

Le magazine
de La Renaissance Sanitaire

Regards

N°10 DÉCEMBRE 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 deux hôpitaux sont dirigés chacun par un directeur assisté d'une commission médicale d'établissement (CME).

Le conseil d'administration



Président
Didier GABORIAUD
Président de la FMP 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
Désigné par la FMP Mutualité francilienne



Trésorier
Paul DEVROEDT
Administrateur de la FMP Mutualité francilienne

Administrateurs

Maguy BEAU, vice-présidente de la FMP Mutualité francilienne
Jean-François CLERTANT, désigné par la FMP Mutualité francilienne
Pr Gérard DUBOIS, chef du service Évaluation médicale au CHU d'Amiens
Dr Magali GUICHARDON, médecin gériatre
Didier POITEVINEAU, désigné par la FMP Mutualité francilienne
Jean-Claude MAIRET, désigné par la FMP Mutualité francilienne
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 Victor LIVIOT

actualités

Abécédaire

Loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009 p. 4

La gouvernance p. 11

Indicateurs de qualité HAS

Le recueil dans les établissements de soins de suite et de réadaptation p. 12

Inauguration à l'hôpital La Musse

Le jardin thématique p. 14

compétences

Rééducation fonctionnelle

Les nouvelles missions p. 16

Expérience

Ricardo Biaia, kiné portugais p. 19

Pratiques professionnelles

Le nécessaire bandage de moignon p. 20

enjeux

Développer les compétences

Mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) p. 21

Hôpital La Musse

Haro sur la douleur p. 22

Nutrition

Prise en charge des enfants en surpoids p. 25

Hôpital Villiers Saint Denis

Projet de création d'une unité de six lits de prise en charge de l'obésité morbide de l'adulte p. 27

initiatives

Sud de l'Aisne

Réseau sectoriel de soins palliatifs p. 28

Innovation

Une nouvelle génération de prothèses p. 30

Création

Une cellule alcool p. 32

Faits marquants

Hôpital Villiers Saint Denis p. 33

Hôpital La Musse p. 36



La Renaissance Sanitaire adhère à EcoFolio pour le recyclage des papiers
www.ecofolio.fr



Imprimé sur un papier FSC
www.fsc.org

Directeur de publication : Didier Gaboriaud ■ Rédacteurs en chef : René Durand, René Vandamme, Catherine Toublanc ■ Conception maquette : Héral ■ Imprimerie de Champagne ■ Dépôt légal 4^e trimestre 2009.



Plus de cent cinquante décrets d'application préciseront la nouvelle organisation des systèmes sanitaire et médico-social définie par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « loi HPST »). Quels seront ces futurs territoires de santé alors que, parallèlement, la restructuration territoriale est engagée (réforme des collectivités territoriales, démocratie locale...) et que le décret instituant les directions départementales interministérielles (compétentes notamment en matière de politique de cohésion sociale) vient d'être publié au *Journal officiel* ?

Cette période transitoire (la mise en place des agences régionales de santé devrait être effective avant le 1^{er} juillet 2010), synonyme d'incertitude, ne doit pas freiner notre enthousiasme à porter de nouveaux projets répondant aux besoins.

La création d'une unité dédiée à la prise en charge de patients obèses et le regroupement de l'activité de neurologie (avec des places d'hospitalisation de jour) sont ainsi projetés à l'hôpital Villiers Saint Denis mobilisé, ces dernières semaines, pour constituer les dossiers de demandes d'autorisations correspondants. L'hôpital La Musse déploie ses missions dédiées à la prise en charge du handicap en accentuant son travail de rééducation fonctionnelle et de réinsertion sociale grâce à ses équipes pluridisciplinaires, son plateau technique novateur et ses réseaux professionnels partenaires (associations d'aide au retour à l'emploi...). C'est aussi dans cet esprit de coopération et de solidarité que le réseau sectoriel de soins palliatifs du sud de l'Aisne s'organise pour apporter une prise en charge cohérente aux patients en fin de vie.

Toutes ces actions sont menées avec le souci de renforcer la qualité mise en exergue également dans la loi HPST. Ainsi, à compter du 1^{er} janvier 2010, les établissements de santé doivent mettre, annuellement, à la disposition du public les résultats des indicateurs qualité et de sécurité des soins, le non-respect de cette obligation de communication pouvant entraîner une modulation des dotations de financement.

Agir en promouvant la qualité, agir en gérant les risques, agir dans le cadre de pathologies et d'exercices professionnels renouvelés, agir pour optimiser les moyens dans un environnement concurrentiel, agir pour améliorer l'état de santé, autant de défis que nous voulons relever.

Didier Gaboriaud
Président de La Renaissance Sanitaire

Abécédaire

Loi Hôpital, patients, santé

Publiée au Journal officiel du 22 juillet 2009, la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires traite de la modernisation des établissements de santé (missions des établissements publics de santé, coopérations), de l'accès de tous à des soins de qualité (organisation et continuité des soins), de la santé publique (prévention des facteurs de risques, éducation thérapeutique, lutte contre les troubles du comportement alimentaire) et de l'organisation territoriale du système de santé. Abécédaire des principales dispositions de la loi HPST...

A Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap)

L'Anap est un groupement d'intérêt public constitué entre l'État, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux. Elle reprend les activités de la Mission d'appui à l'investissement hospitalier (Mainh), de la Mission d'expertise et d'audit hospitaliers (Meah) et du Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH). Elle a pour objet d'aider

les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers en améliorant et en diffusant des recommandations et des outils leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier, de suivre et d'accroître leur performance afin de maîtriser leurs dépenses. À cette fin, elle peut procéder ou faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et médico-sociaux.

L'Anap vient, par exemple, de publier des documents techniques (guides et CD-Rom) intitulés :

- *Horizons maintenance, première approche des processus de maintenance préventive, bâtiments neufs et existants ;*
- *Piloter l'activité, mesurer l'efficience. Répertoire d'indicateurs.*

Agence régionale de santé (ARS)

Établissements publics administratifs de santé, les ARS remplacent les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et sont chargées de définir un projet régional de santé. Elles se substituent aussi aux directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (Drass et Ddass), aux unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam), aux groupements régionaux de santé publique et aux missions régionales de santé. La Mutualité sociale agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI) sont également représentés au sein des ARS. Des agences interrégionales de santé pourront être créées et des compétences interrégionales pourront être confiées à une ou plusieurs ARS. Des délégations territoriales seront mises en place à l'échelon départemental.

Les ARS doivent être mises en place avant le 1^{er} juillet 2010.

B Bachelot

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, réformant l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, a été portée par la ministre de la Santé et des Sports, Roselyne Bachelot-Narquin. À l'origine de la réforme, l'allocation du président de la République, Nicolas Sarkozy, le 16 octobre 2007, prononcée au CHU de Bordeaux lors de l'installation de la commission Larcher : « *Je ne veux plus d'un système où toute l'énergie des acteurs est mise à rivaliser, à faire sa démonstration de force pour essayer d'être le dernier à mourir, parce que c'est bien cela la réalité des établissements hospitaliers menacés. C'est la meilleure façon de faire du perdant/perdant. Combien d'exemples pourrait-on citer où la coopération public/privé peut apporter aux patients, aux professionnels et à l'assurance maladie ? [...] Nous avons besoin d'un hôpital fort, d'un service public dynamique, d'un secteur privé conforté. Nous avons besoin d'un hôpital moderne, performant, attractif, à l'écoute des malades, où le personnel est heureux de travailler. Nous avons besoin d'une organisation territoriale mieux pensée, plus coopérative pour répondre aux attentes des Français.* »

C Centres de santé

Ce sont des structures sanitaires de proximité dispensant des soins de premier recours. Ces centres peuvent être créés par des collectivités territoriales, des établissements publics de santé ou des établissements privés d'intérêt col-

et territoires du 21 juillet 2009

Source NAI

lectif (Espic – voir *Intérêt collectif*). Dans les deux derniers cas, le projet médical est distinct du projet d'établissement.

Communautés hospitalières de territoires (CHT)

Les établissements publics de santé peuvent conclure une convention constitutive de CHT à laquelle peuvent également participer un ou plusieurs établissements médico-sociaux publics. L'objectif de la CHT est de mettre en œuvre une stratégie commune (projet médical commun...) et de mutualiser certaines fonctions et activités (délégations ou transferts de compétences entre établissements membres, mise en commun de fonctions supports, programme d'investissement commun, instances représentatives du personnel communes...). Un des établissements publics de

santé est désigné siège de la CHT, dite « intégrée » si les établissements concernés décident de fusionner. Jusqu'au 31 décembre 2012, une partie des crédits d'aide à la contractualisation est prioritairement affectée à l'appui aux établissements s'engageant dans des projets de CHT ou de groupements de coopération sanitaire (GCS – voir *plus loin*).

Conseil national du système de santé

Composé de représentants des ministères de la Santé et des Sports, des Personnes âgées, des Personnes handicapées, du Budget et de la Sécurité sociale, il fixe les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire et veille à la cohérence des politiques ainsi qu'à l'organisation de l'offre sanitaire et médico-sociale.

D Décloisonnement

Plusieurs prises de conscience ont présidé à la loi HPST et à la création des ARS : le pilotage séparé entre médecine de ville et médecine hospitalière ainsi qu'entre soins hospitaliers et accompagnements médico-sociaux est préjudiciable à l'efficacité du système sanitaire, médico-social et de protection sociale. Cette réorganisation s'inscrit de surcroît dans la réorganisation des services publics de l'État impulsée par la révision générale des politiques publiques. La loi HPST vise à decloisonner :

- la médecine de ville et la médecine hospitalière ;
- le sanitaire et le médico-social ;
- l'État et l'assurance maladie ;
- le curatif et le préventif.

L'hôpital Villiers
Saint Denis,
dans le sud de l'Aisne

Dispositif national et régional

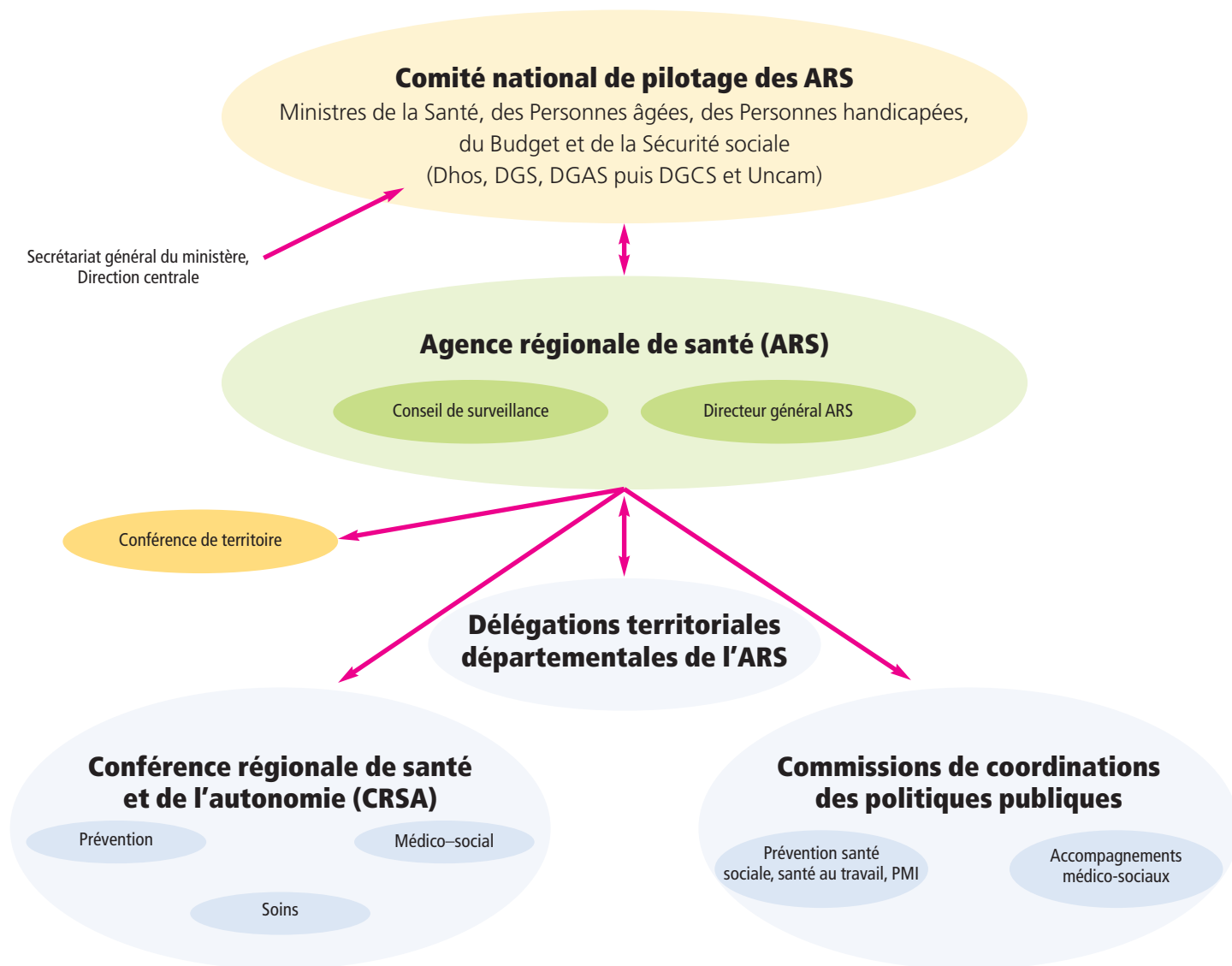


Schéma extrait du fascicule Féhap «Dix points de repères, loi du 21 juillet 2009, Hôpital patients, santé et territoires»

E Éducation thérapeutique

Elle s'inscrit dans le parcours de soins du patient avec :

- des programmes d'éducation thérapeutique du patient, conformes à un cahier des charges national, mis en œuvre au niveau local, après autorisation des ARS. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé ;
- des actions d'accompagnement, conformes elles aussi à un cahier des charges national, dont l'objet est d'apporter une assistance et un soutien aux malades ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie ;

- des programmes d'apprentissage dédiés à l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant. Les programmes d'éducation thérapeutique et les actions d'accompagnement ne peuvent être élaborés ni mis en œuvre par les entreprises pharmaceutiques. Toutefois, ces dernières peuvent prendre part aux programmes et actions par leur financement, dès lors que des professionnels de santé et des associations les élaborent.

