

Le magazine
de La Renaissance Sanitaire

Regards

N°7 JUILLET 2008

Actualités

Enjeux

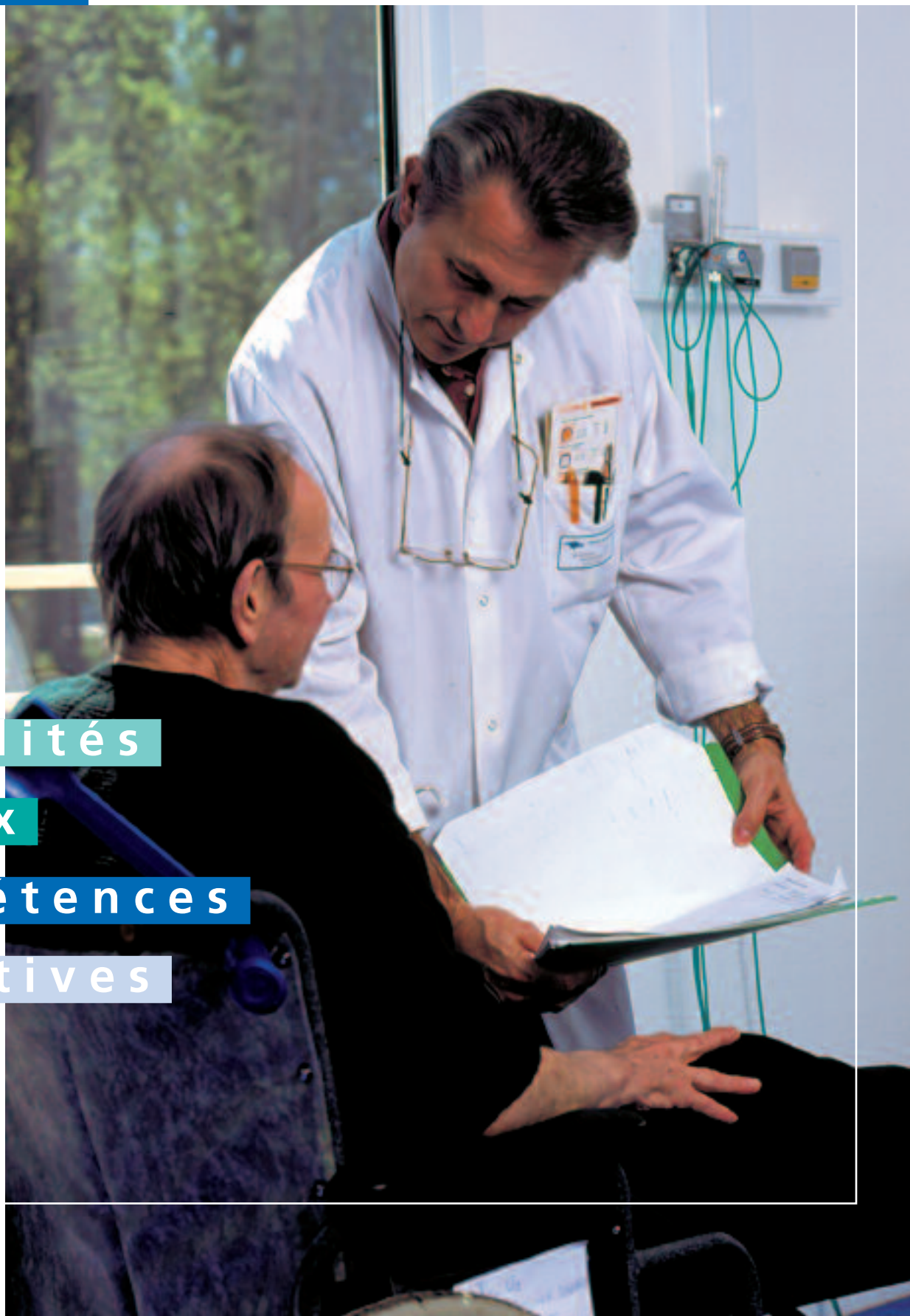
Compétences

Initiatives

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

**La Renaissance
Sanitaire**

Fondation reconnue d'utilité publique
par décret du 8 juillet 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
Maryse LÉPÉE, présidente de l'Association des cités du Secours catholique,
administratrice de l'union régionale interfédérale des organismes privés
sanitaires et sociaux (URIOPSS) d'Île-de-France, de l'Union nationale
interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
(UNIOPSS) et de la Fédération nationale des accidentés du travail
et des personnes handicapées (FNATH)
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

Centre médico-chirurgical de la Porte de Pantin
Quand le chemin est tracé, on ne peut que poursuivre p. 4

Soins palliatifs

La politique des soins palliatifs p. 6

**La loi Leonetti : un outil attendu pour accompagner
les patients en fin de vie et leur famille** p. 8

compétences

Soins palliatifs

**Hôpital La Musse : progression
de la prise en charge au fil des années** p. 10

**Hôpital Villiers Saint Denis :
équipe en jeu, enjeux d'équipe** p. 12

**Le travail récompensé
d'une équipe pluridisciplinaire** p. 14

L'atelier d'appareillage agréé

Performance, adaptation et réactivité p. 16

L'accompagnement du patient

dans un service de nutrition p. 18

La radiologie interventionnelle

Une activité de pointe p. 20

enjeux

Gouvernance à l'hôpital et en Mutualité p. 21

Certification, deuxième version (V2)

**L'autoévaluation à blanc productive
à l'hôpital La Musse** p. 24

initiatives

Temps médical

Organisation p. 26

Commission de soins

Une instance qui a trouvé toute sa place p. 27

Normandos

Un nouveau réseau contre les problèmes de dos p. 28

Pratique clinique

**Évaluation sur simulateur de conduite
des personnes cérébrolésées** p. 30

Hôpital Villiers Saint Denis

Accueil de jour Alzheimer p. 33

Faits marquants

Hôpital La Musse p. 34

Hôpital Villiers Saint Denis p. 36

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

Directeur de publication : Didier Gaboriaud ■ Rédacteurs en chef : René Durand, René Vandamme, Catherine
Toublanc ■ Conception maquette : Héral ■ Imprimerie de Champagne ■ Dépôt légal 3^e trimestre 2008.



L'actualité des acteurs de santé est dense, mais demeure très préoccupante, voire douloureuse.

Douleur également extrême et médiatisée de personnes en fin de vie qui réclament le droit de mourir : les équipes médicales et soignantes de nos établissements, spécialisées dans la prise en charge des soins palliatifs, vous livrent leur analyse du contexte législatif et réglementaire en ce domaine, ainsi que leur témoignage et leur expérience.

À l'heure où un nouveau projet de réforme du système hospitalier se dessine (largement inspiré des rapports Larcher et Ritter consacrés notamment à la nouvelle gouvernance), une analyse pessimiste, adossée à une crise financière sans fin du système de protection sociale, pourrait conduire à ce que la prise en charge en soins palliatifs (comme bien d'autres soins...) ne soit plus financée par l'Assurance Maladie obligatoire, si l'organisation du système de santé, à repenser, ne devient pas plus efficiente.

La création des réseaux de santé, dans lesquels nos établissements sont partie prenante, participe à cette recherche d'efficacité... Reste à financer ces réseaux pour permettre leur démarrage effectif.

Le point de rupture est proche s'agissant de la pérennité de notre protection sociale. N'est-il pas temps d'engager et de soutenir de vraies réformes sans céder aux compromis trop souvent corporatistes ? Certains voisins européens, avec des succès et des échecs – mais bien souvent à moindre coût –, ont réformé leurs systèmes de santé, pour des résultats sanitaires satisfaisants. Plus créatifs et en prenant des options organisationnelles plus radicales, ce sont ainsi de vrais changements qui ont été instaurés. Aura-t-on enfin cette même volonté en France ?

Avec optimisme, détermination et courage, il nous faut pourtant continuer à innover pour offrir aux patients la meilleure qualité de soins avec des plateaux techniques modernes. L'innovation dans la recherche de financements sera également la clé du développement de la Fondation et de ses établissements.

Nous devons en particulier urgemment faire cette démonstration pour l'un d'entre eux, le centre médico-chirurgical de la Porte de Pantin, qui connaît de très grandes difficultés nécessitant une restructuration lourde, non sans conséquences sociales. Nous mettons toute notre énergie pour préserver le plus grand nombre d'emplois et réorganiser en profondeur cet établissement.

Le défi de la croissance prévisible des besoins nous attend, notamment en soins de suite et de réadaptation, ainsi qu'en soins dits « de longue durée », alors que la solvabilité de nombreux ménages se fragilise... Aussi, dans notre engagement éthique de l'économie sociale, sachons exploiter toutes les pistes financières novatrices, mais également partenariales, afin de dégager des moyens financiers nous permettant de répondre favorablement à l'urgence sociale.

Didier Gaboriaud
Président de La Renaissance Sanitaire

CMC de la Porte de Pantin

Quand le chemin est tracé, on ne peut que poursuivre

Entreprise depuis le mois de mars 2007, la restructuration du centre médico-chirurgical de la Porte de Pantin (CMCPP) s'est poursuivie durant ces derniers mois, autour de trois axes : économique, social et organisationnel.

« La vie ne nous donne pas ce qu'en attendent les enfants capricieux mais seulement ce que lui arrachent de force les courageux et les audacieux. »

Mikhail Saltykov-Chtchedrine (1826-1889)

S'appuyant sur la comptabilité analytique mise en place durant le premier semestre, et considérant, à juste titre, que le service d'hospitalisation de la rhumatologie avait été fermé unilatéralement par son responsable médical, la direction et les personnels médicaux ont entrepris des négociations, de gré à gré, en vue de faire cesser une activité de consultation sans grande utilité économique. Parallèlement, la planification de l'utilisation des blocs opératoires, préparée alors que ceux-ci étaient fermés pour travaux, a permis la réalisation de substantielles économies tant en dépenses de personnel, que médicales, pharmaceutiques et logistiques. Il ne fait aucun doute que si la fermeture des blocs opératoires n'avait été plus longue que prévue et, mieux encore, s'il n'avait pas été impérativement nécessaire d'entreprendre ces travaux de sécurité, l'année 2007 se serait achevée sur un déficit réconfortant d'à peine 100 000 euros, hors montant des dépenses exceptionnelles consécutives aux départs négociés. De plus, la réduction des dépenses de personnel et de restauration, évaluée à 2,4 millions d'euros sur une année complète permettait, toutes choses égales par ailleurs, d'espérer un exercice 2008 en parfait équilibre.

Dans le domaine social, la restructuration a consisté à travailler sur des outils jusque-là inexistantes ou inopérants : la description des profils de postes adaptés aux besoins de l'établissement et de ses orientations, la mise en place de procédures telles que la prise de congés, le pointage généralisé et biométrique, le remplacement des personnels, l'octroi d'heures supplémentaires mais aussi la régularisation de la conception du plan de formation en concertation avec les partenaires sociaux et avec l'organisme collecteur. Ont également été entreprises : la mise à jour des dossiers et la régularisation des contrats de certains médecins, la modernisation de l'évaluation annuelle des personnels, véritable échange et dialogue entre le cadre et le salarié tel que le préconise l'esprit du texte, la renégociation de la complémentaire santé avec la participation financière du comité d'établissement (CE) et, *in fine*, la dénonciation des accords de réduction du temps de travail initiaux après que la négociation avec les partenaires sociaux en vue d'appliquer enfin ceux de La Renaissance Sanitaire a été repoussée par les organisations syndicales.

Ce chantier de restructuration, non encore achevé, s'est accompagné d'une remise à niveau de la direction des ressources humaines par : la formation, le recrutement interne et externe de réelles compétences, le renforcement de la hiérarchie soignante et une réorganisation complète des secrétariats médicaux visant à rendre les personnels mobiles et leurs compétences accessibles à d'autres secteurs d'activités de l'établissement.

Il s'agit désormais, après l'apprentissage d'un nouveau mode de travail, de faire vivre un directoire opérationnel, préalablement inexistant. C'est ainsi que l'administration, dont les hommes et les femmes étaient précédemment éparpillés sans approche managériale, s'est rapprochée dans un périmètre dédié où se trouve l'ensemble du

conseil stratégique. Cette nouvelle implantation offre, par là même, une totale reconnaissance à des secteurs d'activités stratégiques (qualité) jusque-là négligés.

A contrario, c'est dans ce domaine organisationnel que l'année 2007 a été particulièrement perturbatrice quand le conseil stratégique et la commission médicale d'établissement ont été secoués par les revendications intempestives du chef de pôle d'orthopédie, alors même que son détachement de la fonction publique s'achevait au 1^{er} novembre sans qu'il n'ait sollicité son renouvellement. De même, et toujours en orthopédie, l'année 2007 a malheureusement été celle du départ volontaire d'un chirurgien réputé, qui a fait le choix de rejoindre un établissement privé lucratif. À l'inverse du précédent, ce dernier trouble a considérablement modifié les perspectives de développement de notre activité orthopédique que nous aurions pu renforcer sans le départ de nos « leaders ».

Ces modifications profondes et inattendues, dans l'organisation chirurgicale, n'ont pu être compensées par l'arrivée de deux spécialistes de la main et l'année 2008 s'annonçait encore plus problématique que prévu au moment d'affronter la tarification à l'activité (T2A) à 100 %.

Trois hypothèses proposées à l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH)

Malgré les efforts entrepris, l'établissement a été confronté à une baisse substantielle d'activité certes due à la fermeture plus longue que prévue des blocs opératoires, mais aussi et surtout, à la volonté et à l'anticipation de départ de quatre chirurgiens orthopédistes, à la publicité négative entretenue par certains personnels ayant quitté l'établissement ou sur le départ, et enfin à la barrière du médecin traitant qui limite désormais les hospitalisations en même temps que les franchises.

Dès lors qu'il n'était plus en mesure d'obtenir les recettes chirurgicales que l'organisation mise en place durant le 1^{er} semestre 2007 lui permettait d'espérer, l'établissement ne pouvait équilibrer son budget. Aussi, dès l'audition budgétaire de janvier 2008, devant l'ensemble du réseau de l'ARH, trois hypothèses étaient présentées à l'autorité de tutelle en vue de trouver, avec elle, les moyens d'assurer la pérennité du centre médico-chirurgical. Il s'agissait, soit de maintenir l'établissement en l'état (90 lits et places de chirurgie et 30 lits de soins de suite) en obtenant les moyens financiers d'une remise à niveau de la chirurgie, soit de ne conserver que la chirurgie ambulatoire dont la chirurgie de la main et d'installer 90 lits de soins de suite, soit de transformer l'établissement en 150 lits de soins de suite et de réadaptation dont 30 spécialisés.

Cette dernière proposition a été rapidement repoussée par les autorités de tutelle, la transformation d'activités de court séjour en activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) ne pouvant être entreprise qu'à partir du moment où ses conséquences financières étaient inscrites dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale ou bien qu'elles étaient prises sur la marge de manœuvre régionale dont le montant est extrêmement réduit en Île-de-France comme ailleurs.

De plus, cette transformation totale ne répondait pas tout à fait à la satisfaction des besoins locaux régionaux en chirurgie. Nous avons, dès lors, recherché un partenaire chirurgical au sein de notre famille de pensée (l'économie sociale) en nous rapprochant de l'institut mutualiste Montsouris (IMM) dont nous partageons les valeurs.

Aujourd'hui, le plan de restructuration réside principalement dans l'ouverture au 1^{er} janvier 2009 d'un établissement de 90 lits de SSR gérés par La Renaissance Sanitaire, et sur le même site d'un établissement de 60 lits de chirurgie orthopédique et viscérale géré par la Mutualité fonction publique.

Dans ce cadre, les chirurgiens de l'IMM, et parmi eux les plus réputés, viendraient ouvrir des consultations soute des Dorées, et utiliseraient les blocs opératoires de notre établissement, désormais Iso 5 et 7, qui, par là même, n'auront pas été modernisés pour rien.

Si ce projet, de nature à relancer une activité d'utilité publique, préserve la presque totalité des emplois de soignants, il nécessitera néanmoins un plan de sauvegarde

de l'emploi entraînant des reclassements externes de personnels chirurgicaux, médicaux, logistiques et administratifs.

Projet de restructuration lourde

La Fondation La Renaissance Sanitaire et l'équipe de direction ont parfaitement conscience qu'il aurait fallu entreprendre la restructuration du CMCPP en des temps plus propices aux transferts d'enveloppe budgétaire. Cela dit, l'absence de motivation et le manque de souplesse internes, profondément installés, ont précipité la restructuration dans les conséquences d'un plan de sauvegarde pour l'emploi.

Ainsi, nul (individuellement et collectivement) ne peut laisser un établissement de santé se détourner de la modernité, refuser des méthodes de travail nouvelles qui ont fait leur preuve dans d'autres établissements, nier les modifications du paysage de santé national et récuser les difficultés budgétaires à venir, sans avoir, à terme, à en payer le prix, fut-il élevé.

Il est certain que le CMCPP aurait pu échapper à cette restructuration lourde de conséquences si chacun, en son sein, et en son temps, avait pris conscience que, sans une formation adaptée et qualifiante, sans un recrutement de compétences avérées et salvatrices, mais aussi sans gestion préventive et prévisionnelle des emplois et des compétences, l'établissement installé dans un confort illusoire et individualiste courait à sa perte...

