

Le magazine
de La Renaissance Sanitaire

Regards

N°6 DÉCEMBRE 2007

Actualités

Enjeux

Compétences

Initiatives

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



Fondation reconnue d'utilité publique
par décret du 8 juillet 1926



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 du Groupe 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

René VANDAMME
Administrateur du Groupe FMP



Trésorier

Paul DEVROEDT
Trésorier du Groupe FMP

Administrateurs

Maguy BEAU, vice-présidente du Groupe FMP
Jean-François CLERTANT, vice-président du Groupe FMP
Pr Gérard DUBOIS, chef du service Évaluation médicale au CHU d'Amiens
Dr Magali GUICHARDON, médecin gériatre
Didier POITEVINEAU, administrateur du Groupe FMP
Henri LESAULE, administrateur de la Caisse nationale de solidarité
et pour l'autonomie, vice-président de la caisse régionale
d'assurance maladie d'Ile-de-France
Jean-Claude MAIRET, administrateur du Groupe 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

Jean-Louis YONNET



Président de la CME

Dr Lakhdar KHENIFER

actualités

CPOM

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ... p. 4

Restauration

Groupement de coopération sanitaire Logipôle-Cambolle p. 5

Grippe aviaire

La Renaissance Sanitaire en première ligne p. 6

Tabagisme

La Convention cadre de lutte antitabac de l'OMS p. 8

Regard sur la cigarette en France

Tabac ou santé ? Il faut (pouvoir) choisir ! p. 10

enjeux

PSPH en colère p. 13

Centre médico-chirurgical de la Porte de Pantin

Pour que notre existence ait un sens p. 14

Chutes chez la personne âgée

Un problème majeur de santé publique p. 16

Chirurgie des centenaires

Acharnement ou devoir moral ? p. 18

compétences

Ezzeddine Selini

**Le parcours sans faute du nouveau chef de service
soins de suite oncologie et soins palliatifs** p. 20

Chirurgie de la main

Le syndrome du canal carpien p. 22

Hôpital La Musse

Patients cérébrolésés, un service pour l'après... p. 23

initiatives

Hôpital Villiers Saint Denis

**Inauguration du nouvel atelier d'appareillage
et de la nouvelle balnéothérapie** p. 26

Droits des usagers

L'évolution de la place de l'utilisateur à l'hôpital p. 28

Hôpital Villiers Saint Denis - La maison des usagers ... p. 29

Éthique - Hôpital Villiers Saint Denis

**Retrouver la part de vie
dans les messages des hommes** p. 30

L'Espace Éthique : le début d'une belle aventure p. 31

Priorité santé mutualiste

Vers un accès à des soins de qualité pour tous p. 32

Faits marquants

Hôpital Villiers Saint Denis p. 34

Hôpital La Musse p. 36

Centre médico-chirurgical de la Porte de Pantin p. 38

Directeur de publication : Didier Gaboriaud ■ Rédacteurs en chef : René Vandamme, René Durand, Catherine
Toublanc ■ Conception maquette : Héral ■ Imprimerie de Champagne ■ Dépôt légal 4^e trimestre 2007.



Qualité et responsabilité : le même fil conducteur de nos activités

La qualité, c'est bien sûr la deuxième procédure de certification consacrée notamment à l'évaluation des pratiques professionnelles. La première visite des experts-visiteurs de la Haute Autorité de santé est prévue au premier semestre 2008.

La qualité, c'est encore considérer et inscrire l'usager du système de santé dans une vision sociétale : les relations « patients/institutions » et le sens que l'on souhaite donner aux activités hospitalières seront débattus dans les maisons des usagers ou encore dans les espaces éthiques qui voient le jour dans nos établissements.

Innover dans des plateaux techniques de pointe, c'est évidemment renforcer la qualité : la nouvelle balnéothérapie et le nouvel atelier d'appareillage de l'hôpital Villiers Saint Denis – inaugurés par Xavier Bertrand, alors ministre de la Santé et des Solidarités – mettent en exergue l'importance de l'interdisciplinarité, devenue souhaitable sinon classique.

Et la qualité, pour nos établissements formidablement bien entretenus, ce seront des restructurations immobilières indispensables à l'amélioration de l'offre sanitaire dans le cadre de coopérations incontournables et propices au maillage territorial. Gain de productivité, amélioration des conditions de travail, meilleure circulation de l'information et, en définitive, amélioration des résultats en découleront.

Il en va de notre responsabilité de gestionnaire. De la même façon qu'il nous faut poursuivre et affiner, dans une démarche globale, la prise en charge des plus fragiles d'entre nous, personnes âgées, personnes souffrant de maladies dégénératives ou encore patients cérébrolésés, et ce sans attendre les décisions qui seraient prises s'agissant du financement d'un cinquième risque nommé « dépendance », objet de bien des convoitises.

La responsabilité, elle incombe aussi à chaque citoyen qui peut agir au profit de la santé publique promue par nos établissements : la lutte contre le tabagisme est en passe de réussir. La responsabilité est également intrinsèquement liée à l'essence de nos activités, certes privées (avec toute la rigueur gestionnaire que cela implique), mais aussi dénuées de but lucratif et mues par une mission de service public. Une meilleure reconnaissance de cette implication et le gommage des disparités de traitement seraient bienvenus de la part de nos tutelles sous peine de voir disparaître un modèle de gestion qui fait ses preuves.

Afin de poursuivre l'action hospitalière, qualité et responsabilité ne pourront que s'accroître et nos engagements s'inscriront dans la durée, indépendamment des aléas conjoncturels. La recherche de l'efficacité concerne chaque citoyen. Elle doit être une vigilance de tous et de chaque instant pour préparer l'avenir des générations futures avec courage, discernement et détermination.

Didier Gaboriaud
Président de La Renaissance Sanitaire

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

« Regards » n°5 (décembre 2006) débutait par un point de situation consacré aux schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (Sros3), adoptés en 2006 et ayant pour objectif, par la territorialisation et la concertation, de mobiliser les établissements et les professionnels de santé pour assurer le fonctionnement le plus performant possible de l'offre de soins. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) détermine la stratégie de chaque établissement en déclinant les orientations du Sros arrêté par l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), celle-ci ayant préalablement contracté avec le ministère de la Santé.

Après avoir réalisé un état des lieux de son activité, chaque établissement de santé, public ou privé à but non lucratif participant au service public hospitalier ou privé lucratif, a conclu début 2007, avec l'ARH dont il relève, un CPOM d'une durée de quatre ans renouvelable et révisable en fonction, notamment, des modifications apportées au Sros.

Quelles sont les orientations stratégiques inscrites dans les CPOM des établissements de La Renaissance Sanitaire ? L'hôpital La Musse, établissement de soins de suite et de réadaptation, destiné à répondre prioritairement aux besoins d'aval des structures de court séjour du territoire de santé d'Évreux-Vernon, a retenu les orientations stratégiques suivantes :

- créer une unité mixte d'hospitalisation complète de soins de suite polyvalents et gériatriques de vingt lits en réorientant des lits de soins de suite spécialisés dans le cadre du volume d'activité actuel, ainsi qu'une unité de vingt-deux lits de soins de suite oncologiques ;
- accueillir des patients mineurs en hospitalisation de jour, un jour par semaine sur une durée de six à huit semaines, afin de prendre en charge les troubles des conduites alimentaires, en particulier l'obésité ;
- identifier clairement les activités de médecine physique et de réadaptation au sein de l'ensemble des prises en charge de l'établissement, afin de bien les distinguer de l'activité de soins de suite.

L'hôpital Villiers Saint Denis dispense principalement des soins de suite et de rééducation qu'il souhaite consolider, alors que la délocalisation de ses activités de court séjour (soins intensifs, cardiologie et pneumologie) est en cours au profit du centre hospitalier de Château-Thierry. Il importe également que sa vocation interrégionale, plus particulièrement en vasculaire, diabétologie et appareillage, soit corroborée et que l'activité locale soit soutenue. Cela constitue la première orientation stratégique de l'établissement. Voici les autres :

- répondre aux besoins de soins de suite polyvalents à orientation gériatrique en développant la prise en charge des malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies dégénératives ainsi que les soins palliatifs ;
- poursuivre l'adaptation à la réglementation en matière de sécurité et de qualité ;

- rendre plus efficient le pilotage des ressources humaines ;
- mettre en œuvre un plan directeur, intégrant un retour sur investissement.

Le centre médico-chirurgical de la Porte de Pantin se restructure. Sa spécialité historique, la chirurgie orthopédique, a été complétée en 1988 par une activité de chirurgie générale (essentiellement viscérale et digestive), tandis que la médecine à orientation rhumatologique et gastro-entérologique était parallèlement introduite. 2007 a vu la création de soins de suite, les orientations stratégiques de l'établissement se déclinant désormais comme suit :

- développer l'activité chirurgicale orthopédique ;
- étendre l'activité de chirurgie viscérale et urologique ;
- accroître la chirurgie ambulatoire ;
- créer une activité chirurgicale vasculaire ;
- déployer l'activité nouvelle de soins de suite polyvalents au bénéfice des malades chirurgicaux de l'établissement, mais aussi de tous les autres établissements du territoire, notamment en gériatrie par renforcement des liens avec les organes coordonnateurs des actions en faveur des personnes âgées ;
- valoriser sa mission de service public hospitalier dans un secteur parisien défavorisé ;
- mettre en sécurité le site et procéder à la réfection des blocs opératoires afin d'améliorer les conditions de travail et réduire les coûts de fonctionnement.

Pour chaque établissement, plusieurs indicateurs de suivi et d'évaluation des contrats sont utilisés :

- les objectifs quantifiés afférents aux autorisations d'activités de soins et d'équipements en matériels lourds délivrées à l'établissement ;

Restauration

Groupement de coopération sanitaire Logipôle-Cambolle

- les objectifs thématiques découlant du Sros 3 retenus par l'établissement et l'ARH ;
- le maintien ou le développement des missions d'intérêt général ;
- les activités de prise en charge transversales et les actions de santé publique ;
- les coopérations et les réseaux de santé ;
- la qualité et la sécurité des soins ;
- les démarches d'amélioration de l'efficacité ;
- la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie.

En cas d'inexécution des engagements pris qui donnent lieu à des remontées d'informations périodiques vers l'agence, l'établissement, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, peut être sanctionné : pénalités financières, voire suspension ou résiliation du contrat. ■

Catherine Toublanc
Fondation La Renaissance Sanitaire

Afin de mutualiser leurs moyens, de garantir la qualité des prestations et de favoriser les synergies, le centre hospitalier intercommunal Eure Seine (hôpitaux d'Évreux et de Vernon), le centre hospitalier spécialisé de Navarre (psychiatrie) et l'hôpital La Musse ont souhaité s'engager dans la gestion commune d'une unité centrale de production alimentaire (UCPA) destinée à satisfaire leurs besoins propres.

Par arrêté du 21 septembre 2006, l'agence régionale de l'hospitalisation de Haute-Normandie a approuvé la convention constitutive (signée le 26 juin 2006) du groupement de coopération sanitaire (GCS) Logipôle-Cambolle – de droit public – qui administrera le pôle logistique. Le siège social du groupement est situé au centre hospitalier intercommunal Eure Seine. Constitué pour une durée de trente ans, le GCS a notamment pour objet de gérer la restauration de ses membres, de la production à la livraison des repas (prestation dite « de liaison froide ») et, notamment, de diriger une unité centrale de production alimentaire en recherchant l'optimisation des res-

Le projet architectural de l'UCPA.



Références

Législation et réglementation :

Articles L. 6114-1 à L. 6114-4, L. 6122-12, R. 6114-1 à R. 6114-14 et D. 6114-1 du code de la santé publique

Site Internet, le portail des ARH :

<http://www.parthage.sante.fr>

Arborescence

de la « contractualisation sanitaire » :

- entre l'assurance maladie et l'État, une convention d'objectifs et de gestion (COG) ;
- entre l'État et chaque ARH, un contrat triennal ;
- entre l'ARH et chaque établissement, un CPOM ;
- au sein de chaque établissement, entre le directeur et les pôles d'activité, un contrat.

Grippe aviaire

La Renaissance Sanitaire en première ligne

sources par la mutualisation des moyens humains, matériels et financiers.

À cet effet, le GCS organise les bâtiments et équipements nécessaires à la réalisation de ses activités, en acquérant et/ou réalisant tout bien immobilier et mobilier. Ainsi, l'UCPA sera prochainement construite sur le site de Cambolle, c'est-à-dire sur la zone d'activité située à l'ouest de l'agglomération ébroïcienne – site du nouveau centre hospitalier intercommunal Eure Seine, pour une ouverture prévue en janvier 2009.

La trentaine de salariés de l'hôpital La Musse directement concernés par la future UCPA a été conviée, mi-septembre 2007, à une réunion d'information organisée par la direction de l'établissement, en présence de Myriam Jacquet (future responsable de l'UCPA) et des représentants du Centre national de l'expertise hospitalière, cabinet chargé de l'accompagnement social du projet.

L'organisation mise en œuvre au sein du groupement se doit de respecter l'intégrité et le fonctionnement interne de chacun des établissements membres. Aussi, les salariés seront affectés au service de l'UCPA en conservant leurs statuts et leurs salaires. Ils demeureront salariés de l'hôpital La Musse et seront tous entendus afin de faire correspondre, autant que faire se peut, leurs souhaits et leurs compétences avec les besoins de la nouvelle organisation. Des formations sont également prévues, étant précisé que seule une dizaine de personnes sera concernée par le déménagement. Les autres salariés pourront se voir confier une nouvelle affectation, dans la cuisine restant en fonctionnement au sein de l'établissement ou dans un autre service. ■

Catherine Toubanc
Fondation La Renaissance Sanitaire

La pandémie de grippe aviaire à venir mettra à l'épreuve nos capacités à préparer, informer et organiser la protection de la population et les soins des malades dans des délais très brefs. Il s'agit de parer à un phénomène qui s'est déjà produit par le passé, mais dont l'ampleur et la date sont difficilement prévisibles. De cette préparation, et de cette organisation, dépendra en grande partie l'impact de la pandémie, en termes de morbidité, de mortalité et de coût socio-économique.

Le grand public s'est déjà emparé de plusieurs idées sur la grippe aviaire, dont toutes ne sont pas simples. N'hésitons pas à les vulgariser, à les clarifier, afin d'aider la population à réagir de façon adaptée en cas d'alerte, et à mieux se défendre :

- l'agent de la grippe n'est pas un virus comme les autres, mais un virus qui se transforme en fonction des hôtes qu'il infecte et grâce auquel il se multiplie. Sa dénomination évolue avec lui : aujourd'hui, on parle du virus H5N1. Ces hôtes naturels sont les oiseaux, certains mammifères comme l'homme n'en étant que des hôtes « accidentels » ;
- chaque année nous expose à une génération de virus de la grippe différente contre laquelle nos anticorps de l'an passé sont inefficaces : nous recommandons donc depuis longtemps déjà la vaccination antigrippale annuelle aux personnes les plus vulnérables ;
- tous les dix, quinze ou vingt ans, un changement plus marqué de conformation du virus nous expose, non à la

simple épidémie de grippe annuelle, mais à une véritable pandémie, phénomène qui peut durer un trimestre, beaucoup plus étendu géographiquement, avec une proportion plus importante de gripes sévères ou mortelles. Cela s'est vu en 1918, en 1957, en 1968, cela se verra encore ;

- le mode de contamination de la grippe est toujours le même : il s'agit de l'inhalation de postillons d'un grippé tousseur, contamination directe, et ce pendant la période brève de trois ou quatre jours où il tousse. Chacun le sait, la grippe est extrêmement contagieuse.
- la recherche a besoin, à ce jour, de plus de six mois pour mettre au point un vaccin correspondant à une nouvelle souche de virus, et ce à partir du moment où cette souche est apparue, a été repérée puis identifiée en laboratoire ;
- il existe aujourd'hui deux médicaments antiviraux efficaces pour réduire la sévérité d'une grippe et non la guérir. Ces médicaments sont utiles, à condition qu'ils soient administrés dès les premiers signes de la maladie ; c'est dire l'importance des consignes d'isolement dans notre discours d'information au public ;

Nous avons de bons arguments pour penser que se prépare une nouvelle génération de virus de la grippe qui donnera une nouvelle pandémie. Quand ? De quelle ampleur ? À partir de quel pays ? De quel animal ? Nous l'ignorons. Des observations faites chez certains oiseaux et mammifères ainsi que chez un petit nombre d'hommes, de femmes et d'enfants très exposés à manipuler professionnellement ces animaux massivement infectés de virus H5N1 dans le sud-est asiatique, suggèrent que cela peut très bien survenir dans les dix ans,



voire cinq ans. Ces cas de contamination humaine, quoique très rares à l'échelle de la planète, ont donné des tableaux de grippe sévères ou mortelles, mais jusqu'à présent (juin 2007), aucun cas de contamination interhumaine n'a été observée avec cette nouvelle génération de virus. Lorsqu'une nouvelle adaptation du virus permettra ce passage directement de l'homme à l'homme, les conditions seront remplies pour une nouvelle pandémie.