F Finances

Lorsque la situation financière fait apparaître un déséquilibre financier signifi-

catif et prolongé ou lorsque des dysfonctionnements dans la gestion des Espic et des ESMSPIC sont constatés, l'autorité de tarification compétente adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements et de produire un plan de redressement adapté dans un délai qu'elle fixe. Les modalités de retour à l'équilibre donnent lieu à un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. S'il n'est pas satisfait à l'injonction par la personne morale gestionnaire de l'établissement, l'autorité de tarification compétente peut désigner un administrateur provisoire pour une durée non supérieure à une période de six mois renouvelable une fois.



Fondation hospitalière

Les établissements publics de santé peuvent créer une ou plusieurs fondations hospitalières, dotées de la personnalité morale, pour réaliser une ou plusieurs œuvres ou activités d'intérêt général et à but non lucratif afin de concourir aux missions de recherche.

G

Gestion des risques (GDR)

Un programme pluriannuel de GDR est établi par l'ARS. Il est révisé chaque année et est intégré au projet régional de santé. Il fait l'objet d'une contractualisation entre le directeur de l'ARS et les directeurs d'organismes d'assurance maladie de la région.

Groupement de coopération sanitaire (GCS)

Trois types de GCS existent :

- le GCS de moyens ;
- le GCS gestionnaire de réseau ;
- le GCS établissement de santé.

Le GCS de moyens permet d'organiser tout type de coopération (entre plusieurs établissements de santé et éven-

tuellement avec des professionnels de santé libéraux ou des laboratoires, officines) jusqu'à la mutualisation de personnel soignant pour des activités de soins ou médico-techniques. Chaque partenaire conserve la maîtrise de ses autorisations et financements. Il peut être employeur.

Le GCS de réseau permet une coopération entre des établissements de santé, mais aussi avec les professionnels et structures de santé de premier recours. Les professionnels de santé peuvent adhérer à ce type de groupement, soit sous forme individuelle, soit dans le cadre d'une société d'exercice libéral.

Quant au GCS établissement de santé, c'est-à-dire détenteurs d'autorisations, avec les droits et obligations correspondants, il est érigé, soit en établissement de santé de droit privé si le GCS constitutif est de droit privé, soit en établissement de droit public dans le cas contraire avec, dans ce dernier cas, une possibilité d'injonction du directeur de l'ARS pour imposer une telle coopération.

Les structures médico-sociales, publiques comme privées, peuvent également parti-

ciper à des GCS, par exemple pour bénéficier de la mutualisation d'une officine pharmaceutique, ce que ne permettent pas les groupements de coopération sociale et médico-sociale qui ne peuvent gérer des pharmacies à usage intérieur.

Le 23 novembre 2009, Annie Podeur, Directrice de l'hospitalisation représentant Roselyne Bachelot lors des Rencontres 2009 de la Fédération de l'hospitalisation privée, s'est attachée à apaiser les inquiétudes de l'hospitalisation privée sur la refonte du droit des GCS visant notamment à permettre à certains GCS d'être qualifiés d'établissements de santé : si « *la perspective a pu inquiéter et faire craindre une mainmise du public sur les GCS mixtes, public/privé* », les situations où un GCS sera *ipso facto* un établissement public de santé « *seront très rares* ». Elles seront limitées en effet au cas où les parties seront majoritairement publiques et où le GCS détiendra l'autorisation. « *Rien n'obligera alors des établissements privés à devenir partie au GCS et encore moins à mettre à sa disposition des moyens importants* », a affirmé Annie Podeur.

L'hôpital La Musse,
près d'Évreux (27)

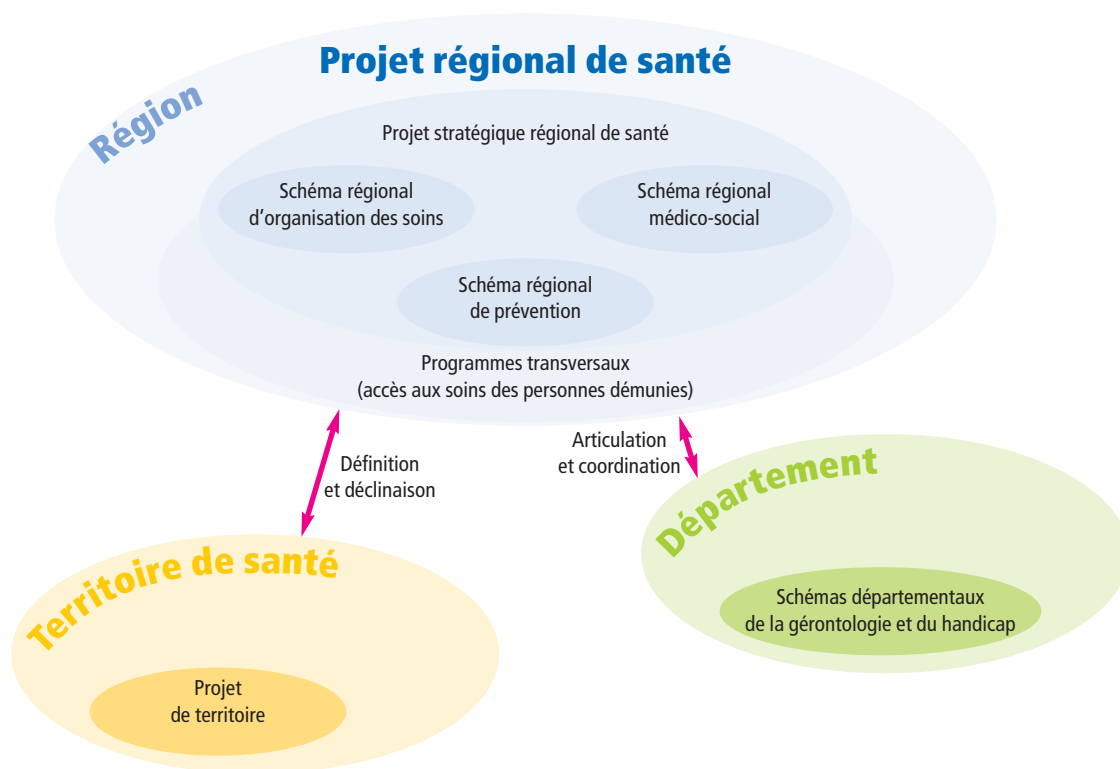


Schéma extrait du fascicule Féhap « Dix points de repères, loi du 21 juillet 2009, Hôpital patients, santé et territoires »

H Hospitalisation à domicile (HAD)

L'HAD est mise en valeur, avec une redéfinition des missions de soins puisque tous les établissements de santé « *délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles* ». On cesse d'aborder l'HAD comme une alternative à l'hospitalisation traditionnelle, comme on cesse de distinguer les soins de court séjour des soins de moyen et long séjours.

I Intérêt collectif

Les établissements de santé privés à but non lucratif deviennent des établissements privés d'intérêt collectif (Espic) après déclaration à l'ARS (décret à

venir). Ceux d'entre eux qui sont déjà admis à participer à l'exécution du service public hospitalier (c'est le cas des hôpitaux La Musse et Villiers Saint Denis) prennent automatiquement la qualification d'Espic, sauf opposition de leur part. Il en va de même pour les centres de lutte contre le cancer. Les Espic peuvent :

- créer ou gérer un centre de santé ;
 - organiser des équipes paramédicales mixtes salariés/libéraux ;
 - conclure un accord d'association à la réalisation d'une mission de service public (MSP) ou une CHT.
- Leurs obligations sont les suivantes :
- l'égal accès à des soins de qualité ;
 - la permanence de l'accueil et de la prise en charge ;
 - la prise en charge aux tarifs opposables.

Quant aux établissements sociaux et médico-sociaux privés à but non lucratif (c'est le cas du service d'accueil médicalisé pour adultes handicapés [Samsah] de

l'hôpital La Musse), ils deviennent des établissements sociaux et médico-sociaux privés d'intérêt collectif (ESMSPIC). À noter que les opérateurs sociaux et médico-sociaux privés à but lucratif, s'ils ont conclu une convention d'aide sociale (maison de retraite), pourront adopter le statut d'ESMSPIC.

J Jacquinet

Thierry Jacquinet, Claude Évin et Gilles Lagarde ont été respectivement nommés en Conseil des ministres directeurs préfigurateurs des ARS de Picardie, Île-de-France et Haute-Normandie.

K, L Kilos et Lutte contre les troubles du comportement alimentaire

La prévention de l'obésité et du surpoids est érigée en priorité de santé publique.

M Mission de service public (MSP)

Les MSP en matière de santé sont :

- la permanence des soins ;
- les soins palliatifs ;
- l'enseignement universitaire et post-universitaire, la recherche, la formation ;
- les actions d'éducation et de prévention, ainsi que leur coordination ;
- l'aide médicale urgente, la lutte contre l'exclusion sociale ;
- la santé publique ;
- la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
- les soins aux détenus, aux demandeurs d'asile ainsi qu'aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires.

Peuvent exercer des MSP : les établissements de santé, les centres de santé, les maisons de santé, les pôles de santé, l'Institut national des invalides, le Service de santé des armées, les GCS et les autres personnes titulaires d'autorisation en équipement de matériel lourd. La dévolution des MSP par appel à candidature devient de surcroît incontournable. Si une des MSP n'était plus assurée, l'ARS désignera la ou les personnes qui en seront chargées.

N Nouvelles technologies et télémédecine

Forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication, la télémédecine met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un

professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins aux patients. Les actes concernés par la télémédecine ainsi que les conditions de sa mise en œuvre et de sa prise en charge seront définis par voie réglementaire.

O Offre de soins de premier recours

Cette offre repose sur la médecine générale, les pharmaciens d'officine, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, les autres interventions relevant, de fait, du « second secours ». Cette distinction n'exclut pas que ces deux offres de soins puissent intervenir sur un même lieu. Ainsi, la mission du médecin généraliste, s'agissant des soins de premier recours, peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux. Les soins de premier recours comprennent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, puis la dispensation et l'administration des médicaments et enfin l'orientation dans le système de soins.

P Projet régional de santé

Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il est constitué :

- d'un plan stratégique régional de santé qui fixe les orientations et les objectifs de santé pour la région et veille à l'articulation avec la santé au travail, en milieu scolaire et celle des

personnes en situation de précarité et d'exclusion ;

- de trois schémas régionaux relatifs respectivement à la prévention, l'organisation des soins (hospitaliers et de ville – possibilité de schémas interrégionaux d'organisation des soins) et l'organisation médico-sociale ;
- de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas (programme afférent à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, programme consacré au développement de la télémédecine...) et qui pourront prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé.

Sources

- **Décret n° 2009-801 du 23 juin 2009** fixant la liste des compétences pouvant être transférées à un groupement de coopération sanitaire par décision du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.
- **Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- **Dix points de repères, loi du 21 juillet 2009**, Hôpital, patients, santé et territoires – Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (Féhap)
- **Loi Hôpital, patients, santé et territoires** : ce que vous devez savoir pour vos activités sanitaires, sociales et médico-sociales (diaporama Féhap, 20 octobre 2009).
- **www.fehap.fr**
- « Les cliniques bénéficieront davantage de l'enveloppe Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) grâce aux missions de service public », assure la ministre (dépêche Agence presse médicale, 23 novembre 2009).

Q Qualité, sécurité et GDR

Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la qualité des soins, ainsi qu'une GDR visant à prévenir les événements indésirables liés à leurs activités. Ils :

- organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie ;
- définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux.

À compter du 1^{er} janvier 2010, ils mettent à disposition du public les résultats des indicateurs qualité et de sécurité des soins, le non-respect de cette obligation de communication pouvant entraîner la modulation des dotations de fonctionnement (pénalité pouvant aller jusqu'à 0,1 % du budget de l'établissement).

R Réseaux de santé

Ces réseaux sont centrés sur une pathologie dont ils assurent la prise en charge par l'ensemble des professionnels et des structures qui travaillent dans ce domaine. Les filières de santé concernent un malade et non plus une pathologie. Les GCS peuvent continuer à gérer des réseaux de santé comme le prévoyait déjà le code de la santé publique.

S Service public hospitalier

Le service public hospitalier était auparavant défini par des principes généraux

d'égalité, de continuité et d'adaptation rattachés aux établissements publics de santé et aux établissements privés PSPH. Il est désormais défini au titre de l'accomplissement d'une ou plusieurs des MSP définies ci-avant, sans être rattaché à une catégorie d'établissement. Les établissements privés lucratifs peuvent aussi exercer des MSP.

T Territoires de santé

Définis par l'ARS, ces territoires peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Dans chaque territoire de santé est constituée une conférence de territoire composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire, dont les usagers du système de santé. La conférence régionale de santé et de l'autonomie constitue la structure de concertation régionale unique.

U Usagers

La loi HPST comporte de nombreuses dispositions renforçant les usagers et leurs organisations représentatives. Ainsi, celles-ci :

- sont présentes au sein du conseil de surveillance des ARS, de la conférence régionale de santé et de l'autonomie et des conférences de territoire ;
- participent aux commissions de sélection pour les appels à projets médico-sociaux ;
- sont appelées à donner leur point de vue sur les schémas départementaux de la gérontologie et du handicap.

La loi HPST appelle réciproquement ces organisations à la même transparence que celle qui est due aux usagers par les acteurs de santé et médico-

sociaux : la Haute Autorité de santé (HAS) publiera la liste et le montant des subventions que les organisations peuvent recevoir de la part d'entreprises œuvrant dans le domaine de la santé.

V Vision transversale des parcours de soins et de vie

C'est une organisation régionale et décloisonnée, au-delà du seul soin, qui est recherchée avec la loi HPST.

