

Le magazine de La Renaissance Sanitaire

Regards

N°12 DÉCEMBRE 2011

Actualités

Enjeux

Compétences

Initiatives

Hôpital La Musse
Samsah
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 conférence 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

Marie-France CARABIN, désignée par la FMP Mutualité francilienne

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

Bernard VIALATOUX, vice-président de la FMP

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

Maladie d'Alzheimer

Inauguration de l'accueil de jour et de l'unité cognitivo-comportementale de Villiers Saint Denis p. 4

Soins de suite polyvalents gériatriques

Ouverture d'une unité cognitivo-comportementale à l'hôpital La Musse p. 7

Le diabète et ses complications podologiques

Mercredi 25 mai 2011 : une journée dédiée et quelle journée ! p. 10

Association des infirmiers de rééducation et de réadaptation

29^{es} journées d'étude p. 12

compétences

Unité de neurologie de l'hôpital La Musse

Cinquante-six lits dédiés p. 14

Le parapente chez les personnes amputées de bras

Expérimentation d'une barre de pilotage p. 18

Témoignage

Elena Halosta Rodica, kinésithérapeute roumaine à l'hôpital Villiers Saint Denis p. 19

Géode

Prix Actican 2011 p. 20

enjeux

Objectif

Certification V3 à l'automne 2012 p. 21

Certificat(ion)

Copie de rentrée pour l'hôpital Villiers Saint Denis p. 23

La volonté du Clin

« Que les bonnes pratiques soient appliquées par tous » ..p. 24

initiatives

La Wifi opérationnelle à l'hôpital Villiers Saint Denis

Politique de soins performante et amélioration du confort des usagers p. 26

Hôpital Villiers Saint Denis

L'unité centrale de fauteuils roulants p. 28

Faits marquants

Hôpital Villiers Saint Denis p. 30

Hôpital La Musse p. 32



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



Imprimé sur un papier FSC
www.fsc.org

Directeur de publication : Didier Gaboriaud ■ Rédacteurs en chef : René Durand, René Vandamme, Catherine Toubanc ■ Photos : Denis Châtelain, Dominique Guibourg, Marie-Claude Pannetier ■ Conception maquette : Héral ■ Imprimerie de Champagne ■ Dépôt légal 4^e trimestre 2011.



Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012, actuellement discuté par le Parlement, s'inscrit dans la stratégie gouvernementale de réduction du déficit public, dans un contexte national et européen de forte contrainte de la dépense publique.

L'amélioration de l'efficacité du système de soins, et en particulier les performances de l'hôpital, doivent notamment contribuer à la réalisation de cet objectif. Énième réforme, énièmes mesures pour juguler le déficit abyssal de l'Assurance maladie dont les recettes sont insuffisantes ? La baisse attendue des dépenses sera-t-elle équitablement répartie ? La qualité des prestations de soins sera-t-elle préservée ? Que d'interrogations auxquelles il faudra répondre pour rompre l'inacceptable logique de déficit !

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), volet renforcé de la 3^e itération de la certification réalisée par la Haute Autorité de santé (HAS) – en cours dans tous les établissements de santé – participe de cette recherche de performance. Ces EPP s'intéressent en particulier à la pertinence des pratiques soignantes et médicales.

Cela doit aussi être relié avec « l'évolution » des soins de ville souhaitée par les pouvoirs publics. Ainsi, par exemple, un avenant à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, signé le 3 novembre 2011 par la Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR) et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), prévoit l'expérimentation d'un programme d'accompagnement de retour à domicile des patients après interventions orthopédiques. L'objectif est d'assurer la prise en charge de la rééducation de ces patients par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux au lieu de recourir à des services de soins de suite et de réadaptation (SSR), lorsqu'une hospitalisation n'est pas nécessaire. Un dispositif de mise sous accord préalable des établissements de SSR sera donc mis en place afin de contrôler le respect des référentiels de la HAS.

Il s'agit selon les termes de la HAS, chargée depuis 2008 d'une mission nationale d'évaluation médico-économique, de « *mettre la qualité au cœur des choix collectifs en santé* » et « *d'agir pour une gestion active du panier de biens et de services remboursables* ».

La recherche d'efficacité et de pertinence indispensable est une préoccupation quotidienne des professionnels de nos établissements, quels que soient le domaine d'activité et les fonctions exercées, médicale, soignante, administrative, « support »...

C'est un challenge quotidien des équipes d'évaluer les pratiques, d'agir en concertation avec les autres acteurs, professionnels libéraux, centres hospitaliers, maisons de retraite, Ehpad, services d'aide et de soins à domicile, agences régionales de santé, HAS, Assurance maladie, organismes de complémentaire santé, représentants des usagers..., tous parties prenantes du système de santé. Ce travail collectif est poursuivi sans relâche. Il démontrera le bien-fondé et la singularité des soins pratiqués dans nos établissements et justifiera de la confiance en ceux-ci.

Didier Gaboriaud
Président de La Renaissance Sanitaire

Maladie d'Alzheimer

Inauguration de l'accueil de cognitivo-comportementale

Opérationnelles depuis le 7 février pour l'unité cognitivo-comportementale (UCC) et le 7 mars pour l'accueil de jour, ces deux nouvelles structures, spécifiquement adaptées à la prise en charge de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées, ont été officiellement inaugurées le 30 juin 2011, au sein du pôle gériatrie pneumologie cardiologie.

Cette cérémonie s'est déroulée en présence de Christophe Jacquinet (directeur de l'agence régionale de santé [ARS] de Picardie), de Régis Elbez (sous-préfet de Château-Thierry), d'Isabelle Vasseur (député de l'Aisne), de Georges Fourré (conseiller général du canton de Charly-sur-Marne) et de

Chantal Hochet (maire de Villiers Saint Denis), accueillis par Didier Gaboriaud (président de La Renaissance Sanitaire), Alexandre Leroux (directeur de l'hôpital Villiers Saint Denis) et le Dr Jean-François Bouteleux (président de la conférence médicale d'établissement). L'UCC, d'une capacité de 15 à 18 lits, est parfaitement conforme au cahier des charges du plan Alzheimer 2008-2012, grâce à une architecture appropriée et à une équipe soignante spécialisée. Elle est principalement adaptée à la prise en charge des troubles psycho-comportementaux, à la réadaptation thérapeutique des malades Alzheimer et à la gestion des situations de crise.