Face à cette menace avérée, nous disposons de mesures simples et d'efficacité éprouvée pour limiter le phénomène et éviter la paralysie du pays. Encore faut-il être prêt à les appliquer :

- l'information du public quant au mode de contamination réelle de la grippe et aux précautions simples de protection contre les postillons pendant la période de contagiosité doit être poursuivie. L'efficacité de l'isolement simple doit être répétée ;
- la recherche de nouvelles molécules antivirales doit bien sûr se poursuivre, de même que la recherche de techniques visant à raccourcir le délai de fabrication du futur vaccin contre le futur virus grippal ;
- comment procéder lorsque la pandémie touchera la France ? Le plan blanc est là pour nous guider. Le tri entre patients ne présentant pas de signes de gravité, à maintenir en isolement à domicile sous la surveillance des médecins généralistes, et ceux qui présentent des signes respiratoires préoccupants, impose une bonne articulation avec les services d'urgence mobiles renforcés (Samu, pompiers et armée) ;
- les patients graves doivent être regroupés dans des lieux de soins qui leur soient exclusivement dévolus ;

- l'accès sans délais, la distribution et le bon usage des masques de protection et des médicaments antiviraux doivent être soigneusement préparés. L'approvisionnement en oxygène des institutions doit être concerté ;
- les soignants doivent savoir se protéger efficacement à tous les stades des soins (accueil, oxygénation, ventilation...). Ils doivent être préparés à réagir en professionnels de santé responsables afin d'éviter les déflections massives ;
- les services hospitaliers d'aigus doivent pouvoir remplir leurs autres missions pendant la pandémie : chirurgie non programmée et autres urgences médicales.

La Renaissance Sanitaire aura un rôle clé dans le dispositif sanitaire départemental avec l'hôpital La Musse en cas de pandémie. Pourquoi ce choix ?

- De par sa structure pavillonnaire, l'hôpital La Musse permettra l'isolement de nombreux grippés sans qu'il y ait paralysie de la totalité de l'établissement. La proximité du bassin de population d'Évreux et du centre hospitalier (CH) d'Évreux-Vernon facilitera les navettes Samu ;
- l'évacuation et la mise à disposition d'un pavillon de deux cents lits de soins de suite et de réhabilitation telles qu'ils sont pratiqués à l'hôpital La Musse seront plus faciles, plus rapides à obtenir que celles d'un hôpital médico-chirurgical d'aigu de même capacité, ce qui sera décisif en cas de pandémie d'emblée massive ;
- regrouper à l'hôpital La Musse la majorité des cas de grippés présentant des signes de gravité (hors l'insuffisance respiratoire aiguë du sujet jeune, dirigé en réanimation au CH d'Évreux-Vernon) est une stratégie qui

va permettre au CH de poursuivre ses autres missions. En cas de besoin, un deuxième pavillon pourra être mobilisé, puis un troisième ;

- les chambres sont déjà équipées en oxygène. La réserve en oxygène liquide est importante. Des sas d'habillage-déshabillage des soignants sont faciles à installer aux entrées de service ou de pavillon ;
- le personnel soignant bénéficie déjà d'un bon niveau de sensibilisation et de formation aux problèmes posés par la grippe aviaire. Le fait qu'il soit quotidiennement confronté à des pathologies infectieuses dans les différents services et à la lutte contre les infections nosocomiales est un atout ;
- de même que la présence d'un laboratoire de biologie habilité à faire les gaz du sang à toute heure et d'une pharmacie.

La prochaine pandémie de grippe aviaire peut mettre de longues années à venir. Il se pourrait qu'elle épargne la Normandie, voire la France, mais n'y comptons pas trop. Nous n'aurons pas de vaccin pour nous en prémunir, mais des procédures d'isolement efficaces et des traitements symptomatiques. L'histoire de la grippe espagnole de 1918, la plus sinistre des pandémies de grippe aviaire, est dans toutes les mémoires. C'est maintenant qu'il faut se préparer, et, chaque année, sans se lasser, rappeler au personnel soignant de l'hôpital La Musse la mission particulière qui sera la sienne en cas d'alerte dans le département de l'Eure. Comme disaient nos anciens : *si vis pacem para bellum*. ■

Dr Didier Pagès
Hôpital La Musse

Mettre en œuvre la Convention cadre de lutte antitabac de l'OMS en France

Le 1^{er} février 2007, les Français commençaient enfin à être protégés plus efficacement de la fumée de tabac. Le résultat d'une action lancée deux ans auparavant par l'Alliance contre le tabac¹ et ses membres.

Un sondage révélait alors que deux tiers des Français étaient pour une interdiction totale de fumer dans les cafés et discothèques, trois quarts dans les restaurants et sur les lieux de travail. L'application est un succès puisque le nombre de lieux les plus fortement pollués a été divisé par deux et que deux fois plus de salariés se disent moins exposés aujourd'hui. Bien sûr, les cafés, restaurants, discothèques et casinos ne seront concernés que le 1^{er} janvier 2008. C'est aussi l'aboutissement d'un combat commencé en 1868 par le Comité national contre le tabagisme, ce qui témoigne de l'ancienneté du problème et de la difficulté à en faire prendre conscience. Bien peu à l'étranger pensaient que la France serait parmi les pays qui mettraient en œuvre de telles mesures aussi rapidement. Pourtant, la France est bien placée dans la lutte contre le tabagisme. Grâce à l'action du Pr Maurice Tubiana, dès 1976, la loi Veil, très en avance sur son temps, limite la publicité, établit des avertissements sanitaires. Cette loi est ensuite honteusement contournée par l'industrie du tabac. Le groupe des « Cinq Sages »², par son action médiatique et l'interrogation des candidats à la présidence de la République, obtient



en 1991 la loi Évin qui interdit toute publicité directe ou indirecte du tabac, sort le tabac de l'indice des prix, établit le principe de la protection des non-fumeurs. L'application de la loi sera assurée par des associations qui se sont réunies dans l'Alliance contre le tabac pour contrer le lobbying malfaisant de l'industrie du tabac.

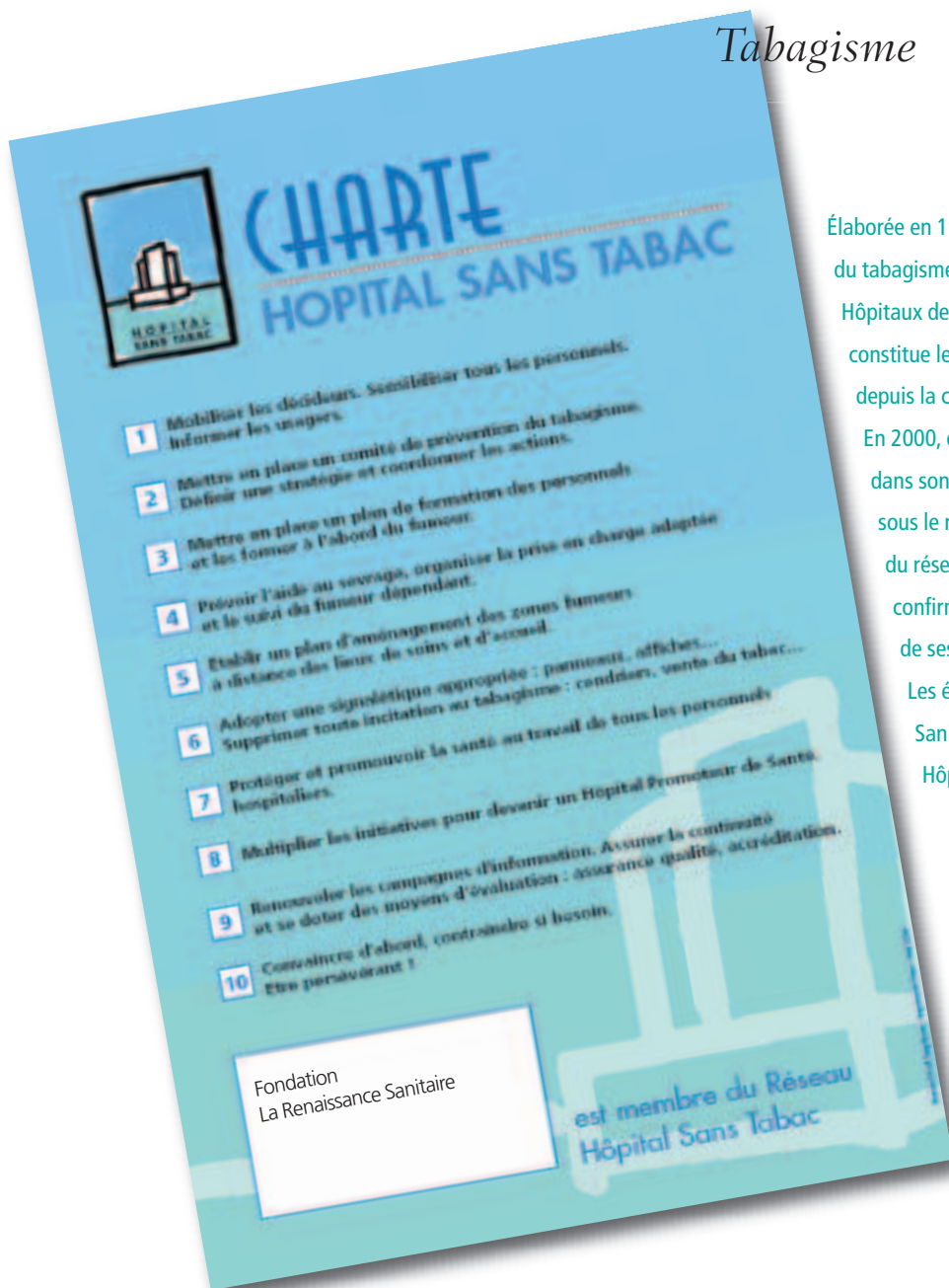
En 2003, le président de la République, Jacques Chirac, déclare « la guerre au tabac » et le prix des cigarettes augmente de 40 %, provoquant en deux ans une chute sans précédent et sans équivalent de 32 % des ventes. Pendant deux décennies, suivant l'exemple donné par les associations, la communication antitabac du gouvernement change de style et d'impact, n'hésitant plus à attaquer le produit et l'industrie elle-même.

La France a été le premier État européen à ratifier la Convention de lutte antitabac de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en octobre 2004. Dans ses grandes lignes, elle en applique les diffé-

rents articles, même s'il reste des progrès à faire. Nul doute que l'action française est encore trop méconnue dans un monde de plus en plus dominé par la langue anglaise. Reste que cette expérience mérite d'être partagée pour accélérer le recul mondial du tabagisme, première cause de décès évitable dans le monde. C'est une urgence qui prime tout. ■

Pr Gérard Dubois
Président de l'Alliance contre le tabac et
administrateur de La Renaissance Sanitaire

1. Alliance contre le tabac, L'Application de la convention cadre antitabac en France. État des lieux et recommandations, rapport, Paris, juin 2007.
2. Gérard Dubois, Claude Got, François Grémy, Albert Hirsch et Maurice Tubiana.



Élaborée en 1993 par le comité central de prévention du tabagisme de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, la charte Hôpital sans tabac constitue le socle des actions de prévention engagées depuis la création du réseau.

En 2000, elle a été reprise dans son intégralité pour l'Europe sous le nom « Code européen du réseau Hôpital sans tabac », confirmant ainsi la pertinence de ses orientations.

Les établissements de La Renaissance Sanitaire adhèrent à la charte Hôpital sans tabac.

Le réseau Hôpital sans tabac : une structure exemplaire

Créé en 1996 à l'initiative commune de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et de la Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de santé (MNH), le réseau Hôpital sans tabac a pour vocation de fédérer les établissements de soins autour de la prévention et la prise en charge du tabagisme. Cette association « privé/public » compte désormais dans ses rangs quelque sept cents établissements (publics ou privés, de toute taille).

Les adhérents au réseau appuient leurs démarches sur une charte en dix points qui engage les directions à un travail dans la durée. Plus de dix ans après, et forte de son succès exemplaire, la structure a largement franchi le cadre de nos frontières pour s'exporter en Europe, où elle garde le même rôle précieux : épauler les démarches individuelles, faciliter les communications entre les établissements adhérents pour éviter les erreurs

de chacun, tout en s'adressant à la fois au personnel, aux malades et aux visiteurs.

Il y a cinq ans, en 2002, Maternité sans tabac a pris logiquement sa place au sein du réseau. Deux ans plus tard, un département Formation était mis en place... Le réseau élargit aujourd'hui sa démarche et s'intéresse aux addictions « voisines » : cannabis, alcool...

Renseignements complémentaires sur www.hopitalsanstabac.org

Regard sur la cigarette en France **Tabac ou santé ? Il faut (pouvoir) choisir !**

Réglés les problèmes de santé posés en France par la consommation de tabac ? Les grandes décisions politiques prises fin 2006, visant à protéger le public pour de bon (décisions remises au lendemain pendant tant d'années), pourraient laisser croire à un observateur inattentif que les années de cendre sont enfin derrière nous. Que les maladies du tabac vont rapidement laisser la place à d'autres. Qu'il suffit maintenant de respecter la loi et que tout ira mieux... Il n'en est rien, et pour longtemps encore.

L'évolution des pathologies soignées à l'hôpital La Musse, établissement historique de La Renaissance Sanitaire, témoigne bien de l'importance croissante, explosive, des dégâts causés par le tabac en France. Une tendance lourde qui n'est pas prête de s'infléchir. Aujourd'hui, c'est une admission sur trois qui est prononcée dans notre établissement pour cause de maladie du tabac. Infarctus, artérite, accidents vasculaires, cancers, bronchite chronique... Un décès sur trois auquel nous sommes confrontés est causé par le tabac.

Il y a quarante ans, notre établissement consacrait encore tous ses efforts à lutter contre l'épidémie tuberculeuse. La prévention est depuis passée par là : hygiène, éducation, protection vaccinale ont été nos meilleures armes pour en sortir. Les antibiotiques nous ont aidés à achever le travail. Il y a vingt ans, d'aucuns nous prédisaient un avenir de sidatorium. La prévention a joué, là encore, et le préservatif plus que la trithérapie. Aujourd'hui, alors qu'en France l'équivalent de la population de la ville d'Évreux (66 000 habitants) est chaque année emportée par les maladies du tabac, les épidémiologistes nous disent

que cette épidémie va continuer à se développer. Qu'il s'agit de l'endiguer, mais sans se faire d'illusion : la génération montante ne sera pas épargnée. L'action politique, longtemps entravée par des arguments spécieux et par le zèle des lobbies du tabac, a pris un nouvel essor. Ne pas fumer dans les lieux publics va profiter à tout le monde. La prise de conscience collective de ce problème de santé publique majeur (première cause de mort évitable en France) a permis au législateur de prendre des décisions utiles. Celles-ci vont freiner l'entrée dans le tabagisme et aider à s'en sortir, mais leur impact ne saurait être immédiat. Le cancer du poumon illustre bien ce fait : jadis rare cancer du vieillard, il émerge inexorablement comme un véritable iceberg dans le paysage de nos consultations : toujours plus jeunes, toujours plus nombreux ces patients. Cela va continuer à croître pendant les vingt ans à venir, alors même que l'on commence pourtant à moins fumer. C'est qu'il faut vingt ans pour faire le lit de ce cancer ; parfois beaucoup plus avec le tabagisme passif. Les femmes ne fumaient pas avant 1968 ? Toujours plus nombreuses les femmes aujourd'hui victimes du cancer du poumon, alors que les traitements

curatifs progressent si peu. D'ici dix ans, on s'attend à en voir dix fois plus !