W, X, Y, Z...
pour de nombreux textes d'application (plus de 150 décrets). ■

Catherine Toublanc
Fondation

La gouvernance

**Politique avant tout,
la gouvernance était mondiale,
européenne, nationale, régionale,
départementale et locale.
Elle est désormais hospitalière.**

En tout cas, le mot est à la mode, laissant à penser qu'il ne serait plus question d'administrer, de diriger, encore moins de commander! Mais espérons qu'il soit toujours possible de prendre ses responsabilités. En effet, la gouvernance telle qu'on la conçoit dans les établissements hospitaliers induit que le chef d'établissement – décideur ou arbitre? – s'entoure d'avis divers et variés, notamment ceux de spécialistes médicaux dont la formation en management laisse encore souvent à désirer, mais pas le goût du pouvoir.

Aujourd'hui, nous ignorons ce que, en matière de gouvernance, la loi HPST générera dans les hôpitaux publics pour lesquels elle vient d'être définie législativement.

Espérons qu'elle ne permette pas à quelques leaders dissimulés dans le groupe gouvernant de continuer à fuir toute responsabilité ou de les atténuer en visant à les partager.

Car en effet, ici ou là, le *leadership* discret peut offrir à tel ou tel la possibilité de diriger sans avoir à en assumer les conséquences.

Le pouvoir d'influencer plus ou moins insidieusement est ici facilité au sein du groupe quand les rôles ne sont pas clairement définis.

Dans les établissements de La Renaissance Sanitaire et singulièrement à l'hôpital Villiers Saint Denis, les nouveaux chefs de pôles, véritables chefs d'entreprise, ont accepté de recevoir une formation managériale et

économique afin de disposer de tous les outils nécessaires à l'exercice de leurs nouvelles responsabilités.

Le but n'est pas de leur déléguer des tâches administratives, comme on l'entend souvent, mais essentiellement de leur permettre de diriger les 150 personnes placées sous leur autorité hiérarchique et fonctionnelle.

Nul doute que nos chefs de pôles, motivés et convenablement entourés, sauront développer dans le périmètre qui les concerne une gouvernance interprofessionnelle permettant à chacun de mieux comprendre les buts poursuivis par une entreprise de santé qui doit veiller à dispenser des soins de qualité sans jamais dépasser les autorisations de crédits qui lui sont alloués ou les recettes issues de la tarification à l'activité (T2A).

Ces mêmes chefs de pôles constituent, avec quelques membres de l'équipe de direction, un conseil stratégique qui définit et conduit la politique de l'établissement en matière de gestion de risques, de qualité, d'activité, d'orientations et de financement.

C'est en ce lieu que l'avenir de l'établissement s'élabore, c'est en ce lieu que la compréhension des enjeux doit permettre une communication convaincante ne laissant personne dans l'ignorance.

Ce qui compte, c'est que chacun puisse s'entendre sur l'analyse de la situation et, mieux encore, sur les propositions de solutions.

Prévoir n'est jamais simple, mais souvenons-nous que ne pas anticiper, c'est commencer à gémir.

Au-delà du conseil stratégique, une saine gouvernance validée ou initiée par le conseil d'administration repose sur la participation du plus grand nombre et, par conséquent, sur la

transparence des informations traitées en comité d'établissement, en comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), en réunions de délégués du personnel, mais aussi en staff de pôles où les partenaires sociaux comme les salariés doivent pouvoir participer aux décisions en exprimant leurs avis.

Il reste qu'à l'échelle de l'ensemble de l'établissement, la responsabilité civile et pénale du directeur ne peut être déléguée, de même que celle du président du conseil d'administration.

Ainsi, la délégation ne devient efficace que comprise au niveau du terrain en termes de mise en œuvre organisationnelle et dans le cadre d'une politique élaborée collégialement et expliquée quotidiennement.

À nos yeux, la gouvernance moderne doit permettre de développer la motivation des personnels au service d'une cause (le malade, la santé publique, l'avenir de l'établissement, la préservation de l'emploi...) qui les dépasse individuellement.

En un mot, où que l'on soit, quoi que l'on fasse, la gouvernance doit rassurer et, mieux encore, associée à l'indispensable communication de proximité, elle doit permettre de croire en soi, de croire en ce que l'on fait et de le vivre avec plaisir. ■

Jean-Louis Yonnet
Hôpital Villiers Saint Denis

Indicateurs de qualité HAS

Le recueil dans les établissements de soins de suite et de réadaptation

La Haute Autorité de santé (HAS) a décidé de rendre obligatoire le recueil d'indicateurs de qualité dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé.

À partir de 2009, les établissements SSR doivent transmettre à la HAS un ensemble de données qui lui permettront de calculer les indicateurs et de suivre leur évolution dans le temps.

La généralisation du recueil des indicateurs dans le champ SSR est le prolongement du projet mené par la HAS et qui a débuté en 2008 pour le MCO.

Les objectifs

- Proposer aux établissements de santé de nouveaux outils et méthodes de gestion de la qualité.
- Améliorer la pertinence de la procédure de certification.
- Répondre à l'exigence de transparence et au besoin d'information qui s'expriment de la part des usagers.
- Fournir aux pouvoirs publics des éléments d'aide à la décision en matière de politique d'organisation du secteur hospitalier prenant en compte la qualité des soins dispensés.

Les indicateurs

Au nombre de cinq, les indicateurs concernent le dossier du patient :

- la tenue du dossier patient ;
- le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ;
- la traçabilité de l'évaluation de la douleur ;
- le dépistage des troubles nutritionnels ;
- la traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre.

Les résultats seront de grande importance lors de la prochaine procédure de certification dont les visites débiteront en 2010 :

- ils alimenteront l'autoévaluation et serviront de base de dialogue avec les experts-visiteurs ;
- ils pourront se substituer à certains critères ou éléments d'appréciation du référentiel ;
- ils permettront d'évaluer la capacité des établissements de santé à utiliser les indicateurs de qualité comme outils de management de la qualité.

Les modalités

Ce recueil consiste en une enquête portant sur 100 séjours uniques SSR réalisés au cours du premier semestre 2009 (un séjour unique est un séjour d'au moins huit jours retrouvé pour un patient sur la période analysée) à partir des dossiers des patients, et ce bien entendu dans le respect de la confidentialité et de la sécurité des données. Un logiciel de tirage au sort des dossiers, appelé Lotas, est mis à disposition des établissements pour réaliser la sélection des séjours.

Les informations seront saisies sur internet via la plate-forme Qualhas développée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) et dont l'accès est fondé sur le même référentiel et les mêmes procédures de sécurité que ceux de la plate-forme e-PMSI bien connue des médecins en charge du département d'informations médicale (DIM).

Une formation au recueil a été faite par la HAS, à laquelle l'hôpital Villiers Saint Denis a participé. Des sessions internes de formation au niveau de chaque établissement ont été programmées à l'intention des personnels, médicaux et paramédicaux, qui participeront au

recueil des données sur chaque site. Un guide de recueil donne toutes les consignes de remplissage nécessaires.

En pratique

La tenue du dossier patient

L'indicateur évalue la tenue du dossier sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 1 – la qualité de la tenue du dossier est d'autant plus grande que le score est proche de 1 – calculé à partir de treize critères au maximum :

- 1) Présence des coordonnées du médecin désigné par le patient.
- 2) Présence des documents médicaux relatifs à l'admission.
- 3) Examen médical d'entrée renseigné.
- 4) Évaluation de l'autonomie renseignée.
- 5) Évaluation sociale renseignée.
- 6) Évaluation psychologique renseignée.
- 7) Projet thérapeutique renseigné.
- 8) Participation ou accord du patient à son projet thérapeutique mentionné.
- 9) Au moins une réunion pluridisciplinaire tracée.
- 10) Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation.
- 11) Rédaction d'un traitement de sortie.
- 12) Courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval.
- 13) Dossier classé et organisé.

Le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation

C'est un élément essentiel de la continuité et de la coordination des soins avec les professionnels d'aval.

L'article R. 1112-1 du code de la santé publique prévoit que l'envoi du courrier de fin d'hospitalisation doit être effectué dans un délai de huit jours. Un taux de conformité donnera le niveau de qualité atteint.

La traçabilité de l'évaluation de la douleur

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne.

Pour être conforme, il convient de retrouver au moins une mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient non algique ou au moins deux mesures de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient algique.

Le dépistage des troubles nutritionnels

Le dépistage des troubles nutritionnels s'inscrit dans les priorités de santé publique (Programme national nutrition santé [PNNS], ministère de la Santé). La prévalence et le coût de la dénutrition sont importants, notamment chez les personnes âgées, en termes de plus grande fréquence de la morbidité et de la durée du séjour.

Il convient de retrouver le poids du patient et sa variabilité éventuelle, ainsi que l'indice de masse corporelle.

Un taux de conformité mesurera la gradation du niveau de qualité atteint.

La traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre

Selon la conférence de consensus 2001 sur la prévention et le traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé, il convient de retrouver une échelle ou un jugement clinique sur ce risque, ainsi que la conclusion vis-à-vis du risque d'escarre, notés dans le dossier du patient et datés, dans les sept jours suivant l'admission.

Conclusion

Notre établissement s'inscrit bien naturellement dans cette démarche d'amé-

lioration permanente de la qualité, démarche qu'il a déjà entreprise et qu'il poursuit régulièrement au travers des audits réalisés depuis 2004 par la commission dossier patient.

L'investissement des salariés s'est, à nouveau, manifesté lors des appels à candidature pour se former et recueillir ces indicateurs. En effet, même si cette démarche est indispensable dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité, il n'en demeure pas moins que ce type d'audit apporte une charge de travail supplémentaire aux équipes. Aux membres de la commission sont venues s'ajouter d'autres personnes permettant de limiter et de répartir dans le temps le travail engendré par cette enquête. Les médecins du bureau de la commission médicale d'établissement (CME) ont également accepté de participer à ce recueil afin de valider la méthodologie de la HAS.

Là encore, comme pour la démarche de certification, l'hôpital a pu compter sur l'engagement de ses personnels comme chaque fois qu'il s'agit de répondre aux sollicitations réglementaires. ■

Dr Véronique Mennetrier
Hôpital Villiers Saint Denis
Dr Jérôme Talmud
Fondation



Sources

- HAS, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, 2009
www.has-sante.fr
- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih)
www.atih.sante.fr

Inauguration Le jardin thématique

Initié il y a un peu plus de deux ans, le projet d'aménagement d'espaces de déambulation, dans le parc de 50 ha de l'hôpital La Musse, a vu sa deuxième étape concrétisée cet automne, avec l'inauguration du jardin thématique.

Au pied du pôle soins de suite polyvalents et gériatriques (SSPG), cet espace verdoyant et fleuri de plus de 1 000 m², s'intercale entre la création de trois parcours de marche de difficultés croissantes et la réalisation d'un plateau d'obstacles (en aplomb du pôle de rééducation fonctionnelle).

Les objectifs de ces structures sont triples : optimiser en toute sécurité les performances et les habiletés des patients, proposer des activités thérapeutiques de plein air et mettre en situation les personnes handicapées et âgées.

Visées thérapeutiques et de loisirs

Grâce à l'investissement de partenaires institutionnels et privés et l'aide logistique et humaine des services techniques de l'établissement, les trois projets ont pu se concrétiser et le jardin thématique a été inauguré en septembre dernier par le président de La Renaissance Sanitaire, Didier Gaboriaud. Ce dernier a salué le travail de toute l'équipe du pôle SSPG et pointé « l'effet apaisant et thérapeutique

d'un jardin et le bien-être qui en émane, favorisant la convalescence ».

Catherine Palladitcheff, directeur de l'hôpital La Musse, accueillait également le principal financeur, Dominique Letourneau, directeur général de la Fondation Paul-Bennetot (sous l'égide de la Fondation de l'avenir) qui a redit l'intérêt immédiat que sa structure avait trouvé à ce projet original, véritable « innovation de proximité ».

Plusieurs espaces

Le jardin thématique est structuré en trois espaces :

- un circuit de déambulation sécurisé, adapté aux personnes marchant difficilement et sur de courtes distances, doté d'un revêtement de sol approprié aux fauteuils roulants et rythmé par de nombreux bancs ;



La toute nouvelle animatrice du pôle soins de suite polyvalents et gériatriques jardine avec un groupe de patients

Lors de l'inauguration

- un espace paysagé limité au regard, grâce à une haie végétale, rassurant pour les patients désorientés ;
 - un espace convivial pour les patients accompagnés de leurs familles, constitué d'une tonnelle et de bancs ombragés.
- Il a été structuré autour d'objectifs thérapeutiques précis : en kinésithérapie, par exemple, pour le réentraînement à la marche à l'extérieur ; en ergothérapie, comme support de l'atelier mémoire... L'animatrice et les soignants du pôle ont souhaité qu'il soit propice à la mise en place de temps d'échanges dans un cadre favorable à la stimulation des sens : la vue (au travers des couleurs des plantes évoluant au fil de saisons), l'ouïe (en extérieur, avec le chant des oiseaux et le bruit du vent dans les arbres), l'odorat (les fleurs, la lavande, les herbes aromatiques...), les perceptions du chaud et



du froid (au fil des saisons...). Il est aussi le théâtre de lieux d'activités telles que déambulation, plantations, cueillettes de fruits et de plantes aromatiques, goûters sous la tonnelle, réalisation de petites plantations autour des tables à jardiner conçues sur deux hauteurs différentes pour accueillir les personnes valides et en fauteuils roulants.

C'est aussi un lieu de loisirs (lieu de promenade adapté et agréable pour les patients et leurs familles). Jardins aux

thèmes et aux structures variés, roseraie, verger et étiquettes explicatives répertoriant les essences plantées contribuent à l'attractivité d'un lieu laissé à la disposition de tous. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Fondation Paul-Bennetot

La Fondation Paul-Bennetot a pour mission de soutenir et d'encourager :

- l'innovation et la recherche de pratiques médicales et médico-sociales, particulièrement en traumatologie et dépendance ;
- le développement des services de soins et accompagnement mutualistes (Ssam) qui contribuent au maintien de l'autonomie des personnes dépendantes.

Akteur de l'économie sociale, la Fondation est un organisme à but non lucratif et a pour objet l'intérêt général. Sa vocation est de faciliter les initiatives mutualistes en matière d'innovation et d'amélioration de la qualité du service rendu, de valoriser et diffuser les pratiques novatrices au sein du mouvement mutualiste.

