

Le magazine de La Renaissance Sanitaire

Regards

N°11

AVRIL 2011

Actualités

Enjeux

Compétences

Initiatives

Hôpital La Musse
Samsah La Musse
Hôpital Villiers Saint Denis
Accueil de jour Alzheimer
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

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
Alexandre LEROUX



Président de la CME
Dr Jean-François BOUTELEUX

Hôpital La Musse (27)



Directeur
Catherine PALLADITCHEFF



Président de la CME
Dr Victor LIVIOT

actualités

Soins de suite et de réadaptation	
Autorisations d'activités	p. 4
Restauration	
Une nouvelle organisation	p. 5
Unité cognitivo-comportementale et accueil de jour Alzheimer	p. 6
Circuit du médicament	
Impact en termes de sécurisation en milieu hospitalier	p. 8
Soins de suite et de réadaptation	
Le point sur la construction de l'échelle nationale des coûts à méthodologie commune	p. 10
L'évolution du plateau technique MPR	p. 12
Aménagement de l'hôpital La Musse	
Le plateau d'obstacles opérationnel	p. 14

compétences

Médecine physique et de réadaptation	
Prise en charge pluridisciplinaire des amputés des membres inférieurs	p. 16
Une philosophie dans les activités sportives	
L'interface	p. 18
L'éducateur sportif	
Tout est thérapeutique	p. 20

enjeux

Réinsertion sociale	
Vers quelle valorisation de l'activité ?	p. 21
Lutte antibagique en institution	
Combat de tous les jours, combat de tous	p. 23
Développement durable en route...	p. 28

initiatives

Création d'une maison d'accueil spécialisé	p. 29
Reconnaissance du handicap...	p. 30
Interview	
Nuit blanche and co...	p. 32
Faits marquants	
Hôpital Villiers Saint Denis	p. 34
Hôpital La Musse	p. 36



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 1^{er} trimestre 2010.



En 2010, pour les établissements de La Renaissance Sanitaire, un certain nombre de fondements, de pierres furent posés :

- renouvellement des autorisations d'activité par les agences régionales de santé de Haute-Normandie et de Picardie, autorisations de proposer de nouvelles prises en charge (obésité morbide, neurologie) et de développer des actions d'éducation thérapeutique (lombalgies chroniques, broncho-pneumopathie chronique obstructive, réadaptation cardiaque, pied diabétique...);
- construction de deux unités cognitivo-comportementales, structures sanitaires dédiées à la prise en charge globale de patients atteints de maladies démentielles, du stade de l'évaluation à la mise en œuvre de traitements spécifiques, et d'un accueil de jour Alzheimer, structure médico-sociale de réadaptation cognitive et de répit;
- déploiement des plateaux techniques de médecine physique et réadaptation (salles de bilan thérapeutique et d'appareillage, minigymnase, appartement thérapeutique, plateaux d'obstacles...), optimisation de l'accueil hôtelier (wifi...) ou encore singularisation des locaux dédiés à l'hospitalisation de jour en plein essor;
- participation aux travaux régionaux, voire nationaux, d'informatisation du dossier patient et de préparation de la tarification à l'activité en soins de suite et de réadaptation.

2011 sera une année de concrétisation, de renforcement des activités en privilégiant l'innovation, les coopérations, le travail en filières de soins, la prospective, le sens de l'intérêt général, la prévention, le maillage territorial, la responsabilité financière (médicaments, transports...), et en étant résolument engagés dans une volonté et une ambition communes.

2011 sera aussi une année d'espoir s'agissant du projet de maison d'accueil spécialisé de La Musse, établissement médico-social dédié aux patients grands polyhandicapés chroniques, pour lesquels des solutions locales de prise en charge d'aval font défaut.

Espoir, enthousiasme également, à propos de projets (pour certains, à l'état d'ébauches) qui pourraient émerger autour de la culture à l'hôpital... ou encore de la formation... De nouvelles coopérations pourraient également voir le jour.

Et espoir avant tout pour les usagers grâce au travail de réadaptation, de réinsertion sociale, de réhabilitation réalisé par l'ensemble des équipes. Remercions ces dernières pour leur investissement.

Il est possible d'aller plus loin, il est possible d'agir et de progresser ensemble.

Didier Gaboriaud
Président de La Renaissance Sanitaire

Soins de suite et de réadaptation

Autorisations d'activités

L'agence régionale de l'hospitalisation de Picardie (devenue agence régionale de santé [ARS]) a initié en 2009 le calendrier de dépôt d'autorisations ou de renouvellement d'autorisations d'activités de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Le pôle prospective et stratégie de l'hôpital Villiers Saint Denis trouvait là sa première mission.

Sa composition permettait de réunir les compétences et une représentation de l'éventail des métiers nécessaires par la présence active du Dr Gilbert Nzihou, médecin, de Michèle Fresc, coordinatrice des soins infirmiers, Frédéric Lamandé, coordinateur des soins de rééducation, Christelle Delatour, coordinatrice assistance sociale, sous l'animation de Francis Gilgaire et de Christina Soares.

Les autorisations d'activités de SSR de l'hôpital La Musse

Le renouvellement des autorisations de prise en charge suivantes a été demandé et accordé :

- SSR adulte non spécialisés (hospitalisation complète et hospitalisation de jour [HDJ]) ;
- prise en charge spécialisée SSR pour les enfants et adolescents (hospitalisation complète et HDJ) ;
- autorisations SSR avec mention d'une prise en charge spécialisée des affections :
 - de l'appareil locomoteur (hospitalisation complète et HDJ),
 - du système nerveux (hospitalisation complète et HDJ),
 - cardio-vasculaires (hospitalisation complète et HDJ),
 - respiratoires (hospitalisation complète et HDJ),
 - des systèmes digestif, métabolique et endocrinien (hospitalisation complète et HDJ),
 - onco-hématologiques (hospitalisation complète),
 - des brûlés (hospitalisation complète),
 - de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance (hospitalisation complète et HDJ).

Ce pôle s'est associé, pour les activités nouvelles, les pilotes indispensables, le Dr Alma Kulenovic pour l'obésité et le Dr Tayeb Meslem pour la neurologie. Les chefs de pôles médicaux ont eux aussi activement collaboré en association avec les praticiens et les équipes d'encadrement. Ce travail de longue haleine a abouti au dépôt, en conformité avec le projet d'établissement, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), le schéma régional d'organisation sanitaire (Sros), de deux dossiers validés par la conférence médicale d'établissement, le comité d'établissement et in fine par le conseil d'administration de La Renaissance Sanitaire :

- en novembre 2009, dépôt du dossier :
 - création de l'activité de prise en charge de patients adultes porteurs d'obésité morbide,
 - regroupement de l'activité de rééducation neurologique ;
- en janvier 2010, dépôt du dossier : renouvellement des autorisations pour les activités dites « traditionnelles » (vasculaire, diabétologie et appareillage, gériatrie, pneumologie, réadaptation cardiaque, soins palliatifs et médecine physique et réadaptation [MPR]) ; ce dossier s'assoit sur les compétences internes indéniables et sur un plateau technique performant (nouveau plateau technique du pôle MPR, voir p. 12, et nouveaux locaux pour la gériatrie, voir p. 6). Ces activités interrégionales font aussi l'objet d'une attention particulière et méritent une reconnaissance durable. Après l'avis favorable (unanime) du comité régional de l'organisation sanitaire en juin 2010, le directeur de l'ARS de Picardie, en septembre 2010, a accordé l'autorisation (valable 5 ans) à La Renaissance Sanitaire d'exercer l'activité de SSR sur le site de l'hôpital Villiers Saint Denis, pour les prises en charge spécialisées des affections suivantes :

- de l'appareil locomoteur en hospitalisation complète et à temps partiel ;
- du système nerveux en hospitalisation complète et à temps partiel ;
- cardio-vasculaires en hospitalisation complète et à temps partiel ;
- respiratoires en hospitalisation complète ;
- des systèmes digestif, métabolique et endocrinien en hospitalisation complète ;
- de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance en hospitalisation complète.

Pour les activités déjà autorisées, l'établissement dispose de deux ans, à compter de la date de notification de la nouvelle autorisation, pour se mettre en conformité avec le code de la santé publique ainsi qu'avec les conditions techniques de fonctionnement fixées. Cette mise en conformité sera constatée par une visite de l'ARS (avant l'échéance de deux ans). L'autorisation de prise en charge de l'obésité morbide chez l'adulte sera réputée caduque, si l'opération n'a pas commencé à être exécutée dans un délai de trois ans ou si la mise en œuvre ou l'implantation n'est pas achevée dans un délai de quatre ans. Le calendrier pour la mise en route des nouvelles autorisations pourrait être celui-ci :

- l'unité rééducation neurologique pourrait débuter son activité dès 2011, si les moyens financiers alloués s'avèrent suffisants ;
- l'unité obésité morbide pourrait débuter son activité en 2012 ; préalablement, des travaux d'infrastructure importants seront nécessaires.

En tout état de cause, ces activités doivent connaître un commencement d'exécution avant 2013.

Au-delà du calendrier, le facteur déterminant pour la reconnaissance des activités résidera bien dans l'inscription de l'hôpital au sein de réseaux et filières. ■

Francis Gilgaire
Annie Métivier
Hôpital Villiers Saint Denis

Restauration

Une nouvelle organisation

Les repas servis quotidiennement à l'hôpital La Musse, dans les services ou au self du personnel, sont désormais confectionnés au sein d'un logipôle, une unité centrale de production alimentaire (UCPA) dédiée au secteur sanitaire d'Évreux et de ses environs, et fournissant 7 000 repas quotidiens.



Pascal Boulan, cuisinier issu de l'hôpital La Musse, devant l'un des très performants fours mixtes qui équipent la cuisine de l'unité de production alimentaire de Cambolle

Les hôpitaux d'Évreux et du secteur, dont l'hôpital La Musse, dépendent désormais, en matière de fourniture de repas, d'une toute nouvelle structure, opérationnelle depuis janvier dernier, l'UCPA. Il s'agit d'un logipôle alimentaire chargé de fournir quotidiennement les plateaux de repas des patients et ceux du personnel dans les selfs, et organisé sous la forme d'un groupement de coopération sanitaire (GCS).

Treize professionnels de l'hôpital La Musse ont rejoint leurs collègues des autres établissements, soit 58 personnes travaillant désormais au sein de l'UCPA. Les postes de diététicienne et de responsable des achats sont occupés par deux salariés de l'hôpital La Musse. Les uns et les autres ont dû s'habituer à la production en très grande quantité et aux nouvelles machines très performantes. Les équipes se relaient durant quatre jours (lundi, mardi, jeudi et vendredi, les trente-cinq heures étant réparties sur quatre jours) pour fournir toute la semaine et veiller aux deux grandes règles de base : pas de rupture de production et des repas de qualité. Des feuilles de réclamation ont été mises en place : chaque remarque est analysée, réponse est faite et/ou correction apportée le cas échéant. Le plan alimentaire tourne sur six semaines et trois saisons. Certains plats sont cuisinés sur place à partir de produits « bruts ». C'est le cas

des sauces, féculents, légumes, sautés de viande, l'accommodement du poisson. D'autres arrivent déjà fabriqués : steaks hachés, farcis, brandades, rôtis cuits sous vide, pâtisseries. Tout, ou presque, peut y être traité, même les frites ou les œufs pochés. Une seule impossibilité technique et sanitaire : grillades et viandes saignantes.

Quatre jours de production

Deux véhicules livrent chaque jour (sauf les week-ends) hôpitaux, maisons de retraite et petites structures d'accueil en hôpital de jour. Soit 7 000 repas à confectionner par jour sur les quatre jours de production. Les lundis et vendredis, les salariés travaillent huit heures et fournissent trois menus. Les mardis et jeudis, ils travaillent 9h30 et fournissent quatre menus.

Après son récent déménagement sur le site tout proche, l'hôpital d'Évreux a adhéré au système. L'endroit est, pour l'instant, légèrement surdimensionné et pourrait encore accueillir d'autres clients : jusqu'à 10 000 repas pourraient y être réalisés chaque jour. Mais Patrick Gentet, l'ingénieur responsable, insiste sur le fait que le logipôle conservera sa vocation « sanitaire » avec toutes les contraintes que cela impose (régimes sans sel, sans graisse, sans sucre, hachés, mixés, etc.) et le savoir-faire que cela sous-tend.

À l'hôpital La Musse

Douze salariés sont restés travailler à l'hôpital La Musse, renforcés de quelques salariés en contrat d'aide à l'emploi. Leur mission : réceptionner chaque jour les livraisons venant de l'UCPA pour préparer les plateaux, gérer le self du personnel, entretenir les locaux, s'acquitter du nettoyage des chariots, plateaux et vaisselle, et passer les commandes. Après le départ de la production sur le site de Cambolle, d'importants travaux ont été effectués dans les cuisines de l'hôpital : changements des fenêtres, du carrelage, des faïences murales, création de faux-plafonds, rénovation des quatre chambres froides ou création d'un espace spécifique de nettoyage des chariots, ceci pour répondre aux normes sanitaires.

Administrateur

C'est une salariée de l'hôpital La Musse qui a été nommée administrateur du GCS, début avril : Claude Gest, responsable des services économiques et logistiques. Elle assure la convocation et la présidence des assemblées générales, le vote et l'exécution des décisions budgétaires, la supervision de la gestion courante du groupement, la préparation et l'élaboration des protocoles de fonctionnement ainsi que la représentation de la structure à l'extérieur. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Unité cognitivo-comportementale et accueil de jour Alzheimer

Créées en septembre 2003, les activités de gériatrie n'ont cessé de progresser à Villiers Saint Denis et renforcent, en ce début d'année, leur positionnement dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, avec l'ouverture d'une unité cognitivo-comportementale et d'un accueil de jour Alzheimer. Le pôle gériatrique dispose de 65 lits dont 24 lits de soins de suite polyvalents (Dr Aline Sénégas Rouvière, chef de service, gériatre) et 23 lits de soins de suite à orientation cardiologique (Dr Mohamed Boukarai, chef de service, cardiologue).

Ouverture d'une seconde UCC

L'hôpital La Musse (27) ouvrira également au deuxième trimestre 2011 une UCC de 12 lits au sein de son pôle soins de suite polyvalents gériatriques.

Unité cognitivo-comportementale (UCC)

La consultation mémoire est la pierre angulaire du dispositif avec plus de 500 consultations par an, une file active de 380 patients et 150 nouveaux cas diagnostiqués, pour l'année 2010.

Installée dans de nouveaux locaux parfaitement adaptés, l'UCC (structure sanitaire) est dotée d'une capacité de 15 à 18 lits déclinés en 5 chambres doubles et 5 chambres seules, dont 2 sont dédoublables, comprenant deux couloirs de déambulation, une salle de repas et d'animation, des espaces vitrés privilégiant la lumière, des couleurs apaisantes et lumineuses, une salle Snoezelen (espace permettant de faciliter la communication des patients alliant relaxation et stimulation sensorielle [voir encadré]) et la sécurisation des issues.

Une équipe soignante renforcée par des infirmières et aides-soignantes formées à la prise en charge de la démence, un ergothérapeute, un psychomotricien, et coordonnée par un médecin gériatre diplômé en Alzheimerologie, interviendra dans cette nouvelle unité dédiée à la prise en charge des troubles psycho-

comportementaux (agitation, agressivité, déambulation, apathie, dépression, troubles psychotiques).

C'est également au sein de cette unité que se situent le lit de filière gériatrique qui permettra de répondre aux demandes d'admissions directes des médecins généralistes et coordonnateurs des Ehpad du secteur ainsi qu'un lit d'accueil de nuit.

L'UCC sera opérationnelle en mars 2011 et s'articulera avec les 10 places de l'accueil de jour Alzheimer.

Accueil de jour Alzheimer

Au sein d'un bâtiment neuf dont les travaux sont actuellement terminés, l'accueil de jour Alzheimer, structure médico-sociale autonome, comprend deux ateliers de stimulation cognitive, une cuisine thérapeutique, une salle d'animation et d'activité, un salon détente, un jardin d'hiver, une terrasse extérieure et un couloir de déambulation. Cette structure se positionne à la fois sur le volet thérapeutique non médicamenteux pour les malades au stade modéré ou modéré sévère et sur le volet du répit dans le cadre de l'aide aux aidants pour les malades au stade sévère.

L'équipe de l'UCC et de l'accueil de jour Alzheimer





On doit la réalisation de l'UCC
et de l'accueil de jour Alzheimer à l'atelier PAC, Paris

Le lit d'accueil de nuit permettra d'évaluer les troubles du comportement à prédominance nocturne, mais aussi de soulager les aidants familiaux.

D'ores et déjà, 40 visites de préadmission ont été réalisées par l'équipe pluridisciplinaire (infirmière, psychologue, ergothérapeute, assistante sociale, gériatre, secrétaire médicale) afin de constituer des groupes de prise en charge homogènes selon les différents stades évolutifs de la maladie d'Alzheimer, ce pour préparer l'ouverture attendue de ce nouvel établissement dans des conditions optimales.

L'ensemble du dispositif associant consultation mémoire, UCC et accueil de jour, montre l'implication de notre établissement dans la prise en charge aux plans local, départemental et même régional, des malades atteints de la maladie d'Alzheimer.