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est un second exemple de cette vague annoncée par les épidémiologistes : cette maladie fort peu médiatique, longtemps négligée, ne va pas tarder à occuper la quatrième place au triste palmarès des maladies mortelles en Europe occidentale. Dans quinze ans, elle pourrait occuper la troisième place.

Contre cette épidémie, beaucoup reste à faire pour inverser la tendance et il faudra du temps. Pas de triomphalisme, donc.

L'industrie du tabac a dû réorienter son négoce en direction du tiers-monde, plus perméable à ses arguments, afin de continuer à rémunérer ses actionnaires. Avec les substituts nicotiniques, l'industrie pharmaceutique nous a fourni des médicaments non toxiques d'intérêt indiscutable pour améliorer quelque peu les scores de sevrage. D'autres produits au rapport toxicité-efficacité embarrassant (Zyban) font hésiter : il n'existe bien sûr aucun médicament totalement dépourvu de toxicité, mais difficile d'en prescrire un qui expose, même très exceptionnellement un sujet bien portant à un effet secondaire potentiellement grave. Le Champix, dernier-né, en serait dépourvu avec des performances voisines ? L'industrie pharmaceutique travaille d'arrache-pied à la recherche d'une pilule miracle : le sevrage à la portée de (presque) toutes les bourses ? Un mirage qui pourrait rapporter gros !

L'essentiel n'est pas là. En réalité, pour les fumeurs actifs comme pour les fumeurs passifs, le salut viendra avant tout du développement de la prévention (information objective, sevrage aidé, guidé dans la confiance et la durée) et



de l'efficacité de la dissuasion, pour utiliser un terme de guerre froide. Une pilule miracle ne saurait à elle seule décrocher les différents hameçons de la dépendance que sont le besoin de nicotine, l'automatisme gestuel et la recherche de plaisir. Fumer est un comportement complexe. Les médicaments ne seront jamais que des adjuvants à l'essentiel : la motivation individuelle pour changer de comportement.

Prévention ? Dissuasion ? Il ne faut pas se tromper d'ennemi : guerre au tabac, mais pas au fumeur. Droit à respirer de l'air pur. Méfions-nous donc de tout ostracisme. Pas question de désigner le fumeur à la vindicte populaire : c'est injuste et inefficace. Le lobby antitabac ne s'est certes pas privé d'utiliser l'argument du tabagisme passif, menace réelle pour les non-fumeurs (quelques milliers de morts par an, dont certains dans le cadre professionnel), mais il faut raison garder : la dernière chose dont le fumeur a besoin pour réussir à se sevrer lorsqu'il est dépendant, c'est d'être culpabilisé. La première chose dont il a besoin, c'est d'informations neutres pour mieux comprendre comment le tabac le tient. Ensuite seulement, peut-être, parviendra-t-il à se construire une motivation

Le Dr Didier Pagès, pneumologue et tabacologue à l'hôpital La Musse, a fait la « tournée » de ses collègues, ainsi qu'un certain nombre de soignants et de patients volontaires, fumeurs ou non, pour les sensibiliser à l'exposition à l'oxyde de carbone, provenant du tabagisme actif ou passif, du mauvais réglage d'un moteur ou d'un chauffage... Un taux trop élevé d'oxyde de carbone (CO) dans l'air expiré est le signe d'une exposition que l'on ignore parfois. Il se mesure avec un outil simple, dans lequel il suffit de souffler.

qui sera la sienne. La seule qui tienne. Pollueur, peut-être, mais pas coupable, le fumeur. C'est qu'il est victime avant tout d'une dépendance qui le piège et qu'il a souvent le plus grand mal à analyser. Il est et doit rester libre d'une chose : demander de l'aide. Une aide que des juges ne sauraient lui offrir. Il ne doit donc pas être le bouc émissaire d'une société avide de normes rassurantes qui lui interdiraient de fumer d'en haut. Il doit au contraire pouvoir accéder à des conseils éclairés, dépassionnés, de la part d'un maximum d'acteurs de santé, parmi lesquels les généralistes, les médecins du travail et les soignants bien sûr, mais aussi les médias qui ont un rôle à jouer, si possible avant qu'une des maladies du tabac l'atteigne.

Soulignons qu'en France, aujourd'hui, plus d'un fumeur sur trois décède d'une maladie favorisée par son tabagisme. Des outils existent pour faire mûrir une motivation. Des médicaments existent pour contrôler un syndrome de manque de nicotine. Des procédés existent pour soutenir l'effort de sevrage, véritable travail de deuil. Il faut trois mois pour sortir de la nicotine, mais il faut un an d'arrêt complet pour acquérir ses galons d'ex-fumeur : un comportement nouveau, une nouvelle manière d'être.

Être ou ne pas être... dépendant ? La variété des affections causées par le tabac fait trop souvent oublier l'essentiel : l'artéritique, le bronchitique, le cancéreux est un malade du tabac, bien avant qu'un (ou plusieurs) de ses organes cède et

détermine sa prise en charge par tel ou tel spécialiste en soins curatifs (qui va devoir être aussi un spécialiste du tabac !) Ce fumeur est doublement atteint : dans sa chair, mais bien avant cela dans son esprit, piégé qu'il est par une dépendance d'autant plus redoutable qu'elle est multifactorielle et strictement individuelle. L'ensemble des acteurs de santé qui interviennent auprès du fumeur déjà atteint d'une maladie du tabac se doit bien sûr d'agir dans un seul et même sens pour l'aider à se sevrer. Cette attitude, ce discours, ces outils, certains des soignants sont loin de les avoir adoptés. Il y a encore beaucoup de travail de formation à faire pour aider certains soignants à sortir du syndrome de rejet du malade fumeur. Faire comprendre qu'il ne le fait

pas exprès, qu'il n'est pas de mauvaise volonté, mais qu'il est dépendant et pas motivé, ce qui n'est pas la même chose. Le réseau Hôpital sans tabac est à cet égard une aide formidable pour que les efforts de chacun deviennent la motivation de tous, au sein de l'hôpital. À l'hôpital La Musse, nous ne nous débattons plus tout seuls, à l'aveuglette, avec ce problème, depuis notre adhésion au réseau qui nous guide. L'aide au sevrage des patients qui l'acceptent ou le demandent, l'information du public quant à ses droits et ses devoirs, la formation des soignants au contact mais aussi au conseil, le soutien du personnel fumeur en sevrage..., autant d'actions utiles qui soudent les équipes autour d'un projet de soin

riche de sens. Un sens que les soignants ont le plus grand besoin de percevoir pour mieux se battre, tous ensemble, contre la maladie chronique et ne pas se décourager face aux contradictions des patients les plus dépendants et les moins motivés. Quel thème transversal plus fédérateur que la lutte contre le tabagisme en institution pour une direction hospitalière, un service qualité, un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ? Soignants ou non, soyons donc tous un peu tabacologues, et demain matin nous offrira un peu plus d'air pur à défaut de la liberté des grands soirs. ■

Dr Didier Pagès
Hôpital La Musse



PSPH en colère

L'ensemble des salariés des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH) ont eu longtemps la désagréable impression d'une rupture d'égalité de traitement avec leurs collègues des établissements publics.

Où, il convient de dire avec force que nos établissements ont, chevillée au corps, la même conviction que celle de nos meilleurs collègues du service public, quand ceux-là, comme nous, servent l'intérêt général sans se servir eux-mêmes.

Sous prétexte, en effet, de service public, des établissements de la fonction publique hospitalière quels que soient leurs résultats, quelle que soit l'opinion que la population porte sur eux et quelle que soit leur attractivité, disposent de moyens de fonctionnement dont les autres sont privés malgré l'efficacité à la recherche de laquelle ils se trouvent constamment.

Les personnels de direction, les responsables médicaux, l'encadrement comme les membres des conseils d'administration des établissements à but non lucratif démontrent généralement un engagement quasi militant à la défense de la cause de l'assurance maladie.

La plupart d'entre nous veille à dépenser mieux et, quand il le faut, à dépenser moins. Ils n'ont jamais constitué des réserves lorsque, en budget global, certains voyaient des postes non pourvus financés tous les ans comme s'ils l'étaient.

Il est temps que cela change, il est temps que, partout en France, la tarification à l'activité aidant, le financement des établissements hospitaliers, voire leur existence, ne soit garanti que par leur attractivité, leur activité et la qualité des prestations qui fondent leur bonne ou mauvaise réputation.

Avant de songer à faire appel à des recettes supplémentaires, il conviendrait, hors du champ politique, de rechercher, sans faiblesses électoralistes, des réductions de coûts des établissements de santé dont l'utilité reste quotidiennement à démontrer.

Dans les établissements privés à but non lucratif participant au service public, les baisses d'activité se traduisent inéluctablement par des réductions de postes, parfois même par des licenciements. En matière de sécurité en général, c'est l'inégalité de traitement qui génère le ressentiment le plus profond et celui-ci peut entraver toute recherche sereine de coopérations efficaces.

Parmi les salariés des établissements privés à but non lucratif, il n'en est pas un seul qui aura oublié que pour mettre en œuvre les lois Aubry de réduction du temps de travail qu'ils ont souvent combattues, il leur aura fallu porter atteinte à leur avancement et à leur pouvoir d'achat puisqu'ils ont accepté de sacrifier une part de salaire au financement des postes que leurs institutions ont créés.

Nous ne pensons pas qu'il y ait d'autre exemple d'altruisme et de générosité sociale aussi démonstratif que celui-là.

Nous n'attendons aucune reconnaissance, aucun traitement particulier, aucune compassion. C'est à l'égalité de traitement que nous pensons pour que, enfin, la justice soit au rendez-vous de l'histoire du monde hospitalier. ■

Frédérique Yonnet
Centre médico-chirurgical
de la Porte de Pantin
Hôpital Villiers Saint Denis

Les établissements de santé à but non lucratif

Histoire

- 14 juin 1662 : édit créant des établissements à but non lucratif pour accueillir « les pauvres, les mendiants et les invalides ».
- XIX^e siècle/début XX^e : naissance d'hôpitaux de renom à l'initiative d'associations (Fondation Léopold-Bellan) et d'œuvres nationales, de fondations construites par des entreprises industrielles ou commerciales (maternité Cognacq-Jay, Hôpitaux de la métallurgie lorraine) et des particuliers (établissements de la famille Rothschild, Fondation La Renaissance Sanitaire).
- 1936 : création de la Fédération

des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (Fehap) regroupant alors quelques établissements (environ 3 000 aujourd'hui).

Gestion

- Par des associations, des fondations, des organismes mutualistes, des congrégations.
- De façon désintéressée (les dirigeants de la structure gestionnaire ne doivent avoir aucun intérêt direct ou indirect dans les résultats de l'exploitation).

Activité

- Soins de courte durée (médecine, chirurgie ou obstétrique).

- Soins de suite ou de réadaptation.
- Soins de longue durée au bénéfice de personnes ayant perdu leur autonomie de vie.

Participation au service public hospitalier

- Missions et obligations identiques aux établissements publics de santé.
- Accueil de tous les usagers sans référence à leur solvabilité éventuelle.
- Réception des urgences.
- Participation à la recherche et à l'enseignement.

Centre médico-chirurgical de la Porte de Pantin

Pour que notre existence ait

Depuis deux ans environ, le centre médico-chirurgical de la Porte de Pantin (CMCPP), à Paris, est entré en restructuration lourde.

On peut malheureusement déplorer que la prise de conscience d'une situation dangereuse pour l'emploi, ne se soit pas aussi répandue qu'il eut fallu.

Une première étape a été franchie lorsque la commission médicale d'établissement (CME) a décidé de changer de président, considérant « que les choses devaient changer », notamment parce que les conflits interpersonnels interdisaient le travail en commun et généraient un climat délétère.

Il y a quelques mois, le conseil d'administration de la Fondation et le directeur du CMCPP de l'époque se sont accordés pour mettre un terme à leurs

relations contractuelles dans le but de créer un nouvel « électrochoc ».

Le constat de la démobilisation générale et d'un attentisme des plus inquiétants à la veille de la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) nécessitait une reprise en main de nature à susciter l'adhésion des plus humbles souhaitant sauver leur emploi tout en obtenant des élites qu'elles acceptent de participer à la conduite du changement, afin que chacun sorte grandi du sauvetage d'un établissement dont le rayonnement parisien s'estompait peu à peu.

En 2006, cet établissement a achevé son exercice avec un déficit de 800 000 euros du fait d'un manque de recettes et donc d'activités évidentes, conjugués à un maintien des dépenses non justifiées du fait de la faiblesse de l'activité.

En un mot, les charges de structure, médico-techniques et logistiques, étaient trop élevées par rapport au recrutement des patients et le type d'activité, notamment médicale, qui maintenait des ser-

vices ouverts à perte ne pouvait plus durer. Analytiquement, un instantané photographique rétroactif 2006 montre bien que seule la chirurgie viscérale couvre ses dépenses alors que la chirurgie orthopédique, la rhumatologie, l'anesthésie et les soins continus sont profondément déficitaires dès lors que l'on applique l'échelle nationale des coûts dans toute sa rigueur. Par ailleurs et indubitablement, le fardeau des dépenses courantes médico-techniques et logistiques constituait pour la chirurgie un handicap majeur auquel il fallait cesser de la confronter.

Le diagnostic étant posé, alors que nous nous trouvions dans une période de négociations ouverte par les tutelles au titre des CPOM, le conseil stratégique, nouvellement créé, a intégré la perspective de création d'une unité de soins de suite polyvalents comme étant une chance à saisir dans le but d'accélérer la sortie des patients de court séjour et de libérer la chirurgie du poids des dépenses de gériatrie et de rhumatologie qui ne lui incombait pas.

Le CPOM a donc été signé et, dans cet esprit, un nouvel état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) a été élaboré, permettant d'envisager, au pire, un déficit de 122 000 euros en lieu et place des 800 000 euros de l'année précédente. Cela dit, ce déficit prévisionnel pouvait être effacé si l'activité chirurgicale reprenait significativement et si nous persévérions à mener la politique de rigueur budgétaire vitale en réduisant drastiquement nos coûts de fonctionnement dans tous les secteurs et sous la responsabilité de l'encadrement. Mais des travaux de modernisation des blocs opératoires ont pris plus de temps que prévu et ont lourdement porté atteinte à notre activité, nous empêchant par là même de réaliser nos objectifs. Malheureusement, notre déficit 2007 s'élèvera vraisemblable-



de Pantin un sens

ment à 1,3 million d'euros malgré les efforts consentis par ailleurs en matière de réduction des dépenses.

En un mot, l'avenir de notre établissement dépend désormais de chacun de ceux qui le constituent, et plus précisément de ceux qui le gouvernent.

Évidemment, rien ne serait réellement possible si nous n'avions élaboré un projet médical et un projet organisationnel qui, pour ce qui est de la gouvernance, changeant radicalement la dynamique dès lors que l'entreprise a des promoteurs qui sont en premier lieu les chefs de pôles.

Le projet médical recentre l'ensemble de l'établissement sur son cœur de métier puisqu'il prévoit de développer la chirurgie en réduisant la médecine à la portion congrue tout en créant des activités de soins de suite polyvalents qui serviront tout à la fois notre chirurgie et notre environnement immédiat. Pour structurer ce projet hiérarchiquement et financièrement, l'établissement a été constitué en pôles, à savoir le pôle ostéoarticulaire, constitué de l'ex-chirurgie orthopédique et de l'ex-rhumatologie dont l'activité sera supprimée. Ce pôle devrait se spécialiser dans la chirurgie de la main, de l'épaule et dans celle des membres inférieurs.

Aux côtés de ce premier pôle, un pôle à dominante viscérale constitué de l'ancienne chirurgie viscérale et de l'ancienne gastro-entérologie. À ce pôle a été associée, dans l'immédiat, l'activité de soins de suite polyvalents qui prend la place de l'ex-gériatrie, dont les contours et le financement étaient jusque-là mal définis.

Enfin, il est créé un pôle médico-technique composé du bloc opératoire, de l'anesthésie, des soins continus, de la pharmacie, de la stérilisation, de l'imagerie médicale et du caisson hyperbare.