L'accueil de jour, avec ses 10 places et une place d'accueil de nuit, s'inscrit dans l'arsenal thérapeutique en proposant aux patients :

- au stade modéré de leur maladie, des

ateliers de stimulation cognitive et des activités de resocialisation en groupes homogènes ;

- au stade sévère de la maladie, des activités occupationnelles avec des ateliers de réminiscence et un répit pour les aidants familiaux.

L'objectif est ici :

- de maintenir les capacités fonctionnelles existantes pour les actes essentiels ;
- de stimuler les fonctions cognitives ;
- de rétablir la socialisation et de lutter contre la dépendance ;
- de proposer une prise en charge psychothérapeutique ;
- d'offrir une structure de proximité.

L'ensemble de ce dispositif permet :

- d'assurer un soutien et un suivi des personnes âgées malades et dépendantes afin de prolonger leur maintien à domicile ;
- de lutter contre l'isolement ;
- d'offrir un répit pour l'entourage épuisé ;



De gauche à droite :
Chantal Hochet
Christophe Jacquinet
(désormais directeur
de l'ARS Rhône-Alpes),
Isabelle Vasseur,
Georges Fourré,
Didier Gaboriaud
et Alexandre Leroux

jour et de l'unité de Villiers Saint Denis

- de mieux informer les personnes âgées, leurs familles et les aidants ;
- d'anticiper avec eux un projet de vie.

Ces deux nouvelles structures sont les rouages de la filière gériatrique du territoire du sud de l'Aisne et viennent s'articuler avec la consultation mémoire de l'hôpital Villiers Saint Denis, ouverte en 2003 et labellisée au sein du réseau mémoire Picard en 2007. Ces consultations ont pour vocation le dépistage des syndromes démentiels, le diagnostic de la pathologie responsable des troubles cognitifs, la mise en place de projets de soins et de suivi.

La journée d'inauguration a pu mettre en évidence la qualité de la prise en charge de l'équipe pluridisciplinaire. Cette dernière s'articule autour de compétences multiples et essentielles dans la prise en charge de la personne âgée souffrant de la maladie d'Alzheimer (médecins, ergothérapeutes, psychologue, neuropsychologue, secrétaires médicales, infirmiers, agents de soins et d'animation, aides-soignants, aides médico-psychologiques [voir encadré p. 9], agents de services hospitaliers, assistante sociale, secrétaire sociale...), sans oublier la participation active des services « jardin » et « restauration ».

Au-delà de l'organisation même de cette journée, ce projet n'a aussi été rendu possible qu'avec toute la participation des services administratifs, logistiques et techniques de l'établissement. C'est un personnel motivé qui, avec un plaisir affiché, a pu mettre en valeur son travail au sein de ces nouvelles structures, à travers la présentation des locaux, des outils de prise en charge et d'évaluation, des différents types d'animation... Ces visites guidées ont permis un échange professionnel et convivial avec les collègues de l'établissement, ainsi qu'avec les partenaires extérieurs pré-





sents à cette occasion (services à domicile [SAD], services de soins infirmiers à domicile [Siad], établissements pour personnes âgées dépendantes [Ehpad], centre local d'information et de coordination [Clic], professionnels du libéral et des centres hospitaliers, associations, donateurs...).

Ainsi, l'accueil de jour et l'UCC sont bien l'aboutissement du travail de l'ensemble d'une équipe pluridisciplinaire, profondément motivée et accompagnée dans son quotidien par un encadrement dynamique (Christelle Delatour, coordinatrice socio-administrative; Patricia Jamin Luckzinski, cadre infirmier supérieur; Sylvie Weisz, cadre de santé en gériatrie), au sein d'un pôle impliqué dans l'aboutissement des différents projets (palliatifs, réhabilitation respiratoire...) et travaillant en toute complémentarité.

Cette équipe doit continuer de relever l'enjeu considérable du nombre croissant de malades Alzheimer (200 000 à 230 000 nouveaux cas par an). ■

Dr Guy Schneider
Hôpital Villiers Saint Denis

Présentation
de l'accueil de jour
et de l'UCC
par le Dr Guy
Schneider, chef
du pôle gériatrie
pneumologie
cardiologie

Réseau mémoire de Picardie

Le réseau mémoire de Picardie est constitué actuellement de cinq centres mémoire labellisés, situés aux centres hospitaliers de Saint-Quentin, Soissons, Compiègne, Beauvais et au CHU d'Amiens qui en est le centre de référence.

Le maillage du territoire picard a vu l'ouverture de consultations mémoire de proximité.

La consultation mémoire de l'hôpital Villiers Saint Denis dépend du centre mémoire du CH de Soissons.

Rendez-vous tous les jours de 8h30 à 17h00
Tél. : 03 23 70 75 80
03 23 70 74 80

Journée mondiale Alzheimer

La journée mondiale dédiée à la maladie d'Alzheimer est un moment de mobilisation internationale organisé chaque 21 septembre pour améliorer la vie des personnes malades et de leurs aidants.

Les équipes de Villiers Saint Denis ont réalisé un film intitulé « Une journée à l'accueil de jour » qu'ils ont présenté à cette occasion.

Le film est en ligne sur le site de La Renaissance Sanitaire :
www.larenaissancesanitaire.fr

Plan Alzheimer 2008-2012

La maladie d'Alzheimer touche aujourd'hui environ 800 000 personnes en France. La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées progressent inexorablement avec l'âge : à partir de 85 ans, une femme sur 4 et un homme sur 5 sont touchés.