Équipe UCC et accueil de jour Alzheimer
Hôpital Villiers Saint Denis

Salle Snoezelen : un espace de relaxation et de stimulation multisensorielle

Snoezelen est un néologisme néerlandais résultant de la contraction de deux mots « snuffelen » pour renifler et « doezelen » pour somnoler.

Le concept Snoezelen est une méthode de prise en charge basée sur des moments d'apaisement et de stimulation en mettant en avant l'éveil des sensations physiques.

Les salles Snoezelen sont donc utilisées pour des personnes ayant un handicap mental comme les malades Alzheimer par exemple. Elles favorisent des stimulations sensorielles confortables et rassurantes des cinq sens par la musique, les jeux de lumière, la vibration, les sensations tactiles et olfactives. Des techniques variées comme l'aromathérapie, les dalles tactiles, des colonnes à bulles, la musique et parfois même le massage y sont proposées. L'ambiance sonore et les effets lumineux invitent à la détente mentale.

Cette méthode:

- n'a rien de thérapeutique, mais on observe en particulier chez les malades Alzheimer une baisse des comportements agressifs et des angoisses; le but de la salle Snoezelen est de procurer un plaisir sensoriel et ces lieux ont révélé des réactions inattendues; certains malades Alzheimer ont retrouvé pendant quelques instants la parole pour chanter ou raconter;
- s'inscrit dans une démarche d'amélioration de l'accompagnement de ces personnes âgées qui ne sont parfois plus capables de s'exprimer verbalement, mais avec qui il devient possible de rétablir un lien par le biais des émotions.

Il n'y a pas de « cadre », le patient a le droit de faire ce qu'il lui plaît et le soignant formé à cette méthode l'accompagne en proposant des activités spécifiques dans un environnement adapté.

Développé initialement pour l'accompagnement de maladies comportementales (autisme par exemple), le concept voit aujourd'hui le champ de ses applications s'élargir auprès des personnes âgées dépendantes atteintes ou non de maladies neuro-dégénératives. Ce sera le cas pour la salle Snoezelen de l'hôpital Villiers Saint Denis, destinée à la fois aux patients hospitalisés dans l'UCC et aux résidents de l'accueil de jour.

La salle Snoezelen sera réalisée grâce aux soutiens financiers de la Caisse d'Épargne de Picardie, de Dalkia et du Rotary club de Château-Thierry.

Circuit du médicament Impact en termes de sécurité en milieu hospitalier

L'hôpital Villiers Saint Denis s'est engagé depuis décembre 2006 vis-à-vis de l'agence régionale de santé (ARS) et de la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), mais surtout vis-à-vis de ses patients, dans une démarche continue d'optimisation de la sécurisation du circuit du médicament et des prestations pharmaceutiques. En acceptant le contrat de bon usage du médicament, des produits et des prestations pharmaceutiques (CBUMPP), les équipes médicales, soignantes et pharmaceutiques travaillent main dans la main dans le respect des autorisations de mise sur le marché des médicaments (AMM), référentiels et autres pratiques pluridisciplinaires. Quelques exemples concrets pour étayer le propos...

CBUMPP et informatisation du circuit du médicament

Le circuit du médicament en milieu hospitalier est complexe et fait intervenir de nombreux acteurs à différents niveaux, chacun avec un profil de compétences particulier.

À chacune de ces étapes, une erreur humaine est possible.

Le but est de limiter au maximum ces erreurs dites « évitables ».

C'est tout l'enjeu de l'informatisation totale du circuit, depuis sa phase de prescription validée médicalement, identifiable et tracée (avec toutes les aides disponibles qui peuvent être apportées en ligne au médecin), en passant par sa phase d'analyse et de validation pharmaceutiques (tracée également), puis de

dispensation pour aboutir à la phase ultime d'administration au patient, avec validation de celle-ci par l'infirmière (et ajout de mentions complémentaires le cas échéant, comme par exemple le refus d'une prise par le patient lui-même et la justification de ce refus).

À tout moment, le traitement en cours, l'historique médicamenteux, la traçabilité de l'administration et les opinions pharmaceutiques sont à disposition, horodatés et validés : en résumé, on sait quel médecin a prescrit quoi, à quel patient, à quel moment, quel pharmacien a validé la prescription, quel préparateur en pharmacie a procédé à la dispensation (globale ou nominative), quel infirmier a administré le produit et à quel patient, pour quelle raison un patient a pu refuser la prise d'un médicament prescrit.

Un formidable outil d'aide à l'amélioration de la sécurisation de ce circuit

Notre établissement a choisi de réaliser son propre logiciel de gestion du circuit du médicament, en partant directement du dossier médical commun et en permettant l'accès direct, sans être obligé de quitter l'application, à toutes les interfaces en lien avec la prescription : paramètres administratifs purs (identité patient récupérée de façon sécurisée), paramètres physiologiques et physiopathologiques, terrain (dont les allergies si importantes à connaître avant de prescrire un médicament), résultats biologiques, imagerie, courriers correspondant à un séjour précédent, autres informations utiles dans ce contexte. Après une phase de réflexion partagée et de paramétrage en amont, l'outil est prêt à être testé sur un site pilote pendant un mois afin de définir les toutes dernières améliorations à apporter.

La mise en place sur l'ensemble des lits de l'établissement se fera ensuite progressivement, sur une fréquence optimale à définir pour chaque unité de soins en fonction de son activité type et de ses contraintes spécifiques.

CBUMPP et respect des AMM, référentiels, centres de référence

Par ce contrat, nos prescripteurs s'engagent un peu plus encore à prescrire dans le respect des indications de l'AMM de chaque médicament, ces indications étant celles qui ont été testées dans le cadre d'études portant sur de nombreux patients et réalisées en amont de la demande d'AMM.

C'est un gage de sécurité pour le patient que de respecter les critères établis par le biais de ces études qui définissent notamment la posologie optimale, le schéma de prise, le respect d'un intervalle libre adapté (par exemple augmenté en cas d'altération de la fonction rénale) et la durée totale de traitement. Dans certains cas, la prise en charge médicamenteuse peut nécessiter l'intervention d'équipes pluridisciplinaires (par exemple, suivi d'un patient dans le cadre d'un traitement médical anticancéreux et réunion de concertation pluridisciplinaire), l'application de référentiels émis par la Haute Autorité de santé (HAS), l'Institut national du cancer (Inca) ou de recommandations élaborées par certaines sociétés savantes en plus du respect de l'AMM du produit. Ici aussi, c'est une garantie pour le patient de bénéficier des thérapeutiques médicamenteuses les plus adaptées à sa pathologie.

Un dernier exemple, celui des médicaments orphelins : pour certaines pathologies très rares, nous disposons de médicaments spécifiques, coûteux,

sation

appelés médicaments « orphelins » et soumis à la prescription d'un spécialiste. Le CBUMPP impose l'instauration de ce type de traitement par un médecin rattaché à un centre national de référence, en complément de sa qualification dans le type de pathologie.

Pour la plupart de ces maladies, il est possible de cibler un centre de référence par région, mais il n'existe parfois qu'un seul centre de référence en France pour une pathologie donnée et parmi tous les centres de références du territoire, certains sont labellisés et d'autres non : c'est dire le degré de qualification et de compétence de ces médecins spécialistes.

Même si en tant qu'établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR), nous accueillons des patients susceptibles de bénéficier de ce type de médicaments au titre d'un renouvellement plutôt que d'une instauration, nous vérifions systématiquement si la première prescription émane d'un centre de référence et transmettons tous les trimestres ce type d'informations à l'observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (Omedit) de Picardie.

CBUMPP et tarification à l'activité (T2A)

C'est l'un des points essentiels développé dans le contrat de bon usage avec la sécurisation du circuit hospitalier du médicament.

À ce jour, seuls les établissements sanitaires de court séjour fonctionnent en T2A, les établissements SSR comme le nôtre étant en attente de l'application de ce mode de tarification prévue à ce jour pour 2012.

Depuis déjà deux ans, l'hôpital Villiers Saint Denis participe en tant qu'établisse-

ment pilote au recueil des données dans le cadre de l'échelle nationale des coûts en SSR.

Sur le plan pharmaceutique, il s'agit de suivre au plus près à la fois les consommations et les indications en rapport avec les produits concernés (listes définies) tout en justifiant leur bon usage, au regard, là encore, des AMM (groupe 1), des référentiels validés (groupe 2 : HAS, Inca notamment) ou des recommandations établies par les sociétés savantes dans le cadre de publications nationales ou internationales (groupe 3).

Dans ce cadre, la pharmacie à usage intérieur de l'établissement s'est dotée d'un dispositif rigoureux de suivi des consommations, par unité de soins et par patient, des médicaments et dispositifs médicaux concernés (liste T2A déjà appliquée en MCO, liste T2A provisoire pour le SSR [produits traceurs], liste des médicaments onéreux ne figurant pas encore sur l'une ou l'autre de ces deux listes).

Les pharmaciens procèdent également au recueil systématique, par prescripteur, d'une fiche de bon usage spécifiant les modalités de prescription et précisant l'indication pour chacun des produits concernés.

Notre logiciel d'informatisation du circuit du médicament a d'ores et déjà intégré cette fonctionnalité, le prescripteur étant tenu de sélectionner l'indication proposée par l'outil en regard du médicament « T2A » prescrit.

Un champ en texte libre lui permet en outre d'argumenter pour le cas où l'indication retenue ferait partie du troisième groupe (recommandation[s] établie[s] par les sociétés savantes).

En conclusion, le CBUMPP constitue un dispositif de suivi économique, mais représente également un outil de



contrôle de la qualité du circuit du médicament au sein d'un établissement de soins.

À ce titre, des moyens humains, techniques et financiers doivent être dégagés pour permettre à chaque intervenant de cette chaîne de responsabilités d'exercer ses fonctions, en intégrant les objectifs définis dans le CBUMPP à sa pratique quotidienne.

Christine Lartzien
Hôpital Villiers Saint Denis

Pr Christine Lartzien,
responsable
de la pharmacie
de l'hôpital
Villiers Saint Denis

En savoir plus

Le décret n° 2005-1023 du 24 août 2005, complété par la circulaire du 31 octobre 2008, précise l'économie générale du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations prévus à l'article L. 166-26-22.6 du code de la sécurité sociale.

Les actions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés au contrat ainsi que l'organisation du cadre de l'évaluation des engagements souscrits y sont aussi précisées.

Un dispositif financier incitatif garantit la mise en œuvre effective par les établissements de santé des engagements souscrits.

En contrepartie du respect de ces engagements souscrits, un taux de remboursement de 100 % de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie est assuré aux établissements de santé. En cas de non-respect, le taux de remboursement peut être réduit.

Soins de suite et de réadaptation

Le point sur la construction des coûts à méthodologie

Faire un puzzle nécessite de la patience et du temps et constitue habituellement une activité ludique. La réforme du champ soins de suite et de réadaptation (SSR) se présente comme un grand puzzle dont chaque pièce s'articule avec les autres et dont le seul manque nuirait à l'ensemble.

Les principales pièces sont :

- le modèle des indicateurs de valorisation de l'activité (IVA) SSR (versant quantitatif) avec la tarification à l'activité (T2A) et l'échelle nationale des coûts à méthodologie commune (ENCc);
- les nouvelles autorisations d'activités SSR;
- la certification par la Haute Autorité de santé (HAS - versant qualitatif);
- la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST).

Pour le décideur, ce puzzle n'est pas un jeu. Il a en effet besoin d'être le plus prospectif possible et de savoir où se situe son établissement dans l'environnement territorial, régional, voire national. Et pour ce faire, la connaissance quasi extemporanée des données des études en cours lui est indispensable. Or ces études, auxquelles les établissements de La Renaissance Sanitaire participent activement, sont justement en cours et mobilisent des ressources humaines, matérielles et de temps passés importantes sans, pour l'instant, de retour d'informations.

Horizon 2012 certes, mais d'ores et déjà application de modulation budgétaire sur le terrain, sans visibilité nette du futur immédiat, sinon proche.

Le nerf de la guerre ou le pourquoi

Le PMSI n'a jamais vraiment caché sa finalité médico-économique et les yeux des

médecins des départements d'information médicale (DIM) – et des autres acteurs – se sont décillés depuis longtemps.

Le passage du modèle des groupes homogènes de journées (GHJ) à celui des groupes de morbidité dominante (GMD) en 2009 nécessite de construire une nouvelle ENC afin de corrélérer la classification et la valorisation en points IVA. Nous ne reviendrons pas ici sur les aspects techniques, largement développés dans des articles antérieurs (cf. *Regards* n° 8 de décembre 2008 et n° 9 de juillet 2009), pour nous attacher à l'ENCc et à son contexte.

La première ENC a été mise en place en 2000 et 2001 et a été appliquée jusqu'en 2008, date de la transformation des matrices PMSI SSR, passant des GHJ aux GMD et aux points IVA rattachés au modèle (dit de transition) de financement à l'activité SSR. Selon les recommandations du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, les objectifs de l'ENCc SSR sont de deux ordres :

- disposer d'instruments de connaissance des coûts pour une évolution de la classification du PMSI SSR et guider la définition des tarifs;
- produire des référentiels nationaux de coûts selon un niveau de détail utile aux établissements pour leur gestion interne.

Les acteurs de l'étude sont la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos), l'Agence technique de l'information hospitalière (Atih) et les fédérations qui ont proposé les établissements volontaires aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH - transformées depuis en agences régionales de santé [ARS]) pour sélection préalable. Une charte qualité a été signée avec l'Atih.

Un calendrier a été planifié :

- 2008 : définition, méthodologie de recueil, échantillonnage et sélection

des établissements, puis formation ;

- 2009 : conception des outils informatiques et accompagnement des établissements;
- 2010 : recueil des données, retraitements comptables, constitution des fichiers de données dans les établissements et validation ;
- 2011 : analyse des données et publication de la nouvelle ENCc SSR, construction de la nouvelle classification, simulations et expérimentations du modèle cible, application et montée en charge ;
- 2012 : finalisation.

Nos établissements se sont portés volontaires et ont été retenus pour participer à cette nouvelle étude. Répondant en effet aux critères de sélection (comptabilité analytique, données administratives et médicales au séjour, démarche pluridisciplinaire), mais présentant aussi un volume important (800 lits SSR) et une diversité étendue des spécialités médicales, les hôpitaux Villiers Saint Denis et La Musse font, une fois de plus, preuve de leur esprit participatif à l'œuvre collective.

L'échantillon national 2009 comprenait 43 établissements (29 ex-dotation globale et 14 ex-objectif quantifié national [OQN]); un délitement a été constaté et certains établissements, soit se sont retirés d'eux-mêmes, soit ont été exclus, ne répondant plus, à l'usage, aux critères de fonctionnement de l'étude. De ce fait, un nouvel appel à candidatures a été lancé pour compléter et augmenter l'échantillon initial en 2010. Pour 2010, l'échantillon est de 62 établissements (37 ex-dotation globale et 25 ex-OQN).

L'implication des établissements ou le comment

Sur le terrain, une organisation lourde a été mise en place, car là aussi il s'agit d'un

de l'échelle nationale commune

puzzle. En effet, nos établissements participent également aux études sur les plateaux techniques spécialisés et sur la classification en GMD. L'implication est du type « tout ou rien ». Chaque pièce du puzzle doit être ciselée et cela nécessite des compétences et du temps. Une vision d'ensemble du nouveau dispositif est indispensable tant les conséquences sont lourdes en cas de fourvoiement. Les recueils nécessaires à l'ENCc sont divers et variés et il a fallu dans un premier temps procéder au découpage fin et précis des unités médicales pour les faire coïncider avec les sections d'analyse cliniques.

Il a fallu aussi se former (mars 2010) au renseignement des données comptables et administratives sur le logiciel Arcanh (Applicatif pour la réalisation de la comptabilité analytique hospitalière), ainsi qu'à celui des données par séjour sur le logiciel Aramis (Applicatif pour le recueil des appareillages médicalisés et l'information au séjour).

Sans entrer dans de fastidieux détails techniques, nous dirons simplement que la démarche rassemble un nombre important d'intervenants : contrôle de gestion, facturation, entrées, DIM, pharmacie, systèmes d'information, ressources humaines, etc., et que des équipes ont donc été constituées avec définition des rôles.

Deux validations des données exportées au pôle ENC de l'Atih ont eu lieu le 15 juin 2010, puis le 15 septembre 2010. Le superviseur nommé par l'Atih a analysé les résultats des hôpitaux Villiers Saint Denis et La Musse, ayant « *considéré que ceux-ci présentent des données médicales et comptables dont le niveau de qualité permet l'intégration à la base ENCC SSR 2009* ». La notification de reconduction de nos établissements dans l'échantillon ENCC SSR 2010 est attendue.

Mais la vie continue pendant ce temps-là

Participer certes, et nous sommes volontaires.

Recueillir des données en quantité et en qualité et les transmettre dans les délais, certes, et nous sommes toujours volontaires.