Après plusieurs mois de négociations avec les autorités de tutelles et l'IMM, la prévision de déficit 2008 s'élevant à 4,4 millions d'euros, et ses difficultés budgétaires aggravant les difficultés de trésorerie, pour ne pas mettre davantage en péril la Fondation tout entière et ses deux autres établissements, nous avons été contraints de présenter un projet de restructuration lourde aux parte-

naires sociaux (comité central d'entreprise et CE), puis au conseil d'administration. Ce projet réside dans la cessation de l'ensemble de nos activités chirurgicales au 1^{er} juillet 2008. À la même date est prévu le développement de nos activités de soins de suite polyvalents à hauteur de 60 lits pour un prix de journée de 246 euros, puis à compter du 1^{er} janvier 2009, le développement de nos activités de SSR constituées de 30 lits supplémentaires dont 20 d'hématologie et 10 de soins palliatifs. À ce projet Renaissance Sanitaire s'ajoute celui de notre partenaire (l'IMM) qui installera et gèrera dans notre établissement 60 lits de chirurgie orthopédique et viscérale, tant en hospitalisation complète que de semaine, ou de jour.

Malheureusement, les conséquences organisationnelles et sociales de cette restructuration provoqueront la suppression de 157 postes de travail environ, du fait que la dotation annuelle de fonctionnement, nouvellement attribuée, ne nous permet de financer que 62 postes de travail pour 60 lits de SSR, notre imagerie médicale (9) et le caisson (3).

Enfin, selon les propositions de l'ARH, non validées à ce jour, les 30 lits supplémentaires qui nous seraient accordés à compter du 1^{er} janvier 2009, bénéficieraient d'un prix de journée de 400 euros minimum (hors molécules onéreuses), ce qui nous permettrait de réouvrir une trentaine de postes supplémentaires.

En conclusion, la T2A à 100 % mal préparée et notre incapacité historique à recruter les patients en grand nombre pour répondre à ses exigences ont brutalement privé notre établissement des recettes nécessaires en vue de parfaire sa restructuration sans conséquences aussi lourdes. ■

Frédérique Yonnet
Centre médico-chirurgical
de la Porte de Pantin

La politique des soins p

La loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs a posé le principe du développement des soins palliatifs qui a été précisé dans le cadre de différents plans santé, ainsi que par la législation et la réglementation subséquentes. L'accès de tous aux soins palliatifs a été réaffirmé dans la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005, dite « loi Leonetti », relative aux droits des malades et à la fin de vie, qui permet de suspendre ou de ne pas entreprendre des actes apparaissant inutiles ou disproportionnés.

L'objectif du ministère de la Santé est de doubler la capacité de l'offre de soins en vue de prendre en charge et d'accompagner les patients en fin de vie. Retour sur l'organisation des soins palliatifs en France et sur ses perspectives d'évolution.

Centre d'éthique clinique

Le Centre d'éthique clinique a été créé en accompagnement de la loi relative aux droits des malades du 4 mars 2002, afin de dépassionner les conflits éthiques. À la disposition tant des patients que des soignants, et en accordant autant d'importance à la parole de chacun, le centre propose sous la forme d'une médiation éthique une aide et un accompagnement à la décision médicale.

À cette fin, l'équipe du centre est constituée de soignants, et de non-soignants, psychologues, philosophes, sociologues, juristes, théologiens et autres représentants de la société civile, tous formés à l'éthique clinique.

Centre d'éthique clinique
Hôpital Cochin - Bâtiment Saint-Jacques - 4^e étage
27, rue du Faubourg-Saint-Jacques - 75679 Paris Cedex 14
Tél. : 01 58 41 22 33 - Fax : 01 58 41 22 32
ethique.clinique@cch.aphp.fr - www.ethique-clinique.com

Soulager la douleur, apaiser la souffrance psychique, sauvegarder la dignité de la personne malade et soutenir son entourage

Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe multidisciplinaire, en collaboration avec des bénévoles d'accompagnement, en institution ou à domicile.

Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage, bref à préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort.

Organisation multidisciplinaire pour faciliter la prise en charge des patients

La prise en charge en soins palliatifs est organisée au travers de différentes structures de soins au sein des établissements de santé, à domicile ou dans les établissements et services médico-sociaux.

La démarche palliative consiste à asseoir et développer les soins palliatifs dans tous les établissements, les services, de même qu'à domicile, en facilitant la prise en charge des patients en fin de vie et l'accompagnement de leurs proches.

Elle s'appuie sur la participation des équipes soignantes, dans une démarche de soutien et de formation. Ses éléments constitutifs sont les suivants :

- évaluer les besoins et mettre en œuvre un projet de soins personnalisé ;
- réaliser le projet de prise en charge des patients et des proches ;
- mettre en place des réunions pluri-professionnelles de discussions consacrées aux situations de malades soignés ;
- soutenir les soignants, en particulier en situation de crise ;

- mettre en place des formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles au sein des unités de soins.

Dynamique territoriale négociée

Les soins palliatifs font l'objet d'un volet spécifique au sein des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (Sros 3) pour la période 2006-2011. Ces volets détaillent les objectifs que se fixent les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) dans ce domaine, en lien avec leurs partenaires, dont les établissements de santé.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) doivent identifier les services au sein desquels sont dispensés les soins palliatifs et définir, pour chacun, les besoins de formation des référents en soins palliatifs et le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs.

Le projet médical des établissements concernés doit en outre comprendre un volet « activité palliative des services », qui identifie les services de l'établissement au sein desquels sont dispensés les soins palliatifs.

Graduation de la prise en charge pour une approche transversale

Le recours aux soins palliatifs s'organise en plusieurs niveaux de prise en charge, auxquels vient s'ajouter, si besoin, une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP - voir article et encadré pp. 12-13).

1^{er} niveau - Il s'agit de l'accompagnement palliatif dans un service hospitalier sans lit identifié.

2^e niveau - Des lits sont identifiés, par l'application d'une démarche palliative spécifique au sein des services non totalement dédiés aux soins palliatifs,

alliatifs

confrontés à des fins de vie ou à des décès fréquents. La responsabilité de la démarche palliative repose sur la désignation d'un référent de soins palliatifs, en lien avec les dispositifs spécialisés. Les lits identifiés en soins palliatifs (LISP) contribuent, avec les équipes mobiles, au développement des soins palliatifs dans les établissements de santé.

3^e niveau - Les unités de soins palliatifs (USP), au sein des établissements de santé, permettent la prise en charge des situations les plus complexes de fin de vie. Les EMSP et les USP ont en commun des missions d'expertise. Leurs domaines d'interventions peuvent dépasser les limites du champ de l'hôpital. Il en va de même des réseaux de soins palliatifs qui jouent un rôle central dans l'organisation de l'offre de soins en établissements de santé, au domicile et en structures médico-sociales. Ils permettent notamment de coordonner les

acteurs, qu'il s'agisse des établissements de santé (dont l'hospitalisation à domicile), des intervenants libéraux ou des associations. Ils facilitent ainsi le passage entre les différents niveaux dans un objectif de continuité et de qualité des prises en charge pour permettre, le cas échéant, des hospitalisations de repli, ou de répit, en fonction des besoins du patient et de son entourage.

Référentiels d'organisation des soins

Par circulaire Dhos/02/2008/99 du 25 mars 2008, le ministère de la Santé vient de diffuser aux ARH des référentiels d'organisation des soins qu'il convient d'atteindre progressivement en matière d'équipement et de personnels, sans pour autant qu'ils constituent des normes quantitatives et techniques. Ces référentiels décrivent notamment pour chaque niveau d'intervention (LISP, USP et UMSP) les missions, l'organisation, les moyens de fonctionnement et les indicateurs de suivi.

Avec le développement de la formation, les référentiels d'organisation des soins doivent constituer l'un des outils permettant de structurer la prise en charge des soins palliatifs, d'établir les collaborations entre l'hôpital, les structures médico-sociales et la ville et d'accélérer la mise en place de structures dédiées. ■

Catherine Toublanc
Fondation

Références

Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs

Circulaire DH/EO/02/2000-295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile

Plan triennal de développement des soins palliatifs 1999 - 2001

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Programme national de développement des soins palliatifs 2002 - 2005

Circulaire Dhos/02/DGS/SD5D/2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement

Plan cancer 2003 - 2007

Circulaire Dhos/02/035601 du 5 mai 2004 relative à la diffusion du guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements

Circulaire Dhos/02/2004-257 du 9 juin 2004 relative à la diffusion du guide pour l'élaboration du dossier de demande de lits identifiés en soins palliatifs

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Décrets n° 2006-119 et n° 2006-120 du 6 février 2006 relatifs respectivement aux directives anticipées et à la procédure collégiale, prévues par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005

Décret n° 2006-122 du 6 février 2006 relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs

Circulaire Dhos/03/2006-506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile

Circulaire Dhos/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs

Circulaire Dhos/02/03/Cnamts/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs



Jean Leonetti veut préciser sa loi

Le député Jean Leonetti qui mène une mission d'évaluation de sa loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie souhaite apporter des précisions au texte pour améliorer son application.

Dans le cadre du débat sur la fin de vie relancé avec la demande d'aide à mourir de Chantal Sébire, le Premier

ministre a confié le 19 mars 2008 au député Leonetti le soin d'évaluer sa loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Les conclusions seront rendues à l'automne.

Le groupe de travail a débuté ses auditions avec le scientifique Axel Khan : « donner la mort, même pour des raisons de solidarité, doit toujours rester une transgression », a-t-il notamment affirmé. Les autres personnes auditionnées sont des représentants de soignants et d'accompagnants de personnes en fin de vie. Des représentants religieux, des sociologues et des philosophes sont invités à produire une contribution écrite.

« Nous partons sans a priori. Il ne s'agit pas de défaire la loi du 22 avril 2005, mais plutôt de voir comment faire en sorte qu'elle soit mieux comprise et mieux appliquée », a indiqué le député.

« Le texte précédent n'a peut-être pas abordé tous les sujets. Il y a probablement de nouveaux thèmes ou des sujets à créer », a-t-il ajouté.

« Le texte actuel prévoit notamment la possibilité d'arrêter un respirateur artificiel, mais ne dit pas quelles procédures techniques, scientifiques et médicales mettre en place après l'avoir retiré », a souligné le député.

Ce dernier souhaite également examiner la possibilité d'ajouter à la législation actuelle la notion de « qualité de vie » pour décider d'arrêter les soins. Il pense notamment aux enfants prématurés et aux personnes présentant un état végétatif, comme Vincent Humbert.

La question de créer « l'exception d'euthanasie » sera également examinée. Reste à savoir si cette procédure doit être encadrée a priori, c'est-à-dire que chaque demande serait examinée par un comité qui autoriserait ou non l'euthanasie, ou a posteriori, ce qui passerait par un aménagement de la justice pour ne pas poursuivre les médecins impliqués dans ces cas.

Le député a précisé qu'il n'avait pas d'avis pour l'instant sur cette question et souhaite examiner toutes les possibilités. La procédure « a priori » avec la saisine d'un comité lui semble néanmoins « lourde et difficile à appliquer ».

Jean Leonetti a écarté la question du suicide assisté qui représente selon lui « une autre problématique et un autre débat ».

La loi Leonetti

Un outil attendu pour accompagner les patients en fin de vie et leur

Interprétation de la loi Leonetti n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie par un groupe constitué de six personnes (trois cadres de santé, une assistante sociale, une psychologue et une orthophoniste), émanation de la commission de soins de l'hôpital La Musse.

La loi

La loi Leonetti a vu le jour à la suite de l'affaire Vincent Humbert en octobre 2003 et à la création d'une mission parlementaire conduite par le député Jean Leonetti sur l'accompagnement de la fin de vie.

Cette loi relative aux droits des patients et à la fin de vie permet la limitation ou l'arrêt de traitement. Elle est considérée par beaucoup comme « un droit de laisser mourir sans faire mourir ». Elle a été adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale puis au Sénat sans modification. Elle a été précisée par trois décrets d'application relatifs aux directives anticipées, à la procédure collégiale et au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social.

L'intention de la loi est de répondre à deux peurs. La peur des malades « de mal mourir » et la peur des médecins de la judiciarisation.

L'intention de la loi est aussi de reconnaître deux valeurs : le respect de la vie humaine et la liberté de la personne. Le cadre d'application de la loi prend en compte trois situations :

- le malade, conscient, n'est pas en fin de vie mais suit un traitement dont sa vie dépend (exemples : personne diabétique sous insuline, personne dialysée ou personne ventilée) ;

- le malade est conscient et en fin de vie ;
- le malade est inconscient.

La loi met en évidence des droits pour le malade : le droit d'information et sa capacité de décider lui-même, le droit d'arrêter tout traitement, le refus de l'obstination déraisonnable de traitement (acharnement thérapeutique) et le droit aux soins palliatifs.

Le patient est conscient

Si le patient demande l'arrêt du traitement, le médecin doit alors l'informer sur les conséquences de son choix, lui laisser un temps de réflexion, faire éventuellement appel à un autre médecin et demander au patient de réitérer sa demande après un délai raisonnable de réflexion.

Quand le médecin respecte la volonté du patient, il doit y avoir impérativement traçabilité de la décision dans le dossier médical.

Le patient est inconscient

L'interlocuteur privilégié est la personne de confiance qui est consultée sur la poursuite ou l'arrêt du traitement. L'existence de « directives anticipées » est recherchée.

Pour prendre une décision, le médecin doit suivre une procédure collégiale avec l'équipe de soins, un médecin extérieur au service, la personne de confiance ainsi que les proches et examiner les directives anticipées. *In fine*, la décision médicale motivée est tracée dans le dossier médical.

En conclusion

La loi Leonetti met en exergue les points suivants : primauté de la volonté de la personne, consécration du droit de refuser tout traitement même si cela doit entraîner la mort, garantie contre l'acharnement thérapeutique, autorisa-

tion réglementée de suspendre ou de ne pas entreprendre de traitement, respect du choix du patient mais pas dans l'indifférence, devoir du médecin de soulager la douleur et consécration du droit aux soins palliatifs.

Ses décrets d'application

Le décret n° 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées

- La directive anticipée est un écrit rédigé par une personne majeure, authentifié par ses nom, prénom, date et lieu de naissance puis daté et signé, formalisant l'expression de la volonté relative à la fin de vie. La durée de validité des directives anticipées est de trois ans précédant l'état d'inconscience. Le médecin est obligé de s'enquérir de l'existence des directives anticipées et de vérifier leur légalité. Si le patient est dans l'incapacité physique de rédiger des directives anticipées, il est fait alors appel à deux témoins, dont l'un est la personne de confiance, pour attester que l'écrit correspond à la volonté du patient.

Les directives anticipées sont modifiables et révocables à tout moment. Le patient remet ses directives anticipées à la personne de son choix (médecin traitant, personne de confiance, notaire, famille, proche...) ou les dépose dans le dossier médical.

Le décret n° 2006-120 du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale

- Dans les cas prévus aux articles L. 1111-3, L. 1111-4 et R. 4127 du code de la santé publique, lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut décider de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés sans avoir préalablement mis en œuvre une procédure collégiale dans le but

gner famille...

d'aboutir à une décision consensuelle. Pour cela, il y a concertation avec l'équipe de soins, avis requis d'un autre médecin ne prenant pas en charge directement le patient, examen des directives anticipées, ainsi que consultation de la personne de confiance et des proches.

La décision médicale motivée est tracée dans le dossier médical. C'est une garantie pour le patient et le médecin. Le non-respect de cette procédure collégiale peut être sanctionné pénalement.

Le décret n° 2006-122 du 6 février 2006 relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs - L'hôpital définit dans son projet d'établissement l'ensemble des mesures propres à assurer les soins palliatifs y compris la formation spécifique du personnel.

L'adaptation de la loi dans l'entreprise

Les implications dans l'établissement sont de deux ordres. Il s'agit de faire connaître la loi au personnel et d'adapter les pratiques professionnelles de chacun pour pouvoir répondre au texte législatif.

Les actions déjà engagées ou en cours concernent notamment la traçabilité de l'information donnée à la personne de confiance, le recueil de son avis, la traçabilité – dans le dossier médical – de la demande du patient et la mise en place d'une procédure dédiée à la motivation de la décision.

L'une des premières mesures prises fut, à l'hôpital La Musse, la création d'un paragraphe supplémentaire concernant les directives anticipées, inséré dans le livret d'accueil du patient, dont la nouvelle version a été délivrée au mois d'avril dernier...

Les réflexions de la commission de soins

La commission de soins, créée il y a un an et demi, en octobre 2006 (voir article p. 27), a travaillé à la production d'un document d'information « loi Leonetti », évoqué les questions soulevées par le texte, débattu des moyens à mettre en œuvre pour faire connaître la loi dans l'établissement et décidé de la stratégie à mettre en place pour faire évoluer les pratiques professionnelles, notamment en termes de formation du personnel.

Valeurs éthiques

À ce titre, le « projet du service de soins infirmiers et des services médico-techniques » de l'établissement, au chapitre « droit des patients », fixe pour objectif d'améliorer l'intégration des valeurs éthiques dans les soins, en respectant la charte de la personne hospitalisée.