Dans les semaines qui viennent, et pour aller jusqu'au bout du développement de la chirurgie, le bloc opératoire sera modernisé et la mise en sécurité du site comme



de son environnement (incendie, tour aéro-réfrigérante) sera entreprise pour 1,6 million d'euros en autofinancement ou dans le cadre du plan Hôpital 2008-2012. Un site Internet verra le jour. Un plan de communication qui englobera le changement de nom de l'établissement sera mis en œuvre en vue de promouvoir notre projet et notre image.

Le chemin sera tracé, il ne restera plus qu'à poursuivre.

À ce sujet, il est temps que nos chirurgiens retrouvent et redonnent confiance. Il est temps, car sous peu, il sera trop tard, de

relever ce défi que nous avons nous-mêmes proposé aux tutelles prétextant servir l'intérêt général en continuant à exister. Pour les attentistes et les résistants au changement, ces propos d'Albert Camus invitent à la méditation : « *Un monde qui peut être expliqué, fut-ce par de mauvaises raisons est un monde familier. Mais, en revanche, dans un univers privé de lumière, l'homme se sent un étranger.* » Alors, agissons sans céder au désespoir et pour donner du sens à notre vie ! ■

Frédérique Yonnet

Centre médico-chirurgical de la Porte de Pantin

Le CMCCP, c'est...

152 lits et places relevant du territoire de santé 75-1

Spécialités médico-chirurgicales

- Chirurgie orthopédique
- Chirurgie de la main
- Chirurgie générale viscérale, digestive et urologique
- Chirurgie gériatrique
- Médecine ostéoarticulaire rhumatologique
- Soins de suite polyvalents
- Anesthésie, réanimation, douleur
- Unité de surveillance continue postchirurgicale
- Prise en charge ambulatoire
- Consultations externes toutes spécialités

Plateau technique

- Bloc opératoire rénové en 2007 et stérilisation centrale
- Endoscopie diagnostique et thérapeutique
- Imagerie médicale : scanner, échographie, doppler
- Densitométrie osseuse à absorption métrique biphotonique
- Caisson hyperbare multiplace
- Kinésithérapie
- Pharmacie, diététique et service social

Chutes chez la personne âgée

Un problème majeur de santé publique

Neuf mille personnes âgées de plus de 65 ans décèdent chaque année des suites d'une chute. La prévention de ces accidents est, certes, complexe, mais une bonne évaluation – grâce à un questionnaire standardisé et quelques tests ciblés – pourrait en améliorer la prise en charge. Résultats d'une étude menée par le Dr Rabih Nakhal, médecin gériatre à l'hôpital La Musse.

Les chutes dans la population âgée constituent, au même titre que le diabète par exemple, un grave problème de santé publique. Leur fréquence augmente avec l'âge, leur prise en charge et leur prévention sont complexes. Les chutes sont associées à une mortalité importante : en France, on compte chaque année 9 000 décès par chute accidentelle chez les plus de 65 ans.

Les chutes des personnes âgées sont responsables d'une consommation de soins importante : elles représentent 125 000 hospitalisations annuelles et 10 % des consultations en milieu gériatrique (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés [Cnamts] et Comité français d'éducation pour la santé [CFES]).

Les fractures du fémur et du membre supérieur des plus de 75 ans sont à

l'origine en France de 91 000 séjours hospitaliers par an (ministère de la Santé). Le coût est énorme : plus d'un milliard d'euros par an (sur un budget de santé avoisinant 96 milliards d'euros). En moyenne, il faut compter 2 600 euros consacrés aux soins par chute déclarée à un médecin. La prise en charge totale par l'assurance maladie d'une fracture du col s'élève à 12 200 euros par patient pour la simple période « aiguë », c'est-à-dire l'opération, plus dix jours d'hospitalisation.

Prévention des chutes

En novembre dernier, le Dr Rabih Nakhal, médecin au service de gériatrie à l'hôpital La Musse, a présenté un mémoire sur la prévention des chutes chez la personne âgée, nécessaire à l'obtention de sa capacité de gériatrie (diplôme complémentaire au doctorat), en collaboration avec le chef de clinique dans le service du Pr Philippe Chassagne, du CHU de Rouen et avec le soutien de son chef de département, le Dr Dominique Marchal.

« Entre avril 2005 et avril 2006, nous avons soumis un questionnaire à 202 personnes âgées (entre 75 et 85 ans, 67 % de femmes, peu dépendantes), explique le médecin. La moitié se trouvait à l'hôpital La Musse en soins de suite gériatriques, l'autre moitié était hospitalisée au CHU de Rouen, en gériatrie aiguë et suivies par le Pr Chassagne. »

Deux populations sont comparées : la moitié a chuté, l'autre est vue pour d'autres pathologies, sans chute dans les six derniers mois. Ce questionnaire comprend une partie d'entretien (facteurs de risques, entretien clinique) et des tests régulièrement utilisés et qui paraissaient pertinents pour notre étude.

Outils de dépistage

« Alors que l'on dispose actuellement d'outils de dépistage et d'évaluation des chutes validés (tests de Tinetti 1988, Oliver 2004, Papaionnannou 2004, Lin 2004, Vellas 1997, Lillmor 1997, Perennou 2005 et Podsiadlo 1991), les chutes restent sous-évaluées et surtout mal évaluées, commente le Dr Rabih Nakhal. En effet, une étude récente (Rubenstein 2004) montre que seule la moitié des chutes est documentée. De plus, parmi celles-ci, seuls 43 % des chuteurs avaient bénéficié d'un interrogatoire complet (associant au moins circonstances de la chute, recherche des comorbidités et des traitements en cours et niveau de mobilité) et seuls 3 % avaient bénéficié d'un examen comprenant au moins la recherche d'une hypotension orthostatique, évaluation de l'équilibre, de la vision et d'un examen neurologique. »

L'évaluation établie par le Dr Rabih Nakhal et son collègue de Rouen nécessite entre une demi-heure et trois quarts d'heure et ne peut donc être réalisée en simple consultation. Son utilisation doit se faire lors d'une hospitalisation en moyen séjour ou d'une visite en hôpital de jour.

Importance du symptôme

Les causes de chutes sont connues, mais elles sont le plus souvent intriquées, multifactorielles, ce qui limite d'autant plus une prise en charge homogène (Tinetti 1988, Boostsma 2002, Menz 2001, Lawlor 2003). Il s'agit de chutes traumatiques, de chutes témoins d'une pathologie aiguë et de chutes marqueur de fragilité.

L'importance du symptôme est très souvent négligée, alors que les conséquences sont souvent graves, notamment en termes de morbidité. Les

Quelques chiffres

- Un tiers des plus de 65 ans et la moitié des plus de 85 ans font une ou plusieurs chutes par an (Tinetti 1988, O'Loughlin 1993).
- 1,3 à 2 millions de chuteurs de plus de 65 ans sur une population de 8,5 millions (ministère de la Santé, France, 1994).
- 42 % des chutes se produisent à domicile, 39 % dans la rue et 21 % dans les lieux publics.

chutes sont responsables de lésions physiques : entorse, plaie, hématome sous-dural, rhabdomyolyse et notamment fractures. En effet, jusqu'à 10 % des chutes après 75 ans se compliquent d'une fracture (fracture de l'avant-bras, des vertèbres et du col du fémur).

Ces conséquences sont d'autant plus graves que les chutes surviennent chez une population qui bénéficie encore trop peu d'une prévention ostéoporotique. Seulement 40 % des femmes de plus de 65 ans bénéficieraient d'un traitement anti-ostéoporotique après une fracture du col du fémur.

Évaluation gériatrique standardisée

L'amélioration de la prise en charge des chutes passe par un meilleur dépistage et une meilleure évaluation des chuteurs, afin de mieux prévenir celles-ci, leurs conséquences et leurs récides. Actuellement, à l'hôpital La Musse, dans le département soins de suite polyvalents (oncologie, gériatrie, soins palliatifs), sous la responsabilité du Dr Dominique Marchal, une évaluation gériatrique standardisée (en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour) a été mise en place afin d'améliorer la prise en charge et surtout dépister les sujets à risque. Les résultats de cette évaluation seront connus à la fin de l'année. « Mais déjà, nous savons l'efficacité de moyens de prévention des chutes, tels que des programmes d'exercice physique et surtout l'évaluation multifactorielle, poursuit le gériatre. L'évaluation multifactorielle de risques est couplée à une prise en charge des différents facteurs de risque : amélioration de l'équilibre, élimination des dangers de l'environnement, diminution du nombre de médicaments et réduction de l'utilisation des psychotropes, correction de l'hypotension



orthostatique, traitement des problèmes cardiaques (exemple : arythmie) et correction des problèmes visuels. Ceux-ci ont donné lieu à des programmes de prévention au niveau national. »

Éviter la récidence

L'impact psychologique de la chute peut être majeur : après une chute, un tiers des personnes âgées présente une peur de tomber, une perte de confiance, entraînant une restriction des activités. La peur de tomber s'accompagne de troubles de l'équilibre, de la marche, de la cognition avec une réduction de la mobilité qui favorise les nouvelles chutes (syndrome postchute). Les chutes favorisent la perte d'autonomie et ainsi précipitent l'entrée en institution. En effet, 40 % des sujets âgés hospitalisés pour chute sont ensuite institutionnalisés (Cnamts).

Les chutes en institution ou au cours d'une hospitalisation sont trois fois plus fréquentes et elles sont aussi graves, car la population y est souvent plus vulnérable. Après une chute, le risque de retomber est multiplié par trois et un chuteur sur deux retombera dans l'année. Lorsque l'on sait que, vieillissement de la population oblige, les fractures du col du fémur devraient plus que doubler d'ici 2040, on comprend tout l'intérêt de se pencher sur l'évaluation standardisée, première pierre de la mise en œuvre de moyens de prévention des chutes. ■

Dominique Guibourg
Dr Rabih Nakhel
Hôpital La Musse

Adresses utiles

www.personnes-agees.gouv.fr
www.cfes.santé.fr

Actions à mener pour réduire le risque de chute

- Sensibiliser le personnel des établissements de santé aux problèmes de chutes.
- Aménager les locaux pour réduire les risques environnementaux.
- Repérer les sujets les plus à risques.
- Identifier les facteurs de risques et les corriger.
- Veiller à maintenir une activité physique régulière.
- Réduire les temps d'alitement.
- Rappeler aux soignants les bonnes pratiques pour les transferts, la verticalisation et l'accompagnement à la marche.
- Prévenir la dénutrition et la déshydratation.
- Instaurer de la kinésithérapie de marche et de l'équilibre pour les sujets à risque.
- Éduquer le patient sur les situations à risque et les gestes dangereux à éviter.
- Utiliser les compétences des psychomotriciens, un « nouveau métier » apparu à l'hôpital La Musse au printemps dernier.

Chirurgie des centenaires

Acharnement ou devoir moral ?

« Tout ce qui tend à rendre jeunesse et vieillesse indiscernables est un acte de civilisation... »

André Maurois

Parler aujourd'hui de chirurgie après l'âge de 100 ans signifie de prime abord et pour la plupart acharnement thérapeutique. La défendre déclenche plus de critiques ou de sourires que d'adhésions. Pourtant, nos patients, par l'acharnement qu'ils ont eux-mêmes à vivre de plus en plus vieux et souvent au-delà de 100 ans, nous interpellent : peut-on leur refuser un secours chirurgical au prétexte de l'âge ? Quand doit-on baisser les bras ? Jusqu'où aller ? Est-il licite ou éthique d'opérer à cet âge ? L'économie peut-elle nous guider dans nos choix ? Bref, toute une réflexion qui s'inscrit dans cette dialectique féconde et dont l'article suivant (extrait d'une conférence de 2001 à l'hôpital Georges-Pompidou sur ce thème) tente d'en initier les contours.

Historique de la chirurgie des dernières décades

Nous ne sommes plus au début du siècle dernier, où la virtuosité chirurgicale s'exprimait en litres de sang perdus et en minutes opératoires gagnées, quelle que soit l'issue, souvent fatale. La chirurgie du XXI^e siècle est banale : c'est une méthode thérapeutique comme une autre, ne tuant pratiquement plus, grâce aux progrès de l'anesthésie-réanimation, certes, mais aussi de la technique chirurgicale elle-même qui se veut atraumatique, réfléchie, aux suites simples. Ces progrès, tous les patients peuvent en bénéficier, y compris les centenaires. On ne récuse plus, sur le plan chirurgical, un patient au prétexte fallacieux du risque d'une autre épopée.

Parallèlement à cette diminution du risque opératoire, la longévité augmente, ce qui a modifié fondamentalement les indications chirurgicales. Ainsi, lorsque j'ai commencé la chirurgie en 1970 et que l'on discutait le choix d'une ostéosynthèse pour une fracture du col du fémur, mes maîtres considéraient que, après 65 ans, il fallait préférer la prothèse chaque fois que possible puisque le sujet avait toutes les chances de mourir avant que l'usure engendrée par la dite prothèse se manifeste. Aujourd'hui, une telle attitude ferait sourire, non pas que la longévité des prothèses ait augmenté, elle est la même, mais parce qu'on se pose les mêmes questions pour des patients qui ont cette fois 85 ans ! Il faut donc faire preuve d'humilité dans nos appréciations et de plus d'ambition pour fixer nos indications.

C'est dans ce contexte que j'ai été amené à pratiquer la chirurgie du centenaire, en précisant bien que je ne m'y suis pas engagé comme si j'étais entré en religion ou à l'issue d'un parcours difficile, mais simplement, souvent sans le savoir, quand je découvrais par exemple, lors d'un examen préopératoire, l'état civil du patient que j'allais opérer.

C'est ainsi que nous avons opéré, entre 1980 et 2006, trente-huit centenaires (trente-cinq femmes, trois hommes), totalisant quarante-deux interventions puisque certains d'entre eux ont été opérés plusieurs fois, ce qui signifie bien qu'ils avaient au moins survécu à la première intervention !

Les indications chirurgicales vitales chez les centenaires

Lorsque le pronostic vital est en jeu, et à condition que le risque opératoire ne soit pas de 100 %, l'indication chirurgicale ne

se discute pas. Serait-il admissible de laisser mourir quelqu'un victime d'une fracture ou d'une occlusion faute de soin ? Serait-il licite de s'abstenir devant une péritonite évidente ou une hernie étranglée ? La réponse est non ! Laisserait-on se noyer un sujet au prétexte de son âge ? Pourtant, il est encore des familles qui s'interrogent sur le bien-fondé d'une indication opératoire proposée à l'aïeul centenaire. « Ne pensez-vous pas qu'il serait plus raisonnable de le laisser mourir tranquillement », nous disent-ils, comme si la chirurgie allait précipiter leur parent dans l'au-delà, après d'horribles souffrances, comme si elle ne donnait aucun espoir. Il nous faut alors des trésors de patience et de persuasion pour leur faire admettre que la péritonite ou l'occlusion non opérée est mortelle de la même manière chez le sujet de vingt ans, et que ce n'est pas le geste chirurgical qui tue, ni même le nombre des tares de leur parent, mais le retard à l'opérer. On devrait ajouter que bien des souffrances inutiles seraient évitées si la décision opératoire était prise plus tôt. Le centenaire se comporte d'ailleurs comme un enfant, fragile, se décompensant rapidement. Plus tôt il sera opéré, plus tôt il sera guéri, d'autant qu'il est capable des mêmes facultés de guérison.

Nous avons ainsi opéré plusieurs fractures du col fémoral (la patiente la plus âgée avait 109 ans et est rentrée chez elle au quinzième jour !), du coude, de l'épaule, mais aussi plusieurs cancers digestifs qui avaient été récusés par des opérateurs plus timorés et qui étaient en train de mourir dans la douleur et la déchéance que confèrent les antalgiques à fortes doses.

Presque tous nos patients ont survécu, puisque dans cette chirurgie vitale, nous n'avons eu à déplorer que deux décès. Précisons bien que non opérés,

tous ces malades seraient morts, rapidement, et la plupart dans des souffrances difficilement supportables.

Il est frappant de voir avec quelle facilité ces centenaires se sont remis de ces interventions : ils le font mieux que leurs cadets. D'ailleurs, à ventre ouvert, rien ne distingue les viscères d'un centenaire de ceux d'un sujet jeune. Contrairement aux os et articulations, souvent marqués par l'âge, les organes abdominaux du vieillard semblent doués d'une éternelle jeunesse.

