

Le magazine
de La Renaissance Sanitaire

Regards

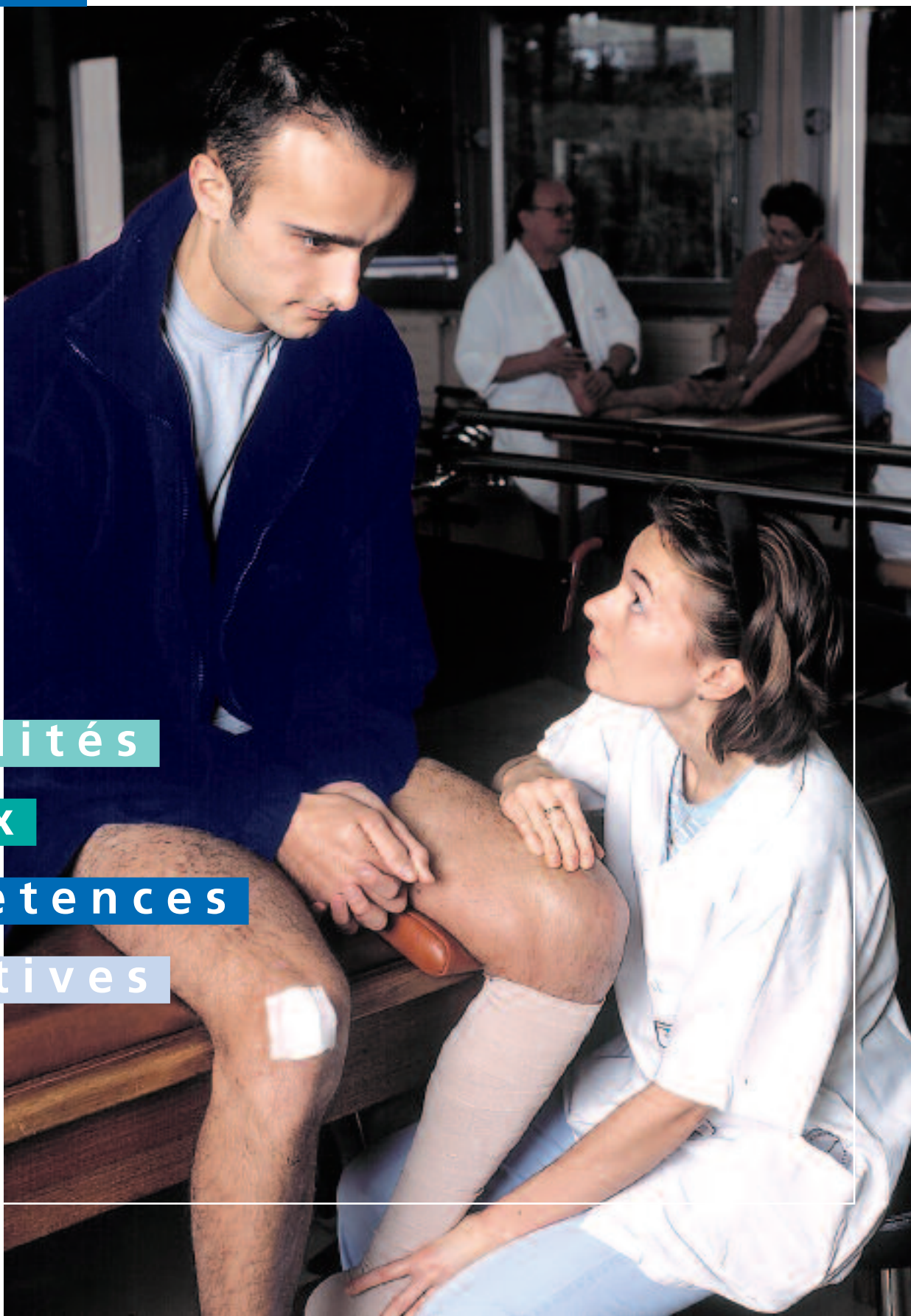
N°8 DÉCEMBRE 2008

Actualités

Enjeux

Compétences

Initiatives



Hôpital La Musse
Hôpital Villiers Saint Denis



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, secrétaire général adjoint 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-François BOUTELEUX

Hôpital La Musse (27)



Directeur

Catherine PALLADITCHEFF



Président

de la CME

Dr Alain BOUILLEROT

actualités

Centre médico-chirurgical de la Porte de Pantin

Euthanasie d'un projet mobilisateur p. 4

Soins de suite et de réadaptation

Parution des décrets réorganisant l'activité p. 6

Visite des experts-visiteurs à l'hôpital Villiers Saint Denis

Au cœur du système p. 8

en jeux

Plan Alzheimer 2008-2012

Le volet sanitaire p. 9

La consultation mémoire p. 10

Consultations mémoire

Une pratique validée et une expérience reconnue p. 12

Petite histoire naturelle du PMSI SSR

Quel avenir pour nos établissements ? p. 14

compétences

Hôpital La Musse

Le traitement de la douleur p. 16

Abécédaire...

La douleur chez l'infirmier moteur cérébral p. 19

Cancer du sein

Prise en charge de patientes opérées, au centre d'appareillage de l'hôpital Villiers Saint Denis p. 24

Le métier de psychomotricien

Mens sana in corpore sano p. 26

Ostéoporose

Le point de vue du rééducateur p. 28

initiatives

Enquête

Les correspondants externes évaluent l'hôpital p. 31

Guide pratique pour l'éducation et l'information des patients

Un nouvel outil p. 32

Nutrition/alcoologie

L'approche systémique p. 34

Maison des usagers

La démocratie sanitaire p. 35

Faits marquants

Hôpital La Musse p. 38

Hôpital Villiers Saint Denis p. 40

Directeur de publication : Didier Gaboriaud ■ Rédacteurs en chef: René Durand, René Vandamme, Catherine Toublanc ■ Conception maquette: Héral ■ Imprimerie de Champagne ■ Dépôt légal 4^e trimestre 2008.



Le centre médico-chirurgical de la Porte de Pantin, dont la situation a été régulièrement exposée dans ces pages, est bien sûr le premier sujet que je voudrais aborder. Faute de moyens financiers pour mettre en œuvre un nécessaire plan de sauvegarde pour l'emploi, et afin de préserver les deux autres établissements de la Fondation, la gestion du centre a été confiée à l'association SOS Habitat et Soins qui dispose des moyens pour mener à bien un nouveau projet médical.

Des erreurs ont sans doute été commises dans ce dossier, l'anticipation a certainement manqué, ce dont La Renaissance Sanitaire a conscience (la restructuration aurait dû être entreprise en des temps plus propices aux transferts d'enveloppe budgétaire). Mais, surtout, le regret est prégnant de ne pas avoir pu ouvrir, en partenariat avec l'Institut mutualiste Montsouris, un nouvel établissement mutualiste à Paris.

Anticiper, prévenir, mutualiser, en recherchant constamment la qualité, c'est la première préoccupation des hôpitaux Villiers Saint Denis (certifié en novembre 2008 sans mesure de suivi) et La Musse (en cours de certification). Leur cœur de métier : l'activité de soins de suite et de réadaptation.

Celle-ci vient d'être spécifiée par le ministère de la Santé. Nous nous en réjouissons. L'organisation de l'activité, les compétences et les plateaux techniques nécessaires (appareillage, équipements de kinésithérapie, balnéothérapie...) ont été précisés par décrets et circulaire, peut-être encore insuffisamment pour de nombreux acteurs du secteur qui considèrent qu'il s'agit de normes minimalistes.

Les affections de la personne âgée, parmi lesquelles les troubles cognitifs et de la démence, relèvent bien sûr de l'activité de soins de suite et de réadaptation. La prise en charge de la maladie d'Alzheimer (plus de 225 000 cas déclarés par an), dans le cadre des consultations mémoire et d'un travail pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, psychomotriciens...), vous est ici présentée, le diagnostic précoce de cette pathologie, problème majeur de santé publique, étant déterminant.

On ne répétera jamais assez l'importance du dépistage et de la prévention, trop souvent négligés. De la même façon, il importe en aval de développer l'éducation thérapeutique du patient, érigée pour la première fois dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital en une politique et une priorité nationales. Des outils sont d'ores et déjà mis en place par les professionnels de santé de nos établissements afin de favoriser, pour chaque patient, une meilleure appropriation de sa maladie et un comportement responsable.

Didier Gaboriaud
Président de La Renaissance Sanitaire

Centre médico-chirurgical de Euthanasie d'un projet

À Paris, il eut été le second hôpital de La Mutualité. Mais le manque d'argent et de volonté politique en aura décidé autrement alors que la restructuration du centre médico-chirurgical de la Porte de Pantin (CMCPP) était terminée.

Cette restructuration reposait sur un projet de mutualisation d'activités avec l'Institut mutualiste Montsouris.

Souvenons-nous, l'Institut mutualiste Montsouris (IMM) et notre Fondation prenaient en charge, pour le premier, 60 lits chirurgicaux à orientation orthopédique et viscérale, pour la seconde, 60 lits de soins de suite polyvalents et 30 lits de soins de suite hautement spécialisés en hématologie (coopération avec l'hôpital Saint-Louis). Ce dossier global construit lors de nombreuses réunions avec l'agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France (Arhif) permettait non seulement de maintenir un pôle chirurgical nécessaire au développement et aux orientations de l'IMM, mais aussi de respecter la volonté des autorités de tutelle de positionner La Renaissance Sanitaire sur les soins de suite et de réadaptation (SSR).

Malheureusement, le handicap à surmonter résidait principalement dans le paiement des salaires et des fournisseurs jusqu'à l'arrivée de l'IMM et à celle des 30 lits de soins de suite hématologiques (dossier cependant finalisé). En effet, la fermeture de la chirurgie du CMCPP au 27 juin 2008 entraînait une perte totale de recettes non compensée par la dotation annuelle de financement SSR.

Aussi, dans l'attente du regroupement IMM/La Renaissance, il fallait donc,



soit supprimer 157 postes de travail, pour un coût de plan de sauvegarde de l'emploi (PSE) s'élevant à 10 millions d'euros environ, soit obtenir les moyens d'accompagnement qui auraient permis à La Renaissance Sanitaire de dispenser les salaires que l'absence de recettes en tarification à l'activité (T2A) lui interdisait d'assumer du fait, par ailleurs, de la faiblesse de ses fonds propres.

Malgré nos espoirs, tenant aux travaux de réflexions en concertation avec elle, le 24 juillet, l'Arhif nous faisait connaître sa décision de ne plus soutenir notre projet et de ne pouvoir participer au financement du PSE.

Dans ce contexte particulièrement violent, et sous l'effet de la surprise, pour éviter la liquidation judiciaire qui pouvait atteindre l'ensemble de la Fondation, celle-ci ne pouvait que s'engager dans la recherche urgente d'un repreneur qui accepterait de reprendre le CMCPP, comme celui-ci avait été repris, en son temps, par La Renaissance Sanitaire.

Seul un organisme de l'économie sociale et solidaire pouvait offrir un tel profil et c'est donc dans cette direction que se sont orientées nos recherches en même temps que nous permettions à la Fondation Adolphe-

la Porte de Pantin mobilisateur



de-Rothschild de faire acte de candidature comme elle le souhaitait.

Durant toute cette période, et jusqu'au 30 septembre 2008, date de signature des accords de cession entre La Renaissance Sanitaire et le Groupe SOS Habitat et Soins (*cf. encadré*), il faut souligner l'effort consenti par l'ensemble des salariés, sauf exceptions, pour réduire la dette sociale en acceptant d'épuiser les cumuls de RTT, fériés et autres congés payés datant de périodes lointaines en infraction avec tous les accords d'entreprises et la législation en vigueur.

Malgré une tension palpable et réelle, la

transmission régulière d'informations, en de nombreuses assemblées générales et correspondances, a largement contribué à maintenir la paix sociale. À aucun moment il n'a été question de grève, de révolte ou d'actes violents. Sans désespérer, il s'est agi là d'accompagner une délicate transmission qui, au contraire du projet précédent, ne pouvait être réellement porteuse d'espoir de développements stratégiques, pour La Renaissance Sanitaire et l'Institut mutualiste Montsouris. ■

Jean-Louis Yonnet
Hôpital Villiers Saint Denis

Intégration de l'hôpital Jean-Jaurès au sein de SOS Habitat et Soins

Le 1^{er} octobre dernier, SOS Habitat et Soins, association membre du Groupe SOS, a repris la gestion du centre médico-chirurgical de la Porte de Pantin (Paris 19^e), auparavant géré par la Fondation La Renaissance Sanitaire. Ce centre se nomme désormais l'hôpital Jean-Jaurès.

Cet établissement disposait de services chirurgicaux associés à des consultations polyvalentes, ainsi que de lits de soins de suite et de réadaptation (moyens séjours), d'un service de radiologie et d'un caisson hyperbare.

Suite aux difficultés financières de cet établissement, la Fondation La Renaissance Sanitaire a décidé de confier sa gestion à une organisation susceptible de proposer un projet alternatif qui rencontrerait l'accord de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France. Le projet proposé par le Groupe SOS a obtenu sa préférence. Il avait été auparavant présenté au comité central d'entreprise

de la Fondation qui avait voté en sa faveur par huit voix sur neuf.

L'organisation de cet établissement évolue donc avec l'abandon des services de chirurgie et la création d'une unité de soins palliatifs de 60 lits, rendue possible par le transfert du projet de la Maison sur Seine (structure de 20 lits de moyen séjour, Paris 18^e).

SOS Habitat et Soins, qui dispose aujourd'hui de 20 lits de soins palliatifs au sein de la Maison sur Seine, triplera sa capacité d'accueil, contribuant ainsi à répondre à un besoin encore peu couvert sur le nord de Paris. Le service de lits de soins de suite et de réadaptation polyvalents sera, quant à lui, maintenu pour une capacité de 60 places.

D'autres projets sont à l'étude en lien avec les hôpitaux du secteur, parmi lesquels un projet innovant de création d'un service de lits de soins de suite hématologique.

Enfin, l'un des objectifs de cet établissement est d'être ouvert sur la ville et son quartier. L'hôpital Jean-Jaurès continuera d'accueillir dans ses murs la maison médicale de garde gérée par les médecins généralistes du quartier en soirée et les week-ends.

Soins de suite et de réadaptation

Parution des décrets réorganisant l'activité

Secteur stratégique de l'offre de soins en raison de sa position, entre soins de courte durée et retour à domicile, unités de soins de longue durée ou secteur médico-social, les soins de suite et de réadaptation (SSR) remplissent une mission sanitaire clé. Deux décrets publiés au Journal officiel du 20 avril 2008 réorganisent l'activité de SSR. La circulaire du 3 octobre 2008 a précisé certains référentiels de prise en charge, pour la plupart appliqués d'ores et déjà dans les hôpitaux de La Renaissance Sanitaire, l'activité SSR constituant leur cœur de métier.

Secteur sanitaire stratégique de l'offre de soins

Les SSR connaissent un développement continu, compte tenu des besoins de soins liés aux maladies chroniques, aux événements de santé invalidants et au vieillissement de la population. L'offre de SSR est également de plus en plus sollicitée du fait de la diminution des durées moyennes de séjour dans le champ médecine/chirurgie/obstétrique (MCO) au profit de prises en charge de plus en plus techniques. Il importait donc de définir précisément, pour une meilleure visibilité et une meilleure structuration, les SSR qui apportent une plus-value réelle au patient en permettant sa prise en charge globale axée sur le retour vers les lieux de vie. Le décret n°2004-1289 du 26 novembre 2004 relatif à la liste des activités de soins et des équipements de matériels lourds soumis à autorisation avait distingué l'activité de «soins de suite», de l'activité de «rééducation fonctionnelle et réadaptation fonctionnelle». Or, la réponse au

besoin du patient dans le champ SSR fait appel à la totalité des missions qui caractérisent une prise en charge : les soins, la rééducation et la réadaptation, la prévention et l'éducation thérapeutique ainsi que l'accompagnement à la réinsertion. L'activité de SSR se distingue des différentes spécialités médicales qui y sont mises en œuvre, et notamment de la médecine physique et de réadaptation (MPR) située cependant au cœur du dispositif de prise en charge en SSR, parce qu'elle développe les objectifs, programmes et modalités de soins dans le champ de la rééducation, de la réadaptation et de l'accompagnement à la réinsertion.

Premier décret : les conditions d'implantation

Il modifie la liste des activités de soins autorisées en remplaçant les activités «soins de suite» d'une part et «rééducation et réadaptation fonctionnelle» d'autre part, par l'activité «soins de suite et de réadaptation».

Définition de l'activité

Prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et promouvoir la réadaptation et la réinsertion de ces derniers, tel est l'objet de l'activité de SSR.

Admission des patients

Les patients accueillis sont directement admis ou peuvent être transférés d'un établissement de santé ou d'un établissement médico-social.

Autorisations

L'autorisation d'activité de SSR sera désormais accordée ou renouvelée à un établissement s'il est en mesure d'assurer :

- les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation afin de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux et de prévenir l'apparition d'une dépendance, de favoriser l'autonomie du patient ;
 - des actions de prévention et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage ainsi que la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.
- Une seule modalité d'autorisation existera avec des possibilités de mentions complémentaires : l'autorisation d'exercer l'activité de soins au seul titre des SSR adultes, soit le SSR «indifférencié» ou «polyvalent». L'autorisation pourra en outre mentionner si l'établissement prend en charge des enfants ou des adolescents, à titre exclusif ou non, ainsi que les tranches d'âge concernées.

Les catégories d'affections pour lesquelles une prise en charge spécialisée est nécessaire seront de surcroît indiquées dans l'autorisation (affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux, affections cardiovasculaires, respiratoires, des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, affections onco-hématologiques, des brûlés, liées aux conduites addictives et de la personne polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance).

Coopérations

L'établissement doit participer au réseau de prise en charge des urgences et établir des conventions pour la prise en charge de ses patients en SSR spécialisés et en soins de courte et longue durées. Il assure un rôle d'expertise et de recours auprès des autres établissements de santé et médico-sociaux.

Hospitalisation à temps partiel

L'autorisation pourra être accordée pour une hospitalisation à temps partiel à

condition que l'établissement organise la prise en charge des patients dont l'état le requerrait dans un établissement de santé autorisé à exercer cette activité en hospitalisation complète, par le biais d'une convention transmise à l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH).

Schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros)

Les dispositions des Sros relatives aux SSR devront être révisées dans un délai de 18 mois à compter de la date de publication du décret. La procédure d'autorisation ne se résumera donc pas en un renouvellement des autorisations en cours, mais doit constituer une réelle réorganisation de l'offre de soins en fonction des besoins de santé de la population. L'ensemble des autorisations, y compris celles ayant fait l'objet d'un renouvellement récent, sera remis en question.

Second décret : les conditions techniques de fonctionnement minimales applicables à l'activité

Des équipes pluridisciplinaires

L'établissement qui exerce des activités de SSR doit au moins comporter une ou plusieurs équipes pluridisciplinaires bénéficiant des compétences de médecin, d'infirmier et d'assistant de service social. Ces équipes intègrent également les auxiliaires médicaux, le personnel des professions sociales et éducatives et les psychologues nécessaires à la prise en charge des patients.

Projet thérapeutique

L'orientation du patient dans une structure SSR doit répondre à un objectif thérapeutique déterminé et régulièrement réévalué. L'équipe doit réaliser pour chaque patient un bilan initial ainsi qu'un projet thérapeutique comprenant des

objectifs et la durée prévisible des soins, ce en lien avec le médecin prescripteur des soins de SSR. Si le projet le nécessite, les membres de l'équipe peuvent se déplacer et intervenir dans le lieu de vie du patient, les structures de soins de longue durée, sociales ou médico-sociales.

