

Le magazine de La Renaissance Sanitaire

Regards

N°9 JUILLET 2009

Actualités

Enjeux

Compétences

Initiatives



Hôpital La Musse
Samsah La Musse
Hôpital Villiers Saint Denis
Centre d'appareillage

**La Renaissance
Sanitaire**

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

La direction de La Renaissance Sanitaire

La fondation La Renaissance Sanitaire est dotée d'un conseil d'administration composé de douze membres, dont un membre représentant le ministre de l'Intérieur. Ses trois hôpitaux sont dirigés chacun par un directeur assisté d'une commission médicale d'établissement (CME).

Le conseil d'administration



Président
Didier GABORIAUD
Président du Groupe Mutualité francilienne



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
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

Pôle de rééducation fonctionnelle	
Six nouveaux lits d'éveil	p. 4
Centre d'appareillage	
Une antenne au centre hospitalier de Saint-Quentin (02)	p. 6
L'unité centrale de production	
Sur de bon rails...	p. 8
Stratégie	
Les coopérations	p. 9
Démarche qualité V2	
Les résultats de notre certification	p. 10

compétences

Agent des services hospitaliers	
Un métier peu connu	p. 11
Témoignages	
L'équipe du pôle médecine physique et réadaptation de Villiers Saint Denis	p. 13
Expérience	
Ginette Bal, ASH depuis quinze ans	p. 14
Cancer et fin de vie des patients âgés	
La prise en charge psychologique	p. 15

en jeux

Point d'étape	
Expérimentation T2A en SSR	p. 19
Hôpital Villiers Saint Denis	
Le Coviris développe l'Amdec	p. 22
Évaluation des pratiques professionnelles	
Première sortie du brûlé : préparation aux regards de l'Autre	p. 24
Réseau de santé Adiammo	
La 100^e consultation multidisciplinaire de diabétologie	p. 27

initiatives

Projet Géode	
Lutter contre la dénutrition	p. 29
Posturologie	
SAM 3D : le dos sous toutes ses coutures	p. 32
Faits marquants	
Hôpital La Musse	p. 34
Hôpital Villiers Saint Denis	p. 36



Directeur de publication : Didier Gaboriaud ■ Rédacteurs en chef: René Durand, René Vandamme, Catherine Toublanc ■ Conception maquette: Héral ■ Imprimerie de Champagne ■ Dépôt légal 3^e trimestre 2009.



Anticiper, s'adapter, mutualiser, rechercher la qualité, cela pourtant dans un contexte financier tendu, c'est, comme je l'écrivais dans le précédent numéro de *Regards*, une préoccupation constante des établissements de La Renaissance Sanitaire.

Les hôpitaux La Musse et Villiers Saint Denis viennent d'être certifiés, avec d'excellents résultats, par la Haute Autorité de santé. Sur les 132 critères d'évaluation, ils ont obtenu plus de 92 % de cotations A (*satisfait totalement*) et B (*satisfait en grande partie*), entre 3 % et 8 % de cotation C (*satisfait partiellement*) et aucune cotation D (*pas du tout satisfait*).

Professionnalisme et engagements de l'ensemble des personnels, au profit de l'amélioration du service rendu aux patients, ont contribué à de tels résultats. Le travail des agents de service hospitalier (primordial en termes d'hygiène et d'alimentation), l'évaluation des pratiques professionnelles ainsi que le pendant de la qualité, la gestion des risques, sont particulièrement mis en exergue dans ce numéro. Ils participent d'une démarche d'amélioration continue de la qualité... qui se poursuit sans relâche.

La qualité, c'est aussi coopérer et travailler en réseau afin d'améliorer le parcours de soins. Au sommaire de *Regards* n°9 : la décentralisation du centre d'appareillage de Villiers Saint Denis au centre hospitalier de Saint-Quentin, les réseaux Adiammo (diabète), Géode (dénutrition) et Normandos (posturologie et SAM 3D), mais aussi un point de situation sur les coopérations logistiques, voire médicales, du sud de l'Aisne et de l'agglomération ébroïcienne (Évreux).

Alors que les parlementaires viennent d'adopter le projet de loi Hôpital, patients, santé et territoires dont plusieurs dispositions concernent les coopérations sanitaires, mais également médico-sociales, alors que le renouvellement des autorisations d'activité et la mise en place de la tarification à l'activité en soins de suite et de réadaptation sont imminents, il s'agit, malgré encore certaines incertitudes sur le système de santé réformé (nombreux décrets à paraître), d'identifier les déficiences sanitaires et d'organiser les prises en charge idoines (à l'instar de l'ouverture de l'unité « lits d'éveil » à l'hôpital La Musse).

Mailler le territoire, par une offre de soins ajustée et efficiente répondant aux besoins de l'ensemble des concitoyens, guide nos projets de développement de nouvelles activités et doit participer à la réduction d'inégalités d'accès aux soins, malheureusement toujours trop nombreuses. Encore faut-il que la visibilité sur la tarification de ces activités soit suffisante *a priori* et ne serve pas, *a posteriori*, de variable d'ajustement incessante et paralysante.

Didier Gaboriaud
Président de La Renaissance Sanitaire

Pôle de rééducation fonctionne Six nouveaux lits d'éveil

« Coller au plus près des besoins de santé publique de la région, tel est notre souci permanent et nous nous réjouissons de pouvoir ouvrir, en ce début de mois de février, cette unité nouvelle comprenant six lits d'éveil », a notamment déclaré Catherine Palladitcheff, directeur de l'hôpital La Musse, lors de l'ouverture officielle, fin janvier, de l'unité 1 du pôle de rééducation fonctionnelle, entièrement remise à neuf cet automne par les services techniques de l'établissement.

De vastes chambres aux couleurs variées, à la fois douces et stimulantes, des lits adaptés, des tapis et des fauteuils poires, des télévisions écran plat..., une salle de rééducation au centre de l'unité, unité de lieu, référentiel indispensable à la construction des repères... et une salle chaleureuse à l'entrée pour les réunions de synthèse du matin et l'accueil des familles l'après-midi... L'unité a belle allure.

Unique dans le département

Inscrite dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens à la demande de l'agence régionale de l'hospitalisation et unique dans le département de l'Eure, l'unité 1 accueille donc, depuis début février, des patients adressés à l'hôpital La Musse par le service de réanimation neurochirurgicale du CHU de Rouen, les services de neurochirurgie et les services de réanimation des hôpitaux d'Évreux/Vernon (centre hospitalier intercommunal Eure-Seine), voire de la région parisienne.

Un service atypique

C'est l'équipe du Dr Denis Boiteux, chef du service de rééducation neurologique à l'hôpital La Musse, qui a la charge de cette unité atypique puisqu'elle dispose de sa propre salle de kiné, d'une pièce pour l'accueil des familles et d'un système de surveillance vidéo (sans enregistrement ni son) dans chaque chambre. *« Les malades reçus dans l'unité d'éveil sont des patients peu réactifs qui ont besoin d'un univers à la fois calme et stimulant. Ils disposent de chambres agrandies car ils nécessitent une prise en charge médicale très importante. Nous devons utiliser de multiples voies sensorielles pour solliciter et stimuler afin de favoriser leur éveil. Nous devons pouvoir nous adapter à la (bonne) disponibilité d'un malade à un moment donné de la journée et mobiliser toutes nos compétences, quel que soit l'instant où le malade est accessible. »*

Les premiers patients

Dès la première semaine, deux patients dont les familles habitent Évreux (à quelques kilomètres à peine de l'hôpital) ont été admis dans l'unité, illustrant bien la volonté d'être « au plus près des familles », dont l'influence est primordiale pour le réveil des malades. Il est d'ailleurs demandé aux proches d'apporter posters, photos et objets personnels dans la chambre et d'indiquer les goûts du patient pour favoriser les stimulations les plus adéquates. *« Il ne s'agit pas d'accumuler des objets personnels mais de se servir, à un moment donné, d'une image, d'un morceau de musique signifiant pour le malade, du plaisir d'une cuillère de yaourt à la framboise, pour travailler la perception, la sollicitation d'un événe-*

ment antérieur porteur de sens pour le malade », appuie le médecin.

Une psychologue de l'hôpital La Musse, Carine Harneau, a été détachée à mi-temps pour intervenir dans le service, notamment auprès des familles pour lesquelles le contrecoup du choc de l'accident est évident. Par ailleurs, si l'évolution de la pathologie est mauvaise et que le patient présente des risques de séquelles, le travail réalisé en amont aidera la famille à accepter plus vite le handicap de leur proche et à démarrer le travail de deuil nécessaire.

Description

Premier patient admis : une jeune fille de 14 ans, victime, à la mi-décembre, d'un accident vasculaire cérébral bifrontal avec troubles neuropsychologiques, confuse et en phase d'éveil, a été adressée par le service de neuropédiatrie du CHU de Rouen. Elle souffre d'un manque de flexibilité mentale et d'une paralysie d'origine centrale. Mise en fauteuil, elle est sollicitée et un travail est effectué sur la mémoire, et l'image de son corps avec la psychomotricienne. L'évolution est bonne et tout laisse à penser que le pronostic est favorable.

Deuxième admis : un jeune homme de vingt ans ayant subi une agression en octobre dernier. Hospitalisé aux Herbiers, centre régional de médecine physique et de réadaptation, structure similaire de Bois-Guillaume (Seine-Maritime), dans le service du Dr Stéphane Verfaillie, il a pu profiter de l'ouverture de l'unité pour être transféré au plus près de sa famille. Il présente des troubles de la mémoire, est ralenti, incohérent, montre des difficultés à gérer le temps, l'espace, des troubles de la flexibilité mentale et des troubles de l'équilibre. Il bénéficie d'un travail sur

« lits d'éveil » en janvier 2009.

avec un patient de l'unité.)

5

Centre d'appareillage

Une antenne au centre hospital

Dès 2006, suite aux contacts établis entre le Dr Brigitte Faillie (médecin chef du service de rééducation fonctionnelle du centre hospitalier [CH] de Saint-Quentin), le Dr Patrick Billeman (médecin de rééducation fonctionnelle du CH), le Dr Jean-Claude Dupré (chef du pôle vasculaire diabétologie appareillage de l'hôpital Villiers Saint Denis) et Éric Dechamps (directeur technique et développement du centre d'appareillage de Villiers Saint Denis), Jean-Louis Jallu, directeur du CH, se rapproche de Jean-Louis Yonnet, son homologue de Villiers Saint Denis, afin de mettre en place une consultation d'appareillage à Saint-Quentin..., puis un centre d'appareillage.

Convention du 10 août 2006

Une convention, signée par les deux directeurs, définit le fonctionnement d'une consultation médico-technique d'appareillage bimensuelle au CH de Saint-Quentin au profit des patients hospitalisés et externes. La consultation est assurée par le Dr Billeman, Éric Dechamps ou l'un des prothésistes du centre d'appareillage de Villiers Saint Denis.

Bilan de la consultation médico-technique fin 2007

Avantages

- La consultation médico-technique fonctionne bien, les patients semblent globalement satisfaits.
- Les patients devant bénéficier de soins locaux, de rééducation et d'appareillage sont vus avant d'être orientés (avec leur accord) vers une hospitalisation à l'hôpital de Villiers Saint Denis (pôle VDA).
- Après la sortie, le suivi des appareillages réalisés à Villiers Saint Denis est assuré lors de la consultation créée au CH de Saint-Quentin.

Inconvénients

- Les patients dialysés rencontrent des difficultés pour se rendre à Villiers Saint Denis.
 - Les modifications d'appareillage, sur place à Saint-Quentin, ne sont pas aisément réalisées en raison de locaux inadaptés et d'absence de matériels nécessaires.
 - Certains patients refusent de se déplacer pour un (ré)appareillage au centre de Villiers Saint Denis, trop éloigné de leur domicile (120 km, voire plus...).
 - Les patients ne comprennent pas qu'il n'y ait pas sur place la structure d'appareillage qui leur est nécessaire.
 - Une partie des patients préfère un centre de rééducation fonctionnelle plus proche.
 - Les transports en taxi, véhicules sanitaires légers (VSL) ou ambulances, pour des prises de moulages, des essayages, des livraisons ou des modifications d'appareillages, sont coûteux.
- Il apparaît dès lors absolument nécessaire de réagir à ces inconvénients majeurs.

20 décembre 2007 : projet d'installer un centre d'appareillage au CH de Saint-Quentin

Il s'agit :

- d'assurer un meilleur service de proximité aux personnes handicapées pour des raisons neurologiques, rhumatologiques, traumatiques, vasculaires et/ou diabétiques, amputées ou non, et parfois dialysées ;
- de permettre l'appareillage de ces patients dans l'enceinte du CH de Saint-Quentin ;
- de réduire les délais de livraison des appareillages ;
- de réaliser sur place les modifications et le suivi des appareillages ;
- d'assurer « une meilleure réponse » à toute demande d'appareillage de décharge du « pied diabétique », appareillage compliqué à réaliser dans des délais courts ;
- de répondre au mieux aux demandes des médecins prescripteurs ;
- de diminuer la fatigue, le temps et le coût du transport de ces personnes handicapées ;
- de développer et pérenniser l'activité régionale du centre d'appareillage de Villiers Saint Denis.

Aussi, ce dernier propose, en accord avec la direction et les médecins du CH de Saint-Quentin, d'installer dans l'espace Cordier un atelier d'appareillage. Le CH prend à sa charge le coût des travaux architecturaux.

Les nouveaux locaux sont réceptionnés le 16 février 2009 en présence de Jean-Louis Jallu et de son équipe de direction. La visite de conformité, le 23 mars 2009, est réalisée et délivrée par les services de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) de Lille et l'Association des anciens combattants et victimes de guerre.

Centre hospitalier de Saint-Quentin

1, avenue Michel de l'Hôpital
BP 608 - 02321 Saint-Quentin Cedex
Tél. : 03 23 06 71 71 - www.ch-stquentin.fr

Les locaux de l'antenne
d'appareillage de Saint-Quentin
réceptionnés par l'équipe
de direction du centre hospitalier.

Atelier de Saint-Quentin (02)

L'atelier d'appareillage de Saint-Quentin, dont les abords permettent un accès très facile pour les personnes handicapées, comprend une salle d'attente, une salle de plâtres pour les prises de moulages et les mesures, une salle d'essayage, un atelier de fabrication et un sanitaire.

Matériel d'équipement et de production : soutien du conseil régional

Il y a un an, le centre d'appareillage de Villiers Saint Denis a fait construire à sa charge un nouvel atelier et autofinance complètement toute son activité actuelle. Aussi, pour la réussite du projet dont l'utilité est incontestable pour améliorer le service rendu aux personnes handicapées des environs de Saint-Quentin, le centre d'appareillage de Villiers Saint Denis a sollicité le 6 février 2008 une participation financière auprès du conseil régional de Picardie. Dès le 28 juin de la même année, une convention de participation financière était signée avec le président du conseil régional de Picardie. Un mois avant, le 16 mai 2008, Pascal Forcioli, directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, émettait avis favorable au projet.

Moyens humains nécessaires

Le centre d'appareillage de Villiers Saint Denis met à disposition un orthoprothésiste dans l'atelier de Saint-Quentin. Son temps et ses jours de présence dépendent de l'activité.

Prises en charge des appareillages

La prise en charge de tous les appareillages est faite à partir de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), suivant les conditions d'agrément du centre d'appareillage de Villiers Saint Denis par la caisse régionale d'as-



surance maladie de Villeneuve-d'Ascq. Pour les patients hospitalisés au CH de Saint-Quentin, la prise en charge des appareillages est assurée par le budget de fonctionnement de l'hôpital, suite à une prescription faite par un médecin salarié de l'hôpital et une acceptation du responsable des services économiques. Pour les patients externes, elle est réalisée à partir d'une prescription médicale et d'une demande d'entente préalable. Un accord de prise en charge est délivré par la Sécurité sociale ou l'organisme de protection sociale dont dépend le patient. La prise en charge comprend une prestation complète, dont le suivi de l'appareillage.

Convention de partenariat

Le 17 février 2009, une convention de partenariat est signée par les deux hôpitaux afin de formaliser la création du nouvel atelier et la mise à disposition de locaux. L'activité a débuté le 13 mars dernier.