Lorsqu'il ne s'agit pas d'un geste vital

Les indications de la chirurgie sont également discutées chez le centenaire. Pourtant, elle rend là aussi d'immenses services.

Est-il admissible de laisser évoluer pendant des semaines des ongles incarnés ou des panaris jusqu'à ce qu'ils se compliquent d'ostéite ? Leur traitement, sous anesthésie locale, les aurait guéris en cinq minutes. Les cancers superficiels (du sein ou de la peau) commencent à inquiéter les familles lorsqu'ils souillent les vêtements ou gênent leur entourage : une exérèse, là encore souvent sous anesthésie locale, les en aurait débarrassés, voire guéris. Trois patientes ont ainsi bénéficié de la chirurgie (deux cancers du sein et un cancer cutané). Je ne parle pas des évacuations d'hématomes ou des résections d'escarres qu'il faut effectuer chez nos centenaires. Il ne s'agit pas de leur sauver la vie, mais de préserver leur confort sinon leur dignité. D'ailleurs, la chirurgie est souvent moins coûteuse et pénible que certains soins ou traitements médicaux interminables et inefficaces ! Il ne s'agit pas bien sûr d'opérer des moribonds, mais de prendre en charge des personnes qui, grâce à notre geste, vivront décemment encore

quelques semaines ou quelques mois, parfois quelques années. Et méfions-nous de fixer un pronostic : n'ayons pas à regretter d'avoir refusé la centenaire, jugée inopérable, et qui mourra deux ans plus tard de l'affection en question ! Elle aurait vécu quelques années de plus si on l'avait opérée à 100 ans !

Reste le secteur de la chirurgie préventive ou fonctionnelle

Dans ce domaine inexploré, il paraît impossible d'édicter des règles précises. L'indication serait fonction du terrain, de l'expérience du chirurgien, des désirs du patient de la famille ou du personnel soignant. Elle serait question de bon sens et devrait être posée au terme d'une analyse intelligente de toutes les données, au terme d'un dialogue constructif, où les avantages de la chirurgie que l'on sait maintenant possible et bénigne seront mis en balance avec ses risques réels, mais aussi l'espérance grandissante de vie. Il n'y a pas de règle, mais je pense que les indications de cette chirurgie s'élargiront au gré des ans qui verront vieillir nos centenaires. Nous en reparlerons dans quelques années, avant que nous soyons centenaires nous-mêmes. Peut-être parlera-t-on même, un jour, de chirurgie esthétique chez ces patients !

Conclusion

La chirurgie consiste à prendre un risque pour en prévenir un autre, qu'on ait 20 ans ou 100 ans. Or aujourd'hui, le risque chirurgical tend vers zéro, alors même que la longévité tend vers l'infini. Tout le problème est là.

La chirurgie du centenaire ne s'apparente donc pas à un acharnement thérapeutique. Elle est simplement détermination : « Opérer quand il le faut et le plus tôt possible. »



Il est vrai qu'il semble plus facile, aujourd'hui, de préférer les soins palliatifs à la chirurgie après 100 ans. Mais la médecine et sa fille cadette, la chirurgie, si elles semblent parfois guérir, ne font que prolonger l'homme mortel que nous sommes encore. Elle est donc, comme toutes les spécialités médicales, palliative elle aussi ! La chirurgie du centenaire n'a pas d'autre ambition.

Les tranches de survie que l'on accorde à l'un ou l'autre, du fait des progrès de la science, sont-elles plus précieuses à 1 an qu'à 100 ans ? Je n'en sais rien.

Je sais, par contre, que le regard chirurgical porté vers ces individus séculaires sera peut-être le dernier acte de respect au long passé qu'ils ont vécu. Il attestera en tout cas que la médecine que j'ai choisie ne se justifie que dans le combat pour la vie. ■

Dr Jean-Édouard Clotteau
Centre médico-chirurgical
de la Porte de Pantin

Ezzeddine Selini

Le parcours sans faute du nouveau chef de service Soins de suite oncologie et soins palliatifs

À 46 ans, Ezzeddine Selini vient d'être nommé médecin chef de service en soins de suite oncologie et soins palliatifs à l'hôpital La Musse : la suite logique d'un parcours exemplaire et atypique.

Des bancs de la faculté de biologie de Tunis, qu'il n'avait pas vraiment choisie, au poste de chef de service à l'hôpital La Musse en passant par des remplacements d'aide-soignant et d'infirmier, le chemin parcouru par le Dr Ezzeddine Selini est un parcours sans faute, mais pas sans prise de risque. Car il fallait, dès le départ, une belle ténacité pour dire non au programme que le gouvernement tunisien avait choisi pour lui. « La biologie, ce n'était pas mon truc, je voulais être médecin, commence-t-il dans son vaste bureau clair du département soins de suite polyvalents, à l'hôpital La Musse. J'ai décidé de postuler pour des universités au Canada, en France, au Sénégal et en Russie... J'avais même commencé à apprendre le russe. J'ai reçu une réponse positive de Rouen et je suis parti sans bourse, ni aucune aide. Je venais de perdre mon père. J'ai donc dû travailler pour payer mes études. » Aux remplacements d'aide-soignant pendant les vacances, à l'hôpital La Musse ou à Rouen, succèdent ceux d'infirmier dès la quatrième année et jusqu'à la fin des études de médecine. « Je me souviens même avoir commencé à l'hôpital La Musse un 13 juillet, en 1983, comme aide-soignant. Le lendemain, on m'annonçait que j'étais en congé. J'ai cru que je ne faisais pas l'affaire

avant que l'on m'explique que c'était la fête nationale, s'amuse-t-il encore. Je n'étais pas encore très au fait des jours fériés français ! »

Sur le terrain

« Je garde de ces années un très bon souvenir. Ça m'a enrichi, j'ai appris les gestes sur le tas. Je sais aujourd'hui comment ça marche d'en bas jusqu'en haut. On ne peut pas m'avoir. Depuis peu, les stages sont obligatoires dans le cursus d'un médecin, mais ils sont courts. J'ai passé des mois dans les services, à me frotter à la réalité. »

Entre ses études et son travail, Ezzeddine Selini s'accorde quelques parenthèses pour fonder une famille avec une étudiante rencontrée à Rouen. Il est aujourd'hui le papa comblé de trois grands enfants... tous musiciens.

« En 1995, je suis nommé faisant fonction d'interne au CHU de Rouen en néphrologie, hémodialyse et réanimation jusqu'en 2000, puis interne au centre hospitalier d'Évreux en cardiologie pendant deux ans. » Il passe alors sa thèse et réussit le concours de l'internat. « J'avais envie de devenir cardiologue, mais cette année-là, il n'y avait pas de poste possible pour moi. Je ne voulais pas faire une spécialisation par défaut. J'ai donc décidé de devenir généraliste. »

Patients âgés

Une année passée au Samu de Rouen lui apprend la véritable signification du mot « garde » juste avant



qu'il postule à l'hôpital La Musse dont il garde de bons souvenirs de ses remplacements d'aide-soignant et d'infirmier. « J'ai commencé en mai 2003 comme médecin adjoint en gériatrie avant d'être nommé, en janvier dernier, médecin chef de service en soins de suite oncologie et soins palliatifs. J'ai la charge de trente-cinq patients. C'est la suite logique de mon parcours à l'hôpital La Musse, car 60 % de mes patients ont plus de 70 ans et les cancers sont la première cause de mortalité des personnes âgées, à égalité avec les maladies dégénératives type Alzheimer. »

Et même s'il attend le recrutement imminent d'un adjoint, le Dr Ezzeddine Selini s'investit totalement dans son service. « Depuis le début de l'année, j'ai noué des liens avec mes collègues des cliniques et hôpitaux de l'Eure et de la Seine-Maritime. J'assiste, par exemple, une fois par mois, au staff de la clinique Pasteur d'Évreux. On gère ensemble les complications liées aux radiothérapies, chimiothérapies et les maladies intercurrentes. On s'est mis d'accord en amont. Ainsi, les patients se sentent en sécurité. Si une décision doit être prise, elle l'est en temps réel. J'ai le

portable de tous mes collègues. Et nous tenons un seul langage. L'oncologie est une pathologie multidisciplinaire. Nous en sommes le pivot. »

Formations continues

Sans compter que le Dr Ezzeddine Selini n'est pas du genre à « s'endormir sur ses lauriers ». Presque chaque année, il suit une formation nouvelle, complétant son diplôme initial. À sa « capacité de gériatrie » a succédé, cette année, le diplôme inter-universitaire de la douleur et il est déjà inscrit pour l'année prochaine à un diplôme universitaire de carcinologie clinique dispensé par l'Institut Gustave-Roussy, à Villejuif, « la référence en matière de cancérologie en France. Il s'agit d'une mise au point sur les derniers protocoles thérapeutiques en oncologie et leurs complications. J'aimerais aussi pouvoir assister à des congrès pour me tenir au courant des dernières nouveautés... quand je pourrai être secondé par un adjoint ».

Il faut être curieux et rester humble

« Dans ce métier il faut être curieux, sinon on ne soigne pas les gens comme il faut, s'enflamme le méde-

cin, passionné et consciencieux. Avec l'expérience, j'arrive à trouver, dans le discours du patient le vrai problème, l'urgence à traiter. Comme ce patient vu pour un cancer de la prostate et qui souffrait également d'un décollement de la rétine à côté duquel nous aurions pu passer... Il y a des pièges comme ça. Il faut être à l'affût. Le patient poly-pathologique a un sac et il le vide. Nous, en soins de suite, nous n'avons pas d'excuses pour ne pas l'entendre. Nous devons savoir écouter et faire le tri : 60 % de notre temps, c'est du médical, mais 40 %, ce sont les liens avec la famille et la relation de confiance qui s'établit. C'est un challenge et un enrichissement de chaque instant. Mais c'est, avant tout, un métier dans lequel il faut savoir rester humble. Il faut pouvoir dire aux familles quand on est au bout et que tout ce qui pouvait être tenté l'a été. Dans le domaine des soins de suite en oncologie, même quelques mois passés chez lui sont, pour un patient, une victoire. » ■

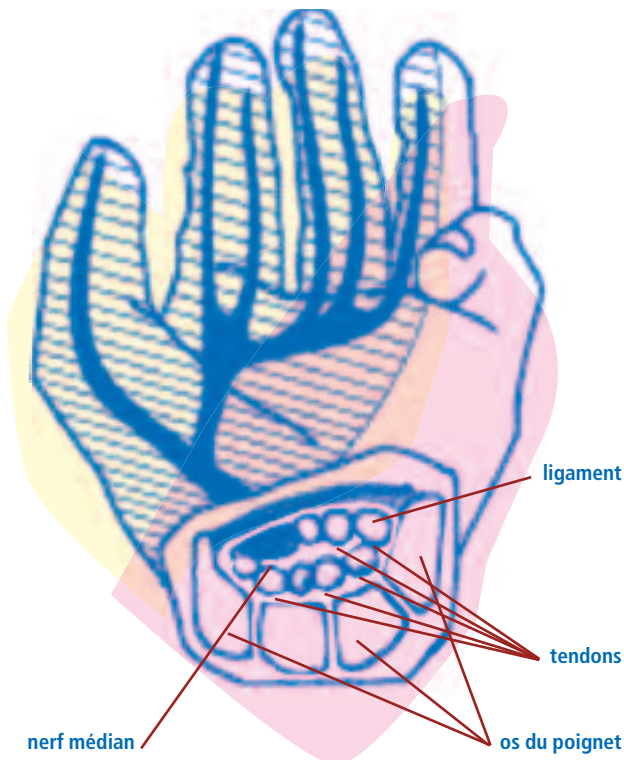
Dominique Guibourg
Dr Ezzeddine Selini
Hôpital La Musse

Le syndrome du canal carpien

Le canal carpien est un espace inextensible délimité par les os du poignet (carpe) en arrière et un épais ligament rigide qui relie ces os les uns aux autres. C'est par ce canal que passent le nerf médian de la main ainsi que les neuf tendons des muscles fléchisseurs des doigts.

Qu'est-ce que le syndrome du canal carpien ?

C'est la compression du nerf médian au poignet. Le rôle de ce nerf est d'assurer la sensibilité des pulpes du pouce, de l'index, du majeur. Il assure également un rôle moteur par l'innervation des muscles du pouce et des muscles thénariens. Toute cause de rétrécissement de ce canal va provoquer une souffrance du nerf.



Quelle population est fréquemment touchée ?

La femme lors de sa grossesse et la femme d'une cinquantaine d'années. Les travailleurs de force surtout, effectuant un geste répétitif (le syndrome du canal carpien est reconnu comme maladie professionnelle dans le cadre des troubles musculo-squelettiques). Les personnes souffrant de pathologies augmentant l'épaisseur des tendons : hypothyroïdie, diabète, polyarthrite rhumatoïde, arthroses ainsi que les fractures du poignet et des os des carpes.

Quels en sont les symptômes ?

Fourmillements, sensation d'engourdissement, douleurs au pouce, à l'index et au médus, voire des douleurs ascendantes vers l'avant-bras et le coude. Ces signes apparaissent le plus souvent la nuit et réveillent la personne. Ultérieurement, si la prise en charge n'intervient pas précocement, les fibres motrices sont atteintes, avec une baisse de la force de préhension du pouce et un lâchage des objets dans la vie quotidienne.

Quels examens complémentaires sont utiles ?

L'électromyogramme permet de confirmer le diagnostic, de localiser le niveau de la compression et de détecter une autre anomalie sur les nerfs du bras. Cet examen n'est pas toujours indispensable. Il ne présente aucun danger mais est parfois un peu désagréable.

Quel traitement ?

Le traitement est fonction de l'importance de la compression, c'est-à-dire de la sévérité clinique et électrique. Le traitement médical consiste en des infiltrations qui ne doivent pas être trop

répétées, accompagnées du port d'une attelle de repos la nuit.

Le traitement chirurgical permet de baisser définitivement la pression dans le canal carpien et de libérer le nerf médian. L'intervention consiste à ouvrir l'épais ligament qui ferme le canal.

Cette intervention est réalisée sous anesthésie du membre supérieur et en ambulatoire.

La taille de la cicatrice est variable suivant la technique réalisée « classique » (ou à ciel ouvert, 2 cm dans la paume) ou endoscopique (deux petites incisions, une dans la paume, une au poignet). Outre l'avantage esthétique, cette dernière technique permet une reprise de l'activité plus rapide, mais elle n'est pas réalisable dans tous les cas, en particulier quand le poignet est raide (synovite importante et antécédent de fracture). Après l'intervention, les fourmillements nocturnes disparaissent généralement dès la première nuit. En revanche, les autres symptômes, en particulier la perte de force, ne sont récupérés qu'après plusieurs mois.

Quels sont les risques spécifiques ?

Exceptionnels, ces risques sont la plaie vasculaire, avec section de l'arcade palmaire, et la blessure du nerf médian ou du nerf ulnaire.

Le patient garde un gros pansement pendant quarante-huit heures qui ne doit pas être mouillé pendant une semaine. Il est nécessaire de bouger les doigts le plus normalement possible. La douleur de l'intervention disparaît en quarante-huit heures sous antalgique banal. Un arrêt de travail de trois semaines est habituel.

La force et la sensibilité complète reviennent après le sixième mois. ■

Dr Zoubir Belkheyr
Centre médico-chirurgical
de la Porte de Pantin

Hôpital La Musse

Patients cérébrolésés, un service pour l'après...

Séverine Bonsignour,
ergothérapeute, explique
à l'un de ses patients
le fonctionnement des lignes de bus.

Permettre au patient cérébrolésé de (re)faire sa vie à la sortie de l'hôpital en l'accompagnant, lui et sa famille, dans les premières étapes, tel est le rôle du service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah), nouveau service mis en place dans l'Eure, en collaboration avec l'association La Ronce et avec le financement du conseil général et de la Ddass.

Née de la volonté des équipes soignantes de l'hôpital La Musse de pouvoir accompagner les patients cérébrolésés à leur sortie du centre de rééducation, de proposer aux familles et aux patients des aides permettant le maintien à domicile, voire de favoriser une insertion professionnelle ou une formation, une nouvelle structure vient de voir le jour à l'hôpital La Musse : le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) après lésion cérébrale.