Mais la vie continue, le modèle IVA, dit transitoire, s'applique cependant, et hormis la lecture toujours instructive des tableaux de mesure de l'activité hospitalière (Mahos) 2009 (en particulier), il est difficile d'apprécier l'impact de la T2A sur les budgets futurs.

Si nous pouvons parfaitement comprendre les difficultés rencontrées aux divers niveaux institutionnels pour adapter le nouveau système, il n'en demeure pas moins que le décideur doit lui aussi pouvoir prévoir et définir ses orientations stratégiques de son propre établissement. Partant du principe que l'enveloppe financière est fermée *in fine*, comment connaître par exemple, dans le cadre d'un territoire, d'une région, le devenir des établissements voisins en fonction du développement ou de la réduction éventuels de leur activité ?

La déclinaison se fait également en interne et les mêmes causes engendrant les mêmes effets, l'absence d'information devient là aussi un handicap pour le décideur : estimation fine et calcul le plus précis possible de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), budgets déconcentrés par pôle, type d'activité à développer, à réduire, voire à supprimer...

Transparence n'est pas synonyme d'espionnage, ni de paranoïa. Il s'agit de cohérence, et de participation, nous dirons simplement de logique de comportement. ■

Jérôme Talmud
La Renaissance Sanitaire



Dr Jérôme Talmud

Médecin responsable du département d'information médicale (DIM) des hôpitaux de La Renaissance Sanitaire (hôpitaux La Musse et Villiers Saint Denis), le Dr Jérôme Talmud a été désigné le 22 octobre 2007 responsable de la commission « soins de suite et de réadaptation » (SSR) lors de la mise en place du nouveau comité technique régional de l'information médicale de Picardie (instance de l'agence régionale d'hospitalisation [ARH] devenue agence régionale de santé [ARS] en juillet 2009).

Il a par ailleurs été désigné en 2008 par le directeur de l'ARH de Haute-normandie médecin référent SSR pour la région, s'agissant de la mise en œuvre de la tarification à l'activité en SSR.

Il représente la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (Fehap) en tant qu'expert auprès du comité technique SSR de l'Atih (mis en place le 21 janvier 2011 et qui traite des compartiments du modèle cible de la T2A SSR).

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

L'évolution du plateau technique de MPR

L'hôpital Villiers Saint Denis, l'un des plus grands centres français de rééducation-réadaptation au vu du nombre de lits (417) avec l'hôpital La Musse, est organisé en trois pôles : le pôle vasculaire diabétologie, appareillage (VDA), le pôle gériatrie, pneumologie, cardiologie (GPC) et le pôle médecine physique et réadaptation (MPR) dont le plateau technique vient d'être rénové.

Chaque pôle a des rééducateurs de différentes origines professionnelles : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, éducateur physique et sportif adapté (EPSA), psychomotricien et éducateur sportif « handicapés physiques ».

La rééducation-réadaptation représente l'activité principale. Aussi, la direction de l'hôpital s'est toujours assurée de l'évolution permanente des locaux de rééducation et de ses annexes.

Après avoir fait évoluer les salles du pôle VDA et du pôle GPC, inauguré le centre d'appareillage et la toute nouvelle piscine fin 2006, l'effort s'est porté, conjointement aux travaux de désenfumage, sur le pôle MPR et tout particulièrement sur l'ensemble de rééducation-réadaptation afin de réunir l'ensemble des rééducateurs du pôle, dans des nouvelles structures, encore mieux adaptées.

Un nouvel espace dédié à la médecine physique et réadaptation

L'établissement a tout d'abord réinvesti le site de l'ancienne piscine qui a été démolie et remplacée par une structure qui est divisée en deux parties :

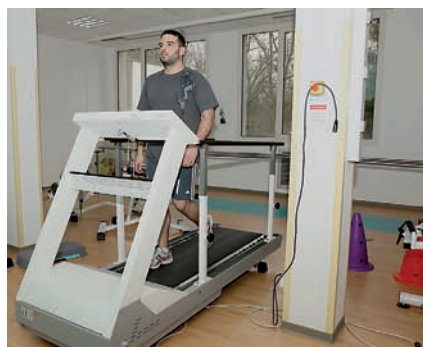
- le gymnase qui a ouvert ses portes début janvier 2011 avec l'arrivée d'un EPS-A du pôle GPC et le matériel adapté ; l'éducateur sportif « handicapés physiques » va pouvoir, en outre, ouvrir les stages sportifs aux patients du pôle MPR, en fonction de leur handicap ;
- un espace avec un polygone de marche suspendu pouvant accepter tout patient, même les personnes en surpoids, des appareils de musculation, des vélos d'entraînement et des appareils de renforcement musculaire reliés à des ordinateurs. Dans cet espace, se trouve la salle dédiée aux appareils d'isocinétisme, ultra-modernes, asservis par ordinateur qui aident à la fois la recherche diagnostique et la rééducation. Ces appareils sont autant utiles pour les problèmes de dos (restauration fonctionnelle du rachis - RFR), que pour les problèmes de membres (genoux, épaules...). Courant janvier 2011, des rééducateurs sont allés à l'hôpital La Musse (qui possède des appareils identiques) pour obtenir des renseignements très utiles sur les protocoles employés. Ils ont pu commencer à prendre des patients en charge dès la fin janvier 2011.

À l'étage, où se trouvent les salles de rééducation des kinésithérapeutes, l'établissement a profité que le personnel ait dû déménager avec son matériel, lors de la pose de gaines de désenfumages, pour en réhabiliter le sol et les murs.

À côté, le couloir de l'ancien service et des chambres ont été transformés :

- salles d'ergothérapie complètes avec salles de petit appareillage, de bilan, un bureau et une grande salle de rééducation pouvant être partagée en deux ;
- deux salles pour l'orthophonie, complètement insonorisées vers l'extérieur





où les orthophonistes peuvent prendre en charge leurs patients, en individuel et même en collectif ;

- trois dernières pièces occupées par les kinésithérapeutes : deux sont dédiées aux appareils de mobilisation (genoux...), et une dernière salle vient compléter les salles de neurologie déjà existantes.

À l'autre extrémité du service, un appartement thérapeutique a été créé à la place des bureaux d'hospitalisation de jour qui occupent désormais une partie plus centrale.

Dans cet appartement, les ergothérapeutes peuvent faire exécuter, comme auparavant mais dans des locaux particulièrement améliorés, les cuisines thérapeutiques par les patients, voire y laisser, en autonomie, un patient pour une nuit ou plusieurs jours, afin de le « tester » en vue de sa sortie.

À la pointe de nouvelles techniques et pratiques de rééducation

L'hôpital possède là un bel ensemble, dédié au pôle MPR, aux couleurs chatoyantes et agréables, où tout est réuni pour la rééducation.

Cette description, somme toute sommaire et très technique, n'est que l'introduction aux futurs articles que nous ne manquerons pas de faire, pour vous parler de ces sujets, à la pointe des techniques de rééducation (isocinétisme, RFR...), des nouvelles pratiques que nous avons développées dans ce pôle (éducation physique et sportive...) et des pratiques, plus classiques, que nous mettons en œuvre chaque jour (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie...) pour le bien des patients, nous en sommes persuadés. ■

Frédéric Lamandé
Hôpital Villiers Saint Denis



Aménagement de l'hôpital La Musse

Le plateau d'obstacles opér

Dernière étape d'un projet d'aménagement du parc de l'hôpital La Musse (après les parcours de marche et le jardin thématique), un plateau d'obstacles a été créé en aplomb du pôle de médecine physique et de réadaptation (MPR). L'établissement dispose désormais d'un espace accessible rassemblant l'ensemble des obstacles susceptibles d'être rencontrés dans la vie quotidienne.

Le plateau d'obstacles constitue la dernière étape d'un projet médical commun visant également à optimiser le cadre exceptionnel du parc de l'hôpital. Il permet de proposer à tous nos patients des outils supplémentaires originaux et performants, qui tous

concourent à l'amélioration de leur santé et à la préparation de l'après-hospitalisation.

Près de la moitié des patients potentiellement concernés

Le plateau est proche des lieux d'hospitalisation, situé dans un environnement protégé, facilement accessible, sécurisé et attractif. L'utilisation et les bénéfices de ce nouvel outil sont multiples et concernent les patients des trois pôles de l'hôpital La Musse.

- Au pôle MPR, amputés, brûlés, patients hospitalisés en neurologie souffrent de pathologies lourdes qui limitent leur autonomie. Dès que possible, un projet de vie est défini qui, pour être validé, nécessite des mises en situations écologiques comme le passage sur un plateau d'obstacles.

- Au pôle soins de suite spécialisés (SSS), les patients atteints de maladies cardiaques, vasculaires, pneumologiques, ou hospitalisés en nutrition des pathologies liées à l'organe et aux addictions, utilisent déjà les parcours de marche qu'ils empruntent très régulièrement. Il leur manquait des obstacles pour affiner l'évaluation et l'apprentissage.

- Au pôle soins de suite polyvalents et gériatriques (SSPG), les personnes âgées sont partiellement ou totalement dépendantes. Elles ont une mobilité réduite et présentent souvent des troubles cognitifs en rapport avec des démences de type Alzheimer ou apparentées. Elles utilisent déjà, avec l'équipe soignante ou l'animatrice, le jardin thématique installé près de leur pavillon. À leur sortie, lorsqu'elle est envisageable, les patients doivent pouvoir aborder sereinement les obstacles de leur vie quotidienne dans de bonnes conditions de sécurité, à vérifier à l'aide du plateau d'obstacle.

La prise en charge multidisciplinaire, qui sous-tend le travail des équipes soignantes de l'hôpital La Musse, prend ici tout son sens lorsque les soignants œuvrent pour rendre aux patients le maximum d'autonomie et préparer la sortie. Les soignants ont des objectifs communs, mais des sensibilités différentes : kinésithérapeutes bien sûr, mais aussi ergothérapeutes, psychomotriciens, moniteurs de sports, avec l'aide des médecins, soignants, brancardiers, utilisent le plateau.

Endurance, aptitude, formation, prévention...

Conçue par un groupe pluridisciplinaire (voir encadré), la plate-forme permet d'évaluer, en situation réelle, les capacités de déambulation et de franchisse-



e ationnel

ment d'obstacles d'une personne, avec ou sans aide à la marche, avec un fauteuil roulant manuel ou électrique. Elle permet également de proposer des exercices favorisant l'endurance, de redonner de l'assurance ou de l'autonomie. Elle permet enfin de vérifier les capacités d'un patient amputé « en situation » ou l'aptitude d'un patient amputé en transfémoral (au-dessus du genou) à bénéficier d'un genou hybride, une prothèse de nouvelle génération pour laquelle l'hôpital La Musse est agréé depuis quelques mois.

D'autres utilisations peuvent également être envisagées comme des actions de prévention pédagogiques (conseils aux collègues, stagiaires...), démonstration de matériels nouveaux, support lors de certaines formations (« prévention des risques liés à l'activité physique » notamment), sans oublier le renforcement de l'image positive, professionnelle et innovante de l'hôpital La Musse dans notre région.

Sur prescription médicale

Cet espace bétonné de douze mètres par douze reproduit un grand nombre d'obstacles à la déambulation : une plateforme horizontale imposant un franchissement de dix centimètres, puis une autre dix centimètres plus haut, des rampes d'inclinaisons variées, un slalom de cinq poteaux, un trottoir, des espaces sablés, gravillonnés, stabilisés, pavés, etc. L'utilisation du plateau se fera toujours avec un thérapeute (kinésithérapeute, ergothérapeute, moniteur de sport, psychomotricienne...) et sur prescription médicale délivrée par l'un des médecins de l'hôpital.

Cette réalisation a coûté plus de 14 000 euros, réunis grâce à des financeurs privés et institutionnels et l'aide logistique des services techniques de l'hôpital La Musse.

Yves Prudent
Hôpital La Musse



Comité de pilotage

Un comité de pilotage, composé de Victor Liviot (médecin MPR, chef de pôle), Marie-Félix Adèle (chef kinésithérapeute), Corinne Denis (kinésithérapeute), nelly Poulain (cadre supérieur de santé), Yves Prudent (chef ergothérapeute), Gilles Le Diberder et Marie-Claude Pannetier (ergothérapeutes), Florence Haguet (responsable des services techniques) et Laurent Lebon (gestionnaire), a élaboré le cahier des charges définitif et précisé les objectifs communs, trouvé des sponsors pour le financement de la réalisation, accompagné les travaux.

Le groupe garantit le bon fonctionnement de la structure, assurera l'évaluation de l'outil et proposera des perspectives d'évolution.

Barbara Pawluk,
kinésithérapeute,
et Yves Prudent
prenant en charge
une patiente

Ce qu'ils en pensent

- « À terme, d'autres obstacles pourront être envisagés, comme les portillons de magasin (tourniquet), les piquets antistationnement de 40 centimètres ou de un mètre de hauteur qui constituent un risque de chutes, les feux tricolores mal positionnés, des marches trop longues ou trop hautes », Didier Chauvin, médecin gériatre, chef du pôle SSPG.
- « Le plateau d'obstacles pourra nous permettre de réaliser certains de nos objectifs, communs aux trois pôles, comme l'évaluation, mais aussi la rééducation à la marche, la rééducation de l'équilibre, la réadaptation cardio-vasculaire ou l'apprentissage de l'utilisation d'un fauteuil roulant manuel ou électrique avec franchissements d'obstacles », Corinne Denis et Vincent Bonvoisin, kinésithérapeutes.
- « nous évaluons un environnement qui peut être favorable quand il est adapté (bateaux pour les trottoirs, pentes raisonnables de moins de 5 %, grilles avec interstices compatibles avec l'usage d'une canne), mais aussi ce qui peut être défavorable dès que le handicap est important. nous ne pouvons guère modifier cet environnement, mais nous assurer que nos patients le maîtrisent avant leur sortie », Marie-Claude Pannetier, Gilles Le Diberder et Yves Prudent, ergothérapeutes.
- « Le plateau d'obstacles permettra d'enrichir le vécu corporel du patient en lui proposant un cadre de travail différent avec des éléments qui lui permettent de découvrir des sensations nouvelles, de travailler sur l'orientation et l'organisation spatiale ou de servir de support de jeux imaginaires basés sur des expériences antérieures », Audrey Gomez, psychomotricienne.

Médecine physique et de réadaptation

Prise en charge pluridisciplinaire des amputés des membres

« Rééducation, appareillage et réadaptation des patients amputés de membres inférieurs », tel était le thème de la quatrième édition des Journées de printemps... fin avril à l'hôpital La Musse, dans les locaux du pôle médecine physique et de réadaptation.

La prise en charge de rééducation et de réadaptation a pour objet de fournir au patient un appareillage conforme à ses besoins et à ses possibilités, et à lui donner les moyens de l'utiliser. Elle ne se conçoit qu'au sein d'une équipe pluridisciplinaire, en mesure d'administrer les soins médicaux nécessaires, mais aussi d'évaluer les répercussions sociales, environnementales, cognitives du handicap. On peut estimer à dix mille par an le nombre d'amputations majeures des membres inférieurs liées à une pathologie vasculaire, et à cinquante mille le nombre de patients vivant avec une amputation en France. Il en découle que tout praticien se trouve confronté à cette pathologie un jour ou l'autre. Interlocuteur privilégié du patient, le médecin traitant se doit d'acquiescer une bonne connaissance des principes de l'appareillage, des soins à dispenser aux moignons des artéritiques (voir encadré)

et de l'éducation thérapeutique des malades artériopathiques, afin de permettre la préservation des bénéfices fonctionnels d'un appareillage ou de surveiller les résultats d'une revascularisation, voire de dépister les épisodes d'aggravation qui peuvent compromettre la survie de l'amputé.

L'amputation, lorsqu'elle est rendue nécessaire par l'échec de la chirurgie de revascularisation, survient de plus en plus tard dans le cours de la maladie. La grande majorité de ces malades a plus de 70 ans, exception faite de quelques patients souffrant d'artérite inflammatoire ou de diabète particulièrement sévère. Ces patients âgés et fatigués ne tirent pas toujours le bénéfice escompté de l'appareillage. Leur séjour en rééducation est fréquemment émaillé de complications, liées aux multiples affections dont ils souffrent.

D'avantage encore qu'autrefois, l'amputation est vécue comme un échec par le chirurgien, le malade et son entourage. Sentiment renforcé par la cruauté des statistiques : la moitié des patients amputés seront réamputés du même côté ou du côté opposé dans les deux ans, un quart décèdent dans les cinq ans.

Dans ces conditions, on pourrait presque se résigner (et c'est malheureusement ce que font certains patients) à

une perte définitive d'autonomie, installer le malade dans un fauteuil roulant, prescrire quelques aides à domicile et se désintéresser de la question...