Face à ce triple défi scientifique, médical et social, le président de la République a lancé le 1^{er} février 2008 le plan Alzheimer 2008-2012 doté de moyens spécifiques.

Il représente un effort cumulé de 1,6 milliard d'euros, financé par l'État et l'Assurance maladie.

Centré sur la personne malade et sa famille, il a pour objectif de fournir un effort sans précédent sur la recherche, de favoriser un diagnostic plus précoce et de mieux prendre en charge les malades et leurs aidants.

Soins de suite polyvalents gériatriques

Ouverture d'une unité cognitivo-comportementale à l'hôpital La Musse

L'unité cognitivo-comportementale qui s'est ouverte en mai dernier au sein du pôle soins de suite polyvalents gériatriques de l'hôpital La Musse, sécurisée, a nécessité plusieurs mois de travaux d'aménagement. La structure, d'une capacité de douze lits, est conçue pour s'adapter aux patients souffrant de troubles cognitifs (type Alzheimer et apparentés), valides (ou temporairement invalides) et présentant des troubles du comportement (agressivité, troubles du sommeil, agitation, hallucination, refus de soin...) pour des durées limitées dans le temps.

« Les patients nous sont adressés, directement du domicile ou d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), pour difficultés de prise en charge ou volonté de ménager un répit à l'aidant familial, explique le Dr Didier Chauvin, chef de pôle à l'hôpital La Musse qui, aux côtés de la direction, a porté ce projet. Parfois, à la suite d'une intervention chirurgicale (col du fémur...) ou d'une hospitalisation en médecine (chute, pneumopathie, maintenance à domicile impossible...). »

Réduire les médicaments

Les objectifs sont multiples. À la trilogie habituelle (soigner, éduquer, rééduquer) s'ajoutent l'évaluation des fonctions

cognitives et des troubles comportementaux, la nécessaire adaptation des traitements (anxiolytiques ou antidépresseurs, souvent prescrits pour ces pathologies), la promotion de la prise en charge non médicamenteuse (prendre du temps pour parler avec la personne, lui tenir la main pour l'apaiser...) et le soutien aux aidants.

« Aux soins "classiques" de rééducation que nous pratiquons suite à des chutes, des accidents vasculaires cérébraux (AVC), etc., nous ajoutons les soins psychiques. Il nous faut, en effet, stimuler, maintenir et, si possible, restaurer la mémoire dans les domaines liés à la vie quotidienne : temps, espace, famille, société. Nous devons veiller à entretenir une communication orale et corporelle et



Inauguration de l'unité cognitivo-comportementale en présence de Liliane Dabrowski, représentant l'agence régionale de santé (au premier plan à droite)



Plan Alzheimer, le maillage haut-normand

L'unité cognitivo-comportementale de l'hôpital La Musse est la seconde unité de ce type créée en région Haute-Normandie, la première fonctionnant au CHU de Rouen.

Elle s'inscrit dans le plan Alzheimer 2008-2012 mis en place par le gouvernement (voir encadré p. 6).

Sa création a bénéficié d'une aide budgétaire de l'agence régionale de santé.

Une troisième unité est en cours de réalisation au Havre.

valoriser les capacités restantes. Nous devons, enfin, par des soins corporels, faciliter le bien-être du patient et restaurer son image de soi face au regard des autres », précise le Dr Marie-Sophie Hervieu-Bidault, médecin de l'unité.

L'espace et le temps

À prise en charge exceptionnelle, moyens exceptionnels. La prise en charge des patients de l'unité cognitivo-comportementale est globale et multidisciplinaire. Le projet de soins s'appuie sur un bilan d'entrée médical et neuro-psychologique et la mise en œuvre quotidienne d'ateliers de stimulation cognitive.

« Tout d'abord, les soins de base et de rééducation "classique" et les événements se déroulant tout au long de la journée, sont des prétextes à mettre en place une stimulation cognitive et des essais de reprise d'indépendance selon les bons usages... », précise le Dr Didier Chauvin. Nous faisons appel aux capacités d'analyse et de réflexion des patients, aux rappels des souvenirs. La journée se rapproche le plus possible d'une journée type. Deux

ateliers sont prévus chaque jour et par personne en fonction des déficits notés et des objectifs définis par l'équipe médicale : parcours psychomoteur, gymnastique, cuisine, création manuelle, jeux de société... Enfin, un soutien aux aidants est apporté par toute l'équipe, basé sur l'écoute et la mise à disposition d'informations ».

L'équipe d'un service de gériatrie classique (infirmiers, aides-soignants, psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute et médecin) est consolidée par un renfort en aides-soignants, neuropsychologue, psychomotricien (voir encadré). Tous bénéficient de formations adaptées : le diplôme d'« assistant en gérontologie » (140 heures de formation en diplôme universitaire) sera généralisé aux aides-soignants et aides médico-psychologiques (AMP). Des formations spécifiques Alzheimer ont débuté pour tous... Un groupe de parole sur le modèle de ce qui existe déjà dans l'unité voisine de soins palliatifs a été créé.

Les AMP, nouveau « métier » à l'hôpital La Musse viennent renforcer le groupe (voir encadré p. 9).



Comme à la maison

L'originalité du dispositif réside également dans l'organisation de l'unité. La plupart des cloisons ont été abattues pour former un lieu de vie disposant d'un parcours de déambulation, indispensable pour apaiser les patients souffrant de troubles cognitifs. L'endroit dispose, à l'image de ce qui existe dans une maison traditionnelle, d'une salle à manger, où les repas sont pris sur de petites tables, d'une cuisine ouverte avec un plan de travail accessible et sécurisé pour les patients et d'un coin salon avec un home cinéma. À l'entrée de l'unité, non loin des salles de motricité, d'ergothérapie et de kinésithérapie, des casiers permettent aux familles de laisser leurs affaires en toute sécurité dès leur arrivée. Elles se présentent ainsi dans le service sans manteau, ni sac, permettant de créer les conditions de vie d'une maison. Onze chambres complètent l'unité, dont une à deux lits, car il a été observé que certains patients ont besoin de compagnie. Chaque chambre est identifiée par une couleur (pastel) différente.