Troubles « invisibles »

Le Samsah est composé d'une équipe mobile et pluridisciplinaire, formée à la prise en charge des aspects particuliers des traumatisés crâniens. « Tout au long du parcours de la personne, mais en particulier à la sortie du centre de rééducation, lors de la phase de réinsertion familiale, sociale et professionnelle, un suivi doit être mis en place pour éviter certains échecs dus aux problèmes liés au nouvel handicap », explique le Dr Denis Boiteux, médecin chef de service au département rééducation et réadaptation fonctionnelle, responsable de cette nouvelle structure. Et c'est particulièrement vrai dans le cas de patients cérébro-



lésés dont bien des troubles sont "invisibles" au premier abord. Troubles du champ visuel ou du langage, défauts d'attention, de mémoire, de critique ou de raisonnement, manque de motivation ou erreurs de perceptions, négligences spatiales, problèmes de comportements... Nous savons identifier ces troubles. Nous devons poursuivre leur prise en charge, puis savoir passer le relais à des professionnels formés. »

Deux Samsah

Deux Samsah complémentaires ont donc vu le jour parallèlement près d'Évreux : l'un à l'hôpital La Musse, l'autre à La Ronce (une association chargée d'apporter son aide aux personnes handicapées à leur sortie d'un établissement spécialisé). Répartis dans tout le département de l'Eure, des éducateurs spécialisés ont été formés à la prise en charge spécifique des traumatisés crâniens. Ils suivront les patients à leur domicile.

Fonctionnement du Samsah

L'équipe de l'hôpital La Musse, composée d'un médecin, d'un psychologue, d'un ergothérapeute et d'un neuropsychologue, est complétée par les éducateurs spécialisés. Elle pourra :

- recevoir les patients et leurs familles dans le cadre de rencontres multidisciplinaires ;
- se déplacer au domicile ou dans les structures d'hébergement ou d'accompagnement pour certaines prises en charge spécialisées ;
- exercer un lien avec les acteurs de terrains, kinésithérapeutes, orthophonistes et médecins traitants ;
- assurer la complémentarité avec les services d'accompagnement à la vie sociale ;
- s'appuyer sur les structures ayant des compétences nécessaires à la prise en charge des personnes cérébrolésées, sans s'y substituer, mais y jouer un rôle de relais, de formation et de conseil ;



L'équipe du Samsah
dans ses nouveaux locaux.

- collaborer avec les structures d'accompagnement et d'insertion du département de l'Eure et plus particulièrement avec l'Association de familles de traumatisés crâniens (AFTC), l'Association pour adultes et jeunes handicapés (Apajh), le centre de médecine physique et de réadaptation (CMPR) de Saint-André de l'Eure, l'unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale (Ueros) et les familles d'accueil structurées autour du conseil général.

Équipe pluridisciplinaire

Installé depuis peu au rez-de-chaussée du département de rééducation et réadaptation fonctionnelle, adoubé par le schéma régional d'organisation sanitaire, financé par le conseil général de l'Eure, en collaboration avec l'association La Ronce et son service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), le Samsah est destiné à accueillir des adultes de l'Eure (entre 16 et 60 ans) présentant une lésion cérébrale acquise, traumatique ou vasculaire.

Le médecin de médecine physique et de réadaptation assure la continuité de la prise en charge avec les équipes médicales d'amont du service de réédu-

cation neurologique de l'hôpital La Musse. Il effectue l'évaluation des déficiences et la synthèse de l'état clinique de la personne cérébrolésée. Il précise les soins et établit le lien avec le médecin traitant et les autres thérapeutes. En fonction des troubles constatés, l'un ou l'autre des professionnels suivants intervient :

- le psychologue, qui apporte suivi, écoute, soutien et conseils à la personne et à son entourage ; il peut assurer une médiation entre l'adulte et son milieu ;
- le neuropsychologue, qui effectue le bilan des troubles cognitifs ; il conseille les familles et les autres intervenants pour une meilleure compréhension des troubles spécifiques ;
- l'ergothérapeute, qui évalue les conséquences au quotidien des déficiences et les compensations à apporter avec un suivi au domicile, en situation écologique (vie de tous les jours) ;
- l'assistant social, qui poursuit la recherche des solutions de réinsertion et d'aides sociales ;
- l'éducateur spécialisé, qui intègre les obligations du projet de soins dans les différents aspects de la vie quotidienne ;
- le coordonnateur, qui sera l'interlocuteur pour les professionnels de

l'équipe ainsi que pour la personne cérébrolésée, sa famille, son entourage. Il jouera un rôle de conseil et d'aide à la décision.

Les premiers bénéficiaires

Plusieurs patients ont déjà bénéficié du Samsah, habilité à en accueillir trente par an.

Quelques parcours...

Une jeune femme de 33 ans, encore victime de troubles de mémoire et du jugement, conséquence d'une méningo-encéphalite et pour laquelle le recours à la famille a été une aide précieuse pour intégrer son cadre de vie naturel : définies par le Samsah, les données neuropsychologiques ont été correctement appréhendées par la mère de la jeune patiente, mais aussi par la fratrie et ses très jeunes enfants. Une nouvelle vie de couple complète va pouvoir être envisagée prochainement.

Une sexagénaire, traumatisée crânienne avec des troubles de mémoire, sortie de l'hôpital il y a quatre ans mais partant cette année en retraite, a pu bénéficier d'ajustements. Des changements ont dû être faits eu égard à sa nouvelle vie et ses temps de

loisirs importants : l'installation d'un GPS dans la voiture pour ne plus se perdre et la mise en contact avec l'AFTC pour bénéficier d'activités de loisir adaptées...

Un système de relais et de rééducation a été mis en place pour une mère de famille traumatisée crânienne sortie récemment du centre de réadaptation de l'Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées (Adapt) à Saint-André de l'Eure et ayant à charge une adolescente de 14 ans...

Enfin, une ex-toxicomane victime d'un traumatisme crânien a pu retrouver une vie de couple avec son compagnon, lui aussi pris en charge par d'autres structures d'Évreux avec lesquelles des collaborations étroites ont été tissées.

Les victoires

Face au handicap invisible et grâce à l'aide de deux autres outils performants déjà opérationnels au sein du département de rééducation et de réadaptation fonctionnelle (l'appartement thérapeutique et le simulateur de conduite), l'équipe du Dr Denis Boiteux dispose désormais de structures, de moyens, de compétences et de réseaux multidisciplinaires et performants pour apprécier les difficultés neuropsychologiques d'un patient en fin de rééducation après un traumatisme crânien.

À terme, les systèmes mis en place et les aides sollicitées auprès des proches ou des institutions doivent pouvoir permettre à la personne cérébrolésée de gérer les tâches de sa vie quotidienne comme, par exemple, se déplacer seule en ville, maîtriser ses dépenses, percevoir la notion de danger, connaître ses limites, s'inscrire éventuellement au sein d'une association locale, finaliser l'aménagement de son appartement, savoir utiliser les services sociaux, suivre seule son traitement, maintenir des relations avec sa famille et poursuivre son insertion sociale, voire professionnelle... ■

Dr Denis Boiteux
Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah)

Législation et réglementation

- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Décret n°2005-323 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des SAVS et des Samsah
- Code de l'action sociale et des familles

Deux dispositifs

- SAVS : apporter un accompagnement adapté, en favorisant le maintien ou la restauration des liens sociaux, dans le milieu familial, scolaire, universitaire ou professionnel et en facilitant l'accès des personnes handicapées à l'ensemble des services offerts par la collectivité
- Samsah : dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins adaptées à des personnes plus lourdement handicapées, réaliser des missions d'intégration sociale et professionnelle également dévolues aux SAVS

Autorisation, financement et admission

- Autorisation délivrée après passage en commission régionale de l'organisation sociale et médico-sociale, par le président du conseil général, seul s'il s'agit d'un SAVS, conjointement avec le préfet de département s'il s'agit d'un Samsah
- Financement des SAVS par le conseil général (prix de journée) et des Samsah par l'assurance maladie (tarif journalier afférent à l'accompagnement à la vie sociale + forfait annuel de soins)
- Admission en lien étroit avec la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH, remplace la Cotorep)

Information

www.handicap.gouv.fr



Hôpital Villiers Saint Denis

Inauguration du nouvel atelier d'appareillage et de la nouvelle balnéothérapie



Le 23 décembre dernier, accueilli par Didier Gaboriaud, président de la Fondation, Xavier Bertrand, alors ministre de la Santé et des Solidarités, est venu inaugurer le nouvel atelier d'appareillage et la nouvelle balnéothérapie de l'hôpital Villiers Saint Denis, accompagné notamment de Pascal Forcioli, directeur de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) de

Picardie, d'Evelyne Ratte, préfet de l'Aisne, et de Daniel Gard, député. À plusieurs reprises, Xavier Bertrand a souligné l'excellence de la prise en charge de patients particulièrement lourds en vasculaire/diabétologie/appareillage comme en médecine physique et de réadaptation. S'entretenant longuement avec les équipes et avec les patients, au moment où l'on pouvait s'y attendre le moins, le

ministre a souhaité visiter une chambre. Rien ne lui avait échappé comme en a témoigné son discours. Ni l'entretien du lieu, ni le sourire des équipes, ni la présence de solution hydroalcoolique dont il se félicitera. Bien entendu, face à la dégradation des bâtiments d'autres établissements hospitaliers, nos demandes d'aide à l'investissement pour la rénovation des locaux pourraient sembler abusives. Mais comme l'a si



oareillage



bien repris Xavier Bertrand, pourquoi pénaliser un établissement qui fait preuve d'une gestion saine et qui a su entretenir un hôpital au fil des ans? Le ministre a ainsi montré son attachement aux hôpitaux privés à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH), au même titre qu'aux hôpitaux publics ou privés à but lucratif, chacun trouvant largement sa place dans le paysage actuel de la santé.

Il a ainsi rejoint Didier Gaboriaud qui, dans son allocution, a tenu à rappeler « l'esprit mutualiste irriguant ses établissements et tout son personnel dont les 1 600 collaborateurs participant tous au service public hospitalier ».

Face à ces constats, Xavier Bertrand a donc souhaité que l'ARH de Picardie travaille sans tarder à l'hypothèse d'un accompagnement financier permettant de restructurer architecturalement l'hôpital et de continuer à le moderniser dans les meilleures conditions financières possibles : « Je ne dis pas tout cela pour vous être agréable, mais parce que j'ai vu sur le terrain tout ce que vous faisiez. Je me suis rendu compte par moi-même de ce que pouvait représenter un établissement comme le vôtre, et dans le sud de l'Aisne, c'est d'un établissement comme celui-ci dont j'ai besoin. »

Le ministre s'est par ailleurs félicité de l'existence de la consultation mémoire, d'une unité de prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et d'une unité de soins palliatifs.

Nous le savons, la venue d'un ministre dans un établissement PSPH est extrêmement rare. Celle de Xavier Bertrand à Villiers Saint Denis confirme son intérêt pour l'établissement, mais aussi son attachement particulier pour le sud de l'Aisne, dont il souhaite, avec ses proches, soutenir le développement. ■

Jean-Louis Yonnet
Hôpital Villiers Saint Denis



Hommage Décès du Pr Gérard Cathelineau

Professeur des universités-praticien hospitalier, Gérard Cathelineau a dirigé le service de diabétologie-endocrinologie de l'hôpital Saint-Louis (AP-HP) de 1985 à 2001 et a été consultant dans cet hôpital de 2001 à 2003.

Membre du conseil scientifique de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés de 1999 à 2006, il a été chargé du dossier de la médecine générale et de l'organisation des soins primaires.

Il était membre de la commission présidée par Gérard Larcher sur les missions de l'hôpital, installée en 2007 par le président de la République.

Son activité internationale s'est exercée au niveau scientifique et pédagogique : 170 publications, présidence de la Fédération internationale du diabète...

Au niveau régional, le Pr Cathelineau animait depuis quatre ans un groupe de travail multidisciplinaire (médecins généralistes et personnels paramédicaux), agissant simultanément auprès des patients atteints de maladies chroniques. Cette pratique innovante en médecine libérale, promouvant l'éducation thérapeutique du patient, a été mise au point avec la caisse primaire d'assurance maladie de Laon (Aisne) et le soutien de l'union régionale des caisses d'assurance maladie de Picardie.

Sollicité par l'hôpital Villiers Saint Denis pour renforcer la formation diabétologique des équipes médicales et soignantes, le Pr Cathelineau est à l'origine de la création de l'Association Diabète et maladie métaboliques de l'Omois (Adiammo) – voir « Regards » n°4, octobre 2005. Son action a été décisive pour l'établissement et son pôle diabétologie vasculaire et appareillage.

Réflexion...

L'évolution de la place de l'utilisateur à l'hôpital

Tout n'a pas commencé avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Depuis 1990 et le code de déontologie médicale, les droits des malades sont de mieux en mieux pris en compte.

Pour M. Lin Daubech (directeur de la clientèle du CHU de Bordeaux), les habitudes professionnelles du système hospitalier ont glissé du « paternalisme » au « fraternalisme ».

Le patient recherche désormais une relation contractuelle d'égal à égal, et non plus une relation unilatérale et protectrice du médecin.

Dans le système paternaliste, nous avons une relation de subordination et de protection, un principe moral supérieur ainsi qu'un fondement judéo-chrétien.

La maladie est une épreuve divine susceptible de poursuivre deux finalités :

- le châtimement des fautes passées ;
- une mise à l'épreuve de la foi.

Le soignant doit donc guider le malade, au besoin le contraindre vers l'assomption de sa souffrance. Ce modèle imprègne encore fortement notre culture ; la laïcité des hôpitaux est récente (l'évolution de la prise en charge de la douleur en témoigne).

Dans le système paternaliste, le malade est jugé comme incompetent en matière médicale et ses facultés sont jugées amoindries. D'où l'idée que le malade est comme un enfant à apprivoiser, non à tromper, ni à abuser, mais à sauver ou à guérir à travers l'inconnu des péripéties. En contrepartie, le médecin a un devoir de rechercher le bien, en l'occur-



Les usagers sont des acteurs de l'amélioration de la prise en charge de la douleur, qui a évolué en fonction de leur demande et de leurs exigences. Il s'agit de permettre à tout patient (adulte, enfant, l'entourage) d'avoir accès à des informations précises et compréhensibles sur cette prise en charge.

rence la guérison du patient, mais en agissant en dehors de sa volonté.

Si nous analysons la conception française de « service public », celui-ci apparaît comme la mise en œuvre par la nation d'activités d'intérêt général au profit des concitoyens. En conséquence, il ne peut y avoir de négociation entre le service public et l'utilisateur, la volonté générale ne peut se confronter aux intérêts particuliers. L'utilisateur doit se soumettre à la volonté et à la règle imposée. Il sera en situation de dépendance, mais bénéficiera de tous les moyens susceptibles d'être mis en œuvre.

Nous sommes loin de la loi du 4 mars 2002. Certes, au cours des trente dernières années, l'humanisation des hôpitaux a été accélérée, mais pas le paternalisme. En raison de l'influence du droit européen et de la nature médicale de l'activité hospitalière, le paternalisme disparaît au profit du « fraternalisme » ; la vision simple des fonctions médicales (diagnostiquer, guérir, prévenir) est devenue obsolète.

L'information du patient pour la recherche de son consentement libre et éclairé est désormais un droit « législa-

tif », ce qui bouleverse les habitudes professionnelles au sein du système hospitalier.

Le patient recherche désormais une relation contractuelle d'égal à égal et non plus une relation unilatérale et protectrice du médecin envers « son » patient. Cela est un défi pour le corps médical qui doit informer, expliquer et transmettre ; même si ces principes ont été salués par les professionnels de santé, il n'en demeure pas moins un certain nombre de questionnements quant à leur application (personnes en état de faiblesse, mineurs, état mental...). La nature de l'information transmise doit être adaptée au patient.

L'acte médical est désormais rattaché à l'information. Si la personne n'est pas capable de donner un consentement libre et éclairé, un nouvel acteur intervient : la « personne de confiance ».

Une question importante n'est pas posée : tous les patients attendent-ils cette évolution ? Et comment se situe le personnel dans ce type de management, quels sont les avantages et les frustrations ? ■

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

Hôpital Villiers Saint Denis

La maison des usagers

Cette année, l'hôpital Villiers Saint Denis a souhaité mettre en place un lieu dédié aux usagers, appelé « maison des usagers », et ce dans l'esprit de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé posant les fondements d'une véritable « démocratie sanitaire ».