« Nous devons appliquer la législation et la réglementation concernant les droits des patients et améliorer l'information donnée à ces derniers, explique Laurence Paupy. Pour cela nous devons préparer l'arrivée du patient (accueil, complément d'informations sur son état...), optimiser la prise en charge des patients en fin de vie, respecter la confidentialité, recueillir le consentement du patient, améliorer la prise en charge de la douleur, informer et prendre en compte l'entourage. »

Fin de vie dans la dignité

« L'esprit de la loi est une réflexion sur la limitation du traitement et la possibilité d'assurer une fin de vie dans la dignité, commente le cadre de santé. Rappelons qu'elle ne s'applique que dans les cas de pathologies lourdes. La loi s'avère plus complexe à mettre en œuvre dans le cas de patients inconscients. Mais c'est là qu'interviennent les directives anticipées, c'est-à-dire tout ce que la personne a pu consigner par écrit, au préalable – et dans un délai de trois ans – concernant la prise en charge de sa fin de vie. Le patient a pu noter, par exemple : "Je ne souhaite pas être réanimé", ou "je ne souhaite pas être ventilé"... Il n'y a pas de modèle légal, même si, sur Internet, on commence à trouver des documents plus précis. La loi demande la recherche des "directives anticipées"

mais ne précise pas l'endroit où elles doivent être consignées (au domicile, chez le notaire, dans le dossier du patient ?...) ! Si aucun document n'existe – ou n'est retrouvé –, nous avons la possibilité de questionner l'entourage et de recueillir le témoignage des proches pour savoir quel pouvait être, par le passé, le sentiment du patient sur la façon dont il envisageait sa fin de vie... »

Si le patient est inconscient

Lorsque le patient est inconscient, le médecin a l'obligation de mettre en place une procédure collégiale (c'est-à-dire regroupant plusieurs personnes) au moment où la question de la limitation de traitement et de la fin de vie se pose. « En général, nous sommes, au départ, interpellés par les proches du patient. Les directives anticipées constituent alors l'un des éléments pris en compte dans les dispositions retenues, mais ce ne sont pas les seules. La réflexion est menée avec l'équipe soignante, la personne de confiance, un médecin extérieur... Les proches sont associés également à cette réflexion. On doit retrouver la traçabilité des grandes lignes de cette collaboration dans le dossier du patient. »

Mais au final, la décision appartient au prescripteur, c'est-à-dire au médecin. Il doit alors argumenter son choix de stopper un traitement comme par exemple l'alimentation artificielle, l'hydratation, qui sont considérées comme des traitements. Il doit aussi prévoir, en parallèle, la démarche palliative qui sera mise en place. « Tout doit être mis en œuvre pour trouver les moyens les plus efficaces pour gérer la douleur physique et morale des derniers moments et assurer une fin de vie dans la dignité et le confort. »

Ont travaillé, à l'hôpital La Musse, sur l'interprétation de ces textes : Laurence Paupy (cadre supérieur de santé), Marie-Lyne Beaumesnil et Catherine Lebailly (cadres de santé), Karine Harneau (psychologue), Anne-Marie Prévost (assistante sociale) et Catherine Leclercq (orthophoniste). ■

Dominique Guibourg
Laurence Paupy
Hôpital La Musse

Hôpital La Musse Progression de la prise en charge au fil des années

Fin mars 2007, à l'institut de formation en soins infirmiers de l'Eure à Évreux, un groupe de soignants du pôle soins de suite oncologie et gériatrie est intervenu 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. Remarquée, cette intervention a mis l'accent sur la progression importante réalisée dans la prise en charge palliative, au fil des ans, au sein de l'établissement. Tout aussi remarqué fut le niveau d'expertise atteint dans la prise en charge des patients en unité de soins palliatifs.

Sept représentants ont tour à tour souligné les différentes mesures adoptées pour améliorer la prise en charge palliative, dont le questionnaire dépasse largement l'activité du service installé au sein du pôle. Des mesures parmi lesquelles on notera...

La formation

Près de cent quarante personnes ont été formées depuis 1996 aux soins palliatifs et à la prise en charge de la douleur, sans compter les diplômes universitaires, la formation à la maison médicale Jeanne-Garnier ou la formation « toucher massage ». Depuis, ces formations ont été régulièrement reprogrammées pour concerner un maximum de salariés. « Il existe en effet une prise en charge palliative, commente Laurence Paupy, cadre de santé... qui parle de l'accompagnement et de la prise en charge de la douleur chez des patients ne relevant plus du curatif, mais du palliatif... Plus récemment, une nouvelle formation a été mise en place par le comité de lutte contre la douleur (Clud) dans le but d'améliorer l'évaluation et la prise en charge de la douleur. Elle concerne tous les professionnels de l'établissement. »

Un groupe de réflexion en soins palliatifs

Constitué en 1994 et intégré par la suite au Clud, le groupe a permis des avancées notables dans le domaine du confort (repas et toilette en fonction du rythme du patient), de la dignité, du respect des choix du patient, de la prise en compte des différences culturelles et de la place de la famille. Ceci a été intégré globalement dans l'organisation des soins de l'unité de soins palliatifs. Par exemple, la famille peut participer aux soins de confort quotidiens si elle le souhaite, organiser de petites fêtes à l'occasion d'anniversaires, baptêmes, mariages...

Un cahier de transmission est à la disposition des bénévoles (ayant tous reçu une formation spécifique) intervenant chaque semaine dans le service de soins palliatifs. Relais entre les bénévoles, il est également consulté par les soignants. « Ce sont

des transmissions, des notes, qui sont plus en lien avec le ressenti du patient, ajoute Laurence Paupy, ... avec ses émotions. Elles viennent compléter la vision du soignant sur ce que peut vivre, intérieurement, le patient. Par ailleurs, la responsable des bénévoles assiste au staff hebdomadaire pluridisciplinaire. Chacun y a sa place. » Les bénévoles sont un soutien moral très important pour les patients. Ils complètent les interventions des soignants car ils arrivent avec une approche différente, non médicale, non hospitalière. Enfin, un cahier de vie a été créé dans lequel les témoignages des familles des patients décédés sont consignés.

La mutualisation des idées

La mobilité du personnel dans l'établissement et le travail de groupes interdisciplinaires favorisent la mutualisation des idées et concourent à l'amélioration continue de la prise en charge.

La création de postes

Depuis dix ans, l'équipe soignante travaille avec une psychologue et peut exprimer ses ressentis et les difficultés éventuellement rencontrées dans la prise en charge des patients, les relations avec la famille ou le réveil de problématiques personnelles. La psychologue assure également, sur demande, un suivi de deuil des familles... Trois accompagnants des familles endeuillées se relayent tous les jours de la semaine et interviennent au moment du décès pour rassurer les familles et faire le lien entre le corps médical, les soignants, la psychologue, l'administration et les pompes funèbres.

Le développement de matériel adapté

Une baignoire de type balnéothérapie et une cabine de soins esthétiques ont été aménagées dans le pavillon et sont régu-



Une partie de l'équipe soins palliatifs dans le salon d'accueil des familles



lièrement utilisées par les socio-esthéticiennes de l'association, pour une esthétique à caractère humanitaire, éducatif et social (Apeches), qui proposent des soins esthétiques gratuits à toute personne fragilisée par une atteinte physique.

Le matériel adapté, c'est aussi du matériel de soins performants, comme les pompes à morphine ou *patient controlled analgesia* (PCA)... « Car il ne faut pas perdre de vue que les soins palliatifs ne sont pas l'abandon de soins, précise Laurence

Paupy. *Ce sont des soins actifs dans lesquels nous mettons en place tout l'arsenal thérapeutique dont nous pouvons disposer, au service du patient, pour assurer le confort de vie jusqu'au dernier moment.* »

Ils ont pris la parole

Laurence Paupy (cadre supérieur de santé), Christine Blévin (cadre de santé), Déborah Vandenbroeck (infirmière), Françoise Schwyer (accompagnante bénévole de l'Association pour le

développement des soins palliatifs) aujourd'hui remplacée de son activité de bénévole par Dominique Labrousse, Delphine Gouée (socio-esthéticienne de l'Apeches), Arnaud Amour (aide-soignant et accompagnant des familles endeuillées) et le Dr Ezzedine Selini (médecin chef du service de soins de suite oncologie et palliatifs). ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Le rôle des bénévoles

Des associations d'accompagnement organisent l'intervention des bénévoles dans les établissements de santé. Elles sont constituées de personnes issues de la société civile et du monde de la santé qui se mobilisent pour améliorer les conditions de vie des personnes en souffrance et de leur environnement, confrontés à la maladie grave, au grand âge, à la mort et au deuil.

En initiant le mouvement des soins palliatifs en France, en réaction aux conditions du mourir des années 1980, les associations d'accompagnement ont rendu indissociables soins palliatifs et accompagnement.

L'article L. 1110-1 du code de la santé publique institue ces associations en tant que partenaires des professionnels de santé :

« Des bénévoles, formés à l'accompagnement de la fin de vie et appartenant à des associations

qui les sélectionnent, peuvent, avec l'accord de la personne malade ou de ses proches et sans interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux, apporter leur concours à l'équipe de soins en participant à l'ultime accompagnement du malade et en confortant l'environnement psychologique et social de la personne malade et de son entourage.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles se dotent d'une charte qui définit les principes qu'ils doivent respecter dans leur action.

Ces principes comportent notamment le respect des opinions philosophiques et religieuses de la personne accompagnée, le respect de sa dignité et de son intimité, la discrétion, la confidentialité, l'absence d'interférence dans les soins... ».

Contacts

Association pour le développement des soins palliatifs (ASP)

34 - 39, avenue de Clichy - 75017 Paris
Tél. : 01 53 42 31 31
Fax : 01 53 42 31 30
www.aspfondatrice.org

Union nationale des ASP

34 - 39, avenue de Clichy - 75017 Paris
Tél. : 01 53 42 31 39
Fax : 01 53 42 31 38
unasp@aol.com
www.soinspalliatifs.org

Association pour une esthétique à caractères humanitaire, éducatif et social (Apeches)

9, rue Orson-Welles - 27000 Évreux
Tél. : 02 32 31 34 99

Hôpital Villiers Saint Denis

Équipe en jeu, enjeux d'équipe

À l'occasion de la journée régionale de soins palliatifs de septembre 2007 à Creil, l'équipe de soins palliatifs de l'hôpital Villiers Saint Denis a réalisé un poster intitulé « Équipe en jeu, enjeux d'équipe », dont l'idée est de schématiser le chemin de l'accompagnement d'un patient par une équipe interdisciplinaire dans une structure de soins palliatifs.

L'enjeu de l'équipe : accompagner le patient sur le chemin de sa fin de vie

Lui seul cheminera sur une route escarpée, mais l'équipe pluridisciplinaire sera à ses côtés pour faire tomber les obstacles, représentés par des rochers, un arbre barant la route. Le retour à domicile est en effet difficile à construire à cause de différents facteurs : les aspects matériels, financiers, l'isolement familial et psychologique, le manque de places dans les structures d'hospitalisation à domicile...

Des obstacles, l'équipe y est confrontée également pour d'autres raisons dans son fonctionnement : effectifs, charge de travail, charge émotionnelle, exigences réglementaires... Elle pourra se ressourcer dans des petits « refuges » tels les groupes de paroles, l'esprit d'équipe, les loisirs, la famille, les amis, parfois le respect de la solitude.

Le climat ambiant y est mitigé : un temps gris représente tout ce qui complique le projet de vie, tandis que le soleil symbolise ce qui l'éclaircit : rires, musique, massage, écoute...

Cette affiche a été retenue par l'union régionale de soins palliatifs de Picardie, et est aujourd'hui consultable sur le site www.urspp.com.

Équipe mobile de soins palliatifs

Depuis juin 2007, une extension de deux lits porte à six le nombre de lits dédiés aux soins palliatifs, ce qui a permis une prise en charge de soixante-dix-huit patients en 2007.

Cependant, ces six lits ne permettent pas de répondre totalement aux besoins de la population, c'est pourquoi une équipe mobile des soins palliatifs (EMSP) existe à l'hôpital Villiers Saint Denis depuis le 15 mars 2002. Il s'agit d'une équipe interdisciplinaire qui se compose d'un médecin, d'un cadre infirmier et d'une psychologue. Tous titulaires du diplôme universitaire de soins palliatifs, ils s'inscrivent dans une dynamique de formation. Pour permettre une continuité de prise en charge, deux infirmières de l'équipe (également titulaires du diplôme universitaire infirmier de soins palliatifs) peuvent aussi se déplacer auprès du patient et/ou des soignants à la demande des professionnels de l'établissement.

Face à l'ambiguïté du terme « fin de vie », patients, familles et équipes sont face à des problèmes relatifs à la communication, à l'ambivalence et à la proximité de la mort.

Les missions de l'EMSP sont les suivantes :

Réseau Cécilia* Soins palliatifs du soissonnais

Le réseau Cécilia :

- permet aux patients qui le souhaitent de vivre leur fin de vie à domicile dans les meilleures conditions possibles ;
- repose sur une assise stable de professionnels et de structures, et dispose d'un crédit auprès des professionnels de santé, ainsi que des patients, dans le cadre d'une organisation ayant prise sur son environnement ;
- couvre aujourd'hui huit cantons autour de Soissons.

46, avenue du Général-de-Gaulle - 02209 Soissons Cedex
Tél. : 03 23 75 71 71 - Fax : 03 23 75 70 28
Email : reseau.cecilia@wanadoo.fr
Web : <http://www.cecilia-asso.fr>

* Prénom du Dr Sepulveda, conseillère principale à l'Organisation mondiale de la santé (Genève) sur les pratiques en soins palliatifs.

Équipe mobile de soins palliatifs

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) :

- est une équipe multidisciplinaire et pluriprofessionnelle rattachée à un établissement de santé qui se déplace au lit du malade et auprès des soignants, à la demande des professionnels de l'établissement de santé ; ses membres ne pratiquent en principe pas directement d'actes de soins, la responsabilité de ceux-ci incombant au médecin qui a en charge le malade dans le service ou qui a fait appel à l'équipe mobile ;
- exerce une activité transversale au sein de l'établissement de santé, un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes des services ;
- participe à la diffusion de la démarche palliative au sein de l'établissement ;
- peut avoir une activité interhospitalière ;
- et peut intervenir dans une institution médico-sociale, voire à domicile, dans le cadre par exemple d'un réseau de soins.

- aide à la prise en charge des douleurs ou autres symptômes, soutien psychologique (souffrance globale) ;
 - aide à la relation patient/famille/soignant ;
 - intervention à l'apparition d'une situation de crise ;
 - aide à la décision ;
 - réévaluation de la prise en charge.
- Il s'agit d'une activité transversale, avec un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes (épuiement, besoin de formation...), mais également un rôle de formation et une fonction d'enseignement et de recherche.

Réseau

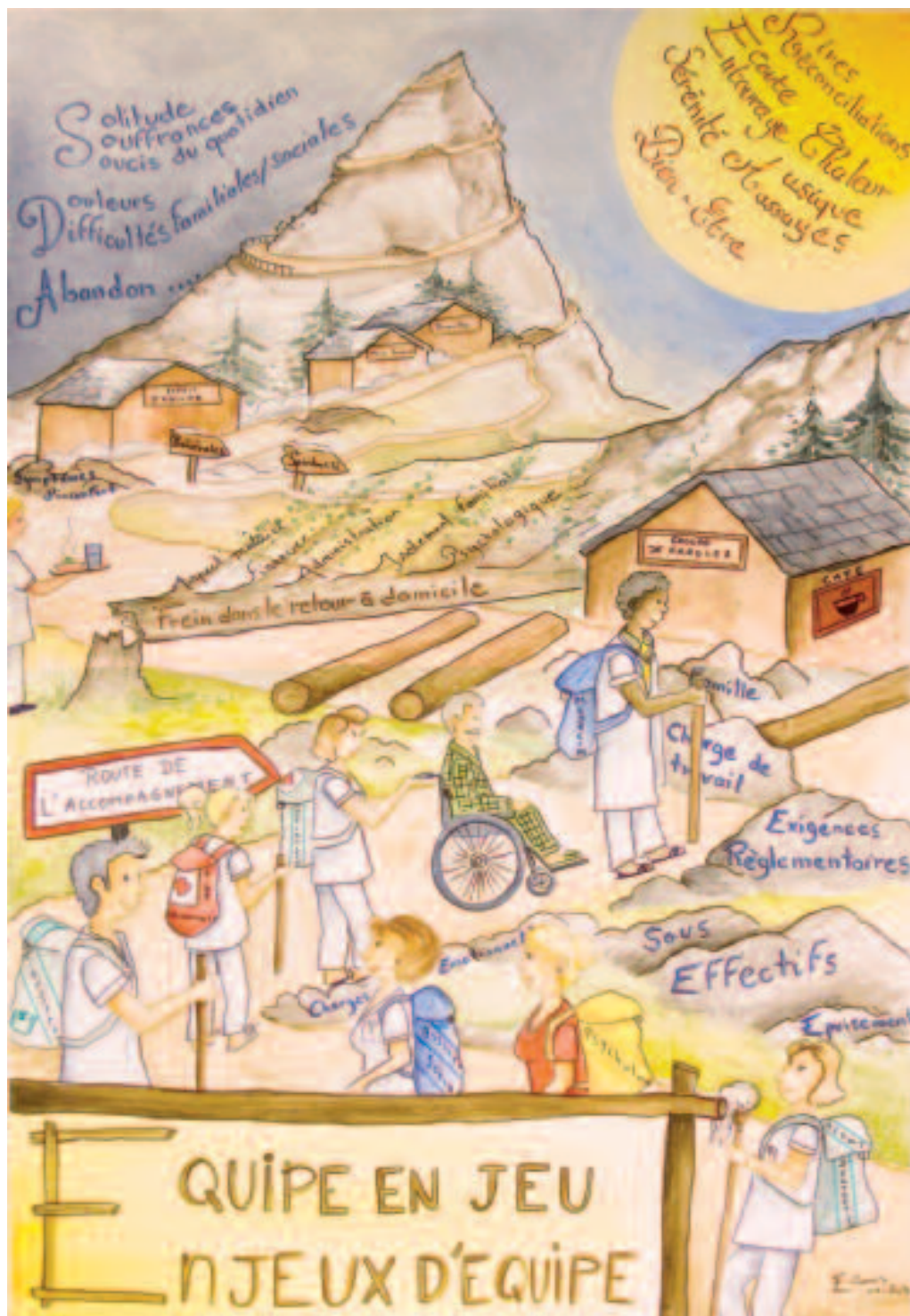
Depuis juillet 2007, à l'initiative du président de l'Union des communautés de communes du sud de l'Aisne (UCSSA), un groupe de pilotage, rassemblant des membres des hôpitaux de Château-Thierry, de Villiers Saint Denis, de Soissons, de l'UCSSA et du réseau Cécilia travaillent à la réalisation d'un réseau ville/hôpital.