Et après ?

Enfin, au terme de la période d'hospitalisation, la préparation du projet de sortie et du projet de vie s'appuie sur un bilan social systématique, une réévaluation neuropsychologique et un accompagnement de l'aidant ou de l'équipe d'Ehpad chargée d'accueillir le patient, afin de préciser les difficultés à prévoir et de définir les pistes de solutions. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Deux nouvelles formations

À l'occasion de l'ouverture de l'unité cognitivo-comportementale, deux nouveaux métiers sont apparus à l'hôpital La Musse.

L'assistant en soins gériatriques

Deux aides-soignants ont été formés et d'autres bénéficieront très prochainement de cet enseignement qui prévoit 140 heures de formation réparties sur vingt jours pendant deux mois et demi et dont le contenu s'appuie sur l'expérience de chacun et permet de travailler sur des concepts tels que l'émotion, le regard, l'écoute, la valorisation, la communication ou la patience.

L'aide médico-psychologique

Deux auxiliaires de vie travaillant auparavant en foyer pour personnes déficientes et en Ehpad interviennent désormais dans l'unité, apportant leur expérience passée enrichie de leur formation d'AMP : dix-huit mois d'enseignement pratique et de théorie pour arriver à saisir l'isolement d'une personne âgée ou handicapée et y répondre par un accompagnement individualisé et éducatif, de réelles qualités de contact, la capacité à nouer des engagements relationnels forts au travers des actes de la vie quotidienne.

France Alzheimer

La section de l'Eure de l'association Alzheimer 27 est partie prenante dans l'opération. Profitant de l'ouverture de l'unité, elle propose aux « aidants » une permanence le troisième mardi de chaque mois à l'hôpital La Musse en deuxième partie d'après-midi, maison des usagers, pavillon 3.

Tél. : 09 63 00 98 74

Le diabète et ses complications

Mercredi 25 mai 2011 : une journée dédiée et

L'hôpital Villiers Saint Denis, hôpital de soins de suite et de réadaptation, dispose de plusieurs pôles d'expertise reconnus, notamment le pôle vasculaire diabétologie et appareillage (VDA) connu depuis plus de trente ans pour la rééducation et l'appareillage des patients amputés.

Le pôle stratégie et orientation de l'hôpital, la conférence médicale d'établissement (CME) et notre nouvelle direction souhaitaient en début d'année 2011 remettre en valeur l'expertise et l'excellence de chacun des pôles d'hospitalisation. Ainsi pour le pôle VDA :

- les soins locaux ;
- la surveillance médicale ;
- la rééducation et l'appareillage des patients diabétiques porteurs de troubles

trophiques des pieds amputés ou non. En tant que président de la CME, mais aussi médecin angiologue du pôle VDA, à l'origine un peu et modestement de l'histoire du diabète dans cet hôpital de soins de suite, qui a toujours su prendre les bonnes orientations au bon moment (Alzheimer, gériatrie, soins palliatifs, neurologie, le diabète pour le pôle VDA il y a plus de dix ans...), j'ai eu l'immense bonheur et honneur d'avoir été coopté pour être le guide de la journée du 25 mai 2011.

Ainsi, j'ai eu le privilège dans le discours d'ouverture, de rappeler qu'il y a plus de trente ans à mon arrivée, la population des patients n'était faite que de patients artéritiques et tabagiques amputés à plus de 90 %. Aujourd'hui, elle est composée de patients diabétiques amputés ou non, porteurs de troubles trophiques à plus de 60 % à flux tendu.

Vous pourriez vous poser la question : « pourquoi du diabète à l'hôpital Villiers Saint Denis, dans ce beau parc, en pleine campagne, au milieu des vignes ? ».

Ce n'est pas le fait d'un coup de baguette magique. C'est une histoire faite :

- d'expériences partagées lors de rencontres marquantes avec de grands professeurs, le Pr Roger Assan (hôpital Bichat), le Pr Gérard Cathelineau (hôpital Saint-Louis) ;
- de contacts et liens tissés avec initialement les médecins et chirurgiens notamment ceux de tous les grands hôpitaux parisiens (Assistance publique-Hôpitaux de Paris [AP-HP] et autres) puis locorégionaux ;
- d'un poste d'attaché à la consultation du pied diabétique de l'hôpital Saint-Louis en compagnie de mon ami le Dr Didier Acker, médecin podologue ;
- et enfin écrite par les équipes du pôle VDA compétentes, présentes, multidisciplinaires, créatrices, comprenant

l'émergence du nombre croissant de patients diabétiques, se formant en conséquence et s'adaptant aux changements.

Il a été alors facile pour moi de demander tout naturellement à mes amis les Prs Patrick Vexiau (chef de service à l'hôpital Saint-Louis) et Jean-François Gautier (professeur des universités-praticien hospitalier à l'hôpital Saint-Louis) de prêter leur concours pour la réussite assurée de cette journée en assurant toute la partie scientifique.

Cette courte introduction historique était nécessaire pour comprendre la spécificité actuelle, mais aussi pour expliquer le thème d'une journée consacrée au diabète avec mise en valeur des compétences médicales et paramédicales des équipes du pôle VDA et choix des conférenciers. Cette journée fut entièrement conçue par les équipes multidisciplinaires du pôle extrêmement motivées et enthousiastes. Nous avons désiré mettre en valeur le savoir-faire et le professionnalisme de tous les acteurs entourant ces patients diabétiques, amputés ou non, adressés par les grands services de diabétologie et de chirurgie de l'AP-HP, de la région parisienne, de notre région de Picardie et de Champagne-Ardenne. La diversité des métiers et spécialités des intervenants illustre parfaitement cette notion d'équipe nécessaire pour atteindre les projets thérapeutiques et objectifs de soins des patients : prothésistes, kinésithérapeutes, rééducateurs, infirmiers, diététiciennes, assistante sociale, infirmier d'éducation, diététicienne en éducation, podologue-pédicure, médecins, infirmière référente « plaies et cicatrisation ».