Médecin(s) coordonnateur(s)

L'établissement désigne parmi les praticiens un ou plusieurs médecins coordonnateurs justifiant d'une formation et d'une expérience adaptées à la nature des prises en charge spécialisées mentionnées dans l'autorisation. Ces médecins coordonnent l'équipe pluridisciplinaire et l'organisation des soins dispensés aux patients.

Hébergement

Les chambres d'hospitalisation doivent être équipées d'un dispositif d'appel adapté à l'état du patient. La structure doit disposer d'un chariot d'urgence accessible en permanence et d'espaces de rééducation adaptés aux activités thérapeutiques mises en œuvre, dont au moins une salle équipée permettant la prise en charge de plusieurs patients et disposant d'accès aux fluides médicaux.

Plateau technique

Par convention ou dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire, le titulaire de l'autorisation doit aussi pouvoir organiser l'accès des patients à un plateau technique d'imagerie médicale et faire réaliser des analyses de biologie médicale.

Replacer les SSR dans le parcours de soins (filière de soins coordonnés), fluidifier la prise en charge du patient dans des conditions optimales de continuité médicale et de sécurité, tel est en définitive l'objectif des décrets de 2008. ■

Catherine Toubanc
Fondation

Références

- Décret n°2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR)
- Décret n°2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de SSR
- Circulaire Dhos/01/2008/305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n°2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de SSR

Procédure relative aux autorisations

La majorité des autorisations actuelles en SSR ont été délivrées courant 2006, à l'issue de la publication des Sros de troisième génération (Sros 3).

- Révision des volets SSR des Sros 3 : la publication des décrets ouvre une période de 18 mois à l'issue de laquelle une fenêtre de dépôt des demandes d'autorisation au titre de la nouvelle activité de soins sera ouverte, soit jusqu'en octobre 2009.
- Dépôt des demandes de révision auprès des ARH : pendant six mois, soit jusqu'en avril 2010.
- Décision de l'ARH : dans les six mois maximum, soit jusqu'en octobre 2010.
- Délai de mise en conformité pour l'établissement : deux ans maximum, soit jusqu'en octobre 2012.

Révision du Sros 3

L'ARH de Picardie vient de nommer au comité de pilotage de révision du Sros 3 : Annie Métivier, directeur financier de l'hôpital Villiers Saint Denis, et Jérôme Talmud, médecin DIM des hôpitaux La Musse et Villiers Saint Denis (voir article p. 15).

Visite des experts-visiteurs à l'hôpital Villiers Saint Denis

Au cœur du système

Du 9 au 13 juin 2008, l'hôpital Villiers Saint Denis a accueilli cinq experts-visiteurs de la Haute Autorité de santé (HAS) dans le cadre de sa deuxième visite de certification : un médecin (coordonnateur de la visite), une responsable qualité, un directeur d'établissement, un kinésithérapeute et un cadre de santé (tutoré).

Ce moment fort pour notre hôpital est venu cautionner les démarches entreprises depuis la dernière visite d'accréditation de 2004, la dynamique qualité, l'engagement de l'ensemble des acteurs mais aussi fixer certaines priorités dans les axes de travail à venir.

Entre les rencontres des équipes, des comités, les parcours patients et les visites des services médico-techniques, logistiques et administratifs, les experts ont pu évaluer notre établissement de jour comme de nuit. Cette visite a également permis de mesurer les écarts entre les conclusions que nous avions portées en mars et les projets aboutis entre-temps.

La qualité de l'ensemble des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) a été soulignée, aussi bien dans l'approche méthodologique que dans le suivi, l'utilisa-

tion des référentiels, la communication faite autour des projets et la mise en place d'actions d'amélioration. Tous les projets correspondaient aux activités principales de l'établissement et témoignaient d'une implication des équipes dans l'amélioration du service médical rendu :

- pertinence de la prescription des soins locaux dans la prise en charge des complications podologiques des patients diabétiques ;
- pertinence de la fiabilité des glycémies capillaires dans la prise en charge des patients diabétiques ;
- pertinence de la prescription des héparines de bas poids moléculaire (HBPM) chez les patients rééduqués pour prothèse totale de hanche ou prothèse totale de genou ;
- pertinence de la prescription de la contention ;
- prévention de la dénutrition ;
- préparation de la sortie du patient atteint d'une pathologie neurologique en médecine physique rééducation ;
- prévention des troubles de la déglutition ;
- prise en charge de la perte d'autonomie du patient Alzheimer ;
- prise en charge des patients requérant des soins palliatifs par l'équipe mobile de soins palliatifs.

En octobre, la HAS a **certifié** l'hôpital Villiers Saint Denis **sans mesure de suivi**. Sur les **132 critères d'évaluation**, l'hôpital a obtenu :

- **97 % de cotations A et B** : Satisfait totalement et Satisfait en grande partie ;
- **3 % de cotation C** : Satisfait partiellement ;
- **aucune cotation D** : Ne satisfait pas du tout.

La prochaine visite de certification aura lieu en 2012. L'établissement y travaille déjà car c'est une étape essentielle dans toute démarche d'amélioration continue de la qualité, priorité inscrite dans notre projet d'établissement. ■

Dr Véronique Mennetrier
Hôpital Villiers Saint Denis

Le manuel V2010

- La Haute Autorité de santé (HAS) élabore des manuels comportant des référentiels sur lesquels doivent s'appuyer les établissements de santé pour mener leur démarche de certification. Ces manuels intègrent des guides de cotation comprenant les éléments d'appréciation servant de base à l'autoévaluation et à l'analyse des experts-visiteurs. Une des priorités du référentiel est l'appréciation du service médical rendu aux patients à travers le renforcement de l'évaluation des pratiques. Dans le cadre de la prochaine procédure de certification dont les visites débiteront en 2010, la HAS a élaboré le manuel V2010 sur lequel une large relecture associant l'ensemble des parties prenantes a été réalisée courant 2008.
- Le manuel V2010 est disponible sur le site de la HAS : www.has-sante.fr



Plan Alzheimer 2008-2012

Le volet sanitaire



Le plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 a été présenté le 1^{er} février 2008 par le président de la République.

Il se décline en quarante-quatre mesures qui complètent et renforcent la politique initiée par les deux plans précédents autour de trois axes : la recherche, les soins et l'accompagnement médico-social.

Le volet sanitaire (plus de 200 millions d'euros sur cinq ans annoncés) a pour objectif d'améliorer l'accès à un diagnostic de qualité, de développer des structures spécialisées de prise en charge, de promouvoir l'information et la forma-

tion sur la maladie et de renforcer la recherche clinique.

L'amélioration de l'accès à un diagnostic de qualité et l'optimisation du parcours de soins
Cette mesure vise à :

- obtenir un diagnostic précoce, élément majeur de la qualité de la prise en charge des malades ;
- mettre en œuvre le dispositif d'annonce et d'accompagnement du patient et de sa famille ; ce dispositif doit permettre au malade de bénéficier d'une information d'ensemble, précise et personnalisée concernant sa pathologie et une proposition de traitement ; il comprendra un référentiel de bonnes pratiques professionnelles élaboré par la Haute Autorité de santé (HAS) et une formation des professionnels concernés ;
- améliorer l'accès à des structures spécialisées et raccourcir les délais d'attente.

Pour cela, le maillage territorial des consultations mémoire (CM) et des centres de mémoire de ressources et recherche (CMRR) ainsi que les moyens en personnels devraient être renforcés.

Deux mesures complémentaires destinées à améliorer la qualité de la prise en charge des patients à l'hôpital ou en ville, sont également prévues :

- la création d'une carte d'information «maladie d'Alzheimer» ; adressée par l'association France Alzheimer à chaque médecin coordinateur de la prise en charge qui en fait la demande pour ses patients, cette carte comporte un volet pour les professionnels de santé avec des informations sur le malade et des recommandations sur la prise en

Quelques chiffres

- **La maladie d'Alzheimer en France :**
 - 860 000 personnes touchées aujourd'hui ;
 - 225 000 nouveaux cas déclarés chaque année ;
 - 1 million de malades en 2010, 1,2 million en 2020, 2,1 millions en 2040 sur la base des projections actuelles.
- **24 consultations mémoire (CM) à créer en 2008 et 122 à renforcer au niveau national, dont :**
 - 4 à renforcer en Haute-Normandie ;
 - 2 à renforcer en Picardie ;
 - 29 à renforcer en Île-de-France.
- **34 540 € = moyens financiers alloués pour le renforcement d'une CM**
- **120 unités cognitivo-comportementales en soins de suite et de réadaptation à identifier, dont :**
 - 3 en Haute-Normandie ;
 - 3 en Picardie ;
 - 19 en Île-de-France.

Références

Circulaire n°Dh05/O2/O1/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012.

charge en urgence, et un volet destiné à l'aidant ;

- une formation à l'épidémiologie clinique pour les médecins des CMRR, des CM ainsi que pour les neurologues libéraux afin d'améliorer la qualité de leurs pratiques.

L'amélioration

de l'accueil en établissement

pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes

Il s'agit d'identifier, au sein des services de soins de suite et de réadaptation existants, des unités de réhabilitation cognitivo-comportementale de 10 à 12 lits à orientation polyvalente ou gériatrique. Afin de tenir compte des problématiques spécifiques de la maladie d'Alzheimer chez des personnes jeunes, le plan prévoit en outre d'identifier, auprès des CMRR, un centre national de référence pour les malades Alzheimer jeunes. Ses missions : développer les connaissances, organiser la prise en charge dans le domaine de la maladie d'Alzheimer à début précoce et coordonner ces actions avec les autres CMRR.

La mise en place d'un outil de suivi d'activité et de recueil de données épidémiologiques standardisé

Déployé dans les consultations spécialisées (CMRR et CM) et les consultations des neurologues libéraux, ce logiciel devrait permettre dès 2009 le recueil de données épidémiologiques dont l'exploitation sera confiée à l'Institut national de veille sanitaire. Il doit faciliter le suivi régulier de l'activité des différentes consultations. Le CHU de Nice dispose déjà d'une solide expérience en ce domaine.

La création d'un espace de réflexion éthique

Un appel d'offres est lancé auprès des CMRR et des espaces régionaux d'éthique pour identifier un espace de réflexion dédié aux questions éthiques relatives à la maladie d'Alzheimer. Lieu d'expertise, de ressources et d'impulsion de cette réflexion, cet espace pourra fournir à toute équipe qui le demande des outils, de la documentation, des listes de personnes ressources sur le thème de la maladie d'Alzheimer. ■

Catherine Toubanc
Fondation

La consulta

Le diagnostic toujours plus précoce des pathologies cognitives, au premier rang desquelles se situe la maladie d'Alzheimer, a incité, compte tenu de l'épidémiologie de cette maladie avec 860 000 malades Alzheimer et 225 000 nouveaux cas par an, les pouvoirs publics à développer la mise en place des consultations mémoire (CM) sur notre territoire national.

L'incidence croissante des pathologies neuro-dégénératives a conduit à diversifier en vingt ans l'offre de soins, ainsi :

- les années 1980 ont vu l'avènement des *memory clinics* dans les pays anglo-saxons ;
- dans les années 1990 sont apparus en France les premiers centres mémoire, appelés aujourd'hui « centre mémoire de ressource et recherche » (CMRR), au nombre de 25 en 2006 ;
- dans les années 2000 ont été créées les « consultations mémoire de proximité » (CM). Elles peuvent être hospitalières et soumises à une labellisation ou libérales et devront alors intégrer un réseau de santé ; elles étaient 156 en 2006. Ce sont des structures de consultations spécialisées dans l'évaluation et la prise en

Les centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR)

- Les CMRR font l'objet d'une procédure de « labellisation » par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Ils ont notamment un rôle de recours pour les diagnostics complexes.
- Leur mission est double :
 - développer une activité de recherche clinique, de formation et de réflexion éthique,
 - structurer et animer un dispositif régional et/ou interrégional en partenariat avec les consultations mémoire.
- La consultation mémoire de l'hôpital Villiers Saint Denis est labellisée par le Réseau mémoire picard et coordonnée par le CMRR d'Amiens.

tion mémoire

charge des troubles cognitifs quel que soit l'âge du patient.

La consultation offre les services suivants :

- l'évaluation et le diagnostic des troubles de la mémoire et autres déficits du fonctionnement cognitif ;
- la prise en charge des patients selon le degré et le type de pathologie ;
- les conseils aux patients et à leur entourage ;
- l'élaboration d'un projet médico-social adapté et personnalisé ;
- la liaison avec les services d'aide existants ;
- et le suivi à long terme en collaboration avec le médecin traitant.

Les patients sont adressés par leur médecin traitant ou la filière hospitalière.

Une équipe pluridisciplinaire – un médecin spécialiste (gériatre, neurologue ou psychiatre), une psychologue formée à la neuropsychologie et une secrétaire – est indispensable ainsi qu'un accès à un plateau d'imagerie médicale.

Un compte-rendu annuel d'activité est adressé au réseau mémoire avec la file active de patients, le nombre de nouveaux patients atteints de la maladie d'Alzheimer, et le nombre de nouveaux patients atteints de troubles cognitifs légers (MCI, *Mild Cognitive Impairment*).

La CM se décompose en trois temps :

- Premier temps :
 - anamnèse des troubles et des conditions de vie ;
 - examen clinique minutieux ;
 - première évaluation avec tests mnésiques et d'autonomie.
- Deuxième temps :
 - examen biologique ;
 - imagerie cérébrale (scanner ou, mieux, IRM) ;
 - avis éventuels d'autres spécialistes (cardiologue, neurologue, pneumologue...).
- Troisième temps : synthèse le plus souvent multidisciplinaire pour :
 - annonce du diagnostic ;
 - proposition d'un traitement ;



Le Dr Guy Schneider entouré de Sabrina Adin (assise), psychologue, et Michèle Dubuis, secrétaire médicale.

- conduite à tenir ;
- mise en place du soutien et du suivi.

Les conclusions sont référées au médecin traitant.

Quatre cas de figure peuvent se présenter :

- déclin physiologique : un seul suivi sera envisagé ;
- déclin pathologique : l'action sera surtout sociale avec orientation vers un accueil de jour, renforcement de l'aide à domicile, voire aide à l'institutionnalisation ;
- état « limite » :
 - le patient souffre d'une démence de type Alzheimer, à un stade léger à modéré ; une thérapeutique adaptée est initialisée et pourrait être complétée par une prise en charge au sein d'un « atelier mémoire », dans le cadre d'un accueil de jour, afin de bénéficier d'activités de stimulation cognitives ;
 - le patient souffre de troubles cognitifs, de nature non démentielle : une activité à visée préventive lui est proposée

au travers de séances de stimulation cognitives en « atelier mémoire » ;

- pas de déclin.

C'est donc une organisation lourde, pluridisciplinaire, qui s'inscrit dans une filière de soins pour répondre à un problème majeur de santé publique dont le principal enjeu est le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer, et qui est la pierre angulaire du projet médico-social et de la prise en charge des pathologies neuro-dégénératives. ■

Dr Guy Schneider
Hôpital Villiers Saint Denis

Contacts

L'association France Alzheimer a installé son antenne pour le sud de l'Aisne, depuis septembre 2007, dans les locaux de l'hôpital Villiers Saint Denis :

- Permanence téléphonique, 1^{er} lundi du mois, de 18 h à 20 h - Tél. : 03 23 84 12 27.
- Rencontre : 3^e lundi du mois, de 15 h à 17 h 30 - Pavillon 2, niveau 3, pièce 350.
- E-mail : sudaisne-alzheimer@neuf.fr

Consultations mémoire Une pratique validée et une expérience reco

En 2007, 221 personnes âgées ont pu bénéficier de l'apport de la consultation mémoire (CM) à l'hôpital La Musse. Ce dispositif, au fonctionnement identique dans toute la région Haute-Normandie, agréé par l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), permet de déceler la maladie d'Alzheimer dès le stade débutant. Un grand plus pour une pathologie trop souvent dissimulée mais pour laquelle une prise en charge précoce est possible et efficace.

La CM existe à l'hôpital La Musse depuis 2006. Elle a fait l'objet d'une labellisation, d'un partenariat avec le centre hospitalier intercommunal (CHI) Eure/Seine d'Évreux/Vernon et a été officiellement validée par l'ARH. Les établissements de l'Eure sont en liaison fréquente avec le centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen et le centre de mémoire, de recherche et de ressources (CMRR) dirigé par le Pr Didier Hannequin, neurologue et chercheur reconnu internationalement.

« Le protocole est identique pour tout le monde. Les patients nous sont adressés, dans la moitié des cas, par les médecins traitants ou spécialistes de la région, explique le Dr Rabih Nakhal, gériatre à l'hôpital La Musse, mais également par les centres hospitaliers du secteur ou les

maisons de retraite. Nous nous sommes réparti les consultations : les personnes de moins de 75 ans sont vues en neurologie au CHI, les plus de 75 ans sont reçues dans les services de gériatrie. Chez nous, la moyenne d'âge des patients bénéficiant de la consultation mémoire est de 80 ans, en majorité des femmes. »

Deux heures et demie de bilans...

La première partie de la consultation, réalisée par la neuropsychologue de l'hôpital La Musse, Anne-Laure Pointet, est composée de tests neuropsychologiques. Elle dure une heure et demie. La personne âgée est vue ensuite par le médecin (entre trois quarts d'heure et une heure) pour un entretien. Sont passés en revue les antécédents familiaux, l'histoire, le mode de vie ; sont évalués l'autonomie, l'état nutritionnel, d'éventuels problèmes sensoriels ; est détectée une éventuelle dépression et est déterminé le niveau socioculturel.

...et d'examen

À l'issue de ces deux premiers rendez-vous, des examens cliniques (imagerie et prise de sang) sont décidés. « Ces examens complémentaires sont indispensables car ils permettent d'éliminer – ou de découvrir – une pathologie organique qui peut toucher le secteur de la mémoire, commente le Dr Rabih Nakhal. Ce peut être le cas si la personne souffre d'hydrocéphalie à pression normale, d'une tumeur ou hémorragie cérébrale, d'une pathologie déficitaire (comme les dysthyroïdies, le déficit en vitamines B12 ou folate...). Un mois plus tard, bilans en main, nous établissons un diagnostic et décidons d'un suivi. »

Dans 10% des cas, la pathologie est sévère et échappe à tout traitement. Dans 40% des cas, elle se révèle modé-

rée. Enfin, dans la moitié des cas, le diagnostic fait apparaître une maladie au stade débutant, sur laquelle il sera possible d'agir. À des stades divers, la maladie d'Alzheimer est découverte chez 30% des patients vus en CM ; 30% se révèlent être des démences mixtes, c'est-à-dire à la fois vasculaires et dégénératives.