Cependant, même s'il est clair que l'on n'obtient pas, au moyen de l'appareillage, les résultats que l'on peut espérer chez un jeune amputé d'origine traumatique (résultats dont les Jeux paralympiques, par exemple, se font abondamment l'écho), il reste que les études montrent qu'il y a bien quelque chose à attendre, en matière de gain d'autonomie, en appareillant un amputé vasculaire. Reste à savoir quelles amputations appareiller (et au-delà, quel type d'amputations recommander au chirurgien lorsqu'il a le choix) et quels appareillages prescrire, en gardant à l'esprit l'intérêt du patient, l'importance d'un retour rapide au domicile, le caractère polypathologique de ces malades qui interdit parfois les efforts nécessaires à la déambulation avec un appareil, etc. Il faut redire combien la prise en charge du patient amputé vasculaire est l'affaire de tous : omnipraticien, personnel d'aide à domicile, famille doivent connaître les erreurs et les pièges à éviter, et les circonstances dans lesquelles il faut avoir recours au spécialiste. Une fois appareillé, le patient n'en demeure pas moins un malade en sursis. Livré à lui-même, il évolue inexorablement vers la décompensation de l'affection causale, la désadaptation de la prothèse, et souvent, la récurrence de l'ischémie irréversible. Encadré par un médecin de famille formé et informé, attentif aux signes de décompensation, aux erreurs diététiques et aux troubles mécaniques, qui saura, en cas d'alerte, solliciter le spécialiste, le patient a les meilleures chances de tirer un bénéfice fonctionnel optimal et durable de son appareillage.

Artérite

L'artérite est une maladie des artères en rapport avec l'athérosclérose qui engendre des anomalies de la paroi des vaisseaux. Lésions et plaques d'athérome rétrécissent le calibre des artères, ralentissent la circulation du sang jusqu'à créer une obstruction partielle ou totale.

On appelle communément artérite, l'artériopathie des membres inférieurs.

Antécédents familiaux liés à l'athérosclérose, troubles de l'assimilation des graisses (excès de cholestérol), des sucres (glycémie élevée), hypertension artérielle, troubles de la viscosité du sang constituent les principales causes. Le tabac est le principal facteur de risque, mais les repas trop riches en calories et en graisse, comme la sédentarité, facilitent également le développement de la maladie.

on inaire inférieurs

Cette journée a permis de montrer et démontrer tout notre savoir-faire en invitant, dans nos locaux, nos interlocuteurs régionaux. Elle a également été l'occasion de réaffirmer notre place dans la filière de soins locale et régionale, en relation étroite avec le service de réadaptation vasculaire du Dr Sylvain Duthois (pôle soins de suite spécialisés de l'hôpital La Musse). Ces collaborations fonctionnent bien et permettent d'assurer des prises en charge lourdes, sur la longueur, de la phase d'ischémie chronique au retour au domicile, en passant par la phase d'appareillage. ■

Dr Victor Liviot
Hôpital La Musse

Démonstration de bandage du moignon
par Corinne Denis, kinésithérapeute

Participants et intervenants à la journée du printemps

Les collègues participant à cette journée de printemps représentaient les structures en amont (chirurgiens du CHU Charles-nicolas de Rouen, équipes des hôpitaux de Lisieux et Elbeuf) et en aval (personnel des maisons de retraite de Pacy-sur-Eure). Ils ont bénéficié d'une visite du plateau technique de l'hôpital La Musse : atelier d'appareillage et plateau de marche, démonstration du bandage du moignon, visite du simulateur de conduite et de l'appartement thérapeutique.

La réussite de la prise en charge d'un amputé généralement polypathologique, arrivant d'un service de chirurgie avec un moignon ouvert jusqu'à sa sortie passe par une prise en charge pluridisciplinaire, comme en ont témoigné les différentes interventions :

- « Amputation : corps imaginé, corps perdu - Les mots pour le dire » par Béatrice Hécart, psychologue ;
- « Préparation à l'appareillage : pansements, bandage du moignon et rééducation », par Corinne Denis, kinésithérapeute ;
- « Appareillage : historique et modalités de prise en charge », par Gilles Pannetier, orthoprothésiste ;
- « Appareillage : objectifs fonctionnels suivant les différents niveaux d'amputations », par le Dr Victor Liviot et Gilles Pannetier, Corinne Denis et Vincent Drouin, représentant de la société Proteor, qui a présenté le genou hybride assisté par ordinateur de dernière génération, particulièrement intéressant pour des patients jeunes et pour la pose duquel l'hôpital La Musse est agréé depuis l'automne dernier (cf. Regards n° 10, décembre 2009) ;
- « Réadaptation et réinsertion de la personne amputée », par Virginie Legeay, assistante sociale et Sylvie Guillemic, ergothérapeute.



Une philosophie dans les activités sportives

L'interface

À l'hôpital Villiers Saint Denis, sur l'initiative de Frédéric Lamandé, rééducateur, brevet d'État d'éducateur sportif « handicapés physiques », nous avons réalisé depuis 1989, pour des patients handicapés, amputés pour la plupart, de nombreux stages sportifs dans onze disciplines différentes, allant de la plus simple à organiser à la plus compliquée : tir, tir à l'arc, hockey en fauteuil roulant, canoë-kayak, multisport, parachutisme, équitation, pratiqués à la journée jusqu'à l'alpinisme, le ski, la plongée sous-marine et le parapente, sur une semaine ; en tout, 139 stages pour 1122 stagiaires, à l'heure actuelle.



Frédéric Lamandé (à droite), chef kinésithérapeute, adaptant le matériel de parapente

Évidemment, hormis certaines pratiques très pointues nécessitant une expérimentation, nous demandons aux stagiaires de pratiquer l'activité sportive absolument seul et non pas en « tandem ».

Ces activités, parfois très prenantes pour les patients, mais toujours extrêmement enrichissantes, sont basées sur une philosophie : l'interface.

L'interface : généralités

Ces activités se font sur la base du sport-loisir, même si, parfois, elles n'en ont que le nom.

En effet, très peu de personnes valides pratiquent un sport de façon « professionnelle ».

Pour pratiquer ces sports-loisirs, nous voulons que le patient n'ait pas à modifier ou à changer sa prothèse de tous les jours.

Ceci apporte une autonomie immédiate et optimale de la personne handicapée et évite d'avoir à mettre, pour tel sport, telle prothèse.

Il ne faut pas, non plus, modifier le matériel de l'activité. Cela permet au patient de pratiquer immédiatement son sport, sans se mettre en danger, du moins, pas plus qu'un pratiquant valide. Si une adaptation est nécessaire, il faut penser à ajouter un élément entre le patient et le matériel de l'activité, c'est-à-dire penser à l'interface.

Cette interface aura toujours, et en priorité, une fonction qui ne bride absolument pas la sécurité du patient.

Le patient aura un niveau de sécurité, pendant la pratique, au moins égal, voire plus important, que celui qu'aurait une personne valide.

L'interface : une réalité

Si aucune adaptation n'est nécessaire, l'interface n'a pas lieu d'être.

Il restera aux stagiaires à s'entraîner dans l'activité (exemple : le tir pour une personne amputée de jambe).

Mais l'interface peut être un objet complexe, créé pour cela, servant de lien entre le patient et le matériel (les skis-assis, bien connus, en sont les prototypes) ou entre le patient et une partie de l'activité. Nous en avons créé ou mis en place plusieurs à l'hôpital Villiers Saint Denis :

- le déclencheur de téléski, pour les personnes désarticulées de hanche, qui n'ont pas de moignon de cuisse, permet de prendre un téléski sans problème. Ce déclencheur est double (validé en navigation). Il permet, si l'on en tire un, de se décrocher, arrivé en haut. Le deuxième peut être déclenché en cas de problèmes et permet de se séparer totalement du téléski ;
- un accrocheur dans le kayak, pour des personnes désarticulées de hanche. N'ayant pas d'accroche d'un côté et donc ne maîtrisant pas le kayak, elles ne peuvent « eskimoter » (se retourner et remonter avec le kayak). Cet accrocheur compense tout cela, permet de faire corps avec l'embarcation et de pouvoir s'extraire beaucoup plus facilement qu'un valide ;
- une barre de pilotage pour le parapente. Elle permet la maîtrise, la conduite et le freinage d'un parapente pour les personnes amputées unilatérales de bras ;
- une sellette de montagne, dans le parapente, pour les personnes désarticulées de hanche, permettant de désolidariser les deux membres inférieurs. Lors des premières expérimentations, nous avons créé un dispositif permettant de plier le genou de la prothèse lors de l'atterrissage. Ce dispositif s'est finalement avéré inutile dans la pratique. Il nous a, au moins, permis de réfléchir.



Stage de ski
à la station
Les Rousses (Jura)

En couverture,
stage de parapente
dans les Vosges

L'interface peut aussi être un objet simple, mais qui permet à certains de pratiquer ou de résoudre des problèmes :

- un pignon fixe sur un tricycle pour les personnes amputées bilatérales de cuisse, leur permettant de faire demi-tour, dans les endroits étroits, sans descendre de vélo ;
- un maintien de type élastique, que l'on retrouve dans l'équitation pour tenir le pied de la prothèse dans l'étrier, dans le canoë-kayak pour tenir la pagaie dans la main prothétique, dans le parapente pour maintenir les commandes dans la main de la prothèse myo-électronique ;
- un lestage, dans le kayak pour rattraper le poids perdu du côté du membre inférieur amputé (amputation de cuisse ou désarticulation de hanche).

Une adaptation peut aussi constituer l'interface :

- la répartition des poids de la ceinture, rajoutée en plongée sous-marine, en alourdissant plus le côté valide (2/3 du poids environ) ;
- un maintien, plus prononcé, de la prothèse au corps du patient, par des bandes collantes dans le parapente ou le ski. Même si, avec les prothèses plus modernes (manchon silicone pour les personnes amputées de membres supérieurs, manchons silicone ou en copolymère avec accrochage distal pour les personnes amputées de membres inférieurs), cela devient de moins en moins nécessaire ;
- le fauteuil roulant ou la chaise que l'on va amener afin que les personnes amputées bilatérales de cuisse puissent tirer à l'arc ou aux armes sans problème et sans fatigue excessive.

Au lieu d'objets, l'interface peut aussi se résumer à des exercices que l'on fera faire au patient :

- des exercices de rééducation :
 - de type réadaptation : comme la pratique du cerf-volant, dans le parapente, lorsque la météo n'est pas favorable. Les membres inférieurs doivent s'adapter au sol, alors que l'esprit de la personne amputée est occupé à faire manœuvrer le cerf-volant ;
 - de type proprioceptif : dans le parapente aussi, afin que les personnes amputées de membre supérieur sachent monter leur main prothétique au même niveau que leur main saine, sans l'aide de la vue ;
- des entraînements spécifiques à l'activité :
 - dans le parapente, l'entraînement en pente-école, pour les personnes amputées, peut s'avérer beaucoup plus long que pour une personne valide (pouvant aller jusqu'à 12 jours pour une personne désarticulée de hanche) ;
 - le cramponnage et le maniement du piolet, en alpinisme, sont plus longs et plus méticuleux chez une personne amputée que chez une personne valide.

Enfin, l'interface finale sera la pratique pure de l'activité quand le patient saura « faire », le plus parfaitement possible, la partie de « base ».

Cette pratique deviendra absolument nécessaire si l'on veut « pratiquer » à un certain niveau et se « défaire » de l'encadrement de « base ».

La sécurité

Bien sûr, cette interface doit, comme nous l'avons déjà dit, apporter une sécurité maximale.

Demander à quelqu'un de retirer sa prothèse (se faire réamputer) peut passer pour un déchirement. Mais, celle-ci peut présenter, parfois, de tels inconvénients, majeurs, engageant la vitalité ou l'intégralité physique de la personne, que nous y sommes obligés :

- retirer la prothèse de cuisse ou la prothèse d'une personne désarticulée de hanche pour pratiquer le ski ; sinon à la première chute, ce sera une fracture de hanche, côté amputé, chez la personne amputée de cuisse ou une « fracture » de la prothèse chez la personne désarticulée de hanche ;
- retirer la prothèse de membre inférieur, quel que soit le niveau d'amputation, dans la pratique du kayak, car la personne amputée peut rester coincée dans l'embarcation ;
- retirer la prothèse de cuisse ou de désarticulation de hanche dans la pratique de la plongée sous-marine, pour la gêne à la mobilité qu'elles occasionnent.

De même, il faut absolument retirer la prothèse myo-électronique afin de la préserver du milieu humide dans les activités comme le canoë-kayak (et mettre une prothèse esthétique pour saisir la pagaie) ou la plongée sous-marine.

Conclusion

Intégrer un « club » d'activité sportive est certainement déjà une première interface. Les gens y connaissent le matériel et l'activité.

Ajouter une personne connaissant le sport pour personnes handicapées est un plus qui assure une vision extrêmement sécuritaire, surtout pour les débutants. Mais, chemin faisant, la personne handicapée acquerra des apprentissages qui la rendront plus autonome, se séparant même de certaines interfaces devenues inutiles et remplacées par l'expérience, voire par l'évolution des prothèses.

Là, pour cette personne, s'ouvriront de nouveaux horizons dans « le sport » qu'elle aura choisi et elle n'aura plus besoin de personne. ■

Frédéric Lamandé, Olivier Salze
et Jacques Sénégas-Rouvière
Hôpital Villiers Saint Denis

L'éducateur sportif Tout est thérapeutique

« On souffle bien..., j'étire..., j'expire..., avec ce mouvement-là, vous travaillez vos ischio-jambiers ⁽¹⁾ »... Dans l'eau à 34° de la piscine du pôle de rééducation fonctionnelle de l'hôpital La Musse, Jean-Louis Boitel, éducateur sportif employé depuis quatre ans dans l'établissement, prend en charge chaque matin jusqu'à une vingtaine de patients hospitalisés pour des pathologies diverses.

« Je m'adapte à chacun... Ici, on ne fait pas de l'aquagym... Ce n'est pas de l'animation. Tout est thérapeutique. La balnéothérapie est un moyen de rééducation pour réduire les incapacités et restaurer les fonctions nécessaires à la vie quotidienne. Toutes mes prises en charge, décidées avec les kinésithérapeutes, visent à augmenter le potentiel physique en travaillant sur la force, l'endurance, la souplesse, l'équilibre, la coordination

motrice... Les kinésithérapeutes font un travail analytique sur les personnes, moi, je propose un acte sportif global adapté. Si, en plus, cela peut être ludique, tant mieux. Nous sommes complémentaires. »

Adapté à chaque pathologie

Vélo, stepper, parcours de motricité, renforcement musculaire... Jean-Louis Boitel veille à mettre en place l'autonomie au fur et à mesure des séances (entre cinq semaines en moyenne et une année parfois...) pour les 50 à 80 personnes qu'il voit chaque semaine. « Il faut rendre les patients le moins dépendant possible et préparer leur sortie. »

Les personnes amputées ou hospitalisées pour leur dos forment des groupes établis aux horaires fixes... Pour les autres, cet ancien professeur d'éducation physique et sportive (EPS) en lycée ⁽²⁾ s'adapte à son « public ». Un travail sur les membres supérieurs, par exemple, pour les amputés, qui auront à tenir des

béquilles... Diminuer les rétractions musculaires pour les patients brûlés... Un travail sur le cognitif et la verbalisation chez les traumatisés crâniens... Ou pour ce petit groupe qui pratique le tir à l'arc, l'équilibre avec prothèse, la musculature de l'épaule et la concentration... « Même si ce n'est pas le but premier, j'ai fait découvrir le sport à certains, commente-t-il avec une légitime satisfaction. J'ai gardé le contact avec un double amputé qui pratique la natation, la plongée, le basket handisport et le tir à l'arc. » ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

(1) Les muscles ischio-jambiers sont des muscles de la cuisse permettant la flexion du genou : ils sont antagonistes du quadriceps (servant à son extension). Ce sont des muscles polyarticulaires qui vont de la hanche jusqu'à l'arrière du tibia et du péroné.

(2) Outre son diplôme de professeur d'EPS, Jean-Louis Boitel a une maîtrise APA (activité physique adaptée aux divers handicaps et à la traumatologie).



Réinsertion sociale

Vers quelle valorisation de l'activité ?

Acteur de l'accompagnement à la réinsertion, tant familiale que sociale, scolaire ou professionnelle, le service social en soins de suite et de réadaptation (SSR) intervient à des niveaux divers pour accompagner le patient dans le retour vers son milieu de vie. Le manque de lisibilité de l'activité sociale ne doit pas laisser supposer qu'elle est inexistante voire inappropriée... L'expérience de l'hôpital Villiers Saint Denis.

Le décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 précise que l'activité de SSR a pour but de « *prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales des déficiences et des limitations de capacité et promouvoir la réadaptation et la réinsertion du patient* ». « *Pour atteindre ces objectifs, soins médicaux, curatifs et palliatifs, rééducation et réadaptation, actions de prévention et d'éducation thérapeutique, préparation et accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle seront mis en œuvre dans les établissements* ». Tant les activités de réadaptation et de rééducation présentent une codification identifiée dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), tant celle de la réinsertion demeure le parent pauvre de

cette codification. Et pourtant, les missions du SSR, certes de nature sanitaire, sont axées sur le retour du patient vers son milieu de vie. La circulaire Dhos/01/2008/305 du 3 octobre 2008 aborde les termes « coordination », « réseaux particuliers de soins » et « filières de prise en charge ». Le service social de l'hôpital Villiers Saint Denis s'inscrit à chaque étape du parcours sanitaire du patient et intervient avant même l'admission (évaluation sociale au moment de la préadmission), pendant le séjour (élaboration d'un projet de devenir en équipe pluridisciplinaire et mise en œuvre des dispositifs) et coordonne l'aval (lien avec les partenaires extérieurs, développement de partenariats nouveaux).