Dans le but de mutualiser les moyens et les compétences, il est décidé une extension du réseau Cécilia du soissonnais. Ce réseau va accroître la qualité de prise en charge des patients à domicile en permettant une concertation et une coordination des différents professionnels.

Le siège de ce réseau devrait être installé au centre hospitalier de Château-Thierry. Cette antenne du sud de l'Aisne englobera cinq cantons (68570 habitants - source Insee 1999) : Condé-en-Brie, Charly-sur-Marne, Château-Thierry, Neuilly-Saint-Front et Fère-en-Tardenois. Les plus de 60 ans représentent 20,1 % de la population. Ainsi, le réseau Cécilia, pour le territoire du soissonnais et du sud de l'Aisne, couvrira 36 % de la population du département.

Les objectifs principaux de ce réseau sont :

- rompre l'isolement du patient et de sa famille, des soignants et des médecins ;
- améliorer la prise en charge des malades en soins palliatifs en coordination avec tous les professionnels de santé ;
- favoriser le retour ou le maintien à domicile, selon le libre choix du patient ;
- faciliter la continuité des soins ;
- accompagner les patients et leurs familles ;
- et soutenir les soignants.



Organisé autour du patient, le réseau cherche à mettre en place tous les moyens opérationnels nécessaires pour créer les conditions d'une prise en charge médicale, psychologique et sociale de proximité et de qualité, en associant et en coordonnant les compétences de la ville et de l'hôpital. ■

Sabrina Adin
Isabelle Eduards
Hôpital Villiers Saint Denis

Contacts

Union régionale de soins palliatifs de Picardie (URSPP)
Hôpital Nord - Place Victor-Pauchet - 80054 Amiens Cedex 1
Tél. : 03 22 66 87 27
Fax : 03 22 66 87 53
soinspalliatifs@chu-amiens.fr
www.urspp.com

Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD)
Tél. : 01 48 00 04 16
Écoute téléphonique : 01 48 00 04 92
Fax : 01 48 00 05 72
infos@admd.net
www.admd.net

Hôpital Villiers Saint Denis

Le travail récompensé d'une équipe pluridisciplinaire

Dans le cadre de témoignages pouvant illustrer les recommandations du comité de liaison de l'alimentation et de la nutrition (Clan), c'est l'histoire de deux patients, Monsieur A... et Monsieur G..., qui a retenu l'attention de l'équipe des soins palliatifs et de celle du Clan.

Ces deux patients, grâce à leurs volontés et à une prise en charge adaptée à leurs attentes (douleur, confort, écoute, nutrition...), ont pu acquérir un mieux-être, suivi d'un projet de sortie pour Monsieur G...

Monsieur A...

Voilà depuis août 2007 que nous avons accueilli Monsieur A..., âgé de 52 ans, dans le service des soins palliatifs de l'hôpital Villiers Saint Denis, service où de nombreux patients ont un projet de vie, comme Monsieur A...

Monsieur A... est atteint d'un cancer du thymus avec des métastases hépatiques et osseuses. Une compression médullaire l'a rendu, depuis mars 2007, paraplégique. Père de cinq enfants, dont la dernière a 5 mois, il est très bien entouré par sa famille, qui lui rend souvent visite.

Monsieur A... présentait à son arrivée une escarre sacrée, avec perte de substances importante et deux escarres talonnières nécrosées. Porteur d'une chambre implantable et d'une sonde urinaire, il est aussi surinfecté par une bactérie multirésistante (BMR). Sa douleur est quotidiennement évaluée par l'équipe des soins palliatifs et il est sous pompe à morphine.

Dès l'arrivée de Monsieur A..., l'équipe a établi une prise en charge individualisée adaptée (douleur, confort, écoute...). Selon les recommandations du Clan, elle a procédé au calcul de son indice de masse corporelle (IMC) qui était de 18,4 en août.

Puis en collaboration avec la diététicienne et à partir de nos connaissances en matière de nutrition et face à l'ensemble de ses plaies, nous lui avons fait élaborer une alimentation hyperprotidique, à laquelle se sont ajoutés, dès les premières semaines, des compléments

oraux hyperprotidiques enrichis en micronutriments (en moyenne une fois par jour).

Aussi au bout de trois mois de soins pluridisciplinaires, l'escarre du talon gauche de Monsieur A..., nécrosée au mois d'août, était guérie ! Puis vers fin décembre, sa plaie au niveau du sacrum était déjà moins exsudative et présentait des zones de vascularisation.

Les talons ayant bien évolué, sa douleur prise en charge, Monsieur A..., satisfait de son état général, a pu passer les quatre derniers jours de l'année 2007 à son domicile en famille !

Actuellement, l'escarre talonnière gauche est guérie, le talon droit est au stade d'épidermisation et l'escarre sacrée, mieux vascularisée et dont les berges bourgeonnent, n'a pratiquement plus d'écoulements.

Monsieur A..., avec l'évolution de sa pathologie (cancer), a un moral fluctuant, son appétit est variable, mais malgré cela, il évoquait voilà quelques semaines, avec l'aval du médecin, un éventuel retour en famille.

Les repas qui lui sont amenés restent hyperprotéinés et les compléments nutritionnels adaptés lui sont proposés dans la semaine.

Dans le cas de Monsieur A..., son IMC de 18,4 n'a pas évolué, mais il continue tous les week-ends à échanger force de sourires avec sa fille de cinq mois...

Monsieur G...

Monsieur G... est arrivé en novembre 2007 dans le service des soins palliatifs. Il est atteint d'un cancer des sinus et du pharynx, depuis 2005, ayant nécessité une trachéotomie. À son arrivée, il était porteur d'une sonde naso-gastrique. Autonome, il assurait la pose de ses poches d'alimentation et ses soins de canule.



Une partie de l'équipe
soins palliatifs

Monsieur G..., au cours de son hospitalisation, a nécessité une prise en charge complète : soins de confort, écoute, douleur, nutrition...

C'est un monsieur qui vivait seul à son domicile et qui n'a pas de contact avec sa famille. Fumeur, il continue à ce jour sa consommation quotidienne de tabac. Il projette de vivre en appartement et a évoqué le fait de reprendre contact avec un fils éloigné.

Au début de son hospitalisation, Monsieur G... était très amaigri. Son poids était de 48,7 kg en novembre et son IMC à 16,6.

Le mois de novembre fut pour Monsieur G... une période critique : syndrome subocclusif, dénutrition, anémie, douleur, choc septique... L'équipe pluridisciplinaire s'est mobilisée autour de Monsieur G... pour lui assurer les soins les plus adéquats !

Cependant, dès le début, même durant les moments les plus incertains, Monsieur G... s'est montré volontaire : il réclamait des repas semi-liquides,

dont du lait, de la soupe... pour les ingérer dans sa sonde naso-gastrique et montrait beaucoup d'autonomie en effectuant lui même ses soins de canule. Aussi, l'équipe l'a encouragé : écoute, relationnel, prise de poids une fois par semaine, collation au cours de la journée..., collaboration avec la diététicienne qui par des visites régulières établissait avec lui une alimentation personnalisée, enrichie, hyperprotidique tout en sachant qu'il refusait les produits industriels pour alimentation entérale... Puis fin novembre sa sonde naso-gastrique a été retirée, et des plats d'omelettes ainsi que des préparations moulinées, diverses et variées, lui furent proposées qu'il essaya rapidement !

Par une prise en charge palliative adaptée, un suivi diététique personnalisé, Monsieur G..., à sa grande satisfaction, pesait 56 kg fin décembre... soit 14 kg en plus depuis son arrivée !

Son projet de sortie a pu se réaliser. Ainsi, c'est l'association de soins journaliers (écoute, relationnel, confort, pan-

sements spécifiques, prise en charge de la douleur, apport nutritionnel adéquat...) dispensés par l'équipe pluridisciplinaire de soins palliatifs (médecin de l'unité, cadre, infirmière, aide soignante, psychologue, assistante sociale, kinésithérapeute, agent de service... et les visites régulières de la diététicienne pour réajuster leurs goûts en matière de repas) qui a permis d'accompagner Monsieur A... et Monsieur G... dans leur quotidiens... ■

L'équipe pluridisciplinaire
des soins palliatifs
Hôpital Villiers Saint Denis

L'atelier d'appareillage agréé Performance, adaptation et réa

Créé en 1977 lors de la reconversion d'un pavillon en pôle de rééducation fonctionnelle, l'atelier d'appareillage de l'hôpital La Musse a connu plusieurs évolutions au fil des ans.

La performance de l'équipe a été reconnue et validée dans le récent accord conclu avec le centre hospitalier intercommunal d'Évreux concernant les pathologies du rachis.

Intégré à l'hôpital La Musse, où il prenait en charge les prescriptions d'appareillage des patients hospitalisés dans les différents services, l'atelier d'appareillage ne réalisait, à sa création, que les seuls appareillages provisoires et de rééducation. Il y a cinq ans, le déménagement dans de nouveaux locaux lumineux, vastes et fonctionnels, réalisés

presque sur mesure à la faveur de la construction de l'extension du pavillon, a donné un souffle nouveau à la structure. *« Nous disposons aujourd'hui d'un atelier de fabrication, scindé en un espace de montage, un espace pour la coulée et la correction des positifs plâtrés, une pièce avec extraction pour le travail des plastiques (stratification et thermoformage), une salle de machines avec scie à ruban, ponceuse à bande et machine à creuser les emboîtures, un local soudure et travail du métal, une réserve de pièces détachées, sans oublier le bureau, commente Gilles Pannetier, responsable de l'atelier. La partie patient comprend deux salles de moulage, pour hommes et femmes et deux salles d'essayages occultées qui peuvent être réunies. La partie travail et celle dédiée aux patients jouxtent les salles de rééducation utilisées par les kinésithérapeutes du département s'occupant des amputés. C'est bien pratique pour réaliser les ajustements. »*

Agrément

Autre étape d'importance, en janvier 2004, à la demande de la Fondation La Renaissance Sanitaire, l'atelier obtient l'agrément auprès de la caisse régionale d'assurance maladie de Normandie. Cela l'autorise à réaliser des appareillages définitifs, lui permet de s'ouvrir vers l'extérieur et d'accueillir d'autres patients que ceux hospitalisés à l'hôpital La Musse. *« Après une période de transition, nous assurons, depuis 2006, tout l'appareillage (provisoire et définitif) de nos patients hospitalisés. Nous les suivons ensuite en externat, à raison d'une visite environ tous les quatre mois pour la réadaptation ou le changement de la prothèse, si nécessaire.*

Nous collaborons chaque semaine avec des prestataires extérieurs de qualité, appareilleurs ou bottiers. C'est un atout qui permet de satisfaire à l'obligation légale de laisser le libre choix de son appa-



ctivité

reilleur au patient. Par leur complémentarité, ces professionnels nous permettent de répondre très rapidement à toutes les prescriptions. Actuellement, grâce à ces intervenants, nous pouvons pratiquement tout réaliser, dans des délais très courts. »

Vers plus d'orthèses

Tous les médecins rééducateurs du service sont prescripteurs d'appareils dans leurs spécialités (neurologie, traumatologie, brûlologie ou appareillage des amputés). C'est la garantie de belles perspectives d'avenir pour la structure mais, avant tout, un vrai plus pour les patients dont pratiquement toutes les demandes peuvent être satisfaites.

Actuellement, la prothèse reste l'activité principale de l'atelier, même si, chacun en est conscient, à terme, le nombre de prothèses diminuant chaque année, l'atelier devra s'orienter vers la prise en charge de pathologies nécessitant la confection d'orthèses. « Initialement orientée essentiellement vers l'appareillage prothétique des amputés des membres inférieurs, l'activité de l'atelier évolue, commente le Dr Victor Liviot, chef du

pôle de rééducation fonctionnelle. L'amélioration des techniques de vascularisation entraîne une diminution du nombre d'amputés appareillables. Nous devons donc réfléchir à un redéploiement de nos activités selon deux orientations : la première concerne les enfants et jeunes adultes atteints d'infirmité motrice cérébrale ou de handicaps congénitaux (elle est déjà en route du fait, notamment, de mes responsabilités au sein de l'Association des paralysés de France) pour la prise en charge de la ou des infirmités motrices cérébrales ; la seconde concerne le rachis (voir par ailleurs), non seulement les corsets de contention mais aussi les corsets correcteurs de scoliose pour lesquels il faudra certainement envisager la formation des appareilleurs et l'acquisition d'un matériel nouveau. » ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

L'appareillage, comment ça marche ?

Gilles Pannetier travaille aux côtés de Jean-François Fichet depuis vingt-cinq ans. De nouveaux matériaux ainsi que des techniques nouvelles ont apporté, au fil des ans, un gain de temps pour les deux professionnels et un confort accru pour les patients.

Un tiers du travail concerne des orthèses, c'est-à-dire un système mécanique qui soutient un membre déficient. Exemples : corset, minerve, attelle de marche, releveur de pied, masque (conformateurs faciaux) pour les brûlés. Les deux tiers sont des prothèses, c'est-à-dire des appareils qui remplacent un manque : une jambe, une cuisse, un bras ou un avant-bras.

Dans un premier temps, il y a prescription médicale, puis s'enchaînent : rencontre avec le patient, moulage, coulée de plâtre et rectification, confection de l'emboîture, essayage, montage et réglage des aplombs, puis livraison. En comptant le temps incompressible de séchage, les délais de fabrication sont compris entre un et trois jours.

Orthèses ou prothèses sont faites sur moulage et ne peuvent servir qu'à la personne pour laquelle elles sont conçues. Au fil du temps, elles doivent également être adaptées ou éventuellement refaites suite à un changement de morphologie éventuel. L'atelier fournit aussi des petites aides techniques précieuses aux collègues de l'établissement pour adapter des cannes, aménager un fauteuil ou réaliser une semelle de compensation.



Le rachis en pleine expansion

L'année 2007 a permis de concrétiser le partenariat de l'hôpital La Musse avec le centre hospitalier intercommunal (CHI) d'Évreux dans la prise en charge de l'appareillage du rachis. Voulu à la fois par le chef du pôle de rééducation fonctionnelle, le Dr Victor Liviot, médecin rééducateur à l'hôpital La Musse, et son collègue chirurgien orthopédique, le Dr François Pauthier du CHI d'Évreux, la collaboration régulière mise en place depuis un an et demi entre les deux structures est aujourd'hui acquise et le Dr Liviot effectue la visite en compagnie de son collègue chirurgien tous les quinze jours à l'hôpital d'Évreux.

Cette collaboration a grandement changé les habitudes de travail de l'atelier : « En 2007, nous nous sommes rendus une soixantaine de fois à l'hôpital, pour une trentaine d'appareils, expliquent Gilles Pannetier et Jean-François Fichet, les prothésistes. Nous devons nous déplacer le plus souvent en urgence, pour voir les patients, généralement à la suite d'une fracture du rachis, c'est-à-dire de la colonne vertébrale. Nous fabriquons ensuite un corset ou une minerve dans des délais extrêmement brefs. C'est un plus indéniable pour les patients. C'est aussi, pour l'atelier, un moyen de faire connaître son activité et ses compétences à l'extérieur. De plus, dans la plupart des cas, ces patients effectuent leur rééducation à l'hôpital La Musse. Nous avons déjà leur fiche et nous pouvons assurer le suivi de l'appareillage dans des conditions optimum. » « Les livraisons interviennent généralement 48 heures après le moulage, précise le Dr Liviot. Ce n'est pas anodin car cela permet de raccourcir les séjours en services d'aigus qui coûtent très chers. »

La mise en place d'une collaboration régulière et fructueuse avec le CHI représente 20 % de l'activité d'externat du pôle de rééducation fonctionnelle. Elle a débouché, au printemps 2007, sur l'organisation d'une demi-journée d'information à l'hôpital La Musse sur le thème « Lésions du rachis : stratégie médicochirurgicale, rééducation, appareillage » à laquelle soixante professionnels de la région ont participé. Les Drs Liviot et Pauthier sont également intervenus, cette année, sur le même sujet, à l'école de kinésithérapie de Rouen. L'un comme l'autre souhaiteraient que l'initiative soit ainsi renouvelée chaque année.

L'accompagnement du patient dans un service de nutrition

Les patients souffrant d'obésité sont accueillis en moyenne quatre semaines dans le service de nutrition du Dr Patricia Doublet, à l'hôpital La Musse. Ils bénéficient d'une prise en charge globale, éducative et pluridisciplinaire. L'occasion de faire le point sur les habitudes prises et les troubles associés, de prendre de bonnes habitudes d'hygiène et... de préparer l'avenir. Point de vue de l'équipe infirmière, de la psychologue et de la psychomotricienne, dont la prise en charge complète, notamment celle dispensée par les rééducateurs.

L'équipe infirmière

Le secteur de nutrition accueille principalement des patients obèses, leur séjour ayant comme principaux objectifs l'éducation nutritionnelle et la réadaptation physique.

Peu avant leur hospitalisation, les patients reçoivent un courrier expliquant le but du séjour et les différentes prises en charge réalisées : médicale, infirmière, diététique, kinésithérapique, psychologique et sociale.

Pour les patients venant du domicile, la demande d'hospitalisation doit être accompagnée d'une lettre de motivation permettant de réfléchir à la vraie raison de sa demande de prise en charge dans notre service. L'obésité est un problème nutritionnel très fréquent et doit être considérée comme une maladie. Les causes sont diverses, elle peut être favorisée par des troubles du comportement alimentaire, un facteur génétique, l'âge, un traitement médicamenteux, etc.