Les traitements

Lorsque le diagnostic est posé, le médecin gériatre en parle avec la personne et, si possible, l'entourage. « Nous rencontrons alors le patient et sa famille ensemble pour l'informer de tout ce qui peut être mis en place et déclenchons la prise en charge à 100% par la sécurité sociale, continue le Dr Rabih Nakhal. La maladie d'Alzheimer est une maladie progressive qui évolue sur une décennie. Il existe un traitement, relativement bien supporté, qui permet de retarder l'avancée de la maladie de quelques années. Il est mis en place, parfois sous la forme d'un patch dont l'utilisation est très simple et le contrôle facile par l'entourage, puis réajusté un mois plus tard pour atteindre la dose efficace. Les patients sont ensuite revus chaque année, tant que la rencontre est pertinente. Des recherches sont en cours pour des traitements plus efficaces, notamment dans le domaine de la génétique. »

Ateliers mémoire

L'atelier mémoire est animé par une neuropsychologue (Anne-Laure Pointet) et une ergothérapeute (Anne-Sophie Delamare, en alternance avec Catherine Gerbouin). Ces ateliers de stimulation à vocation cognitivo-psycho-sociale sont destinés à un groupe homogène de personnes âgées présentant des troubles cognitifs débutants à modérés. Il s'agit de petits ateliers d'une heure, regroupant entre trois et cinq personnes, pen-

Consultations mémoire dans l'Eure

- Pour les patients âgés de moins de 75 ans, service de neurologie du CHI (hôpitaux d'Évreux et de Vernon - Tél. : 02 32 33 80 62).
- Pour les patients de plus de 75 ans, services de gériatrie de l'hôpital La Musse (secrétariat Joëlle Boucheron - Tél. : 02 32 29 31 39), de l'hôpital de Vernon (Tél. : 02 32 71 69 93) et de l'hôpital d'Évreux (Tél. : 02 32 88 81 27).

Les ateliers mémoire animés
par Anne-Laure Pointet,
neuropsychologue, et Anne-
Sophie Delamare
(ergothérapeute).



La mémoire, comment ça marche...

La mise en mémoire d'une information nouvelle se déroule en trois temps.

D'abord, ce que l'on appelle l'encodage : il s'agit de l'attribution d'une sorte de « code » qui permettra de récupérer l'information ensuite. Ensuite la période de stockage, ou rétention, plus ou moins longue. Enfin, la restitution d'un souvenir : où l'on va chercher ce que l'on a stocké dans son cerveau.

Certains éléments facilitent la récupération : le contexte (situationnel ou émotionnel) dans lequel on se trouvait au moment de l'encodage, le contenu émotionnel du souvenir et les capacités attentionnelles qui ont accompagné l'encodage. Par ailleurs, les oublis ne signifient pas que l'on est atteint de la maladie d'Alzheimer.

Pour caricaturer, on peut dire que, dans le cadre d'un vieillissement normal, on n'accède plus à une information dont on dispose, alors que dans la maladie d'Alzheimer, l'information n'est plus accessible... Il y a, par exemple, une grande différence entre ne plus savoir où l'on a mis ses clefs et les déposer dans le réfrigérateur ! D'où l'importance des tests, qui permettent de faire la part des choses entre les oublis « normaux » et le début d'un Alzheimer...

Les tests...

Exemple de deux tests « classiques », fréquemment utilisés et s'enchaînant : le test des cinq mots (de Dubois) et le test de l'horloge.

Le médecin aide la personne à lire et à mémoriser cinq mots simples. Puis il met en place le test de l'horloge : dans un rond tracé sur une feuille, il s'agit de placer les 12 chiffres de l'horloge et de dessiner la petite et la grande aiguilles pour marquer 15 h 40... Le médecin demande ensuite de restituer les cinq mots et donne des indices pour aider à trouver ceux qui manquent éventuellement.

Il s'agit là de tests de dépistage simples et ne nécessitant pas de matériel. Si une anomalie est décelée, des tests complémentaires seront effectués par le médecin ou le neuropsychologue.

dant trois mois, une fois par semaine. De temps en temps s'y substituent des ateliers cuisine. « Il s'agit d'une activité de groupe où nous travaillons l'attention et la mémoire, à base de jeux (sans situations de mise en échec) mais au contraire dans une ambiance conviviale, explique Anne-Laure Pointet, qui encadre trois patientes avec l'ergothérapeute Anne-Sophie Delamare. Nous tentons de solliciter les autres capacités : l'attention, le jugement, la vision, la gestuelle. Ces ateliers ne visent pas à rééduquer la mémoire mais s'axent plus sur le maintien, la valorisation des capacités cognitives préservées et de l'estime de soi. Au fur et à mesure des séances, une relation de confiance s'installe avec les participants, qui favorise et améliore leur socialisation. »

Venir le plus tôt possible

En 2007, 76 consultations mémoire ont été réalisées par les Drs Rabih Nakhal, Marie-Sophie Hervieu, Frédérique Gence et Dominique Marchal, dont 42 nouveaux patients vus dans le cadre de l'hôpital de jour. En 2008, les Drs Rabih Nakhal et Frédérique Gence ont débuté l'année, rejoints par le nouveau chef de pôle, le Dr Didier Chauvin, et le Dr Marie-Sophie Hervieu.

« Diagnostiquer au plus tôt une personne souffrant de démence permet de mettre en place des aides personnalisées pour les malades et un soutien psychologique pour les familles. Cette maladie génère souvent de l'agressivité. Elle est mal perçue par la société, mal vécue par la personne et son entourage et cachée le plus longtemps possible. La famille (se) cache le problème. Lorsque l'on vient nous voir, la maladie en est déjà à un stade avancé avec troubles du comportement. C'est souvent lorsque la famille n'arrive plus à gérer. On a perdu beaucoup de temps pour le patient. »

Le souci des équipes soignantes ?

Retarder au maximum la dépendance. Les malades d'Alzheimer ont ceci de spécifique qu'ils restent tout à fait valides mais ne sont plus autonomes, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent plus gérer leur quotidien : s'habiller, se nourrir, avoir une notion de l'espace et du temps...

Le pourcentage de personnes âgées souffrant de la maladie augmente avec l'âge :

- 13,6 % entre 80 et 84 ans ;
- 22 % entre 85 et 89 ans ;
- 31,5 % entre 90 et 94 ans ;
- 45 % entre 95 et 99 ans.

En France, 860 000 personnes sont touchées par la maladie d'Alzheimer à des stades divers. On estime à un million le nombre de personnes concernées en 2010.

Dr Rabih Nakhal,
Anne-Laure Pointet,
Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Les missions de l'hôpital de jour gériatrique

- Déterminer les besoins des personnes âgées et mettre en œuvre une approche multidimensionnelle et pluriprofessionnelle en partenariat avec le médecin généraliste.
- Dépister la personne âgée fragile qui, par définition, est une personne de plus de 75 ans, polypathologique, dépendante ou à gros risque de dépendance et présentant des symptômes non spécifiques n'orientant pas d'emblée vers une pathologie d'organe.
- Améliorer la qualité de vie au domicile des patients.
- Prévoir leur orientation : retarder et préparer l'entrée à l'hôpital ou en institution.
- Éviter les hospitalisations dans de mauvaises conditions et préparer un retour à domicile après une hospitalisation.

Petite histoire naturelle du PM Quel avenir pour nos éta

De par leur étendue et leur diversité, les soins de suite et de réadaptation (SSR) représentent un secteur clé de l'offre de soins hospitalière.

Leur position, entre soins de courte durée (médecine/chirurgie/obstétrique [MCO]), retour à domicile, unités de soins de longue durée ou encore secteur médico-social, leur confère une mission clé : la participation compétente à l'animation des filières de prise en charge des patients.

La prise en charge des patients, selon une approche globale prenant en compte toutes les dimensions personnelles et environnementales, s'est développée de façon moderne, et particulièrement en ce qui concerne la médecine physique et de réadaptation (MPR) et la gériatrie.

Mais des difficultés structurelles existent : adaptation de l'offre de soins, niveaux de ressources, répartition territoriale, hospitalisation de jour (HDJ) ou à domicile (HAD), etc., sont autant de facteurs à souligner.

Sans oublier, d'une part l'importance stratégique quotidienne des SSR en articulation avec l'aval, d'autre part la pression financière du secteur MCO d'amont, conséquence directe de la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) dans ce secteur.

L'application de la T2A au secteur SSR, à l'instar du MCO, repose sur la description fine et exhaustive de l'activité et sur son prix.

Le mode de fonctionnement de près de 110 000 lits et places pour environ 2 500 000 séjours, représentant 11 % des dépenses de santé en public et 14 % en privé, est si complexe qu'il est préalablement nécessaire de définir le plus précisément possible le champ d'activité SSR et de tenir compte des diverses spécificités développées.

Dans l'état actuel de nos connaissances sur le futur programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)/T2A SSR, les informations données en infra fourniront une indication intéressante sur l'avenir proche, mais ne peuvent garantir l'après-demain.

D'hier à demain

1) Le secteur SSR est une mosaïque distribuée selon trois axes qui se recouvrent et se dispersent en même temps : le statut de l'établissement (public, privé, participant au service public hospitalier [PSPH], autre), son contexte territorial allant du centre hospitalier régional universitaire à l'hôpital local, son éventail d'activités. La typologie en est pour le moins complexe.

Les annexes du décret du 9 mars 1956 pour le privé et les derniers textes de décembre 1997 pour le public régissent le SSR.

Le PMSI SSR existe depuis 1993 et l'obligation de son renseignement pour les établissements sous dotation globale est appliquée depuis le 29 décembre 1997. Afin de planifier les activités SSR, de les faire correspondre aux besoins de la population et de pouvoir les tarifier en toute équité, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) a lancé un vaste chantier au début du XXI^e siècle, dont les travaux pluridisciplinaires (l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation [Atih], la mission T2A, les fédérations, etc. collaborent activement) vont aboutir à l'élaboration d'un nouveau modèle de classification et de groupage corrélé à une nouvelle échelle nationale des coûts (ENC).

2) Actuellement l'algorithme de groupage détermine le classement possible des patients en 14 catégories majeures cliniques (CMC) et 279 groupes

homogènes de journées (GHJ) auxquels s'applique une ENC datant de 2003 sur des données de 2000 et 2001. La présence de pathologies associées, le niveau de dépendance physique du patient et le temps passé par les divers intervenants en PMSI (kinésithérapeutes, assistantes sociales, psychologues, etc.) interviennent dans le groupage du patient.

L'éventail des activités est si large et le développement scientifique des techniques si rapide qu'il apparaît nécessaire de repenser le modèle actuel devenu inadapté.

Mais il faut bien dire que, parallèlement, les contraintes budgétaires ne sont pas absentes et que la révision de l'ENC qui s'impose tiendra compte de la maîtrise des dépenses de santé. Devant également être équitable, la construction du nouveau modèle devra tenir compte des spécificités décrites plus haut et qui composent la mosaïque SSR.

Afin de s'assurer de la faisabilité et de la cohérence (et, partant, de la crédibilité du système et de son acceptation) du nouveau système, un modèle transitoire est en cours d'étude avec prévision de montée en charge, basé sur une collecte identique des informations, mais avec un algorithme de groupage différent, lequel orientera donc le patient vers une classification différente de celle actuelle.

3) Quatre compartiments seront répertoriés : l'activité (avec T2A), les missions d'intérêt général (MIG), les molécules onéreuses (MO), les dispositifs médicaux implantables (DMI) et les plateaux techniques spécialisés (PTS).

Diverses enquêtes nationales recensent toutes les données concernant les MO, DMI et PTS.

Leur intégration au nouveau modèle de financement est en cours d'évaluation. Pour ce qui est de l'activité proprement dite,



Dr Jérôme Talmud

Médecin responsable du département d'information médicale (DIM) des hôpitaux de La Renaissance Sanitaire (hôpitaux La Musse et Villiers Saint Denis), le Dr Jérôme Talmud a été désigné le 22 octobre 2007 responsable de la commission Soins de suite et de réadaptation (SSR) lors de la mise en place du nouveau comité technique régional de l'information médicale de Picardie (instance de l'agence régionale de l'hospitalisation [ARH]).

Il a par ailleurs été récemment désigné, par les directeurs des ARH de Haute-Normandie et Picardie, médecin référent pour ces deux régions, s'agissant de la mise en œuvre de la tarification à l'activité en SSR.

Le Dr Talmud contribue également au magazine de la Société de pneumologie de langue française (www.splf.org), « Info respiration », dans le cadre de sa rubrique « Le mot du DIM », rubrique « pratique destinée à aider et conseiller les pneumologues pour qu'ils renseignent au mieux le PMSI en prenant l'exemple du secteur du SSR ».

concurrentiel et les décrets d'avril dernier sont bien là pour nous le rappeler : les autorisations ne sont jamais acquises ! Le recrutement des patients ne repose pas que sur un savoir-faire : le faire-savoir y est directement lié.

Si le rapport Larcher marque la force d'attraction du modèle privé non lucratif dans la réflexion sur l'évolution de la gestion hospitalière publique mais également privée, il n'en demeure pas moins que le secteur PSPH doit continuer d'être reconnu dans le paysage futur de l'organisation hospitalière. Une adaptation rapide aux conditions d'évolution est indispensable.

Conclusion

La prise de conscience de l'importance des enjeux est un élément fondamental. Elle se concrétise par l'implication de chaque actrice et acteur du PMSI et son application à renseigner celui-ci, à se faire aider et conseiller par le département d'information médicale (DIM) en cas de besoin. ■

Dr Jérôme Talmud
Fondation La Renaissance Sanitaire

SI SSR blissements ?

deux notions nouvelles apparaissent : l'indicateur de valorisation de l'activité (IVA) et l'indice performance au séjour (IPS).

L'IVA sera basé sur 70 groupes de morbidité dominante (GMD) qui remplaceront les GHJ, les CMC étant redéfinies pour leur part. Selon la description médicale du patient, un certain nombre de points est attribué au GMD : il s'agit là d'une valorisation de base. Des majorations s'appliquent ensuite en fonction de l'âge du patient, des pathologies associées, des dépendances physique et cognitive (ce qui constitue un progrès dans la reconnaissance du travail des équipes infirmières et aides soignantes), du nombre d'activités de rééducation-réadaptation (en cours d'études, avec réflexion sur la redéfinition éventuelle des items du catalogue des actes de rééducation-réadaptation), du type de prise en charge et de celui d'hospitalisation.

Le nombre de points obtenu est multiplié par le nombre de journées de présence du patient.

La pondération fait intervenir l'IPS. Mais cet indice est en discussion car le débat actuel porte sur la notion de durée d'hospitalisation (journée, semaine, séjour, mixte) qui n'est pas encore définie à notre connaissance.

4) Après le comment, le quand.

Des tests en régions ont été réalisés cet été par l'Atih, la mission T2A et les ARH, et il est annoncé un recueil du PMSI et de la comptabilité analytique par un échantillon d'établissements (à définir) en 2009 pour un calcul de la nouvelle ENC en 2010/2011 avec application de la T2A SSR en 2012.

Deux décrets sont parus le 17 avril 2008, relatifs aux conditions d'implantation d'une part, à celles techniques de fonctionnement d'autre part applicables à l'activité SSR, impliquant la révision des schémas régionaux d'organisation sani-

taire (Sros) et la circulaire d'application est parue le 3 octobre dernier accompagnée des fiches techniques.

À cet égard, mentionnons l'expérience de la région Rhône-Alpes consistant en la mise en place d'une coordination MCO/SSR de terrain avec un outil d'orientation dont un annuaire régional des structures SSR et de leurs spécificités. Le site à consulter : <https://trajectoire.sante-ra.fr>

Les enjeux pour nos établissements

La nouvelle ENC disposerait d'une méthodologie commune aux secteurs privé et public. Le retraitement comptable prendra donc ici toute son importance.

In fine, l'Atih, tenant compte du type de prise en charge du patient (SS ou R) et du type d'hospitalisation (complète ou HDJ), déterminera des sections particulières, actuellement à l'étude : section dite métiers, section dite plateaux techniques, section mixte. La question déjà évoquée du séquençage sous-tend cette analyse : elle n'est pas tranchée au moment où nous écrivons ces lignes. Quant aux enveloppes spécifiques –MO, DMI, appareillage, MIG (voire missions d'enseignement, de recherche, de référence ou d'innovation [Merri]), elles sont en cours de détermination.

Quelques inconnues encore donc, malgré un contour plus précis du PMSI au sens habituel du terme, c'est-à-dire le recueil et le codage.

Les enjeux sont vitaux, avec à notre sens un risque important : que le provisoire si français ne devienne définitif avec toutes les imperfections possibles non corrigées que cela comporte. Le nouveau modèle devra faire ses preuves, et pour cela avoir eu le temps de les faire. Cette décision est politique.

Nos compétences sont reconnues, certes, mais nous vivons dans un monde

Hôpital La Musse

Le traitement de la do

Le comité de lutte contre la douleur (Clud) est opérationnel à l'hôpital La Musse depuis de nombreuses années, réactivé depuis avril 2004 suite à un séminaire Antidouleur. Le groupe, qui a pour but de mettre en œuvre outils, protocoles et feuilles d'évaluation pour mieux lutter contre la douleur au sein de l'établissement, est très actif et se réunit tous les deux/trois mois.

« **L**e rôle du Clud est de faire avancer la prise en charge de la douleur dans l'établissement, explique le Dr Marie-Sophie Hervieu, médecin dans les unités de gériatrie, coprésidente avec Françoise Fougère, infirmière en pneumologie. Pour cela, nous avons mis en place différents outils : livret douleur à donner au patient à l'entrée dans le service, feuille d'évaluation de la douleur à remplir par l'équipe soignante pour permettre le suivi de la douleur... Cette année, nous avons rajouté une ligne "douleur" sur les feuilles de température afin que la question soit posée deux fois par jour aux patients et que, en cas de réponse positive, l'évaluation soit mentionnée. Sur les feuilles de transfert, une case "douleur" a également été créée et nous travaillons actuellement sur les transmissions "douleur" entre les rééducateurs. Parallèlement, nous avons

entrepris une formation à la douleur pour l'ensemble du personnel, une évaluation des "outils" susmentionnés... »

Les évaluations

Les évaluations peuvent être de trois sortes :

- l'évaluation visuelle analogique (EVA, la plus souvent utilisée), qui repose sur l'usage d'une réglette dont un curseur peut se déplacer entre les mentions *Pas de douleur* et *Douleur maximum imaginable*. De l'autre côté, des chiffres (gradués de 0 à 10) permettent de noter la douleur ressentie par le patient. C'est une réglette standardisée que tous les soignants devraient avoir dans leur poche.
- D'autres réglottes sont à disposition : une version simplifiée, allant de *Pas mal du tout* à *Très très mal* ; pour les enfants, une version avec des visages et des expressions, de la plus apaisée à la plus crispée ; une version « en relief » pour les malvoyants... ;
- l'évaluation numérique (EN), qui consiste à donner un chiffre entre 0 et 10, plus adaptée aux jeunes ;
- l'échelle verbale (EV), la plus adaptée aux personnes âgées : vous souffrez... Un peu, Beaucoup, Pas du tout ?

Enquête de satisfaction

Dans la grande majorité, les patients sont satisfaits (82 %) de la façon dont leur douleur est prise en charge par l'équipe soignante, comme en témoigne l'enquête de satisfaction réalisée, dans le cadre de la démarche qualité (deuxième version de la certification), par Françoise Fougère, coprésidente du Clud aux côtés de Marie-Sophie Hervieu et à laquelle 127 patients ont répondu en mars dernier. « Nous avons déjà effectué une telle recherche il y a deux ans et découvert que les patients ne faisaient pas la différence entre douleur physique et

douleur morale. C'est encore le cas aujourd'hui, mais les choses se sont améliorées et nous y travaillons, notamment lors des sessions de formation. »

Travail sur la traçabilité

Il ne suffit cependant pas de prévoir des endroits où noter la souffrance des patients, encore faut-il que les soignants aient connaissance de cette possibilité et qu'ils remplissent les feuilles *ad hoc*, le cas échéant. « À mon arrivée, au printemps 2008, j'ai été positivement impressionné dans les services, ajoute le nouveau chef de pôle Soins de suites polyvalents (SSP), le Dr Didier Chauvin. J'ai trouvé des soignants à l'affût des malades douloureux, qui viennent nous prévenir en cas de douleur ressentie. Je n'ai jamais découvert un malade douloureux non signalé, même si nous ne trouvons pas toujours la solution qui nous satisfasse. Là où nous devons encore nous améliorer, c'est sur la traçabilité. ».