Les domaines d'interventions de la Fondation sont :

- l'innovation médicale afin d'améliorer la gestion des risques et le développement des techniques de soins ;
- la prévention et la rééducation afin d'encourager le développement de pratiques de soins, rééducation et prévention ;
- la qualité de vie et l'autonomie, afin de favoriser l'amélioration de la qualité de vie des personnes dépendantes et contribuer au maintien de leur autonomie, que cette dépendance soit liée au vieillissement, à la maladie ou au handicap ;
- la bourse Paul-Bennetot afin de soutenir des demandes relevant de l'innovation hors champ traumatodépendances.

Fondation Paul-Bennetot,
sous l'égide de la Fondation de l'avenir

255, rue de Vaugirard
75719 Paris Cedex 15
Tél. : 01 40 43 23 80
Fax : 01 40 43 23 90
www.fondationpaulbennetot.org



Rééducation fonctionnelle

Les nouvelles missions

Permettre aux personnes handicapées, de longue date ou depuis peu, de retrouver un statut social, une vie personnelle et familiale satisfaisante, d'envisager éventuellement un retour à l'emploi..., tel est le but des nouvelles missions créées ces dernières années à l'hôpital La Musse et au cœur desquelles le groupe des ergothérapeutes joue un rôle central. Des équipes multidisciplinaires constituées et opérationnelles s'appuient sur des outils d'évaluation performants et validés qui fonctionnent avec l'appui de réseaux professionnels (aide au retour à l'emploi, maintien à domicile, associations...) dans l'intérêt du patient.

En mai dernier, au pôle de rééducation fonctionnelle, ont eu lieu les Troisièmes Journées de printemps, moments d'échanges professionnels sur des thèmes variés, imaginés par le Dr Liviot, chef de pôle, et renouvelés chaque année. Ces journées permettent de faire connaître le travail de l'établissement à l'extérieur, de renforcer les réseaux et de faire le point sur les dernières actualités.

Le Samsah : premier bilan de fonctionnement

Né en 2007 du fruit de la collaboration entre l'hôpital La Musse et l'association La Ronce d'Évreux (aide au handicap), le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés dédié aux personnes cérébrolésées (Samsah) accueille depuis deux ans des personnes (de 16 à 60 ans) souffrant de traumatismes crâniens, acci-

dents vasculaires cérébraux, tumeurs cérébrales... Vingt-sept patients en ont déjà bénéficié, sans participation financière de leur part. Venus de tout le département de l'Eure, ils sont pris en charge et accompagnés pendant un à deux ans.

Ce suivi médical, paramédical et social en milieu ouvert aide à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées en favorisant l'autonomie.

L'équipe est composée d'un médecin de rééducation fonctionnelle, d'une secrétaire, psychologue/neuropsychologue, d'un ergothérapeute, d'un éducateur spécialisé et est soutenue par le personnel administratif et technique de l'hôpital La Musse et de l'association La Ronce.

Outre La Ronce, l'hôpital travaille en étroite collaboration avec l'Association des paralysés de France, Cap Emploi 27 (dont le but est de favoriser l'accueil des personnes handicapées dans les entreprises), l'Association des familles des traumatisés crâniens, les associations de service d'aide à domicile, les structures d'accueil de la région et la maison départementale des personnes handicapées.

Nos premières observations...

Sur les vingt-sept cas suivis à l'hôpital La Musse depuis la mise en place du dispositif, 58 % des patients accueillis sont des hommes. Ils ont plus de 45 ans dans 62 % des cas. La majorité d'entre eux nous ont été adressés par un centre régional de réadaptation fonctionnelle et présentent un handicap modéré à sévère nécessitant l'assistance d'une tierce personne. Ils étaient, pour la plupart, en activité professionnelle avant la maladie, mais

nos observations montrent que l'isolement et la rupture sont prégnants chez la plupart d'entre eux : dans 85 % des cas, ils ont perdu leur emploi, souffrent de solitude, vivent un changement de situation familiale (64 % vivent seuls) et sont dépendants dans leurs déplacements (66 %).

Les missions effectuées depuis la création du Samsah sont :

- évaluations des besoins et des capacités ;
- soutien et suivi éducatif et psychologique ;
- soins et accompagnement médical ;
- aide et accompagnement à la vie sociale ;
- soutien des relations avec l'environnement social et les aidants familiaux ;
- appui et accompagnement à l'insertion professionnelle.

La construction et le suivi du projet de vie de l'adulte sont menés en collaboration étroite avec la famille. Cette dernière nécessite également un accompagnement et un soutien important.

Projets

Dans les prochains mois, les projets à développer au sein du Samsah sont la mise en place d'un groupe de parole et d'un conseil à la vie sociale (Association des familles de traumatisés crâniens), une sortie annuelle ou des loisirs pour plusieurs usagers ainsi que la formation du personnel à l'approche systémique et à la thérapie familiale.

Handiciper : le maintien dans l'emploi

Depuis fin 2006, l'hôpital La Musse travaille en collaboration avec Handiciper, une structure financée par l'Association chargée de gérer le fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph) et l'État. Eu égard à un contrat d'objectif de trois



ans (2009, 2010 et 2011), Handiciper doit mettre en œuvre toutes mesures permettant de maintenir dans l'emploi un collaborateur en situation de handicap et a l'obligation de rechercher des solutions lorsque le salarié est déclaré inapte, en restriction d'aptitude ou en risque d'inaptitude.

S'associer à cette démarche constitue, pour les entreprises, l'occasion de respecter les obligations légales, de conserver et préserver des compétences, de réduire l'absentéisme global et d'anticiper le vieillissement des salariés. En favorisant l'emploi et le maintien de travailleurs handicapés dans leurs structures, les entreprises voient se développer leur diversité (élément incontournable de leur performance économique) et améliorer l'intégration de tous les travailleurs handicapés. Par ailleurs, elles diminuent leur contribution Agefiph, gagnent en productivité, limitent le risque prud'homal et bénéficient des aides de droit commun ainsi que des aides spécifiques de l'Agefiph.

Cap Emploi : changement de... cap

Cap Emploi intervient lorsque le handicap, trop lourd, interdit le maintien dans le même emploi. Il s'agit de chercher un nouveau poste, voire un nouvel emploi compatible avec le handicap.

Le centre ressources, situé à Évreux, est ouvert à l'ensemble des personnes handicapées résidant dans l'Eure. Il propose différents services en complément de l'action des conseillers emploi qui accompagnent de façon individualisée les personnes dans leurs parcours d'insertion et assurent des permanences régulières sur leur secteur, à proximité des usagers pour une bonne couverture départementale.

Une plate-forme entreprise mobilise et accompagne les entreprises privées et publiques dans leurs projets de recrutements et la réponse à leur obligation d'emploi. Elle vient en appui aux conseillers emploi pour faciliter le rapprochement entre les besoins des entreprises et les projets professionnels des candidats à l'emploi. Elle propose un accompagne-

ment global des grandes entreprises, allant de la sensibilisation de l'encadrement et des salariés à l'approche du handicap, à la conduite de projets de recrutement en nombre sur le moyen terme.

Soixante bilans fonctionnels

Depuis 2006, les équipes du pôle de rééducation fonctionnelle de l'hôpital La Musse ont réalisé, à la demande de l'Agefiph (également financeur), une soixantaine de bilans destinés à évaluer les capacités fonctionnelles des travailleurs handicapés afin de valider leur projet professionnel en milieu ordinaire de travail (à raison de vingt-cinq bilans par an). Sur requête de structures telles que Cap Emploi Eure, Handiciper ou des conseillers référents travailleurs handicapés du Pôle Emploi (ANPE), nous vérifions qu'il n'existe pas de contre-indication formelle, validons la cohérence du projet professionnel, faisons l'adéquation entre projet professionnel et aptitudes avérées et favorisons les chances d'accès à l'emploi.

L'équipe du Samsah,
hôpital La Musse

Une étude portant sur les patients vus en 2008 et au début 2009 montre que la population aidée est plus particulièrement masculine et âgée de 21 à 55 ans. Les patients montrent des pathologies rachidiennes, post-traumatiques ou articulaires. La moitié des projets professionnels présentés a pu être validée, un quart l'a été avec réserves ou conditionné à des aménagements, invalidé pour le dernier quart... À l'exemple de cette femme qui souhaitait travailler comme assistante maternelle, dont le bilan médical ne présentait pas d'anomalies neurologiques mais qui laissait

apparaître un terrain anxiodépressif. Lors du bilan d'ergothérapie, il est apparu, par ailleurs, une fatigabilité à l'effort du membre supérieur droit, rendant contre-indiqué le port de charges. Un projet de reconversion professionnelle a donc été proposé.

En 2009, vingt-cinq personnes ont encore bénéficié de ces bilans Esap (évaluation systémique des aptitudes professionnelles) réalisés sur le plateau technique du pôle (service d'ergothérapie, appartement thérapeutique, simulateur de conduite) par des médecins, des ergothérapeutes, voire, si nécessaire, un neuropsychologue et un kinésithérapeute... Victime de leur succès, les services de l'hôpital La Musse doivent désormais établir une priorité dans les prises en charges réalisées, le nombre de demandes allant croissant chaque année.

Le simulateur de conduite et son apport dans l'évaluation de l'aptitude à la conduite

En 2005, 100 % des médecins généralistes interrogés disaient avoir été confrontés à un problème d'insécurité routière lors d'une consultation et 70 % des généralistes pensaient avoir des patients conduisant quotidiennement malgré la présence d'une contre-indication, mais 50 % auraient refusé de rédiger un certificat de non-contre-indication à la conduite automobile.

Malgré tout, ces dernières années, on observe une évolution des pratiques, facilitée par les messages de prévention routière.

En 2008, 20 % des médecins pensent avoir modifié leur pratique et ils ne sont plus que 20 % à trouver le sujet difficile à évoquer en consultation. La moitié déclare prendre contact avec la famille en accord avec le patient et 80 % n'hé-

sitent plus à prescrire des examens complémentaires ou à avoir recours à un spécialiste.

Or, le rôle du médecin traitant dans ce domaine est évident. Il peut suggérer un passage sur simulateur afin de confirmer la présence de troubles instrumentaux (freinage, direction), attentionnels ou stratégiques élaborés. Conçu et présenté comme une aide à la décision, ce passage peut mettre en lumière les déficiences et favoriser leur prise de conscience par le patient, à condition qu'il n'y ait, de la part de ce dernier, ni refus ni déni.

Un passage sur simulateur de conduite peut confirmer la pertinence des aménagements prévus sur le véhicule ou précéder l'apprentissage de la conduite sur route (cas d'un nouveau conducteur). Lors des réévaluations périodiques, en cas d'aggravation ou d'affection progressive, il permet de lever le doute. Il fournit des évaluations instrumentales quantifiées reproductibles (temps de réaction, pression sur la pédale de frein...) qui permettent de surveiller l'évolution des aptitudes. Depuis deux ans et demi, cent soixante-cinq personnes ont ainsi pu en bénéficier. En cas de handicap cognitif, il permet une mise en conditions réelles sans mise en danger : plus de quarante personnes y ont eu recours.

L'apport du simulateur de conduite à l'analyse des aptitudes à la conduite ne se conçoit que dans le cadre d'une équipe expérimentée : les rééducateurs (ergothérapeutes, neuropsychologues) interprètent, tempèrent et corrigent si besoin les observations brutes. ■

Séverine Bonsignour,
Dr Hafid Boubkry
Dr Jean-Yves Döerr,
Florence Duprey
Guillaume Lefebvre,
Dr Victor Liviot
Yves Prudent

Associations partenaires

• La Ronce

13, rue Lavoisier
27000 Évreux
Tél. : 02 32 23 30 00 ou 02 32 28 63 20

• Association des paralysés de France (APF)

Délégation départementale APF
La Garenne de Melleville BP 3229
27032 Évreux Cedex
Tél. : 02 32 28 16 66 / Fax : 02 32 28 19 50
www.apf.asso.fr

• Handicaper

Rue Henri-Becquerel - ZI n°2
27000 Évreux
Tél. : 02 32 92 50 50 / Fax : 02 32 23 22 58

• Cap Emploi Eure

Tél. : 02.32.28.43.64
contact@capemploi.net
www.capemploi.net

• Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et cérébrolésés (UNAFTC)

32, rue de la Colonie
75013 Paris
Tél. : 01 53 80 66 03 / Fax : 01 53 80 66 04
www.traumacranien.org

• Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph)

192, avenue Aristide-Briand
92226 Bagneux Cedex
Tél. : 0811 37 38 39 / Fax : 01 46 11 00 71
www.agefiph.fr

Expérience

Ricardo Biaia, kiné portugais

Ricardo Biaia travaille au pôle de rééducation fonctionnelle de l'hôpital La Musse depuis un an, mais il vit et travaille en France depuis près de deux ans.

Portugais et nouvellement diplômé, le jeune homme a fait le choix de venir travailler en France, où il avait déjà de la famille. « Je ne regrette pas du tout. Au Portugal, nous avons du mal à trouver du travail : j'avais un poste à mi-temps dans une clinique et j'ai aussi beaucoup travaillé pour deux clubs de foot, mais ce n'était pas satisfaisant. On fait beaucoup d'heures pour un petit salaire. D'anciens camarades de promo m'ont conseillé de les rejoindre en France et m'ont indiqué toutes les démarches à faire. Leur aide a été précieuse parce qu'il y a pas mal de papiers à remplir.

Bonne organisation

Ici, à l'hôpital La Musse, je me plais bien : je travaille principalement en traumatologie, orthopédie et chez les brûlés. J'ai bien progressé : les collègues qui suivent des formations nous communiquent ce qu'ils ont appris. On travaille en équipe pluridisciplinaire et je trouve que le travail est de meilleure qualité ici qu'au Portugal : l'organisation et le matériel sont meilleurs, la rééducation du patient est mieux faite, on nous laisse plus de responsabilité et d'autonomie. En octobre, j'ai suivi une formation "dos". On est plusieurs kinés étrangers à l'hôpital La Musse, Portugais et "cousins" espagnols, on forme un bon petit groupe et on sort ensemble à Évreux.