Rôle des infirmiers et aides-soignants

Outre l'aspect purement technique des soins prodigués, *nursing*, surveillance hebdomadaire du poids, traitements..., le rôle de l'équipe soignante (infirmiers et aides-soignants) est essentiel dans la relation d'aide au patient par rapport à la démarche entreprise. Elle doit faire preuve d'une grande capacité relationnelle, d'écoute, d'empathie et de discrétion à l'égard de la personne soignée. L'aspect éducatif de la fonction est primordial dans la prise en charge du patient souffrant d'addiction afin de lui permettre de comprendre et de remédier aux difficultés et aux erreurs l'ayant mené à l'obésité. À cet effet, le patient reçoit au cours de son séjour une information sur sa pathologie dispensée par les infirmiers et les aides-soignants du service.

À la suite de leur hospitalisation, certains patients pourront être suivis en hôpital de jour en fonction de leur aptitude à se prendre en charge à la sortie. Des patients diabétiques sont également hospitalisés dans le service. Ils bénéficient d'une prise en charge infirmière spécifique avec éducation de l'autosurveillance et de l'adaptation du traitement antidiabétique.

Nous accueillons aussi des patients venant de chirurgie digestive, demandant une plus grande technicité dans les soins infirmiers.

La psychologue

La plupart des patients qui viennent au sein du service de nutrition évoquent tout d'abord leur désir de voir se transformer ce corps « rejet » en un corps qui se donne à voir. Le miroir est souvent brisé, ils ne se regardent plus. Le corps n'est plus véritablement source de plaisir. Leur mal-être est profond. Le surpoids reste le symptôme qui alerte à la fois le patient, mais également l'entourage. Par conséquent, l'accompagnement de ces personnes dans leur désir de perdre du poids doit se faire dans une approche globale. Il n'est pas rare d'entendre dans le discours du patient les motivations du conjoint dans le choix de l'hospitalisation.

Mettre des mots

Je rencontre les patients en individuel à leur demande, mais il arrive que le médecin ou un membre de l'équipe (infirmier, psychomotricienne, ergothérapeute, assistant social...) le leur suggère.

Pour certains d'entre eux, il s'agit du premier contact avec un psychologue. Ils évoquent là le besoin de mettre des mots sur leur vécu personnel, familial mais également sur leur vécu durant leur séjour. Nous essayons aussi de préparer la sortie qui est parfois douloureusement ressentie.



Très souvent, les patients définissent l'hôpital comme un cocon dans lequel ils se sentent sécurisés. Il est question ici, non pas uniquement de l'espace réel du bâtiment, mais également d'un lieu physique où les regards extérieurs sont moins intrusifs, jugeant. La grande difficulté pour tous, en tant que professionnels, est d'accompagner cette dépendance à l'accomplissement qui se traduit souvent par des demandes continues de « prise en charge ». Il est primordial de s'interroger sur le sens de cette hospitalisation pour le patient.

La rééducation

L'équipe de rééducation, constituée de trois personnes et encadrée par Vincent Bonvoisin, prend en charge l'aspect corporel des soins, du lundi au vendredi (pendant le week-end, début d'autonomisation des patients). Chaque membre de l'équipe a une approche spécifique selon son métier.

Le matin

L'éducateur sportif, Laurent Jarry, permet aux patients de (re)découvrir le plaisir de se mouvoir dans un milieu facilitateur qu'est la piscine : c'est un moment très apprécié pour les personnes autorisées par le médecin à se baigner dans cette eau à 34 °C. Menés par les trois professionnels, des temps de gymnastique sont proposés selon les possibilités de chacun : la gym soutenue sollicitera, en une semaine, tous les muscles du corps alors que la gym douce remobilisera les membres supérieurs et inférieurs ainsi que la respiration abdominale.

L'après-midi

Il est consacré au réentraînement à l'effort grâce à la pratique du vélo, du vélo à bras et/ou du tapis, ainsi que de la marche extérieure (activité physique à la portée de tout le monde du point de vue financier et possible dès le retour au domicile). L'objectif de cette rééducation est le suivant : que le patient puisse être capable, à sa sortie, d'effectuer trente minutes d'activité physique par jour (durée quotidienne minimale préconisée pour une bonne hygiène de vie)... d'où cette (ré)adaptation progressive et personnalisée. Pour les patients non autonomes, qui ne peuvent sortir de leur chambre, les soins s'effectuent en chambre.



S'ajoutent à ce programme de base des rendez-vous particuliers. La kinésithérapeute, Célia Clara Enes Martins-da-Cruz, prodigue des soins pour diminuer les douleurs musculaires et articulaires (dos, épaules, genoux...), des soins suite à des actes chirurgicaux (prothèses de hanche, de genoux...), des mobilisations passives et des verticalisations (après une longue période d'immobilisme, des chirurgies digestives...). La rééducation de la marche et le renforcement musculaire du dos sont menés par la kinésithérapeute et la psychomotricienne.

La psychomotricienne

Nathalie Barrère, psychomotricienne, propose des séances de relaxation (de type Schultz, Jacobson, Feldenkrais ou de visualisation) pour aborder les notions de détente/relâchement ou de prise de conscience de son corps lors d'une situation moins dynamique. En effet, le rien-faire est très angoissant pour ces patients car ils souffrent d'une sensation de vide : il est important de leur faire ressentir les limites corporelles, un dedans vivant et un dehors. « *Les patients obèses ne maîtrisent plus leur corps à leur arrivée dans le service : il faut donc essayer de leur permettre la cohabitation corps/pensée.* »

Il est aussi proposé des rendez-vous de thérapie psychomotrice en individuel. En effet, certains patients montrent de gros troubles psycho-affectivo-moteurs (schéma corporel, ressentis, limites corporelles, image corporelle,

par exemple). « *Ces temps nécessitent une plus grande implication du sujet car elle demande une verbalisation de ce qui est perçu, les ressentis et la possibilité de créer des liens avec sa propre histoire.* » Ces rendez-vous peuvent constituer un intermédiaire, un tremplin pour une psychothérapie, puisque l'on y met des mots sur le concret (le corps), et l'on peut y évacuer un surplus de tensions et d'émotions.

Collaborations multiples

L'équipe pluridisciplinaire de rééducation « psycho-corporelle » travaille en étroite collaboration, mais également avec d'autres professionnels : les ergothérapeutes (Anne-Sophie Delamare et Catherine Gerbouin), appelées à intervenir plus spécifiquement dans le domaine de l'hygiène lombaire et la mise en application de la bonne façon de préserver son dos dans les activités de la vie quotidienne ; la psychologue (Béatrice Hécart) pour tout ce qui concerne le comportement, la compréhension du sujet, les enjeux ; les infirmières et aides-soignants, pour les échanges d'informations, la programmation des soins et l'aide matérielle et les médecins (les Drs Patricia Doublet et Alexandra Esprit-Wurst) pour la cohérence et la réévaluation des soins au cours du séjour et pour définir les objectifs de sortie. ■

Nathalie Barrère
Marie Line Beaumesnil
Béatrice Hécart
Françoise Mingam
Hôpital La Musse

La radiologie interventionnelle

Une activité de pointe

Mise en place à l'arrivée du Dr Victor Liviot à l'hôpital La Musse, il y a une dizaine d'années, la radiologie interventionnelle a connu, ces dernières années, un développement très important.

Ainsi, le chef du département de rééducation fonctionnelle a pratiqué, en 2007, deux cents gestes de radiologie interventionnelle sur quelque cent cinquante patients. « Nous avons la volonté de développer les consultations externes et l'accueil des patients en hôpital de jour, commente le médecin. Il existe des solutions thérapeutiques intéressantes pour les patients souffrant de pathologies concernant le rachis (c'est-à-dire la colonne vertébrale) ou les pathologies articulaires des membres : arthrose des hanches, d'épaule ou de genoux. C'est ce que nous mettons en œuvre à l'hôpital La Musse. »

Radioguidage

Quel est le procédé... ? Il s'agit d'utiliser le radioguidage pour réaliser un geste thérapeutique très précis. Cela consiste, par exemple, en l'infiltration d'un produit dérivé de la cortisone au niveau des apophyses articulaires postérieures du rachis ou au niveau des foramens radiculaires... ou d'une destruction de calcification par trituration au niveau des épaules... ou d'une visco-supplémentation (par un produit dérivé de cartilage) aux hanches.

Quelques secondes...

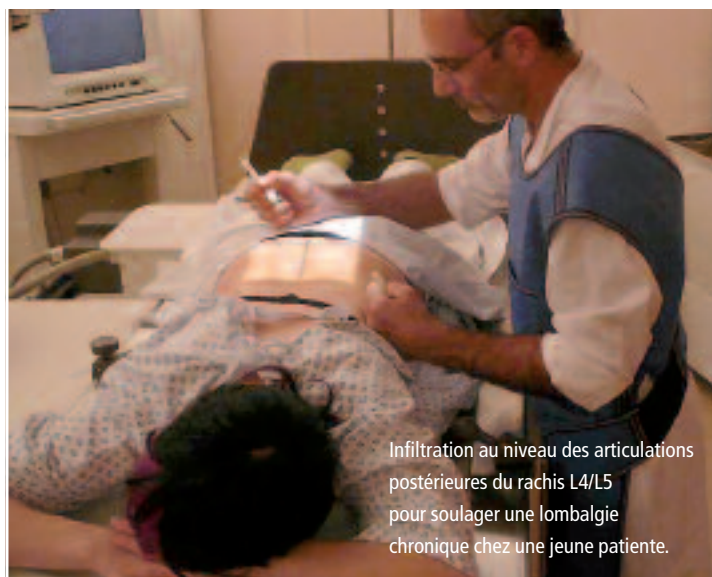
« Ce sont des soins peu douloureux, qui ne durent que quelques secondes et qui soulagent, en quelques jours, de manière définitive (dans le cas de pathologies aiguës) ou pour six mois environ (dans le cas de pathologies chroniques), poursuit le Dr Liviot, qui a été formé à cette technique à l'Hôtel-Dieu à Paris. Elle évite l'usage prolongé de médicaments anti-inflammatoires dont la prise régulière n'est pas anodine. »

Les séances se déroulent au service de radiologie de l'hôpital tous les lundis

après-midi et représentent une importante activité complémentaire pour l'hôpital, en particulier pour les services de rééducation et de radiologie. « Chaque semaine, le Dr Liviot effectue six à sept interventions, indique Murielle Rimbart, l'une des manipulateuses radio (qui travaille avec deux collègues, Gilles Leroux et Christelle Kolb). Notre rôle consiste à préparer le matériel, installer les patients et les rassurer sur ce qui va leur être fait. C'est, pour nous, un plus indéniable car la technique, très au point, est très appréciée des patients. Elle soulage dans la très grande majorité des cas. Quant à nous, elle nous permet, en assistant le médecin, de découvrir une grande variété de cas. »

La radiologie interventionnelle touche, dans la grande majorité des cas, des patients externes qui se trouvent rapidement soulagés de leurs douleurs aiguës ou chroniques. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse



Infiltration au niveau des articulations postérieures du rachis L4/L5 pour soulager une lombalgie chronique chez une jeune patiente.



L'équipe de radiologie est composée de trois manipulateurs : Murielle Rimbart, Christelle Kolb et Gilles Leroux.

Gouvernance à l'hôpital et en Mutualité

La gouvernance est un thème qui, depuis quelque temps déjà, tend à s'imposer de plus en plus. Il en est ainsi dans le domaine de l'hôpital où l'on parle de nouvelle gouvernance. Il en est de même en Mutualité où l'on fait référence à des principes de bonne gouvernance. Mais que recouvrent précisément ces deux notions ?

La nouvelle gouvernance hospitalière

Elle procède fondamentalement de la volonté d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes soignées, de responsabiliser le personnel et de donner aux établissements de santé des moyens à la mesure de leurs besoins. Elle repose sur la mise en place de nouveaux outils, à savoir :

- la définition de pôles d'activité bénéficiant d'une délégation de gestion, afin de dynamiser et responsabiliser les équipes et lutter ainsi contre les rigidités et les cloisonnements à l'hôpital ;
- la présence de représentants élus au sein de différentes instances, de façon à associer les professionnels de santé au processus de décision et à la gestion des établissements.

La nouvelle gouvernance hospitalière évoque au fond une organisation de l'hôpital reposant sur des interactions accrues, non seulement entre les sphères administrative et médicale mais également au sein de la sphère médicale elle-même.

Qu'en est-il dans les établissements relevant de la Fondation La Renaissance Sanitaire ?

Depuis 2005 (date de la mise en place de la nouvelle gouvernance à l'hôpital

public), La Renaissance Sanitaire a souhaité que la déconcentration budgétaire, mise en place à l'initiative de l'hôpital Villiers Saint Denis, se généralise au sein de ses établissements privés à but non lucratif. Ainsi, plusieurs pôles ont été définis au sein de chaque établissement par le directeur après consultation, en particulier, de la commission médicale d'établissement (CME) et du comité d'établissement.

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. Il peut correspondre non seulement aux spécialités médicales exercées (exemples : pôles « vasculaire diabétologie appareillage », « médecine physique et de réadaptation », « soins de suite spécialisés »...), mais aussi à des activités médico-techniques et administratives (pôle « médico-technique » compétent pour l'organisation du bloc opératoire...). Le chef de pôle est nommé par le conseil d'administration pour une période de trois ans renouvelable, sur proposition du directeur et après consultation du conseil stratégique et de la CME. Il signe à ce titre un contrat avec le directeur de l'établissement. Dans la plus large concertation possible, il conçoit et met en œuvre le projet de pôle conforme aux préconisations des schémas régionaux d'organisation sanitaire et constitutif du projet d'établissement.

Chaque pôle dispose pour atteindre ses objectifs (synonymes d'« intérêt »), validés par le conseil stratégique de l'établissement, de tous les moyens tirés de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et doit contribuer à la gestion de son enveloppe

limitative (dans l'attente de la tarification à l'activité [T2A]) ou de ses ressources propres au titre de son activité en T2A. Afin de gérer les moyens budgétaires alloués, il bénéficie des services du contrôleur de gestion.

La Mutualité

En Mutualité, la gouvernance n'a pas pour finalité, comme au niveau de l'hôpital, de déterminer un partage de responsabilités entre la sphère administrative et les sphères opérationnelles, et d'organiser le fonctionnement de ces dernières. Elle a ici pour objectif le contrôle des dirigeants et la primauté de l'intérêt des sociétaires.

À cet égard, considérant les risques qu'une déficience de gouvernance fait peser sur la santé et la solvabilité d'organismes tels que les mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité (mutuelles d'assurance), l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (Acam) a examiné quelles bonnes pratiques pouvaient être recommandées dans ce domaine. Au terme d'une réflexion enrichie par un dialogue avec les organisations professionnelles, elle a formulé des recommandations regroupées en trois chapitres : d'une part, la gouvernance *stricto sensu* c'est-à-dire l'organisation et le fonctionnement des pouvoirs, d'autre part, le contrôle interne dont la mise en place et l'efficacité sont au cœur d'une bonne gouvernance, enfin, la transparence et l'information. Parmi les recommandations formulées, il convient notamment de relever :

- en ce qui concerne l'organisation et le fonctionnement des pouvoirs : l'affirmation du rôle central du conseil d'administration, l'institution au sein du conseil de comités chargés de préparer les décisions les plus importantes (comité d'audit en particulier), le renforcement de



l'équilibre des pouvoirs entre le conseil et la direction générale, la capacité des assemblées générales à exercer pleinement leurs attributions (approbation des comptes, nomination des administrateurs et autorisation des évolutions majeures) ;

- en ce qui concerne le contrôle interne : le renforcement des mécanismes de contrôle permanent, la formalisation des procédures, l'importance de l'audit interne ;

Références

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière

Rapport « de la réforme de la gouvernance hospitalière », ministère de la Santé – Direction de l'hospitalisation – décembre 2007

Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par Gérard Larcher – 10 avril 2008

Rapport de l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (Acam) sur la gouvernance des organismes d'assurance – octobre 2007

Décret n° 2008-468 du 19 mai 2008 relatif au contrôle interne des institutions de prévoyance, des mutuelles et de leurs unions

- en ce qui concerne la transparence et l'information : l'amélioration de l'information à destination du public ou de l'autorité de contrôle, la nécessité de donner accès à toutes les expertises à des commissaires aux comptes devant disposer d'une expérience professionnelle suffisante en assurance, l'enrichissement et la mise en cohérence des différents rapports présentés au conseil (rapports de solvabilité, de politique de placement et de réassurance, rapport sur le contrôle interne).

Si ces recommandations n'ont pas de caractère contraignant, elles ont en revanche vocation à se retrouver dans les codes de bonnes pratiques professionnelles, sous une forme adaptée. Dans le cas des mutuelles, la gouvernance doit prendre en compte deux importantes spécificités. En effet :

- dans une mutuelle, le pouvoir vient « d'en bas », c'est-à-dire de la somme de tous les adhérents pris individuellement, et dont chaque voix se vaut selon le principe « une personne = une voix », véritable clef de voûte de la gouvernance mutualiste ;

- l'objectif fondamental d'un organisme mutualiste est de mener à bien les missions pour lesquelles il a été créé, et ce principe s'étend aux dirigeants, élus et salariés, qui ne sont pas indemnisés ou rémunérés en fonction de l'activité de leur organisme mutualiste : en l'occurrence, ce mode de fonctionnement limite les risques de comportements exclusivement dictés par des préoccupations comptables de court terme, que tentent de prévenir de nombreux aspects de la « bonne gouvernance » des sociétés de capitaux.