Les impressions à chaud des participants, venus en très grand nombre et parfois de loin, à la fin des différentes interventions (cf. programme de la journée ci-contre), les courriers de vifs remerciements, les

Programme de la journée

Activité des pôles vasculaire, diabétologie et appareillage

Dr Gilbert Nzihou, chef du pôle vasculaire diabétologie appareillage, Philippe Talbot, responsable technique du centre d'appareillage de Villiers Saint Denis

La polyopathie des patients accueillis dans le pôle

Dr Quoc Phan Sy, Dr Alma Kulenovic, médecins à l'hôpital Villiers Saint Denis

La prise en charge du diabète en France

Pr Patrick Vexiau, diabétologue à l'hôpital Saint-Louis

Kinésithérapie et diabète à l'hôpital

Frédéric Lamandé, cadre rééducateur à l'hôpital Villiers Saint Denis

Histoire naturelle d'une plaie diabétique

Pr Jean-François Gautier, diabétologue à l'hôpital Saint-Louis

Prise en charge pluridisciplinaire des complications podologiques du diabète

Dr Alma Kulenovic, Nathalie Tadriss, infirmière, Marie-Claude Moreno, podologue, Philippe Talbot, prothésiste, Olivier Salze, kinésithérapeute, Dr Morsli Seddiki, diabétologue, Marie-Noëlle Mourtoux, diététicienne en éducation, Marylène Dieudegard, infirmière d'éducation à l'hôpital Villiers Saint Denis

Mise au point du traitement du diabète de type 2 en 2011

Pr Jean-François GAUTIER, diabétologue à l'hôpital Saint-Louis

podologiques

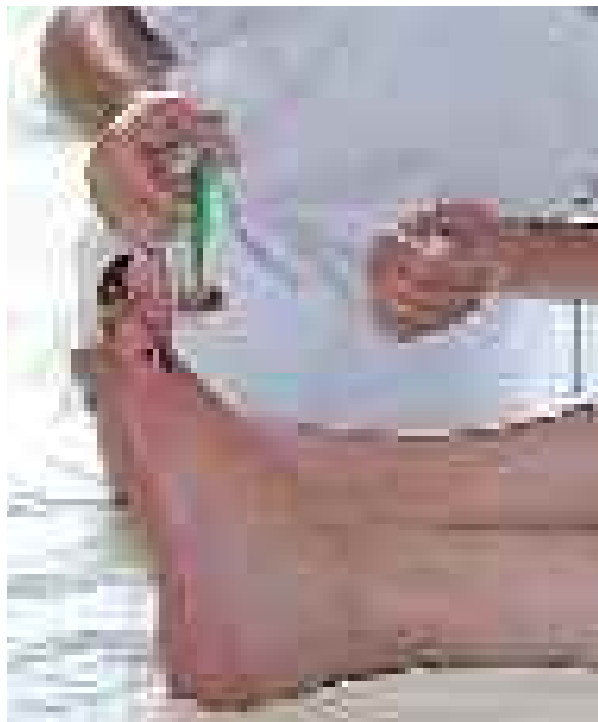
quelle journée !

demandes pour revenir visiter et passer plus de temps dans l'atelier d'appareillage (l'un des moments forts et très appréciés de la journée!), les desiderata pour mettre en place des partages d'expériences, les commentaires élogieux des Prs Patrick Vexiau et Jean-François Gautier témoignent du plein succès de la journée!

Nous avons souhaité montrer notre savoir-faire en matière de soins locaux, d'appareillage adapté à toute situation et innovateur, d'éducation thérapeutique diabétique (projet accepté par l'agence régionale de santé de Picardie) en y associant un apport scientifique de qualité avec les sujets traités par les Prs Patrick Vexiau (diabétologue - secrétaire général de l'Association française des diabétiques) et Jean-François Gautier (diabétologue); ce fut une réussite comme ont pu en témoigner les articles dans la presse régionale et l'enthousiasme de l'auditoire.

En conclusion le président de CME « *humble guide de la journée* » s'associe pleinement à tous les participants ravis de leurs déplacements à l'hôpital Villiers Saint Denis pour remercier vivement les Prs et amis Patrick Vexiau et Jean-François Gautier pour leur participation on ne peut plus appréciée, tous les collègues du pôle VDA acteurs de cette journée pour leur investissement total et leur prestation de haute qualité, Nathalie Peudoux, du laboratoire Novo Nordisk pour son soutien, les équipes logistiques de l'hôpital pour leur aide, le comité de pilotage de la journée, Sabine Lucas, coordinatrice de cet événement et tous nos correspondants pour leur confiance. Le pôle VDA reste à votre entière disposition pour échanges, informations complémentaires et visites *in situ*. ■

Dr Jean-François Bouteleux
Hôpital Villiers Saint Denis



Le diabète

Les chiffres

- Plus de 356 millions de personnes sont diabétiques dans le monde.
- En 2004, le diabète a tué environ 3,4 millions de personnes.
- Plus de 80 % des décès par diabète se produisent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.
- Selon les projections de l'OMS, le nombre de décès par diabète va doubler entre 2005 et 2030.

Deux types de diabète

Le diabète est une maladie chronique qui apparaît lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou que l'organisme n'utilise pas correctement l'insuline qu'il produit. L'insuline est une hormone qui régule la concentration de sucre dans le sang. L'hyperglycémie, ou concentration sanguine élevée de sucre, est un effet fréquent du diabète non contrôlé qui conduit avec le temps à des atteintes graves de nombreux systèmes organiques et plus particulièrement des nerfs et des vaisseaux sanguins.