Acteur de son processus de réautonomisation, le patient se trouve au centre

Extrait du catalogue des actes médicaux de SSR utilisé pour coder les actes de réinsertion sociale

Prise de contact et organisation des liaisons avec les intervenants à domicile

Élaboration du projet de vie sociale et professionnelle

- Constitution et suivi des dossiers de retour à la vie sociale et professionnelle
 - aide à la vie quotidienne : attribution d'aide ménagère, garde, portage des repas, téléalarme
 - aménagement du domicile (réparations, financement)
 - prestations légales (allocations, invalidité, demande intervention Agefiph...) et extralégales
 - formation professionnelle
 - hébergement (lieu de vie...)
 - permis de conduire et son financement
- Constitution et suivi des dossiers de réparation du dommage corporel
- Aide à la recherche d'un domicile
- Visite au lieu de vie : prise de connaissance, visite, rédaction du rapport de visite, visite de conformité ou de suivi

(Ré)entraînement, (ré)orientation professionnels

- Élaboration d'un projet professionnel en présence du patient
- Médiation avec l'employeur et/ou le médecin du travail sur le retour à l'emploi
- Mise en place et accompagnement d'une recherche d'emploi
- Entraînement et accompagnement à la recherche d'emploi

Réadaptation scolaire ou universitaire

- Conseils, informations du jeune et de son entourage sur la démarche de réadaptation, l'orientation et le projet pédagogique
- Accompagnement et soutien pédagogique en milieu scolaire ordinaire ou adapté : visite sur site, tutorat, suivi évaluatif en milieu scolaire ordinaire
- Réorientation scolaire ou universitaire : rencontre des familles, constitution de dossiers, contacts avec les établissements, visites
- Accompagnement de l'abandon provisoire ou définitif du projet scolaire ou universitaire

d'une prise en charge où la qualité passe par la capacité des soignants à travailler en équipe. Le processus de réadaptation s'articule autour d'un savoir interdisciplinaire. Il fait participer une multitude d'intervenants aux spécialités différentes et complémentaires où la place de chacun n'est pas toujours clairement définie. Dans ce mode de fonctionnement, la notion d'équipe est primordiale.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la réadaptation se définit par « l'application coordonnée et combinée de mesures dans le domaine médical, social, psychique, technique et pédagogique, qui peuvent aider à remettre le patient à la place qui lui convient le mieux dans la société et/ou à lui conserver cette place ». L'objectif des SSR est de permettre au patient de retrouver une place dans son environnement initial ou le plus proche possible de ce qu'elle était avant, voire de l'aider à s'adapter à une nouvelle vie.

Ainsi cinq fonctions de soins techniques et d'accompagnement caractérisent une véritable prise en charge en SSR. Combinées à des degrés variés, elles sont mises en œuvre au sein de l'hôpital Villiers Saint Denis, dans un but de réinsertion globale des malades. Il s'agit de :

- la limitation des handicaps physiques qui implique la mise en œuvre de rééducation physique, voire d'appareillage et d'adaptation du milieu de vie ;
- la restauration somatique et psychologique grâce à la stimulation des fonctions de l'organisme, la compensation des déficiences provisoires, l'accompagnement psychologique et la restauration des rythmes ;

- l'éducation du patient et éventuellement de son entourage par le biais des apprentissages, de la préparation et de l'adhésion au traitement, de la prévention ; le recours à des relais associatifs peut être utilisé à cet effet ;
- la poursuite et le suivi des soins et du traitement à travers son adaptation, son équilibration, la vérification de l'observance par le malade, la surveillance des effets iatrogènes éventuels ; une attention particulière sera portée au traitement de la douleur ;
- la préparation de la sortie et de la réinsertion en engageant, aussi rapidement que possible, les demandes d'allocation et d'aides à domicile, en tenant compte éventuellement de la dimension professionnelle.

Ainsi, et pour répondre à cette cinquième fonction, le service social de l'hôpital Villiers Saint Denis intervient sur plusieurs niveaux :

- l'accompagnement dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de sortie du patient ;
- l'accès aux dispositifs d'action sociale et de prestations sociales ;
- la constitution des dossiers d'aide à la compensation du handicap ;
- le maintien des droits aux ressources légales de droit commun ;
- l'aide à l'ouverture des droits à une couverture sociale de base et/ou complémentaire ;
- l'orientation de la personne et de sa famille dans la recherche et la mise en relation avec des partenaires, des organismes et des ressources à même de répondre aux besoins identifiés afin de favoriser l'insertion ou la réinsertion, la

socialisation ou l'intégration sociale. Chacune de ces actions se décline en catégories et sous-catégories de prises en charge déclinées via le dossier médical commun (DMC – dossier « social »). Le service social est composé de deux assistantes sociales dont une responsable de service et coordinatrice des admissions/facturation, de quatre secrétaires et d'une auxiliaire socio-éducative ; chacune intervient dans son domaine de compétences sur des missions clairement identifiées. À tout moment, l'activité du service est quantifiable et qualifiable au regard des diverses démarches entreprises.

L'essentiel de la prise en charge sociale se déploie pendant l'hospitalisation du patient, le développement des partenariats sociaux et médico-sociaux favorisant le relais et la continuité de la prise en charge au-delà du séjour hospitalier. En conclusion, l'activité du service social en SSR et plus particulièrement au sein de l'hôpital Villiers Saint Denis est traçable, tant quantitativement (file active, nombre de démarches effectuées par catégorie de prise en charge, rapport d'activité) que qualitativement (valorisation de l'activité, projet de service, développement des partenariats, élaboration de protocoles). La finalité de la prise en charge sociale, en lien avec les compétences pluridisciplinaires présentes au sein de l'établissement, est bien la construction d'un projet cohérent de réinsertion en adéquation avec l'environnement de vie de la personne. ■

Christelle Delatour
Hôpital Villiers Saint Denis

De gauche à droite,
devant : Véronique
Gojard et Élisabeth
Clobourse, secrétaires.
Derrière : Pascale
Nicaise, secrétaire,
Christelle Delatour et
Héloïse Mora,
assistantes sociales,
et Ginette Bellanger,
secrétaire



Lutte antitabagique en institution

Combat de tous les jours, combat de tous

« Entre le fort et le faible, entre le riche et le pauvre, entre le maître et le serviteur, c'est la liberté qui opprime et la loi qui affranchit », Lacordaire (1).

Un engagement de longue date

La Renaissance Sanitaire s'est engagée de longue date dans la prise en charge de la maladie du fumeur en tant que telle. Alors que ses complications n'étaient encore étiquetées que comme des affections intéressant tel ou tel organe : l'infarctus au cardiologue, l'hémiplégie au médecin rééducateur, la bronchite au pneumologue... Mais on ne réunit pas impunément les patients les plus féroce­ment addicts du département en un même lieu. Les artéritiques, en particulier !

La prise de conscience que plus du tiers de nos hospitalisés l'étaient peu ou prou à cause du tabac a été un déclencheur salubre. Un comité de prévention s'est constitué il y a quinze ans et nous avons travaillé. Des priorités ont été établies ; elles font partie de notre projet d'établissement et leur état d'avancement fait l'objet d'une concertation et d'une évaluation annuelle qui s'efforce de répondre aux besoins croissants, en s'appuyant sur l'heureuse évolution de la législation. Après avoir retracé les étapes de la lutte contre le tabagisme en institution en France, nous nous proposons ici de présenter les réponses adoptées à l'hôpital La Musse, assorties de quelques exemples à méditer.

L'émergence d'une volonté en France

Chacun convient aujourd'hui que le tabagisme est un problème majeur de

santé publique. Un fumeur régulier sur deux meurt précocement, d'une maladie du tabac. Avec plus de 60 000 décès par an, le tabagisme est la première cause de mort évitable, très loin devant l'alcoolisme et les accidents de la route. En moyenne, fumer abrège de huit ans la vie des gros fumeurs. Les femmes en sont de plus en plus les victimes. Le courage politique a pourtant longtemps manqué dans notre pays pour s'attaquer à la forteresse tabac. En une génération, l'opinion a mûri.

De multiples facteurs ont participé à cette maturation, ce qui a donné du courage aux politiques : la prise de conscience du coût socio-économique écrasant du tabagisme, la preuve de la toxicité du tabagisme passif (infections, cancers, infarctus), l'exemple de politiques ambitieuses à l'étranger, la méfiance croissante des compagnies d'assurance face à ce facteur de risque majeur, les progrès d'un certain individualisme, ont, à des degrés divers, aidé à dénormaliser l'image du fumeur, alors même que les mises en garde de longue date des médecins et des assurances sociales n'étaient, elles, que mollement écoutées, et n'étaient guère suivies d'effets.

La cause antitabagique progresse donc aujourd'hui, et l'on ne peut que s'en féliciter. Avec l'appui de l'opinion publique, une volonté politique a enfin vu le jour. Malgré les lobbies et le manque à gagner sur les taxes, des mesures incitatives et dissuasives réelles ont été prises, mises en application et doivent être défendues au quotidien pour préserver les espaces publics, protéger les plus jeunes, éviter le tabagisme passif, mettre à la portée des fumeurs, malades ou non, aide et informations. Les textes les plus récents ont enfin permis d'avancer, là où la simple information et la bonne volonté étaient inopérantes.

Une méthode et des outils

Deux avancées scientifiques méritent d'être soulignées parce qu'elles ont changé la donne : d'une part la compréhension des mécanismes de la dépendance plurielle qui piège les fumeurs (pharmacologique, comportementale et psychologique) et d'autre part la validation scientifique de certaines méthodes d'aide au sevrage, ce qui a permis de faire sortir de l'empirisme l'aide proposée aux fumeurs depuis une génération. Certains conseils (conseil minimal...) sont efficaces, d'autres pas (interdits, moralisation, intimidation...).

Certaines démarches (consultation motivationnelle, thérapies comportementales...) sont suivies d'effet, d'autres sont surtout payantes pour ceux qui les vantent. Certains exercices physiques aident au sevrage (effort physique intense au quotidien...). Certains médicaments améliorent notablement les scores de sevrage (Nicotines, Varénicline...), mais d'autres sont plus toxiques (Bupropion), et d'autres (nombreux) inefficaces. Certains procédés sont sans effet propre autre que l'effet placebo et le charisme de l'interlocuteur (acupuncture, hypnose...). Il y a donc maintenant quelque chose de sérieux, de scientifiquement évalué, à proposer aux fumeurs, dépendants ou pas, motivés ou pas. Et tout particulièrement à ceux qui se trouvent hospitalisés à cause d'une maladie du tabac. Une méthode et des outils, comme disait Freud. De quoi avancer. Freud, grand fumeur devant l'éternel. Freud qui en est mort.

L'hôpital qui se moque de la charité ?

En France, trop longtemps, les missions d'éducation et de prévention ont été délaissées par les hôpitaux et cliniques

qui s'orientaient vers une médecine de plus en plus technique. L'endroit où l'on fumait le plus, avec la prison, c'était l'hôpital, et singulièrement l'hôpital psychiatrique. La naissance en France du réseau Hôpital sans tabac (HST), grâce à la Mutuelle nationale des hospitaliers et l'Assistance publique, a très heureusement permis de commencer à sensibiliser les acteurs de soins hospitaliers, et ce jusque au-delà de nos frontières, mais pour l'essentiel la mission d'aide au sevrage était abandonnée au bon vouloir des généralistes et des fumeurs eux-mêmes. Les fumeurs ? Beaucoup de fumeurs malades avaient justement développé une dépendance solide qui leur interdisait de mener seuls une démarche de sevrage. Les généralistes ? Trop bien informés de la toxicité du tabac par leur pratique quotidienne, mais sollicités de toute part, méfiants quant à une activité chronophage fort peu rémunératrice et trop souvent vouée à l'échec, ils ont eu bien du mal à se motiver, à dégager du temps pour se former à l'aide au sevrage. Il s'agissait pour eux de sortir de l'empirisme ou de l'aquoibonisme, et d'abandonner des recommandations radicales mais notoirement inefficaces : « arrêtez-moi ça tout de suite ou je ne réponds de rien ! » ou encore : « revenez me voir quand vous serez motivé ! »

L'hôpital, lieu de soin ou promoteur de santé ?

Dix ans ? Quinze pour les institutions les plus précoces. L'implication de l'hôpital dans son ensemble est relativement nouvelle. Elle découle grandement de l'évolution récente de notre législation : l'hôpital ne doit plus seulement être un lieu de soins, mais un acteur majeur de prévention. C'est bien sûr un lieu public où se croisent personnels, malades et

visiteurs et, à ce titre, il doit mettre en application, et doit faire respecter la loi « il est interdit de fumer à l'hôpital ». Mais ça ne suffit pas : la mission de l'hôpital ne saurait se cantonner à soigner les victimes avérées du tabagisme. Acteur numéro un de la santé publique, il se doit de devenir un promoteur de la santé exemplaire dans le domaine de la prévention et de l'éducation thérapeutique des patients, des personnels et même des visiteurs.

Il s'agit donc de faire de l'hôpital un acteur responsable vis-à-vis des patients, du personnel et des visiteurs en matière de lutte antitabagique. D'apporter des solutions adaptées en s'appuyant sur un projet d'établissement approuvé par les tutelles, cohérent et contraignant.

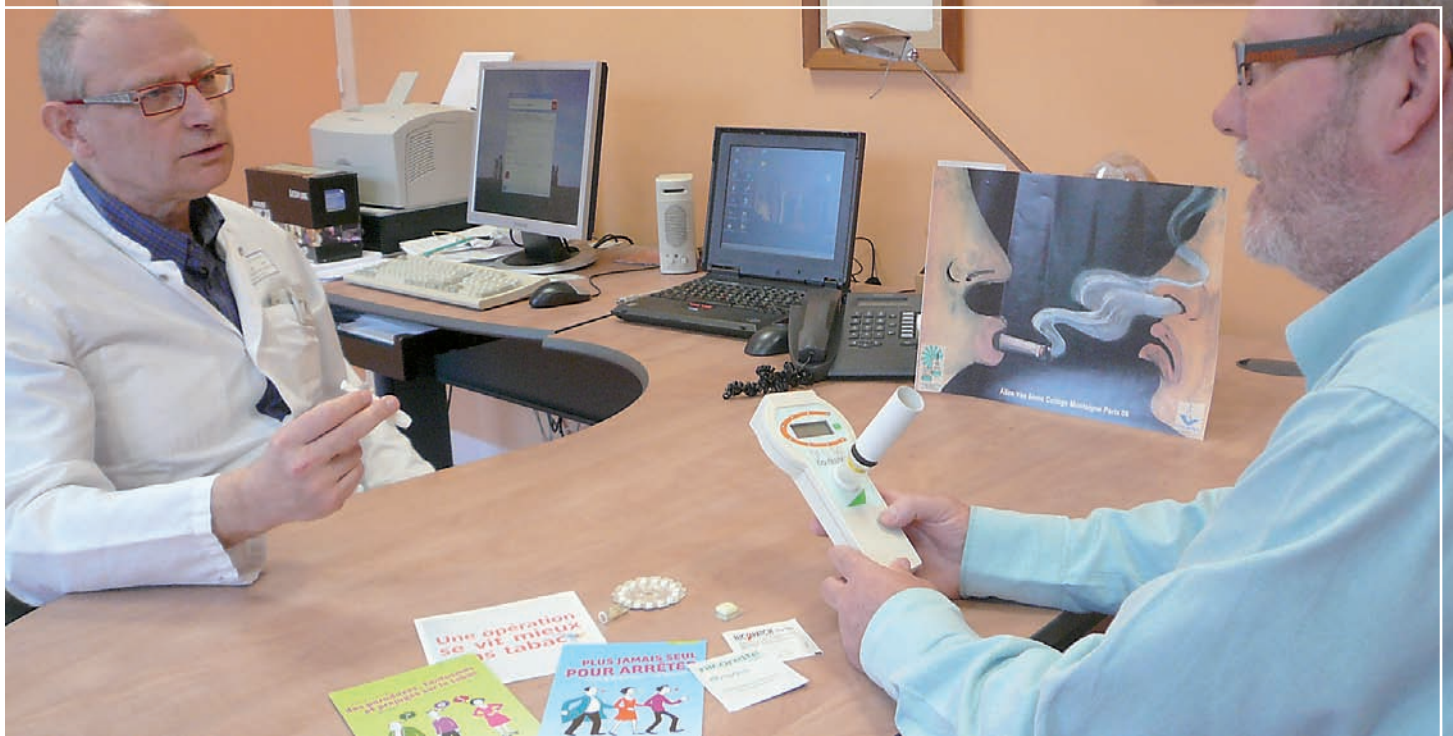
L'accréditation participe de cette démarche volontariste. Les réponses apportées par les établissements, si elles sont différentes, doivent intégrer le paradoxe suivant : l'interdiction formelle de fumer au sein de l'institution et la nécessité d'accompagner dans leur démarche de sevrage des malades qui n'y étaient pas préparés, c'est-à-dire les malades fumeurs les plus dépendants, les moins motivés, et les plus menacés. Le grand fumeur malade n'est pas libre de fumer en plein hôpital puisque c'est interdit, il n'est pas non plus libre de ne pas fumer, puisqu'il est souvent tripletement dépendant (dépendance pharmacologique, comportementale et psychologique). C'est aux professionnels de l'aider à prendre conscience qu'il a une maladie du tabac et qu'il est libre de demander de l'aide. Qu'il n'est pas seul. C'est le premier pas : le plus dur pour un fumeur en échec, démoralisé ou retransché dans le déni.