Ainsi que l'a souligné la Mutualité française dans un rapport récent, le mouvement mutualiste est armé en matière de bonne gouvernance. En effet, avec le code de la mutualité qui a été entièrement refondu en 2001-2002 à la faveur de la transposition des directives assurances, il dispose plus que jamais d'un code de gouvernance autant que d'un code encadrant les différentes activités des mutuelles.

Pour autant, des recommandations destinées à parfaire encore la gouvernance sont formulées. En particulier :

- saisir l'opportunité issue des nouvelles technologies pour dévelop-

- per les voies et les occasions de contacts avec les adhérents ;
- associer des experts extérieurs ou des salariés de la structure aux travaux du conseil d'administration ou de ses commissions, lorsqu'ils traitent de sujets complexes ou extrêmement techniques ;
- instituer un comité d'audit auprès du conseil d'administration chargé de l'expertise sur les questions relatives au contrôle interne au sein des organismes mutualistes, et des relations avec les commissaires aux comptes ;

- préparer la mise en place de solvabilité 2 (principe et processus définis par directives européennes : chaque assureur et réassureur doit être à même de comprendre les risques inhérents à son activité afin de pouvoir allouer suffisamment de capital pour les couvrir) par un vigoureux effort de formation sur les enjeux de l'évaluation des risques et du contrôle interne.

En définitive, au niveau d'un hôpital comme d'un organisme mutualiste, la

gouvernance a la même finalité : responsabiliser les acteurs concernés par la prise de décision, par la mise en place de modes de régulation plus proches d'eux, plus souples et plus efficaces. Elle contribue ainsi au renforcement de la rationalité économique et de la cohésion sociale. ■

René Vandamme
Catherine Toubanc
Fondation

La nouvelle gouvernance à l'hôpital public : un sujet d'actualité

■ **La Commission Larcher** dans son rapport remis au président de la République (10 avril 2008) fait un état des lieux de la nouvelle gouvernance (instaurée en 2005) à l'hôpital public et liste les pistes d'amélioration pour un pilotage médico-économique renforcé.

État des lieux

- Une construction difficile des pôles insuffisamment centrés sur un projet cohérent en termes d'activités médicales.
- Une déconcentration limitée.
- Un conseil d'administration qui ne porte pas la responsabilité financière de son établissement.
- Un directeur nommé et évalué par l'État dont l'évaluation ne prend qu'insuffisamment en compte la recherche d'efficacité de son établissement.
- Des incertitudes s'agissant du rôle du conseil exécutif (instance de concertation ou de décision...).

Pistes d'amélioration - favoriser la réactivité et la responsabilité

- En remplaçant le conseil d'administration (le maire de la ville où est situé l'hôpital préside aujourd'hui le conseil

d'administration) et le conseil exécutif par, respectivement, un conseil de surveillance (validation des stratégies et surveillance des équilibres économiques et financiers) à la composition élargie (assurance maladie, usagers, société civile, professionnels libéraux...) et un directoire (présidé par le directeur et impliquant fortement les médecins et le directeur des soins).

- En mettant en place des délégations de gestion effectives aux responsables de pôles (application du principe de subsidiarité).
- En simplifiant le cadre juridique de l'organisation interne (seules les instances décisionnelles et celles chargées de l'expression du personnel doivent être précisément définies – les autres instances doivent relever de la liberté de l'hôpital).
- Et en déconcentrant le fonctionnement (contractualisation interne, délégations de gestion...).

■ **Jean de Kervasdoué** (ancien directeur des hôpitaux au ministère de la Santé et professeur titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé au Conservatoire national des arts et métiers) dans sa contribution remise

à l'Élysée (2008) recommande afin de faire de l'hôpital public une entité indépendante et responsable :

- la nomination par le maire d'un tiers (ancien chef d'entreprise, directeur l'hôpital, médecin...), président du conseil d'administration ; rémunéré, le président serait pénalement et civilement responsable ;
- la nomination par le président du conseil d'administration du directeur et du président de la commission médicale d'établissement dont la légitimité doit être institutionnelle et non corporatiste ;
- de sortir l'hôpital du champ de la réglementation des marchés publics ;
- de supprimer la séparation entre l'ordonnateur et le comptable ;
- de faire certifier les comptes par un commissaire aux comptes (à l'instar de la pratique en établissements de santé privés) ;
- et ainsi de faire que l'hôpital soit maître de sa structure définie par son règlement intérieur... « Ce n'est pas à l'État ou à ses représentants de décider si l'hôpital doit être organisé en pôles, en services ou en départements, ni de dire qui doit diriger ses unités. »

Certification, deuxième version **L'autoévaluation à blanc prod à l'hôpital La Musse**

Démarrée officiellement au mois de janvier et devant aboutir, cet automne lors de la visite des enquêteurs de la Haute Autorité de santé (HAS), à la présentation du travail mené et des actions correctives entreprises, la démarche qualité V2 concerne onze groupes de travail, œuvrant sur des thèmes différents et complémentaires. Elle implique directement cent salariés, sans compter les neuf médecins ayant pris en charge l'évaluation des pratiques professionnelles.

Au démarrage, la méthode de travail a été expliquée à chaque groupe par la responsable qualité, Claude Gest, qui a distribué à chacun une pochette contenant les grilles HAS, le commentaire expliqué, critère par critère, les attentes en termes d'audits ou enquêtes éventuels, les éléments de preuve à recueillir, le rapport de la première visite de certification (V1), le bilan du plan d'action qualité et le glossaire.

Les groupes de travail ont eu pour mission de décrire l'existant, de constituer les grilles d'évaluation ou d'audit en interrogeant au moins 30 % des professionnels ou en évaluant 30 % des dossiers afin d'avoir des résultats significatifs. Lorsque toutes les grilles ont été remplies, le service qualité s'est chargé de la saisie des données et de la restitution des résultats transmis aux groupes pour analyse.

Le bilan de l'existant, plus les résultats des enquêtes, ont permis aux groupes de travail de proposer les actions d'amélioration qui ont été validées par la direction et le comité de pilotage.

Il faut noter une très large implication des professionnels qui se sont portés volontaires pour réaliser enquêtes et audits même s'ils ne faisaient pas partie des groupes de travail. Le service de nuit s'est, malgré les difficultés liées aux horaires, largement impliqué dans la démarche.

Premiers résultats...

Fin mai, les groupes de travail avaient déjà bien avancé et ont mis en œuvre les actions correctives dont voici quelques extraits.

Le groupe management (chef de groupe : Catherine Palladitcheff, directeur) a travaillé sur les orientations stratégiques de l'établissement, la politique de communication, la politique d'optimisation des ressources et des moyens, le suivi, l'évaluation et la communication interne des objectifs déterminés dans les orientations stratégiques et la comparaison avec des établissements similaires. Il propose des actions correctives telles que la réalisation d'une plaquette de communication présentant l'établissement ou la diffusion plus large du suivi mensuel des investissements...

Le groupe ressources humaines (chef de groupe : Béatrice Blanche-Lopoukhine, directeur des ressources humaines) a travaillé sur la politique des ressources humaines (RH), la maîtrise des processus de gestion des RH, la mise en œuvre de l'évaluation de la politique des RH et propose plusieurs actions correctives comme la finalisation des fiches de poste, la diffusion (papier et intranet) des fiches de fonction...

Le groupe qualité et sécurité des biens et des personnes (chef de groupe : Claude Gest, responsable qualité et services économiques) a travaillé sur la politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques

(GDR), l'organisation et la maîtrise de la qualité des fonctions hôtelières et logistiques, le management de la qualité, la sécurité et la maintenance, la sécurité des biens et des personnes, l'évaluation de la satisfaction du patient, de son entourage et des correspondants externes, l'évaluation des prestations logistiques auprès des secteurs d'activité utilisateurs et l'efficacité du programme d'amélioration continue de la qualité et de GDR. Il préconise par exemple la nomination de correspondants qualité, la modification du questionnaire de sortie, l'uniformisation des panneaux d'affichage dans les unités de soins, la traçabilité des actions réalisées suite aux contrôles réglementaires...

Le groupe vigilances (chef de groupe : Nelly Poulain, cadre supérieur de santé) a planché sur la GDR, le dispositif de veille sanitaire, le programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, la GDR liée aux dispositifs médicaux et à l'environnement, l'organisation du circuit du médicament, le programme de surveillance et de prévention du risque. Il propose par exemple la rédaction de la cartographie des risques, la réalisation d'un exercice de simulation « plan blanc », la rédaction d'un protocole travaux...

Le groupe médico-technique (chef de groupe : Alain Bouillierot, médecin) a travaillé sur le fonctionnement du laboratoire et de l'imagerie. Il propose par exemple d'améliorer la collaboration biologistes/cliniciens lors de nouveautés techniques ou biologiques et de procéder à un remaniement en profondeur de l'équipement du service de radiologie conventionnelle avec une table neuve numérisée...

Le groupe système d'information (SI) et dossier patient (chef de groupe : Yves Prudent, cadre ergothéra-

(V2) active

peute) a travaillé sur la politique du SI et du dossier patient, le SI, le dossier patient et la mise en œuvre de l'évaluation du SI. Il a réalisé notamment un audit des dossiers patients quant à leur (bonne) tenue (classement, identification, signatures, traçabilité...). Il propose par exemple l'harmonisation des imprimés utilisés et la mise en route d'une réflexion sur l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge, quel que soit son état de santé...

Le groupe droit et information du patient (chef de groupe : Laurence Paupy, cadre supérieur de santé) a travaillé sur la place du patient et de son entourage, l'information du patient, la recherche du consentement et des volontés du patient, ainsi que la dignité du patient et la confidentialité. Il propose notamment la création d'un groupe de travail sur la contention et la création d'un comité d'éthique...

Le premier groupe parcours du patient (chef de groupe : Corinne Hourdier, cadre supérieur de santé) a travaillé sur l'accueil du patient et de son entourage, l'éducation thérapeutique du patient et la sortie du patient. Il propose par exemple l'information des soignants quant aux modalités de restauration des accompagnants, l'amélioration du document de préadmission, la réalisation d'un bilan des programmes d'éducation du patient...

Le deuxième groupe parcours du patient (chef de groupe : Marie-Félix Adèle, cadre kinésithérapeute) a travaillé sur l'évaluation initiale de l'état de santé du patient et le projet thérapeutique personnalisé, les situations nécessitant une prise en charge adaptée, la continuité des soins et les activités de rééducation et/ou de soutien. Le groupe propose par exemple de mettre en place la liste des actes à risque, une formation « prise en

charge de la maladie thromboembolique », ainsi qu'une évaluation des pratiques professionnelles sur les chutes...

Le groupe douleur/soins palliatifs/décès (chefs de groupe : Françoise Fougère, infirmière, et Marie-Line Dugeay, cadre de santé) a travaillé sur la prise en charge de la douleur, la prise en charge du patient en soins palliatifs et le décès du patient. Il propose par exemple de mettre à disposition des unités la liste des référents douleur, de revoir le protocole douleur, d'inclure le comité de lutte contre la douleur dans le livret d'accueil des nouveaux arrivants et celui des stagiaires, d'informer les professionnels sur la loi Leonetti...

Le comité des vigilances et des risques (COVIRIS) (chefs de groupe : Claude Gest et Nelly Poulain) a travaillé sur la GDR et le dispositif de veille sanitaire. Il a notamment proposé de remettre à jour le plan blanc en l'élargissant à un plan de gestion de crise ou de lisser ce qui existe en matière de dispositifs de veille sanitaire et de hiérarchiser tous les risques...

Du côté de l'évaluation des pratiques professionnelles (nouveau de la V2) : les médecins s'attellent à

vérifier la pertinence de certaines de leurs pratiques telles que le bandage du moignon (Dr Emmanuel Fontaine), la prescription des compléments protéino-énergétiques (Dr Patricia Doublet), la prescription des inhibiteurs de la pompe à protons dans les traitements de sortie (Drs Didier Chauvin et Marie-Sophie Hervieu) et la prescription d'antibiotiques dans les cas de sepsis graves (Dr Alain Bouillerot).

Pour ce qui concerne **les actes à risques**, sont évalués le suivi du dossier transfusionnel (Dr Frédérique Gence), la prévention du risque de chute de 8 h à 17 h pour le patient âgé de plus de 70 ans (Dr Rabih Nakhal) et le risque lié à la sonde urinaire à demeure *versus* sondage intermittent (Dr Hafid Bourbkry). Dans **la prise en charge d'une pathologie**, sont évaluées la préparation du malade brûlé au regard de l'autre au cours de la première sortie (Dr Jean-François Lanoy) et la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) prise en charge par traitement inhalé (Dr Serge Bussi). ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse



Sylvie Velly (direction qualité) réalise une enquête de satisfaction auprès d'un patient.

Temps médical Organisation

Dès l'année 2006, l'hôpital Villiers Saint Denis a sollicité et obtenu de la Mission nationale d'expertise et d'audits hospitaliers (Meah) une prise en charge et un accompagnement pour mener une réflexion sur l'organisation du temps médical.



Le périmètre et les objectifs de la mission

La demande de l'hôpital s'inscrivait dans plusieurs perspectives :

- tout d'abord, faire en sorte que le temps médical réponde à la logique de mise en œuvre du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération (Sros 3) ;
- ensuite, anticiper les incidences de prochains départs à la retraite de médecins « piliers » de l'activité ou de l'organisation de leur département ;
- enfin, établir des règles mieux parta-

gées entre les différents départements, pour ce qui concerne le décompte du temps de médecins ou l'organisation de la permanence des soins.

La première série d'enjeux s'expliquait par les profondes mutations auxquelles l'établissement est confronté. Il s'agit d'une part, du départ d'une activité d'un département et, d'autre part, de la réorientation et du développement d'autres activités.

La charte de gestion du temps médical

Après un long travail participatif, cette démarche a abouti le 3 août 2007 à la signature d'une charte de gestion du temps médical entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, validée préalablement par cette instance puis présentée au comité d'établissement.

Cette charte fixe les principes d'organisation médicale et aboutit à des tableaux de services hebdomadaires, mais aussi pour l'ensemble de l'année en fonction des prévisions d'activité.

Un modèle unique de tableaux de services, fixant les présences mais aussi les absences, les déplacements extérieurs et les astreintes, a été élaboré.

Les principes d'obligation de service, la gestion et les droits à absence de toute nature ont ainsi été rappelés et fixés de façon claire, particulièrement sur l'organisation des congés et les remplacements internes.

Cet ensemble a permis de finaliser les principes communs et les règles de gestion pour l'ensemble des praticiens et des pôles médicaux.

Compte tenu de la délocalisation effective de l'unité de soins intensifs cardiologiques et du court séjour cardiologie/pneumologie, une nouvelle gestion des gardes et astreintes existe depuis le 1^{er} février 2008.

Un praticien est donc placé, en dehors des présences habituelles précisées ci-dessus, en astreinte opérationnelle et répond, la nuit et les week-ends à partir du samedi midi, aux appels liés à l'état de santé des patients de l'ensemble de l'hôpital.

L'obligation de déplacement a été rappelée et semble observée.

Par un légitime souci de sécurité, et afin de répondre aux préoccupations de certains, ce système est doublé par une astreinte à domicile d'un second médecin.

Enfin, il a été décidé de façon unanime que l'ensemble des médecins bénéficiera d'une journée de formation urgentiste, réalisée en intra avec le concours d'un formateur urgentiste, pour rappeler et pratiquer les gestes d'urgence essentiels.

Ainsi, la continuité de la sécurité des patients sera pleinement réalisée. ■

Francis Gilgaire
Hôpital Villiers Saint Denis

La Meah

- Créée en mai 2003 dans le cadre du plan Hôpital 2007, la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (Meah) est rattachée au ministère de la Santé, soit quinze personnes réparties dans deux pôles (pilote/déploiement) avec le soutien de sociétés de conseil.
- Financée par le Fonds de modernisation des établissements de santé public et privés (FMESPP - budget d'audit de 13 millions d'euros), elle aide les établissements de santé publics et privés, volontaires (avec des problèmes identifiés ou des expériences à partager), à améliorer leur organisation.
- Objectifs : faire émerger une meilleure organisation des activités (qualité du service, efficacité économique et conditions de travail satisfaisantes).
- Depuis sa création, 853 chantiers ont été menés dans 447 établissements, dont 340 chantiers en 2008.

Meah

50, rue du faubourg Saint-Antoine - 75012 Paris
Tél. : 01 53 33 32 60
Fax : 01 53 33 32 69
www.meah.sante.gouv.fr

Commission de soins

Une instance qui a trouvé toute sa place

Recommandée par la Haute Autorité de santé lors de son passage en janvier 2005 et intégrée dans le plan d'action qualité 2005/2007, une commission de soins a été créée, à l'hôpital La Musse, en octobre 2006.

La naissance vient, entre autres, compenser l'absence de directeur des soins infirmiers. Le groupe, composé de seize personnes (trois cadres supérieurs de santé, sept cadres infirmiers, un chef kinésithérapeute, un chef ergothérapeute, un cadre orthophoniste, un représentant des psychologues, un représentant des assistantes sociales et un responsable des diététiciennes) se réunit une fois par trimestre. Le directeur de l'établissement et/ou son représentant assiste à chacune des réunions.

Compétences de la commission de soins

La commission de soins est une instance consultative intervenant sur des sujets comme l'organisation, l'accompagnement des malades et la recherche dans le cadre du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et l'évaluation de ces soins.

Elle peut être consultée également sur :

- l'élaboration d'une politique de formation ;
- l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;
- le projet d'établissement ;
- et l'organisation interne de l'établissement.

Il est rapidement apparu plus pertinent de constituer des groupes de travail auxquels étaient dévolus des thèmes de travail.



Ainsi, ont été créés des ateliers travaillant sur les thèmes suivants.