- Le diabète de type 1 (précédemment connu sous le nom de diabète insulino-dépendant ou juvénile) est caractérisé par une production insuffisante d'insuline et exige une administration quotidienne de cette dernière. La cause de diabète de type 1 n'est pas connue, et en l'état des connaissances actuelles, il n'est pas évitable.
- Le diabète de type 2 (précédemment appelé diabète non insulino-dépendant ou diabète de la maturité) résulte d'une mauvaise utilisation de l'insuline par l'organisme. Le diabète de type 2 représente 90 % des diabètes rencontrés dans le monde. Il est en grande partie le résultat d'une surcharge pondérale et de la sédentarité. Un régime alimentaire sain, une activité physique régulière, le maintien d'un poids normal et l'arrêt du tabac permettent de prévenir ou de retarder l'apparition du diabète de type 2.

Source : Organisation mondiale de la santé (OMS)

Association des infirmiers de rééducation et de réadaptation

29^{es} journées d'étude

Plus de trois cents personnes se sont retrouvées au palais des congrès d'Évreux, pour les 29^{es} journées d'étude de l'Association des infirmières et infirmiers de rééducation et réadaptation, autour du thème « douleur et souffrance ».

L'Association des infirmières et infirmiers de rééducation et réadaptation (AIRR) s'est installée les jeudi 22 et vendredi 23 septembre 2011 au palais des congrès d'Évreux, Le Cadran, pour son congrès, organisé, cette année, par l'hôpital La Musse. On doit cette initiative à Nelly Poulain, cadre supérieur de santé au pôle médecine physique et réadaptation (MPR) qui avait proposé la candidature de notre établissement voici quelques mois, reçu le soutien de Catherine Palladitcheff, directeur de l'établissement, l'appui du médecin chef de pôle MPR, le Dr Victor Liviot et la parti-

cipation active des équipes soignantes du pôle et de l'hôpital.

Plus de trois cents personnes s'y sont retrouvées pour deux journées d'étude et de communications sur le thème « douleur et souffrance ».

Nelly Poulain, avec l'aide des équipes du pôle de rééducation, la participation des services administratifs, économiques et techniques de l'hôpital La Musse, s'est réjouie de la mobilisation qu'elle a sentie autour de cet événement. Sept interventions ont été présentées par des salariés de notre établissement (voir encadré), sans oublier les deux articles écrits, qui paraîtront dans la presse spécialisée et les affiches conçues pour l'occasion puis exposées au dans les locaux du pôle à l'issue de la manifestation. À noter qu'une douzaine de stands ont complété les prises de paroles, dont un stand d'information sur les deux établissements de La Renaissance Sanitaire, et qu'une visite de La Musse a été organisée, ponctuée par une soirée de gala.

Trois prix

Ces journées d'étude se sont achevées par la remise de prix à trois des intervenants.

- Premier prix: le Dr Blandine Gousset, médecin MPR et son équipe, de l'Adapt de Cambrai, pour sa communication « La prévention de la douleur liée aux injections de toxine botulique chez l'enfant paralysé cérébral et l'information par le jeu ».
- Deuxième prix: le Dr Véronique Leforestier et Anita Lodié (infirmière) de l'institut d'éducation médicalisé APF Laval, pour leur intervention « Douleur et polyhandicap ».
- Troisième prix: l'équipe d'aides-soignants du pôle de médecine physique et réadaptation de l'hôpital La Musse, pour son « Expérience sur la mise en place d'une "pause bien-être" pour les patients » (voir également encadré).

La pause bien-être, une nouvelle approche

Valoriser un nouveau savoir-faire et proposer un soin non médicamenteux aux patients en souffrance physique et psychologique... telles sont les deux idées qui ont conduit à la mise en place, au début de l'année, d'une « pause bien-être » au pôle médecine physique et réadaptation de l'hôpital La Musse.

Ils ont également pris la parole

« **Aspects physiologiques, cliniques et thérapeutiques** », Victor Liviot, médecin MPR, chef de pôle à l'hôpital La Musse (voir par ailleurs le magazine Regards n° 8, pp. 16 et suivantes)

« **Mésothérapie et hypnose** », Yves Doërr, médecin à l'hôpital La Musse (voir par ailleurs le magazine Regards n° 10, « Prise en charge de la douleur à La Musse », pp. 22 et suivantes)

« **Prise en charge de la douleur** », Marie-Félix Adèle, cadre kinésithérapeute à l'hôpital La Musse

« **Le jeu de carte "Douleur" comme outil pédagogique** », Didier Chauvin, médecin gériatre, chef du pôle soins de suite polyvalents et gériatriques de l'hôpital La Musse (voir par ailleurs le magazine Regards n° 8, pp. 16 et suivantes)

« **Approche psychologique de la douleur rebelle** », Béatrice Hécart, psychologue à l'hôpital La Musse

« **Les risques psychosociaux à l'hôpital et mise en place de Clact : contrats locaux d'amélioration des conditions de travail** » par Béatrice Blanche-Lopoukhine, directeur des ressources humaines à l'hôpital La Musse (lire en « Faits marquants »).

Retrouvez des informations complémentaires sur le site : www.airr.info/home.html

La pause bien-être expliquée aux patients

C'est par cette petite note explicative que l'équipe des aides-soignants du pôle de médecine physique et réadaptation de l'hôpital La Musse a choisi d'informer les patients de la mise en place récente de la pause bien-être dans leurs unités :

« Madame, Monsieur,

Vous avez souhaité bénéficier de la « pause bien-être » proposée par notre équipe d'aides-soignants de jour ou de nuit.

Cette pause bien-être consiste en un moment privilégié de communication et de détente. Les techniques utilisées sont : la communication par le toucher, l'effleurage avec des huiles essentielles, un temps d'échange et de paroles.

Parmi les personnes qui s'occupent de vous, certaines ont reçu une formation à cette prise en charge, et votre médecin a donné son aval.