Créer cette maison des usagers, c'est reconnaître la place essentielle des malades et de tous ceux qui constituent leur entourage. C'est donner à l'usager la possibilité de se rendre acteur de sa propre prise en charge.

La maison des usagers n'est donc pas un lieu de consultation, de diagnostic, de réclamations ou de conciliation. C'est un espace non médicalisé et non hiérarchisé, géré par les associations qui en assurent la permanence. À ce titre, cette maison permettra de prendre connaissance du milieu associatif existant, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement. C'est un espace privilégié pour les associations et les personnes qui ont choisi de consacrer du temps aux patients afin de pouvoir leur faire vivre leur engagement. Les liens de solidarité entre les différentes associations ne peuvent que s'en trouver renforcés et enrichis de leur partage d'expériences. Se sont engagées, à ce jour :

- l'Association des paralysés de France (APF) ;
- Jalmalv (Jusqu'à la mort accompagner la vie) ;
- la Ligue contre le cancer ;
- la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (Fnath) ;
- la Croix d'or ;
- l'Association des malentendants ;
- le Fil d'Ariane (association des malvoyants) ;

- Chrysalide (association picarde de l'obésité) ;
- France Alzheimer ;
- Mieux vivre le diabète en Soissonnais.

La maison des usagers sera donc un lieu d'accueil pour les patients, leurs familles, leurs proches, les visiteurs, à la recherche d'un contact ou d'une information. C'est également un service ressource pour les équipes soignantes, qui pourront y référer des personnes en quête d'information ou de soutien.

L'espace éthique de l'établissement a également souhaité s'y implanter. Ce lieu de réflexion consacré à la dimension éthique de tous les secteurs de l'hôpital, et pas uniquement des pratiques professionnelles hospitalières et soignantes, est en effet très attentif aux sollicitations exprimées par les usagers. Ses travaux sont donc ouverts à tous et cette localisation géographique symbolique n'est que les prémisses d'un travail en complet partenariat, travail engagé depuis maintenant près de dix ans dans cet établissement.

Pour citer Jean Wils, chargé des droits des usagers au sein de l'hôpital européen Georges-Pompidou : « *Il est important que la parole individuelle puisse s'exprimer en confiance en de multiples lieux et devant de multiples interlocuteurs.* » ■

Dr Véronique Mennetrier
Hôpital Villiers Saint Denis

La maison des usagers

Elle est rattachée à la direction qualité
Pavillon 3, niveau 4, porte 451

Heures d'ouverture

Lundi au vendredi de 9 h à 18 h
Tél. : 03 23 70 53 49
Fax : 03 23 70 53 43
Courriel : maisonusager@hlrs-villiers.net

Permanences des associations

- Le Fil d'Ariane (handicap visuel)
Jean-Marie Dardoise
1^{er} et 3^e mardis de chaque mois - 14 h à 16 h
- Malentendants
Marie-France Bentz
1^{er} et 3^e jeudis de chaque mois - 14 h à 16 h
- Jalmalv (Jusqu'à la mort accompagner la vie)
Monique Pinet
2^e et 4^e jeudis de chaque mois - 14 h à 16 h
- Association des paralysés de France (APF)
Paul-Henri Huot
1^{er} lundi de chaque mois - 16 h 30 à 18 h 30
- Alcool Assistance - La Croix d'or
Gaston Diot et Hervé Le Bitter
1^{er} et 3^e lundis de chaque mois - 9 h à 12 h
- Chrysalide (association picarde de l'obésité)
Elisabeth Garnavault
2^e lundi et 4^e mercredi de chaque mois - 15 h à 17 h

Retrouver la part de vie dans les messages des hommes

Le 11 avril dernier, sous la présidence de Didier Gaboriaud – devant plus de cent personnes – Bertrand Vergely, philosophe et écrivain, inaugurait l'Espace Éthique de l'hôpital Villiers Saint Denis dont il est le parrain.

Pour le philosophe Bertrand Vergely, résolu à voir la vie sous ses aspects les plus positifs, soigner le plus intime de l'être humain revient à prendre soin de la vie, tâche des plus nobles. S'il ne va pas de soi de parler d'éthique dans le monde qui est le nôtre, Bertrand Vergely a su présen-

ter la longue histoire qui jalonne la notion d'éthique face aux réalités contemporaines. Pour lui, la société marquée par la morale, puis par son refus, affirme l'éthique comme compromis. Il s'agit désormais de faire comprendre qu'il est indispensable d'avoir un certain nombre de règles, de principes fondamentaux pour organiser son action. Dans ce cadre, pour le parrain de l'instance, l'éthique représente quelque chose de plus qu'un simple avis médical ou de prise en charge du patient. Il s'agit là de mettre en place des moyens ayant un sens par rapport à une fin. Ainsi, est aussi de l'éthique ce besoin profond actuel de réunir l'administration, la gestion et le médical.

Pour Bertrand Vergely, aucune civilisation ne peut se forger sans éthique et en parler est d'autant plus courageux, qu'un mouvement pensant qu'on pourrait se passer d'éthique est en passe de se développer. Introduire de l'éthique à tous les niveaux d'un établissement hospitalier consiste à respecter la technologie, l'économie, ses lois, sa nécessité, en gardant en permanence à l'esprit la question suivante : quel est le sens de ce que nous faisons ?

Durant toute sa présentation, Bertrand Vergely a récusé le geste mécanique, le réflexe conditionné en proposant d'introduire, dans chaque comportement de la vie quotidienne, sens et pensée. Pour l'auteur, si l'homme est présent à ce qu'il fait, s'il y a réconciliation entre intelligence et sensation, il y a éthique. Vivre, c'est devenir présent à l'existence ; soigner, c'est rendre les gens présents à eux-mêmes, ajoutant que la morale s'occupait du mal et de l'idéal alors que l'éthique se consacrait au bien et à la réalité.

Pendant plus de trois heures, le philosophe a ainsi insufflé son optimisme : pour tous ceux qui ont souffert, qui ont été malades, le moindre rayon de soleil est l'occasion d'un émerveillement sans fin. Les hommes de l'éthique sont ceux qui, capables de gratitude à l'égard de la vie, acceptent la rencontre avec l'autre et le sens des réalités.

À l'issue de cette rencontre, Bertrand Vergely a confié cette réflexion à l'auditoire passionné : « Il appartient à l'Espace Éthique de l'hôpital Villiers Saint Denis de dire la chose suivante : nous ne nions pas la gravité de certaines souffrances en fin de vie, mais nous sommes des adultes, parents, hommes et femmes. Qu'allons-nous dire à nos enfants des valeurs que nous portons et sur quelles bases construirons-nous la société de demain ? » ■



Frédérique Yonnet
Hôpital Villiers Saint Denis

Hôpital Villiers Saint Denis

L'Espace Éthique, le début d'une belle aventure

Aboutissement d'une demande forte des personnels, l'Espace Éthique de l'hôpital Villiers Saint Denis inauguré le 11 avril dernier est aussi le début d'une belle aventure, et il n'aura fallu que trois mois au groupe fondateur composé d'une vingtaine de salariés pour poser l'organisation et les futurs thèmes qui y seraient développés.

En effet, depuis un certain temps maintenant, une prise de conscience s'exprimait face à des patients en fin de vie, sans domicile fixe, esseulés, sous tutelle, agressifs, totalement désemparés et profondément détruits par une vie difficile. Cette prise de conscience s'est d'ailleurs particulièrement révélée lors de la première réunion de l'instance, où les uns et les autres ont été invités à proposer pêle-mêle les thèmes qu'ils aimeraient voir développés à l'Espace Éthique : sommes-nous toujours aussi proches que nous souhaiterions (ou que nous disons) l'être ? La prolifération de textes réglementaires ne finit-elle pas par avoir raison de notre vocation première ? Les lois et les décrets sont-ils tous applicables en l'état et quelle est la marge de manœuvre dont nous disposons réellement ? Jusqu'où la religion à l'hôpital ?, mais aussi les soins palliatifs, la fin de vie et le « laisser-mourir », la norme, le rituel et la préparation du défunt, le racisme, etc.

Face à la légitimité de ces questions, il a été décidé de s'offrir une parenthèse sur le temps de travail et de construire, tout simplement.

Au-delà de cette demande, les différents membres fondateurs de l'Espace



Éthique ont rapidement constaté que l'instance était aussi destinée à resserrer les liens entre professionnels, à échanger certaines expériences, à combler cette solitude du soignant et du médecin si souvent décrite et déplorée. Bien entendu, cette création ne s'est pas faite sans difficultés. Il a d'abord fallu convaincre du bien-fondé d'une telle instance chez ceux qui n'avaient pas sollicité cette création. Deux points récurrents : « À quoi cela va-t-il servir ? Je ne suis pas concerné, c'est trop intello et puis, de toutes les façons, je ne suis pas dans le soin. »

Il a fallu convaincre que l'éthique concerne tout un chacun, que la prise en charge du patient ne relève pas de l'unique responsabilité de celui qui l'approche au plus près, qu'il s'agit là d'un art de vivre et de se comporter plus que d'une technique. En aucun cas, l'Espace Éthique ne doit se substituer à la responsabilité du médecin, ni traiter du cas particulier d'un patient.

Aujourd'hui, l'Espace Éthique se réunit mensuellement, les thèmes ont été diffusés à l'ensemble du personnel et une ligne interne a été définie. L'expérience

personnelle y est admise à la seule condition qu'elle autorise le débat et l'échange d'expérience, l'Espace Éthique de Villiers Saint Denis n'ayant pas pour vocation de devenir groupe de parole. Et parce qu'il est dans la tradition de l'hôpital Villiers Saint Denis de développer une politique rigoureuse de communication, une rencontre est organisée chaque trimestre, réunissant personnels de l'établissement et habitants des environs, rencontre durant laquelle un intervenant extérieur vient proposer son expertise médicale, juridique ou sociologique.

Aujourd'hui, l'Espace Éthique a intégré le portail intranet de l'établissement. Les personnels peuvent désormais avoir accès aux informations et à la documentation mises en ligne et nous postulons que cette ouverture attirera aux côtés du groupe fondateur de plus en plus de personnes, notamment les usagers qui seront prochainement invités à participer aux réunions mensuelles. ■

Frédérique Yonnet
Hôpital Villiers Saint Denis

Priorité santé mutualiste

Vers un accès à des soins de qualité pour tous

Votre médecin vient de vous annoncer une mauvaise nouvelle. Sous le choc, vous n'avez pas eu le temps de lui poser des questions importantes. Le mouvement mutualiste lance « Priorité santé mutualiste », un nouveau service d'information et d'orientation pour aider ses adhérents à prendre leur santé en main.

La Mutualité française, qui fédère la quasi-totalité des mutuelles santé en France, protège six Français sur dix, soit près de 38 millions de personnes et quelque 18 millions d'adhérents.

Organismes à but non lucratif, ne pratiquant pas la sélection des risques et régis par le code de la mutualité, les mutuelles interviennent comme premier financeur des dépenses de santé après la Sécurité sociale. Elles disposent également d'un réel savoir-faire médical et exercent une action de régulation des dépenses de santé et d'innovation sociale à travers leurs 2 000 services de soins et d'accompagnement mutualistes : hôpitaux, cliniques, centres de santé médicaux, centres dentaires et d'optique, établissements pour la petite enfance, services aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, etc.

Promouvoir la santé

Par la prévention et la promotion de la santé, la Mutualité française souhaite contribuer, à travers son réseau et ses services, à l'accès de tous à des soins de qualité. Tel est l'objet du nouveau service qu'elle proposera prochainement

aux adhérents mutualistes : « Priorité santé mutualiste ».

Le nom de ce futur service a été annoncé, lors des journées de rentrée de la Mutualité française qui se sont déroulées, à Brest les 27 et 28 septembre dernier, en présence de 900 élus (dont les représentants du groupe de la fédération de mutualiste interdépartementale de la région parisienne [FMP]), mais aussi de militants et de représentants mutualistes.

Du parcours de santé mutualiste à « Priorité santé mutualiste »

« Pour nous, la priorité est et restera la santé. » C'est en ces termes que le président de la Mutualité française, Jean-Pierre Davant, a officialisé « Priorité santé mutualiste », nom définitif du parcours de santé mutualiste.

Lancé lors du 38^e congrès national de la Mutualité française, en juin 2006, et présenté en décembre 2006 dans le n°5 du magazine *Regards*, le parcours de santé mutualiste comporte trois axes :

- améliorer les démarches de prévention (lutte contre le tabagisme, dépistage des cancers, santé bucco-dentaire) ;
- accompagner en cas de maladie les adhérents, grâce à des services d'orientation et de conseils ;
- passer des accords avec les professionnels de santé, ces accords devant contribuer à clarifier les tarifs, tout en garantissant aux adhérents d'accéder aux meilleurs soins ; il s'agit de faire rimer qualité avec égalité.

L'évolution de la dénomination de la nouvelle stratégie mutualiste, décidée en 2006 lors du congrès de Lyon – pour continuer à défendre l'accès de tous à des soins de qualité – marque le passage

d'un projet interne au mouvement mutualiste, à la concrétisation d'une gamme de services à destination des adhérents des mutuelles. « Priorité santé mutualiste » traduit ainsi la philosophie et l'ambition du projet : répondre aux besoins d'information, d'orientation et d'accompagnement en matière de santé. La santé est une priorité partagée par les adhérents et les mutuelles, avec le sentiment pour l'adhérent, qu'au-delà de la santé publique, c'est sa santé qui devient une priorité.

Information, orientation et accompagnement

Service d'information, d'orientation et d'accompagnement, « Priorité santé mutualiste » veut défendre l'accès des 38 millions d'adhérents mutualistes à des soins de qualité.

Dans un premier temps, il leur permettra d'accéder à un centre de contact téléphonique pour obtenir des informations personnalisées afin de les aider à accéder au meilleur des connaissances, des techniques et des soins en matière de santé.

Qualité, proximité, confidentialité, impartialité et transparence

« Priorité santé mutualiste » repose sur quatre grands principes :

- qualité ;
- proximité ;
- confidentialité ;
- impartialité.

Il doit devenir un espace de transparence sur la qualité en santé où les malades trouveront des informations lisibles, compréhensibles et respectueuses des dernières avancées scientifiques.



©FNMFF/G.Monico

Prise en charge globale et décloisonnement

Il s'agit d'inscrire cette recherche de la qualité dans un processus de santé afin de l'étendre à tous les domaines : prévention, dépistage, diagnostic, soins curatifs et accompagnement de la personne malade ou en situation de handicap et de sa famille.

S'inscrivant dans une démarche de qualité et de prise en charge globale favorisant les décloisonnements du système de santé, « Priorité santé mutualiste » concerne, pour le moment, trois vastes domaines de la santé :

- le cancer ;
- les pathologies cardio-vasculaires ;
- les addictions (alcool, tabac, drogues).

Maillage sanitaire

Progressivement, il sera étendu à d'autres champs, comme la dépendance ou la nutrition. Testé début 2008 en Bretagne et en Languedoc-Roussillon où il sera accessible aux adhérents mutualistes de ces deux régions, « Priorité santé mutualiste » sera généralisé en 2009 à l'ensemble des adhérents sur tout le territoire français.

À terme, « Priorité santé mutualiste »

fera en sorte que « tous nos concitoyens puissent accéder à des soins de qualité, sans discrimination et sur tout le territoire », insiste Jean-Pierre Davant. La prise en charge plus efficace et plus efficiente des patients, au-delà des performances individuelles des professionnels de santé, ne peut qu'être favorisée par cette nouvelle démarche mutualiste.

Catherine Toubanc
Fondation La Renaissance Sanitaire

Fédération nationale de la Mutualité française

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

Faits marquants Villiers Saint Denis

Inauguration de l'espace Gilbert-Dufour

Le 28 juin dernier, l'hôpital Villiers Saint Denis consacrait l'espace Gilbert-Dufour dédié à la nouvelle balnéothérapie inaugurée fin décembre 2006 par Xavier Bertrand, alors ministre de la Santé et des Solidarités. Gilbert Dufour, masseur-kinésithérapeute à l'hôpital Villiers Saint Denis pendant plus de trente ans, a su répondre avec courage, enthousiasme et détermination dès 1968 à toutes les transformations de l'hôpital, et ce malgré son handicap visuel. À la recherche constante de novations, il a travaillé jusqu'au bout de ses possibilités, malgré la maladie qui l'a emporté.