Je ne connaissais qu'une dizaine de mots de français à mon arrivée en France. J'ai

tout appris sur le tas et ça va maintenant, même s'il me manque du vocabulaire. Au début, je prenais des notes dans un carnet et je révisais le soir. J'ai de la facilité pour les langues et je prends ce prétexte pour discuter avec les patients qui me questionnent pour savoir d'où je viens. Ça

crée un contact facilement. Je leur demande de me reprendre si je me trompe et de m'aider à parler mieux français, ce qu'ils font toujours très gentiment. » ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse



Pratiques professionnelles

Le nécessaire bandage de moignon

Le Dr Emmanuel Fontaine et son équipe ont présenté l'an passé, à l'occasion de la certification version 2 de l'hôpital La Musse, une évaluation des pratiques professionnelles sur le thème du bandage du moignon.

« **N**ous avons en effet constaté que les patients admis dans notre service ne portaient pas de bandage, ne connaissaient pas l'intérêt de celui-ci et n'en maîtrisaient pas la technique, que les patients hospitalisés dans le service, porteurs de troubles cognitifs ou de déficiences, en particulier des membres supérieurs, avaient des difficultés à le réaliser correctement et, enfin, que les patients revus plus tard en consultation arrêtaient de façon prématurée leur bandage une fois sortis ou en oubliaient la technique », explique le Dr Emmanuel Fontaine, médecin au pôle de médecine physique et réadaptation (MPR) de l'hôpital La Musse. Avec pour conséquences un



moins bon contrôle des phénomènes douloureux, un retard dans la cicatrisation et dans le début de l'appareillage et donc un allongement de la fameuse durée moyenne de séjour.

L'intérêt thérapeutique de la contention d'un membre résiduel

Elle permet de contrôler les variations de volume du membre résiduel et a son importance dans la lutte contre l'œdème du membre résiduel (nocif car source d'adhérences et d'hypovitalité tissulaire). Elle favorise la cicatrisation en postopératoire en le modélisant et enfin joue un rôle sur les douleurs dites « du membre fantôme ».

Les améliorations mises en place à l'hôpital La Musse

« Nous avons commencé par améliorer l'éducation du personnel soignant dans notre service, mais aussi dans d'autres services de l'établissement accueillant

des patients amputés ; nous avons renforcé l'éducation des patients et de leur entourage, qu'il soit familial ou médical (maisons de retraite, famille d'accueil...) en nous appuyant sur de nouveaux supports vidéo ou écrits. »

D'autres mesures ont été mises en place :

- l'usage, pour les patients ayant des problèmes de préhension ou présentant des troubles cognitifs, de bandages « palliatifs » sous forme de contentions élastiques ;
- les « piqûres » de rappel lors des consultations après la sortie de nos patients de l'établissement : « Nous leur rappelons qu'il est de bonne coutume de poursuivre ce bandage un an après une amputation et, quand le patient est appareillé, de le faire dès l'ablation de la prothèse. » ■

Dr Emmanuel Fontaine,
Corinne Denis, Catherine Colette,
Aurélien Fontaine, Agnès Largeois
Hôpital La Musse

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

L'évaluation de la pratique d'un professionnel de santé consiste à analyser son activité clinique réalisée par rapport aux recommandations professionnelles disponibles actualisées. Une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients doit résulter de cette comparaison.

Cette évaluation s'inscrit dans une dynamique d'amélioration de la qualité des soins conduite à différents niveaux : le système de santé publique (macro), l'organisation des soins en réseau entre différents professionnels (méso) et la pratique clinique (micro).

La deuxième version de la procédure de certification a renforcé l'évaluation du service médical rendu au patient en s'attachant à étudier plus en détail le parcours du patient dans les établissements de santé et les actions mises en œuvre par les différents professionnels.

• www.has-sante.fr

Développer les compétences

Mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)

La genèse de la démarche « métiers compétences »

Courant novembre 2007, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) nous a fait part de son souhait de renforcer la gestion des ressources humaines dans les établissements publics et privés. Notre projet, envoyé courant janvier 2008, a été retenu et une subvention de 8 300 euros nous a été attribuée pour nous aider à réaliser une classification – par métiers et compétences – des effectifs, une pyramide des âges et l'analyse des départs prévisionnels.

Pourquoi avoir répondu à cet appel à projet ?

Bon nombre d'entreprises du secteur privé (hors secteur hospitalier) ont déjà mis en place ce type de gestion. Parallèlement, le gouvernement incite le secteur public à mettre en place des systèmes de gestion du personnel articulés sur les compétences. Par ailleurs, la loi Borloo⁽¹⁾ oblige les entreprises de plus de trois cents salariés à signer des accords GPEC avec négociation tous les trois ans.

À l'hôpital La Musse, nous disposions déjà d'une gestion prévisionnelle : tableaux, réflexions lors de départs afin de décider s'il faut privilégier un recrutement en l'état ou réorganiser le poste libéré. Mais certains outils mis en place ces dernières années avaient besoin d'évoluer et d'être mis en lien : les fiches de fonction, les entretiens d'appréciation et le plan de formation.

Accord d'entreprise

Un accord GPEC a été signé en juillet 2008 au niveau de la Fondation. Nous nous engageons à fournir des informations axées sur les filières, les métiers et les compétences et à mettre en place, parallèlement au système existant, un logiciel

informatique permettant une gestion des emplois et des compétences détaillée.

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences désigne un certain nombre d'approches anticipatrices dans le domaine de la gestion des ressources humaines en entreprises.

Elle consiste à concevoir et mettre en œuvre des plans d'action visant à réduire les écarts entre les ressources internes et les besoins en emplois d'une entreprise, à une échéance donnée.

Développer les compétences

Le logiciel Cegid (interfaçable avec notre logiciel de paie), acheté par l'établissement en fin d'année 2008, nous permet de suivre les compétences clés par métier, d'analyser les écarts et d'apporter des solutions.

Composés, les groupes de travail ont commencé à se réunir dès septembre pour définir les compétences clés, emploi par emploi. Un comité de pilotage, constitué essentiellement de responsables représentatifs des filières de la convention collective nationale, a pour rôle de valider les options retenues par les différents groupes de travail et de veiller au maintien d'une cohésion d'ensemble. Cette première tâche aboutira, dans les prochains mois, à la production d'une carte des emplois, c'est-à-dire « une photographie de l'ensemble des métiers ou emplois » présents à l'hôpital La Musse. La carte servira de langage commun dans l'établissement. C'est un outil pédagogique de communication et d'information des salariés sur les passerelles de mobilité. C'est un outil de gestion de ces mobilités qui favorise la transversalité, un outil vivant qui doit être remis à jour en permanence et qui donnera une autre vision de l'établissement (vision par les compétences).

Une fois les compétences clés déterminées, la matrice du document annuel d'entretien d'appréciation pourra être affinée avec, en marge des items communs à tous les salariés, la création d'autres questions plus ciblées, par emploi.

Enfin, la carte des emplois doit être complétée, des passerelles existant d'un emploi à un autre, passerelles ascendantes (promotion interne, diplôme obtenu) ou transversales. Véritable outil de gestion, cette carte est également un moyen de faire connaître aux salariés les opportunités de carrière possibles dans l'établissement. ■

Béatrice Blanche-Lopoukhine
Hôpital La Musse

(1) Loi de programmation n°2005-32
du 18 janvier 2005 pour la cohésion sociale.

Les emplois sensibles

La GPEC s'avère particulièrement pertinente pour les emplois « sensibles », dépendant de la mise en œuvre de la mutualisation des moyens, de changements technologiques ou potentiellement intéressés par l'apparition de nouvelles réglementations.

On peut citer :

- ceux dont le contenu doit évoluer au point d'exiger des titulaires un autre profil professionnel à terme, comme par exemple cela aurait pu être le cas aux cuisines, du fait de la suppression en interne de l'activité de production alimentaire ;
- ceux dont les effectifs seront réduits au-delà du mouvement des départs naturels, comme ce fut le cas aux services techniques il y a quelques années ;
- les emplois clés pour le développement des activités et dont les titulaires sont en nombre insuffisant ; le corps médical, par exemple, pour lequel une pyramide inversée des âges et une démographie médicale insuffisante rendent plus difficiles les recrutements ;
- ceux à contenu pauvre, n'offrant pas de perspective d'enrichissement professionnel ;
- les emplois à caractéristiques de pénibilité élevée, dont les effectifs ne peuvent pas être sensiblement réduits et qui provoquent, avec le temps, un pourcentage significatif de cas d'inaptitudes, comme les agents de services hospitaliers par exemple.

Hôpital La Musse

Haro sur la douleur

Avec l'utilisation du Méopa, un gaz anesthésiant, l'expérimentation du Dédolor et les séances de mésothérapie, l'hôpital La Musse enrichit sa démarche de lutte contre la douleur en proposant des outils innovants, formant son personnel et s'appuyant sur le travail et les recommandations d'un comité de lutte contre la douleur (Clud) qui a prouvé toute son efficacité ces dernières années.

Le Dédolor

Acquis par l'hôpital La Musse l'année dernière, le Dédolor se présente sous la forme d'un petit moteur muni de deux bras articulés destiné à comprimer une partie de la peau d'un patient à l'endroit précis de la douleur ressentie. Dix kinésithérapeutes du pôle de médecine physique et réadaptation (MPR) ont été formés à cette technique. Trente-huit patients en ont déjà bénéficié, souffrant de lombalgies chroniques pour moitié d'entre eux, fibromyalgies (*encadré page suivante*), coiffes des rotateurs (épaules), traumatologie du membre inférieur, du rachis et, dans une moindre mesure,

traumatologie du membre supérieur, souffrant de névralgies cervico-brachiales et porteurs de prothèses totales de hanches.

« Notre pôle reçoit une moyenne de quinze patients fibromyalgiques par an, a recensé Marie-Félix Adèle, cadre kinésithérapeute, à propos de ce trouble qui touche plus de 4 % de la population française et pour qui cet appareil est particulièrement indiqué. La fibromyalgie représente 2 à 5 % des consultations de médecine générale, concerne 10 à 25 % des consultations de rhumatologie. Quinze à trente patients en souffrant sont accueillis chaque année dans les trois pôles (MPR, soins de suite spécialisés et soins de suite polyvalents gériatrie) de notre établissement. Comme pour la lombalgie chronique, la fibromyalgie représente un certain coût pour la société (soins et incapacité au travail), la douleur étant l'élément dominant du tableau. En tant que thérapeute, nous sommes assez souvent impuissants devant cette douleur fluctuante, diffuse ou persistante. Les traitements physiques ne soulagent que momentanément, d'où notre quête d'élargissement de l'arsenal thérapeutique. »

Une approche cognitivo-comportementale

Douleur, raideur matinale, fatigue générale et musculaire, la lutte contre la douleur est au premier plan du projet thérapeutique du patient fibromyalgique. Le dispositif comprend, entre autres, l'amélioration de la souplesse, le renforcement musculaire, la réadaptation à l'effort, la rééducation de l'équilibre et de la coordination. Peuvent également être mis en place un programme éducationnel, une thérapie comportementale ou des techniques de relaxation nécessitant l'intervention d'une équipe multidisciplinaire.





Le Méopa, analgésie respiratoire

Comment ça marche ?

Le dispositif est appliqué pour des patients souffrant de douleur chronique, consentants et ayant passé avec succès le test de pression manuelle. Les deux bras de la machine pincement la peau à l'endroit signalé douloureux par le patient qui, écran en main, détermine le moment où la pression doit se stabiliser. De un à trois points maximum sont traités par séance d'une demi-heure environ. Plusieurs séances s'avèrent parfois nécessaires.

Pourquoi ça marche ?

La douleur chronique est la résultante de tensions (mécanique et chimique dans les tissus) et d'émotion (stress et anxiété) générant douleurs et/ou comportements d'évitement. Le Dédolor agit sur ces deux composantes. La douleur de façon immédiate car la machine permet de remplacer la douleur que perçoit le patient par une autre sensation... et la partie émotionnelle en diminuant les comportements d'évitement de manière durable, car la nouvelle sensation est maîtrisée et le patient devient acteur de sa rééducation.

La pression est thérapeutique si elle respecte quatre critères : lenteur, puissance, endurance et isométrie, des éléments que la main est incapable de reproduire fidèlement.

Les huit temps d'une séance

Le déroulement d'une séance Dédolor est très codifié et se déroule en huit temps bien marqués :

- 1) Le patient pose le doigt sur la douleur la plus dérangeante (c'est le choix).
- 2) Le praticien pose le doigt au même endroit (le patient donne son accord).
- 3) Il vérifie avec la main le pli cutané pour recréer une afférence douloureuse (le patient peut dire stop).
- 4) Présentation de Dédolor (c'est le contrat cognitivo-comportemental).
- 5) Entrée en jeu du Dédolor avec formation du pli cutané mécanique : pression lente que l'on augmente peu à peu en fonction de la décongestion (c'est le réapprentissage).
- 6) Mobilisation des tissus (légère rotation, pas nécessairement dès la première séance).
- 7) Ouverture des doigts du Dédolor.

8) Verbalisation du patient assez soutenue pour vérifier le changement enregistré. Cette verbalisation est, en effet, indispensable après chaque pression : cela l'oblige à se centrer sur ce qu'il sent, lui permet de mémoriser les nouvelles afférences sensorielles, de se réapproprier son schéma sensoriel, puis son schéma moteur et enfin son schéma corporel.

Les résultats

Les résultats enregistrés pour les trente et un patients ayant achevé leur traitement sont qualifiés de « très bons » pour vingt-trois d'entre eux, « moyens » pour cinq et « d'échec » pour deux.

Ces premiers chiffres sont encourageants et l'hôpital La Musse pérennise donc l'utilisation du Dédolor dans le traitement des pathologies vues plus haut. Dans les prochains mois, une étude randomisée (avec population témoin) va être menée et la psychologue du pôle sera appelée à intervenir.

Le Méopa : analgésie inhalatoire

Mis en place courant 2007 au sein de trois unités de traumatologie du pôle MPR, le Méopa, analgésie inhalatoire composée



La mésothérapie

pour moitié d'oxygène et de protoxyde d'azote, est une technique particulièrement indiquée pour des actes douloureux couramment pratiqués en soins de suite et de rééducation : ponctions, pansements, mobilisations, poses ou ablations de drain ou de sonde. Une vingtaine de soignants ont été formés au protocole d'utilisation du Méopa et pratiquent l'acte sur prescription et sous la responsabilité de deux médecins, Victor Liviot (chef de pôle) et Emmanuel Fontaine.