Une recherche de la traçabilité dans les feuilles d'évaluations a été réalisée par Françoise Fougère. « Nous avons constaté que la feuille d'évaluation n'est pas assez utilisée et le livret douleur pas toujours remis au patient à son arrivée. Une note de service a été distribuée dans tous les services en juin dernier, rappelant les fonctionnements de la feuille d'évaluation et du livret douleur. À plus long terme, nous aimerions pouvoir créer des "référénts douleur" dans chaque unité. Ils constitueraient un relais d'information entre le Clud et les services et organiseraient la prise en charge de la douleur dans leurs services. »

Formation Douleur

Le bon fonctionnement de la mise en place d'un traitement efficace de la douleur dans l'établissement passe également par la formation. Une petite dizaine de sessions d'une demi-journée sont mises en place chaque année pour les

Certification : le dynamisme du Clud

Le Clud a réalisé la « roue de Deming* » : bilan de l'existant, rédaction de protocoles, évaluations et réajustement des protocoles. Les experts-visiteurs (à l'hôpital La Musse du 17 au 21 novembre 2008) ont proposé à la Haute Autorité de santé de mettre en exergue l'action du Clud et ont particulièrement remarqué son dynamisme.

* Méthode de gestion de la qualité, popularisée par le statisticien William Edwards Deming.



L'une des dernières formations douleur mises en place par le Clud.

équipes soignantes, animées par les membres du Clud. Elles portent sur le rappel de l'utilisation des moyens permettant de mieux lutter contre la douleur chez la personne hospitalisée : physiologie de la douleur, évaluation et traitements... Obligatoire pour les soignants, cette formation réunit une vingtaine de salariés à chaque fois. Depuis sa mise en route il y a deux ans et demi, près de deux cents soignants de l'hôpital en ont bénéficié. Un questionnaire a été élaboré pour voir si les connaissances acquises lors de ces formations ont pu être appliquées sur le terrain et sinon pourquoi...

Depuis l'arrivée du Dr Didier Chauvin, les intervenants ont ajouté à la session, l'utilisation du jeu de carte « Douleurs à la carte » créé par le médecin (*voir plus loin*) dont le côté ludique et la possibilité de reformuler les apprentissages et les gestes de soins ont été appréciés de tous. En juin et en septembre, ce sont les médecins qui ont bénéficié – pour la première fois – d'une formation similaire dispensée par une collègue venue de l'extérieur, le Dr Francine Hirzowski.

Et du côté du patient

Dès l'accueil, un livret Douleur doit être remis aux patients et lu par le personnel soignant. Intitulé *Moins souffrir, c'est possible ! Votre participation est essentielle*, il donne des explications simples sur la douleur, son évaluation, son traitement, pas seulement médicamenteux d'ailleurs : une installation de confort, des massages, une relaxation, des compresses de chaleur ou de froid, une prise en charge psychologique, une écoute... « *On s'appuie sur des études menées (interrogatoires du patient) tous les trois ou quatre ans*, poursuit le Dr Marie-Sophie Hervieu. *On leur demande s'ils ressentent une souffrance (morale) ou une douleur (physique).* »

Formation à l'écoute

L'écoute comme outil thérapeutique, tel est l'intitulé d'une première session de formation à l'écoute « non médicale », qui a été animée par deux des six psychologues de l'établissement en juin dernier. Elle a été renouvelée en septembre et concerne chaque fois entre vingt et trente soignants qui se scindent en deux groupes pour tra-

Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Le Clud – instance collégiale et technique – est composé du directeur d'établissement, du président de la commission médicale d'établissement, du pharmacien, du médecin référent de la prise en charge de la douleur, d'un personnel soignant référent de la prise en charge de la douleur et le cas échéant, d'un psychologue. L'ensemble des spécialités médicales doit, autant que possible, y être représenté.

Force d'analyse, de proposition, de validation, de coordination et de communication en matière de lutte contre la douleur, le Clud :

- réalise le bilan de l'existant ;
- propose, organise, coordonne et évalue les objectifs en termes d'amélioration et détermine les actions correspondantes ;
- intègre dans sa réflexion celle relative aux soins palliatifs ;
- émet des recommandations susceptibles de faciliter la prise en charge de la douleur ;
- rédige des protocoles, les diffuse, ce en relation avec le comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles et veille à leur bonne application ;
- promeut les actions de formation continue des personnels ;
- donne son avis sur les projets d'acquisition de dispositifs médicaux et matériels nécessaires au traitement de la douleur ;
- assure la liaison avec la prise en charge des soins palliatifs et les autres problématiques transversales de soins ;
- participe au réseau douleur local sectoriel et/ou régional ;
- évalue la qualité de la prise en charge de la douleur.

Il participe donc à la définition d'une politique de soins cohérente en matière de prise en charge de la douleur ainsi qu'à la promotion et à la mise en œuvre d'actions dans ce domaine.



Formation douleur pour les médecins.

vailler à partir de situations cliniques précises ou se rassemblent en un seul groupe pour évoquer la résonance émotionnelle – en écho à ce que déclare le lacanien Franck Chaumont, psychanalyste : « *Quand nous travaillons avec les hommes, nous travaillons avec nous-mêmes* » –, pour apprendre à venir avec soi-même, tout en se protégeant.

« *On vient de pôles différents (SSP, soins de suite spécialisés et médecine physique de réadaptation), mais on se rend compte que l'on vit au quotidien le même genre de problèmes*, souligne l'une des participantes. *On se sent moins seuls, même si on voit que l'on a encore du travail à faire sur l'écoute pour être mieux armés.* » La rencontre a été également l'occasion d'accepter son éventuelle impuissance et de savoir faire appel à une « personne ressource » avant de s'épuiser.

Jeu de cartes

Le Dr Didier Chauvin a créé un jeu de cartes à destination des équipes soignantes, à mi-chemin entre le Trivial Pursuit et le jeu des sept familles, qui peut être utilisé de manière ludique à la fin de sessions de formation. Les réponses

attendues aux questions prennent en compte les différents métiers soignants : aide-soignant, infirmière ou médecin... Le jeu est, avant tout, l'occasion d'initier un dialogue entre les soignants. « *J'ai souvent été marqué par l'insuffisance de communication autour du thème de la douleur.* » Les questions posées sont regroupées autour de six thèmes : évaluation de la douleur ; douleurs et soins ; effets secondaires ; pharmacologie ; voies d'administration ; douleurs : définitions. Plusieurs réponses et plusieurs niveaux de réponses sont possibles à chaque fois.

L'analgésie inhalatoire

Testée au pavillon de rééducation de l'hôpital La Musse depuis quelques mois, l'analgésie inhalatoire sera utilisée, bientôt, dans les unités de gériatrie. Il s'agit d'une analgésie gazeuse, employée au lit du patient, par les infirmières et sous contrôle médical, pour tous les gestes douloureux uniques (ponctions, ablation d'agrafes, etc.) ou répétitifs (pansements). Une formation du personnel est nécessaire, réalisée avant sa mise en place. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Références

- Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur (2006-2010).
- Lettre aux directeurs d'établissement de santé du 8 octobre 2002 relative à la diffusion de la brochure « Contrat d'engagement contre la douleur » et du guide « Organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé ».
- Circulaire Dhos/E2/2002/266 du 30 avril 2002, relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.
- Circulaire DGS/DH/DAS n° 99/84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales.
- Circulaire DGS/DH n° 98/586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.
- Circulaire DGS/DH n° 98/213 du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés.
- Circulaire DGS/DH n° 98/47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle.
- Circulaire du secrétariat d'État à la Santé et à la Sécurité sociale du 29 mai 1997 sur l'organisation de la lutte contre la douleur dans les établissements de santé.
- Articles 37 et 38 du code de déontologie médicale introduit par un décret du 6 septembre 1995
- Articles L. 1110-5 et L. 1112-4 du code de la santé publique.
- Circulaire DGS/DH n° 3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques.
- Bulletin officiel n° 9113 bis - 1991 : « La douleur chronique : les structures spécialisées dans son traitement ».

Abécédaire...

La douleur chez l'infirmoteur cérébral...

Destiné aux patients et disponible sur plusieurs portails d'associations de malades, dont celui de l'Association des paralysés de France, cet article fait le point des connaissances et des pratiques actuelles.

A comme aïe !

Onomatopée employée pour exprimer la douleur et amener les autres à la reconnaître. Contrairement à d'autres expériences sensorielles, la douleur est incommunicable et sa mesure est subjective. Pour l'évaluer, on emploie des échelles, comme l'échelle visuelle analogique (EVA), qui n'est utile que pour mesurer la douleur chez un patient d'un moment à un autre (par exemple pour adapter un traitement), mais en aucun cas pour comparer les douleurs d'un patient à un autre.

L'infirmité motrice cérébrale

L'infirmité motrice cérébrale (IMC) résulte de lésions cérébrales précoces, non héréditaires, stabilisées (non évolutives), responsables de déficiences motrices exclusives ou prédominantes.

Liée à un défaut ou à une lésion sur un cerveau en maturation, c'est-à-dire dans la période anténatale ou périnatale, elle constitue un trouble moteur non progressif secondaire.

Le handicap moteur séquellaire associe, à des degrés variables, des troubles de la posture et du mouvement. Des troubles spécifiques des fonctions supérieures peuvent s'y associer (troubles perceptifs, troubles praxiques – en rapport avec la représentation et l'intériorisation d'une succession d'actes, troubles sensoriels).

L'atteinte cérébrale a cependant suffisamment préservé les facultés intellectuelles pour permettre une scolarisation. Cette définition exclut donc les enfants ayant un retard mental associé au trouble moteur d'origine cérébrale, que l'on regroupe sous le terme « infirmité motrice d'origine cérébrale » (IMO) et les enfants polyhandicapés.

Les enfants présentant un trouble moteur d'origine cérébrale représentent 2,14/1000 nouveau-nés, les IMC au sens strict 0,6/1000. L'incidence de cette pathologie a peu varié depuis dix ans, malgré la surveillance plus stricte des grossesses et des soins périnataux (depuis 1970) et la diminution des prématurités (6,8 % des naissances en 1975, 5,6 % en 1981).

B comme baclofène

Dénomination commune internationale d'un médicament que l'on utilise pour réduire la spasticité. Ce n'est pas un antalgique mais, en diminuant ou en supprimant les contractures et la spasticité, il peut aider à lutter contre certaines douleurs.

On peut l'administrer par la bouche, à des doses variant de trente à cent vingt milligrammes par jour. Dans ce cas, il agit sur tous les muscles de l'organisme et peut donner une impression de fatigue. Il agit aussi sur le cerveau avec un risque de somnolence.

On peut aussi, depuis peu, le délivrer au moyen d'une pompe implantée. Le médicament est alors libéré en quantités très faibles, par l'intermédiaire d'un cathéter, directement au contact des racines qui partent de la moelle à destination des membres inférieurs. Cela nécessite une petite intervention chirurgicale au départ, puis une visite, tous les mois environ, chez le médecin pour remplir la pompe (à l'aide d'une simple seringue). L'avantage est que la pompe peut être programmée pour réduire la spasticité de façon plus ou moins importante selon les moments de la journée (davantage par exemple lors de la toilette, lorsque la spasticité est utile pour les transferts). En revanche, la pompe n'agit pas sur la spasticité des membres supérieurs, car si l'on remontait trop haut le cathéter, il y aurait un risque de déprimer les centres respiratoires.

C comme contractures

Les troubles du tonus musculaires, fréquents dans l'infirmité motrice cérébrale (IMC), sont liés à l'atteinte neurologique, mais ils sont cependant variables suivant les individus, et, chez le même patient, d'un moment à un autre de la

journée ou d'un jour à l'autre en fonction de l'état de fatigue, de stress ou des maladies intercurrentes.

Les contractures comme la spasticité peuvent augmenter en cas de douleur (par exemple quand on a un début d'escarre, une infection urinaire ou un ongle incarné), mais elles peuvent aussi être elles-mêmes à l'origine de douleurs, par le biais de mécanismes variés. La contracture ou le clonus (cette série de secousses qui affecte, par exemple, la jambe lorsqu'on essaie de reposer le pied à plat sur le repose-pied du fauteuil) peuvent être douloureux, un peu comme une crampe liée à l'effort.

Mais ces mouvements anormaux peuvent aussi être à l'origine de douleurs lorsqu'ils surviennent sur des muscles qui mettent en mouvement une articulation malade (par exemple une hanche subluxée ou arthrosique, un genou dont la rotule haute est le siège d'une usure du cartilage...).

D comme dépression

La dépression est un trouble grave de l'humeur qui se manifeste par une tristesse permanente, la perte du goût de vivre et des idées noires. S'y associent souvent des troubles du sommeil et des conduites alimentaires. La douleur chronique est à l'origine de syndromes dépressifs qu'il faut savoir dépister et traiter. Dans l'autre sens, des troubles de l'humeur peuvent influencer sur la perception de la douleur et rendre insupportable une souffrance qui serait mieux tolérée en d'autres circonstances.

Cela illustre l'étroite relation entre la douleur ressentie et l'état psychique. Beaucoup de traitements de la douleur, en particulier des douleurs neurologiques, sont des médicaments neuromodulateurs ou antidépresseurs.

E comme échelle visuelle analogique (EVA)

Selon les études les plus récentes menées sur une population bretonne, 75 % des personnes souffrant d'IMC se plaignent de douleurs. La difficulté à faire reconnaître et traiter sa douleur se double parfois d'une difficulté à l'évaluer, voire, parfois, à l'exprimer, pour les personnes souffrant de troubles de la communication.

C'est la raison pour laquelle on utilise maintenant systématiquement les échelles d'évaluation de la douleur. Elles permettent de se faire rapidement une idée de l'intensité de la sensation désagréable, telle qu'elle est ressentie par le patient. Elles intègrent donc la dimension psychique.

D'une consultation à l'autre, elles permettent, pour un même patient, de juger de l'évolution de la douleur, par exemple sous traitement. La plus répandue est l'évaluation visuelle analogique (EVA), qui se présente sous la forme d'un curseur que le patient déplace le long d'une ligne, pour le faire coïncider avec la représentation mentale de sa douleur. Du côté opposé, le médecin lit un chiffre de 0 à 10. C'est donc une échelle subjective, d'autoévaluation.

D'autres échelles existent, par exemple pour les jeunes enfants. Certaines sont hétéroévaluées, telles les échelles comportementales adaptées aux personnes souffrant de graves difficultés de communication.

F comme fractures

Les contraintes excessives sur certaines insertions musculaires, la fragilité osseuse engendrée par la sous-utilisation, l'ostéoporose peuvent être à l'origine de fractures touchant la rotule, mais aussi les os de la jambe ou du pied, voire les vertèbres. Une douleur anormalement intense et persistante, même lorsqu'elle rappelle une douleur connue, doit donc faire pratiquer sans hésiter une radiographie, afin de mettre en route le traitement approprié.

G comme genoux

Les genoux sont fréquemment le siège de douleurs importantes. Chez les personnes souffrant d'IMC, on constate fréquemment une déformation consistant en flexion, avec impossibilité d'étendre complètement le genou activement et même passivement.

Cela est dû à l'association d'une hypertonie, voire d'une rétraction des muscles fléchissant la jambe sur la cuisse, et à une faiblesse du quadriceps (le muscle qui étend la jambe). Il s'y associe le plus souvent un allongement du tendon rotulien et une rotule en position plus haute que la normale. Cette rotule se retrouve donc soumise à des contraintes excessives en pression (source d'usure et d'arthrose) et en traction (avec des risques d'arrachement tendineux, voire de fracture).

La dégradation de l'état articulaire des genoux, mais aussi des hanches, lors du vieillissement, est une des causes principales des douleurs et de la perte d'autonomie chez la personne souffrant d'IMC.

H comme hanches

C'est l'articulation portante du membre inférieur, et comme telle, sa dégradation par l'arthrose, son usure par le vieillissement, ou sa détérioration à la suite de malformation sont une cause fréquente de perte de la marche. Chez la personne souffrant d'IMC, la hanche est fréquemment le siège de déformations causées par le déséquilibre musculaire (spasticité ou hypertonie de certains muscles, notamment les adducteurs, qui rapprochent les cuisses l'une de l'autre, et faiblesse d'autres, comme le moyen fessier, qui écarte la cuisse du plan du corps). Ces déformations peuvent même avoir fait l'objet d'une correction chirurgicale antérieure.

Tous ces éléments vont concourir à une usure prématurée et anormale de l'articulation. La disparition du cartilage articulaire est responsable de douleurs, qui peuvent être majorées par le surmenage articulaire ou par une mauvaise installation, par exemple dans le fauteuil roulant ou au lit. La kinésithérapie peut aider à

maintenir un meilleur équilibre musculaire, à conserver des amplitudes articulaires fonctionnelles et concourir à la diminution des douleurs. Dans certains cas, il faut recourir à la chirurgie orthopédique, notamment pour remplacer une hanche devenue trop douloureuse par une prothèse.

I comme installation

La qualité de l'installation, dans un fauteuil roulant comme au lit, a des répercussions sur la statique rachidienne, sur l'équilibre articulaire des hanches, des genoux et des pieds et donc sur les douleurs du dos ou des membres.

Au fauteuil roulant, on doit veiller tout particulièrement à l'équilibre du bassin dans les deux plans, pour éviter de créer ou d'aggraver une scoliose ou une lordose lombaires ; la largeur du fauteuil, la position des mains courantes doivent être adaptées à la morphologie afin de ne pas engendrer de surmenage articulaire au niveau des membres supérieurs. Quand la propulsion est manuelle, les repose-pieds et l'assise doivent être de longueur et de profondeur suffisantes pour ne pas aggraver les rétractions musculaires et les déformations articulaires. Lorsque la peau est menacée, particulièrement chez une personne de faible poids, il ne faut pas hésiter à utiliser un coussin anti-escarres. Parfois, la bonne position assise ne peut être obtenue que grâce à une assise personnalisée intégrée au fauteuil, voire par un siège moulé tenant compte des déformations. Ces dispositifs permettent aussi de lutter contre les contractures.

Au lit, il faut lutter contre les mauvaises positions par une installation aussi physiologique que possible, mais lorsque les déformations sont installées, on peut limiter les phénomènes douloureux grâce à des coussins en mousse, entre les cuisses par exemple, voire par un matelas entièrement réalisé sur moulage, pour les personnes les plus lourdement handicapées.

J comme « je souffre »

La douleur est une expérience subjective, existentielle et incommunicable à autrui.

Lorsque nous pensons à la douleur de l'autre c'est uniquement en terme d'analyse et seule une construction intellectuelle nous permet d'approcher, de compatir (souffrir avec), de comprendre les sensations ressenties, sans jamais nous les approprier totalement.

Chez les personnes en situation de handicap, les douleurs sont présentes à tous les âges de la vie, même si leur incidence croît avec le vieillissement. Elles peuvent survenir après une intervention chirurgicale, accompagner la rééducation, voire être présente, de façon chronique, pendant de longues années. Cette douleur-compagnon, consubstantielle à l'être (ce que certaines personnes expriment en disant : « *Ma douleur fait partie de moi* »), ne peut pas être traitée à la légère, comme une banale rage de dents. Sa dimension psychologique doit être connue et traitée.

