Davant. Il n'a aujourd'hui aucun moyen de savoir si la porte à laquelle il frappe débouche sur des soins de qualité. »

Jungle tarifaire

En effet, depuis le 1^{er} juillet 2005, les assurés sociaux de plus de 16 ans choisissent un médecin traitant – un généraliste dans 99,6 % des cas – chargé de les prendre en charge, de les orienter dans le système de soins et de coordonner les consultations entre les professionnels de santé. C'est le parcours de soins coordonnés. Si, sur le principe, le dispositif du médecin traitant reçoit un accueil favorable des assurés sociaux et des mutuelles, il en va tout autrement en pratique.

Ainsi, les nouveaux tarifs médicaux contribuent à rendre encore plus opaque le prix des consultations pour les patients : leur montant varie, non seulement en fonction du passage ou non par le médecin traitant, mais aussi du secteur d'activité (secteur 1 ou 2), de la nature de la consultation (suivi régulier ou ponctuel), de l'âge du bénéficiaire. Résultat : un nombre invraisemblable de tarifs !

Il s'agit donc avant tout de proposer, demain, un circuit balisé et expertisé aux adhérents. Objectif : garantir une meilleure information sur la qualité des soins, des tarifs médicaux clairs et négociés ainsi qu'un remboursement optimal.

Une démarche qualité dans tous les domaines de la santé

Le parcours de santé mutualiste veut étendre sa démarche de qualité à tous les domaines de la santé : prévention, dépistage, soins curatifs et accompagne-

ment des personnes en situation de handicap ou de dépendance.

Trois axes se dégagent :

- le premier vise à améliorer les démarches de prévention : lutte contre le tabagisme, dépistage des cancers, santé bucco-dentaire ;
- le deuxième concerne l'accompagnement en cas de maladie. Les mutuelles pourraient proposer à leurs adhérents de nouveaux services d'orientation et de conseils. Le lancement des services à la personne, au travers de l'enseigne France domicile, permet aussi de renforcer le soutien apporté aux personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance. L'aide aux « aidants » (famille, proches...) pourrait également être accrue ;
- troisième axe : deuxième financeur de soins après la Sécurité sociale, la Mutualité souhaite passer des accords avec les professionnels de santé. Ces accords devront contribuer à clarifier les tarifs, tout en garantissant aux adhérents d'accéder aux meilleurs soins. « Nos concitoyens ne sont pas toujours conscients qu'il existe en France de vraies injustices dans l'accès à la qualité des soins, s'inquiète Jean-Pierre Davant, y compris pour des maladies aussi graves que le cancer. Tous les services hospitaliers ne se valent pas ! Je suis persuadé que nous trouverons des médecins pour relever avec nous ce défi, pour que qualité rime avec égalité. »

Cancer et addictions, les deux premières prestations spécifiques pour les adhérents

Les deux premiers champs d'application du parcours de santé mutualiste seront le cancer et les addictions.



Pour aider les victimes du cancer, les mutuelles pourraient proposer des prestations spécifiques à leurs adhérents comme la prise en charge personnalisée, les consultations pluridisciplinaires, la possibilité d'un second avis médical, des indicateurs de résultat sur les services et les établissements de soins.

Elles pourraient orienter les malades qui souffrent d'addiction vers « un médecin formé à ce type de pathologie ». Cette orientation représenterait un progrès considérable pour des centaines de milliers de familles désemparées, confrontées à de telles situations. En effet, « les dépendances au tabac, à l'alcool, à l'héroïne, au cannabis et autres substances, mais également aux aliments qui débouchent sur des surpoids considérables » trouvent dans le système actuel des « réponses d'un autre temps », a souligné Jean-Pierre Davant.

Avantages

Le parcours de santé mutualiste, mis en place par la Mutualité française, doit donc se traduire par les améliorations suivantes pour les adhérents :

- de meilleurs remboursements en favorisant la qualité des soins ;
- la prise en charge sur une base de

tarifs négociés avec les professionnels de santé, afin notamment de limiter les sommes restant à la charge des ménages ;

- l'accès à une plus grande information santé à travers la prévention, l'orientation et le dialogue avec les professionnels de santé ;
- le plan personnalisé de prévention établi avec son médecin traitant ;
- le meilleur accompagnement, en cas de problème de santé : aide à domicile ou de proximité, soutien psychologique y compris pour l'entourage, éducation thérapeutique afin de gérer au mieux la maladie, d'en retarder l'évolution et d'en limiter les conséquences.

Plus vite que la réforme de l'assurance maladie

Le ministre de la Santé, intervenant en clôture du congrès, a annoncé pour sa part la création d'un « plan contre les addictions ». Il a également confirmé la réalisation d'états généraux de la prévention et l'ouverture du « dossier médical personnel à partir de juillet 2007 ». Xavier Bertrand a constaté aussi que « le parcours de santé mutualiste va, en définitive, plus vite que la réforme, car il dessine ce que nous voulons

De gauche à droite : Jérôme Jaffré, président du centre d'études et de connaissance sur l'opinion publique (CECOP), Bernard Richer, membre du comité exécutif de la Mutualité française, Didier Gaboriaud, président de La Renaissance Sanitaire et vice-président de la Mutualité française et Jean-Louis Davet, conseiller technique à la direction générale de la Mutualité française.

mettre en place pour les assurés sociaux. Votre parcours de santé, basé sur la transparence et l'amélioration de la qualité, va dans le bon sens », a-t-il déclaré aux délégués mutualistes. ■

Catherine Toublanc
Fondation
La Renaissance Sanitaire

Fédération nationale de la Mutualité française

255, rue de Vaugirard
75719 Paris Cedex 15
Tél. : 01 40 43 30 30
www.mutualite.fr
E-mail : webmail@mutualite.fr

Réalisations et nouveaux projets

Grâce aux dons reçus, les travaux d'agrandissement du département de réhabilitation fonctionnelle de l'hôpital central de Hué sont achevés et des équipements complémentaires y ont été installés. C'est ce qu'a notamment constaté la délégation de la Fondation qui s'est rendue à Hué en février 2006*. Elle a pu apprécier la qualité des réalisations tant à l'hôpital central que dans ses annexes et les nouveaux besoins de notre partenaire.