La complémentarité interhospitalière exemplaire ayant permis l'installation

d'une antenne d'appareillage au CH de Saint-Quentin est le résultat d'efforts collectifs. Son but, améliorer l'offre de soins en appareillage à Saint-Quentin et assurer le développement régional du centre d'appareillage de Villiers Saint Denis, est atteint. ■

Éric Dechamps
Dr Jean-Claude Dupré
Hôpital Villiers Saint Denis

Autres consultations décentralisées du centre d'appareillage de Villiers Saint Denis

- CH de Château-Thierry
- CH de Soissons
- CH de Troyes
- CHU Robert-Debré, Reims
- Hôpital Maison-Blanche, Reims
- Hôpital Bichat - Claude-Bernard, Paris 18^e
- Hôpital Jean-Jaurès, Paris 19^e

Pour tout renseignement sur ces consultations :

Tél. : 03 23 70 74 11

Email : secretariat.appareillage@lrs-villiers.net

L'unité centrale de production alimentaire

Sur de bons rails

L'unité centrale de production alimentaire (UCPA) d'Évreux ouvrira ses portes le 1^{er} octobre 2009 et permettra, à terme, de livrer « clés en main » les 1 600 repas quotidiens destinés aux établissements hospitaliers et maisons de retraite du secteur. Ce sera l'aboutissement du travail de toute une année de mise en forme juridique du groupement de coopération sanitaire créé avec le centre hospitalier (CH) intercommunal Eure-Seine (regroupant les hôpitaux d'Évreux et de Vernon) et l'hôpital psychiatrique d'Évreux.

Ce sera la finalisation d'un travail financier mené avec les deux autres établissements pour aboutir à la confection de repas de qualité à des coûts maîtrisés. Ce sera surtout la concrétisation d'un accompagnement social soutenu, mis en place il

y a près de deux ans, pour que le transfert de la douzaine de salariés de l'hôpital La Musse concernés se déroule dans les meilleures conditions possibles...

Cabinet de consultants

Dès 2007 en effet, la décision a été prise de faire appel à un cabinet extérieur chargé d'aider les trois établissements hospitaliers de la région d'Évreux dans l'affectation de leurs professionnels. Le Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH) a été retenu et est venu présenter sa démarche dans les trois établissements avant de rencontrer individuellement chacun des salariés (une trentaine à l'hôpital La Musse) afin d'entendre et définir ses choix et motivations.

De son côté, et pour aider le cabinet extérieur, la direction des ressources humaines de l'hôpital La Musse avait établi des « fiches de postes » pour les salariés appelés à travailler dans l'UCPA et ceux choisissant de rester à l'hôpital La Musse. « Nous avons tenu compte des choix de chacun, mais aussi

de critères nécessaires de compétences, diplômes et types de contrats liant le salarié à l'hôpital », précise Béatrice Blanche-Lopoukhine, directrice des ressources humaines. À l'hôpital La Musse, tous les premiers choix ont pu être honorés : douze salariés iront travailler à l'UCPA et à peu près autant resteront en poste dans l'établissement. »

Formations

Les douze salariés de l'hôpital qui partiront à l'UCPA ont bénéficié d'une première réunion d'information de la part du responsable de l'UCPA, Patrick Gentet. Ils cuisineront dans de très bonnes conditions : locaux neufs et matériels de pointe, pour l'usage desquels ils recevront une formation. Les professionnels destinés à encadrer les équipes recevront une formation *ad hoc*, sans oublier, pour tous, un rappel de la méthode anglaise HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point - voir encadré page 12) concernant les dernières règles d'hygiène en vigueur. Ils travailleront 35 heures par semaine, réparties sur quatre jours (lundi, mardi, jeudi et vendredi : deux jours à 9 h 30 et deux jours à 8 heures).

Les professionnels qui partent resteront salariés de l'hôpital La Musse et conserveront donc tous leurs avantages.

À l'hôpital La Musse, où davantage de polyvalence de la part des salariés sera sans doute nécessaire, l'organisation interne devra être revue pour accueillir et gérer les aliments livrés en grands conditionnements dès le 1^{er} octobre prochain. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

L'unité centrale de production alimentaire en pleine construction, à quelques mètres du CH intercommunal Eure-Seine.



Stratégie

Les coopérations

Cela peut paraître une évidence, mais il convient de rappeler que nos hôpitaux sont des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), bien souvent spécialisés selon les pathologies.

La stratégie développée au sein de la Fondation La Renaissance Sanitaire depuis de nombreuses années tend à s'inscrire dans des filières de soins, des réseaux coordonnés et à développer des partenariats en ce sens. Cet aspect prend une valeur accrue depuis la parution des décrets du 17 avril 2008 et de la circulaire du 3 octobre 2008 réorganisant l'activité SSR.

À titre indicatif, pour ne citer que les plus récentes, pour l'hôpital Villiers Saint Denis, d'importantes conventions ont été signées ces derniers mois avec :

- le centre hospitalier (CH) de Compiègne en matière de réhabilitation respiratoire ;
- le CH de Provins sur le même thème ;
- le centre Léopold-Bellan d'Ollencourt en matière de réadaptation cardiaque ;
- le CH de Soissons pour mise à disposition d'un médecin neuropsychiatre au titre de la maladie d'Alzheimer ;
- le CH de Saint-Quentin et l'hôpital Jean-Jaurès pour des consultations d'appareillage (voir page 6).

Un important dossier, celui de la filière gériatrique entre les hôpitaux Villiers Saint Denis et Château-Thierry (y compris l'établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes [Ehpad]), vient de voir une avancée très significative par la signature d'une convention le 3 juin 2009, qui valide, de plus, la désignation du Dr Guy Schneider, chef de pôle gériatrie pneumologie cardiologie de l'hôpital Villiers Saint Denis, comme pilote de cette filière.

Il convient de noter que, dans un premier temps, cette convention se situe hors

groupement de coopération sanitaire (GCS) du sud de l'Aisne et qu'un travail de réflexion complémentaire est effectué avec le CH de Soissons.

Les recommandations du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de Picardie tendant à associer les établissements du groupe privé Courlancy ont été suivies d'effet par des contacts avancés avec cette structure, dans la perspective d'une convention concernant l'ensemble des pathologies pouvant faire l'objet d'une complémentarité.

Toujours en matière de coopération, il est bon de rappeler que le GCS est un outil indispensable, et sous l'impulsion réitérée du directeur de l'ARH de Picardie, la convergence des plateaux techniques de Villiers Saint Denis et Château-Thierry (et prochainement Soissons pour certains points) est en marche.

La mise en commun concernant les laboratoires a vu un premier pas dans la mise à disposition de deux laborantins de l'hôpital Villiers Saint Denis auprès du CH de Château-Thierry et se poursuit selon un calendrier rapide pour parvenir à un regroupement sur le site de Château-Thierry.

La même démarche, qui pourrait être réalisée sous l'égide du pharmacien inspecteur régional, débute pour les pharmacies à usage interne.

Enfin, une réflexion est menée autour de l'imagerie.

Le directeur de l'ARH propose également un rapprochement en matière de services sociaux, de qualité, de formations...

Sur la philosophie générale des coopérations, les textes susvisés SSR trouvent un prolongement dans le projet de révision du volet SSR du schéma régional d'organisation sanitaire troisième génération (Sros 3).

Il est très clair que tout doit être mis en œuvre pour lutter contre les cloisonnements, pour parvenir à une articulation entre tous les acteurs, particulièrement



entre le sanitaire et le médico-social. L'élément majeur est l'évaluation des besoins avant toute admission et la réalisation de fiches médico-sociales familiales. Il s'agit, dès l'entrée en court séjour, de prendre en compte le plus en amont possible les besoins en soins de suite, puis le retour à domicile ou en Ehpad ou l'intervention de soins à domicile.

À ce titre, la fiche de liaison établie conjointement par les hôpitaux Villiers Saint Denis et Château-Thierry est exemplaire et permettra d'assurer la fluidité des séjours entre les diverses structures.

Conséquemment, les conventions avec nos partenaires prendront en compte prochainement cet aspect.

Lors de la mise en œuvre d'un partenariat ou la réactualisation de ceux existants, un programme d'actions annuel devra être établi, une évaluation régulière et des rencontres entre équipes multidisciplinaires systématisées.

Il nous appartient de démontrer la réalité et la vie de nos conventions, d'effectuer des bilans et d'opérer les réajustements nécessaires.

Nous intégrons cette démarche, non pas parce qu'elle est inscrite dans les textes, mais parce que telle est notre conviction. ■

Francis Gilgaire
Hôpital Villiers Saint Denis

Démarche qualité V2

Les résultats de notre certification

La Haute Autorité de santé (HAS) a rendu son rapport définitif concernant la démarche de certification (version 2 [V2]) suite au passage des experts-visiteurs en novembre dernier à l'hôpital La Musse. Ces derniers ont mesuré tout le travail réalisé et les actions correctives mises en œuvre depuis la première visite. Ils ont choisi de mettre en exergue deux actions remarquables : la prise en charge de la douleur et le simulateur de conduite.

Un maximum de cotations A et B

Avec 117 critères d'évaluation classés en catégories A et B (*satisfait totalement et satisfait en grande partie* à la problématique posée), soit 91,4 % des points évalués, seulement 11 critères en cotation C (*satisfait partiellement*) et aucune en cotation D (*ne satisfait pas du tout*), l'établissement obtient un très beau résultat. Il s'agit là du témoignage officiel du travail important fourni au quotidien par l'ensemble des professionnels, au travers des différents groupes constitués chargés de mettre en exergue la démarche qualité menée dans l'établissement.

Les grandes lignes du rapport

Le chapitre « politique et qualité de management » obtient 90 % de cotations A et B et la HAS invite « l'établissement à poursuivre ses efforts dans l'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels [qui] font partie des objectifs de la politique des ressources humaines ».

Les ressources transversales obtiennent 92,5 % de cotations A et B, avec cependant les réserves de « non-conformité du pavillon 2 » et l'intensification demandée de la « formation du personnel à la prévention et la lutte contre le risque incendie », remarques assorties d'une demande de suivi.

La prise en charge du patient obtient 92,2 % de cotations A et B. Les commentaires nous engagent à poursuivre notre démarche concernant le « respect de la volonté du patient et son consentement éclairé requis pour toute pratique le concernant », « la prescription d'examens justifiée par l'état du patient avec mention des renseignements cliniques requis et des objectifs de la demande » et la « maîtrise des conditions de dispensation des médicaments ».

L'évaluation et les dynamiques d'amélioration reçoivent 88,2 % de A et B avec une invitation à poursuivre la démarche qualité dans le domaine de « la satisfaction des correspondants externes, son évaluation et sa prise en compte » et dans « l'efficacité du programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques, régulièrement évaluée ».

Actions remarquables

Au final, deux actions remarquables initiées par les équipes soignantes de l'hôpital La Musse ont été spontanément relevées et mises en avant par les experts, en novembre dernier : la prise en charge de la douleur avec, note le rapport, « plusieurs supports utilisés et notamment le plus original, le jeu de cartes éducatif sur la douleur qui permet à toutes les catégories de personnel de se familiariser avec les outils d'évaluation et les moyens thérapeutiques disponibles » et le simulateur de conduite, un « outil extrêmement réaliste de la conduite d'un véhicule qui combine

des aspects d'entraînement à la conduite et aussi de jeu absolument saisissants, dans un cadre convivial et rassurant ».

Les pratiques professionnelles

Originalité de la V2 par rapport à la première version de la démarche qualité : huit médecins ont choisi d'approfondir leurs « pratiques professionnelles ». Ainsi, les réflexions menées sur le bandage du moignon, la prescription des compléments protéino-énergétiques, la prescription des inhibiteurs de la pompe à protons dans les traitements de sortie, celle d'antibiotiques dans les cas de sepsis graves, le suivi du dossier transfusionnel, la prévention du risque de chute de 8 h à 17 h pour le patient âgé de plus de 70 ans, la préparation du malade brûlé au regard de l'autre au cours de la première sortie (voir article page 24) ou la broncho-pneumopathie chronique obstructive prise en charge par traitement inhalé ont retenu toute l'attention des experts. Ils ont noté que « les EPP ont suscité un vif intérêt, pour ne pas dire un engouement, parmi les professionnels, et plus particulièrement les médecins de l'établissement ».

En résumé, la mission des experts était de mesurer le niveau de qualité atteint dans notre établissement, de prendre connaissance des évaluations des pratiques professionnelles menées par les médecins, d'apprécier la dynamique qualité menée au quotidien, d'évaluer les progrès réalisés depuis la première démarche qualité et de pointer les axes à améliorer. Autant de pistes de travail à mettre en œuvre par tous les salariés, dès cette année, dans l'attente du prochain rendez-vous, en 2012. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse



Philippe Marteau, gouvernant du pôle médecine physique et réadaptation, entouré des ASH Jocelyne Renaud et Danielle Kerdraon.

Agent des services hospitaliers

Un métier peu connu

L'agent des services hospitaliers (ASH) exerce dans les unités de soins. Il participe au confort et au bien-être des personnes hospitalisées ou hébergées, en collaboration avec l'équipe soignante et sous la responsabilité du cadre infirmier et du gouvernant ; il respecte le repos du patient, assure le bionettoyage des locaux, du mobilier et de certains matériels d'hôtellerie et équipements, et enfin collabore à la fonction hôtelière.
Fiche de poste détaillée : la qualité du service rendu prime...

Contraintes légales, externes ou techniques et administratives internes

Il n'existe aucune obligation légale au niveau de formation pour exercer la fonction d'ASH. Néanmoins, pour permettre à l'agent une évolution de carrière, un niveau de troisième est souhaitable (ou BEP hygiène des locaux, CAP employé de collectivités, BEP sanitaire et social). L'ASH s'engage à respecter la charte du patient, le secret professionnel, les règles d'hygiène et de sécurité, les procédures institutionnelles, les protocoles de l'unité de soins, le règlement intérieur de l'hôpital et les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS).

Activités principales et technicité

Prévention du risque infectieux

L'ASH :

- participe à la lutte contre les infections nosocomiales ;
- respecte les procédures « hygiène des

mains », « bionettoyage des locaux », utilisation des produits détergents, désinfectant, détartrant... », « élimination des déchets », « isolement des patients »... ;

- entretient les locaux communs, les chambres des patients, les sanitaires (quotidiennement ou périodiquement) dans le respect des consignes ;
- assure le bionettoyage du matériel hôtelier, des chariots de bionettoyage, du mobilier, des équipements ;
- est soucieux de l'aspect général du service et de son environnement immédiat ;
- entretient, mensuellement, les abords du pavillon où est situé le pôle (activité spécifique de l'ASH affecté au service général).

Hôtellerie

L'ASH :

- distribue les repas, boissons et collations, en collaboration avec l'aide-soignante ou l'infirmière à qui il doit transmettre ses observations ;
- assure les tâches d'entretien liées au repas : nettoyage des tables ou adaptables, préparation et entretien du

Compétences requises

Savoir

- Le fonctionnement et les statuts de l'hôpital.
- Les différents services et circuits de l'hôpital.
- Sa fonction, ses limites et les risques liés à leur dépassement.
- La réglementation professionnelle.
- Le règlement intérieur.
- Les projets du pôle.
- L'existence des différentes instances de l'établissement : conseil de pôle, délégués du personnel, comité d'établissement, comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail (CHSCT), comité de lutte contre les infections nosocomiales (Clin).
- Les droits du malade (charte du patient hospitalisé).
- L'organisation du travail.
- Les procédures et protocoles de l'unité : bionettoyage, tri des déchets, lavage des mains...
- Les règles de bionettoyage, d'asepsie et de gestion des risques.
- Les risques professionnels.
- Les matériels utilisés.

L'ASH doit acquérir des connaissances (mises à jour régulièrement) par le biais de la formation continue sur l'hygiène, l'alimentation (méthode HACCP - voir encadré ci-dessous), l'accueil, la discrétion professionnelle, la sécurité incendie et la manutention (programmes de formation actualisés chaque année).