Plus encore, quand il s'agit de douleurs chroniques, il importe de faire participer le plus possible la personne à son traitement, et d'éviter, lorsque cela est possible, les médicaments qui modifient la perception de l'environnement, qui endorment trop (avec des risques pour la conduite automobile) ou diminuent une spasticité utile (par exemple pour certains transferts).

K comme kinésithérapie

Pour les personnes atteintes d'IMC, la kinésithérapie est souvent associée à de mauvais souvenirs. Rééducation post-opératoire, postures douloureuses, appareillage... À l'âge adulte, on espère bien en être débarrassé pour de bon ! Cependant, il y a encore une place pour une kinésithérapie bien pensée et bien conduite tout au long de la vie.

Au-delà de la simple conservation d'une activité physique nécessaire, une kinésithérapie d'entretien peut préserver des amplitudes articulaires compatibles avec une position assise confortable. Elle peut aussi jouer un rôle d'adjuvant non négligeable dans le traitement de la spasticité, comme dans celui des douleurs (physiothérapie chaude ou froide, stimulation



Avec l'ergothérapeute, essai de fauteuil pour un patient IMC afin d'assurer le meilleur confort possible.

électrique antalgique, sans oublier la balnéothérapie).

Enfin, elle reste indispensable après une intervention chirurgicale, orthopédique bien sûr, mais aussi quelle qu'en soit la nature, car la récupération des possibilités motrices antérieures n'est pas toujours facile chez les personnes souffrant d'IMC ayant subi une opération.

L comme lombaires

Les douleurs lombaires sont fréquentes chez les personnes atteintes d'IMC. Elles résultent, bien sûr, d'un phénomène normal de vieillissement de la colonne vertébrale (arthrose, ostéoporose...) mais aussi de déséquilibres posturaux spécifiques.

L'hyperlordose lombaire est notamment fréquemment rencontrée, conséquence de l'hypo-extensibilité des muscles fléchisseurs de la cuisse sur le bassin. D'autres anomalies des courbures vertébrales peuvent être à l'origine de douleurs (scoliose, cyphose dorsale, spondylolisthésis...).

Dans un certain nombre de cas, il peut être nécessaire de recourir à un appareillage (siège moulé, voire corset) ou à une intervention chirurgicale de correc-

tion lorsque le déséquilibre rachidien menace la marche, occasionne des douleurs insupportables ou menace les structures nerveuses.

M comme musculosquelettique

C'est par ce terme que l'on désigne les douleurs ayant pour origine le muscle ou ses insertions tendineuses, l'os et les articulations, qu'elles soient causées par des déformations, un trouble du tonus, une inflammation ou une sur utilisation. Ce sont les douleurs les plus fréquentes chez la personne atteinte d'IMC. Ce sont des douleurs dites « nociceptives », c'est-à-dire que le mécanisme d'information fonctionne normalement : les messages douloureux sont transportés par les nerfs, de la structure en cause jusqu'au cerveau. On les traite par des antalgiques de paliers différents, en fonction de l'intensité de la douleur, et par les anti-inflammatoires le cas échéant. Certains adjuvants comme les myorelaxants peuvent être utiles.

N comme neuropathique

Les douleurs neuropathiques sont causées par une déformation des messages sensoriels normaux véhiculés par les

nerfs : la lésion d'un nerf en un point de son trajet entraîne une douleur dans tout son territoire de destination.

Un bon exemple est la sciatique par compression d'une racine du nerf au niveau de la colonne lombaire : la douleur reproduit alors le trajet du nerf dans tout le membre inférieur.

Les douleurs neuropathiques sont peu fréquentes. On les rencontre par exemple au cours de l'arthrose cervicale où elles signent la compression d'une structure nerveuse par l'os ou le disque intervertébral (névralgie cervico-brachiale ou myélopathie cervicarthrosique) ou après un zona. Elles doivent être identifiées, car la complication qu'elles représentent et leur mécanisme particulier exigent des traitements spécifiques qui ne sont pas ceux de la douleur nociceptive ou musculosquelettique. On utilise souvent des médicaments neuromodulateurs, conçus comme calmants, comme antiépileptiques ou comme antidépresseurs ou encore la stimulation électrique. Lorsque la situation l'exige (compression de la moelle épinière ou d'une racine), il peut être nécessaire de recourir à la chirurgie orthopédique.

O comme orthopédique (chirurgie)

En dehors du traitement des fractures, on peut faire appel à la chirurgie orthopédique pour bloquer en bonne position une cheville, pour stabiliser la colonne vertébrale en cas de scoliose trop importante menaçant les possibilités de marche ou en cas de rétrécissement du canal médullaire dû à l'arthrose, entraînant une compression de la moelle épinière ou des racines nerveuses. La douleur postopératoire doit être prévenue, évaluée et traitée, souvent à l'aide de médicaments puissants (palier III). Cela fait l'objet de consultations auprès de spécialistes de la douleur.

P comme palier

Les médicaments de la douleur nociceptive sont classés par paliers.

Le palier I est composé d'antalgiques délivrés sans ordonnance. Leur chef de file est le paracétamol, que l'on retrouve dans de nombreuses spécialités. C'est

un médicament très efficace et très peu toxique. Chez un adulte de poids normal, on peut en prendre un gramme trois fois par vingt-quatre heures, voire quatre fois sur une période brève.

Le palier II est composé de médicaments délivrés sur ordonnance, qui comprennent souvent du paracétamol et un opioïde (dérivé de l'opium) faible, comme la codéine ou le dextropropoxyphène. Ils ont les effets gênants de ces opioïdes (constipation, somnolence) et pour cette raison, ne peuvent être prescrits à doses trop élevées. D'autres molécules, comme le tramadol sont aussi des antalgiques de palier II. Elles ont également des effets secondaires, notamment favoriser les crises d'épilepsie chez certains patients. En revanche, elles ont l'avantage d'exister sous des formes à libération prolongée, ce qui permet de limiter les prises à deux par jour.

Le palier III est essentiellement représenté par la morphine sous toutes ses formes : comprimés, injections ou patchs. C'est un médicament extrêmement puissant, qui a bien sûr des effets secondaires, mais auquel il faut savoir faire appel lorsque l'intensité de la douleur l'exige. C'est tout l'intérêt des échelles d'évaluation de permettre de quantifier la douleur ressentie et donc d'apprécier le résultat d'un traitement. En cas d'échec d'un palier, il faut donc savoir reconsidérer la prescription et passer au palier suivant.

Q comme qualité de vie

L'absence de douleur est un des critères primordiaux d'évaluation de la qualité de vie, avant même les aspects liés à l'autonomie et à la vie sociale. Si on peut considérer que la majorité des personnes atteintes d'IMC souffrent, la douleur est pourtant rarement un motif de consultation en tant que tel, peut-être parce qu'elle s'inscrit dans un parcours existentiel et qu'elle est devenue une compagne de tous les jours à laquelle on s'habitue...

La douleur n'est cependant pas une fatalité, même si le contexte particulier

de l'infirmité motrice la rend parfois difficile à traiter. Les progrès dans les molécules utilisées et dans les modes d'administration permettent, aujourd'hui, à tout le moins d'atténuer les douleurs chroniques sans altérer de manière excessive la vigilance et sans effets secondaires exagérés. Surtout, toute modification d'une douleur et toute douleur nouvelle doivent inciter à consulter un médecin afin de ne pas passer à côté d'une complication qui exigerait une prise en charge spécialisée.

R comme régime

La prise de poids est un facteur de détérioration fonctionnelle chez les personnes souffrant d'IMC. Elle complique l'installation, diminue l'efficacité des dispositifs anti escarres, menace le système cardiovasculaire, et, à terme, entraîne une baisse d'autonomie. Une surveillance, des conseils diététiques sont parfois nécessaires, notamment lorsque l'activité physique est restreinte et ne permet pas de « brûler » les calories apportées par l'alimentation.

À l'inverse, une perte de poids excessive n'est pas souhaitable : au-delà d'un certain amaigrissement, la perte ne concerne plus la masse grasseuse, mais bien les muscles, avec là encore le risque de voir diminuer les performances motrices. Un apport nutritionnel équilibré est donc souhaitable, bien qu'il soit parfois difficile à maintenir, notamment chez des personnes souffrant de difficultés de déglutition ou nécessitant des soins dentaires.

S comme stimulation électrique antalgique

La stimulation électrique est une technique de neuromodulation qui a fait ses preuves dans les douleurs neuropathiques. Elle peut s'appliquer en transcutané, au moyen d'électrodes placées sur la peau, ou, dans certains cas de douleurs particulièrement intenses et rebelles, elle peut être délivrée par un stimulateur implanté lors d'une petite intervention chirurgicale, dont les électrodes sont posées sur une racine ner-

veuse, voire sur la zone cérébrale du traitement de la douleur, le thalamus. Comme les pompes qui délivrent de toutes petites doses de composants au plus près de l'organe visé, ces stimulateurs vont probablement se développer dans les années qui viennent avec les progrès et la miniaturisation de l'électronique médicale. Ils constituent une alternative intéressante à la prise de médicaments : pas d'effets secondaires, réversibilité, possibilité de moduler le traitement en sont les principaux atouts.

T comme toxine botulique

La toxine botulique est une substance fabriquée par une bactérie (le *Clostridium botulinum*) qui peut se reproduire notamment dans les conserves mal stérilisées. Absorbée par la bouche et en excès, la toxine est dangereuse car elle peut paralyser tous les muscles, en particulier respiratoires. Heureusement, en général, la dose absorbée est faible et seuls les petits muscles, comme ceux de l'œil, restent paralysés quelques heures après une intoxication. C'est cette propriété intéressante qui est utilisée en thérapeutique : administrée localement, par une piqûre aux points moteurs d'un muscle, et en toute petite quantité, la toxine peut paralyser, ou affaiblir ce muscle de façon transitoire. L'effet dure en général six mois, et la piqûre peut être répétée de nombreuses fois. Utilisée d'abord sur les torticolis, la toxine est maintenant utilisée sur les muscles spastiques des patients atteints d'IMC. Bien sûr, lorsque la spasticité est importante et atteint de nombreux groupes musculaires, il n'est pas possible de les traiter tous, mais la toxine est en revanche très intéressante lorsqu'il s'agit de diminuer la spasticité d'un triceps (le muscle qui met le pied sur la pointe), voire des adducteurs de hanche ou des ischios jambiers (les muscles qui rapprochent les cuisses et qui fléchissent la jambe). On l'utilise beaucoup chez l'enfant, chez qui il semble que cela puisse permettre de retarder, voire d'éviter la chirurgie musculotendineuse, mais éga-

lement chez l'adulte, notamment pour faciliter l'installation, les soins de toilette ou l'habillage. C'est une aide appréciable au traitement de spasticité, en plus des médicaments et éventuellement des pompes à baclofène.

U comme usure

L'usure des articulations et celle surtout du cartilage sont inévitables. C'est ce qu'on appelle l'arthrose et c'est un phénomène directement lié au vieillissement physiologique. Chez la personne atteinte d'IMC, ce processus est probablement accéléré par l'existence de contraintes mécaniques anormales, dues à l'asymétrie des tensions musculaires mais aussi aux déformations articulaires (subluxation ou luxation) ainsi qu'à la sur utilisation. Paradoxalement, l'immobilité ou la raideur ne protègent pas de l'arthrose et c'est donc par le maintien d'une activité physique régulière et l'entretien articulaire, éventuellement grâce à la kinésithérapie, qu'il faut chercher à prévenir les conséquences douloureuses de l'arthrose.

V comme vieillissement

Viellir c'est avancer en âge et (en principe) en sagesse, mais aussi en douleur... C'est aussi accepter l'inévitable, la baisse des capacités fonctionnelles. Pour les personnes souffrant d'IMC, on peut parler de vieillissement précoce en ce qui concerne les performances physiques. Se préparer à cette échéance, mais aussi la retarder quand c'est possible, passe par une hygiène musculaire, articulaire et cardiaque bien pensée. Le surmenage doit être évité, particulièrement sur les articulations portantes, mais aussi sur les épaules, lorsqu'une aide de marche est nécessaire ou que l'on est amené à propulser un fauteuil roulant manuel. L'enraidissement, l'inaction sont, en cette matière, tout aussi néfastes que la sur-utilisation. Savoir s'économiser, avoir recours au fauteuil roulant pour les longues distances, solliciter un fauteuil électrique lorsque l'état des membres supérieurs l'exige, retarde l'usure inévitable et les douleurs qui l'accompagnent.

W comme wagon (de médicaments)

La douleur n'est pas la seule affection dont peuvent souffrir les personnes atteintes d'IMC. À partir d'un certain âge, des problèmes cardiaques, urinaires, peuvent exiger un traitement. Souvent, les médicaments nécessaires occasionnent des effets secondaires gênants ; on est alors amené à prescrire de nouveaux médicaments (pour l'hyperacidité gastrique, la constipation...). En fin de compte, on se retrouve avec une véritable pharmacie ! Aujourd'hui, il est possible et souhaitable de remettre régulièrement à plat vos traitements avec votre médecin. Certaines posologies sont plus intéressantes (deux, voire une prise au lieu de trois ou quatre, une prise par semaine pour certains), certaines formes galéniques sont également préférables, notamment chez les patients qui souffrent de troubles de déglutition (gouttes, formes effervescentes, patches, voire...suppositoires !). Enfin il peut parfois se révéler utile de faire un choix entre traiter et ne pas traiter, entre faire un régime ou prendre un médicament, entre un médicament et une opération... Bref, plus que jamais, il est temps d'être acteur de son traitement, d'en envisager toutes les composantes avec son médecin et de décider en connaissance de cause.

X, Y Z, comme z'ai fini !

Ce texte n'est pas un article scientifique. Il ne contient pas de statistiques, pas de résultats de recherche et pas (trop) de termes techniques compliqués. Il ne contient pas non plus d'inexactitudes, mais quelques imprécisions, pour être compris de tous et s'appliquer au plus grand nombre. Son ambition est modeste : proposer à tous les bases de la connaissance de leur maladie et les traitements qui peuvent leur être proposés, afin que chacun puisse avoir la liberté de choisir. ■

Dr Victor Liviot
Hôpital La Musse

Cancer du sein

Prise en charge de patientes opérées, au centre d'appareillage de l'hôpital

Devant la recrudescence des cancers du sein chez la femme de plus en plus jeune et devant la faible implantation de ce service dans le sud de l'Aisne, le centre d'appareillage de l'hôpital Villiers Saint Denis propose la prise en charge de ces patientes par une information, une écoute, des conseils, par la mise en place d'un point de vente de prothèses mammaires ainsi que par les produits recommandés et la lingerie adaptée.

La prise en charge se fait à partir d'une prescription médicale, renouvelable une fois par an. Sur prescription médicale également, la réalisation de manchons compressifs sur mesure est assurée, réalisation justifiée par la présence de lymphœdème (voir encadré ci-dessous).

Les statistiques nationales

Dans les dix dernières années 300 000 femmes ont eu un cancer du sein. De plus, 44 000 nouveaux cas de cancer du sein ont été déclarés en 2004, ce qui nous amène à dire que, en France aujourd'hui, une femme sur huit développe cette pathologie.

220 000 femmes ont subi une mastectomie en France et seulement 20 à 30 % sont reconstruites. On a observé une

augmentation de l'incidence de 60 % entre 1975 et 1995 des nouveaux cas (cf. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH) édité par le ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées et par l'Institut de veille sanitaire).

Après le diagnostic et la mise en place éventuelle de traitements adjuvants (chimiothérapie, radiothérapie...), 30 à 32 % des patientes subissent une mastectomie totale en première intention. L'âge moyen de l'intervention est de 58,5 ans mais de plus en plus de femmes jeunes sont touchées. On compte 11 600 décès par an.

On peut dissocier deux types de techniques chirurgicales : la chirurgie radicale, ou mastectomie, et la chirurgie conservatrice :

- **la chirurgie radicale de Rotter-Halsted :** pratiquée jusqu'au début des années 1960-70, cette chirurgie est une technique encore utilisée lors de cancer très développé. Sont prélevés le sein, les ganglions lymphatiques axillaires ainsi que le grand et le petit muscles pectoraux. La cicatrice est verticale ou diagonale. Une compensation vers l'avant de l'épaule se produit. Le sein controlatéral migre vers le sternum ;
- **la chirurgie radicale modifiée de Patey :** sont prélevés le sein, les ganglions lymphatiques axillaires de façon moindre, éventuellement le petit muscle pectoral. La cicatrice est horizontale. Cette technique est préconisée dans la chirurgie reconstructive ;
- **la mastectomie simple** conserve les muscles pectoraux. Sont prélevés le sein et le ganglion sentinelle. La cicatrice est horizontale. Le lymphœdème est une des séquelles possibles après une mastectomie, qu'il faut prendre

en charge ou prévenir sans tarder par le port d'une prothèse mammaire et d'une lingerie adaptées. Les bretelles de soutien-gorge étroites et élastiques sont à proscrire et mieux vaut préférer un réglage antérieur de sous-vêtements pour diminuer les pressions. Dans certains cas, le port de manchons élastiques de contention réalisés sur mesure est indiqué.

Le choix de la prothèse mammaire externe se fera selon des critères bien définis. Des solutions postopératoires existent, non remboursables par les caisses d'assurance maladie. Il s'agit d'une « mousse » très légère à placer dans un soutien-gorge en coton très confortable ou de fibre textile à glisser dans la poche du soutien-gorge, à porter de jour comme de nuit, le temps de la cicatrisation et pendant la radiothérapie.

Après cicatrisation vient le choix de la prothèse. Deux concepts peuvent être proposés : une prothèse autoadhérente, solution solidaire du corps, la prothèse « contact » ; une prothèse non adhérente à glisser dans la poche du soutien-gorge.

Pourquoi porter une prothèse en gel de silicone ? Sur le plan psychologique, la prothèse aide à redonner une image positive de son corps. Elle est très proche du naturel, visuellement comme au toucher. Elle aide à faire face au regard des autres, à garder estime et confiance en soi, permet de poursuivre ses activités et de lutter contre le lymphœdème.

Sur le plan statique, le poids du sein manquant crée un déséquilibre au niveau du rachis. La prothèse par la répartition du poids restitue l'équilibre statique. Son port évite les tensions musculaires et les déviations dorsales et/ou cervicales.

Le lymphœdème

Certains cancers du sein évolués nécessitent une chirurgie élargie avec ablation des ganglions de l'aisselle correspondante, associée ou non à une radiothérapie. L'ablation de ces ganglions lymphatiques, voies normales de la circulation lymphatique, ne permet plus la circulation normale de la lymphe qui s'accumule en amont sous la forme d'un œdème parfois très volumineux du membre supérieur.