Cette pause bien-être sera organisée et programmée dans votre journée ou soirée, mais des impératifs de priorité des soins et/ou d'urgences peuvent amener à annuler la séance.

Merci pour votre indulgence.

L'équipe de soins, le 15 février 2011 »



Une équipe de trois aides-soignants du pôle a choisi de mettre en application les techniques apprises lors d'une formation « toucher-massage ». Ils ont imaginé une « pause bien-être » qu'ils proposent à certains patients souffrant d'angoisses et de douleurs, notamment lorsque les personnes hospitalisées sont demandeuses de moments d'écoute de la part de l'équipe soignante. Lorsqu'ils le peuvent, ils ont donc choisi de mettre à profit leurs récentes connaissances et proposent une pause bien-être aux patients qui le souhaitent. L'avis médical est requis, mais il existe peu de contre-indications. Trois types de contacts sont possibles, effleurage du visage, toucher-massage des épaules ou du dos. À chaque fois, le patient volontaire doit choisir une position confortable et se laisser aller en fermant les yeux. Les aides-soignants effectuent alors des effleurements et massages légers avec les doigts, la paume de la main ou l'avant-bras, mais restent toujours en contact avec le patient jusqu'à la fin de la séance.

Cette proposition d'un soin non médicamenteux permet, dans la majeure partie des cas, de faire baisser l'anxiété, de diminuer la consommation médicamenteuse et de créer une dynamique de communication. ■

*Dominique Guibourg
Hôpital La Musse*

Extraits de la communication des aides-soignants au congrès de l'AIRR

« Le toucher est un sens intégrant cinq éléments : le contact, la pression, le froid, la chaleur, la douleur. Il est utilisé comme vecteur de détente, physique et morale, de sécurité. Il aide à la valorisation de "l'estime de soi". Il répond au besoin de restaurer une image de soi perturbée par la maladie et permet d'intégrer les modifications progressives du schéma corporel. C'est une approche différente du patient, un moyen de communication non verbal.

Les pauses bien-être, dont la mise en œuvre repose sur l'équipe patient/médecin/équipe soignante, sont particulièrement indiquées pour les personnes présentant un stress, une angoisse, des douleurs cervicales, des jambes lourdes, de l'arthrose, des escarres, des problèmes d'insomnie, un handicap ou des brûlures.

Après s'être assuré du consentement du patient, avoir prévenu l'équipe infirmière et avoir informé le patient de la durée du soin (entre quinze et trente minutes), une approche tactile est faite, c'est un premier contact : prendre la main, toucher une épaule. L'installation doit être confortable, l'heure raisonnable, la lumière baissée, la pudeur et l'intimité respectées. Nous nous devons d'expliquer le soin et les zones qui seront touchées : membres supérieurs (épaules, avant-bras, mains), membres inférieurs (jambes, pieds) dos, abdomen, tête.

Le soin libère le patient et lui permet de parler, de se confier. Il peut aider les brûlés à retrouver une certaine image corporelle. C'est aussi une satisfaction pour le soignant qui vit là un moment d'échange avec des patients qui ne se confient pas facilement et parfois une alternative au traitement médicamenteux. Chaque "pause bien-être" fait l'objet d'une transmission sur le dossier de soins du patient. »

Vécu de patient...

« Mme F..., 61 ans, est admise dans le service pour des brûlures après un accident domestique. Elle est brûlée sur une surface de 10% au deuxième degré (visage, bras et main gauches). C'est une femme coquette, qui se maquille et va régulièrement chez le coiffeur. Mme F... pleure quand elle raconte les circonstances de l'accident. Elle a des problèmes d'insomnie et de cauchemars.

Lors de mon passage du soir, Mme F... me demande de lui appliquer une pommade hydratante sur le visage. Je lui propose un soin différent, un effleurage du visage. Au bout de quelques minutes elle s'étonne que je puisse toucher cette brûlure à mains nues et me demande ce que je ressens. Ma réponse est rassurante et confiante. Grâce aux soins prodigués, au cours de la troisième séance, Mme F... se libère et parle de cette brûlure au visage. Elle se relaxe dès le début du soin, sa respiration devient plus lente et apaisée. Mme F... dit retrouver la sensation d'un visage normal, pendant une heure ou deux, dit sentir sa brûlure s'aplanir... »

... et de soignant...

« Je suis aide-soignante à l'hôpital La Musse, et comme mes collègues j'ai bénéficié de la formation "toucher/massage" au sein de mon établissement. Pour moi, le "toucher/massage" n'est pas que mécanique. Il s'établit avec le patient une relation privilégiée. Un patient douloureux, dégradé, parfois dément ne saura pas forcément, lorsque vous entrez dans sa chambre pour faire sa toilette, que vous venez prendre soin de lui et apporter un certain bien-être. Pour atteindre cet objectif, j'ai appris que nous avions des outils toujours à notre portée... deux mains !

En effectuant une série de mouvements doux, de pressions légères, un apaisement envahit le patient. Il adoptera une position plus relâchée et son flux verbal diminuera. Ce soin fait avec nos mains permet d'établir ou de rétablir la confiance.

Palper, effleurer, toucher fait du bien, cela aide à combattre le stress du patient mais aussi le nôtre.

Dans notre quotidien, nous sommes confrontés à la maladie, à la souffrance et à la mort. Ces situations sont souvent moralement difficiles : quand j'offre à un patient une "pause bien-être", j'éprouve une impression d'évasion, c'est pour moi aussi une pause relaxante, un moyen de me ressourcer.

À travers cette démarche, j'ai le sentiment de redonner aux patients l'envie de se battre, d'accepter leur maladie. Les patients ne guérissent pas toujours, mais nous pouvons leur procurer parfois quelques moments de mieux par le biais d'une pause "bien-être", cela demande juste un peu de notre temps. »

Les trois aides-soignants à l'origine de cette communication : Isabelle Lazarus, Christian Hourdier et Madeleine Mendy, hôpital La Musse

Un film de huit minutes a été réalisé par Annie Couvret, cadre de santé, avec la complicité de Margaret Gardie (infirmière) et monté par Simon Liviot.