Encore faut-il que les soignants soient informés, bien formés, jamais dans le jugement, motivés collectivement et

individuellement. Du travail d'équipe, donc, et de longue haleine. Encore faut-il que l'aide soit effectivement au rendez-vous.

Dura lex sed lex ⁽²⁾

La circulaire du 29 mars 2004 émanant du ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées relative à l'autoévaluation par les établissements de santé pour la mise en œuvre d'une politique de lutte contre le tabagisme mérite d'être parcourue. Elle est (enfin !) sans ambiguïté. En voici un extrait : « *La lutte contre le tabagisme constitue une des priorités gouvernementales de santé publique, et l'une des composantes du plan gouvernemental de la lutte contre le cancer. La loi du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et le décret du 29 mai 1992 ont fixé les conditions de l'application de l'interdiction de fumer dans les lieux publics et notamment dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Il a été rappelé dans la circulaire du 8 juin 1999 que l'hôpital n'est pas un lieu ordinaire : il a valeur d'exemple pour tout ce qui touche à la santé. Des actions de sensibilisation, d'information et de prévention doivent y être menées à destination des soignants, des malades et des visiteurs. L'aide au sevrage tabagique, développée à travers les consultations hospitalières de tabacologie, doit être poursuivie et renforcée. La prévention du tabagisme fait dorénavant partie des critères d'accréditation. Afin d'affirmer la priorité hospitalière que représente le respect de la loi du 10 janvier 1991, le réseau Hôpital sans tabac, créé en 1997, fédère aujourd'hui plus de 300 hôpitaux publics et privés. Il a adopté une charte en 10 points qui constitue l'engagement des établissements adhérents. Les établissements de soins sont invités à le rejoindre. La présente opération vise à aider l'ensemble des établissements de santé publics et privés ainsi que les établis-*



Le Dr Didier Pagès explique les derniers outils à la disposition des patients en sevrage tabagique

sements participant au service public hospitalier à procéder à une autoévaluation de leur politique de lutte contre le tabagisme et à les guider dans l'élaboration d'un plan stratégique de réduction du tabagisme. Il sera demandé à chaque établissement de santé de renouveler l'opération annuelle-ment. Ainsi, chaque établissement pourra progresser selon son propre rythme ».

De l'argent qui part en fumée ?

La prise en compte de l'intérêt des patients et du personnel est bien sûr conditionnée par les moyens financiers de chaque structure (formation des personnels, informations, prise en charge des traitements préventifs, de la consultation d'aide au sevrage...). Si chaque hôpital se doit de faire respecter les différentes réglementations existantes, certains vont au-delà et tentent de mener une réelle politique de santé publique en termes de prévention et de prise en charge des fumeurs.

Cet engagement passe certes par l'adhésion à un réseau comme HST devenu Respadd (réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions) avec sa charte (voir encadré p. 27) pour référence, mais il passe d'abord et avant tout par une prise de conscience collective, une motivation tenace et une mobilisation interne de poursuivre une

démarche qualité particulière (comité de prévention, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail [CHSCT], médecine du travail, consultations d'aide au sevrage, information répétée multisupport, formation continue des médecins, des soignants et de tout le personnel hospitalier...).

Quelles priorités et pour qui ? Une politique de prévention affichée

Pour les patients d'abord : plus de fumeurs, plus de cendriers, sauf aux entrées des pavillons, des messages plus visibles (affiches, révision de la signalétique), des distributions de plaquettes d'information, d'autoquestionnaires de dépendance disponibles dans chaque unité d'hospitalisation, deux consultations d'aide au sevrage hebdomadaires avec si besoin l'intervention sans délais du tabacologue, des substituts nicotiques disponibles à la pharmacie conformément à la recommandation Kouchner de janvier 2001, une information systématique des patients sous oxygène sur les risques et le bon usage de l'oxygénothérapie...

Pour le personnel soignant : des réunions d'informations sur les méfaits du tabac avec formation à l'abord du malade fumeur. Des diaporamas interactifs destinés aux soignants ont été éla-

borés par le tabacologue pour chaque spécialité (cardio-vasculaire, diabétonutrition, etc.). Ils sont présentés aux équipes de façon tournante et répétée lors de brèves réunions matinales. Un diaporama spécifique a été présenté au corps médical.

Pour le personnel non soignant : des informations collectives sur les méfaits du tabac ont été menées. La consultation individuelle d'aide au sevrage est anonyme et gratuite pour le personnel. Pour l'ensemble de l'établissement : en collaboration avec la médecine du travail, le CHSCT, la responsable qualité et le responsable sécurité, une réflexion de fond sur la prévention des risques et l'organisation de la sécurité incendie a mené à des travaux de mise aux normes et à des formations systématiques, cycliques, à l'alerte au feu.

Une consultation d'aide au sevrage pas comme les autres

Contrairement à ce qui se passe trop souvent en institution, on s'est efforcé de faire de l'aide au sevrage un travail d'équipe au sein de l'hôpital La Musse. Certains services ont très bien adhéré à cette démarche. À titre d'exemple, les facteurs de risque de tous les patients admis en service cardio-vasculaire sont systématiquement évalués dès l'admis-

sion par les médecins et les soignants concernés (tabac, alcool, diabète, hypertension, surpoids, dyslipidémie, hérédité...), et cela dans un souci de prise en charge globale des risques encourus. Le risque tabac est repéré d'emblée. Le patient fumeur est alors tout de suite incité à consulter par les soignants.

Contrairement à ce qu'on observe en ville, la plupart des patients qui se présentent à la consultation de tabacologie de l'hôpital La Musse ne sont pas précisément mûrs pour arrêter, en revanche ils sont bousculés par une maladie du tabac menaçante. Il faut donc les aider à effectuer un travail motivationnel accéléré. Lors des premières minutes de l'entretien initial, le tabacologue doit manifester son empathie mais aussi être le plus silencieux possible, afin d'aider les fumeurs à aller au bout de leurs doutes, à livrer leurs questions et leurs attentes contradictoires. Préciser qu'on ne les juge pas et que la dépendance au tabac n'a rien à voir avec la morale est bien souvent nécessaire d'emblée chez certains fumeurs culpabilisés, dépressifs et qui ont perdu toute confiance en eux-mêmes et dans les promesses d'entourage.

« À quoi ça rime, si on va me réamputer ? Je n'ai plus que ça ! » Il faut aussi souvent préciser que le questionnaire préalable est uniquement destiné à aider le fumeur à y voir plus clair pour commencer à travailler son tabagisme avant la consultation, et non destiné à le fichier : il peut garder son dossier et il a même tout intérêt à le regarder. Le tabacologue ne doit pas non plus se comporter comme un médecin spécialiste qui prescrirait d'autorité des investigations et le meilleur traitement possible dès le diagnostic fait, à charge pour le patient de le suivre, mais au contraire comme un conseiller cherchant à optimiser la stra-

tégie de son consultant, quelle qu'elle soit, afin de l'aider à adopter sans douleur un nouveau comportement.

Voici quelques exemples d'entretiens proposés systématiquement par les équipes soignantes aux malades fumeurs dans des circonstances bien différentes.

Les patients en post-infarctus récemment sevrés de tabac du fait de leur accident méritent un entretien sans délais avec le tabacologue. Au sortir de la réanimation, 100 % de ces patients, traumatisés, sont absolument certains qu'ils ne refumeront plus de leur vie : ils ont eu trop peur ; ils ont eu trop mal. Ils sont sincères. Non, ils ne ressentent pas le besoin de nicotine. Pas encore. Six mois plus tard, s'ils n'ont pas été solidement accompagnés dans leur sevrage et correctement substitués, les deux tiers d'entre eux auront déjà repris la cigarette, s'exposant à un risque extrêmement élevé de second infarctus mortel dans l'année suivante.

Le travail de l'équipe et pas du seul tabacologue consiste à faire passer plusieurs messages à ces patients : d'abord, pour ceux qui se croient sevrés du tabac à dix jours de leur infarctus, que l'accident ne les a en rien guéris de leur dépendance qui risque fort de les rattraper. Ensuite qu'ils ont tout à gagner à identifier, à distinguer et à mesurer clairement les trois hameçons d'une dépendance qui leur est propre : leur besoin de nicotine (dépendance pharmacologique, éteinte en trois mois), leur gestuelle inconsciente (dépendance comportementale prolongée, source d'automatismes pavloviens irrépressibles) et leur rapport au plaisir (dépendance psychologique). Enfin, que ce travail fait, ils vont parvenir beaucoup plus facilement à décrocher ces hameçons grâce à une stratégie qui va rester la leur de bout en bout (médicaments autoa-

daptés, rituels choisis, activités nouvelles choisies...). L'artérite juvénile au cannabis du jeune toxicomane mérite un soutien précoce et répété : les fumées de chanvre et de tabac concourent toutes deux à l'atteinte artérielle ; or, ils sont tous deux mélangés dans chaque pétard. Une fois établi un rapport de confiance avec le jeune, il s'agit de l'aider à établir une stratégie différenciée vis-à-vis de ces deux produits. Si l'arrêt du tabac s'impose comme objectif prioritaire, le jeune fumeur de cannabis va souvent s'orienter vers un remplacement temporaire du joint par une forme orale de substitution (gâteaux, space-cakes...) qu'il connaît mal. Un sujet délicat. Une consommation illicite qui peut être sa solution provisoire pour sauver sa jambe, mais dont il ne parlera qu'en privé, et la confiance bien établie. L'ischémie subaiguë d'un membre inférieur du grand artéritique diabétique fumeur sous cure d'Ilomédine exige une information immédiate et sans détour : la cure de vasodilatateur est inopérante tant que le fumeur inhale de la nicotine. Le syndrome dépressif très fréquent doit être pris en compte, faute de quoi le travail motivationnel ne prendra pas, et ni la cure, ni la revascularisation chirurgicale ne rapporteront au malade.

La lombalgie chronique de l'adulte et la spirale dépressive qu'elle entretient, responsable de tant de ruptures d'emploi prolongées, doivent faire proposer une aide psychologique et une aide au sevrage tabagique. Celle-ci est proposée systématiquement. L'effet aggravant de la nicotine est en effet avéré sur le système nerveux périphérique des lombalgiques chroniques, volontiers gros fumeurs.

Le sevrage tabagique de l'obèse hospitalisé en nutrition réclame une attention particulière : la crainte de prise de poids appelle des explications et des conseils précis. Le contexte dépressif et l'imma-

turité sont très fréquents. Au souhait de sevrage alcoolique simultané, souvent formulé, doit répondre une démarche d'aide à la décision afin que le patient établisse lui-même sa priorité, et se réapproprie une démarche qui lui était souvent imposée par les circonstances. L'insuffisant respiratoire chronique sous oxygène n'est pas toujours définitivement sevré de tabac, loin s'en faut. Il est parfois déraisonnable ou inconscient tant il est dépendant du tabac. L'oxygène est le comburant universel. L'institution a une responsabilité particulière vis-à-vis de la sécurité des patients et du personnel. La prescription et la surveillance de son application ne suffisent pas, face à un patient ambivalent. Le refus de prescrire l'oxygène est parfois licite en cas de prises de risque répétées. Ici, l'aide au sevrage par le tabacologue doit donc s'accompagner d'un soutien psychologique.

Les défis de l'avenir

L'information et l'éducation du malade fumeur dépendant pour l'accompagner vers le sevrage doivent continuer à mobiliser les soignants au quotidien. Cette démarche d'équipe est très appréciée par les soignants. Elle leur permet aussi de redonner sens à une action curative astreignante (pansements, perfusions...), qui, sans cela, perdait beaucoup de sa motivation.

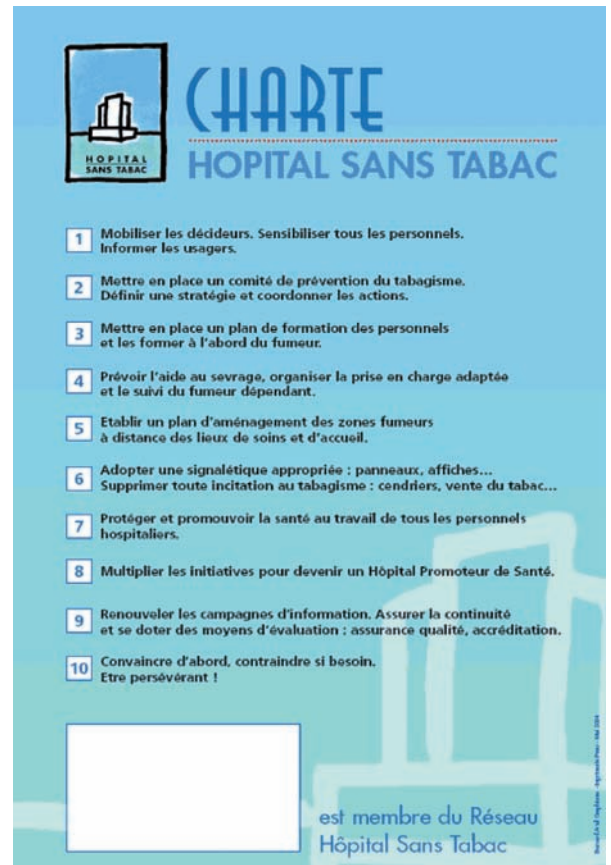
La formation continue des équipes requiert des relais, nouveaux référents à former.

Le corps médical s'est impliqué majoritairement. Il est devenu normal de proposer de l'aide aux fumeurs. Les médecins ont maintenant parfaitement assimilé que la dépendance de leurs patients les empêche d'avancer seuls dans le sevrage, et qu'il ne s'agit pas d'une affaire de volonté (bonne ou mauvaise)

mais de motivation, puis d'apprentissage. De motivation à (re)construire. Tous ne considèrent pas pour autant que cela fait partie de leur mission. Il y a donc encore des progrès à faire. La démarche qualité nous montre la voie. Le financement des médicaments de substitution, dont la prescription justifiée et la prise contrôlée ne cessent de croître, pose question à l'institution dont le budget pharmacie n'est pas extensible. La recommandation Kouchner est de délivrer, mais aucun budget spécifique n'est alloué. Le souci d'éviter les ruptures de traitement, et donc les reprises de tabac, va donc nous amener à responsabiliser plus tôt les patients et leurs familles face à des produits dont ils ont besoin, et qui sont en vente libre à l'extérieur. En vente libre, les substituts nicotiniques, à l'instar du tabac. Sujet sensible !

Le cannabis : avec l'augmentation de sa consommation apparaissent de nouvelles pathologies, en particulier vasculaires et neuropsychiques. Une toxicité ignorée ou niée par les jeunes de 18 ans, dont 30 % ont fumé un joint dans le mois écoulé ! Le cannabis est également présent au sein du personnel hospitalier le plus jeune. Le médecin du travail et le tabacologue devront en tenir compte. Beaucoup a déjà été accompli à La Renaissance Sanitaire pour coordonner la lutte contre le tabac, mais beaucoup reste à faire. Il faut continuer. C'est l'affaire de tous les soignants. Un combat au quotidien. Un combat utile. La pilule qui guérit du tabac est un leurre : il s'agit d'aider les fumeurs à bâtir un nouveau comportement, moins dangereux pour eux, sur une motivation qui leur est propre. Un combat sans fin. Tel Sisyphe, poursuivons donc, sans désespérer ! ■

Dr Didier Pagès
Hôpital La Musse



(1) Jean-Baptiste-Henri Lacordaire (1802-1861) : religieux, journaliste et homme politique français.

Il est considéré comme l'un des précurseurs du catholicisme moderne.

(2) La loi est dure, mais c'est la loi.

Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (Respadd)

- Informer et sensibiliser les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux pour prévenir les pratiques addictives et leurs complications.
- Accompagner les établissements de santé dans l'organisation de la prise en charge des pratiques addictives.
- Promouvoir une dynamique de réseau. Les établissements de La Renaissance Sanitaire adhèrent au réseau Respadd. www.respadd.org

Développement durable en route...

Proposé par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) de l'hôpital La Musse et souhaité par l'établissement, dans le cadre de sa démarche globale de développement durable, un groupe « développement durable » a été constitué, il y a un peu moins d'un an.

Dix-neuf salariés, représentant tous les secteurs de l'hôpital, constituent le groupe qui se réunit une fois par trimestre pour définir les axes de travail et les actions à mettre en route prioritairement. Plusieurs membres ont suivi deux formations l'automne dernier : « développement durable dans les établissements de santé » et « infirmier/aide-soignant et développement durable dans les gestes quotidiens ».

Tri des déchets recyclables

Dès juin 2009, la première action concrète fut de mettre en place le tri des déchets recyclables. Papiers, cartons pliés, canettes en alu, briques, aérosols et bouteilles en plastiques sont désormais déposés dans des poubelles spécifiques, installées dans chaque unité, aux accueils des pavillons, services techniques et administration.