Savoir-faire

- Maîtriser les techniques, méthodes et outils relatifs au nettoyage (et bionettoyage) des matériels et des locaux.
- Mettre en application les protocoles d'hygiène hospitalière et alimentaire.
- S'organiser, en fonction des priorités.
- Respecter la planification des tâches.
- Mettre en pratique ses connaissances en fonction des différents domaines d'activité.
- Transmettre les informations de façon claire et compréhensible pour tous.
- Rechercher les informations nécessaires à l'exercice de la fonction.
- Effectuer le signalement des situations à risque pour le patient et/ou le personnel.
- Utiliser le bip.

Savoir-être

- Faire preuve d'attention envers la personne soignée, de tact et de discrétion.
- Respecter le secret professionnel et la confidentialité.
- Être consciencieux, précis et efficace.
- Communiquer, partager ses connaissances.
- Être attentif, souriant.
- Avoir le sens du travail en équipe, reconnaître et respecter le travail de l'autre.
- Faire preuve de disponibilité.
- Se remettre en cause.
- Avoir une présentation et une approche correctes : hygiène, tenue, expression, comportement, maîtrise verbale et comportementale.
- Être ponctuel.
- Adopter une attitude d'écoute active.

L'ASH doit être aussi capable de prendre du recul, se positionner, d'argumenter, de rechercher la conciliation, de s'adapter et de s'impliquer.

chariot de distribution du petit déjeuner, distribution des pichets d'eau ;

- doit être vigilant quant aux objets appartenant au patient (dentier, montre, télécommande...);
- participe à la réception et à la distribution du linge, aux essais de matériels, ainsi qu'à l'amélioration des techniques et des pratiques.

Organisation du travail

L'ASH s'informe des prévisions d'activité du jour (entrées, sorties, mutations, contraintes et horaires liés à des examens spécifiques) pour planifier ses actions.

Relation, communication

L'ASH collabore avec l'équipe, à diverses activités du pôle, de façon constructive. Il :

- participe à l'accueil et facilite la vie, au sein du service, des personnes hospitalisées ou en consultation ;
- transmet à l'équipe les demandes des patients et/ou de leur entourage ;
- informe l'équipe de ses observations ;
- s'associe à certaines tâches relatives à la transmission en interne (mutation...) des différents mouvements ;
- collabore avec les différents services pour l'utilisation des matériels ;
- informe le gouvernant des problèmes rencontrés (matériels, produits, organisation...) ;

- respecte le travail de chaque membre de l'équipe et celui des autres services ;
- participe aux réunions d'équipe, aux conseils de service et/ou de pôle, à des groupes de travail, en rapport avec sa fonction, pour faire évoluer les pratiques.

Formation

L'ASH :

- participe à l'accueil et à l'encadrement des nouveaux ASH, stagiaires... ;
- veille à l'apprentissage et au respect des différents protocoles et consignes d'utilisation des matériels ;
- participe à des actions de formation pour lui permettre d'évoluer et d'acquérir de nouvelles connaissances.

Gestion, contribution économique

L'ASH :

- utilise de façon rationnelle les produits ;
- effectue les commandes en adaptant les besoins aux stocks de l'unité ;
- respecte et contribue à l'entretien du matériel et en signale tout dysfonctionnement ;
- est impliqué dans l'organisation du service et contribue à son amélioration ;
- réceptionne les livraisons destinées à l'unité en appliquant les consignes de manutention ;
- réceptionne les livraisons destinées au pôle et réalise la distribution de celles-

Méthode HACCP

Le système d'analyse des dangers/points critiques pour leur maîtrise (HACCP pour Hazard Analysis Critical Control Point) est une méthode de maîtrise de la sécurité sanitaire des denrées alimentaires élaborée aux États-Unis d'Amérique par un laboratoire dépendant de la Nasa avec le concours de la firme Pillsbury dès 1959. Son objectif est la prévention, l'élimination ou la réduction à un niveau acceptable de tout danger biologique, chimique et physique.

Pour ce faire, la démarche consiste en une analyse des dangers permettant la mise en place de points critiques où il est possible de les maîtriser. Élaboré par des experts grâce à une collaboration internationale au fil des ans, l'HACCP est un bon exemple de « norme » qui s'est développée à côté des États et des administrations qui l'ont ensuite adoptée. De fait, cet outil, qui est devenu un standard ou plus précisément une norme-concept, est désormais imposé par les différents règlements des autorités européennes pour l'hygiène des aliments.

Témoignages

L'équipe du pôle médecine physique et réadaptation de Villiers Saint Denis

ci dans les unités, procède à l'élimination des poubelles, linge sale, en respectant les circuits et assure l'entretien et le stockage des fauteuils roulants (activités spécifiques aux ASH affectés au service général).

Procédures de travail et organisation du travail

Ce travail est confié, défini et contrôlé par le gouvernant, le cadre infirmier supérieur, le cadre infirmier. La documentation est utilisée en interne par les patients, l'ensemble de l'équipe, et plus largement l'institution (groupes de travail) et les stagiaires.

Autonomie et initiative

L'ASH dispose d'une autonomie relative en matière d'organisation personnelle et de gestion de temps, tout en respectant les priorités organisationnelles, la charge de travail et la continuité de service.

Décision et responsabilités

L'ASH :

- définit ses priorités selon l'activité du jour et selon les situations rencontrées (exemple : conflit patient) ;
- participe au bien-être et au confort des patients avec le souci constant de bienveillance et de respect ;
- entretient les locaux et les matériels dans le respect des règles d'hygiène et de sécurité ;
- est garant de la confidentialité des informations détenues ;
- transmet à l'équipe ses observations et les informations nécessaires ;
- respecte les matériels et signale les dysfonctionnements ;
- évite les gaspillages ;
- s'implique dans la vie du pôle et exerce son activité en étroite collaboration avec les différents partenaires. ■

Frédérique Yonnet
Hôpital Villiers Saint Denis

Entretien avec les agents des services hospitaliers (ASH) du pôle médecine physique et réadaptation (MPR) et le gouvernant du pôle, Philippe Marteau, pour connaître le ressenti des salariés concernant leur profession.

« Mon travail me tient à cœur », confie Nadia Carteaux, ASH depuis 1976 à l'hôpital Villiers Saint Denis.

« Le matériel a beaucoup évolué et les pratiques aussi. Maintenant, nous avons des protocoles bien établis et le gouvernant est là pour veiller à leur bonne application. De plus, nous avons des contrôles de bionettoyage inopinés », explique Jocelyne Renaud, qui se déroulent chaque trimestre par un tirage au sort de trois chambres, un local propre et un local sale. »

Philippe Marteau, gouvernant du pôle MPR chargé de l'encadrement de l'équipe ASH et des relations avec la restauration et la blanchisserie, précise : « Une des fonctions de leur métier la plus appréciée par les ASH est le moment des repas. En effet, la préparation et le service des petits déjeuners aux patients leur font très plaisir, car après une longue nuit, les agents sont très attendus des patients et sont un peu le rayon de soleil du début de journée. Les patients apprécient aussi l'heure du déjeuner ainsi que le dîner, parce que ce sont des moments privilégiés qui apportent plaisir, réconfort... après une longue journée de soins et de rééducation. Le pôle MPR dispose en outre d'une salle à manger qui permet aux patients de se restaurer dans un autre cadre que la chambre. C'est également un moyen supplémentaire de rééducation. Nous apprécions nous-mêmes ces moments, car on pense souvent que

L'ASH ne fait que du "ménage". Or, nous avons la responsabilité de veiller au confort alimentaire du patient et au bon déroulement de son repas. »

Philippe Marteau ajoute : « L'ASH est aussi un relais avec les équipes de soins dans le suivi alimentaire des patients. Il vérifie le contenu des plateaux après le repas et transmet les informations à l'équipe soignante. Dans le même ordre, lors du bionettoyage des chambres, les ASH sont à l'écoute des patients et transmettent toute information. »

« Nous ne voyons pas le temps passer, dit Danielle Kerdraon. Ce travail est éprouvant tant physiquement que mentalement. »

Mais toutes les trois sont d'accord pour dire qu'elles aiment leur travail et surtout les contacts et les liens qu'elles ont avec les patients : « Parfois, quand les patients reviennent soit en consultation ou tout simplement dire bonjour, ils ne manquent pas de venir nous saluer, ou bien de temps à autre ils écrivent une carte de bonne année ou un mot, ils n'oublient pas les ASH, ce qui nous fait chaud au cœur et nous confirme que la fonction d'ASH est une réelle profession. »

« Notre défi quotidien consiste à maintenir le niveau de qualité de nos prestations », souligne Philippe Marteau qui travaille en étroite collaboration avec le cadre hygiéniste. Nous évaluons ce niveau de qualité en continu grâce aux audits de bionettoyage et aux enquêtes de satisfaction menées auprès des patients. Il suffit aussi de regarder les questionnaires de sorties renseignés par les patients pour se faire une idée de la qualité de travail réalisé par les ASH en matière d'hygiène des locaux. » ■

Frédérique Yonnet
Hôpital Villiers Saint Denis

Expérience Ginette Bal, ASH depuis quinze ans



Ginette Bal est agent des services hospitaliers (ASH) depuis plus de quinze ans à l'hôpital La Musse, toujours au pôle soins de suite spécialisés dont elle a fréquenté tous les services.

Elle travaille actuellement à l'unité 3 (unité de soins de suite polyvalents [SSP] située au pôle SSS) qui accueille une vingtaine de patients répartis dans quatorze chambres. Ses journées sont rythmées par les contraintes de la cuisine, les règles d'hygiène très strictes (vérification de la température des repas, nettoyage des mains, lessivage des chariots après chaque distribution, descente des déchets...) et la mise à jour des régimes éventuels des patients.

Huit passages dans les chambres

Tout en respectant les contraintes horaires inhérentes à la fonction, Ginette Bal et ses collègues organisent leur temps de travail autour du patient, en s'adaptant à ses besoins.

« Dans l'après-midi, je vais toujours voir s'il y a eu des entrées ou des modifications de régimes (sans sel, sans sucre, sans porc, sans résidu... Certains potages sont enrichis, d'autres sont juste des bouillons). Si j'ai remarqué qu'un patient avait des difficultés pour manger, je peux aussi conseiller de passer au mixé », explique Ginette Bal qui, si elle ne participe pas aux staffs hebdomadaires, ne manque pas d'avertir les soignants des petits changements observés chez les patients : « Je rentre dans leur chambre au moins huit fois par jour et souvent ils se confient à moi. Surtout ceux qui n'ont pas beaucoup de visites. Les personnes âgées aiment bien raconter leur vie passée, mais je n'ai pas toujours le temps de les écouter aussi longtemps que je le voudrais ! Avec le temps, je deviens aussi plus sensible et j'ai du mal à maîtriser mon émotion envers les patients en fin de vie. »

Les dames en rose

Surnommée (tout comme ses collègues, majoritairement féminines) la « dame en rose » en référence à la couleur des blouses de travail, Ginette Bal est en « première ligne » dans la chambre des patients : « Il arrive que des patients me disent qu'ils ont mal, alors qu'ils n'ont pas osé le signaler à l'infirmière qui vient de passer. J'en parle tout de suite avec mes collègues soignants, souvent lors de la pause du matin. »

Ginette Bal a suivi une formation

d'auxiliaire de vie, dans le cadre d'une reconversion professionnelle après un licenciement. C'est à la suite de son stage qu'elle a décidé de postuler à l'hôpital La Musse, où elle se plaît toujours et souhaite rester jusqu'à sa retraite... dans dix ans.

Ses conseils professionnels pour les jeunes ? « Aimer le contact humain, avoir bon caractère et être patient... avec les patients. »

Une journée type

Les plannings du pôle sont établis sur six semaines, renouvelables sur toute l'année avec un maximum de quatre jours de travail d'affilée et un week-end sur deux travaillé.

7 h 45 : arrivée, découpe et ramassage du pain pour une distribution des petits déjeuners qui démarre à 8 heures et doit s'adapter aux contraintes du service (prises de sang, toilettes...). Le chariot, spécialement adapté et réservé aux petits déjeuner, doit être nettoyé et remis avant 10 h 30.

Nettoyage du mobilier et équipements de deux chambres et coup de main des aides-soignants pour refaire les lits.

11 h 30 : démarrage du déjeuner avec récupération des chariots, distribution du pain. Les aides-soignants interviennent pour les patients qui ne peuvent manger seuls. Tout doit être terminé à 13 heures.

17 h : reprise avec la récupération du potage en cuisine qui fait l'objet d'un premier passage à 18 heures. Le repas proprement dit sera servi à 18 h 30, pour une fin de service à 19 h 30.

Les ASH gèrent également les commandes de linge ou de denrées chaque semaine. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Cancer et fin de vie des patients âgés

La prise en charge psychologique

L'activité de psychologue clinicienne en cancérologie, soins de suite d'oncologie et soins palliatifs est en évolution constante grâce à une réflexion permanente individuelle et en groupe de psychologues et de psychanalystes, dans et hors l'institution.

Témoignage et expérience de Chantal Jacob-Piguet, psychologue clinicienne et de psychopathologie à l'hôpital La Musse.

Dans les services d'hospitalisation en cancérologie, soins de suite d'oncologie et soins palliatifs, le psychologue :

- participe à la prise en charge des patients ;
- reçoit les familles qui le souhaitent et les accompagne dans le cadre d'un suivi au travail du deuil ;
- assure, auprès de l'équipe soignante, un travail d'accompagnement de la réflexion, en participant, à l'occasion de situations complexes et parfois conflictuelles, à la mise en sens des actions et projets et en offrant une écoute des difficultés et du ressenti émotionnel des différents acteurs de soin. Cette activité s'inscrit en interdisciplinarité avec les équipes soignantes (médicales et paramédicales) et sociales.

Activités cliniques

Problématiques

Les patients âgés : l'idée de la mort associée au cancer

Dès le premier entretien, certains patients prononcent le mot « cancer » en fixant mon regard, observant mes réactions pour savoir si je vais supporter ce qu'ils vont me dire. Certains éludent le mot, font des périphrases, d'autres le déplacent sur un autre membre de la

famille et ponctuent leur phrase en disant : « Il a aussi un cancer. »

Ces attitudes traduisent le malaise et la défense pour s'en protéger.

Ils en parlent avec beaucoup d'émotion et bien souvent des larmes. Ils parlent d'eux d'une façon subjective. C'est le « sujet » qui est atteint, il exprime ce qu'il ressent, ce qu'il pense.

Quand le sujet âgé arrive à l'étape du vieillissement, voire du grand âge, il en vient à penser à sa propre fin mais avec toujours l'espoir que ce jour viendra plus tard.

Et pourtant, à cause de la maladie, ces patients doivent gérer en peu de temps beaucoup de choses en même temps :

- supporter les soins techniques liés au traitement avec son cortège d'inconfort ;
- vivre avec l'image qu'ils renvoient (chute des cheveux, amputation du sein, du rectum...) ;
- composer avec les douleurs même si on tente de les calmer ;

- négocier les relations avec les familles, les équipes soignantes.

Beaucoup de patients évoquent tout ce qui leur reste à régler (héritage, partage...). Certains sont dans un questionnement d'ordre spirituel (quête du sens de leur vie dans la société d'aujourd'hui, dans leur famille), voire religieux (une patiente a ainsi demandé à se faire baptiser pour rejoindre son mari... Quinze jours plus tard, elle décédait, calme et sereine).

Du côté de la famille et de l'entourage

Les enfants de ces personnes âgées peuvent avoir de 40 à 70 ans. Du fait de leur âge, ils sont très violemment renvoyés à leur propre devenir (de maladie, de fin de vie). Ils sont très angoissés en apprenant le cancer de leur parent. Parfois, ils n'acceptent pas la maladie, éventuellement la mort, à plus ou moins long terme.

Certaines familles s'engouffrent dans un agir non adapté dont la fonction est d'apaiser l'angoisse. On agit à la



place de penser. Mais cette action peut être inefficace, inadaptée, voire dangereuse.

D'autres demandent l'euthanasie, leur propre souffrance étant trop lourde à supporter. Des souffrances qui sont là parfois depuis longtemps : maladie chronique d'évolution lente et /ou avec une transmission génétique à la descendance, personne parfois seule, âgée, épuisée physiquement et psychologiquement par les longues nuits sans sommeil, les soins au domicile, le stress, le temps passé à l'hôpital.