Villiers Saint Denis

L'intervention de l'orthoprothésiste est déterminante pour **le choix de la prothèse**, par ses connaissances des produits, l'évaluation de l'état psychologique de la femme opérée ainsi que de ses envies et besoins, de la morphologie du sein controlatéral et du tissu cicatriciel suite aux différentes techniques chirurgicales :

- **la prothèse contact**, d'après la législation, ne peut être proposée qu'après une période de trois mois suivant l'arrêt de tout traitement (radiothérapie, chimiothérapie) et après une totale cicatrisation. Le port de cette prothèse est recommandé après un traitement par radiothérapie pour son action curative trophique : elle assouplit la peau et améliore l'aspect de la cicatrice. Elle est également recommandée pour des poitrines généreuses, car elle fait le même poids que le sein controlatéral mais avec 70% de poids ressenti en moins par rapport à une prothèse non adhérente. Cette dernière est entièrement prise en charge et les femmes disposent d'une période d'essai de trois mois au

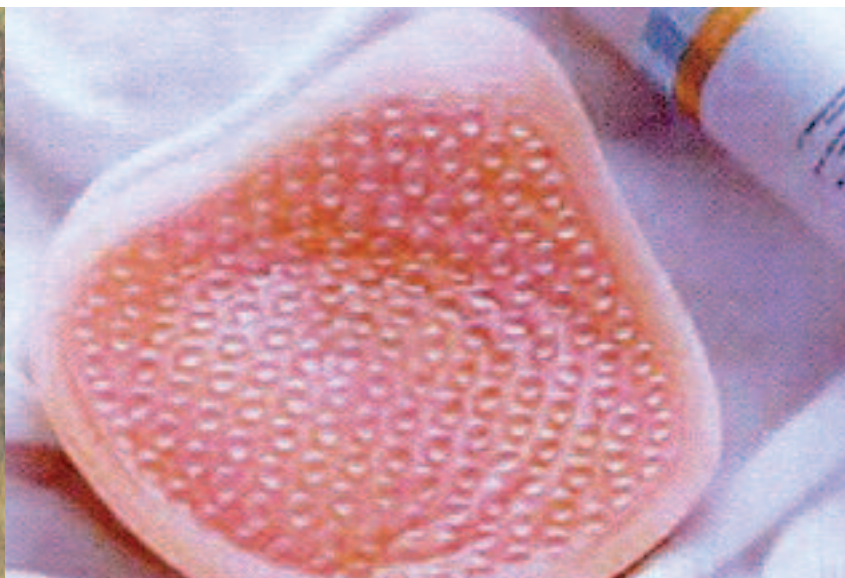
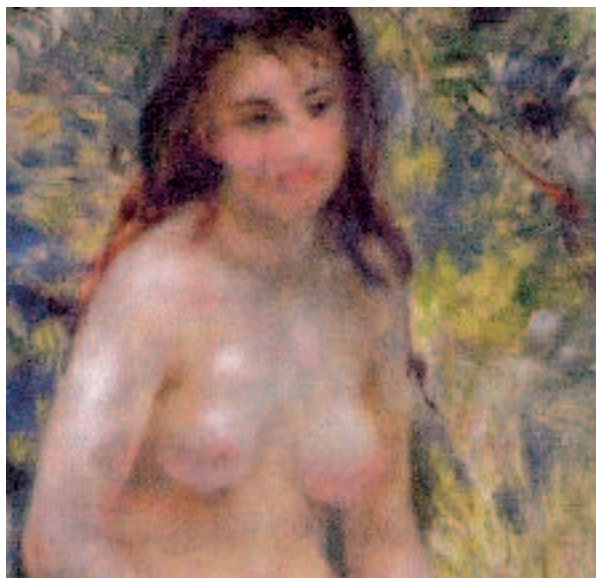
terme de laquelle la prothèse pourra être échangée en cas d'insatisfaction. C'est une prothèse en double gel de silicone. Elle suit tous les mouvements du corps et offre une totale liberté de mouvement. Elle libère la pression sur l'épaule, très important pour les femmes souffrant de lymphœdème et d'ostéoporose. Son adhérence peut varier d'une patiente à une autre en fonction par exemple : du type de peau, de la sudation, de l'hygiène, des traitements médicaux ingérés, de l'activité pratiquée et du soutien-gorge porté. Cette prothèse peut être proposée en différentes tailles, formes et profondeurs de bonnet ainsi qu'en deux teintes. Elle peut se porter avec une lingerie du commerce ;

- **la prothèse non adhérente** en gel de silicone à glisser dans la poche d'une lingerie toujours adaptée. Sa face interne est modelable, elle épouse les formes de la paroi thoracique en fonction des mouvements. La face interne reprend sa forme au repos, tandis que la face externe conserve une forme naturelle même en décubitus. Différents modèles

existent en fonction des attentes de la patiente, de son budget. En simple ou double gel, en version *light* ou encore permettant une régulation de la température, une gamme assez large de prothèses peut être proposée.

En conclusion, des solutions nombreuses existent en matière de prothèses mammaires externes. Nous nous sentons particulièrement concernés par cette pathologie à l'évolution galopante et sommes gênés de constater que notre profession oublie souvent l'appareillage de ces patientes, appareillage souvent sans incidence fonctionnelle, mais si important pour retrouver une intégrité perdue, une confiance en soi, la vie « normale » en quelque sorte. Devant ces femmes en souffrance, quelquefois insatisfaites des solutions proposées, qui ne savent vers qui se tourner, notre professionnalisme est un atout majeur. ■

Laurence Boileau
Centre d'appareillage de Villiers Saint Denis



Le métier de psychomotricien

Mens sana in corpore

Épanouir, améliorer, corriger ou maintenir les mécanismes des fonctions perceptives, motrices, mentales et comportementales de la personne hospitalisée en tenant compte de son évolution dans son environnement, tel est le but de la psychomotricité, nouveau métier à l'hôpital La Musse.

Un nouveau métier a fait son apparition à l'hôpital La Musse ces derniers mois : la psychomotricité. Une compétence complémentaire qui a su trouver sa place auprès des équipes soignantes des trois pôles (soins de suite polyvalents, soins de suite spécialisés, médecine physique de réadaptation) et constitue un vrai plus pour les patients en neurologie, nutrition, gériatrie ou soins palliatifs... « La psychomotricité en tant que discipline a pour objet principal l'étude de la relation entre le corps, ses mouvements et les fonctions mentales du sujet. Son but est de favoriser ou de rétablir un développement harmonieux des fonctions psychomotrices, en vue d'une meilleure adaptation de la personne à son milieu. » (Johanne Durivage) La psychomotricité date du début du XX^e siècle (mais les premières formations datent de l'après-Seconde Guerre mondiale) et découle de la constatation qu'il existe des rapports étroits unissant le corps et la pensée, les domaines psychique (champ intellectuel et vie affective) et moteur. Toute atteinte de l'un des domaines retentissant sur les autres avec plus ou moins d'amplitude. Les symptômes moteurs sont très souvent le reflet

d'une perturbation psychoaffective et l'activité motrice réalisée lors d'une prise en charge a une influence sur le développement ainsi que sur la personnalité. Si l'action thérapeutique sur le psychisme n'est évidemment pas le but premier, il est cependant incontestable.

Techniques variées

Partant de ces observations, le psychomotricien est amené à intervenir dans le cadre de manifestations pathologiques d'ordre divers (péri et postnatal, neurologique, sensoriel, déficitaire, psychosomatique, gériatrique, psychiatrique), du nouveau-né à la personne âgée et de la préparation de l'accouchement à la fin de vie... Il dispose, pour ce faire, de tout un panel d'outils à adapter aux personnes : danse, musique, jeu, théâtre, mime, travail avec l'aide d'un cheval (voire de dauphins !), relaxation dynamique et/ou passive, utilisation de l'eau, arts martiaux, tai-chi-chuan, gymnastique, boxe, escalade, marche, dessin, peinture...

À l'hôpital La Musse, les deux psychomotriciennes interviennent dans des domaines bien spécifiques et trouvent leur place au sein d'une équipe pluridisciplinaire, dans laquelle elles effectuent une activité complémentaire, différente de celle des kinésithérapeutes – « Nous ne travaillons pas dans l'analyse du mouvement, de l'articulation, du muscle... pour une meilleure performance. Nous travaillons sur la globalité et nous nous intéressons au ressenti du geste en lien avec la personne » –, différente des interventions d'ergothérapeutes – « Nous ne sommes pas dans le créneau de l'adaptation à la vie quotidienne, à la recherche d'autonomie, nous sommes plus dans la recherche d'une qualité de vie au quotidien » – et différente de l'appui des psychologues –

« Notre support, l'objet dont on part, c'est le corps... On touche aussi l'esprit, mais à partir du corps. Nous apparaissions parfois comme des intermédiaires. Il n'est pas rare, en revanche, que les patients prennent conscience qu'ils souhaitent bénéficier du soutien d'un psychologue de l'établissement... »

Dans les unités

À l'hôpital La Musse, les deux psychomotriciennes se répartissent le travail dans les trois pôles.

Audrey Gomez intervient en gériatrie (pôle de soins de suite polyvalents) pour les patients souffrant de démence de type Alzheimer ou présentant des troubles mnésiques : « J'anime des ateliers mémoires pour les personnes hospitalisées. J'aide les personnes qui n'ont pas de prise en charge de type kinésithérapique mais qui ont besoin de pouvoir bouger leur corps de manière plus harmonieuse. La plupart du temps, je fais de la relaxation individuelle chez les patients en soins palliatifs présentant de l'anxiété. »

Elle intervient également au pôle médecine physique de réadaptation, en neurologie, pour des patients montrant des troubles spatiaux, du schéma corporel, de l'hémovigilance, de respirations, coordination et en relaxation : « Je participe quand je le peux aux visites et des discussions s'engagent avec le médecin.

Formation

- Il existe cinq écoles formant les psychomotriciens après le bac, sur concours, en trois ans – Lyon, Toulouse, Bordeaux, Paris et Lille – plus une école privée à Paris.
- Renseignements complémentaires sur le site du Syndicat national d'union des psychomotriciens (Snup) : <http://www.snup.fr/>

* Un esprit sain dans un corps sain

sano*

Souvent je suis appelée lorsque, malgré l'intervention des ergothérapeutes et des kinésithérapeutes, un problème subsiste. » Nathalie Barrère, elle, intervient dans les services de cardiologie, en relaxation suite au traumatisme de l'accident cardiaque récemment vécu : *« Il y a de l'angoisse, une remise en cause... Tout d'un coup, le corps vous est revenu à l'esprit, on s'est rendu compte que le cœur existait. Il faut redonner confiance en soi aux patients... »* En nutrition, c'est l'image du corps qui est perturbée : *« Je travaille sur le déni qui existe souvent chez les personnes obèses, la frustration... On découvre*

une histoire familiale souvent violente et jalonnée de souffrances et de deuils. En alcoologie, j'aide à la reprise de confiance, l'expression du ressenti du sevrage, la reconstruction, la gestion de l'angoisse de la rechute. J'interviens aussi sur les troubles de la marche qui sont autres que moteurs et qui nous aident à faire ressortir les émotions. » Les relaxations se font plutôt en groupe. *« Pour des patients en fin de vie, je maintiens un mode relationnel qui passe par la gestuelle, lorsqu'il n'y a plus de parole. »* ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

La rencontre...

- **Un temps...** « C'est une mise entre parenthèses du quotidien. La rencontre peut s'effectuer en individuel ou en groupe (de plus de deux personnes), sous le mode de rééducation ou de thérapie psychomotrice. Dans tous les cas, nous allons au rythme du sujet, nous l'accompagnons. »
- **Un lieu...** « Les parenthèses prennent l'apparence de murs clos : c'est un lieu d'investissement car il est loin d'être indifférent puisqu'il permet de se confier, la verbalisation de ses ressentis... D'où la nécessité d'un lieu spécifique, fermé et calme, peu fréquenté selon le degré d'intimité dont le patient a besoin. »
- **Un projet...** « Le psychomotricien peut proposer des situations, orienter les démarches et susciter les expérimentations. Mais surtout, il peut engendrer une relation particulière car cette rencontre mobilise les affects réciproques et retentit en permanence sur l'ensemble des relations des patients. Le projet rééducatif ou thérapeutique se construit pas à pas selon ce que le psychomotricien saisit à chaque moment de l'évolution du travail. Il peut être modifié en fonction des changements psychologiques notés chez le patient. »



Audrey Gomez et Nathalie Barrère

Ostéoporose

Le point de vue du réé

Maladie par essence silencieuse, l'ostéoporose concerne le rééducateur lors de ses trois complications principales, d'inégale gravité mais lourdes toutes trois de conséquences fonctionnelles, que sont les tassements vertébraux, les fractures de l'extrémité supérieure du fémur et les fractures de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras.

L'os est un tissu vivant, formé d'une trame protéique (collagène, kératine) sur laquelle se déposent les cristaux d'hydroxyapatite de calcium. Principale réserve d'ions calcium, indispensable dans les échanges membranaires cellulaires, dans la contraction musculaire, etc., c'est une structure en équilibre dynamique permanent entre construction et résorption. Si la construction l'emporte pendant toute la croissance et jusqu'à la quatrième décennie, ainsi que dans les phases de réparation fracturaire, le processus va s'inverser au-delà de cinquante ans, sous la dépendance de facteurs hormonaux et de carences vitamino-protéiques. Plus important chez la femme et dans certaines circonstances pathologiques (ménopause précoce, traitement hormonal du cancer de la prostate, traitement cortisonique de plus de trois mois, régimes carencés en calcium et vitamine D, consommation excessive d'alcool, de tabac ou de caféine, indice de masse corporelle < 19, etc.), cet excès de résorption associé à une diminution de l'ostéogénèse et à une altération de l'architecture du tissu osseux va aboutir à une baisse de la densité osseuse, qu'il s'agisse d'os cortical (os longs) ou d'os trabéculaire (vertèbres).

Pas ou peu de signes d'alerte

Longtemps sans expression clinique, en dehors d'une perte de taille qui peut-être totalement indolore, cette diminution de densité minérale induit une baisse des qualités mécaniques de l'os et du seuil de fracture, celle-ci pouvant dès lors survenir pour un traumatisme minime, voire sans traumatisme apparent.

Ainsi une simple chute, le port d'une charge, voire un éternuement, peuvent-ils entraîner un **tassement vertébral**. Sa fréquence est telle (de l'ordre de 100 000 par an en France) que l'on doit le considérer comme la première cause de douleur rachidienne aiguë chez le sujet âgé de plus de 60 ans. (Illustration 1)

Une fois éliminés les diagnostics différentiels, essentiellement viscéraux (fissuration d'anévrisme, dissection aor-

tique, pathologie hépato-pancréatobiliaire ou œsogastrique, zona, qui peut d'ailleurs être associé au tassement) et la douleur rapportée au rachis, il convient de confirmer le tassement par une radiographie de face et de profil, si possible comparée à des clichés plus anciens et complétée éventuellement par une scintigraphie.

Reste à distinguer entre tassement porotique, le plus fréquent, et lésion maligne (myélome, métastase d'un cancer viscéral, localisation secondaire d'une hémopathie maligne, mais aussi ostéomalacie ou hyperparathyroïdie), grâce aux données cliniques et paracliniques (rappelons que le tassement porotique ne s'accompagne qu'exceptionnellement de signes neurologiques). Si l'imagerie ne confirme pas le tassement, il faut évoquer une poussée aiguë d'une pathologie dégénérative, une

Illustration 1 :
tassements
ostéoporotiques
multiples



ducateur

spondylodiscite (bactérienne ou tuberculeuse) dont la fréquence est en augmentation, en particulier chez le sujet diabétique ou immunodéprimé. La fièvre dans ce cas n'est pas constante et une simple fébricule peut passer inaperçue, mais on se méfiera d'un début progressif et de la notion récente d'une exploration invasive ou d'une infection urinaire.

Examens complémentaires

En dehors de la radiographie et de la scintigraphie, plus sensible et appoint précieux au diagnostic différentiel, les examens biologiques courants sont de rigueur : numération, C-réactive protéine (CRP), créatinémie, phosphatases alcalines, calcémie, phosphorémie, électrophorèse des protéines sériques, protéinurie et dosage des hormones thyroïdiennes.

Dans l'ostéoporose primaire il n'existe pas d'anomalies du bilan phosphocalcique. Leur présence doit faire doser la parathormone et la 25 OH D3. Les dosages des autres marqueurs du remodelage osseux (ostéocalcine, tétrapeptide du collagène) n'ont pas leur place en pratique courante pour le diagnostic ou le suivi des complications de l'ostéoporose. Il n'est pas davantage nécessaire, sauf doute diagnostique persistant, d'avoir recours au scanner ou à l'imagerie par résonance magnétique.

Le traitement initial est avant tout la lutte contre la douleur qui peut être intense. Le palier I est rarement suffisant. Le palier II, voire le III dans la phase initiale, est justifié, associé à un repos relatif de quatre à six semaines. Les calcitonines ont également un effet antalgique, parfois spectaculaire, mais leur tolérance n'est pas toujours excellente. Il convient d'associer aux

injections un antiémétique et un antihistaminique. Les biphosphonates ont le même effet et représentent également une des thérapeutiques au long cours de l'ostéoporose fracturaire.

Dans quelques cas particulièrement douloureux, ou lorsque l'importance ou le siège du tassement le justifient (la zone de transition, tassement supérieur à 25 % de la hauteur vertébrale), on peut être amené à confectionner un corset thermoplastique sur moulage, dont le port doit être limité dans le temps afin de ne pas aggraver le déconditionnement musculaire, source de problèmes ultérieurs.

Lorsque les tassements sont multiples et induisent un déséquilibre statique menaçant, on peut avoir recours à la vertébroplastie percutanée radioguidée. Cette technique, qui consiste à déplisser les vertèbres tassées et à les consolider en injectant du ciment orthopédique dans le corps vertébral, n'est pas dépourvue de complications mais elle donne de très bons résultats entre les mains d'opérateurs entraînés.

Prévention des récives

À distance, il ne faut pas oublier la prévention des récives qui passe par un traitement médical approprié (le plus souvent biphosphonates ou ranélate de strontium, supplémentation vitamino-calcique), mais aussi par quelques règles hygiéno-diététiques simples : alimentation diversifiée et équilibrée, prévention des carences calciques (produits laitiers) et vitaminiques (produits végétaux), exercice musculaire en quantité modérée, voire rééducation fonctionnelle, en particulier lorsque se sont installés des troubles statiques rachidiens qui peuvent être source de douleurs.

La balnéothérapie, voire les cures thermales peuvent être un appoint intéressant. Le traitement hormonal substitutif est réservé aux signes de carence hormonale avérés et ne constitue donc pas un traitement de l'ostéoporose isolée. En revanche, les modulateurs sélectifs des récepteurs des œstrogènes, agissant uniquement sur l'ostéoporose rachidienne et n'augmentant pas le risque de cancer hormono-dépendant, constituent une alternative thérapeutique (en tenant compte de la majoration du risque thrombo-embolique).

Enfin, il convient de mentionner les médicaments ostéoformateurs (analogues de la parathormone : téraparatide), plus efficaces que les médicaments antirésorptifs mais réservés aux patientes à haut risque présentant au moins deux fractures vertébrales ostéoporotiques.

La surveillance du traitement et de l'évolution est essentiellement clinique. Elle peut faire appel à la densitométrie osseuse à condition de respecter les conditions de prescription et les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS). Elle est soumise à des erreurs d'interprétation notamment chez les patients arthrosiques ou présentant des déformations du rachis et doit impérativement, pour être comparable d'un examen à l'autre, être réalisée sur le même appareil.

Fractures des os longs

La **fracture de l'extrémité supérieure du fémur** est un peu moins fréquente (environ 50 000 par an en France), mais malgré les progrès de l'orthopédie réparatrice, des techniques d'anesthésie et des matériels d'ostéosynthèse et d'arthroplastie, elle reste attachée à une mortalité importante (12 à 20 % à un an), à une morbidité

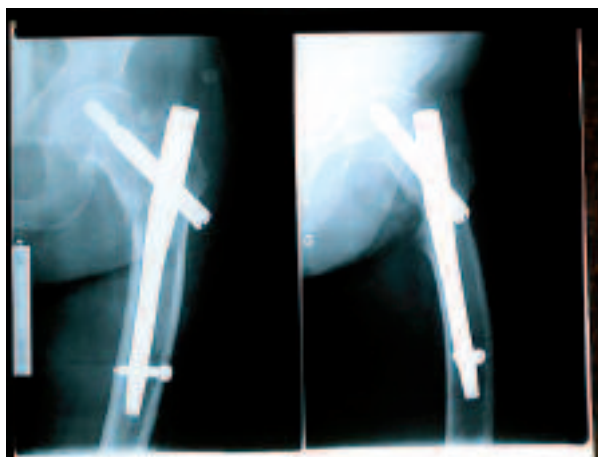


Illustration 2 : fracture pertrochantérienne ostéosynthésée par clou gamma



Illustration 3 : fracture du poignet

plus grande encore (56 % de complications per ou postopératoires) et à un coût économique effroyable (elle reste une des premières causes de dépendance de la personne âgée, avec un taux d'institutionnalisation de 20 % à deux ans).