Dématérialisation

Autre action concrète, décidée début 2010, simple à mettre en œuvre et touchant tous les services : la dématérialisation du papier. Il s'agira de réduire la production de papier en favorisant l'utilisation d'intranet et de faciliter l'accès à Kaliweb en modernisant, entre autres, les ordinateurs équipant les unités. Nous avons créé un groupe de travail chargé de réfléchir à la convivialité et l'information transmise par l'intranet.

Dernières actions décidées : la collecte d'idées auprès des collègues (une fiche est disponible pour tous sur Kaliweb) et le bilan de l'existant (énergie, consommation d'eau, tonnage des déchets...). De nombreuses idées ont d'ores et déjà été émises, toutes pertinentes, mais qui doivent être listées et hiérarchisées au sein d'un « plan d'action développement durable ».

Tous les services concernés

D'autres réalisations suivront, qui devront être validées par la direction et encadrées par un échéancier. Elles concerneront tous les services : gestion du personnel, achats écoresponsables, gestes responsables (lumières), travaux, communications, espaces verts... Dans l'attente de nouvelles mises en œuvre, tous les mails de l'hôpital La Musse seront désormais accompagnés d'une petite signature : « *pensez à notre planète : n'imprimez ce mail que si nécessaire* ». ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse



Le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) a donné, en février dernier, son accord pour la création d'une MAS d'une capacité de trente places (dont cinq places en accueil de jour) dans l'enceinte de l'hôpital La Musse. Elle recevra des personnes en extrême dépendance pour lesquelles peu de solutions d'hébergement existent dans notre région.

La maison d'accueil spécialisée (MAS) est un établissement d'accueil et d'hébergement pour des personnes adultes souffrant d'un handicap sévère, évolutif ou non, et présentant des déficiences neuro-motrices et/ou post-traumatiques importantes, associées ou non à des troubles cognitifs, à l'exclusion des symptômes psychiatriques et/ou des troubles du comportement non stabilisés par un traitement. Les patients concernés relèvent, entre autres, de la traumatologie routière, des affections neurologiques stabilisées ou dégénératives et des formes sévères de handicap congénital. Ils seront accueillis de l'âge adulte (16 ans) jusqu'à la fin de vie. L'orientation est prononcée sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et l'hébergement peut y être résidentiel ou séquentiel.

Un besoin dans la région

Nous nous sommes rendu compte que, malgré un taux d'équipement important, le type de population relevant potentiellement d'une MAS n'est pas ou peu pris en charge aujourd'hui. Tant en matière de places (les MAS du territoire sont saturées) qu'en offre de soins ou en mode de prise en charge. À l'hôpital La Musse, dix patients sont en attente de place en MAS, tandis que vingt-trois patients identifiés dans notre secteur vivent à leur domicile, dans des conditions très précaires. D'autres encore doivent quitter, d'ici deux ans, les structures qui les hébergent, sans solution pertinente de prise en charge. De nom-

Création d'une maison d'accueil spécialisée

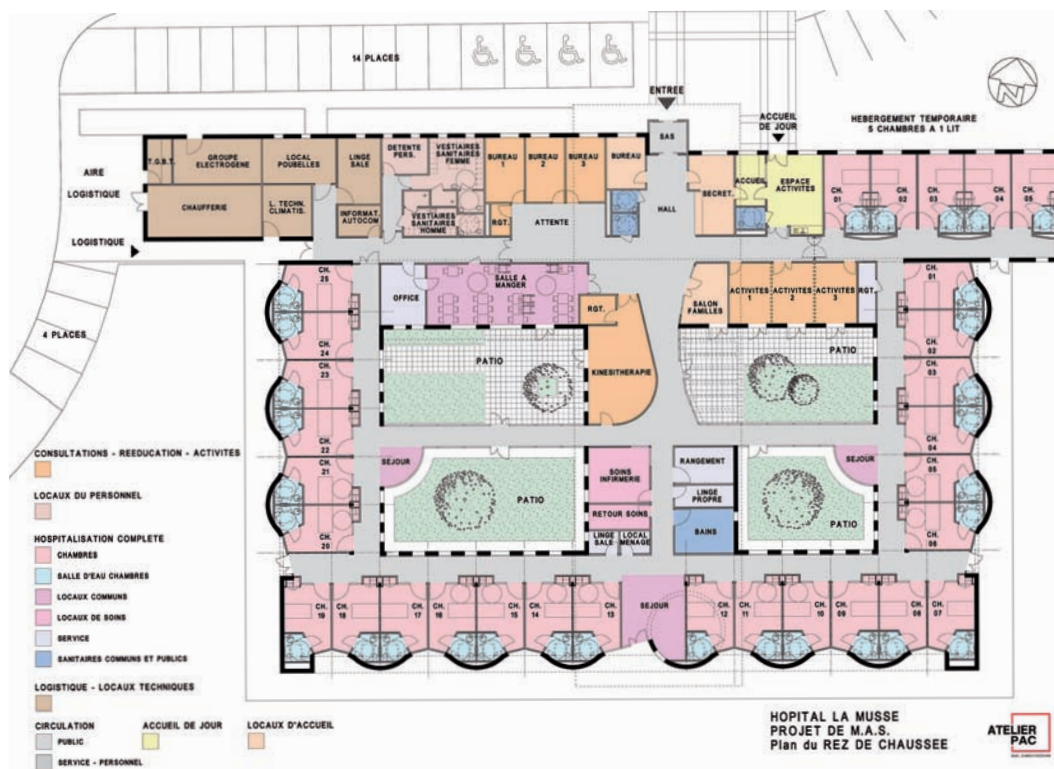
breux autres patients sont accueillis hors secteur, faute d'une structure adaptée proche de leur famille.

Un plus : l'infrastructure de l'hôpital La Musse

En adossant cette nouvelle structure à un établissement sanitaire comme le nôtre, nous sommes en mesure de proposer une plus-value en termes de qualité d'accueil et de projet de vie pour les résidents. L'accès au plateau technique tel que les services de radiologie ou de biologie sera sur site... Les prises en charge spécialisées pourront se faire facilement en balnéothérapie, appareillage. L'infrastructure de l'hôpital résoudra également la difficulté fréquemment représentée dans ces établissements : l'accueil de patients présentant des défaillances polyviscérales, nécessitant une prise en charge médicalisée.

Les besoins des résidents

Nous aurons à cœur d'ouvrir l'établissement sur l'extérieur en développant les alternatives à un hébergement résidentiel que sont l'accueil temporaire ou séquentiel (régulier ou non, dans le cadre de l'aide aux aidants) mais aussi l'accueil de jour et l'accueil d'urgence. Une adaptabilité qui permet de coller aux besoins du secteur et dans lequel le projet de vie de chaque résident reste au premier plan. L'accueil temporaire permettra au patient d'être reçu le temps de travaux dans son domicile ou de difficultés personnelles ponctuelles..., le temps de retrouver son autonomie... ou le temps d'organiser sa vie sociale... Ce type d'accueil permet également de venir en aide aux aidants sur lesquels repose le maintien à domicile de la personne en situation en handicap : le temps d'un événement précis, programmé ou imprévu (accueil d'urgence).



On doit la réalisation de cette future MAS à l'Atelier PAC, Paris

L'accueil de jour (cinq places) constitue une transition entre un hébergement et un retour à domicile.

Où, quand, comment ?

La maison d'accueil pourrait voir le jour d'ici deux ans. Sa construction coûtera 3 410 000 euros. Pour cet investissement, une subvention sera demandée au titre de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). En toutes hypothèses, il sera financé par le biais d'un emprunt.

Le projet architectural prévoit la MAS comme un lieu de vie avant tout, s'étendant sur une superficie de 1 200 mètres carré organisés autour de patios. Conçu par le cabinet parisien,

Atelier PAC, spécialiste de réalisations sanitaires et médico-sociales, il s'implantera non loin du pavillon 1, au sud-est de l'actuel pôle de médecine physique et de réadaptation.

L'équilibre a été recherché entre la personnalisation des chambres individuelles et la vie collective. Le bâtiment, de plain-pied, se veut respectueux d'une image de lieu de vie et non d'une structure de caractère trop institutionnel. La circulation y sera aisée et la disposition des lieux permettra à chaque usager de recevoir des visiteurs dans le respect de l'intimité. Elle devrait générer l'emploi de 34 « équivalents temps plein ».

Catherine Palladitcheff
Hôpital La Musse

Reconnaissance du handi

Il y a plus d'un an, l'hôpital La Musse a informé ses salariés souffrant d'un handicap, de la mise en place d'un dispositif leur permettant de bénéficier d'aides et d'une meilleure reconnaissance. L'OETH nous y aide.

Les établissements de plus de vingt salariés ont l'obligation d'employer plus de 6 % de personnes souffrant d'un handicap. L'hôpital La Musse répond à cette obligation, et ce, depuis des années en employant, en effet, des personnes handicapées, souffrant de maladies professionnelles mais aussi en ayant recours, pour les contrats d'entretien, à des employés du centre d'aide par le travail (CAT) voisin.

C'est notre politique

De par notre activité de soins de suite et de réadaptation, nous sommes, bien sûr, sensibilisés au handicap et nous nous devons de montrer l'exemple. Recruter des travailleurs handicapés, c'est bien, mais déceler d'éventuels handicaps légers et méconnus chez nos salariés, pour amé-

liorer leurs conditions de travail, serait un plus pour tout le monde. Nous pensons, en effet, que certains salariés pourraient être reconnus « travailleurs handicapés » mais qu'ils n'osent effectuer la démarche par peur ou par méconnaissance. Or, nous disposons, grâce à notre statut Fehap, d'un accord de branche nous liant à l'association OETH (Obligation d'emploi des travailleurs handicapés), chargée d'informer et de conseiller les établissements du secteur sanitaire, social et médico-social privés à but non lucratif, dans leurs actions en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés et de proposer des mesures pour sécuriser leurs parcours professionnels : embauche, aménagement des postes de travail, formation et reconversion professionnelle. L'OETH développe également des actions de prévention du handicap. Ces mesures sont financées par les contributions obligatoires des établissements.

Aide financière

L'OETH permet d'obtenir des aides financières conséquentes pour les aménagements du poste de travail, l'aide à la formation ou à la reconversion, si toute-

fois le handicap est officiellement reconnu par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Des pathologies comme la sclérose en plaques par exemple, les maladies orphelines, les cancers, les allergies, les maladies respiratoires, digestives, parasitaires, infectieuses, la déficience cardiaque, le diabète, l'épilepsie, les VIH... peuvent permettre à un salarié d'obtenir officiellement cette reconnaissance.

Peuvent y prétendre également, les salariés montrant des difficultés de mouvements (lombalgies, arthrose, malformation, rhumatisme...), des difficultés de vue, d'audition, psychiques ou intellectuelles.

Une prime de 2 290 euros est versée au salarié à l'obtention de sa première reconnaissance de travailleur handicapé. La même somme est versée à l'employeur pour mettre en place différentes mesures qui accompagneront le salarié tout au long de sa carrière. Bénéfices pour l'employé : l'amélioration des conditions de travail, une évolution facilitée dans le métier par le biais de formations qualifiantes adaptées, voire une reconversion évitant, à terme, de perdre son emploi pour « inaptitude ».

Information

Nous avons distribué la plaquette présentant ce dispositif à tous les salariés par le biais de la feuille de paye. Une chargée de mission de l'OETH est venue informer les instances représentatives du personnel de tout l'intérêt de ce dispositif. Deux partenaires internes ont un rôle prépondérant à jouer en la matière : la médecine du travail, qui voit les salariés annuellement, peut déceler une pathologie et informer des dispositions OETH et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Deux professionnels de l'hôpital La Musse y ont déjà eu recours : une salariée



cap...

travaillant dans un bureau pour la pose de stores occultant et une aide-soignante ayant besoin de matériel de levage pour l'aider à manipuler les patients.

Prévention

L'OETH joue également un rôle en matière de prévention. Elle finance, par exemple, la formation de deux et bientôt trois « animateurs prévention TMS » (troubles musculo-squelettiques). Marie-Félix Adèle (cadre kinésithérapeute) et Cécile Malo (ergothérapeute) jouent un rôle prépondérant en matière de prévention des risques professionnels liés à l'activité physique. Elles sont toutes trois certifiées de l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité). Débutées l'année dernière, dix formations Prap (prévention des risques liés à l'activité physique) ont été planifiées en 2010.

Aller plus loin

Depuis peu, le ministère du Travail oblige les entreprises de plus de 1 000 salariés (site: travaillermieux.gouv.fr) à négocier sur le stress dans l'entreprise. Si nous ne sommes pas concernés par cette obligation, nous avons cependant décidé d'y souscrire au sein de la Fondation. Ceci constitue une prise de conscience importante dans le contexte actuel général du monde du travail et a donné lieu, en mai dernier, à la signature d'un accord d'entreprise signé avec les partenaires sociaux des établissements de La Renaissance Sanitaire. Un diagnostic sur la prévention des risques psychosociaux va être réalisé par le cabinet Technologia, l'OETH assurant un financement à hauteur de 75 % de son coût. Un plan d'actions sera élaboré à partir du diagnostic et nous permettra de définir une méthodologie pertinente qui sous-tendra notre démarche. ■

Béatrice Blanche-Lopoukhine
Hôpital La Musse



Des formations Prap (prévention des risques liés à l'activité physique) sont régulièrement menées en interne à l'hôpital La Musse

Reconnaissance de travailleur handicapé

Le salarié qui souhaite faire cette démarche doit prendre contact avec le médecin du travail et/ou le service DRH de son entreprise.

Ce qu'ils en pensent

« Il y a quelques années, existaient les formations gestes et postures. Ces formations, mêmes si elles avaient un certain intérêt, visaient à adapter l'homme au travail. Au regard de l'évolution de la législation, l'InRS a repensé ses formations qui sont devenues les formations Prap.

En trois jours, elles abordent le fonctionnement du corps humain (anatomie, physiologie, biomécanique), les TMS, les différents aspects de la prévention, la manutention et les aides techniques inhérentes.

La formation Prap se déroule en deux journées consécutives, puis une troisième journée quinze jours plus tard. Cette intersession permet aux stagiaires, d'une part d'appliquer les techniques apprises et d'autre part de réfléchir aux situations de travail présentant un risque dans leur quotidien.

Jusqu'à-là organisée pour les soignants, nous avons prévu, avant la fin de l'année, d'ouvrir cette formation Prap aux autres catégories de personnel: les administratifs et les services techniques, mais sur deux jours, puisqu'ils ne sont pas concernés par les manutentions de malades.

Parallèlement, l'établissement a répondu à un appel à projet dont l'objectif est de favoriser la prévention des risques professionnels. Le groupe de travail a souhaité se diriger vers la prévention des TMS (car les TMS sont la première cause d'arrêt de travail dans notre établissement). Des actions concrètes de prévention pourraient voir le jour, telles que: groupes de marche, balnéo, informations sur la diététique... », Aurélie Clérembaux, secrétaire du CHSCT jusqu'en 2010, animatrice TMS et formatrice Prap.

Interview

Nuit blanche and co...

Le témoignage des salariés de l'hôpital Villiers Saint Denis confrontés aux intempéries du mois de décembre.

Sabine Lucas - Que s'est-il passé ce mercredi 8 décembre ?

Émilie Besse, infirmière au pôle vasculaire diabétologie appareillage (VDA) - Les personnels étaient dans l'impossibilité de rejoindre leur domicile; les plus téméraires ont essayé de partir mais ont très vite rencontré des difficultés de circulation (accrochage, véhicule dans le fossé) et ont rejoint l'hôpital. Les personnels domiciliés à Villiers Saint Denis sont rentrés à pied accompagnés de leur famille ou de leurs collègues, et ont hébergé leurs collègues. Certains proches, domiciliés à proximité, sont même intervenus en tracteur. Hormis ces quelques cas, l'ensemble du personnel présent ce jour est resté sur place.

S.L. - Comment avez-vous assuré la continuité des soins ?

Christine Demarly, cadre de santé au pôle VDA - Les médecins, l'encadrement et l'ensemble des équipes ont collaboré à la mise en œuvre d'une organisation permettant d'assurer la continuité des soins, dans un esprit calme, serein et coopératif. Certains personnels ont proposé spontanément de prendre le relais jour/nuit, mais l'équipe de nuit est arrivée. Un salarié avait fait la tournée des villages en 4x4.

Béatrice Pichelin, infirmière de nuit au pôle gériatrie pneumologie cardiologie (GPC) - Pour ce qui me concerne, c'était une nuit de travail, comme les autres, donc je devais me déplacer pour être à mon poste, ce que

j'ai réussi à faire; finalement c'était « rigolo ». Je n'ai pas paniqué car je savais que, quoi qu'il arrive, il y avait du personnel disponible et je n'avais aucun doute quant à la solidarité des équipes.