Généralement, lorsque la famille accepte un accompagnement de l'ensemble de l'équipe, elle est plus proche du patient et d'elle-même. En étant plus au clair avec la maladie, son évolution, avec la possibilité de vivre ce qui reste encore à vivre, elle devient porteuse de paix. La parole circule librement entre tous les membres du groupe familial, ce qui est apaisant et rassurant pour la personne âgée et pour chaque personne concernée.

Dans le cadre d'une fin de vie, la présence du psychologue peut être rassurante pour les familles qui se sentent démunies. Un accompagnement de prédeuil se structure avec chaque famille qui accepte sa présence.

Du côté des soignants

Très engagés dans leur fonction, les soignants ont une lourde charge de travail, avec de multiples difficultés :

- les patients très demandeurs, parce qu'angoissés ou dont les douleurs ne sont pas calmées ;
- les demandes contradictoires des familles ;
- les demandes d'euthanasie, car ils peuvent être les premiers à les entendre ;

- le stress devant la violence de certaines familles ;
- leur propre vécu émotionnel par rapport à ces situations répétées où la mort est très présente, qu'elle soit imminente, actuelle (parfois plusieurs décès dans la même journée) ou récente.

Pour les équipes soignantes, les relations avec les familles sont parfois plus difficiles à gérer qu'avec le patient lui-même. Des relations conflictuelles, au sein de la famille, peuvent avoir des conséquences dommageables pour la vie d'équipe. L'arrivée de tensions dans l'équipe oblige l'ensemble des personnes présentes à se poser pour parler avec le psychologue de ce qui se passe, de ce qui est en jeu.

Toutes ces situations quotidiennes s'additionnent et peuvent faire « trauma psychique », lequel peut participer au développement d'un épuisement professionnel – le *burn-out* –, dont les conséquences peuvent être préjudiciables à la vie du professionnel lui-même, à sa vie familiale et à la vie au sein de l'équipe soignante.

Prise en charge

Elle peut se conjuguer de différentes façons, soit de manière individuelle, soit en groupe, et ce en fonction des situations, des personnes et des pathologies.

La présence et la disponibilité du psychologue s'imposent dans ce type de service. Il mettra ainsi sa disponibilité psychique au service de :

- l'écoute d'un non-dit derrière un dit qui ne dit pas la vérité du sujet d'une part, du fait de sa présence et de sa disponibilité d'autre part ; le psychologue pourra être là au bon moment, c'est-à-dire celui de l'émergence d'une demande qui n'ose pas se formuler comme telle ou qui s'exprime de façon

voilée. Le psychologue va l'accompagner vers un dire qui parle de l'être qui souffre ;

- l'accueil des différents affects afin d'en permettre leur expression.

Une disponibilité temporelle pour recevoir ce qui arrive, au rythme des personnes est nécessaire, sachant que le temps psychique n'a rien à voir avec le temps des horloges.

Du côté des patients

Ces conditions étant réunies, le patient se sentira en confiance, il pourra avancer vers un lâcher-prise, se sentir libre d'exprimer ses émotions, libre de sa parole.

Cette confiance n'est jamais spontanée, n'est pas obligatoire et peut être remise en question à chaque entretien. Il a besoin de notre constance, que nous soyons fiables.

Notre objectif étant que le patient s'approprie ce qui lui arrive, qu'il fasse lien entre son corps, ses ressentis, ses pensées. Nous souhaitons qu'il reprenne une position de sujet et ainsi qu'il décide encore de ce qui est important pour lui. Pour certains, c'est le désir de renouer des liens rompus (ou distendus) de longue date avec un parent ou un enfant qui vit à l'étranger ou placé sous tutelle dans un foyer d'accueil ou en milieu fermé (psychiatrique ou carcéral).

Une anecdote : un jour, un patient en fin de vie me demande d'être présente lors de la visite de sa femme. Il n'arrivait plus à lui parler et cette étape était une nécessité pour poursuivre ce qui faisait sens pour lui. Le rôle du psychologue est d'être un tiers, présent et silencieux, utile à la restauration du dialogue dans le couple. L'une des demandes du patient était le « pardon » de sa femme, avant de pouvoir dire « au revoir ».

Du côté de la famille et de l'entourage

Pour la famille qui le souhaite, il peut être utile de :

- déposer un fardeau pesant, douloureux ;
- trouver un espace de parole, neutre et contenant ;
- maintenir une relation avec le parent malade, malgré la peine et parfois le refus de penser la mort à venir. Certaines personnes sont mal à l'aise devant leur parent si fatigué, parfois silencieux. Les aider à maintenir ce lien par le toucher quand la parole n'est plus possible est apaisant pour chacun.

La demande d'euthanasie parvient, souvent, avec de la colère ou de l'épuisement : l'écoute, l'empathie sont les premières attitudes à assurer.

Dans ce cadre-là, l'activité du psychologue est d'accompagner la famille pour qu'elle :

- s'autorise à exprimer sa souffrance, son épuisement, ses incompréhensions ;
- clarifie une demande d'informations médicales ou administratives complémentaires.

Le psychologue organise ensuite des rencontres avec les personnes compétentes et accompagne la famille si celle-ci le souhaite.

Après le décès commence véritablement le travail psychique du deuil. Le suivi de deuil est un parcours d'accompagnement dans l'élaboration psychique du deuil. Celui-ci se termine quand l'endeuillé se tourne à nouveau vers l'extérieur et fait des projets qui lui permettent de réinvestir la vie.

Actuellement, ce suivi se déroule avec les familles qui le souhaitent, et ce de façon individuelle. Il pourrait être souhaitable de structurer cet accompagnement en y adjoignant un suivi en groupe d'endeuillés. Ce suivi en groupe

pourrait être animé par deux personnes dont un psychologue, d'orientation analytique, avec un soignant formé à l'écoute ainsi qu'à ce type d'accompagnement. Ce soignant pourrait être supervisé par le psychologue afin de garder la « juste distance » indispensable à ce type de travail.

Du côté des soignants

Les personnes âgées pleurent facilement ; elles recherchent le contact physique, la présence. La maladie, les traitements fatigants et l'isolement favorisent les périodes dépressives, accompagnées de larmes. Ces attitudes mettent mal à l'aise certains soignants et génèrent des demandes d'explications.

Le travail clinique groupal du psychologue au staff hebdomadaire permet :

- d'apporter des informations utiles à une prise en charge globale des patients ;
- de clarifier des modes relationnels plus

ou moins conflictuels des patients et/ou des familles ;

- d'approcher la compréhension des interactions des différents protagonistes ;
- d'ouvrir un espace de parole des participants et de susciter l'émergence du questionnement face aux diverses demandes des patients, de la famille qui laissent les soignants en difficulté (vérité médicale, euthanasie, mort, douleurs itératives...) ;
- de trouver du sens, avec l'ensemble de l'équipe, au milieu des nœuds de communication et retrouver un projet concerté en adéquation avec la demande du patient ;
- de mettre en lumière que l'enjeu de la communication, la plus ajustée possible, passe par l'écoute des uns et des autres, l'objectif étant de cerner au mieux le contexte dans lequel s'inscrit la prise en charge d'une personne âgée atteinte de cancer. Parfois, une articulation optimale des soins suppose une réflexion en

Campagne d'information sur le dispositif des soins palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie

À l'occasion du 15^e congrès annuel de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (Sfap*), du 18 au 20 juin 2009, la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, a indiqué que la campagne d'information sur le dispositif des soins palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie, annoncée pour le premier semestre, sera lancée à la rentrée.

Cette campagne d'information sera mise en œuvre avec le concours de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), avec notamment un long métrage documentaire pour sensibiliser le grand public sur le quotidien d'une unité de soins palliatifs en région parisienne. Un sondage Ipsos diffusé le 10 juin dernier révélait que près de deux Français sur trois se sentaient mal informés sur les soins palliatifs.

Près de 800 lits de soins palliatifs ont été créés en 2008. Au total, quinze nouvelles équipes mobiles et quinze nouveaux réseaux de prise en charge ont vu le jour. En outre, seize unités de soins palliatifs (USP) ont été ouvertes, portant à quatre-vingt-quinze leur nombre total au niveau national.

** Association loi 1901 reconnue d'utilité publique, la Sfap est une société savante pluridisciplinaire associant professionnels (libéraux, hospitaliers, enseignants universitaires) et bénévoles. Son objectif : favoriser le développement et l'accès aux soins palliatifs. La Sfap fédère plus de 5 000 soignants et près de 200 associations d'accompagnement rassemblant plus de 25 000 membres. www.sfap.org*

équipe et peut passer par une nouvelle organisation centrée sur le patient ;

- d'être ouvert et accueillant à la parole des différents partenaires de soins, lors de décès de patients fortement investis ;

Réseau onco-normand

Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, sous la dénomination « Réseau de cancérologie de Haute-Normandie : onco-normand », le Réseau onco-normand tel que défini par l'article L. 6121-5 du code de la santé publique :

- promeut des actions d'informations auprès de ses membres et plus généralement auprès des acteurs de la cancérologie ;
- met en œuvre la convention constitutive du réseau de soins en cancérologie agréé par l'agence régionale de l'hospitalisation.

Un réseau pour quoi faire ?

- améliorer la prise en charge tout au long des différentes phases de la maladie cancéreuse ;
- favoriser l'accès de tous à des soins de qualité, dans les meilleures conditions de sécurité, d'équité et de qualité de vie ;
- développer une prise en charge de proximité quand les conditions de sécurité et de compétences le permettent ;
- améliorer la morbidité et la mortalité liée aux affections cancéreuses.

Avec qui ?

Tous les acteurs de santé impliqués dans la prise en charge des cancers :

- les professionnels de santé ;
- les établissements de santé publics ou privés ;
- les établissements médico-sociaux en charge de la santé, de la prévention et de la lutte contre le cancer ;
- les représentants des usagers et les associations.

Réseau onco-normand, association loi 1901

Centre municipal de santé
2, avenue de la Libération - 76300 Sotteville-lès-Rouen
Tél. : 02 35 62 03 48 - Fax : 02 35 62 05 88
www.onco-normand.org

Association pour le développement des soins palliatifs (ASP 27-Arespa)

Centre hospitalier intercommunal Eure-Seine
17, rue Saint-Louis - 27023 Évreux
Tél. : 02 32 33 81 38

- de favoriser le travail de deuil des soignants après des décès marquants et/ou successifs.

De façon ponctuelle, une demande est adressée au psychologue, de manière individuelle ou collective :

- individuellement, le psychologue est disponible pour toute personne de l'équipe qui souhaite s'exprimer du fait d'une relation particulière avec un patient ou une famille, ou en lien avec la résonance émotionnelle à laquelle chacun est confronté à propos d'une situation professionnelle qui réveille sa propre histoire personnelle. Cet accompagnement ponctuel peut évoluer vers une prise en charge extérieure ;
- collectivement, face à une situation particulière et inopinée ; hors cadre, une demande est adressée au psychologue. Il est sollicité, par exemple, lors de situations conflictuelles entre patient et/ou famille et équipe dont l'objet, énoncé par la famille, est le soin. En réalité, c'est bien d'autre chose dont il est question. Il est alors nécessaire de rechercher ce qui est en jeu psychologiquement de part et d'autre.

Activités institutionnelles

Elles peuvent avoir une visée de lien, d'information, de formation :

- lien avec le Réseau onco-normand (*voir encadré ci-contre*) ;
- lien avec l'Association des bénévoles en soins palliatifs ASP 27 (*voir encadré ci-contre*), participation à la sélection des candidats bénévoles ;
- organisation de rencontres entre médecins et/ou professionnels et associations diverses ;
- lien à visée d'information mutuelle et de collaboration éventuelle, avec les collègues psychologues et/ou les médecins d'autres établissements qui m'ont contactée ou que j'ai contactés à propos

de patients hospitalisés dans nos services. Dans le cadre particulier de fin de vie, il s'agit de favoriser des visites auprès d'un patient qui le demande. Une collaboration est nécessaire avec nos collègues d'institutions diverses qui reçoivent des enfants ou adolescents sous tutelle, ou personnes en milieu fermé (psychiatrique ou carcéral) ;

- supervision des aides-soignants « accompagnants des familles endeuillées ».

Dans le cadre plus général de l'institution, les activités de psychologues sont les suivantes :

- activités de formation, en intra : participation à la formation de futurs collègues psychologues et autres étudiants du service, auprès du personnel de l'hôpital, conception et mise en place, avec un collègue, d'une formation (« l'écoute comme outil thérapeutique »), à partir d'une demande émanant du comité de lutte contre la douleur (Clud) ;
- en extra, activités de formateur et/ou d'orateur :
 - institut de formation en soins infirmiers, à Évreux,
 - diplôme universitaire de soins palliatifs, à Rouen,
 - Congrès national d'onco-gériatrie, à Clermont-Ferrand,
 - université de Tananarive, à Madagascar.

Cette activité plurielle consacrée à la prise en charge des personnes âgées atteintes d'un cancer ou évoluant vers une fin de vie n'est pas mortifère. Au contraire, elle est porteuse de vie. Une vie de relation qui, si elle est menée avec un souci éthique, peut être porteuse d'apaisement pour les patients, les familles et les professionnels de la santé, la maladie, la mort reprenant une place dans le cursus de la vie mais avec un autre regard. ■

Chantal Jacob-Piguet
Hôpital La Musse

Point d'étape Expérimentation T2A en SSR

Les modalités de financement des établissements de santé ont été profondément modifiées depuis 2004. Une évolution qui a pour but de médicaliser le financement, d'introduire plus d'équité dans l'allocation de ressources, d'unifier les modalités de cette allocation entre les secteurs publics et privés et de responsabiliser les acteurs.

Jusqu'en 2003, deux grandes modalités de financement par l'Assurance Maladie avaient cours :

- la dotation globale (DG) pour les établissements de santé publics et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) ;
- la facturation directe à l'Assurance Maladie des forfaits de prestations (rémunération de la structure) et des actes (rémunération des professionnels libéraux), un objectif quantifié national (OQN) assurant une régulation de type « prix/volume » : paiement à l'activité avant l'heure donc.

La mise en œuvre effective de la tarification à l'activité (T2A) a lieu en 2004, après transformation du texte de loi qui passe de « [...] modes de financement des établissements de santé [...] basés sur une tarification à la pathologie [...] » à « [...] nouveaux modes de financement fondés sur les activités des établissements [...] ».

Il s'agit d'une évolution fondamentale dans la logique de financement : équilibrer les financements en fonction de l'activité produite et parvenir à une meilleure utilisation des ressources.

Avant la T2A : les ressources allouées aux établissements étaient reconduites par rapport aux budgets de l'année précé-

dente (moyens déconnectés de l'évolution de l'activité).

L'autorisation de dépenses conditionne les recettes attendues, qui encadrent les moyens, qui permettent la réalisation d'un certain niveau d'activité, ce niveau n'ayant aucune influence sur l'autorisation de dépenses de l'année suivante.

Avec la T2A : les ressources sont calculées à partir d'une estimation d'activités et de recettes.

Le niveau d'activités génère des recettes qui autorisent l'engagement de dépenses transformées en moyens, qui permettent la réalisation d'un certain niveau d'activités, qui génère les recettes.

La réforme qui a tout d'abord concerné le secteur médecine chirurgie obstétrique (MCO) s'étend désormais à celui des soins de suite et de rééducation/ réadaptation (SSR), mais aussi à la psychiatrie et à l'hospitalisation à domicile (HAD).

L'application de la T2A en SSR

L'application de la T2A au secteur SSR comporte trois volets qui se complètent : législatif pur, volet technique, élaboration

d'une nouvelle échelle nationale des coûts commune SSR (ENCC).

Nous y reviendrons plus loin.

Le secteur SSR

La spécificité des SSR réside dans la très forte dispersion des établissements dans leur nature, avec des activités allant de la prise en charge des diabétiques à celle des tétraplégiques.