En 2007, sept patients en ont bénéficié, treize en 2008, pour de courts actes et

jusqu'à une vingtaine de séances si nécessaire. L'analgésie débute instantanément, dès que le masque est posé sur le visage du patient, et s'achève dès qu'on le retire. Elle peut être pratiquée plusieurs fois, avec toutefois 48 heures de fenêtre thérapeutique tous les quinze jours. D'une manière générale, l'analgésie est très bien supportée (seul le port du masque peut gêner), d'autant plus que son utilisation n'est réalisée que lorsque l'équipe médicale est certaine de la bonne compréhension de l'acte par le patient. Efficace, simple, rapide et sans effet secondaire, le Méopa reste néanmoins un analgésique coûteux dont il conviendra de chiffrer le coût exact. En l'utilisant dans un service de soins de suite, l'hôpital La Musse fait figure de précurseur.

La mésothérapie : des injections sous-cutanées

C'est le Dr Jean-Yves Doërr qui, en prenant ses fonctions au sein du pôle MPR de l'hôpital La Musse, a jugé pertinent, au regard des pathologies dont il avait la charge, d'utiliser une technique qu'il maîtrisait et utilisait déjà en cabinet libéral depuis une trentaine d'années : la mésothérapie. Imaginée par un médecin normand, le Dr Pistor,

vers 1950, la mésothérapie consiste en micro-injections dans le mésoderme (grâce à un pistolet spécial permettant de réaliser des injections à 4 mm sous la peau) de produits anti-inflammatoires et/ou myorelaxants, localisées dans la zone douloureuse ou dans son point de départ rachidien. Les séances durent environ cinq minutes et entre trois et vingt piqûres sont faites, délivrant chaque fois une goutte (micro ou macro) du produit prescrit.

Décidée après examen clinique et sur prescription médicale, la mésothérapie est, avant tout, un traitement de la douleur. Elle s'adresse à des patients souffrant d'arthrose, de rhumatismes inflammatoires, de suites postopératoires compliquées, de douleurs neuropathiques... Le protocole prévoit six séances en moyenne et l'efficacité du traitement est visible pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

Le Dr Doërr, qui a en charge des unités de traumatologie, rééducation, brûlés, a vu une quinzaine de patients hospitalisés à l'hôpital La Musse depuis la mise en œuvre de cette nouvelle technique, en mai dernier. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

La fibromyalgie

Terme désignant un syndrome connu depuis longtemps, le « syndrome polyalgique idiopathique diffus » (SPID) – en anglais Fibromyalgia Syndrome (FMS).

Le mot « fibromyalgie » vient du latin « fibra » (filament), du grec ancien « myos » (muscle) et « algos » (douleur).

Cette affection est caractérisée par un état douloureux musculaire chronique (myalgies diffuses) étendu à des régions du corps diverses, notamment présente sous forme d'allodynie tactile, ainsi qu'une asthénie (fatigue) persistante.

Les troubles psychologiques (chronicité des symptômes, charge psychologique) qui lui sont associés ont donné lieu à maintes hypothèses au plan psycho-pathologique. L'importance des traits anxio-dépressifs a même conduit à se demander laquelle de ces deux disciplines – rhumatologie et psychiatrie – était habilitée à la prendre en charge. Les dernières découvertes tendent à prouver son aspect neurologique, lié à des déficiences en neurotransmetteurs.

Nutrition

Prise en charge des enfants en surpoids

Pour répondre à la demande croissante de prise en charge du surpoids des enfants et des adolescents, un réseau s'est constitué entre l'hôpital La Musse et le centre hospitalier d'Évreux sous forme d'accueil en hôpital de jour. Trois groupes de jeunes ont déjà été accueillis...

Contacté par les pédiatres du centre hospitalier intercommunal (CHI) Évreux-Vernon qui souhaitaient pouvoir proposer à leurs jeunes patients un prolongement à la prise en charge de leur surpoids, le service de nutrition de l'hôpital La Musse a élaboré, en mai 2006, un projet d'hôpital de jour spécifique intitulé : « Apprendre à mieux manger, remettre son corps en marche ». Le premier groupe de jeunes a pu être accueilli au printemps 2007 pour une prise en charge

de dix séances, réparties sur autant de mercredis, entre 13 h 45 et 17 h, hors vacances scolaires. Elle s'adresse à un groupe entre quatre et six patients, âgés de 10 à 13 ans, adressés par les pédiatres du CHI. Cette prise en charge conjointe (hôpital d'Évreux, hôpital La Musse) permet, grâce à l'association des compétences et au partage des expériences, d'offrir aux enfants et adolescents un programme pluridisciplinaire complet et de qualité. « Même si nous manquons de recul, nous avons constaté que les jeunes avaient des demandes et une vision assez juste de leur problématique », explique Patricia Doublet, médecin nutritionniste, chef de service. Ils étaient demandeurs, même s'ils ne se sentent pas toujours soutenus par leurs parents, parfois maladroits. Chaque après-midi sont organisés rencontres, ateliers, promenades didactiques avec l'infirmière Marika Toussaint ou la cadre de santé Valérie Martin, activités sportives. »

Déroulé des activités

Lors de la première séance, le Dr Doublet reçoit les enfants, entre dans le vif du sujet sans détour – pourquoi venez-vous à La Musse ? Que signifient les mots « obésité », « surpoids », « être gros » ? Pourquoi faut-il éviter d'avoir trop de poids ? Comment y remédier ? ... –, puis propose un quizz destiné à tester de manière ludique leur niveau de connaissances (alimentation, activité physique...). « Comme chez les adultes, nous ne proposons pas de "régime", poursuit le médecin nutritionniste. On n'est pas dans la restriction, mais dans l'équilibre alimentaire. On joue aussi sur le fait que les enfants sont en pleine croissance pour stabiliser leur poids. On les pèse et on les toise au début et à la fin de la prise en charge. Ils

n'auront pas forcément perdu beaucoup de poids, mais comme ils auront grandi, leur indice de masse corporel (IMC) aura baissé et c'est ce que l'on souhaite. »

Ce qu'ils disent...

« Je suis là... pour me sentir mieux, pour arriver à mieux bouger, pour être moins essoufflé, parce que je ne me sens pas bien dans ma peau, parce que je connais les risques d'un surpoids sur ma santé future, parce que je n'aime pas le regard que les autres ont sur moi, parce que je n'arrive à trouver des vêtements qui me plaisent et qui me vont... » Voilà quelques-unes des paroles des enfants. « Je les sens volontaires, commente le Dr Doublet. Mais je sais qu'il y a, à la maison, des interférences familiales qui sont difficiles : ou une mère très stricte qui met la pression à son enfant à chaque repas, ou des parents pas assez concernés qui ne se gênent pas pour manger une tablette de chocolat devant leur enfant. »

Les parents sont d'ailleurs vus à trois reprises : la veille du début de la prise en charge, à mi-parcours et à la fin, en synthèse, sans et avec leurs enfants.

« Nous manquons de recul car cela ne fait que deux ans que le système existe. Mais je sais que les enfants sont, ensuite, suivis par le médecin pédiatre qui nous les a adressés. Tout ce que je peux dire, c'est que j'espère ne pas les revoir un jour dans le service adultes. »

La prise en charge diététique

Marie-Pierre Girault, diététicienne : « Nous essayons d'apporter aux enfants une prise en charge différente d'une consultation : nous sommes des intermédiaires entre l'hôpital d'Évreux qui nous les a adressés et leur futur suivi avec leur diététicienne. Ils arrivent avec quelques connaissances sur les aliments. L'idée est

Quizz (extraits)

Pourquoi c'est bien de prendre un petit déjeuner le matin ?

- Je serai plus attentif en cours le matin
- Je mangerai moins aux autres repas
- Le matin, je peux manger ce que je veux
- Je ne prends pas de petit déjeuner

Changer ses habitudes alimentaires, c'est quoi pour toi ?

- Manger plus de légumes
- Manger plus de fruits
- Manger moins gras
- Manger moins sucré
- Ne pas manger entre les repas
- Boire de l'eau

Les légumes, pourquoi en manger ?

- Pour faire plaisir à mes parents
- Pour apporter des vitamines
- Parce que c'est bon et que cela colore le repas
- Moi je n'en mange jamais



Valérie Martin (cadre de santé), Émilie Vandendriessche (ergothérapeute), Patricia Doublet (médecin), Marie-Pierre Girault (diététicienne) et Nathalie Barrère (psychomotricienne)

de faire le point avec eux et de leur apporter une certaine autonomie, notamment lors du petit déjeuner et du goûter. Quatre thèmes sont abordés lors des ateliers. Le goûter : je leur demande d'apporter le leur et la discussion se déroule autour de l'intérêt d'en prendre un pour des enfants en pleine croissance. La deuxième réunion se fait en présence des parents, sur le principe des questions/réponses autour des produits alimentaires, de l'organisation des repas pris au domicile et/ou à l'école. C'est là aussi que je travaille sur les rations afin d'évaluer les quantités prises spontanément en pesant un certain nombre d'aliments cuisinés.

Les deux derniers ateliers sont centrés sur le goût et la variété des fruits et des légumes. J'en profite pour leur faire découvrir de nouvelles saveurs en faisant des tests de dégustation à l'aveugle : j'ai une fois été surprise de les voir grignoter le reste de la botte de céleri branche après dégustation, en fin de séance ! Les ados viennent toujours avec plaisir à ces ateliers du mercredi que nous avons voulu ludiques et variés. À la suite de quoi une prise en charge régulière à l'extérieur est très vivement conseillée. »

Activités corporelles

Nathalie Barrère, psychomotricienne : « Je vois les ados tous les mercredis pour un travail, soit en milieu "aérien", soit aquatique (de façon alternative). Chaque fois, nous travaillons l'endurance, la respiration et la prise de conscience du corps. Lorsque nous sommes en salle, je les mets en situation afin qu'ils s'expriment par l'intermédiaire de leur corps : apprendre à bouger en rythme, inventer des mouvements sur de la musique (lents, doux, forts, rapides...), exprimer une émotion, une situation... Il est toujours possible de dire non ou d'aller à son rythme mais, même si le mouvement est très léger, il est tout de suite mis en valeur et le jeune

prend confiance en lui. Dans l'eau, il faut appréhender son corps dans un nouveau milieu, d'où une écoute, un ressenti différents. C'est, en général, le moment que préfèrent les jeunes. Ils me disent qu'ils sont étonnés de l'intérêt qu'on leur porte et du cadre qu'on met en place. Ce sont souvent des enfants chez qui se jouent de façon importante certains aspects de la relation familiale. Ici, ils peuvent échanger facilement entre eux et dire des choses qu'ils ne peuvent dire ailleurs. »

Émilie Vandendriessche, ergothérapeute : « Je les rencontre à deux reprises : une première fois pour évaluer leurs habitudes de vie et leur présenter le dos, les bonnes positions et les conséquences pour l'avenir. Tout cela est amené de manière ludique et vivante par l'intermédiaire d'un personnage articulé et de jeux appelant des situations concrètes. Toutes les notions sont déjà connues des jeunes, mais ils les trouvent difficiles à mettre en place au quotidien. Elles sont reprises par l'ensemble de l'équipe. Lors de la deuxième rencontre, je refais le point avec eux sur tout ce qu'ils ont vu et je réponds aux questions qui sont apparues au cours des précédents ateliers. » ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

L'obésité chez l'enfant

L'obésité de l'enfant est devenue, en quelques années, un véritable problème de santé publique. Les experts notent une accélération rapide de l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité : de 0,2 % dans les années 1970, elle est aujourd'hui de 2 % par an, soit 400 000 jeunes Européens en surpoids ou obèses en plus chaque année. La France occupe une position intermédiaire dans ce tableau : 18 % des petits Français seraient en surpoids, dont environ 4 % obèses. Le Programme national nutrition santé (PNNS) lancé en 2001 par le ministère de la Santé comprend neuf objectifs dont l'un demande d'interrompre l'augmentation particulièrement élevée, au cours des dernières années, de la prévalence de l'obésité chez les enfants, grâce au programme « Ensemble, prévenons l'obésité des enfants » (Epode) notamment.

Hôpital Villiers Saint Denis

Projet de création d'une unité de six lits de prise en charge de l'obésité morbide de l'adulte

Une enquête Insee de 2006 montre qu'en Picardie, l'obésité est plus présente par rapport à la moyenne nationale (13,2 % contre 10,8 % chez les hommes et 14,5 % contre 10,9 % chez les femmes).

L'insuffisance de structures adaptées est évidente tant en Picardie que dans les régions limitrophes.

Aussi, dès 2007, le projet d'établissement envisageait la création d'une telle unité.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé avec l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de Picardie confirmait cette idée et le schéma régional de l'organisation sanitaire (Sros) picard, volet soins de suite et réadaptation, entérinait cette éventualité.

Enfin, à la demande de la commission exécutive de l'ARH, une réunion avec les Ddass de l'Aisne et l'Oise incita les établissements d'Ollencourt et Villiers Saint Denis à déposer un projet avant le 30 novembre 2009.

Organisation de la prise en charge

Admission

Sont concernés les patients ayant un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 et dont l'environnement ne permet pas une prise en charge ambulatoire, ainsi que les patients ayant un IMC supérieur à 40 en pré ou postchirurgie barytique⁽¹⁾. Un entretien et un

bilan de préadmission permettront d'élaborer un projet thérapeutique personnalisé. Le séjour devra utilement se situer entre quatre et huit semaines.

Prise en charge

Celle-ci doit être globale avec, comme objectifs, une diminution de la dépendance envers l'alimentation, une amélioration fonctionnelle favorisant l'autonomie et la majoration de l'activité physique.

Prise en charge médicale

L'hôpital Villiers Saint Denis dispose des compétences médicales permettant de traiter les complications cardiovasculaires, métaboliques, respiratoires et les problèmes locomoteurs associés à l'obésité.

Prise en charge soignante et de rééducation

Outre les soins classiques, l'équipe pluridisciplinaire nécessaire doit permettre d'assurer quotidiennement quarante-cinq minutes de rééducation kinésithérapique individuelle, deux séances de gymnastique collective par les éducateurs physiques et sportifs, une heure d'aquagym (balnéothérapie sur place) et des séances collectives, de une à deux heures, sur parcours de marche et dans le parc.