Claudine Labruière, aide-soignante de nuit au pôle GPC - J'ai vécu cette situation avec stress: prendre la route et arriver à bon port pour exercer mon activité! Un grand tourment m'a envahie, mais j'ai apprécié la grande solidarité et j'étais satisfaite d'avoir réussi à véhiculer une collègue car j'étais équipée de pneus neige. Cette nuit a été agitée car il fallait assurer le travail avec moins de personnel dans les unités. J'étais contente de repartir le lendemain matin!

Équipe de nuit au pôle médecine physique et réadaptation (MPR) - Nous avons considérablement apprécié la grande solidarité entre les membres du personnel jour/nuit lors des trois nuits d'hébergement à l'hôpital; spontanément, les personnels bloqués et en repos se sont organisés dès le début de soirée afin de reprendre le service le lendemain en cas de nécessité.

S.L. - Quelles actions avez-vous mises en place afin de prendre en charge les quatre patients de l'hospitalisation de jour et les deux visiteuses dans l'impossibilité de rejoindre leur domicile ?

Sylvie Leleu, infirmière en hospitalisation de jour au pôle MPR - Après ma journée de travail, j'ai continué la nuit. En collaboration avec le cadre infirmier supérieur, nous avons géré les repas, les distributions de médicaments, les petits déjeuners ainsi que le couchage de ces six personnes: literie,

nécessaire de toilette, dans une salle de kinéthèque. J'étais dans une pièce attenante à celle des patients, afin d'être présente immédiatement si besoin.

S.L. - Quels sentiments ont-ils exprimés ?

Sylvie Leleu - Tout d'abord, ils ont été stupéfaits que l'hôpital les ait pris en charge et ont beaucoup apprécié la disponibilité et les compétences organisationnelles dont nous avons fait preuve. Ils ont éprouvé une grande satisfaction.

S.L. - Comment avez-vous organisé la restauration ?

Franck Lemonnier, responsable cuisine satellite au pôle VDA - Étant bloqués par la neige, nous sommes restés sur place. Le responsable de la restauration nous a contactés afin d'organiser les repas des salariés, des visiteurs et des personnels des entreprises extérieures représentant environ 150 convives. Étant en liaison froide (livraison à J - 1), nous avons puisé dans la réserve des repas de chaque cuisine satellite et nous avons pu préparer des repas supplémentaires. Le self est resté ouvert.

S.L. - Comment s'est organisée la soirée à l'hôpital ?

Émilie Besse - La gouvernante, Christiane Poupert, a fourni le nécessaire de toilette, draps et couvertures. Des lits et matelas ont été installés au foyer, en salle à manger, dans les chambres disponibles... afin d'accueillir les personnels et quelques familles. La pharmacie a délivré les médicaments aux personnes le nécessitant. Les repas, pris en commun dans la salle à manger, nous ont permis de faire connaissance

et d'échanger avec de nouveaux collègues puis, en fin de soirée, nous avons fait une balade ensemble dans le parc qui était magnifique !

Benjamin Belhcen, infirmier de nuit au pôle MPR - Je suis un naufragé de la route : n'ayant pu rejoindre Soissons, j'ai passé ma nuit par terre sur une couverture dans le palais des sports de Château-Thierry et j'ai pris mon poste la nuit suivante après avoir erré dans la ville toute la journée.

S.L. - Qu'avez-vous retenu de cette expérience ?

Émilie Besse - Je garde un très bon souvenir de cette soirée/nuit, parce qu'il s'agit d'un cas exceptionnel, mais il ne faudrait pas que cela se renouvelle souvent... Une grande solidarité, une formidable mobilisation, la disponibilité, la réactivité de l'ensemble des personnels, du courage et de l'entraide entre les pôles.



S.L. - M. Glavieux, vous êtes responsable de l'organisation technique en cas d'intempéries. Comment avez-vous fonctionné ?

Éric Glavieux - L'organisation mise en place au sein de l'hôpital prévoit que les salariés d'astreinte peuvent intervenir 24 heures/24 tous les jours, en fonction des besoins, sur appel du standard ou sur initiative du salarié. Les personnels d'astreinte sont donc venus dégager les voiries de l'hôpital dès 4 heures du matin afin de faciliter l'accès aux personnels. Puis, étant donné l'intensité du manteau neigeux recouvrant une couche verglacée, nous sommes intervenus

nus à pied, munis de pelles, de racloirs et de sel jusqu'à 20h 30.

Certains de ces personnels sont allés chercher des salariés de nuit à leur domicile (Soissons) ainsi que des salariés bloqués par la neige sur la route. Durant les moments d'inaccessibilité aux ambulances externes, nos chauffeurs ont pris en charge les transferts des patients entrants et sortants, jusqu'à l'entrée de l'hôpital.

Je tiens à souligner la très forte implication de l'ensemble de l'équipe, leur grande disponibilité, et leur mobilisation. ■

Sabine Lucas
Hôpital Villiers saint Denis

L'équipe « neige »



Faits marquants

Hôpital Villiers Saint Denis

Visite de directeur de l'agence régionale de santé (ARS)

Le 22 septembre dernier, Christophe Jacquinet, directeur général de l'ARS de Picardie, a visité l'hôpital Villiers Saint Denis. Il s'est rendu dans les trois pôles d'hospitalisation (médecine physique et réadaptation, gériatrie pneumologie cardiologie et vasculaire diabétologie appareillage) et s'est entretenu avec de nombreux professionnels de santé.

Attentif aux constructions récentes ou en voie d'achèvement (plateau technique de rééducation, nouvelles structures sanitaires et médico-sociales de gériatrie), Christophe Jacquinet envisage de visiter plus longuement l'hôpital, lors de l'inauguration officielle des nouveaux bâtiments.

Direction

Alexandre Leroux succède à Jean-Louis Yonnet qui a cessé ses fonctions fin décembre 2010 après avoir dirigé pendant 15 ans l'hôpital et le centre d'appareillage. Nous remercions M. Yonnet de son action pour développer et promouvoir l'hôpital et

son centre d'appareillage. Nous lui souhaitons une excellente retraite.

Visite par les maires du canton de Charly-sur-Marne de l'accueil de jour Alzheimer et de l'unité cognitivo-comportementale

Le 28 février dernier, les maires ont visité, en avant-première, les nouveaux locaux (voir article pp. 6-7) en présence d'Alexandre Leroux, directeur de l'hôpital Villiers Saint Denis, du Dr Jean-François Bouteleux, président de la conférence médicale d'établissement, et du Dr Guy Schneider, chef du pôle gériatrie pneumologie cardiologie.

Partenariats - Rencontres

- Du directeur et du président de la commission médicale d'établissement du CH de Meaux - Lagny - Coulommiers (Seine-et-Marne); les chefs de pôles d'hospitalisation ont également participé à cette rencontre.
- De représentants de l'hôpital Raymond-Poincaré de Garches (AP-HP - Hauts-de-Seine) et de l'hôpital

Saint-Louis (AP-HP - Paris 10^e) pour la prise en charge des blessés médullaires (traumatisme de la moelle épinière).

- Du directeur de l'institut Robert-Merle d'Aubigné spécialisé en soins de suite et réadaptation (Valenton - Val-de-Marne) concernant l'appareillage.
- De la représentante de la maison de retraite Jean-Moulin de Saint-Gobain (Aisne) pour finaliser la convention de partenariat.
- De représentants du CH Auban-Moët d'Épernay qui ont notamment visité le pôle vasculaire - diabétologie - appareillage et le centre d'appareillage.
- De chirurgiens vasculaires de la Pitié-Salpêtrière (Paris 13^e).
- De représentants du CHU de Reims - hôpital Sébastopol en vue d'établir une convention avec le centre d'appareillage.

Travaux - Sécurité

Début février, ont respectivement été organisées par l'agence régionale de santé et la commission d'arrondissement

Le Dr Guy Schneider
(de dos - voir photo
page suivante)
présentant les
nouveaux locaux





pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public :

- la visite de conformité de l'accueil de jour autonome Alzheimer, nouvel établissement médico-social attachant au pôle gériatrie pneumologie cardiologie ;
- la visite de sécurité pour la réception des travaux réalisés aux pôles gériatrie pneumologie cardiologie et médecine physique et réadaptation.

Qualité et gestion des risques

- Refonte du document unique relatif aux risques professionnels en concertation avec le CHSCT, la direction qualité et gestion des risques, la direction des ressources humaines, ainsi que le médecin du travail.
- Présentation par le Dr Jérôme Talmud, après sélection du comité scientifique, aux journées Emois (évaluation, management, organisation, santé) 2010 à Bordeaux, en présence d'environ 350 personnes (ministères, Agence technique de l'information hospitalière, mission tarification à l'activité, Caisse nationale d'assurance maladie, responsables et techniciens des départements d'information médicale) d'une communication affichée et réalisée par le Dr Véronique Mennetrier intitulée « Baromètre trimestriel de la satisfaction du patient ».
- Dans le cadre de la journée mondiale « hygiène des mains », mise en place de différentes actions au sein de l'hôpital : affiches, diffusion de films sur le

canal interne et le portail intranet, ateliers à l'attention des personnels et des usagers.

Alimentation et nutrition

Le 1^{er} juin dernier, l'hôpital Villiers Saint Denis et en particulier le Dr Jean-François Bouteleux, président du comité de liaison en alimentation et nutrition (Clan), organisait la 2^e journée consacrée à la dénutrition, l'un des enjeux du Programme national nutrition santé (PNNS). Les thèmes suivants ont été abordés en matinée : l'installation du patient au repas, la dégustation de produits enrichis, la sensibilisation à la nutrition entérale, dénutrition et cicatrisation au travers d'un cas clinique et la présentation du logiciel de dépistage de la dénutrition. L'après-midi, le Pr Éric Bertin, président du réseau des comités de liaison alimentation nutrition (Resclan) Champagne-Ardenne, diabétologue/nutritionniste au CHU de Reims, intervenait dans le cadre d'une conférence qui fut très appréciée : « les enjeux de la dénutrition - importance du dépistage, prise en charge précoce et enjeux financiers ».

Éducation thérapeutique

L'hôpital a déposé les dossiers de demandes d'autorisations suivantes auprès de l'ARS :

- affections et maladies chroniques : vivre avec son diabète ;
- adhésion et observance thérapeu-



tique : anticoagulants oraux et risques d'hypocoagulation ;

- sensibilisation à l'arrêt du tabac ;
- accompagnement de la personne en surpoids ;
- l'hypertension artérielle ;
- le bien-être des pieds.

Stages sportifs au profit des patients

Ont été organisés par Frédéric Lamandé, cadre rééducateur, des stages (voir article pp. 18-19) de :

- parapente (une semaine dans les Vosges) ;
- ski alpin (domaine des Rousses - Haut-Jura).

Médailles du travail

Le 8 juin 2010 étaient remis les diplômes et médailles d'honneur du travail à 58 récipiendaires. ■

Christophe Jacquinet,
directeur de l'ARS
de Picardie, visitant
le pôle gériatrie
pneumologie
cardiologie, avec
le Dr Guy Schneider

Faits marquants

Hôpital La Musse

Certification

La Haute Autorité de santé (HAS) a prononcé la certification de l'hôpital La Musse, levant ainsi notre suivi, grâce à l'avis favorable de la commission de sécurité du pavillon 2 (pôle soins de suite spécialisés). La HAS nous invite à poursuivre notre démarche qualité sur des points tels que l'amélioration des conditions de travail et l'évaluation des risques professionnels, le respect de la volonté du patient, la justification des prescriptions d'examen de laboratoire ou de radiologie ou l'évaluation de la gestion des risques...

Informatique

L'hôpital La Musse a entrepris le renouvellement de son logiciel compta-stock. Outre le secteur comptabilité, la pharmacie et les services économiques sont également concernés par ce nouvel outil. Les réunions préalables à la mise en place du logiciel Axigate (dossier patient numérique) ont été planifiées, pour un système qui devrait être opérationnel dans quelques mois.

Nouveaux téléphones internes

Les « bips », qui permettent de joindre un salarié où qu'il se trouve, ont été

remplacés par un système plus moderne et performant de téléphones sans fil, type DECT (Digital enhanced cordless telecommunications). Deux cents modèles « simples » et six modèles adaptés aux travailleurs isolés (c'est-à-dire aptes à lancer une alarme en cas de problème) équipent les salariés de l'hôpital La Musse. Coût de l'investissement : 129 000 euros.

Protection des oiseaux

Une convention vient d'être signée entre l'hôpital La Musse et la Ligue pour la protection des oiseaux (LPO) de Haute-Normandie. Les représentants de vingt-six espèces communes de la région ont été repérés, cet automne, par les trois bénévoles de l'association. La coopération pourrait déboucher, dans les prochains mois, sur la pose de petits panneaux devant les arbres remarquables, signalant les traces de nidification, montrant les différents oiseaux présents dans le parc...

Soins palliatifs : une aide bienvenue

Comme l'année passée, l'unité de soins palliatifs a reçu l'aide du club Rotary d'Évreux qui lui versera les bénéfices des entrées (1 100 visiteurs) au salon du vin du Rotary, soit 9 000 euros. L'année dernière, un premier don de 4 000 euros avait permis de doter l'établissement d'un matelas spécial anti-escarres dernière génération et de systèmes similaires pour quelques fauteuils.

Trois bénévoles de la LPO Haute-normandie en repérage dans le parc de l'hôpital La Musse



Le tout nouveau plateau d'obstacles
installé en aplomb du pôle MPR
(voir article pp. 14-15)

Animations au pôle soins de suite polyvalents et gériatriques

L'une des salles de réunion du pôle de soins de suite polyvalents et gériatriques a connu, ces derniers mois, des animations peu ordinaires avec l'organisation d'un goûter de Noël, d'une démonstration de tai-chi-chuan et d'un après-midi loto et galette des rois en janvier dernier, pour les patients du pôle, sous l'impulsion de la nouvelle animatrice recrutée l'année dernière et relayés par les équipes soignantes.

Les magasins réorganisés

Pour d'évidentes raisons de rationalisation du travail, les trois « magasins » de l'hôpital La Musse sont désormais regroupés près des services techniques. Le magasin général, l'épicerie et la blanchisserie sont animés et gérés par quatre magasiniers qui vont tendre, peu à peu, vers plus de polyvalence.

Nos médecins

- Départ du Dr Emmanuel Fontaine, médecin depuis neuf ans au pôle médecine physique et réadaptation (MPR) et arrivée de son remplaçant, le Dr Malik Kebir.
- Arrivée du médecin neurologue vacataire Max Dujardin, présent dans l'établissement tous les mardis après-midi.
- Le Dr Didier Chauvin, chef de pôle SSPG, a été nommé « médecin référent douleur » et animateur du comité de lutte contre la douleur à l'hôpital local de la ville voisine de Conches.
- Le Dr Sylvie Héral, cardiologue à La Musse depuis quinze ans, est partie à la retraite à la fin de l'été.
- Le Dr Jean Chatel, rhumatologue à Évreux, intervient régulièrement à l'hôpital La Musse depuis le mois



Animation musicale
pour les patients de gériatrie

d'octobre, où il apporte au Dr Victor Liviot (chef du pôle MPR) un regard complémentaire concernant certains patients lombalgiques.

- Le Dr Jean-Samuel Bouvet, médecin gériatre, a pris ses fonctions au pôle SSPG en octobre dernier.



Plastik dans le cadre
du château de La Musse

Le simulateur de conduite en Malaisie

Yves Prudent, chef ergothérapeute à l'hôpital La Musse, s'est rendu en Malaisie cet automne, pour présenter le travail mené par l'établissement autour du simulateur de conduite, lors d'un congrès médical à Kuala-Lumpur. Il s'agissait d'un partenariat avec la société gestionnaire des logiciels équipant la voiture installée depuis 2006 au pôle MPR.

Journée mondiale de l'AVC

La journée mondiale de l'AVC (accident vasculaire cérébral) a été l'occasion de l'organisation d'une petite manifestation au pôle MPR, fin octobre. Exposition et rencontre avec l'association Normandie AVC ont été organisées par Marie-Félix Adèle, chef kinésithérapeute, et son équipe.

Performance au château

Le cadre pittoresque du château de La Musse a accueilli, à plusieurs reprises cet automne, une performance visuelle, musicale et chorégraphique sur le thème du plastique : Plastik imaginée par deux jeunes chorégraphes d'une compagnie d'Évreux : Lexanto. Le succès de ces soirées a nécessité l'ajout de dates supplémentaires.

Yves Prudent
présente
à des collègues
malaysiens
le fonctionnement
du simulateur



Deux membres
de normandie AVC
en compagnie
d'une partie de
l'équipe soignante
du pôle MPR



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.

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
1, rue Victor-et-Louise-Monfort BP 1
02310 Villiers Saint Denis
Tél. : 03 23 70 75 22



Hôpital La Musse
Allée Louis-Martin
BP 119
27180 St-Sébastien-de-Morsent
Tél. : 02 32 29 30 31



Accueil de jour Alzheimer
1, rue Victor-et-Louise-Montfort
BP 1
02310 Villiers Saint Denis
Tél. : 03 23 70 74 90



Samsah La Musse
BP 119
27180 Saint-Sébastien-de-Morsent
Tél. : 02 32 29 32 27



Centre d'appareillage
1, rue Victor-et-Louise-Montfort
BP 1
02310 Villiers Saint Denis

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



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

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.