Le secteur SSR connaît des difficultés structurelles relatives à l'adaptation de l'offre de soins aux besoins, à la répartition territoriale des établissements, au rapprochement physique du secteur MCO et à la coordination avec l'aval (domicile et secteur médico-social). Le champ SSR n'est pas neutre puisqu'il représente :

- 1 700 établissements ;
- 13 % de l'Ondam ;
- 30 millions de journées pour 100 000 lits ;
- 1,1 million de séjours ;
- une durée moyenne de séjour (DMS) d'environ 30 jours.

Rappelons que le recueil du PMSI SSR est obligatoire depuis juin 2003.

Des réflexions se sont engagées sur la



construction d'un modèle en plusieurs étapes intégrant, dès le départ, une amélioration importante de la classification en PMSI et de l'ENCC ; des travaux sur les retraitements comptables et des enquêtes sur les produits de santé et les plateaux techniques sont également entrepris afin de compléter le modèle de financement qui comportera plusieurs compartiments.

Une expérimentation est en cours, reposant sur les établissements volontaires. Ceux de La Renaissance Sanitaire, hôpital Villiers Saint Denis et hôpital La Musse, ont été retenus.

Volet législatif : le cadre juridique

Afin d'actualiser le dispositif réglementaire, de donner de la lisibilité et d'accompagner le développement de ce secteur clé de l'offre de soins, une révision de la législation est apparue nécessaire.

Pour ce faire ont été pris un décret en Conseil d'État pour les conditions d'implantation et un décret simple pour les conditions techniques de fonctionnement (17 avril 2008) avec circulaire

d'application (3 octobre 2008). Ont ainsi été définis l'activité SSR proprement dite (art. R. 6123-18 du code de la santé publique), les missions des structures autorisées, la structuration de l'activité (socle SSR polyvalent et neuf spécialités).

Les établissements devront faire une demande d'autorisation à déposer dans le délai de six mois après la date de publication des Sros révisés (dont les travaux sont en cours dans les régions et aux comités de pilotage auxquels nos deux établissements participent également). Un délai de vingt-quatre mois sera ensuite accordé pour mise en conformité à compter de la notification d'autorisation.

En termes de calendrier, dans l'état actuel de nos connaissances, la révision des Sros devrait être terminée en juin 2009, une période de six mois s'ouvrant ensuite pour le dépôt des demandes, suivie d'une autre période de six mois pour la décision de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) – juin 2010 au plus tard –, avec enfin un délai maximum de deux ans pour la mise en conformité (juin 2012 au plus tard).

Au plan pratique du recueil et de l'export du PMSI, ont été livrés par l'Agence technique de l'information hospitalière (Atih) :

- les nouveaux formats des résumés hebdomadaires standardisés (RHS) non groupés (M 05) et groupés (M 15) et les formats des résumés hebdomadaires anonymisés (RHA) ;
- le nouveau guide de production des RHS ;
- le nouveau catalogue des actes rééducation/réadaptation (version 3) ;
- le nouveau manuel de groupage et de l'indicateur de valorisation de l'activité (IVA)...

... avec actualisation des tableaux Mahos SSR (logiciel de traitement de l'activité

SSR) et l'apparition sur l'export du quatrième trimestre 2008 (année complète) du tableau 2 I avec groupes de morbidités dominantes (GMD) et IVA sur les données 2007 et 2008.

Volet technique :

le modèle T2A en SSR

Dans l'optique du modèle cible prévu pour 2012, un modèle de transition (phase préT2A) est appliqué depuis le 29 décembre 2008 (date calendaire PMSI) avec publication et utilisation du nouveau format d'export.

Le modèle proposé comporte quatre compartiments :

- activité ;
- missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (Migac) ;
- molécules onéreuses et dispositifs médicaux ;
- plateaux techniques très spécialisés.

L'activité se répartit en 12 catégories majeures cliniques (CMC) et à l'intérieur de celles-ci en GMD, 42 pour les adultes et 27 pour les enfants (moins de 18 ans). Un IVA et un modèle additif sont construits pour s'adapter à la coexistence de soins médicaux classiques, de soins infirmiers et techniques et de soins de rééducation/réadaptation.

Les variables retenues sont de deux ordres :

- qualitatif : GMD, classes d'âge, notion de comorbidité, finalité de la présence du patient, type d'hospitalisation ;
- quantitatif : dépendances physique et cognitive, nombre de types d'activités de rééducation/réadaptation, occurrences des actes.

Pour chaque journée, des points attribués à chacune de ces variables sont additionnés pour obtenir le nombre de points IVA. Ce total est multiplié par le nombre de jours de présence.

En ce qui concerne les missions d'inté-

Bibliographie

- Andreoletti C., « La tarification des établissements de santé. Rappel des enjeux, des modalités, des schémas cible et transitoire », Dhos MAT2A, mai 2007.
- ARH Basse Normandie, « T2A SSR schéma cible », septembre 2008.
- Atih, « MSI SSR et préparation à la T2A, communication en régions », octobre 2008.
- Atih, réunion technique T2A SSR, janvier 2009.
- Copil T2A SSR Dhos MT2A, janvier 2008.
- Dhos, « Présentation en régions des décrets relatifs à l'activité SSR », octobre 2008.
- Fehap, « Actualité des réformes SSR », mai 2008.
- Leroux V., « Vulnérabilité à la T2A SSR ? », Ugecam IDF, décembre 2006.
- Metral P., « Évolution de la T2A SSR », Cnim, juin 2008.
- Noël E., « Vers la T2A en SSR », BAQIMEHP, juin 2008.
- Talmud J., « Petite histoire naturelle du PMSI », Regards n° 8, décembre 2008.

Valorisation : Exemple

Exemple d'un RHA

Hospitalisation Complète

Age = 65

FP = Rééducation physique

MP = Hémiplegie

AE = AVC

UM = RF

DAS = 0

DEP Ph = 11 (15-4)

DEP Co = 4 (6-2)

ARR = 4 (ME, NP, BI, RR)

SMD	base	Age						DEP Ph*	DEP Co*	Nb ARR*	Comorb	UM		Hosp	
		0-6	7-17	18-29	30-49	50-79	+79					non RF	RF	HP	HC
13-320	1200	0	-30	-	-	-	-	x12	X3	x18	12	-	20	-	5
11-001	1100	-	-	0	5	30	78	x15	X3	x18	12	-	20	-	5
11-002	1000	-	-	0	5	30	78	x5	X3	x18	12	-	20	-	5
12-000	950	-	-	0	27	10	15	x10	x3	x25	20	-	35	-	15

Valorisation

$$950 + 10 + (11 \times 10) + (4 \times 3) + (4 \times 25) + 35 + 15 = 1\,232 \text{ points IVA (pour 1 jour de présence)}$$

ATIH - DIM d'Alsace le 04/12/2007

rêt général (MIG), des travaux sont en cours sur les retraitements comptables afin d'étudier l'existence de missions de même type que celles du champ MCO et d'identifier des missions spécifiques au champ SSR. Les résultats sont en attente.

En ce qui concerne le compartiment des molécules onéreuses, des enquêtes ont été menées à partir de la liste MCO à laquelle ont été ajoutés quelques produits complémentaires spécifiques au SSR. Les résultats sont en attente.

En ce qui concerne les plateaux techniques spécialisés, compte tenu de la dispersion des activités en SSR, les établissements ont été interrogés à deux reprises afin d'établir une classification pertinente et d'envisager de créer des financements spécifiques. Les résultats sont en attente.

La nouvelle échelle nationale des coûts commune SSR

Le démarrage du recueil de l'ENCC SSR débute en 2009 avec « montée en charge progressive ». Les établissements sélectionnés instruisent les promoteurs des difficultés rencontrés.

Les retraitements comptables et la constitution des fichiers de données dans les établissements ENCC SSR sont prévus pour l'été 2010, pour une

validation définitive en décembre 2010, puis publication de l'ENCC.

Et en attendant ?

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) mène un ensemble de travaux complémentaires sur la validité de l'IVA, mais aussi sur le comportement de l'indice en fonction des catégories d'établissements.

À notre connaissance, les diverses études montrent qu'il n'y a pas de corrélation possible entre les différentes variables et l'indice IVA. La pertinence de l'IVA et du principe de son utilisation dans la campagne 2009 peut ainsi être validée.

En attendant la nouvelle classification SSR et la nouvelle ENCC, il est envisagé d'opérer dès 2009 des modulations de dotation pour le secteur sous DG et des tarifs pour le secteur sous OQN en fonction d'un certain nombre de critères compatibles avec le schéma cible. Des discussions sont en cours au plus haut niveau pour débattre de la pertinence et de l'opportunité de ce type de mesures.

Bien que les travaux soient déjà bien avancés, il convient de ne pas perdre de vue la vulnérabilité à la T2A SSR : impacts sur l'économie de l'établisse-

ment, sur le système d'information et le réseau, sur le contrôle interne, mais aussi la visibilité, la gestion des flux, les relations interétablissements, ville/hôpital, sanitaire/médico-social. Des travaux sur les territoires de santé sont en cours, auxquels nous participons également dans nos régions d'implantation (Picardie et Haute-Normandie).

Conclusion

L'année 2009 est celle de la mise en œuvre du nouveau PMSI SSR sous la forme d'un modèle de transition et de l'élaboration de la nouvelle ENCC.

Elle est également celle de la mise en application des décrets SSR, de la révision des Sros et de nouvelles demandes d'autorisation des établissements.

De nombreux travaux sont en cours afin d'établir la cartographie précise des besoins et de l'offre de soins en régions, conformément aux nouvelles conditions d'implantation et de fonctionnement des établissements SSR. Dans le même temps, des études sont poursuivies au plan technique pur du PMSI sur l'ensemble des compartiments définis par le modèle. ■

Dr Jérôme Talmud
Fondation La Renaissance Sanitaire

Hôpital Villiers Saint Denis

Le Coviris développe l'

**La gestion des risques,
c'est le management de l'incertitude.
Le passé, l'expérience peuvent
nous aider à faire des prévisions,
nous donner des repères,
un certain degré de vraisemblance...
Mais nos activités
et notre environnement
évoluent pour créer à nouveau
de l'incertitude. Manager l'incertitude,
c'est refuser la réalité, le destin.
C'est au contraire anticiper, prévoir,
réagir, s'adapter rapidement
aux changements.**

A l'hôpital Villiers Saint Denis, le comité des vigilances et de gestion des risques (Coviris) a associé une démarche prospective, dite « à priori », par la mise en œuvre de la construction de la cartographie des risques, et rétrospective, dite « à posteriori », par le développement du signalement des incidents. Ces deux démarches, complémentaires, s'enrichissent mutuellement lorsqu'elles sont conjointement mises en œuvre. Ainsi, les statistiques des signalements permettent de quantifier les fréquences de survenue de certaines situations envisagées dans la cartographie. Réciproquement, l'anticipation de situations dangereuses par la cartographie permet de surveiller leur éventuelle survenue dans le signalement

des incidents.

Le Coviris, groupe de travail pluridisciplinaire, a choisi d'utiliser la méthode rigoureuse de l'analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leurs criticités (Amdec) pour mener à bien l'élaboration de cette cartographie.

L'Amdec est développée dans les années 1940 par l'armée américaine dans le but de déterminer les effets des défaillances de système et d'équipement. Vingt ans plus tard, l'industrie aérospatiale utilise ce même procédé, notamment dans le cadre du projet Apollo. Vers la fin des années 1980, la méthode est adaptée à l'industrie automobile en tant qu'outil d'amélioration de la qualité. L'objectif de cette méthode est d'explorer tous les modes de défaillance du process (système étudié) et de cibler les parties où l'effort doit être porté. Dans un second temps, le système modifié est à nouveau évalué afin de mesurer l'efficacité des actions d'amélioration.

Outre-Atlantique, l'Amdec est devenue quasi incontournable pour toute organisation médicale souhaitant se conformer aux normes relatives à la sécurité du patient établies par la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). En effet, parmi d'autres recommandations, ces normes préconisent l'évaluation régulière des process jugés potentiellement dangereux et des produits médicaux.

La pluridisciplinarité du comité neutralise l'aspect subjectif de la méthode en assurant une prise en compte des différents points de vue. Les membres sont des acteurs intervenant directement ou indirectement dans le process étudié et ont une expérience significative leur permettant d'argumenter au cours des

Les secteurs d'activité qui utilisent l'Amdec

- L'Amdec est très utilisée dans le secteur de l'automobile, de l'aéronautique, du ferroviaire et du matériel médical, tout au long du processus de conception.
- Une méthode dérivée de l'Amdec est aussi utilisée dans les industries agro-alimentaire, chimique et pharmaceutique : le HACCP (voir encadré page 12). Cette méthode s'intéresse plus particulièrement à la fabrication.
- Les fabricants de machines utilisées en atmosphère explosible (Atex) doivent en outre obligatoirement réaliser un Amdec Atex permettant d'identifier les risques d'échauffement ou d'étincelles, quelle que soit leur origine. Tout chef d'entreprise doit aussi maîtriser les risques relatifs à l'explosion de ces atmosphères au même titre que tous les autres risques professionnels. Pour cela, une évaluation du risque d'explosion dans l'entreprise est donc nécessaire pour permettre d'identifier tous les lieux où peuvent se former des atmosphères explosives (document relatif à la protection contre les explosions annexé au document unique d'évaluation des risques). Les textes de références de l'Amdec Atex :
 - directive 1994/9/CE du 23 mars 1994 concernant le matériel utilisable en atmosphères explosives (transposée en droit français par le décret 96-1010 du 19 novembre 1996) ;
 - directive 1999/92/CE du 16 décembre 1999 concernant la protection des travailleurs (décrets n°2002-1553 et n°2002-1554 du 24 décembre 2002).

Amdec

réunions de travail. Tous ces membres ont reçu, au préalable, une formation spécifique par le gestionnaire de risques de l'établissement.

À ce jour, le périmètre du système, à savoir l'hôpital, a été clairement déli-

mité. Les sous-process, comme la prise en charge du patient, la logistique, le système d'information, etc., ont été identifiés et leur séquence établie sous la forme d'un enchaînement d'actions (par exemple la pres-

cription, la dispensation et l'administration pour le circuit du médicament). L'analyse est en cours et conduite pour chaque étape du processus étudié. Le procédé est rigoureux. Il faut identifier les modes de défaillances potentiels, déterminer leurs causes et leurs effets sur le comportement du système. Ensuite, chaque défaillance est quantifiée par une criticité fonction de la gravité et de la fréquence. La cotation est établie de manière collégiale et consensuelle. Une grille, support de discussion du comité, est complétée au fur et à mesure de l'analyse des étapes. À terme, cette grille permet de cibler en priorité les défaillances présentant des risques jugés majeurs.

Cette grille constitue pour le comité de gestion des risques un outil précieux de réflexion stratégique d'aide au choix d'actions à conduire. Trop souvent, l'expérience montre des actions d'amélioration inefficaces et une réaction différée faute d'une mise en place d'un plan d'actions cohérent et méthodique. Nul doute que ce travail aidera les professionnels en charge du déploiement de la qualité et des risques à développer la culture de la sécurité. ■

Dr Véronique Mennetrier
Hôpital Villiers Saint Denis

Comité des vigilances et de gestion des risques (Coviris)

La création du Coviris répond aux recommandations de la circulaire du 29 mars 2004, relative à la mise en place d'un programme global de gestion des risques dans chaque établissement de santé.

L'objectif est de fédérer les acteurs, les moyens et les actions dans ce domaine et de prendre en compte la production continue de textes réglementaires impliquant des changements, organisationnels, techniques et culturels, difficiles à intégrer dans la pratique quotidienne.

Cette coordination intègre la **gestion des risques** et des **vigilances sanitaires**. Elle articule aussi les structures développant les démarches d'amélioration continue de la qualité.

Objectifs

- Structurer une organisation pertinente, transversale.
- Sensibiliser et fédérer les structures existantes, les personnes impliquées et les actions entreprises.
- Mettre en place un système de signalement et d'information de tout événement indésirable.
- Intégrer les programmes des vigilances sanitaires (objectifs à atteindre).
- Mettre en œuvre et suivre le programme annuel de la qualité et de la gestion des risques.
- Former et mobiliser chaque acteur pour améliorer la sécurité.
- Évaluer le programme.