La visite de la Fondation en février 2006

La Renaissance Sanitaire, représentée par Michel Ladegaillerie, président de la Fondation, Béatrice Blanche Lopoukhine, direction, le Dr Anne Benassar, département cardiologie et pneumologie de l'hôpital Villiers Saint Denis, et Éric Deschamps, responsable de l'atelier d'appareillage du même établissement et à l'origine des relations nouées avec l'hôpital central de Hué, s'est rendue au Vietnam du 1^{er} au 10 février 2006.

Cette visite a permis de faire le point, sur les travaux effectués et le matériel acquis, avec notamment le Dr Huong, directeur de l'hôpital, le Dr Khanh, chef du département de réhabilitation fonctionnelle, ainsi qu'avec M. Tuyen, secrétaire général chargé des relations

internationales et Mme Hoa, kinésithérapeute, qui était venue se former en France à l'hôpital Villiers Saint Denis. La direction de l'hôpital et ses équipes, sensibles à la continuité des actions « dans le temps » menées par la Fondation, ont renouvelé à cette dernière leurs vifs remerciements et leur grande reconnaissance en leur demandant d'en faire part aux généreux et fidèles donateurs. La gratitude exprimée par les stagiaires vietnamiens, venus se former dans nos établissements en France, témoigne également de cette reconnaissance. Cette expérience française a favorisé leur épanouissement professionnel. Ainsi, notre partenariat, de longue durée, est préféré à d'autres types d'action, certes souvent plus démonstratifs en moyens, mais très circonscrits dans la durée.

L'agrandissement et l'aménagement du département de réhabilitation fonctionnelle

La construction, menée en partenariat avec l'ONG Enfants sans frontières qui apporte également depuis de nombreuses années son concours à cet hôpital, a consisté en la surélévation de l'existant, devenu trop exigu. La Fondation a versé 16 000 euros pour les travaux de gros œuvre et second œuvre et 11 000 euros pour son aménagement et son équipement (banc de musculation polyvalente, banc à quadriceps, table de rééducation, bicyclette ergonomique...). Elle a également remis 6 000 euros, conformément à un engagement pris sur quatre ans, dédiés à l'achat de matériels et matières premières pour l'atelier d'appareillage du même département. Cette action sera poursuivie en 2007 et 2008.





L'équipement en appareils de physiothérapie des hôpitaux de district de Phong Dien et de Phu Loc

Un vélo de rééducation, une lampe infrarouge, un appareil d'électrothérapie, du matériel d'ergothérapie, un escalier, des barres parallèles et un stimulateur électrique antalgique ont été achetés pour équiper les points santé situés à Phong Dien et Phu Loc. Au total, ce sont 5 847 euros qui ont été dépensés pour ces consultations foraines. Le projet d'équipement de la consultation foraine de Quang Dien a par contre été abandonné, en raison de travaux trop importants et d'un projet mené par l'État vietnamien de construction d'un nouvel hôpital sur ce site. Il en va de même du projet d'achat d'une seconde ambulance ; le véhicule remis par la Fondation en 2004 couvre en fait les besoins du département de réhabilitation fonctionnelle.

Les projets

Il importe maintenant de doter le département de réhabilitation fonctionnelle des personnels formés qui pourront également effectuer des consultations d'appareillage auprès de populations excentrées, victimes notamment de l'agent orange, et pour toutes les personnes handicapées qui pourront retrouver ou améliorer leur autonomie, non seule-

ment par des soins chirurgicaux et médicaux, mais aussi par l'appareillage et la rééducation fonctionnelle.

Aussi, la Fondation travaille sur deux projets :

- poursuivre l'action de formation et d'hébergement de prothésistes à Hanoï, pendant deux ans, soit un coût évalué à 10 000 euros par personne pour les deux années ;
- acquérir du matériel de rééducation de base pour les hôpitaux de montagne de Nam Dong et A Luoi, pendant deux ans, soit un coût pour chaque hôpital décomposé comme suit : 4 000 euros pour l'achat de matériel « fixe » d'équipement (coût : 8 000 euros) et 3 000 euros destinés à l'achat annuel de matériaux et de matériels nécessaires à la fabrication des prothèses (coût : 12 000 euros), ce qui représente un coût total de 20 000 euros. ■

Catherine Toubanc
Fondation

La Renaissance Sanitaire

** Les frais afférents à ce voyage et aux déplacements subséquents, comme d'ailleurs ceux correspondant à l'édition de la plaquette annuelle dédiée à l'opération de collecte des dons, ont été intégralement pris en charge par la Fondation, sans aucun recours aux dons.*





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

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

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| • hôpital Villiers Saint Denis | • hôpital La Musse | • centre médico-chirurgical |
| 1, rue Victor-et-Louise-Monfort | Allée Louis-Martin | de la Porte de Pantin |
| BP 1 | 27180 St-Sébastien-de-Morsent | 9 - 21, sente des Dorées |
| 02310 Villiers Saint Denis | Tél. : 02 32 29 30 31 | 75019 Paris |
| Tél. : 03 23 70 75 22 | | Tél. : 01 44 84 54 44 |

Siège social :

14, boulevard Saint-Germain - 75005 PARIS

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

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.