Prise en charge diététique

Quatre phases sont obligatoires : consultation individuelle, cours collectifs, atelier diététique de cuisine pédagogique et bilan personnalisé.

Prise en charge psychologique

L'objectif principal est de réduire les

perturbations de l'image du corps, de l'estime de soi, ainsi que l'anxiété et la dépression.

Prise en charge sociale

Individualisée, elle comprend une fiche de préadmission sociale et administrative, et aide à la réinsertion à l'issue du séjour.

Suivi du patient

Des consultations pluridisciplinaires à un, trois et six mois après la sortie sont organisées.

Les réseaux et filières envisagés visent le sud de l'Aisne ainsi que les patients axonais⁽²⁾ pris en charge en première intention par les services parisiens et rémois, qui ne disposent pas de structures de proximité pour le suivi de leurs patients.

Bien sûr, une telle unité nécessite des moyens matériels spécifiques (chambres aménagées, équipements de rééducation adaptés au poids des patients...), des personnels en nombre suffisant compte tenu de la nature de la prise en charge, ainsi que des compétences nouvelles (psychomotricien).

Le projet ne peut donc voir le jour sans un soutien à l'investissement et au fonctionnement.

Francis Gilgaire
Hôpital Villiers Saint Denis

(1) Chirurgie digestive ayant pour objectif la recherche de l'amaigrissement.

(2) Habitants de l'Aisne (formé sur le nom de la rivière Aisne : Axona)

Sud de l'Aisne

Réseau sectoriel de soins palliatifs



Représentation de Paolo Doss,
clown poète belge,
lors de la journée sectorielle
de soins palliatifs d'avril 2009

Chacun de nous a entendu parler
de réseaux, qu'il s'agisse de réseaux
mafieux ou de réseaux d'espionnage,
de réseau téléphonique ou d'Internet.
Plus près de soi, nous avons
tous un réseau d'amis,
de connaissances...

Quel est le point commun entre ces réseaux? Sans doute la notion de lien, une organisation discrète, voire invisible, mais performante, la mise en relation pour plus de solidarité ou une meilleure efficacité. C'est dans cet esprit de solidarité et de coopération que le Réseau de soins palliatifs du sud de l'Aisne a vu le jour en 2002.

Initialement appelé « Réseau sectoriel du secteur 8 », le Réseau sectoriel de soins palliatifs du sud de l'Aisne a été créé à l'initiative de professionnels qui travaillaient auprès de patients en fin de vie et souhaitaient une cohérence dans leur prise en charge dans le territoire.

Basé sur un partenariat entre établissements hospitaliers (Soissons, Château-Thierry, Villiers Saint Denis), il associe d'autres structures de soins tels l'Association médico-sociale Anne-Morgan (Amsam) de Soissons, le Réseau Cécilia et l'association de bénévoles « Jusqu'à la mort, accompagner la vie » (Jalmalv).

Cette organisation repose sur les projets institutionnels et médicaux en matière de soins palliatifs.

Les objectifs de ce réseau sont de s'inscrire dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins, de mettre en œuvre des outils communs tels que les protocoles médicaux et soignants, d'assurer une continuité de prise en

Associations

- Amsam

31, rue Anne-Morgan - 02200 Soissons
Tél. : 03 23 75 51

- Jalmalv

132, rue du Fbg-Saint-Denis - 75010 Paris
Tél. : 01 40 35 17 42 - www.jalmalv.fr

- Réseau Cécilia⁽¹⁾

46, avenue du Général de Gaulle
02209 SOISSONS Cedex

Tél : 03 23 75 71 71

Fax : 03 23 75 70 28

Email : reseau.cecilia@wanadoo.fr

Web : <http://cecilia-asso.fr>

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



charge palliative sur le secteur, de participer à la formation des professionnels du secteur.

Autour du Dr Badri Matta (médecin responsable de l'équipe mobile de soins palliatifs [EMSP] de Soissons) et de son équipe, le réseau se réunit mensuellement et organise une fois par an une journée de formation à l'intention des professionnels du secteur. L'hôpital Villiers Saint Denis y est représenté par le Dr Roger N'Gomo et Isabelle Eduards, cadre de santé. Le Dr Raoul Kama, pneumologue, et Annie Segrétin, cadre de santé, représentent le CH de Château-Thierry. Ces journées de formation sont très attendues par les équipes, car elles apportent des éclairages sur les problématiques de la fin de vie et sont des moments de rencontre et d'échanges très appréciés des soixante-dix participants des hôpitaux de Soissons, Château-Thierry, Villiers-Saint-Denis, du réseau Cécilia, de l'Amsam et des bénévoles de Jalmaiv. Ce sont surtout des formations faites par les professionnels du secteur pour d'autres professionnels dudit secteur.

Après avoir abordé, lors de précédentes journées de formation, les problèmes de nutrition, de douleur, d'abstention thérapeutique et d'acharnement, d'euthana-

sie, de soins palliatifs et de gériatrie, de la relation d'aide par le toucher, la prochaine journée sectorielle de soins palliatifs, qui aura lieu dans les locaux du CH de Château-Thierry en avril 2010, abordera le passage de la phase curative à la phase palliative.

Ces journées s'enrichissent, d'année en année, par la qualité des intervenants et de leurs interventions.

À noter en 2009, à l'hôpital Villiers Saint Denis, la remarquable intervention de Martine Derzelle, psychanalyste, maître de conférences psychologie-psychopathologie et responsable de la supervision de l'EMSP de Soissons, sur « la souffrance de l'âge et l'âge de la souffrance », ainsi que la représentation de Paolo Doss, clown poète belge.

Ce réseau permet donc de créer du lien dans le sud de l'Aisne concernant la problématique des soins palliatifs et appuie les projets territoriaux de développement des soins palliatifs, notamment le projet d'extension du réseau ville/hôpital sur le sud de l'Aisne ainsi que celui d'une labellisation d'une EMSP pour le secteur Villiers Saint Denis/Château-Thierry. ■

Isabelle Eduards
Hôpital Villiers Saint Denis

Actualité - Plan Soins palliatifs

Lancé en 2008 par le chef de l'État, le plan Soins palliatifs avait pour objectif de doubler, d'ici à 2012, la prise en charge des personnes atteintes d'une maladie grave, évolutive ou terminale.

- Entre 2008 et 2009, 34,5 millions d'euros supplémentaires ont été mobilisés pour accroître les moyens des unités de soins palliatifs, développer des lits identifiés dans les services de médecine et mettre en place, dans chaque région, des équipes mobiles spécialisées. La France aura dépensé près de 600 millions d'euros pour la prise en charge des soins palliatifs en 2008.
- Un projet de mesures d'aide aux aidants centré sur « comment aider les proches à accompagner la personne malade sans s'épuiser, sans dénaturer la relation » est en train d'être finalisé. Huit millions d'euros ont été prévus pour la formation et l'accompagnement des aidants familiaux et des proches.
- Trois expérimentations de prises en charge innovantes pour accompagner la fin de vie ont été lancées : deux concerneront les personnes âgées, la troisième proposera un accompagnement pédiatrique. Il s'agit d'adapter à notre système de santé des « maisons d'accompagnement », établissements au carrefour de l'hôpital, de la maison de retraite et du domicile, intermédiaires qui permettront un accompagnement privilégiant avant tout une approche humaine. Favoriser un « certain degré de démedicalisation de la fin de vie à certains moments », tout en augmentant la « densité de l'accompagnement » est ainsi recherché.
- L'enseignement de l'éthique clinique, l'apprentissage du travail coopératif, coordonné et interdisciplinaire ainsi que l'apprentissage de la relation et de la communication vont être des thématiques qui seront désormais abordées dans la formation médicale à la faveur de la réforme des études médicales. Une filière universitaire dédiée à ces questions est en train d'être créée.

Sources :

- Communiqué gouvernemental du 18 juin 2009.
- « Plan Soins palliatifs : le programme d'aide aux aidants presque finalisé » (dépêche Agence presse médicale, 27 novembre 2009).

Innovation

Une nouvelle génération de prothèses

Un genou intelligent, mécanique et électronique, qui anticipe et corrige les mouvements de l'articulation de genou, afin que la marche du patient amputé reflète au mieux la marche normale, telle est la prothèse nouvelle génération que deux jeunes patients de l'hôpital La Musse, victimes d'accidents de la route et amputés en transfémoral (au-dessus du genou) début octobre, sont venus tester dans les salles d'appareillage du pôle de rééducation fonctionnelle.

On doit cette initiative au Dr Emmanuel Fontaine, médecin de rééducation fonctionnelle, qui a invité la seule société française fabriquant ce genre de prothèse révolutionnaire (Proteor à Dijon) à venir former le personnel normand et équiper deux patients. « Ce genou Hybrid présente deux aspects très intéressants et tout à fait nouveaux, explique Vincent Drouin, orthoprothésiste chargé de l'assistance technique au sein de Proteor. Il est capable de gérer la phase pendulaire de la marche, c'est-à-dire le moment où la jambe n'est plus en appui et sait

s'adapter à la vitesse de marche grâce à un microprocesseur. Le deuxième "plus" est le système hydraulique qui donne au porteur de la prothèse une plus grande sécurité lui permettant de descendre un escalier en pas alternés et appréhender au mieux les pentes, une situation que l'on sait laborieuse avec une prothèse "traditionnelle".

1 100 prothèses prises en charge

Évidemment, ce genou « intelligent » a un coût non négligeable (l'équivalent d'une voiture de type berline pour l'ensemble de la prothèse). Néanmoins, la





Sécurité sociale s'est engagée à prendre en charge la mise à disposition de 1 100 prothèses par an : « *Le bénéfice est immédiat : avec une prothèse comme celle-là, le patient peut reprendre une vie normale et généralement retrouver son travail. C'est un plus évident pour la réinsertion sociale d'une personne récemment traumatisée.* »

Quatre critères

Compte tenu de son coût, les critères de prise en charge sont très précis. Pour y prétendre, les patients doivent être capables de :

- parcourir deux kilomètres avec la prothèse sans s'arrêter ;
- marcher à 4 km par heure ;
- descendre les escaliers en pas alternés ;
- descendre une pente de 15 %.

Il s'agit donc essentiellement d'une population jeune et dynamique. À l'hôpital La Musse, cet automne,

deux jeunes patients peuvent en bénéficier. Ils ont effectué des premiers essais concluant en présence du Dr Emmanuel Fontaine, de l'équipe des prothésistes et des kinésithérapeutes du pôle.

La prothèse leur est prêtée, pour apprentissage et réglage, pendant quinze jours avant la validation définitive qui autorisera la prise en charge par la caisse. « *Quand ils l'auront essayée, ils ne voudront plus repartir avec l'ancienne*, prévoit Vincent Drouin. *C'est une nouvelle génération de prothèses pour laquelle l'hôpital La Musse est désormais agréé, aux côtés d'une cinquantaine d'autres centres de rééducation ou appareilleurs privés en France. Un vrai plus pour les patients.* » ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

En savoir plus...

Le mécanisme particulier de ce genou prothétique – qui lui vaut le nom Hybrid – utilise les avantages du système pneumatique pour la phase pendulaire et la fiabilité d'un système hydraulique pour le contrôle de la phase d'appui dans les pentes.

Le contrôle de la phase pendulaire est assisté par un microprocesseur permettant le changement de cadence avec beaucoup de précision : pas moins de dix vitesses sont réglées et enregistrées dans sa mémoire.

Le contrôle hydraulique de la phase d'appui, très sensible et performant, permet un réglage précis.

Le système MRS (mécanisme de détection de la force de réaction) désactive le circuit hydraulique dès que le patient passe en charge sur l'avant-pied, ce qui ajoute au confort d'utilisation en toute sécurité.

L'autonomie de ce genou est améliorée : la pile dure un à deux ans, alors qu'un microprocesseur et des moteurs gèrent la vitesse de marche.

• Protéor Handicap Technologie

6, rue de la Redoute - BP 37833 - 21078 Dijon Cedex
Tél : 03 80 78 42 30 / Fax : 03 80 78 42 15 - www.proteor.fr

Création Une cellule alcool

La direction de l'hôpital La Musse, consciente que l'alcoolisme est une maladie chronique et que certains salariés peuvent, directement ou indirectement, en souffrir, a décidé, au printemps dernier, de créer une cellule d'écoute alcool.

Cette nouvelle structure est soutenue par Gérard Perrimon, le directeur de la clinique des Bruyères (soins de suite et de réadaptation alcoolologiques) qui intervient régulièrement au sein de l'établissement dans

le cadre de formations. Il sera présent, à titre bénévole, pour aider, accompagner et superviser le petit groupe. Les sept membres qui la composent se sont engagés à suivre une formation, à respecter la confidentialité des informations portées à leur connaissance et à ne pas dépasser les limites des fonctions qui leur sont attribuées dans ce cadre.

Les objectifs de cette nouvelle structure d'aide et d'accompagnement : écouter, conseiller et orienter les professionnels ayant une addiction à l'alcool et/ou les professionnels souffrant de la dépendance du collègue et ne sachant quelle attitude adopter, faire le lien entre les professionnels en difficulté, le médecin

du travail et la direction, établir un réseau de partenaires et veiller à maintenir les liens.

Les membres de cette cellule ont commencé mi-septembre à prendre contact avec chaque service. Un premier point sera fait à l'issue de ces premières interventions. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Clinique des Bruyères

2, rue des Bruyères
27930 Brosville
Tél. : 02 32 34 33 16



Faits marquants

Hôpital Villiers Saint Denis

Coopérations

Signatures de conventions avec :

- le centre hospitalier (CH) de Château-Thierry pour la filière gériatrique du sud de l'Aisne (3 juin 2009) ;
- le CH Léon-Binet de Provins concernant les soins de suite pneumologiques (5 juin 2009) ;
- le CH de Château-Thierry s'agissant du remplacement de la biologiste de l'hôpital (Michèle Demange) par un biologiste du CH de Château-Thierry (Jean-Paul Thellier) à Villiers Saint Denis (1^{er} juillet 2009) ;
- les cliniques du Groupe Courlancy pour les prises en charge multipathologies (1^{er} octobre 2009).