Gestion des risques

La gestion des risques est un « effort organisé pour identifier, évaluer et réduire chaque fois que possible les risques encourus par les patients, les visiteurs et le personnel ». Il s'agit d'améliorer la sécurité des personnes et des biens, de diminuer les risques évitables et de limiter la gravité des conséquences des accidents inévitables.

Vigilances sanitaires

- **La pharmacovigilance** : surveillance du risque d'effets indésirables résultant de l'utilisation des médicaments. Produits concernés : médicaments, produits contraceptifs, y compris médicaments dérivés du sang préparations magistrales ou officinales, allergènes, vaccins, toxines, sérums, médicaments radiopharmaceutiques, préparations homéopathiques, produits contraceptifs, insecticides et acaricides et autres médicaments d'origine humaine.
- **L'hémovigilance** : système de surveillance et d'alerte depuis la collecte de sang, jusqu'au suivi des patients transfusés. Produits concernés : les produits sanguins labiles (globules rouges, plasma, plaquettes homologues ou autologues).
- **La matériovigilance** : surveillance des incidents ou des risques d'incidents pouvant résulter de l'utilisation des dispositifs médicaux après leur mise sur le marché.
- **La biovigilance** : système de surveillance qui assure la sécurité sanitaire des organes, tissus, cellules, d'origine humaine ou animale, utilisés à des fins thérapeutiques, depuis le prélèvement jusqu'au suivi des patients transplantés. Produits concernés : organes, tissus, cellules et produits du corps humain.
- **L'infectiovigilance** : signalement interne et externe des infections nosocomiales (veille aux signalements internes des infections nosocomiales et signalements externes au centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (C.Clin) et à la Ddass).

Évaluation des pratiques profes

Première sortie du brûlé préparation aux regards

La brûlure est un traumatisme complexe qui, en détruisant la peau, met en cause la vie du sujet par la perte des fluides qui le constituent, sa relation au monde par la destruction des organes sensoriels cutanés, mais aussi son fonctionnement psychique par la réorganisation de l'image qu'il a de lui-même.

La peau à la base de la construction de chaque individu

Le cerveau et la peau avec ses organes sensoriels ont la même origine embryonnaire. L'un et l'autre contribuent, au travers du schéma corporel, à la prise de conscience du corps et de la place qu'il occupe dans l'espace mais aussi à l'image inconsciente du corps, synthèse des expériences émotionnelles propres à chaque individu et liées à son histoire.

En interaction avec le milieu dans lequel il vit, le sujet va alors progressivement se faire une idée de lui-même, de ce qu'il croit être ou être capable de faire mais aussi de la façon dont les autres le voient.

La peau acquiert de ce fait une importance particulière comme support des échanges de l'individu avec son environnement.

Sentiment d'étrangeté et troubles de la communication

La destruction totale ou partielle de la peau entraîne chez certains brûlés un sentiment « d'étrangeté » et chez tous des difficultés importantes de communication.

Freud analyse que l'inquiétante étrangeté vient du vacillement des certi-

tudes liées aux perceptions sensorielles que la brûlure abolit ou altère en détruisant les organes sensoriels de la peau, mais aussi aux différenciations habituelles et rassurantes. La défiguration remet en cause la sécurité de l'harmonie visuelle et l'équilibre esthétique attendu. Cette défiguration déstabilise notre narcissisme et vient toucher non seulement l'inconscient du brûlé mais aussi celui de son entourage.

En effet, lorsque nous rencontrons un être humain pas comme les autres, « étrange », il nous dévoile, tel un miroir, notre propre étrangeté.

Ainsi, la personne « défigurée » nous tend un miroir qui met à nu nos imperfections et notre vulnérabilité, dans lesquelles nous répugnons à nous reconnaître, car elles portent atteinte à notre image de l'intégrité humaine et nous conduit aux confins de ce qui serait spécifiquement humain.

Les cicatrices témoignent elles aussi de la souffrance de l'autre. La communication est à la fois verbale et gestuelle. Les séquelles cutanées, orthopédiques, musculaires et neurologiques dues aux brûlures, par la raideur articulaire ou les troubles du tonus qu'elles entraînent, modifient l'expression non verbale du malade par altération de la mimique, de la gestuelle et/ou de la posture.

Parfois, une brûlure des cordes vocales ou une intubation prolongée modifie la voix et aggrave ces troubles de la communication quand ce n'est pas une orthèse – masque ou attelle de main.

L'équipe pluridisciplinaire, un élément essentiel de la préparation aux regards de l'autre

Quel que soit le stade de l'évolution du

brûlé, seule une équipe pluridisciplinaire est en mesure de répondre aux besoins de ce malade. Faut-il encore que les membres de cette équipe soient en capacité de mener de façon coordonnée leurs actions de soins pour atteindre les objectifs attendus de guérison et de réinsertion sociale et professionnelle.

Chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire a un rôle spécifique à jouer par rapport aux problèmes fondamentaux posés par ce malade quant à l'altération de son schéma corporel, de son image du corps, de ses repères sociaux et de sa propre image.

C'est ainsi que l'équipe soignante proprement dite (infirmière, kinésithérapeute et ergothérapeute) contribue à la restauration du schéma corporel, que la psychologue, en donnant du sens aux événements, permet le réinvestissement du corps et l'évolution de son image et que l'assistante sociale, par ses actions, redonne au sujet les repères sociaux indispensables à sa réinsertion. Au total, l'équipe de soins, la psychologue et l'assistante sociale contribuent, en collaboration avec le sujet, à la restitution d'une image valorisante de lui-même, objectif ultime de la prise en charge de ce malade.

L'évaluation des pratiques professionnelles : une opportunité

Dans le cadre de l'accréditation, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans la préparation du brûlé aux regards de l'autre lors d'une première sortie a été pour nous l'opportunité de préciser le rôle de chacun et l'importance de la coordination des soins dans cet objectif.

Les raisons du choix étaient multiples : tous les brûlés traités dans le service étaient susceptibles d'en bénéficier,

ssionnelles é : s de l'Autre



d'autant que notre prise en charge de ce point de vue était trop ponctuelle.

Nous ressentions aussi la nécessité d'une prise de conscience du rôle spécifique de chaque acteur de soins dans cette préparation pour renforcer la cohésion de l'équipe de soins ainsi que son dialogue avec la psychologue et pour suivre l'évolution du brûlé au cours de son séjour. Nous devons, par ailleurs, optimiser les moyens mis en œuvre, notamment l'atelier de soin de peau et de maquillage pour mieux répondre aux difficultés rencontrées.

Le chemin clinique nous est apparu comme la méthode de travail la plus

adaptée pour planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge pluridisciplinaire de la population des brûlés dans cette situation, pour décrire le rôle de chacun et son articulation avec les autres acteurs de soins et pour repérer les difficultés, clarifier et codifier nos pratiques.

Un groupe de travail rassemblant deux médecins, une psychologue, un cadre de santé, trois infirmières, une kinésithérapeute, deux ergothérapeutes et une assistante sociale a été constitué. De novembre 2007 à juillet 2008, vingt réunions ont été nécessaires pour finaliser cette évaluation de nos pratiques.

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

Plusieurs étapes pour la mise en œuvre de ce projet

L'analyse de la bibliographie a porté principalement sur les recommandations concernant la sortie du malade, la construction de l'image du corps et de soi, les moyens de communication non verbaux, la vision du handicap par la société et une étude d'un article portant sur les préoccupations psychosociales des patients ambulatoires présentant des lésions défigurées (*Journal des plaies et cicatrisation*, janvier 2004, n°41).

Une réflexion de fond a permis la prise de conscience par les soignants de l'importance des remaniements de l'identité du patient brûlé en rapport avec la perte d'informations sensorielles qui le caractérise, de l'aspect parfois iatrogène des soins et de la dimension « soignante » de l'intervention de l'assistante sociale.

Le protocole de prise en charge psychologique, dans le cadre de la préparation du brûlé au regard de l'autre, s'est intéressé à la fois à la sélection des malades en collaboration avec l'équipe de soins et au travail psychologique proprement dit de préparation à « la confrontation réelle ou imaginaire » au regard de l'autre et la coordination avec l'équipe soignante.

Un protocole général de prise en charge

La sélection des malades, prise à l'occasion de la réunion de synthèse, dans les dix à quinze jours qui suivent l'admission du malade dans le service, résulte de la confrontation de l'avis de l'équipe soignante à l'appréciation de la psychologue en fonction de critères définis et de l'évolution du malade.

Le consentement éclairé du malade est recueilli par la psychologue après que celle-ci lui a expliqué l'objectif du protocole et transmis l'avis de l'équipe de soins.

L'évaluation de la sortie est faite à la fois par le malade et le personnel de soins. L'atelier « soins de peau et maquillage », sous la responsabilité des aides-soignantes, des infirmières et des ergothérapeutes, a vu ces objectifs précisés et complétés. Il s'agit d'informer et d'éduquer le malade à prendre soin de sa peau, à la protéger et, en fonction de son désir, à en améliorer l'aspect cosmétologique. L'atelier est organisé en petit groupe de malades dont les acquisitions sont évaluées.

Un dossier a été constitué de différents documents : une fiche de sélection et de suivi des malades, le consentement éclairé du malade, la participation à l'atelier soins de peau et maquillage, le compte-rendu des

synthèses et la fiche d'évaluation de la première sortie.

L'évaluation de EPP se fait, dans un premier temps, au travers du suivi d'éléments statistiques et typologiques concernant la totalité des patients brûlés admis dans le service et ceux inclus dans le protocole, mais aussi du contenu du dossier EPP qui doit comporter au minimum la fiche d'évaluation initiale avec la synthèse de l'avis de l'équipe de soins et la psychologue dans le cas où le malade n'est pas inclus dans le protocole.

Un enrichissement personnel

L'évaluation de notre pratique professionnelle concernant la prise en charge du brûlé a été, pour chacun, un enrichissement personnel qui nous a permis de changer notre regard non seulement sur le malade brûlé mais aussi sur tous les malades.

Elle a également permis à chacun de mieux percevoir sa propre contribution dans un projet thérapeutique complexe dont les résultats sont parfois paradoxaux. ■

Dr Jean-François Lanoy,
Dr Jean-Yves Doërr, Béatrice Hécart,
Catherine Colette, Nathalie Duplessis,
Clothilde Legrand, Carole Moerman,
Patricia Le Fol, Sylviane Guisseau,
Gilles Le Diberder, Virginie Berthe
Hôpital La Musse

Bibliographie

- Conférence de consensus, recommandations sur la sortie du malade, « Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteurs et/ou neuropsychologiques », 29 septembre 2004.
- « Rapport de l'expérimentation nationale audit ciblé appliqué à la préparation de la sortie du patient hospitalisé », juin 2006.
- Dolto F., « L'Image inconsciente du corps », Seuil, 1992.
- Anzieu D., « Le Groupe et l'Inconscient », Dunod, 1999.
- Fiat E., « Handicap et image de soi, les chemins de la dignité », Soins pédiatrie-puériculture, n° 211, avril 2003.
- Murcier N., « L'image de soi chez les enfants brûlés », Soins pédiatrie-puériculture n°211, avril 2003.
- Cosnier J., « Les gestes du dialogue, la communication non verbale », Revue Psychologie de la motivation, 21, 129, 138. 1996.
- Roy, M., « La figure du handicap. Analyse sociale d'une construction sociale et politique », thèse de doctorat en sociologie, Revue Corps et Culture, n°41999.
- Rumsey N., A. Clarke, P. White, « Étude sur les préoccupations psychosociales des patients ambulatoires présentant des lésions défigurées », Journal des plaies et cicatrisation, janvier 2004, n°41.

Réseau de santé Adiammo

La 100^e consultation multidisciplinaire de diabétologie

Le 27 novembre 2008 a eu lieu la 100^e consultation multidisciplinaire de diabétologie du réseau Adiammo. À cette occasion, les professionnels de santé et les patients diabétiques ont présenté leur expérience.

Depuis cinq ans, nous proposons aux patients diabétiques de notre région de participer à une journée-bilan du diabète, une maladie multiple, complexe et potentiellement grave qui nécessite l'intervention de différents spécialistes.

La journée-bilan est suivie d'une prise en charge multidisciplinaire lorsque cela s'avère nécessaire. Le médecin

traitant joue un rôle très important dans ce dispositif.

Le bénéfice pour le patient est très net : le diabète s'améliore, les complications sont moins fréquentes.

L'Assurance Maladie de Picardie (union régionale des caisses d'assurance maladie) subventionne l'Association diabète et maladies métaboliques de l'Omois (Adiammo), car cette action est bénéfique à la fois pour les patients et pour la Sécurité sociale, à laquelle elle permet des économies budgétaires importantes. En effet, les complications du diabète sont un véritable fléau financier pour l'assurance maladie. À ce jour, plus de 400 patients ont bénéficié de cette prise en charge par l'Adiammo.

La mise en place de ce dispositif répond aux objectifs suivants :

1 Établir un bilan complet du diabète grâce une consultation conjointe médecin traitant/diabétologue. Ces derniers sont assistés de la diététicienne, de l'infirmière d'éducation, du podologue et de l'infirmière libérale si elle intervient habituellement auprès du patient.

Cette consultation, qui a lieu à l'hôpital de Villiers Saint Denis deux fois par mois, est animée alternativement par les équipes diabétologiques des hôpitaux de Château-Thierry et Villiers Saint Denis.

2 Proposer aux patients des séances d'éducation thérapeutique, dirigées par une diététicienne, une infirmière d'éducation, un kinésithérapeute et une psychologue.

Consultation
multidisciplinaire
pour un patient.



Dr Morsli Seddiki,
médecin au pôle vasculaire
diabétologie appareillage.



3 Proposer des consultations de suivi, animées par les diététiciennes et les infirmières d'éducation des deux hôpitaux. Ces consultations ont un double intérêt : apporter les informations dont les patients ont besoin et entretenir leur motivation dans leurs efforts contre la maladie.

4 Utiliser les structures de soins existant dans notre région en les rendant complémentaires et synergiques : nous avons utilisé les compétences et les ressources hospitalières – diabéto-

logues, infirmières d'éducation, diététiciennes – et développé un partenariat entre les deux hôpitaux de l'Omois (Château-Thierry et Villiers Saint Denis) ainsi qu'avec les professionnels libéraux impliqués dans la prise en charge du diabète.

5 Permettre des soins podologiques réguliers aux patients à risque de lésions des pieds. Le rôle du podologue est fondamental dans la prévention et le soin. Dans les cas les plus sévères, le coût des soins est remboursé par l'Assurance Maladie.

6 Suivre les patients tous les quatre mois pour recueillir leurs paramètres (tissu adipeux [TA], dosage de l'hémoglobine glyquée [HbA1C], survenue de complications).

7 Travailler en partenariat avec les associations de patients. L'Association française des diabétiques du sud (AFD) de l'Aisne, créée en 2004, est un partenaire important du réseau Adiammo. Elle a un rôle déterminant sur le plan humain et relationnel auprès des patients, auxquels elle propose diverses manifestations : encouragement à l'activité physique, randonnées pédestres mensuelles, ateliers de diététique, d'information podologique, dépistage du diabète et de l'hypertension artérielle.

Les membres de l'AFD sont particulièrement actifs : ils ont créé un journal trimestriel, organisent régulièrement des stands de dépistage du diabète dans les grandes surfaces et participent à de multiples manifestations publiques auxquelles l'Adiammo s'associe : Salon des associations, Journée mondiale du diabète le 14 novembre et diverses manifestations sportives régionales, telles que les 200 km de Château-Thierry.

8 Proposer une formation continue aux professionnels de santé. Une formation est proposée chaque trimestre à tous les intervenants médicaux et paramédicaux impliqués dans la prise en charge du diabète. Ces formations sont assurées par des spécialistes de diabétologie.

9 Faire reconnaître l'utilité de ce projet en termes de santé publique et mobiliser les énergies autres que médicales sur le problème du diabète pour permettre aux patients diabétiques de l'Omois de bénéficier de soins de qualité. Les responsables politiques ont accueilli l'Adiammo de façon très positive, car l'intérêt leur a semblé évident pour la population de l'arrondissement.