Le risque de survenue de ces fractures est d'autant plus élevé qu'il existe chez la même personne, en plus de l'ostéoporose, une ou plusieurs causes de chute (pathologie neurologique, prise médicamenteuse, troubles de la vue, etc.) (Illustration 2)

Tout oppose les fractures cervicales vraies, qui permettent le plus souvent la reprise précoce de l'appui, par le biais d'une arthroplastie (fémorale, intermédiaire ou totale) et les fractures pertrochantériennes, qui nécessitent une ostéosynthèse (clou de Staca, clou gamma ou vis-plaque DHS) et imposent souvent une décharge prolongée, totale ou partielle.

Rappelons que si l'on n'observe plus le cortège des complications de décubitus bien connues, on le doit à la prise en charge de ces patients en soins de suite et de réadaptation, ou en soins de suite gériatriques. Reste que le risque anesthésique, l'infection nosocomiale, les complications thrombo-emboliques et la décompensation d'un état pathologique sous-jacent font payer un lourd tribut à ces patients fragiles.

L'ostéoporose est parfois responsable d'une mauvaise tenue du matériel, exposant à des démontages ou à des retards de consolidation.

Une fois la fracture survenue, il n'est pas certain qu'il soit utile de donner un traitement spécifique. En revanche, les biphosphonates et le ranélate de strontium sont efficaces dans la prévention du risque, de même que la conservation d'une activité physique modérée,

et, de façon plus anecdotique, les protections de hanche utilisées dans certaines institutions.

La **fracture des deux os de l'avant-bras** d'origine porotique est fréquente. Une étude nord-américaine évalue le risque de sa survenue chez la femme à 16 % à partir de 50 ans. Ici encore, tous les facteurs augmentant le risque de chute sont à dépister et à éliminer, si possible. La prise en charge initiale de ces fractures est trop souvent sommaire, ce qui est regrettable compte tenu des répercussions fonctionnelles d'un cal vicieux ou, *a fortiori*, d'une pseudarthrose. (Illustration 3)

Rappelons que ces fractures par impaction de la styloïde radiale, induisant une perte de substance osseuse, sont à haut risque de déplacement secondaire. Le choix du traitement orthopédique ou de l'ostéosynthèse, par embrochage percutané ou à ciel ouvert est donc affaire de spécialiste. Les complications restent toutefois nombreuses, algodystrophie, syndrome du canal carpien, raideurs, douleurs et déformations séquellaires qui s'unissent pour diminuer la fonction articulaire, ce qui est d'autant plus préoccupant lorsqu'il s'agit d'un membre dominant.

Ici encore, il faut savoir recourir à la rééducation, kinésithérapie et surtout ergothérapie, notamment pour la recherche des adaptations de la vie quotidienne. Les infiltrations de cortisone dans la radio carpienne et les cures de calcitonine sont parfois efficaces pour soulager les douleurs, tout comme les orthèses de maintien. L'augmentation de la dépendance justifie le plus souvent la prescription d'heures d'aide à domicile. ■

Dr Victor Liviot
Hôpital La Musse

Enquête

Les correspondants externes évaluent l'hôpital

La mesure de la satisfaction des correspondants externes de l'hôpital Villiers Saint Denis est un élément essentiel dans l'amélioration continue de la qualité de nos relations avec les différents professionnels de santé du territoire et de la prise en charge des patients. Elle constitue un véritable baromètre.

C'est dans ce but qu'une première enquête a été menée en avril dernier auprès des acteurs de santé libéraux et hospitaliers (médecins, chirurgiens, infirmiers, rééducateurs, assistants sociales, etc.), qu'ils soient correspondants habituels ou non. Sur les 1 000 questionnaires envoyés, 25 % ont répondu :

- 65,7 % de médecins ;
- 6,2 % d'infirmiers ;
- 3,3 % de kinésithérapeutes ;
- 24,8 % d'autres professions (cadres de santé, responsables de services de soins, autres rééducateurs, psychologues, assistantes sociales, etc.).

L'établissement avait retenu les critères d'appréciation suivants :

- la réputation de l'établissement ;
- les informations sur les activités de l'hôpital ;
- le délai de prise en charge des patients ;
- les contacts téléphoniques avec les médecins et les équipes soignantes,
- l'appréciation des patients ;
- le contenu des informations médicales reçues ;
- le délai de réception du compte-rendu de sortie.

Dans un souci d'impartialité, cette enquête a fait l'objet d'un traitement externe. Les points forts émergents sont



sans conteste la réputation de notre établissement (plus de 95 % de correspondants satisfaits), les contacts téléphoniques entre professionnels (79,7 % de satisfaits), le contenu des informations médicales reçues (84,4 % de satisfaits) et l'appréciation des patients (91 % de satisfaits).

Le rapprochement de ce dernier item avec les résultats de l'enquête trimestrielle de satisfaction réalisée auprès des patients pendant leur hospitalisation corrobore ce résultat.

Il reste que l'hôpital, afin de répondre aux souhaits de ses partenaires médicaux et paramédicaux, doit progresser essentiellement dans le raccourcissement de cer-

tains délais de prise en charge (30 % d'insatisfaits), mais aussi, et dans une moindre mesure, le raccourcissement du délai d'envoi du compte-rendu de sortie (16 % d'insatisfaits), par l'utilisation éventuelle d'internet et d'outils de cryptage de données et poursuivre le développement de sa politique de communication externe initiée depuis plusieurs années (26 % de nos correspondants souhaiteraient obtenir plus d'informations sur les activités de l'établissement).

Un grand merci à tous ceux qui ont accepté de participer à cette enquête. ■

Dr Véronique Mennetrier
Hôpital Villiers Saint Denis

Guide pratique pour l'éducation et l'information des patients

Un nouvel outil

Couramment et régulièrement pratiquée à l'hôpital La Musse depuis des années, l'éducation thérapeutique permet au patient de disposer d'informations indispensables à une bonne prise en charge de sa maladie chronique à la sortie de l'hôpital.

Depuis le printemps dernier, les procédures existantes à l'hôpital La Musse ont été répertoriées et réunies dans un livret distribué dans toutes les unités de l'établissement, aux médecins et aux intervenants paramédicaux.

« Faire connaître à tous les soignants les offres d'éducation thérapeutique du patient (ETP) réalisées à l'hôpital La Musse et leurs objectifs », tel est le but premier du livret édité au printemps dernier par l'un des groupes de travail de la commission de soins*. Quarante-sept pages répertorient toutes les actions d'éducation et/ou d'informations du patient menées à l'hôpital La Musse au pôle de soins de suite spécialisés (SSS) principalement, mais également au pôle de médecine physique et de réadaptation (MPR).

On y trouve cataloguées une trentaine d'actions concernant l'éducation du patient ou de l'adolescent atteint de surpoids, du patient dépendant à l'alcool, souffrant de maladies cardio-vasculaires, sous anticoagulants, diabétique, atteint de broncho-pneumopathie chronique obstructive

(BPCO), le patient brûlé, lombalgie, porteur de prothèse totale de hanche, de troubles sphinctériens ou porteur d'une stomie... Les fiches concernent, par exemple, l'équilibre alimentaire, l'hygiène lombaire, la surveillance glycémique, l'oxygénothérapie au domicile...

L'éducation thérapeutique, définition

« L'objectif de l'éducation thérapeutique est d'aider le patient à acquérir ou maintenir les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie avec une maladie chronique, explique Corinne Hourdier, cadre supérieur de santé au pôle SSS. Elle fait partie intégrante de la prise en charge du patient, en particulier dans notre établissement de soins de suite. Au pavillon de SSS, nous accueillons des patients souffrant de pathologies chroniques pour lesquelles l'éducation thérapeutique est une priorité. Le but est de développer chez le patient des compétences d'autosoins, de sécurité (que faire en cas de...) et d'adaptation (se connaître, maîtriser son stress). L'éducation thérapeutique ne peut être réalisée qu'avec l'accord du patient : un contrat moral est passé (déterminant des objectifs), parfois même un papier est signé. C'est le cas des patients en surpoids ou en alcoologie par exemple. L'ETP commence par l'élaboration d'un diagnostic éducatif, réalisé par l'équipe soignante : infirmières, médecins, paramédicaux... Ce diagnostic permet de mieux connaître le patient, d'identifier ses besoins, de comprendre ses réactions face à la maladie et d'évaluer ses ressources personnelles. L'éducation thérapeutique fait appel à des entretiens individuels ou des séances collectives d'informations. »

Savoir-faire et savoir-être

« L'un des axes de notre mission de réadaptation/rééducation passe par l'acquisition de connaissances, d'un savoir-faire, d'un savoir-être visant à améliorer la qualité de vie du patient, à prévenir les rechutes ou à s'adapter à son nouvel état de santé/handicap pour une meilleure réinsertion dans son milieu de vie ou dans une structure adaptée, poursuit Nelly Tessier, cadre de santé aux côtés de Corinne Hourdier. Le patient devient acteur de sa santé en étant informé ou éduqué. Il est prouvé (des études l'ont démontré) qu'un patient informé diminue les risques d'une réhospitalisation. De notre côté, nous devons nous assurer, lors de la mise en place d'une éducation thérapeutique, de l'acquisition d'un minimum de connaissances par le patient et/ou son entourage. Notamment pour les patients sous oxygène, anticoagulants ou insuline. Nous pouvons être amenés à renoncer à une forme d'éducation thérapeutique si nous avons des craintes sur son emploi à l'extérieur de nos murs. »

Méthodologie...

Un groupe, émanation de la commission de soins, s'est constitué autour de cette thématique de l'éducation, thème fort du projet de soins, en particulier dans le pôle SSS. « Nous avons soumis un questionnaire à toutes les équipes travaillant à l'hôpital La Musse pour recenser les actions d'information et d'éducation réalisées au sein de l'établissement, poursuit Corinne Hourdier, référente du projet. Nous avons créé, pour chaque action éducative une fiche pédagogique à l'image de celles dont se sert le service diététique. Nous les avons ensuite rassemblées sous forme d'un livret. Le choix de cette formule (fiches et livret) nous permettra de réajuster très régulièrement

* Ont travaillé sur ce projet Corinne Hourdier (cadre supérieur de santé), Nelly Tessier, Marie-Line Dugeay, Catherine Colette et Christine Blévin (cadres de santé), Catherine Cazanava (responsable diététicienne).

Information des patients sous anticoagulants régulièrement animée par l'une des cinq personnes du pôle soins de suite spécialisés formées à l'éducation thérapeutique. À l'issue de la formation, le patient devra être capable de citer le nom du médicament, d'expliquer pourquoi il le prend, comment il agit, quoi faire en cas d'oubli...

les fiches en cas de changements, afin de mieux coller à la réalité de ce qu'il se passe sur le terrain. »

Même si les choses ne sont pas aussi simples, l'existence de ce livret exhaustif devrait pouvoir permettre de mettre en œuvre une meilleure transversalité de certaines actions menées dans les trois pôles SSS, MPR et soins de suite polyvalents (diabète, patients sous anticoagulants, obésité...). « Il permettra, de toute façon, d'éviter les doublons dans les différents secteurs et une meilleure mutualisation des outils ou ressources », estiment les membres de la commission de soins.

Les limites

La mise en place d'une éducation thérapeutique dans un service ou auprès d'un groupe de patient sous-tend une formation complémentaire des professionnels pour déterminer les actions de soins éducatifs personnalisés à mener à partir d'un entretien motivationnel permettant d'obtenir un contrat d'adhésion des patients sur les objectifs à atteindre. Elle demande également l'adhésion et le comportement moteur de l'ensemble de l'équipe soignante qui doit montrer, face au patient, une attitude et un discours cohérent et unique dans sa prise en charge.

Enfin, cette démarche devrait faire l'objet d'un temps codifié, qui n'est pas actuellement pris en compte dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), base de la tarification de la future tarification à l'activité (T2A).

Objectif qualité

La création de ce livret répond, par ailleurs, à l'une des exigences de la deuxième version de la certification (V2), qui a vu son aboutissement avec le

passage des experts qualité en novembre (référence 36 : l'éducation thérapeutique du patient). Il sert d'outil de communication aux acteurs de santé et réseaux de soins. Il recense le minimum d'acquisitions nécessaires à un patient dans son continuum d'évolution/pathologie ou handicap pour un meilleur relais et suivi. L'éducation thérapeutique tend à devenir de plus en plus présente dans les prises en charge.

Les thérapies ont leurs limites et il est de plus en plus évident que le mode de vie et la connaissance que le patient a de sa pathologie jouent un rôle primordial dans la stabilisation de la maladie et diminuent fortement les risques de réhospitalisation. ■

Corinne Hourdier
Dominique Guibourg
Hôpital La Musse



Un exemple : les insuffisants respiratoires

Le programme d'éducation a été construit et mis en place en 2007 par Marie-Line Dugeay, cadre de santé sur le secteur de pneumologie, et Isabelle Hubert, infirmière diplômée d'État aux explorations pneumologiques (pôle soins de suite spécialisés).

L'une des fiches traite de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et de l'insuffisance respiratoire chronique (IRC). Comme toutes les fiches du livret, elle précise :

- les objectifs : à l'issue de l'éducation, le patient doit connaître les mécanismes de la maladie, reconnaître les signes d'exacerbation et d'aggravation, être capable de gérer la maladie au quotidien ;
- le lieu : salle éducative, au rez-de-chaussée du pôle SSS ;
- le rythme : environ une fois par mois ;
- l'horaire : 14 h 00 ;
- la durée : deux heures à deux heures et demie en collectif ;
- la personne à contacter : infirmière en endoscopie pôle SSS. Poste : 3808 ;
- le prérequis : être hospitalisé en pneumologie (complète ou hospitalisation de jour) ;
- les étapes de l'activité : présentation des objectifs du programme d'accompagnement et de soutien, définition et mécanisme de la maladie, représentation de la bonne et de la mauvaise santé, les signes de la BPCO, les signes d'exacerbation, les signes de gravité, les traitements ;
- le support remis au patient : oui.

Nutrition/alcoologie

L'approche systémique

Demandée par le pôle rééducation et réadaptation fonctionnelle de l'hôpital La Musse, l'approche systémique du handicap avait fait l'objet d'une première formation très appréciée en 2007, qui avait concerné vingt-cinq professionnels, des services de neurologie notamment. L'initiative a été renouvelée cet hiver.

La prise en charge systémique et pluridisciplinaire peut concerner tous les secteurs, et plus le nombre de professionnels formés à cette technique est important, plus grande sera son efficacité. Ainsi, en mars dernier, quatorze salariés (assistante sociale, infirmières, cadre, kiné, psychologue, psychomotricienne...) des unités de nutrition du pôle soins de suite spécialisés ont bénéficié de trois jours de formation. L'organisme nantais Formation Système Famille (Forsyfa) a été chargé de cette mission.

Carmen Lebas est formatrice et superviseur pour Forsyfa depuis janvier 2007. Assistante sociale, elle a exercé dans différents services tels qu'un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) et travaille depuis seize ans dans un service d'action éducative en milieu ouvert (AEMO). Elle a participé à la création d'un service de médiation familiale où elle exerce la fonction de médiatrice depuis septembre 2008.

L'accompagnement de la personne souffrant de troubles d'addiction nécessite la prise en compte de son contexte familial, social et professionnel. L'approche systémique permet ce

regard global et pluridisciplinaire, tant dans la compréhension du symptôme que dans les protocoles d'intervention. Entretien avec Carmen Lebas.

En quoi la systémie est-elle adaptée aux troubles addictifs ?

« L'intérêt de la systémie pour ces problématiques a été précoce. En systémie, l'individu fait partie intégrante de différents systèmes, notamment le système familial. Le système est vu comme un tout organisé, évoluant dans le temps et devant s'ajuster à son environnement. Non comme une juxtaposition d'individus. L'approche systémique va s'intéresser à la compréhension de la complexité familiale et sociale dans laquelle apparaissent les problèmes.

Dans l'approche systémique, le comportement d'addiction est considéré comme un symptôme. Ce symptôme est utile à un moment donné à l'équilibre du système, il a une fonction particulière. Quand le « patient désigné » (personne porteuse du symptôme) souffre trop, se signale à l'extérieur ou quand certains membres du système ne peuvent plus « supporter » les effets de l'addiction, le symptôme « perd » sa fonction positive. L'intervention systémique consistera à travailler avec le système et parfois l'environnement social pour en mobiliser les ressources et faire surgir de nouvelles alternatives relationnelles. L'intervenant systémique cherchera avec le système comment garder la fonction positive du symptôme tout en annulant les effets négatifs pour chacun. »

Quels sont les principaux objectifs de la formation que vous dispensez ?

« Un des objectifs est l'acquisition de connaissances portant sur la théorie des

systèmes et celle de la communication pour saisir la complexité familiale dans laquelle le symptôme d'addiction se manifeste.

Un autre est d'expérimenter la lecture systémique du fonctionnement d'un système et plus particulièrement la fonction du symptôme, de la demande. De regarder, toujours sous l'angle systémique, l'organisation familiale, dans son histoire actuelle et transgénérationnelle, ses caractéristiques structurales et fonctionnelles.

Un troisième objectif est d'appréhender la construction d'aide en clarifiant certains concepts systémiques tels que les interactions et les triangles relationnels au sein du système famille/patient/institution, les différentes hypothèses systémiques.

L'appréhension de ces différents concepts se fait aux niveaux théorique et méthodologique, au travers de mises en situation et d'analyses de la pratique des situations apportées par les participants. Il me paraît important que cette formation soit en lien direct avec le quotidien professionnel des participants et que les apports théoriques et méthodologiques puissent être utilisés par eux. »

Comment se déroule la formation ?

« La formation se déroule sur trois jours consécutifs.

Le premier jour est consacré à la vision systémique des problématiques des addictions :

- l'histoire de l'approche systémique, son intérêt dans le champ des addictions ;
- le développement des concepts systémiques spécifiques aux systèmes familiaux où émerge une conduite addictive ;
- dépendance et codépendance, lien entre addiction et l'indifférenciation

Maison des usagers

La démocratie sanitaire

de l'individu au sein de sa famille d'origine ;

- travail sur l'interaction en repérant son importance dans l'instauration de toute relation.

Le deuxième jour, nous abordons la théorie des systèmes, pour repérer :

- les places et rôles des membres du système familial et du soignant dans le système d'intervention ;
- la fonction de la conduite addictive dans le système familial et dans son environnement ;
- la crise existentielle dans l'évolution du système familial concerné ;
- la répétition sur plusieurs générations des conduites addictives.

Le troisième jour, nous travaillons sur la relation d'aide. Nous abordons les concepts de triangles et triangulation, l'étude du contexte et les différentes hypothèses systémiques. »

Quelles sont les réactions, les remarques des équipes que vous formez ?

« Les participants sont souvent étonnés de la densité du contenu de ces trois jours. Les liens constants entre la théorie et leur pratique leur permettent de considérer l'intervention systémique comme un outil utilisable, de leur place spécifique au sein de leur équipe pluridisciplinaire.