Le dossier patient

Le travail réalisé a débouché sur la création d'une grille de prescription « papier », validée en commission médicale d'établissement et répondant aux normes. Elle est désormais insérée dans le dossier patient et les versions antérieures ont été supprimées en attendant qu'un choix soit fait concernant le dossier informatisé. La nouvelle grille est bien utilisée dans les services. Le groupe travaille à une nouvelle version, plus compacte.

La formation

Il est apparu qu'une optimisation du plan de formation pourrait être obtenue grâce à une présentation et une discussion du dossier en commission de soins.

Le droit des patients et de l'entourage

L'interprétation de la loi Leonetti n° 2005-370 du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie, a constitué un travail important pour ce groupe, dont les propositions concrètes sont en cours d'application (lire l'article pp. 8-9) dans les services.

Les moyens novateurs

Il a été observé que certains thèmes de travail concernent plusieurs disciplines. Première action concrète, l'insertion de panneaux éducatifs le long des trois parcours de marche qui jalonnent le parc de l'hôpital La Musse.

La démarche éducative

Le groupe travaille à l'élaboration de fiches pédagogiques déclinant les nombreuses actions d'éducation menées à l'hôpital La Musse. Un tel rassemblement de l'existant permet de mettre en valeur l'organisation transversale de l'établissement et répond aux exigences de traçabilité demandée dans la démarche qualité. Un catalogue les recensant est en cours de réalisation. Dans les faits, cette nouvelle commission n'est donc pas une commission de plus, mais une instance efficiente, animée par une équipe dont les propositions s'appuient à la fois sur l'expérience et le dynamisme des uns et des autres d'une part et sur les recommandations de la démarche qualité d'autre part. Les réflexions et les propositions faites débouchent sur des réalités de terrain. Les conséquences concrètes permettent et permettront de continuer à œuvrer pour l'amélioration de la prise en charge des patients. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Normandos

Un nouveau réseau contre les problèmes de dos

L'hôpital La Musse a pris l'initiative – et héberge – un nouveau réseau dont le but est d'offrir aux personnes souffrant du dos des réponses cohérentes, professionnelles et pertinentes aux nombreuses questions qu'elles se posent...

Parce que, de tous les systèmes en fonctionnement dans le corps humain, c'est celui qui décline le plus vite (dès vingt ans)... , parce que neuf personnes sur dix ont eu, ont, ou auront, mal au dos... , parce que c'est l'une des premières causes de dépenses de santé dans les pays développés (8 % des maladies professionnelles)... , parce que, très tôt, les cartables dépassent bien souvent 15 % du poids de l'enfant... , et parce que aucune structure pluridisciplinaire n'existait vraiment dans le domaine en Haute-Normandie, s'est constitué « Normandos », un réseau « dos » dont l'implantation s'est logiquement faite à l'hôpital La Musse au pôle médecine physique et de réadaptation.

Unique en France

Unique en France sous cette forme, Normandos propose des actions dans le domaine de la prévention (mal de dos

en milieu scolaire ou en milieu professionnel, éducation en santé publique) : « Nous avons obtenu l'accord de principe de l'inspection académique de l'Eure pour intervenir en milieu scolaire, explique Marie-Félix Adèle, présidente de Normandos et cadre kinésithérapeute à l'hôpital La Musse. Nous avons prévu de cibler les classes de CM1 (écoles), cinquièmes (collèges) et secondes (lycées) en liaison avec les équipes médicales sur place (infirmières et médecins scolaires). Nous y évoquons, exemples concrets à l'appui : la nécessité de ne pas porter un cartable trop lourd, l'importance d'une bonne position assise (même si le mobilier scolaire n'est pas toujours adapté) et les bienfaits d'une activité sportive régulière. »

Le réseau s'appuie sur quarante professionnels de la région Haute-Normandie qui se consacrent aux soins (prise en charge des rachialgies, conseil en aménagement des postes de travail) et au suivi des patients, et qui sont issus, pour moitié, de milieux hospitaliers, et pour moitié du secteur libéral : kinésithérapeutes, médecins du travail, ergothérapeutes, enseignants, rhumatologue, podologue, infirmière de santé au travail, médecin algologue (traitement de la douleur), diététicienne...

Une réponse complète

« La procédure est la suivante, selon le parcours défini par la Sécurité sociale : le patient nous est adressé par le médecin traitant pour ses problèmes de dos, indique



Un patient souffrant du dos, pris en charge par Marie-Félix Adèle

Quelques chiffres

- Les pathologies en rapport avec le dos constituent 7 % des arrêts de travail, 8 % des actes de radiodiagnostic et 2,5 % des prescriptions médicamenteuses. Elles sont la source de 13 % des invalidités.
- De 70 à 80 % des Français en souffriront un jour ou l'autre.
- Les facteurs de risques : le manque d'exercice physique, la faiblesse de la musculature, le surpoids, le tabagisme, un poste de travail mal adapté, la manutention de charges lourdes, les gestes répétitifs, les vibrations, les postures prolongées et le stress psychologique.

Blog de Normandos : normandos276.blogspot.com



Marie-Félix Adèle. *Chacun voit le patient et le groupe étudie ensemble quels sont les réponses les plus adaptées.* » Le patient dispose ensuite d'un délai de réflexion pour accepter, ou pas, ce qu'on lui propose. Il peut revoir son médecin pour lui demander conseil. Rien n'est imposé. *« Le mal de dos peut avoir de nombreuses origines, et donc des traitements différents,* poursuit Yves Prudent, cadre ergothérapeute à l'hôpital La Musse. *Des solutions sont proposées au patient en fonction de sa pathologie.* » Des séances de kinésithérapie en libéral peuvent être décidées, tout comme une hospitalisation, une prise en charge sociale, la révision du poste de travail, des recherches supplémentaires (investigations psychologiques, IRM, radio...), une simple éducation thérapeutique, ou la prise en charge par un centre antidouleur, l'intervention chirurgicale, voire l'assistance de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) habilitée à reconnaître les handicaps... Enfin, dernière compétence du réseau, et pas des moindres, le suivi des patients :

« Nous voyons trop de patients revenir nous voir parce qu'ils ont "oublié" nos conseils avec le temps, où ont été mal pris en charge, etc. » Un suivi systématique est donc mis en place avec des échéances planifiées : dans les deux mois, après un an, puis deux ans plus tard.

Boucler le budget

Le démarrage effectif de cette structure Normandos est cependant suspendu à la subvention de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Ce premier déblocage de fonds permettrait l'embauche d'une secrétaire à plein temps, dont la présence est indispensable au bon fonctionnement d'une structure de ce type. *« Si nous sommes reconnus, d'autres fonds – publics ou privés – suivront et nous permettront de mener à bien les différentes actions prévues,* poursuit Marie-Félix Adèle. *Comme, par exemple, la formation des professionnels.* »

Le programme est en place. Une fois les fonds obtenus, une campagne de communication démarrera en direction des principaux interlocuteurs de la région :

Normandos, présent au Premier Forum des métiers de la santé, au mois de novembre dernier à Évreux.

Assis : Marie-Félix Adèle, cadre kinésithérapeute à l'hôpital La Musse, Gérard Di Mascio, médecin ostéopathe à la clinique Saint-Hilaire de Rouen.

Debout : Éric Held, podologue à Rouen, Aurélie Lepeintre, médecin du centre antidouleur du centre hospitalier Évreux-Vernon, Yves Prudent, cadre ergothérapeute au pôle médecine physique et de réadaptation de l'hôpital La Musse, et Christèle Borgogno, secrétaire de Normandos, chargée de mission.

médecins généralistes, médecins du travail, médecins conseils de la Sécurité sociale, vers les entreprises ou les établissements hospitaliers avec lesquels des conventions seront passées. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Pratique clinique

Évaluation sur simulateur de conduite des personnes cérébrolésées

La tâche de conduite automobile est complexe. Elle est sous-tendue par des processus sensori-moteurs, visuels et cognitifs. Évoquer l'évaluation sur simulateur de conduite chez les patients cérébrolésés vasculaires c'est, d'emblée, considérer le simulateur comme une aide significative dans la prise en charge de ces patients. Les déficiences sensori-motrices conditionnent des aménagements de véhicule repérés par une expertise simple. Rationaliser, formaliser cette expertise a été l'un des premiers objectifs recherchés lors de l'installation d'un simulateur de conduite à l'hôpital La Musse, il y a deux ans. Premières évaluations...

La conduite automobile est un des principaux facteurs d'autonomie dans les sociétés modernes. Ne pas conduire ou ne plus conduire est un désavantage majeur, notamment sur le plan social et professionnel. L'évaluation de la capacité à reconduire après une lésion cérébrale est donc fondamentale pour la qualité de vie des patients suivis en rééducation. Dans ce domaine, la réglementation est mal connue des patients et des familles. La nécessité d'une évaluation précise est rendue difficile en raison de la complexité de l'activité et des troubles cognitifs spécifiques à cette population. Cependant, le développement des nouvelles technologies, et plus particulièrement de l'environnement virtuel, peut nous aider à évaluer ces troubles et, par la suite, à orienter la prise en charge.

90 % des indications fournies par la vision

La conduite est une tâche nécessitant une activité motrice, un traitement perceptif des différentes informations sensorielles et un traitement cognitif qui peuvent être perturbés dans le cadre d'un accident vasculaire cérébral ou d'un traumatisme crânien.

Les séquelles motrices et neuro-motrices des patients cérébrolésés modifient l'accès au poste de conduite, mais cela ne représente plus un obstacle majeur à la reprise de la conduite automobile. En effet, il existe de nombreuses adaptations techniques permettant de compenser ces difficultés : conduite avec boîte automatique, inversion de la pédale d'accélérateur, commande accélérateur/frein au volant, boule ou étrier au volant, direction plus ou moins assistée, aide aux transferts, aide à l'embarquement du fauteuil... jusqu'à l'accès au poste de conduite en fauteuil roulant électrique, commande par reconnaissance vocale (clignotants, lumières...) et conduite au mini-manche.

La bonne prise d'information visuelle est cependant indispensable à la conduite : 90 % des indications nécessaires au conducteur lui sont fournies par la vision. Or, lors d'une lésion cérébrale, on peut rencontrer des troubles de l'acuité visuelle, des anomalies du champ visuel, des troubles oculomoteurs...

Aspects cognitifs primordiaux

Les aspects cognitifs (déficits visuo-spatiaux, fatigabilité, vitesse de traitement, troubles de l'attention sélective, soutenue, divisée, troubles des fonctions exécutives comme la prise de décision, l'anticipation, la planification, l'adaptabilité, la flexibilité, troubles de

la mémoire de travail, l'héminégligence et enfin apraxies) sont des troubles significativement corrélés avec la diminution des performances de conduite. Plusieurs études ont ainsi montré que la reprise de la conduite dépend principalement des séquelles cognitives.

Évaluation sur route et sur simulateur

Pendant de nombreuses années, les ergothérapeutes et les médecins de l'hôpital La Musse ont été confrontés à la difficulté d'évaluer les capacités de reprise de la conduite automobile chez les patients cérébrolésés. Les évaluations classiques, complétées par des mises en situation sur route, montraient leurs limites. La réflexion s'est approfondie avec l'apport de la neuropsychologie et l'acquisition d'un simulateur de conduite en 2006. La voiture est équipée pour les personnes à mobilité réduite (boîte de vitesse manuelle et automatique, commandes et boule au volant, inversion de pédales...).

Nous avons construit notre évaluation comme suit :

- **évaluation médicale** : le rôle du médecin est d'informer le patient des conséquences de sa pathologie et de son traitement sur ses aptitudes à la conduite. Il est soumis au secret médical et doit convaincre le patient d'informer la commission médicale de la préfecture ;
- **évaluation d'ergothérapie** : le début de l'entretien nous permet d'obtenir des informations sur l'origine de la demande, la nécessité familiale sociale et/ou professionnelle de l'utilisation de la voiture, l'expérience antérieure, la fréquence d'utilisation, l'environnement de conduite... Nous proposons ensuite

nduite



au patient un questionnaire d'autoévaluation de ses compétences, puis réalisons un bilan fonctionnel en fonction de la pathologie.

Enfin, l'évaluation fonctionnelle est complétée par le simulateur afin d'évaluer l'accessibilité au poste de conduite (transfert, manipulation de la portière, de la clé de contact, des rétroviseurs, installation de la ceinture de sécurité...), mais aussi l'accessibilité à l'accélérateur, au frein, à l'embrayage si besoin, avec la possibilité d'effectuer un calcul de la pression émise sur ces différentes pédales ou sur les adaptations préalablement installées.

L'évaluation de la manipulation du volant est aussi proposée, mais elle reste peu informative sur le simulateur compte tenu des limites techniques encore trop importantes (réglage de la dureté du volant, retour de force limité). On réalise enfin deux tests de calculs des temps de réactions : temps de réaction au freinage d'urgence et temps de déplacement entre le frein et l'accélérateur. Il est admis qu'il s'écoule en moyenne une seconde, pour un conducteur attentif, entre le moment où l'on aperçoit un obstacle et l'instant où l'on pose le pied sur le frein. Ces chiffres ne semblent pas applicables au simulateur, le patient étant dans une situation de test virtuel, car soumis aux limites kines-

thésiques du simulateur et totalement informé du scénario proposé. Très rapidement, il nous a donc semblé nécessaire de construire une petite base de données chiffrées obtenues sur des sujets « contrôles », afin d'argumenter notre évaluation.

Évaluation neuropsychologique

Si besoin, et en cas de troubles cognitifs observés ou probables, s'ajoute l'évaluation neuropsychologique. Elle comprend, au minimum, une évaluation des troubles visuo-spatiaux, des troubles des fonctions exécutives et un test d'évaluation de l'attention ; ce dernier est basé sur le travail du Centre d'adaptation à la route pour automobilistes handicapés (Cara), service d'évaluation des compétences à la conduite automobile situé à Bruxelles.

Évaluation sur simulateur

Cette dernière est composée de deux étapes :

- la familiarisation avec l'outil (une heure minimum) permet de réduire « l'effet simulateur ». La mise en place progressive de difficultés (conduite sur route droite, puis courbe, sur route de campagne, de village, avec ou sans trafic...) va permettre au patient de prendre des repères au niveau du poste de conduite, des adaptations

éventuelles mises en place, de l'environnement visuel, auditif..., et de diminuer son appréhension. Dans la majorité des cas, l'effet simulateur va s'estomper et le patient aura suffisamment pris en main l'outil pour pouvoir réaliser le test ;

- le déroulement du test comprend différents scénarios, avec des temps de conduite variant de deux à quinze minutes et une augmentation progressive des informations à traiter. Sont testés : la capacité à suivre des

Centre d'adaptation à la route pour automobilistes handicapés

Le CARA est intégré à l'Institut belge pour la sécurité routière. Les candidats conducteurs ou les conducteurs souffrant d'une affection aux membres, d'une affection cérébrale ou neurologique influençant l'aptitude pratique à la conduite doivent s'adresser au CARA sur avis de leur médecin. Le CARA offre gratuitement ses services aux personnes handicapées et notamment :

- détermine leur aptitude à conduire,
- établit la liste de l'équipement et des adaptations à prévoir sur le véhicule,
- prête à l'auto-école de la personne handicapée un véhicule adapté qui pourra aussi servir à l'examen pratique,
- et étudie également de nouveaux systèmes d'adaptation de véhicules ainsi que les problèmes que peuvent poser l'embarquement et le débarquement d'une personne handicapée.

Chaussée de Haecht, 1405 - 1130 Bruxelles

Tél. : 02/244 1552 – Fax : 02/2441592

www.ibsr.be/main/OverBIVV/DeOrganisatie/Cara.shtml?language=fr



consignes de direction, le contrôle d'une trajectoire sur route droite et sur route courbe, le maintien d'une vitesse constante, l'adaptation de la vitesse, la conduite en campagne, en village et sur autoroute, la gestion des intersections, des ronds-points, des feux tricolores, des « stop » et des « cédez le passage », la conduite avec et sans trafic, le respect de la signalisation routière et des règles du code de la route, l'adaptation aux conditions climatiques, le maintien de la vigilance, l'anticipation d'événements (treize au total : ouverture soudaine de portière, piétons indisciplinés, insertion intempestive de véhicules par la droite et par la gauche, véhicule lent...). Un logiciel peut calculer des scores numériques sur la performance des sujets (moyennes de position et déviation sur la voie, temps de réaction et vitesse en relation avec les événements routiers, les accidents, les infractions...). Malheureusement, nous ne bénéficions pas encore du logiciel d'analyse des données.

Actuellement nous poursuivons cette évaluation par un test sur route. Le

moniteur auto-école est accompagné d'un ergothérapeute qui reprend l'évaluation sur une grille standardisée.

L'apport du simulateur

Au sein du centre de rééducation, notre expérience sur le simulateur est encore récente : seuls vingt et un patients cérébrolésés ont profité de cet outil pour l'évaluation de leur aptitude à la conduite. Un certain nombre de réflexions peuvent néanmoins être rapportées. L'apport du simulateur par rapport au bilan neuropsychologique : dans les deux tiers des évaluations réalisées, les conclusions du test sur simulateur coïncident avec celles de l'ergothérapeute lors du test sur route (sept patients se sont arrêtés après le test sur simulateur devant la gravité de leurs troubles cognitifs).

Si nos conclusions sur le simulateur et la route sont souvent similaires, que nous apporte alors le simulateur par rapport au test sur route ? Une standardisation de l'évaluation : les patients sont tous confrontés aux mêmes situations complexes voire dangereuses... et sur simulateur, nous pouvons laisser le patient

gérer un scénario jusqu'à son terme quoi qu'il arrive (y compris l'accident).