10 Améliorer la prévention auprès des jeunes, avec intervention dans les collèges et lycées de l'arrondissement, en raison de l'épidémie de diabète qui se développe en France et en Europe. ■

Dr Karim Belaid
Président du réseau Adiammo

L'hémoglobine glyquée HbA1c

Le glucose en excès a la capacité de se fixer sur certains des éléments constitutifs des protéines : les acides aminés. Cette fixation est réversible si la glycémie diminue. En revanche, si le déséquilibre du diabète persiste et donc si la glycémie reste élevée, cette fixation devient irréversible et la protéine, en se modifiant sous l'effet du sucre, perd une partie de ses propriétés. Ce phénomène participe au développement des complications du diabète.

Les protéines sucrées sont appelées protéines « glyquées » (anciennement protéines glycosylées). La plus connue est l'hémoglobine glyquée (HbA1c).

Le dosage de l'HbA1c est indispensable pour permettre l'évaluation du niveau glycémique moyen des patients diabétiques.

Le diabète en quelques chiffres (OMS)

- 3,2 millions de décès sont attribuables au diabète chaque année dans le monde. L'Inde, la Chine, les États-Unis, l'Indonésie, le Japon, le Pakistan, la Russie, le Brésil, l'Italie et le Bangladesh détiennent les taux les plus importants.
- 171 millions de malades diabétiques, un chiffre qui pourrait plus que doubler au cours des vingt-cinq prochaines années, soit 366 millions de malades d'ici à 2030.
- 1 décès sur 20 est attribuable au diabète (8 700 décès par jour et 6 décès par minute). Au moins 1 décès sur 10 attribuable au diabète chez les adultes de 35 à 64 ans.
- Près de 80 % des décès liés au diabète ont lieu dans les pays à bas, voire moyens revenus.
- Après quinze ans de diabète, près de 2 % des malades deviennent aveugles et 10 % voient leur vue se dégrader durablement.
- Près de 58 % des cas de diabète dans le monde peuvent être attribués à un indice de masse corporelle supérieur à 21 kg/m².

Association française des diabétiques (AFD)

88, rue de la Roquette
75544 Paris Cedex 11
Tél. : 01 40 09 24 25
Fax : 01 40 09 20 30
www.afd.asso.fr
Email : afd@afd.asso.fr

AFD du sud de l'Aisne

Mairie de Château-Thierry
23, rue de la Clé-des-Champs
02400 Château-Thierry
Tél. : 03 23 69 12 85

Projet Géode

Lutter contre la dénutrition

Le projet Géode (Gériatrie Omois dénutrition) est né en 2007 à partir du comité de liaison en alimentation et nutrition (Clan) de l'hôpital Villiers Saint Denis, partant du concept que la dénutrition ne s'arrête pas aux portes de l'hôpital : elle existe avant et ne doit plus exister après.

Il s'agit d'un réseau ville/hôpital qui s'adresse au pays de l'Omois, dans l'Aisne, englobant les cinq cantons autour de la ville de Château-Thierry, soit environ soixante-douze mille personnes.

Le 11 juin 2008, nous avons présenté avec le Dr Guy Schneider, chef du pôle gériatrie pneumologie cardiologie et référent maladie d'Alzheimer, le projet Géode aux conseillers techniques de Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.

Quatre objectifs essentiels

- Former toutes les personnes entourant les personnes âgées vivant à domicile, en établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) et en établissements de soins à la prise en charge de la dénutrition.
- Créer une unité transversale nutritionnelle (UTN).
- Informer et sensibiliser la population aux problèmes de la dénutrition et ainsi la prévenir.
- Recenser les personnes dénutries par le biais de la formation de toutes les personnes entourant les personnes âgées et les prendre en charge activement et efficacement.

Objectif 1 - Former toutes les personnes âgées vivant à domicile, en Ehpad et en établissements de soins (hôpitaux de Villiers Saint Denis et Château-Thierry entre autres)

L'année 2007-2008 a été consacrée à :

- recenser toutes les personnes et à leur exposer le projet. Nous avons rencontré toutes les associations d'aide à domicile, de portage des repas, de soins infirmiers à domicile, de soins à domicile, les services sociaux, les médecins généralistes, les dentistes, les pharmaciens, les infirmières libérales, la députée Isabelle Vasseur, les maires des cantons, le conseiller général et président du Pays du sud de l'Aisne, Jacques Krabal, la vice-présidente du conseil régional, chargée de l'aménagement du territoire et présidente de la communauté de communes, Michèle Fuselier-Baulard ;
- recueillir les besoins en formation des différentes personnes à l'aide d'enquêtes de terrain et établir un cahier des charges ;
- établir les programmes de formation à partir du cahier des charges. Les formations ont commencé dès la fin d'année 2008, les 17 et 18 décembre, à l'hôpital Villiers Saint Denis, avec une première session consacrée à la prise en charge des états de dénutrition et de déshydratation chez les personnes âgées. La seconde session consacrée à un instant repas en Ehpad a eu lieu les 20 et 21 janvier 2009 à l'hôpital Villiers Saint Denis. Ces formations sont assurées par des consultants du Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH).

Nous avons l'intention d'organiser chaque trimestre un module de formation sur les deux thèmes précités sur les sites hospitaliers, mais aussi au plus près des personnes concernées, par exemple à l'union des communautés de communes du sud de l'Aisne (UCCSA), au centre local de coordination gériatrique (Clic) ainsi qu'au niveau des mairies (salles mises à disposition par ces dernières) ;

- évaluer le coût de ces formations, répondre à des appels à projet de groupement régional de santé publique (GRSP) de la Fondation de France...

Cette première phase de préparation du plan de formation est financée par la CPAM de Laon sur le volet dit « actions locales » ; 20 000 euros ont été accordés qui permettront :

- de dédommager les professionnels sur justificatifs ;
- d'assurer un secrétariat (définir le temps passé) ;
- de prendre en charge les frais de logistique ;
- de payer les formations de décembre 2008 et janvier 2009 sur justificatifs des intervenants.

Nous avons également l'intention comme nous l'avons déjà entrepris, de demander une aide financière aux mairies, au conseil général, au département, mais aussi à l'Europe par le biais du projet Leader.

L'année 2009 sera donc consacrée à la poursuite des formations.

Il est prévu en 2010 un temps d'évaluation. Trois phases d'évaluation sont envisagées :

- une évaluation dite « à chaud » de la formation sera intégrée dans celle-ci et réalisée par le formateur ;
- la construction d'un outil (si possible



Dr Jean-François Bouteleux,
créateur et pilote du projet Géode.

informatisé) permettant aux acteurs de suivre l'application de cette formation sur le terrain en partant de la personne âgée prise en charge ; cet outil aura deux objectifs : assurer aux acteurs une autoévaluation en temps réel et permettre au comité de pilotage de constituer un tableau de bord de suivi du projet ; les indicateurs permettant la construction de cet outil seront à définir par le comité de pilotage ;

- une évaluation externe et globale du programme sera également à envisager. De même, les éléments de cette évaluation seront définis par le comité de pilotage.

Les phases 2 et 3 pourront également être confiées à un intervenant extérieur. Nous ferons appel à Luc Hincelin (LH Conseil), spécialiste dans ce domaine, que nous avons déjà rencontré pour réaliser ce travail en collaboration avec un informaticien (l'école d'ingénieurs en informatique d'Amiens pourrait être sollicitée).

Objectif 2 - Créer une unité transversale nutritionnelle (UTN)

Cette UTN s'articulera dans le cadre du GCS entre les hôpitaux de Villiers

Saint Denis et Château-Thierry.

Pour mémoire, les UTN ont pour objectif général d'optimiser la prise en charge nutritionnelle individuelle des patients hospitalisés en y ajoutant dans le cadre de Géode, les personnes âgées en ville et les résidents des Ehpad également. Cette prise en charge s'effectuera pendant les hospitalisations « classiques » dans les deux hôpitaux, mais aussi au-delà des établissements de santé en ville sur signalement des personnes formées et aussi en Ehpad à partir des médecins coordonnateurs et de leurs équipes formées.

Les missions des UTN doivent permettre d'atteindre les objectifs fixés par la circulaire du 29 mars 2002 (Dhos-E1-2002-186), relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé, dont le chapitre II relatif à l'organisation de l'activité de nutrition clinique) conforme au volet hospitalier du deuxième Programme national nutrition santé 2006 (PNSS2) :

- soins nutritionnels directs au patient dénutri ou à risque de dénutrition dans les unités de soins, en consultation dans le cadre d'un programme

- de nutrition artificielle à domicile ;
- développement et diffusion des procédures et des protocoles de soins nutritionnels ;
- éducation thérapeutique des patients ou de leur entourage (enseignement de la nutrition clinique aux médecins en formation, au personnel paramédical) ;
- recherche épidémiologique et clinique.

L'UTN du projet Géode est originale puisqu'elle s'adresse à deux hôpitaux (Villiers Saint Denis et Château-Thierry) dans le cadre d'un GCS mais aussi à la ville et aux Ehpad !

Elle permettra d'accroître l'action du Clan de l'hôpital Villiers Saint Denis créé en 2004, celle du Clan de l'hôpital de Château-Thierry nouvellement créé en 2008 auquel le Clan de l'hôpital Villiers Saint Denis apporte tout son concours et son aide (informatisation notamment des données anthropométriques et biologiques en matière de dénutrition et d'aide au codage PMSI déjà réalisée sur le site de l'hôpital Villiers Saint-Denis). Le Clan de l'hôpital Villiers Saint Denis a réalisé un logiciel diffusé en collaboration avec le laboratoire Nutricia à cet effet.

La création de cette UTN nous paraît indispensable à la réalisation des objectifs du projet Géode et de la circulaire du 29 mars 2002. Elle sera originale, unique, soumise à évaluation et pourrait servir de modèle pour la création d'autres UTN de ce type associant plusieurs hôpitaux (GCS), des Ehpad et un réseau ville/hôpital !

L'organisation pratique et son fonctionnement feront l'objet d'un développement ultérieur mais il s'inspirera de ceux déjà existants en y rajoutant le volet réseau ville/hôpital et Ehpad.

Objectif 3 - Sensibiliser la population au problème de la dénutrition et la prévenir

Il s'agit là du volet d'information et de « médiatisation » des problèmes liés à la dénutrition. Les mairies déjà contactées sont prêtes à aider Géode pour organiser des supports médiatiques. Des idées extrêmement pertinentes nous ont été proposées : par exemple coupler les messages de prévention de la canicule à ceux de la dénutrition.

L'industrie pharmaceutique est prête également à nous apporter son concours. La Mutualité Sociale agricole (MSA) pourrait elle aussi participer à ces actions d'information de même que certaines caisses participant déjà à Géode (*voir encadré ci-contre*).

Des documents de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) existent déjà et mériteraient une plus large diffusion par le biais d'actions de Géode sur le terrain ou au plus près des personnes (mairies, pharmacies...).

Les Clan pourraient également animer des réunions d'information à la demande, par exemple des associations, des mairies ou autres.

Les différentes administrations territoriales, les médias locaux sont prêts eux aussi à agir dans ce sens.

Objectif 4 - Recenser et prendre en charge activement les personnes âgées à risque de dénutrition par le biais de personnes formées avec signalement aux familles, aux médecins généralistes et coordonnateurs

L'idée de Géode de coupler un volet enquête nutritionnelle et dépistage de la

dénutrition à la visite systématique dentaire avant l'entrée en Ehpad pourrait optimiser cette prise en charge active. Le projet Géode s'inscrit bien sûr dans le cadre de la réalisation d'une filière gériatrique dans le bassin de vie de Château-Thierry, avec notamment la création de consultations multidisciplinaires avec consultation de nutrition.

Il nous paraît donc nécessaire d'inscrire au schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) la nutrition avec ces deux volets : dénutrition et obésité.

L'hôpital Villiers Saint Denis est prêt à jouer son rôle dans le cadre du SSR nutrition en prenant les patients dénutris par exemple, dans la spécialité de neurologie mais aussi dans d'autres spécialités. En nous inspirant des expériences suisses, nous pourrions également prendre en charge des patients dépistés comme dénutris avant chirurgie froide. En effet, il a été prouvé (étude Resclan [réseau des Clan], 2007 Champagne-Ardenne à laquelle le Clan de l'hôpital Villiers Saint Denis a participé), qu'en fonction des états de nutrition, le risque d'infection nosocomiale était multiplié par 2,6 en cas d'hypoalbuminémie inférieure à 30 grammes par litre. Les études montrent également que le risque de morbi-mortalité est accru avec des durées moyennes de séjour augmentées.

La prise en charge des patients avant ou après pose de sonde de gastrostomie dans le cadre du GCS avec le service de gastro-entérologie de l'hôpital de Château-Thierry est également envisagée... ■

Dr Jean-François Bouteleux
Hôpital Villiers Saint Denis

Acteurs du projet Géode

- L'association Épicure Nutrition est le porteur du projet. Il s'agit de l'association de deux réseaux, celui de l'Education et celui de la Nutrition. Son président est le Pr Jean-Daniel Lalau, du CHU d'Amiens (*voir encadré ci-dessous*).
- Le créateur et pilote du projet est le Dr Jean-François Bouteleux, président du Clan de l'hôpital Villiers Saint Denis.
- Le projet a, depuis sa conception, bénéficié d'une aide inestimable de l'union des caisses régionales d'assurance maladie (Urcam) et de la Drass représentées respectivement par Jeanine Tison et Henriette Noël.

É-PI-CURE

Association loi 1901 dont le but général est de coordonner les actions de deux réseaux picards : le Réseau pour la prévention et l'éducation thérapeutique du patient et le Réseau Nutrition, pour la mise en lien et cohérence de leurs objectifs respectifs.

Plus spécifiquement, l'association se donne pour buts :

- de promouvoir et de coordonner les actions relatives à la prévention, l'éducation du patient et la nutrition pour tous les âges ;
- de constituer un pôle de ressources, de formation et de recherche ;
- de mettre en articulation les réseaux cités avec les autres dispositifs existants (autres réseaux, associations, dispositifs institutionnels, etc.).

www.educapic.com/accueil_epicure.html

Posturologie

SAM 3D : le dos sous tou

Le système d'analyse morphologique en trois dimensions (SAM 3D), invention d'un médecin rouennais utilisée à l'hôpital La Musse depuis quelques mois, permet de déceler les mauvaises postures lombaires en un simple clic.

(De gauche à droite)
Le Dr Victor Liviot,
chef du pôle
médecine physique
réadaptation de
l'hôpital La Musse,
et le Dr Gérard
DiMascio, inventeur
du SAM 3D.

Il existe deux machines de ce type en France : l'une dans le cabinet de son inventeur, le médecin posturologue rouennais Gérard Di Mascio, l'autre au pôle de médecine physique et réadaptation de l'hôpital La Musse. Le SAM 3D (système d'analyse morphologique en trois dimensions) permet une analyse complète de la posture, en position debout, c'est-à-dire naturelle (contrairement au scanner) et sans danger d'irradiation (contrairement aux rayons) pour le corps, ce qu'aucune autre machine ne peut revendiquer.

D'usage simple, cette machine peut être utilisée régulièrement, en suivi sur une même personne, pour surveiller l'évolution de la pathologie et rectifier éventuellement les prescriptions en cours de traitement. En rééducation fonctionnelle, on peut s'en servir, par exemple, pour le calcul – ou la vérification – de la longueur fonctionnelle d'une prothèse de membre inférieur, car la mesure peut être prise debout.

Comment ça marche

D'un côté, une cabine dans laquelle se place le patient avec, en face de lui, une zone lumineuse à fixer à cinq mètres environ. Lorsque la position est bonne, deux appareils photos numériques se déclenchent. Même chose côté pile. Trente secondes plus tard, les points stratégiques sont repérés, les éventuelles inclinaisons – bascules, rotations, projections du bassin, translations, mauvaise position d'un genou –

sont pointées (rien n'échappe à la machine), analysées (le logiciel a intégré les valeurs moyennes sur un sujet sain et les tolérances possibles) et les premières indications thérapeutiques peuvent être lancées par le manipulateur.