Remise de la médaille de la Fondation à Guy Cordesse

La médaille de La Renaissance Sanitaire a été remise à Guy Cordesse, masseur-kinésithérapeute qui a quitté l'établissement en novembre dernier. Fort de son expérience et soucieux de transmettre ses connaissances, Guy Cordesse se partage maintenant entre l'enseignement, la formation et la poursuite de son

métier en tant que libéral. La remise de cette médaille constitue pour lui « *la reconnaissance du travail de tous les rééducateurs de l'établissement* ».

Théâtre à l'hôpital : oublier un peu la maladie

Le 7 février dernier, un spectacle théâtral a été organisé dans le département cardiologie-pneumologie et gériatrie au profit des patients de l'hôpital. Interprétée par des comédiens handicapés et non handicapés de la compagnie du Théâtre du fil, de Savigny-sur-Orge, dans l'Essonne (www.theatre-du-fil.com), l'adaptation du roman d'Andrée Chédid, *L'Autre* (une histoire de solidarité, d'entraide, de rencontre des différences...) a été présentée avec le soutien de la mairie et du centre communal d'action sociale de Morsang-sur-Orge, dans l'Essonne. Un spectacle doux et poétique.

Gestion et organisation du temps médical

Depuis plus d'un an, la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) – créée en 2003 dans le cadre du plan Hôpital 2007 et rattachée au ministère de

la Santé – aide les établissements de santé publics et privés à améliorer leur organisation (www.meah.sante.gouv.fr). Elle accompagne les établissements dans leur démarche de gestion et d'organisation du temps médical. Quatre actions seront mises en œuvre : la réorganisation de la permanence des soins, la formalisation d'options d'aménagement du temps de travail des praticiens du département vasculaire-diabétologie et appareillage, l'élaboration d'un règlement partagé afférent à l'organisation du temps médical et l'optimisation du processus de gestion des tableaux de service. Le résultat des actions menées a été présenté à la MEAH le 12 juillet 2007.

Dispositifs malentendants

La situation des malentendants ou des personnes devenues sourdes reste un problème peu pris en compte dans les établissements de santé. Il s'agit là d'un handicap peu voyant et peu exprimé par la personne qui en est atteinte. Faire répéter l'interlocuteur, parfois plusieurs fois, devient source d'incompréhension profonde qui peut être atténuée par de nombreuses actions. Décision a donc été prise de sensibiliser l'ensemble du personnel, d'enga-



ger des actions de formation et d'information et de rechercher, avec l'aide des personnes souffrant de ce handicap, des possibilités d'investissement simple et peu onéreux : boucles magnétiques itinérantes, téléphones à voyant lumineux à la demande et surtout l'investissement personnel de chacun.

Animations

Spectacles musicaux, passage des cyclistes du Tour de France, les animations ont été nombreuses et variées.

Lycée Jean-de-La-Fontaine : appartement témoin pour former les aides à domicile

Le 23 janvier 2007, était inauguré, au lycée Jean-de-La-Fontaine, à Château-Thierry, établissement labellisé « lycée des métiers de la santé », un appartement témoin pour former les aides à domicile. Les ergothérapeutes de l'hôpital partenaire du projet (Emmanuelle Mitschke, Carine Phuplin, Caroline Regnier-Roux et Nathalie Rumas) ainsi que Jean Besnehard, cadre rééducateur, se sont impliqués dans la création de cet outil depuis 2005. Des actions de formation

(techniques d'aide aux activités motrices et de manutention...) dispensées par ces soignants sont également envisagées dans le nouvel espace éducatif équipé de matériels « dernier cri ». Ouvert à la formation continue, c'est une vitrine et un outil de mutualisation.

Stage de tir aux armes

Depuis cette année, les patients relevant du département vasculaire diabétologie et appareillage s'exercent au tir aux armes, au Club de Château-Thierry présidé par Éric Dechamps, responsable de l'atelier d'appareillage de l'hôpital. Lors de chaque session (au nombre de trois à ce jour), douze patients accompagnés d'un cadre rééducateur (Frédéric Lamandé) et de kinésithérapeutes (Carl Colemans et Jacques Senegas-Rouvière) pratiquent cette activité sportive qui revêt un intérêt thérapeutique évident : le développement du goût de l'effort et la démonstration, en termes de connaissance d'eux-mêmes, que leur nouvelle vie peut demeurer active, voire audacieuse.

Stage de ski alpin

Expérience renouvelée tous les ans, le stage de ski alpin au profit de neuf patients accompagnés de Frédéric Lamandé (cadre rééducateur) et d'Olivier Salze (kinésithérapeute) s'est déroulé cette année près du gîte de Romain Chamerois, tri-amputé. Ancien patient soigné à l'hôpital, Romain Chamerois, en juin 2003, a volé en autonomie en parapente du haut du Mont Blanc qu'il avait préalablement gravi par ses propres moyens.

Visite d'étudiants de l'institut de formation en soins infirmiers (Ifsi) de Soissons

Le 12 juin dernier, vingt étudiants de l'Ifsi de Soissons (antenne de Château-Thierry) étaient accueillis au département cardiologie, pneumologie et gériatrie par le Dr Anne Benassar (cardiologue) et Jean Besnehard (cadre rééducateur). La matinée était consacrée à un cours théorique sur la réhabilitation cardiaque et pulmonaire, mis en application dans l'après-midi, en atelier, à la salle de gymnastique. ■



Faits marquants La Musse

Visite de Philippe Streiff au simulateur de conduite

Le simulateur de conduite a reçu, mercredi 14 mars, la visite de Philippe Streiff, ancien pilote de Formule 1 devenu tétraplégique à la suite d'un accident en 1989 et conseiller technique auprès du délégué interministériel, chargé de l'accessibilité et de la sécurité routière. Accueilli par Catherine Palladitcheff, directeur, et Yves Prudent, cadre ergothérapeute, Philippe Streiff a pu tester le simulateur.

Budgets décentralisés

Fin 2006, chaque département de l'établissement a fait l'objet de la présentation d'un budget décentralisé incluant les charges de personnel, les frais médicaux et annexes et certaines dépenses hôtelières, fournitures, élimination des déchets... Le point est fait chaque mois.

Commission de soins

La commission de soins s'est réunie pour la première fois en octobre

2006. Souhaitée par la Haute Autorité de Santé, elle est complémentaire des autres instances en place à l'hôpital.

Gestion de la violence et de l'agressivité

À la demande des salariés, une nouvelle formation sur la gestion de la violence et de l'agressivité a été mise en place à l'automne 2006 et les premiers salariés formés.

Sécurité incendie

À l'issue de sa visite du mois de décembre dernier, la commission de sécurité a émis un avis favorable concernant la sécurité incendie au département rééducation et réadaptation fonctionnelle et autorisé la poursuite de nos activités. La mise aux normes du département soins de suite polyvalents est donc lancée

Sros 3

Le schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération (Sros 3),

rendu public par l'ARH, prévoit pour notre établissement une diversification de l'activité (alcoologie, réadaptation cardiaque, offre à destination des enfants et adolescents), la mise en œuvre d'alternatives à l'hospitalisation, l'extension des pôles handicaps, le développement du pôle gériatrique et de la complémentarité avec d'autres filières. Le contenu du Sros 3 est décliné au niveau de l'établissement dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé au printemps 2007.

Travaux

L'entrée du département de soins de suite spécialisés a été entièrement repensée, permettant, entre autres, une plus grande confidentialité de l'accueil des familles. Au département soins de suite polyvalents, une cabine de soins esthétiques a été réalisée grâce aux dons du Lions Club.

Réunions

Le groupement régional des infir-



mières hygiénistes de Haute-Normandie s'est réuni en décembre 2006 à l'hôpital La Musse et, sous la houlette de Sylvie Gaillard, a posé les bases d'un travail sur le thème des précautions standards.

De même, et en décembre également, une trentaine d'ergothérapeutes de l'Eure se sont réunis à l'hôpital La Musse, répondant à l'invitation d'Yves Prudent, chef ergothérapeute.

Bibliothèque

Bénéficiant de plusieurs dons de livres ainsi que de l'appui logistique des bénévoles d'une association de la commune, la bibliothèque connaît une seconde jeunesse. Permanences et visites des pavillons sont mises en place tous les vendredis après-midi à destination des patients.

Concert de violon et piano

Très régulièrement, à l'initiative des soignants, la salle de restauration du département rééducation et réadaptation fonctionnelle (pavillon 1) accueille des concerts en fin de journée. Après le djembé de la fois précédente, patients et soignants de l'hôpital La Musse étaient conviés mi-mai à un duo piano/violon composé de Rémy Werschoote et Michel Noël, ancien violoniste de l'Opéra de Paris. L'invitation, lancée par le Dr Alain Bouillerot, président de la commission médicale d'établissement, a permis à chacun d'apprécier plusieurs courtes pièces du répertoire classique, des musiques traditionnelles et des mélodies jazzy.

Forum Soins palliatifs

Fin mars, une délégation de soignants du département soins de suite polyvalents est intervenue à l'institut de for-

mation des soins infirmiers de l'Eure, à Évreux, devant Marie de Hennezel (chargée de mission au ministère de la Santé), dans le cadre d'un forum consacré à l'évolution de la culture palliative. Devant un amphithéâtre de plus de cent cinquante personnes, les soignants ont mis l'accent sur la progression importante réalisée dans la prise en charge palliative, au fil des ans, au sein de l'établissement.

Lavage des mains

Une formation à l'utilisation d'un produit hydro-alcoolique, un rappel des gestes de lavage des mains et un audit d'observance d'hygiène des mains pour les soignants ont été menés au printemps 2006, à l'initiative de l'infirmière hygiéniste.

Délégation du centre régional de lutte contre le cancer Henri-Becquerel de Rouen

Un groupe composé de la nouvelle directrice de soins, d'un médecin et de deux assistantes sociales a été reçu dans les services du département soins de suite polyvalents le 5 avril. L'occasion, pour chacun, de renforcer les liens tissés depuis longtemps entre le centre anticancéreux rouennais et l'établissement de moyens séjours, logiquement habitués à travailler ensemble. ■



Faits marquants CMCPP

Nouvelle équipe de direction

Jean-Louis Yonnet dirige, depuis le 6 février 2007, le centre médico-chirurgical de la Porte de Pantin. L'équipe de direction est composée de Frédérique Yonnet (ressources humaines), Marie-Claude Quinquenel (économie et finance), Jean-Paul Lévy (qualité), Noureddine Zeddini (logistique), Denis Mathieu (information médicale et système d'information) et Lakhdar Khenifer (président de la commission médicale d'établissement).

Pôles

Depuis juin 2007, l'activité médico-chirurgicale de l'établissement est organisée en trois pôles : ostéoarticulaire, chirurgie générale et médico-technique. Le pôle est une entité sociale et économique qui rassemble les professionnels

de santé nécessaires à la prise en charge des patients affectés en ce « lieu » au titre de la pathologie principale ayant conduit à leur admission.

Dans la plus large concertation possible, les chefs de pôle conçoivent et mettent en œuvre les projets de pôles conformes aux préconisations des schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) et constitutifs du projet d'établissement. Chaque pôle dispose pour atteindre ses objectifs de tous les moyens tirés de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) de l'établissement. Il doit contribuer à la gestion de son enveloppe budgétaire limitative.

Ouverture du nouveau service de soins de suite polyvalents

Par arrêté du 29 juin 2007, l'agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France a autorisé l'ouverture de soins de suite polyvalents. Cette nouvelle activité bénéficie aux malades chirurgicaux de l'établissement mais aussi de tous les autres établissements du territoire 75-1, notamment en gériatrie. Rattachée au pôle ostéoarticulaire, elle a bénéficié d'une attestation provisoire de conformité.

Arrivée et départ

Arrivée du Pr Christophe Oberlin, spécialiste de la chirurgie de la main. Départ du Dr Pascal Bizot, chirurgien orthopédiste.

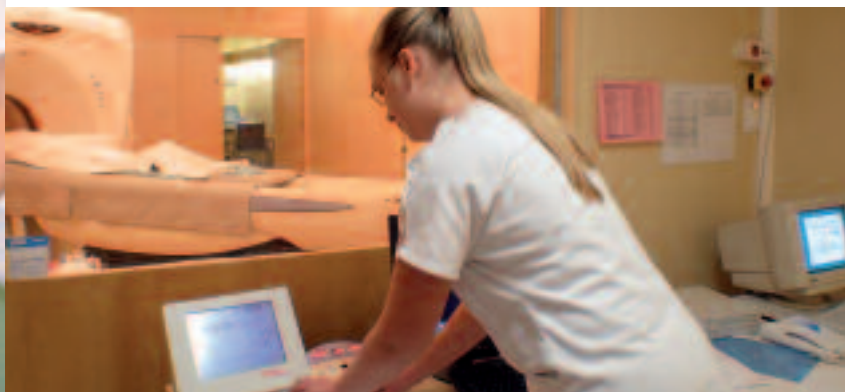
Modernisation des blocs opératoires et rénovation des tours aéro-réfrigérantes

D'importants travaux initiés en juillet 2007 ont permis de moderniser l'ensemble des blocs opératoires de l'établissement.

Parallèlement, les tours aéro-réfrigérantes ont été rénovées. Un mur anti-bruits sonores a également été installé.

Littérature

Le Dr Jean-Édouard Clotteau, chef du pôle de chirurgie générale, a publié au deuxième trimestre 2007 son premier roman : *Le Brasier de paille*, dont l'héroïne, Marie, veuve paisible va, dès son admission dans un centre de soins palliatifs, s'enflammer pour un autre patient. Cet amour sera-t-il capable de tout transcender : la maladie, le futur éphémère et la mort elle-même ? (Éditions Société des écrivains, juin 2007) ■



Bulletin de soutien

Fondation

La Renaissance Sanitaire

Reconnue d'utilité publique (décret du 8 juillet 1928)

Hôpital soutenu (à préciser)

Je participe activement à travers ses actions
(cocher la case correspondante à votre souhait) :

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ Lutte contre le diabète | ☐ Appareillage |
| ☐ Unité de soins palliatifs | ☐ Gériatrie |
| ☐ Lombalgies chroniques | |
| ☐ Autres : à préciser : | |

Par chèque, à l'ordre de la Fondation La Renaissance Sanitaire :

- | | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 30 € | ☐ 50 € | ☐ 75 € | ☐ 100 € |
| ☐ Autre montant : € | | | |

Par prélèvement automatique, je retourne la présente autorisation, accompagnée d'un relevé d'identité bancaire ou postal. L'hôpital que vous avez choisi de soutenir vous adressera son numéro national d'émetteur.

Mes coordonnées personnelles

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :

Mes coordonnées bancaires

Nom de la banque :
Adresse :
Code postal : Ville :

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever :

- | | | |
|--|-------------------------------|--|
| ☐ Chaque mois , la somme de : | | |
| ☐ 20 € | ☐ 30 € | ☐ Autre montant € |
| ☐ Chaque trimestre , la somme de : | | |
| ☐ 20 € | ☐ 30 € | ☐ Autre montant € |

Date	Signature
------	-----------



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

Nous vous remercions de bien vouloir retourner votre bulletin de soutien à l'adresse ci-dessous :

Fondation La Renaissance Sanitaire
14, boulevard Saint-Germain
75005 Paris

Un reçu fiscal vous sera adressé dès réception de votre versement, afin que vous puissiez bénéficier de la réduction d'impôt sur le revenu, selon les dispositions réglementaires en vigueur (actuellement 66 % du montant de votre don dans la limite de 20 % du revenu imposable).

Conformément à la loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de modification et de suppression s'agissant des données qui vous concernent. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un courrier à l'adresse figurant ci-dessus. Ces informations sont à l'usage exclusif de La Renaissance Sanitaire.



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 | BP119 | 9 - 21, sente des Dorées |
| 02310 Villiers Saint Denis | 27180 St-Sébastien-de-Morsent | 75019 Paris |
| Tél. : 03 23 70 75 22 | Tél. : 02 32 29 30 31 | 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.