Groupements de coopération sanitaire (GCS)

- Encouragés par Pascal Forcioli, directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de Picardie, les directeurs des CH de Château-Thierry et Soissons, ainsi que Jean-Louis Yonnet, directeur de l'hôpital Villiers Saint Denis, ont rédigé un projet de convention constitutive du GCS du sud de l'Aisne, de droit privé, élargi au CH soissonnais. Validé par les conseils d'administration, les commissions médicales d'établissements et les instances représentatives du personnel (comités techniques d'établissements et comité d'établissement), le projet a été entériné par la commission exécutive (Comex) de l'ARH, le 27 novembre dernier.
- L'assemblée générale du groupement (désormais administrée, depuis le 1^{er} juillet 2009, par Claudine Ferry) s'est réunie le 26 novembre 2009 pour examiner :
 - les modalités d'élargissement du GCS ;
 - la restauration (appel d'offres en préparation – le nouveau marché de denrées

alimentaires avec Anthémis a débuté le 1^{er} août dernier pour trois ans) ;

- la convergence des plateaux médico-techniques ;
- l'organisation des admissions et la filière gériatrique.
- Présentation du GCS au forum Emploi le 20 novembre 2009 au Palais des rencontres de Château-Thierry.

Organisation et stratégie

- Suite à la publication des décrets n°2008-376 et 2008-377 du 17 avril 2008 relatifs aux conditions techniques, d'implantation et de fonctionnement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), transmission, fin novembre 2009, des demandes d'autorisation de nouvelles activités : « système nerveux » avec regroupement de l'activité de neurologie (création notamment de places d'hospitalisation de jour) et « système digestif, métabolique et endocrinien » avec création d'une unité dédiée à la prise en charge de patients obèses. Les dossiers relatifs aux autres autorisations (activités existantes) seront transmis aux tutelles fin décembre 2009.
- Réponse aux enquêtes concernant l'activité et les plateaux techniques SSR :
 - de l'Agence technique de l'information hospitalière (Atih), le but étant l'élaboration du modèle de financement à l'activité pour les activités de SSR ;
 - de la Direction de l'hospitalisation (Dhos) au ministère de la Santé, le but étant de connaître l'évolution capacitaire et de la médicalisation du secteur.
- Participation, le 20 novembre 2009, au Forum territorial de santé du sud de l'Aisne avec présentation du diagnostic territorial de santé de l'Omois.
- Rencontre, le 5 juin 2009, à la Ddass



de l'Oise, du centre Léopold-Bellan (Oise) et de l'hôpital Villiers Saint Denis consacrée aux liens entre les deux hôpitaux dans la perspective de l'ouverture, prévue fin 2010/début 2011, d'un service de soins de suite spécialisés nutritionnels au centre Léopold-Bellan.

- L'Union des communautés de communes du sud de l'Aisne (UCCSA) met en place un comité de programmation leader du pays du sud de l'Aisne portant sur la création d'activités et d'emplois respectueux du développement durable, l'amélioration de la qualité de vie et sur le développement de la notoriété du pays en faveur de l'attractivité du territoire. Véronique Mennetrier et Frédérique Yonnet représentent l'hôpital Villiers Saint Denis à ce comité.
- 8 octobre 2009 : réunion sur la



filière de soins en addictologie du territoire sud-est.

- Mise en place, dans le cadre de la filière gériatrique du sud de l'Aisne, d'une ligne téléphonique unique – 03 23 69 73 83 – pour les admissions directes planifiées, soit en court séjour gériatrique au CH Château-Thierry, soit en soins de suite gériatriques à l'hôpital Villiers Saint Denis.

Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)

Suite à l'évaluation du CPOM réalisée en octobre dernier, celui-ci est modifié comme suit (cela faisant l'objet d'un avenant n°4) :

- suppression des stipulations afférentes à la délocalisation des activités de court séjour (finalisée) et la certification (obtenue) ;
- inscription de quatre orientations stratégiques : développer la prise en charge SSR, conforter le GCS, adapter les ressources humaines au projet d'établissement et mettre en place un plan directeur d'investissement.

La Comex de l'ARH, le 27 novembre dernier, a validé l'avenant au CPOM.

Qualité et gestion des risques

- Grippe A H1N1 : rédaction d'un plan de continuité dans l'hypothèse d'une



pandémie grippale A H1N1 et mise en place avec la direction des ressources humaines et le comité de lutte contre les infections nosocomiales (Clin) de la vaccination antigrippale.

- Mise en place d'un groupe de travail « sortie du patient » avec les chefs des pôles vasculaire/diabétologie/appareillage (VDA) et gériatrie/pneumologie/cardiologie (GPC), la coordinatrice des soins infirmiers, le cadre rééducateur supérieur, la coordinatrice assistante sociale et un cadre infirmier du pôle médecine physique et réadaptation (MPR).
- Formation des auditeurs de la campagne Indicateurs HAS-SSR.
- Travaux, en collaboration avec la pharmacie et les cadres infirmiers de chaque pôle, sur le circuit du médicament.
- Migration d'une partie de la gestion documentaire sur le site intranet : écologie bactérienne, imprimés, procédures et protocoles d'antibiothérapie.

Ressources humaines

- Dans le cadre d'un partenariat avec le CFPPA/CFA de Verdilly concernant le Bepa option Services à la personne, signature de six contrats d'apprentissage BEPA option service aux personnes (un septième contrat doit être signé/recrutement en cours) : trois apprentis au pôle VDA, trois apprentis au pôle GPC et un apprenti au pôle MPR.

- Candidature de l'hôpital retenue par le conseil régional, dans le cadre de la procédure d'aide aux établissements de soins dédiée à la fidélisation des élèves des écoles de formation des professionnels paramédicaux.

Visites

- De Bertrand Bailleul, directeur du CH de Gennevilliers, au sujet des budgets déconcentrés et des staffs de pôles (23 octobre 2009).
- Du président de la CME de l'hôpital de Meaux (25 novembre 2009).

Travaux

Les travaux concourant au développement du plateau technique du pôle MPR (pavillon 3 - gymnase, espaces ergothérapie - kinésithérapie et orthophonie, appartement thérapeutique et chambres particulières) ont débuté le 5 octobre 2009. Ceux concourant à l'agrandissement du pôle GPC (pavillon 2 - création d'un accueil de jour dédié à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et d'une unité cognitivo comportementale) ont commencé le 2 décembre dernier.

Activités sportives pour les patients

Ont été organisées par Frédéric Lamandé, cadre rééducateur, une journée kanoë-kayak, à la base de Verdeltot (77), au profit de patients handicapés, et

une semaine de plongée sous-marine au profit des patients hospitalisés à Trébeurden dans les Côtes-d'Armor (du 27 septembre au 3 octobre 2009). ■



Faits marquants

Hôpital La Musse

Le suivi du CPOM

L'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) a adressé un courrier à l'hôpital La Musse soulignant le dynamisme de l'établissement au regard du contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM): renforcement des lits de proximité (soins de suite polyvalents et gériatrie [SSPG]), mise en place des lits d'éveil, obtention de la certification version 2 et avancées notables sur le plan de la prise en charge de la douleur. L'augmentation des lits d'oncologie a dû être repoussée, faute de moyens supplémentaires.

Un plan de suivi et d'évaluation de la nouvelle unité d'éveil doit être créé ainsi que la poursuite des actions de lutte contre les infections nosocomiales.

L'UCPA opérationnelle en janvier

L'unité centrale de production alimentaire (UCPA), plate-forme ultra-moderne destinée à fournir les 6 000 repas quotidiens des patients et du personnel de l'hôpital de La Musse, des centres hospitaliers d'Évreux et de Vernon et du CH spécialisé de Navarre (psychiatrie), fournira ses premiers plateaux en janvier. Soixante personnes y travailleront, venues des quatre sites nommés, dont douze salariés de l'hôpital La Musse qui ont visité, début juillet, leur futur lieu de travail. Chacun a bénéficié de sessions de formation en lien direct avec le savoir-faire requis pour le futur poste occupé.

Ouverture d'une unité entièrement dédiée à la prise en charge des pathologies du rachis et des fibromyalgies

L'unité 7 du pôle MPR est désormais, depuis fin septembre, entièrement dédiée aux patients « dos ». Elle est placée sous la responsabilité du médecin rééducateur, chef de pôle, Victor Liviot, en collaboration avec le Dr Jean-Yves Doërr, médecin généraliste. Plus rationnelle, cette organisation permet de regrouper tous les patients dos accueillis dans le pavillon, au sein d'une même structure. Elle compte dix-huit patients, hospitalisés pour des patho-

Le plateau d'obstacles en construction





logies telles que lombalgies chroniques ou fibromyalgies, pour un programme prévu sur cinq semaines en moyenne.

Plateau d'obstacles

La réalisation d'un plateau d'obstacles (en aplomb du pôle de MPR) est en cours d'achèvement. Il complète les autres espaces de déambulation que sont les parcours de marche et le jardin thématique (voir article page 14).

Développement durable

Demandé par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et souhaité par l'établissement, dans le cadre d'une démarche globale de développement durable, le tri des déchets recyclables a été mis en place début juin à l'hôpital La Musse. Dans un premier temps, il concerne les papiers, les cartons pliés, les canettes en alu, les briques, les aérosols et les bouteilles en plastique, qui doivent être déposés dans des poubelles spécifiques, installées dans chaque unité, aux accueils des pôles, services techniques et administration.

Normandos : le réseau dos opérationnel

Le réseau Normandos imaginé par Marie-Félix Adèle, chef kiné à l'hôpital La Musse, a officiellement démarré ses premières prises en charge cet automne. Une secrétaire coordinatrice a été recrutée et s'est installée dans des locaux aménagés au pôle médecine physique et réadaptation (MPR-rééducation fonctionnelle). La structure est habilitée à recevoir chaque année cinquante patients souffrant du dos pour proposer des solutions adaptées à chaque cas et assurer le suivi. Elle a également son rôle à jouer dans le domaine de la prévention.

Pandémie grippale

Cet automne, tous les salariés ont suivi une formation grippe A (H1N1) dispensée par l'un des pneumologues ou l'infirmière hygiéniste de l'hôpital La Musse. Comme ce fut le cas il y a deux ans pour la grippe aviaire, il a été rappelé les caractéristiques de cette nouvelle forme de grippe et souligné les recommandations en matière de prévention.

Par ailleurs, l'hôpital est l'un des dix sites du département de l'Eure à être potentiellement réquisitionné comme centre de coordination sanitaire et sociale et choisi comme lieu de stockage des masques.

Des artères et des veines

À la dixième Journée de la société des infirmières en pathologie vasculaire (SIPV) qui s'est déroulée à l'hôpital Georges-Pompidou à Paris, en juin dernier, le Dr Sid Ahmed Belkaid, médecin adjoint du Dr Duthois, Pascaline Noisette, infirmière (présidente de la SIPV), et Nelly Tessier, cadre de santé secteur cardio-vasculaire, ont partagé deux sujets issus de leur pratique quotidienne devant un auditoire d'une

Visite de la future
unité centrale
de production
alimentaire par
les salariés
des hôpitaux
concernés



centaine de personnes. Le Dr Belkaid a exposé son travail sur les spécificités, la physiopathologie et la prise en charge des pathologies artérielles et veineuses. Mmes Noisette et Tessier ont présenté la technique de mise en place des bandes de compression veineuse, un soin fréquemment prescrit par le médecin et réalisé par les infir-

mières et dont l'efficacité dépend de la pose. Deux supports ont été élaborés et conçus à l'hôpital La Musse : un Power Point sur les généralités et un film sur la démonstration de la pratique. Ces outils audiovisuels ont déjà été montrés aux soignants, médecins et stagiaires du pôle soins de suite spécialisés (SSS). Ils ont été l'occasion

d'échanges entre professionnels sur leur propre pratique. Ils seront prochainement présentés au pôle MPR, puis au pôle SSPG. Ils contribuent à la formation des soignants. Un protocole écrit sera bientôt diffusé.

Mouvements chez les médecins

Deux nouveaux médecins sont arrivés cet automne au pôle MPR : Liudmila Gherovici, en neurologie, et Éric Bianchi, en orthopédie traumatologie.

Deux médecins sont partis à la retraite : Denis Boiteux, médecin chef de service en neurologie au pôle MPR, et Alain Bouillerot, médecin biologiste, directeur du laboratoire et président de la commission médicale d'établissement.

Une animatrice recrutée

Depuis le mois de mai, un nouveau métier est entré à l'hôpital La Musse : animatrice. Une aide-soignante en unité de soins de suite gériatriques a pris ses fonctions au pôle SSPG (en charge également des soins palliatifs et de l'oncologie) et organise chaque jour des ateliers pour de petits groupes. Une soixantaine de patients sont concernés, personnes âgées de plus de 75 ans, polypathologiques et souffrant de troubles cognitifs (Alzheimer et apparentés). Ces séances contribuent, entre autres, à la resocialisation des personnes âgées. Elles favorisent la communication et la reprise de repères dans l'environnement. ■

La nouvelle animatrice
du pôle soins de suite polyvalents
et gériatriques



Bulletin de soutien

Fondation

La Renaissance Sanitaire

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

Hôpital soutenu (à préciser)

Je participe activement à travers ses actions

(cocher la case correspondante à votre souhait)

☐ Lutte contre le diabète

☐ Appareillage

☐ Unité de soins palliatifs

☐ Gériatrie

☐ Lombalgies chroniques

☐ Autres : à préciser :

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

☐ 30 €

☐ 50 €

☐ 75 €

☐ 100 €

☐ Autre montant : €

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

Mes coordonnées personnelles

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Mes coordonnées bancaires

Nom de la banque :

Adresse :

Code postal : Ville :

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

☐ **Chaque mois**, la somme de :

☐ 20 €

☐ 30 €

☐ Autre montant €

☐ **Chaque trimestre**, la somme de :

☐ 20 €

☐ 30 €

☐ Autre montant €

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



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

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

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

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

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



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

La Renaissance Sanitaire est une fondation reconnue d'utilité publique
par décret du 8 juillet 1928 et arrêté du 6 novembre 2000,
qui gère 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.