Naissance du SAM

« Je suis médecin ostéopathe de formation, explique Gérard Di Mascio. Et j'ai toujours eu envie de comprendre ce qui se passait quand on manipulait un patient. Mais tout a pu commencer lorsque j'ai gagné un concours de recherche avec un collègue. Mes premières études ont porté sur la stature de la femme enceinte et l'hypothèse (vérifiée) d'une corrélation existant entre l'évolution du poids et l'évolution du profil au cours de la grossesse. J'ai fait diriger une thèse en 2005. En 2007, j'ai reçu deux prix au salon des inventions de Genève. »

Depuis, le médecin s'intéresse avant toute chose aux pathologies postu-



tes ses coutures

rales, dont les incidences sont souvent lombaires et qui représentent 20 % des 25 millions de journées arrêtées dans le cadre d'un accident du travail. « *Tout le monde se plaint peu ou prou de son dos. Il y a trois principales raisons à cela* », poursuit Gérard Di Mascio.

La mauvaise posture (recul de la tête, la projection du ventre, rotation, bascule, voire la combinaison de plusieurs d'entre elles, la scoliose évidemment...) est immédiatement repérée par le SAM. Sa découverte aboutit à des indications de port de semelles orthopédiques, des recommandations précises pour orienter le travail des kinésithérapeutes qui devront étirer ou contracter tel segment du dos ou plutôt effectuer un gainage.

La machine SAM 3D est aussi utilisée pour d'autres affections chroniques comme pour la fibromyalgie, qui se manifeste par des douleurs diffuses (relevée en onze points au minimum) présentes depuis de long mois et souvent causées par une situation de stress émotionnel passé et durable (deuil d'un proche...). Ces sujets présentent dans 60 % des cas des modifications posturales semblables qui sont observées sur la reconstruction de profil. Le SAM 3D est aussi au service des chirurgiens dentistes et occlusodontistes, car elle permet d'optimiser la prise en charge orthodontique dans la mesure où elle visualise les variations posturales parfois liées à la pose de prothèses dentaires.

Le SAM 3D est aussi un formidable outil de dépistage de suivi des scolioses : il n'y a pas de rayons, les bilans peuvent être aussi rapprochés que le souhaitent les praticiens, que ce soit en rééducation ou lors la mise en place de corsets.

Il est possible d'évaluer l'effet béné-

fique d'une cure thermique sur la posture d'un patient souffrant d'arthrose : moins de souffrance entraîne moins de compensations posturales.

Les applications possibles

Une telle machine a bien évidemment toute sa place dans un centre de rééducation fonctionnelle, mais pas seulement : elle peut être utilisée en podologie pour le réglage de semelles, en orthodontie, en chirurgie orthopédique (notamment dans les poses de prothèses de la hanche), en suites opératoires de cardiologie (où il convient d'adapter la prescription d'exercices physiques à la raideur souvent observée chez cette population âgée), en médecine du travail pour l'amélioration de l'ergonomie d'un siège de bureau, en pédiatrie pour déceler les scolioses et suivre leur évolution, en médecine thermique, en médecine du sport.

Elle peut également être utilisée dans des domaines plus inattendus comme la conception de sièges de voitures, le réglage d'un vélo de compétition (longueur du cadre et hauteur de la selle) et en salle de fitness, pour la mise en place d'un travail musculaire personnalisé et adapté.

L'avenir

Le SAM 3D va bientôt être installée dans une école formant les kinésithérapeutes pour lesquels son utilisation aurait d'indéniables avantages. Le Dr Di Mascio, qui cherche un partenaire financier pour développer son invention, espère également pouvoir placer la machine dans des hôpitaux, centres de rééducation, associations de kinésithérapeutes, groupements d'assurance, pôle de médecine du travail... ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse



Le SAM et Normandos

Le SAM 3D a toute sa place dans le réseau dos en cours de création à l'hôpital La Musse, Normandos, qui peut commencer à fonctionner grâce à l'obtention des premières subventions du fonds d'intervention pour la coordination et la qualité des soins (Ficqs) de l'union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) et de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH).

Adressés par les centres hospitaliers, les médecins généralistes ou du travail, cinquante patients pourront bénéficier chaque année de cette structure et recevront une réponse adaptée à leur pathologie (prescriptions de kiné, hospitalisation, chirurgie, interventions de psychologues ou d'ergonomes...) grâce au regroupement des compétences professionnelles au moment de l'entretien clinique initial.

Mais Normandos proposera également des actions en amont, dans le domaine de la prévention (mal de dos en milieu scolaire ou professionnel, éducation en santé publique) et en aval avec le suivi des patients.

Blog de Normandos : nomandos276.blogspot.com

Contact SAM

SAM Instruments - Gérard Di Mascio
www.saminstruments.com - Email : up.gdm@wanadoo.fr

Faits marquants

Hôpital La Musse

Révision du Sros 3

L'hôpital La Musse a participé aux groupes de travail mis en place par l'agence régionale de l'hospitalisation concernant la révision du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération (Sros 3). La place essentielle de l'établissement sur le territoire a été confirmée.

Projet de loi Hôpital, patients, santé, territoire

L'hôpital La Musse a été invité à assister à la table ronde organisée le 13 mars 2009 à Clairefontaine (78) par le président de la République, Nicolas Sarkozy, accompagné de sa ministre de la Santé, Roselyne Bachelot-Narquin, dans le

cadre du projet de loi Hôpital, patients, santé, territoire. Catherine Palladitcheff, directeur, et une équipe de professionnels de santé de l'hôpital se sont rendus à ce débat.

Renouvellement des instances

Fin mars, les salariés ont été appelés à renouveler les instances et élire leurs représentants (délégués du personnel et membres du comité d'établissement). Aurélie Clérembaux, ergothérapeute, a été désignée comme la nouvelle secrétaire du comité d'établissement.

Mécènes

Le partenariat avec le Rotary Club s'est concrétisé, en mai dernier, par le

don d'une somme de 4 800 euros qui a été utilisée pour l'achat de matelas anti-escarres à destination de l'unité de soins palliatifs du pôle soins de suite polyvalents gériatriques (SSPG).

Jardin thématique et plateau d'obstacles

Le jardin thématique, dont les travaux ont démarré en aplomb du pavillon « soins de suite gériatrique » à la mi-avril, a été achevé en mai dernier. Ces travaux ont été financés grâce à un don de 40 750 euros de la Fondation Avenir Paul-Bennetot. Imaginé et pensé par un groupe de travail réunissant presque toutes les disciplines médicales et paramédicales du pôle, ce jardin, dont les bénéfices ont déjà





été démontrés par ailleurs, est particulièrement adapté aux personnes âgées désorientées, dont il canalise l'attention et apaise les désarrois. Mais il peut être tout aussi utile aux autres patients : il donne un but de promenade à la marche, favorise la stimulation des cinq sens et de la mémoire, aide au maintien du lien social...

Suivra, sur le même modèle, la réalisation d'un plateau d'obstacles aux abords du pavillon de rééducation fonctionnelle (pôle médecine physique et réadaptation).

Maison d'accueil spécialisé

Le projet de création d'une maison d'accueil spécialisé (MAS) a été présenté mi-mars à la Ddass par la directrice de l'hôpital, Catherine Palladitcheff. Le comité régional de

l'organisation sanitaire et médico-sociale se prononcera sur la faisabilité de l'opération à la rentrée. Cette MAS comprendrait vingt-cinq places, auxquelles il faudrait ajouter cinq places de jour et cinq places d'hébergement temporaire pour un public de personnes polyhandicapées.

L'espace Éthique

Jérôme Talmud, en charge du département d'information médicale (DIM), a animé la première soirée organisée par l'espace Éthique de l'hôpital, en novembre dernier, intervenant sur le thème « Mort et religion : les rites funéraires ». Ce moment de communication et d'échanges autour de thèmes éthiques sera renouvelé deux à trois fois par an.

Nouveaux médecins

Le Dr Philippe Martorell a rejoint

l'équipe du Dr Ezzedine Selini au sein d'une unité de soins palliatifs du pôle SSPG. Marie-France Loie, médecin, a été accueillie au service de nutrition du pôle de soins de suite spécialisés (SSS) à la mi-mai en remplacement d'un congé maternité.

Déménagement d'une unité de soins de suites polyvalents

Le Dr Rabih Nakhal a rejoint l'équipe du pôle SSS pour accompagner, avec son équipe, le transfert des activités de SSPG. Cette unité, qui remplace celle dédiée à la cardiologie, conservera une orientation cardiologique, répondant ainsi à l'injonction de la tutelle (voir le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens [CPOM]) qui imposait la redéfinition d'une unité de SSS en soins de SSPG.

Ce regroupement permettra, par ailleurs, de distinguer les activités de gériatrie (hébergées au pavillon 3) des activités de SSPG (pavillon 2).

Travaux et rénovations

Divers travaux et rénovations d'importance ont été entrepris : achat d'une nouvelle table de radiologie, réfection de l'intérieur de la piscine de la balnéothérapie, réfection des toits de terrasses de deux unités, rénovations dans la cuisine et remplacement de tout le réseau des bips. ■



Faits marquants

Hôpital Villiers Saint Denis

Groupement de coopération sanitaire (GCS)

- Lors de l'assemblée générale du GCS du 13 janvier 2009, nomination de Francis Gilgaire comme administrateur.
- En début d'année, Jean-Paul Thellier, responsable du plateau médico-technique au centre hospitalier (CH) de Château-Thierry et pilote du groupement, s'est rendu sur différents sites de notre établissement dans le cadre de la mutualisation des activités
- Début février 2009, détachement de deux techniciens du laboratoire de Villiers Saint Denis au CH de Château-Thierry.
- Début avril, réunion interhospitalière sur le thème de la filière gériatrique. Accord du CH de Château-Thierry pour que le Dr Guy Schneider (chef du

pôle gériatrie pneumologie cardiologie [GPC] à l'hôpital Villiers Saint Denis) soit le coordonnateur pour proposer la formalisation d'une filière gériatrique.

- Courrier du 3 avril 2009 de Pascal Forcioli, directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, réaffirmant l'intérêt d'étendre le GCS au CH de Soissons et demandant de définir et concrétiser les dossiers laboratoire, pharmacies à usage intérieur, imagerie médicale, logistique (blanchisserie, archivage numérisé), filière de soins, coopérations comité de lutte contre les infections nosocomiales (Clin)/comité de liaison en alimentation et nutrition, et service social.

Organisation, stratégie

- Intervention début mars 2009 de Jean-Claude Montblanc, cabinet Appui

Consultants, ayant pour objet l'organisation du travail au sein du pôle GPC. De manière plus globale, cette démarche relève d'une volonté de gérer les changements organisationnels dans des conditions optimales de cohérence managériale et dans un esprit de travail associant le personnel. Ce travail de terrain a été restitué le 3 avril 2009 auprès de l'équipe de direction et de l'encadrement.

- Réunion à la Ddass concernant l'ouverture de l'accueil de jour Alzheimer (19 mai 2009).

Qualité et gestion des risques (GDR)

- Classement national des infections nosocomiales année 2007 : parution dans la presse locale d'un article élo-

Visite de Régis Elbez, nouveau sous-préfet de l'Aisne (ici au pôle vasculaire diabétologie appareillage).



enis

gieux évoquant l'excellente notation de notre établissement, classé 9^e sur 788, avec 92,37 points sur 100.

- Dans le cadre de la prévention des infections associées aux soins, Jean-Louis Yonnet, directeur de l'hôpital, et le Dr Jean-François Bouteleux, président de la CME, signent la charte d'engagement « Mission mains propres », en présence de représentants du personnel et des représentants des usagers auprès du Clin.
- Lors de réunions régulières, avec les responsables de l'ensemble des secteurs de l'hôpital, estimation des risques non pas *a posteriori*, mais selon une méthode anticipative ; les risques sont répertoriés dans tous les lieux où ils pourraient se produire et particulièrement par rapport à la prise en charge du patient (voir article page 22).
- Basculement de la gestion biblio intranet sur le site de Villiers Saint Denis intranet et travaux de remise à jour complète de la gestion documentaire (procédures, modes opératoires, fiches techniques, imprimés) tout au long de l'année 2009.
- Réactualisation du plan blanc dans sa totalité et tout particulièrement dans son volet pandémie grippale.
- Publication en février 2009 de l'enquête de satisfaction des patients année 2008 révélant d'excellents résultats : 99,7 % des patients s'estiment « très bien soignés » ou « bien soignés » (participation moyenne sur l'année : 74 %).
- Journée mondiale sans tabac (31 mai 2009) : le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ainsi que le comité de prévention des addictions mettent en place un stand d'information et de prévention au self du personnel.

Travaux et sécurité

- Avis favorable de la commission de sécurité (27 janvier 2009).
- Mise en sécurité du site désenfumage (début des travaux le 16 février 2009, fin prévue en juillet 2010).

Visites

- 10 juin 2009 : visite de Régis Elbez, nouveau sous-préfet de l'Aisne (sous-préfecture de Château-Thierry).
- Visite du réseau sectoriel de soins palliatifs du sud de l'Aisne qui organise à l'hôpital Villiers Saint Denis, pour la sixième année consécutive, une journée de formation pour près de 75 professionnels de santé du secteur. Les professionnels réunis se sont interrogés sur leurs représentations du grand âge, de la fin de vie, de la mort et ont tenté de définir ce qu'est une personne âgée, ses problèmes, ce dont elle souffre : douleur, pertes d'autonomie, pertes d'identités sociales et familiales, avec à l'appui des cas cliniques. Martine Derzelle, psychanalyste, a éclairé l'as-



Le stand d'information au self

lors de la Journée mondiale sans tabac.





semblée sur la souffrance liée à l'âge, tandis que Paolo Doss, clown poète, a mis en scène un spectacle ponctué d'interventions de soignants.

- 2 février 2009 : visite du pôle vasculaire diabétologie appareillage (VDA) par le Dr Kamel Mohameddi ainsi que deux infirmières de l'hôpital Bichat.
- 19 février 2009 : visite de l'hôpital au profit des nouveaux salariés recrutés en 2008 ; la politique qualité menée par l'établissement a été mise en exergue.
- Visite de l'hôpital, à l'initiative de Frédérique Lamandé – cadre rééducateur –, dans le cadre des relations avec les établissements publics, au bénéfice de médecins et de rééducateurs de l'hôpital de Reims (une visite en janvier, une autre en avril 2009).
- 19 janvier 2009 : visite du pôle médecine physique et réadaptation et de la lingerie buanderie par 30 élèves de BEP sanitaire et social du lycée privé Saint-Michel de Reims. Très intéressés par les différentes activités du pôle, d'autres élèves ont suivi le 10 avril 2009 une visite identique, à laquelle s'est ajoutée celle du centre appareillage.
- 5 et 6 mars 2009 : journées Emois à



Nancy. Journées des professionnels de l'information médicale sous l'égide du ministère de la Santé, de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) et de la Cnamts, au cours desquelles une communication du département d'information médicale (DIM) de la Fondation est présentée par le Dr Jérôme Talmud.

Cérémonies

- Repas avec les retraités le 12 décembre 2008.
- Cérémonie des vœux le 8 janvier 2009.
- 19 mai 2009 : remise des médailles d'honneur du travail à 46 récipiendaires (photo ci-dessus).

Activités sportives pour les patients

- 10 mars : séance de tir aux armes au bénéfice des patients du pôle GPC au

club Le Mousquet, à Château-Thierry.

- 1^{er} au 7 février : stage de ski alpin à La Bresse (88) au profit de neuf patients hospitalisés.
- 1^{er} au 6 juin : stage de parapente dans les Vosges pour sept patients accompagnés d'une équipe de rééducateur.
- Match de hockey en fauteuil roulant au gymnase de Charly-sur-Marne : des patients, sous la responsabilité d'un kinésithérapeute du pôle VDA et d'un éducateur sportif du pôle GPC, rencontrent une équipe de Fanières (51).

Publication

- Parution dans le magazine national *Kiné Actualité* d'un article corédigé par Frédéric Lamandé relatif aux stages sportifs organisés à l'hôpital Villiers Saint Denis en faveur des patients.

Rectificatif

La photo figurant au bas de la page 42 du *Regards* n°8 représente la visite de l'équipe du service « diabétologie endocrinologie et nutrition » du groupe hospitalier Bichat - Claude-Bernard et non la visite de l'hôpital Bégin.

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.