L'évaluation de la vigilance est réalisée grâce à la fonction « loupe » de l'évaluation sur simulateur qui amplifie erreurs et difficultés. Avantages sur le plan pratique, il nous permet de passer aisément d'un poste de conduite à un autre (boîte mécanique, automatique...).

Enfin, il contourne les contraintes liées au passage en auto-école (frais, liste d'attente et risques). Le simulateur de conduite permet au sujet de juger ses compétences et ses limites, mais également les troubles spécifiques du comportement chez le traumatisé crânien. L'association du bilan fonctionnel, du bilan neuropsychologique et de l'évaluation sur simulateur permet d'apprécier non seulement les aptitudes à la conduite automobile mais surtout l'accessibilité à un apprentissage cognitif. C'est cette stratégie qui enrichit notre connaissance et permet à la fois de prendre les décisions, d'en informer le sujet, d'appuyer nos arguments sur les scénarios du simulateur qui pourront être « revus » et de revisualiser les erreurs pour en apprécier l'importance.

Hôpital Villiers Saint Denis

Accueil de jour Alzheimer

L'accueil de jour (onze places dont une de nuit) doit venir compléter et renforcer le programme d'action pour améliorer la prise en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées sur l'hôpital Villiers Saint Denis. Il s'agit d'offrir aux personnes âgées, polypathologiques ou non, atteintes de la maladie d'Alzheimer, les meilleurs soins possibles requis par leur état de santé.

Et les limites...

Dans notre pratique, une limite importante est l'absence, pour l'instant, de données informatisées. Ces données objectives sont pourtant un apport fondamental du simulateur.

Bien entendu, celui-ci, aussi parfait soit-il, ne peut reproduire l'environnement réel à l'identique. Certaines personnes supportent mal l'expérience virtuelle et développent des nausées. Il semblerait que la difficulté de conduite sur simulateur soit supérieure à celle d'un test sur route. Certains patients ont tendance à réaliser davantage de conduites risquées, d'autres au contraire roulent trop prudemment.

L'évaluation sur simulateur offre, avec l'évaluation fonctionnelle et cognitive, des informations complémentaires qui diminuent le risque d'erreur lors de l'énoncé des conclusions et orientent les stratégies de rééducation. La validation des données obtenues, leur étalonnage par rapport à une population saine, la recherche des corrélations entre les résultats aux tests et les aptitudes réelles, voire l'utilisation du simulateur comme instrument de rééducation sont les objectifs (chantiers) futurs. ■

Dr Denis Boiteux
Florence Duprey
Guillaume Lefèbre
Yves Prudent
Hôpital La Musse

L'accueil de jour Alzheimer doit constituer le point de départ d'un réseau gériatrique composé de l'hôpital Villiers Saint Denis, des centres hospitaliers de Château-Thierry et Soissons, de l'hospitalisation à domicile (HAD), de l'association médico-sociale Anne-Morgan (Amsam), du centre local d'information et de coordination (Clic) de Château-Thierry, des médecins généralistes de l'arrondissement, des pharmaciens et de l'ensemble des acteurs libéraux.

Grâce à une équipe pluridisciplinaire visant à améliorer la prise en charge actuelle, les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer pourront bénéficier à l'hôpital Villiers Saint Denis :

- d'un dépistage et du diagnostic précoce de cette maladie (consultation mémoire) ;
- d'un bilan complet (hospitalisation de jour) ;
- d'un projet médico-social adapté et personnalisé (accueil de jour) ;
- d'une réadaptation cognitive et d'un suivi régulier en étroite collaboration avec le médecin traitant (atelier mémoire thérapeutique de l'accueil de jour) ;
- d'une hospitalisation complète en secteur spécialisé en cas de déstabilisation de leur démence ou de pathologie intercurrente grâce à l'accès au plateau technique hospitalier ;
- d'un séjour de répit pour eux ou leur entourage qui pourront éventuellement intégrer un groupe de parole. ■

Jean-Louis Yonnet
Hôpital Villiers Saint Denis

Faits marquants

La Musse

Inauguration du Samsah

Le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) a été inauguré fin 2007, au sein du pôle médecine physique et de réadaptation, par le président de La Renaissance Sanitaire, Didier Gaboriaud. La nouvelle structure permet de regrouper une équipe pluridisciplinaire au sein d'un même lieu, au service des patients cérébrolésés et de leurs familles.

Journée BPCO dans le parc

Une quarantaine de personnes ont répondu, le samedi 17 novembre 2007, à l'invitation du service de pneumologie. Ils ont participé à l'un des parcours de marche matérialisé dans le parc à l'occasion de la Journée nationale de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), une maladie méconnue et insidieuse qui manque de médiatisation et touche un fumeur sur dix.

Prise en charge des jeunes obèses

Comme le recommande le schéma régional d'organisation sanitaire de Haute-Normandie, troisième génération, une convention visant à l'amélioration de la prise en charge des enfants et adolescents obèses a été signée avec le centre hospitalier d'Évreux pour un accueil en hospitalisation de jour.

Prescription médicamenteuse

Afin de mieux répondre aux contraintes réglementaires et aux exigences de la Haute Autorité de santé (HAS), un nouveau document de prescription et d'administration des médicaments a été mis en place dans les services à l'automne.

Sécurité incendie

Le 28 janvier dernier, la commission *ad hoc* a donné un avis favorable sur la

sécurité incendie mise en place au pôle soins de suite polyvalents.

Spectacle au château

La compagnie de théâtre Mega-Pobec d'Évreux a proposé l'animation du château situé dans le parc de l'hôpital et produit un spectacle présenté plusieurs fois cet automne, mêlant créations de plasticiens, danse et expression corporelle, inspiré d'Antigone et d'Œdipe : *La Septième Porte*. Patients, personnel et visiteurs extérieurs ont pu le découvrir.

Formations... urgences et alcoologie

Deux nouvelles formations ont été mises en place ces derniers mois. Une formation urgences avec un rappel des gestes à réaliser dans les premières minutes sur des patients en détresse vitale... Trois nouvelles sessions sont



prévues cette année. Et une formation alcoologie qui permet de mieux comprendre le comportement des personnes victimes d'addiction à l'alcool, qui devrait se poursuivre, cette année, dans le but de toucher un maximum de personnel.

Analgésie inhalatoire

Un nouveau mode d'analgésie inhalatoire a été testé au pôle médecine physique et de réadaptation. Confortable pour le patient et simple d'utilisation pour le soignant, sans effet secondaire, il permet des soins plus efficaces et complets. Il peut être utilisé lors des renouvellements de pansements, ponctions, ablation d'agrafes...

Nouveau chef de pôle

Le Dr Didier Chauvin est le nouveau chef du pôle soins de suite polyvalents. Il remplace le Dr Dominique Marchal, qui a quitté l'établissement à la fin de l'année 2007.

Un nouveau métier

Deux psychomotriciennes interviennent sur l'ensemble de l'établissement depuis quelques mois et permettent, par diverses techniques, aux patients souffrant de handicaps moteurs ou cérébraux de retrouver un équilibre physique et psychique.

Intervention des clowns

Une convention a été signée avec l'association euroise Les clowns de Sarah qui propose d'intervenir par le biais de courts spectacles de marionnettes, de clowns ou de musiciens, auprès des patients (enfants ou adultes) hospitalisés dans l'établissement...



Des bouchons pour les Kawan

Une nouvelle convention liant l'établissement à l'association des Kawan handiplongeurs a été signée au mois de février. Soixante tonnes de bouchons plastiques collectés transitent chaque année par l'hôpital. Les bénéfices réalisés lors de leur revente permettent de financer certaines actions et l'achat de matériel pour les plongeurs handicapés.

Utilisation de la balnéothérapie

Une convention a été signée avec le centre hospitalier spécialisé d'Évreux pour l'utilisation, par les psychomotriciennes de l'établissement psychiatrique et leurs patients, du bassin de balnéothérapie du pôle médecine physique et de réadaptation, trois fois par semaine. ■



Faits marquants Villiers Saint Denis

Projet d'établissement et contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) (2^e phase)

La signature du CPOM première phase a eu lieu le 4 mai 2007 (voir *Regards* n°6).

La seconde phase de négociation a débuté courant octobre pour se terminer en décembre. Elle décline plus particulièrement les objectifs de l'ensemble des champs stratégiques, financiers et de la qualité et la sécurité des soins.

Le vote par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation (Comex) à l'unanimité s'est déroulé le mercredi 20 février 2008.

Le CPOM première phase, étant devenu exécutoire dès sa signature, le projet d'établissement a été rédigé selon les orientations stratégiques fixées.

Présenté aux instances consultatives début 2008, le CPOM est ensuite transmis aux autorités de tutelle.

Certification : visite de la Haute Autorité de santé (HAS) en juin 2008

Mise en place de treize groupes de travail, trois groupes de synthèse et neuf groupes d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Tous les groupes d'EPP ont bénéficié d'une formation méthodologique spécifique adaptée aux thèmes retenus. Quatre usagers ont par-

ticipé aux groupes de travail et de synthèse et deux usagers ont participé au comité de pilotage.

Coopérations

• Signature de :

- la convention avec l'hôpital Bégin de Saint-Mandé (94) sur les modalités de transfert et d'admission des malades hospitalisés des services de chirurgie viscérale et vasculaire, de chirurgie orthopédique, de dermatologie et d'endocrinologie,
- la convention constitutive d'une équipe mobile de soins palliatifs commune avec le centre hospitalier (CH) de Soissons (sous la coordination sectorielle du Dr Badri Matta, chef de service de soins palliatifs).

• Adhésion :

- au Réseau picard pour la prévention et l'éducation thérapeutique du patient,
- au Réseau des comités de liaison alimentation-nutrition (Resclan) Champagne-Ardenne (promotion des bonnes pratiques, partage d'expérience et meilleure organisation des soins, dans les domaines de l'alimentation et de la nutrition),
- au réseau Cécilia sud de l'Aisne, soins palliatifs,
- au Réseau santé qualité du Nord-Pas-de-Calais - Picardie.

Infections nosocomiales (IN)

L'établissement est désormais classé parmi les établissements « soins de suite et de réadaptation - soins de longue durée » (et non plus dans la catégorie des CH de plus de 300 lits).

- Icalin (indice composite des activités de lutte contre les IN) = classe A = score 93/100 (dont 30/33 en organisation, 30/33 en moyens et 33/34 en actions).
- ICSHA (indicateur de consommation des solutions hydro-alcooliques [SHA]) = classe B = 1 616 litres SHA = 81,2 d'atteinte de notre objectif « personnalisé ».
- ICATB (indice composite de bon usage des antibiotiques) = classe B = score 10,5/20 (dont 1/4 en organisation, 4/8 en moyens et 5,5/8 en actions).

Inauguration

Fin 2007 de l'antenne France Alzheimer installée dans les locaux de l'hôpital.

Animations pour les patients

- Sortie tir à l'arc au profit de 12 patients organisée le 28 février 2008 au club de Charly-sur-Marne dont la présidente est Lan Despeyroux, cadre rééducateur. Les patients étaient accompagnés de



Jacques Sénagas-Rouvière, kinésithérapeute, et de Perrine Blanchevoys, ergothérapeute.

- Initiation au ski à la station de la Bresse dans les Vosges du 13 au 19 janvier pour un groupe de six patients handicapés, en présence de Jacques Sénagas-Rouvière et Olivier Salze, kinésithérapeutes.
- Journée Téléthon organisée par Muriel Nouveau, aide-soignante, avec le personnel volontaire et les patients.
- Marchés de Noël les 4, 5 et 7 décembre 2007.
- Spectacles musicaux les 25 décembre 2007 et 1^{er} janvier 2008.
- Autres animations proposées aux patients : atelier photo réalisé grâce au mécénat (Caisse d'épargne de Charly et Bred), représentation théâtrale, concert de jazz, tournoi de football et réouverture des ateliers loisirs créatifs.

Journées thématiques

- Participation aux Journée mondiale sans tabac, Journée mondiale des soins palliatifs et Journée mondiale de lutte contre le sida.
- Journée « plaie et cicatrisation » organisée le 11 mars 2008 par le labo KCI Médical au profit du personnel de l'établissement et des praticiens libéraux : infirmiers, médecins, podologues, Association diabète et maladies métaboliques de l'Omois (Adiammo).

Enquêtes

- Satisfaction des patients (réalisée le 13 décembre 2007 sur l'ensemble des patients hospitalisés, avec un taux de retour de 65 %) : les résultats d'ensemble sont satisfaisants. Les points forts : la qualité des soins reçus, la propreté de la chambre et du linge. Les points à améliorer : le bruit la nuit et tôt le matin, l'information des patients sur leur état de santé et l'identification des différents personnels.
- Satisfaction des correspondants externes (adressée le 7 mars 2008 et en cours d'analyse) : afin d'améliorer nos relations avec les correspondants médicaux et soignants, l'établissement souhaite connaître les appréciations et les suggestions dans différents domaines.



Participations externes du personnel

Les personnels véhiculent une image « active » de l'établissement, en participant à différentes journées ou conférences :

- la Journée sectorielle en soins palliatifs et la Journée mondiale des soins palliatifs ;
- les Rendez-vous santé mutualité sur les maladies cardio-vasculaires ;
- le forum Santé handicap infos ;
- les conférences-débats organisées par le centre local d'information et de coordination (Clic) du sud de l'Aisne sur « la prévention et la prise en charge de la dénutrition – enjeux et solutions » et sur « la maladie d'Alzheimer » ;
- les interventions régulières auprès du lycée Jean-de-La-Fontaine de Château-Thierry, de l'antenne institut de formation en soins infirmiers (Ifsi) de Château-Thierry, du centre de formation professionnelle et de promotion agricoles (CFPPA) de Verdilly, sur des domaines tels que la formation complémentaire d'aide à domicile, les conduites addictives, l'éducation du patient diabétique, les mesures de protection tutelle/curatelle... ;
- l'intervention de Lan Despeyroux en février dernier, sollicitée par le labo BMS PSA lors d'une soirée au profit des médecins généralistes sur les effets du renforcement musculaire et l'aménagement du logement chez la personne arthrosique.

Visites

- Onze représentants de la santé chinois sont venus visiter l'établissement en mars 2008. Les sujets abordés étaient les suivants : le comité de lutte contre les IN/hygiène, la gestion du budget, la gestion des déchets, la prévention

contre les accidents du travail et l'incendie, la pharmacie et la gestion informatisée. La journée s'est terminée par la visite des caves Panier de Château-Thierry.

- Visite d'élèves aides-soignants de Château-Thierry le 22 février dernier dans le cadre de leur module de soins palliatifs.
- Visite des pneumologues de l'Oise en septembre 2007 à l'initiative du Dr Thierno Bah : les Drs Francis Martin, chef de service du CH de Compiègne, Philippe Charvolin et Jean-Michel Erclin de la clinique des jockeys de Chantilly, attachés au CH de Creil, Ahmed Boulnois, pneumologue libéral de Compiègne, ainsi qu'un interne et deux kinésithérapeutes. Ils ont visité le pôle cardiologie/pneumologie/gériatrie dans le cadre du développement de nos coopérations.
- Visite du groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph fin 2007 dans le cadre du développement des coopérations, avec l'aide de Julie Bouchara, chargée de mission « développement filières et réseaux de soins ». Onze personnes sont venues visiter l'atelier d'appareillage, une salle de kinés et un service avec présentation d'un bureau de soins infirmiers et des chambres (seule et double).

Départ à la retraite

Dr Anne Benassar, cardiologue à l'hôpital Villiers Saint Denis depuis 1976.

Classement du château

Après une visite sur site de la personne chargée du recensement des monuments historiques, le dossier « classement du château » est passé en commission régionale du patrimoine et des sites le 28 juin 2007. L'arrêté de classement a été pris fin 2007. ■

Faits marquants CMCPP

Livraison des nouveaux blocs opératoires

D'importants travaux initiés en juillet 2007 ont permis de moderniser l'ensemble des blocs opératoires qui ont été livrés fin 2007.

Soins de suite polyvalents

Depuis leur ouverture le 1^{er} juillet 2007, le taux d'occupation des 30 lits de soins de suite polyvalents est de 98 %.

Conférence budgétaire

Le 1^{er} février dernier, l'établissement, comme tous les autres hôpitaux parisiens, fut « audient » par l'agence régio-

nale de l'hospitalisation d'Île-de-France (ARH-IDF) afin d'examiner l'état prévisionnel des recettes et des dépenses 2008. Des hypothèses de restructuration de l'établissement furent présentées : maintien de l'activité chirurgicale, développement des soins de suite polyvalents dont les soins de suite hématologiques...

Visite de Jacques Métais, directeur de l'ARH-IDF

Le 21 février dernier, Jacques Métais, directeur de l'ARH-IDF – accompagné d'Anne-Marie Burette, correspondante territoriale ARH chargée du suivi de l'établissement, et du Dr Jacques Perrin, médecin conseil de l'Assurance Maladie – a visité l'établissement dans le cadre des projets de restructuration de ce dernier.

Partenariat mutualiste

Les représentants de l'institut mutualiste Montsouris (75), Alain

Arnaud, président, Jean-Jacques Monteil, directeur, et Dominique Letourneau, directeur de la Fondation de l'avenir, sont venus visiter l'établissement le 28 mars 2008 afin d'envisager un éventuel partenariat pour l'utilisation du plateau technique, et en particulier des blocs opératoires.

Groupement d'intérêt économique (GIE) « société civile de moyens (SCM - médecins libéraux) scanner 19 - CMCPP » - renouvellement du scanner

Le GIE SCM scanner 19 - CMCPP a déposé une demande de renouvellement d'autorisation de son scanner. Le comité régional d'organisation sanitaire a émis un avis favorable le 15 mai dernier. ■



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 | BP 119 | 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.