Certains ont apprécié de faire cette formation avec d'autres membres de leur équipe. Cela a permis une meilleure connaissance du rôle de chacun et de « fédérer » le groupe. Enfin, ces trois jours abordant les bases de l'intervention systémique donnent envie à certains, de découvrir davantage ce modèle et d'entreprendre une formation plus complète... » ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a posé les fondements d'une véritable « démocratie sanitaire ».

L'usager a des droits qui contribuent à le rendre à la fois acteur de la prise en charge de sa propre santé et acteur des décisions de santé publique. La loi encourage également la représentation des usagers

au sein des établissements de santé. Elle leur fait obligation de faciliter l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien aux personnes qui y sont accueillies. Ainsi, la prise en compte de la parole de l'usager, à quelque niveau qu'elle se situe, individuel ou collectif, est sans aucun doute un élément déterminant de la qualité de la prise en charge non médicale. C'est dans cet esprit que l'hôpital La Musse a mis en place cette maison des usagers. Il s'agit d'un espace d'ac-



Ils ont dit

Annie Barrois-Renaudie - Association pour le développement des soins palliatifs de l'Eure (ASP 27) : « Notre équipe d'une douzaine de bénévoles intervient régulièrement à l'hôpital La Musse pour répondre aux besoins des grands malades et de leurs proches : la prévention et le traitement de la douleur et le soutien psychologique, social et spirituel dans le respect inconditionnel de la personne. »

Nicolle Tardé et Christiane Leroux, bibliothèque : « Nous espérons pouvoir mettre en place des coins lectures à haute voix, pour les patients qui ne peuvent pas lire, mais pourraient se déplacer... Pour cela, il nous faudrait un ou deux bénévoles supplémentaires. On va s'y employer. »

Ginette Fagard - Représentante de l'Association pour le Droit de mourir dans la dignité (ADMD), membre du Cruq et du comité de pilotage (Copil) démarche qualité V2 : « Je fais partie du Cruq, mis en place il y a peu. Je viens tous les quinze jours tenir une permanence. Je ne fais ni prosélytisme ni militantisme. »

Martina Laurent - Bénévole à l'Association des paralysés de France (APF), présente une fois par mois dans le lieu, membre du Copil (avec M. de Barros, membre du Cruq) : « C'est un moment d'écoute d'abord, d'orientation ensuite selon les besoins des personnes handicapées depuis peu vers les autres professionnels, les associations plus adaptées. Nous les renseignons aussi sur leurs droits, l'accessibilité ou les mettons en contact avec un groupe de parole. »

L'Association des Grands Brûlés, par l'intermédiaire de son président national, Paul Villain, et le bénévole Philippe Lambert qui assure des permanences tous les troisièmes jeudis de chaque mois depuis dix ans : « Je vois les patients et leurs familles pour des services juridiques, psychologiques, maquillages pour... parler. Depuis peu, notre instance structurée a reçu l'agrément du Ministère de la Santé et cela va donner plus de force à nos interventions et notre investissement au sein de l'établissement. Mais nous n'avons pas attendu cette reconnaissance supplémentaire pour, depuis des années, partout en France, travailler en liaison étroite avec les équipes soignantes où nous sommes reconnus. Nous sommes force de proposition, car nous sommes bien placés pour savoir que la brûlure est une pathologie bien spécifique. »

Corinne Marc - Présidente de l'association Visite de malades en milieu hospitalier (VMEH) : « Nous nous rendons dans les chambres des patients et nous utilisons aussi, quand nécessaire, les petits salons aménagés en bout de couloir de chaque unité. Mais nous allons pouvoir utiliser cet endroit pour des rencontres entre nous. »

Denis Métayer - Responsable départemental de l'association Vie libre : « Nous intervenons principalement dans les services de nutrition/alcoolologie et, sur demande, dans les autres services. Nous tenons une permanence les mardis impairs tous les quinze jours. Nous envisageons de mettre en place, dans ce lieu, une journée d'information pour tout le monde et d'y organiser, sur demande, des rencontres avec les familles d'alcooliques. »

Francine Morineaux - Présidente de l'Association des familles de traumatisés crâniens de l'Eure : « Nous avons l'habitude de nous retrouver tous les troisièmes mercredis du mois dans une salle bien définie du pavillon de rééducation fonctionnelle. Il n'est pas facile de changer ces patients de routine, mais nous verrons... »



cueil, d'échanges, d'écoute, d'expression et d'information pour les usagers de l'établissement et les différentes associations de bénévoles habilitées de l'hôpital.

Ni un lieu de soins, ni un lieu de règlement institutionnel des conflits

La maison des usagers est un lieu d'expression de la parole individuelle et collective des usagers. C'est aussi un outil qui vise à faciliter le dialogue et les partenariats avec les professionnels de santé et l'institution (tels que les projets d'amélioration de la qualité, la rédaction de documents, la signalétique...). La maison des usagers est aussi et avant tout un endroit pour toutes les associations qui, s'y rencontrant, ont la possibilité de partager et de capitaliser leurs expériences.



Un nouveau lieu

À l'hôpital La Musse, un nouveau lieu a été aménagé au rez-de-chaussée du pavillon de soins palliatifs/oncologie et inauguré au mois de mai dernier par la direction de l'établissement et tous les utilisateurs potentiels, c'est-à-dire les représentants des structures d'aide aux patients. Ces bénévoles trouvent là un lieu convivial et facile d'accès pour aller à la rencontre des personnes soignées à l'hôpital La Musse, de leurs familles, organiser de petites manifestations, se réunir entre eux ou déposer affiches, tracts et bulletins d'information.

Catherine Palladitcheff, directrice, a souligné dans son allocution la fonction de l'endroit : lieu d'échanges, y compris entre les intervenants eux-mêmes, qu'elle a remerciés de « *leur engagement précieux et indéfectible,*

depuis des années, au sein de l'établissement hospitalier ».

L'Association des grands brûlés, en particulier, vient de se voir décerner le précieux agrément délivré par le ministère de la Santé, faisant des bénévoles engagés aux côtés des établissements, des interlocuteurs officiellement reconnus par les instances et force de proposition pour l'hôpital La Musse. La Croix d'or, Vie libre ou l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD) sont également des associations agréées. Ginette Fagard (ADMD), Corinne Marc (Visite des malades dans les établissements hospitaliers [VMEH]) et Martina Laurent (Association des paralysés de France [APF]) ont activement participé aux groupes de travail de l'autoévaluation, puis aux groupes de synthèse chargés de valider cette

autoévaluation, pour la certification (novembre 2008).

D'autres structures, comme les six bénévoles de la bibliothèque animée par l'association culturelle de la commune, espèrent pouvoir y organiser des séances de lecture à haute voix. La représentante de l'ADMD, membre de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (Cruq), y tient une permanence bimensuelle.

Un planning d'utilisation de la maison des usagers est élaboré en partenariat avec la cellule qualité. Celui-ci est affiché dans le local. Il est amendable autant que de besoin en fonction de l'utilisation de tous. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Faits marquants

Hôpital La Musse

Lutte contre la douleur

Les mesures prises pour lutter contre la douleur s'intensifient à l'hôpital La Musse avec, notamment, la mise en place de nouvelles sessions de formations Douleur. L'une est destinée aux médecins et une nouvelle formation à l'écoute « non médicale » comme outil thérapeutique, animée par deux des psychologues de l'établissement a eu lieu en juin. Elle correspond à une demande souvent exprimée par les équipes et a regroupé vingt-cinq soignants.

Lombalgies chroniques : vers une prise en charge globale

Tel était le thème de la seconde journée thématique de printemps, mise en

œuvre par le Dr Victor Liviot, à laquelle une cinquantaine de professionnels de la région a participé, en mai dernier.

Inauguration de la maison des usagers

(Lire article pages précédentes.)

Le Samsah

Une convention a été signée entre le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) après lésion cérébrale de l'hôpital La Musse et le centre de médecine physique et de rééducation l'Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées (Adapt) d'une commune voisine, officialisant un partenariat visant

à proposer un service optimum aux patients cérébrolésés dans l'optique de leur réinsertion sociale, professionnelle et familiale.

Certification V2 démarche qualité

Depuis le mois de janvier, une fois par trimestre et par pavillon, une enquête flash est réalisée auprès des patients pour « coller » un peu plus à la réalité du terrain entre chacune des grandes enquêtes patients réalisées tous les 18 mois. Le livret d'accueil, remis à chaque patient au moment de son admission, a été réactualisé.

Dans le cadre des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) des médecins demandées par la démarche qualité

L'équipe du pôle soins de suite et de réadaptation, intervenue sur le thème :

« La lombalgie, vers une prise en charge globale », lors des dernières journées thématiques de printemps.



de certification (V2), un groupe pluridisciplinaire réuni autour du Dr Jean-François Lanoy est intervenu, à Montpellier en juin dernier, dans le cadre du Congrès annuel des brûlés sur le thème : « Préparation du patient brûlé au regard de l'autre ».

Toujours mis en place dans le cadre de la V2, douze correspondants qualité ont été nommés cet été, issus des trois pôles et de métiers différents ; ils seront un relais entre les salariés et la cellule qualité. Les experts-visiteurs étaient présents à l'hôpital La Musse fin novembre dans le cadre de la démarche de certification V2.

Cuisines

Les travaux de la future unité centrale de production alimentaire (UCPA) d'Évreux avancent. À l'hôpital La Musse, douze salariés (sur 63 personnes) partiront y travailler. L'UCPA devra, à terme, fournir les 1 600 lits du centre hospitalier (CH) intercommunal Eure Seine (hôpitaux d'Évreux/Vernon), de l'hôpital La Musse et du CH spécialisé de Navarre (psychiatrie).

Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

En mai, Catherine Palladitcheff, directeur, a reçu l'équipe réseau de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) pour faire le point sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), issu du schéma régional d'organisation sanitaire troisième génération (Sros 3). Cette nouvelle disposition, permet un suivi du contrat qui détermine le fonctionnement de l'établissement pendant cinq ans. L'accent a été mis sur la nécessité d'ouverture de lits destinés aux cérébrolésés, sur l'extension de nos capacités d'accueil de patients en oncologie et soins de suite polyvalents. ■



L'équipe Évaluation des pratiques professionnelles réunie autour du Dr Jean-François Lanoy sur le thème de la première sortie du patient brûlé, confronté au regard de l'autre.

Autour du Dr Didier Chauvin (debout), nouveau chef du pôle soins de suite polyvalents/gériatrie, l'équipe chargée de travailler sur la mémoire (voir article p. 12).



Faits marquants

Hôpital Villiers Saint Denis

Articulation de l'équipe de direction en pôles actions

La nouvelle organisation/articulation de l'équipe de direction, pour atteindre ses objectifs de façon dynamique, et en particulier la tarification à l'activité (T2A), sera désormais articulée en quatre pôles sans hiérarchie entre eux :

- le pôle prospectives et stratégie : conception de « l'hôpital du futur », coopérations et développement d'activités ;
- le pôle financier et contrôle de gestion : expérimentation de la T2A (prioritaire) ;
- le pôle gestion des risques et qualité : les risques, les grands travaux et le comité de lutte contre les infections nosocomiales (Clin), le comité de lutte contre la douleur (Clud) et la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (Cruq) ;
- le pôle ressources humaines et gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences (GPPEC) : GPPEC, recrutements adaptés aux enjeux et formations.

Les pôles ou leaders de pôles qui s'associent leurs proches collaborateurs et leurs collègues et/ou pôles voisins selon les besoins ou circonstances ont pour vocation de créer une dynamique permanente de projet.

La méthode est d'encourager un travail formalisé en équipes restreintes à géométries variables dans l'interdépendance associative de chacun des pôles et de leurs membres en fonction des objectifs.

Groupe de coopération sanitaire (GCS)

Le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH), Pascal Forcioli, souhaite que la logique du GCS soit réactivée et que de nouvelles coopérations soient construites en son sein. Une assemblée générale s'est tenue le 18 juin 2008 au

centre hospitalier (CH) de Château-Thierry. Des propositions conjointes sont à faire sur les thèmes suivants : la filière gériatrique, la biologie médicale, la pharmacie à usage intérieur, l'imagerie médicale, les soins palliatifs, le service social, la qualité et les pools de remplacement. Le GCS a vocation à servir de point d'appui local dans le cadre des futures communautés hospitalières de territoire.

Développement

- Installation d'un atelier d'appareillage au CH de Saint-Quentin mi-décembre 2008.
- Signature de conventions avec :
 - le CH de Compiègne le 20 août 2008 visant à offrir à la population du territoire de santé du sud-est une prise en charge optimale en matière de réhabilitation respiratoire,
 - le CHU de Reims le 21 janvier 2008 afin de faciliter la coopération dans le domaine de la prise en charge des patients atteints d'accident vasculaire cérébral.

GPPEC et formation professionnelle

Le plan de formations individuelles 2008 a été validé par les instances représentatives du personnel, favorisant ainsi l'accès aux formations pour la quasi-totalité des demandes des personnels. Le plan de formations « collectives » à l'initiative de l'employeur a également été validé ; celles-ci s'inscrivent dans le cadre du projet d'établissement et des projets de services. Le droit individuel à la formation est mis en place en 2008.

Animations pour les patients

- Un stage de plongée sous-marine avec quelques anciens patients s'est

déroulé du 5 au 11 octobre 2008 au club Léo-Lagrange de Camaret-sur-Mer (29), l'un des plus importants centres de plongée de France et l'un des plus sécuritaires. Ce stage a été organisé par Frédéric Lamandé, cadre rééducateur, accompagné de Carl Colemans, kinésithérapeute. Il a permis à six amputés traumatiques et artéritiques de goûter aux joies de la plongée sous-marine. Ces patients sont amputés des membres inférieurs (jambes) ou des membres supérieurs (bras). Pour Frédéric Lamandé, « *le but était de montrer à ces amputés que, sous l'eau, il n'y a plus de handicap. C'est finalement grâce à leur handicap que ces anciens patients ont pu découvrir la plongée !* ».

- Une sortie canoë-kayak pour douze patients du pôle vasculaire, diabétologie et appareillage (VDA) s'est déroulée le 3 juillet dernier au club de Verdelot (77). Carl Colemans, kinésithérapeute, et Périne Blanchevoys, ergothérapeute, ont encadré ces patients, accompagnés de trois stagiaires kinésithérapeutes.
- Dans le cadre des rendez-vous de l'été organisés par l'office de tourisme de Charly-sur-Marne, un concert gratuit de la chorale du foyer rural de Pavant a été proposé pour tous, derrière le château de l'établissement, le samedi 28 juin 2008.
- Fête de la musique : l'établissement a reçu la visite de musiciens qui ont sillonné les couloirs pour apporter un peu de joie et légèreté au son de leurs saxophone, guitare et flûte traversière. Un passage très apprécié, tant par les patients que par le personnel soignant.
- À l'occasion du festival Jean de La Fontaine le 31 mai 2008, douze patients

ont assisté à un concert dans l'église de Villiers Saint Denis.

- Une séance de tir à l'arc au profit de onze patients du pôle VDA a eu lieu au club de tir à l'arc de Charly-sur-Marne le 28 mai dernier. La présidente du club, Lan Despeyroux, également cadre rééducateur de l'établissement, ainsi que Tomasz Zaorski, kinésithérapeute, ont encadré les patients pour leur enseigner les principes de base du tir à l'arc. Ces patients ont pu s'initier sur le jeu d'arc en plein air. Pour tous, il s'agissait de se rendre compte qu'il est possible de pratiquer un sport exigeant adresse et précision. La compagnie d'arc de Charly-sur-Marne a remporté le premier prix du challenge Sports et handicaps organisé par la direction régionale de la jeunesse et des sports, le comité régional olympique et sportif de Picardie et le comité régional handisport, dans la thématique : « Entretenir, renforcer et/ou développer l'autonomie des pratiquants ». Le projet présentait les séances d'initiation au tir à l'arc pour les patients de l'hôpital.

Journées thématiques

- Soirée médicale (atelier interactif) jeudi 12 juin 2008 organisée par les laboratoires Johnson et Johnson au profit des médecins et infirmières d'hôpitaux et de ville : « Les plaies en sortie hospitalière. Prise en charge des plaies traumatiques, ulcères, escarres et plaies aiguës. »
- L'atelier d'appareillage a été, les 2 et 3 juin 2008, centre de correction orale pour l'épreuve de connaissances médicales appliquées du BTS prothèse-orthèse des étudiants du lycée d'Alembert de Paris 19^e.



Enquêtes

Les correspondants externes évaluent l'hôpital (voir article page 31).

Participations externes du personnel

Les personnels véhiculent une image « active » de l'établissement, en partici-

pant à différentes journées ou conférences. À citer, pour 2008 :

- les rendez-vous santé de la Mutualité sur la maladie d'Alzheimer le 27 septembre 2008 ; le Dr Guy Schneider a participé en tant qu'intervenant médical. Cette journée a remporté un vif succès et des questions perti-





nentes ont été posées de la part d'un public attentif et concerné ;

- dans le cadre des soins infirmiers en diabétologie, intervention de Marylène Dieudegard, infirmière éducation, et Marie-Noëlle Mourtoux, diététicienne, auprès d'étudiants infirmiers de deuxième année de l'institut de formation en soins infirmiers (Ifsi) de Provins ;
- assistance d'une ergothérapeute de l'établissement, au profit d'un patient

tétraplégique du CH de Château-Thierry.

Visites

- Dans le cadre de la formation aide-soignant, un groupe de vingt étudiants de l'Ifsi de Château-Thierry ont visité la cuisine centrale le 17 septembre 2008.
- Vingt étudiants en troisième année à l'Ifsi de Château-Thierry sont venus visiter le pôle médecine physique et

réadaptation mardi 3 juin 2008, sous la conduite de Lan Despeyroux, cadre rééducateur.

- Le Pr Vincent Duverger, chef du service de chirurgie vasculaire de l'hôpital Bégin de Saint-Mandé, accompagné de dix membres de son équipe (médecin, infirmier et personnel administratif), a visité le pôle VDA le jeudi 3 avril 2008.
- Neuf personnes du groupe hospitalier Bichat-Claude-Bernard, service d'endocrinologie diabétologie et nutrition, ont visité le jeudi 31 janvier le pôle VDA ainsi que l'atelier d'appareillage.

La visite du service de chirurgie vasculaire de l'hôpital Bégin.



Départs et remise de médailles

- Mardi 24 juin a eu lieu la remise des médailles d'honneur du travail à soixante-quatre récipiendaires. La cérémonie s'est déroulée dans le parc de l'établissement.
- La médaille de la Fondation a été remise :
 - au Dr Jean-Louis Renard, pneumologue (en retraite fin août 2008) ;
 - au Dr Jean-Pierre Dubois, pneumologue allergologue (en retraite au 31 décembre 2008) ;
 - à Jean Besnehard, cadre rééducateur (en retraite au 31 décembre 2008). ■

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 €



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.

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



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 deux établissements de santé privés à but non lucratif
participant au service public hospitalier :

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| • Hôpital Villiers Saint Denis | • Hôpital La Musse |
| 1, rue Victor-et-Louise-Monfort | Allée Louis-Martin |
| BP 1 | BP 119 |
| 02310 Villiers Saint Denis | 27180 St-Sébastien-de-Morsent |
| Tél. : 03 23 70 75 22 | Tél. : 02 32 29 30 31 |

Siège social :

14, boulevard Saint-Germain - 75005 PARIS

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

www.larenaissancesanitaire.fr

larenaissancesanitaire@lrs-fondation.net

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.