Unité de neurologie de l'hôpital La Musse

Cinquante-six lits dédiés

Au pavillon de rééducation fonctionnelle de l'hôpital La Musse, trois unités accueillent les patients souffrant de troubles neurologiques.

Le service peut s'appuyer sur une unité d'éveil de pointe, des outils d'évaluation tels que le simulateur de conduite et l'appartement thérapeutique et l'utilisation de techniques nouvelles telles que les injections de toxines botuliques.

La médecine physique et de réadaptation (MPR) est la spécialité qui a pour rôle de coordonner et d'assurer la mise en application de toutes les mesures visant à prévenir ou à réduire à un minimum inévitable les conséquences fonctionnelles physiques, psychologiques, socio-économiques des déficiences et des incapacités. Elle s'inscrit dans un cadre pluridisciplinaire qui associe médecins, personnel paramédical spécialisé tel que kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, prothésistes, neuropsychologues, psychologues, psychomotriciens et assistantes sociales...

À l'hôpital La Musse, le secteur de neuro-rééducation est réparti en trois unités d'hospitalisation complète avec un secteur d'hôpital de jour (HDJ).

Quatre typologies

La prise en charge s'articule principalement autour de quatre typologies de patients victimes de déficiences et de pathologies graves de nature neurologique :

- traumatisme crânien grave avec un score de Glasgow (voir encadré p. 15) inférieur à 8 ou traumatisme crânien modéré avec un Glasgow entre 9 et 12 ;

- patient vasculaire avec atteinte cérébrale lourde, déficiences multiples et lésions cérébrales focalisées ;
- patient traumatique avec atteinte neurologique associée ;
- patient victime de maladie dégénérative (exemples : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, Parkinson).

La prise en charge

Les patients admis en unité spécialisée, en rééducation, bénéficient d'une prise en charge multidisciplinaire qui nécessite un travail de collaboration avec la mise en place d'objectifs fonctionnels réalistes, réévalués régulièrement. Ce travail est coordonné par les médecins « MPR » affectés au « pôle neuro » qui proposent des réunions de synthèse avec la famille et l'ensemble de l'équipe. La prise en charge s'articule autour d'un projet individualisé, élaboré avec le patient et/ou son entourage.

Pour illustrer cette prise en charge multidisciplinaire, nous prendrons l'exemple d'un traumatisé crânien admis en unité d'éveil. L'orientation en service de rééducation en post-réanimation concerne les traumatisés crâniens dont les fonctions vitales sont stabilisées et non dépendants d'une ventilation artificielle.

À l'arrivée du patient parfois comateux, il faut surtout favoriser l'éveil en essayant de « réhumaniser » l'environnement et libérer le patient du surinvestissement technologique : suppression progressive des différentes sondes dans la mesure du possible bien évidemment, suppression de la sonde urinaire à tenter rapidement pour mettre à profit des possibilités d'automatismes mictionnels... Chez le patient trachéotomisé, la décanulation est envisagée à partir du moment où il est moins encombré sur le plan respiratoire, et si les troubles de la déglutition

ou l'altération de sa conscience ne l'exposent plus à un risque trop élevé de fausses routes qui pourraient lui être fatales.

Secondairement, en service de rééducation – donc en post-réanimation ou unité d'éveil –, les objectifs de la prise en charge sont bien précisés :

- assurer après la réanimation la continuité des actions médicales et paramédicales, de surveillance et de soins ;
- maintenir la stabilité des fonctions vitales ;
- prévenir les infections nosocomiales et la dénutrition ;
- assurer la surveillance et la prévention des complications ORL, neuro-orthopédiques et des complications de décubitus ;
- mesurer l'enrichissement du potentiel moteur résiduel, potentiel sensoriel et psycho-comportemental ;
- chose importante également, évaluer et traiter la douleur ;
- dernier point et non des moindres : maintenir pour le patient des liens d'insertions communautaires et familiaux.

Le médecin « MPR »

Cela suppose toute une étude de moyens à mettre en œuvre qu'on peut individualiser ou envisager par catégorie professionnelle, chacune de ces catégories bénéficiant d'un enrichissement, d'une expérience en rapport avec la spécificité des traumatismes crâniens.

En première ligne, le médecin de MPR est tenu d'assurer la surveillance et l'équilibre des fonctions vitales, en collaboration bien évidemment avec ses confrères réanimateurs, neurochirurgiens, électrophysiologistes, orthopédistes, psychiatres. La deuxième prérogative du médecin rééducateur est la coordination de l'ensemble de l'équipe de soins et également la prise en charge de certaines complica-



tions qui peuvent apparaître secondairement en rapport avec la spasticité (toxine botulique).

Fonctions par catégorie professionnelle

- Les infirmiers et les aides-soignants assurent la prise en charge de la réanimation, du nursing, des aspirations trachéo-bronchiques. Ils contribuent également à aider à l'éveil et effectuent certains gestes de rééducation.
- Le kinésithérapeute assure, dans un premier temps, le désencombrement trachéo-bronchique, la prévention neuro-orthopédique axée sur les risques de la spasticité, participe à l'éveil moteur, assure le traitement des déficiences du tonus, contrôle l'équilibre, la spasticité et les mouvements anormaux tout en participant à la restructuration psycho-comportementale.
- L'ergothérapeute évalue les capacités fonctionnelles, contribue au contrôle de l'environnement ainsi qu'au nursing orthopédique par la confection d'attelles de postures par exemple.
- L'orthophoniste établit un mode de communication, évalue et sollicite la vigilance et la déglutition en fonc-

tion de la motricité bucco-faciale.

- La psychomotricienne évalue et sollicite le langage du corps en ayant recours le plus souvent à des techniques de relaxation, réoriente les repères temporeux et spatiaux et participe à restructurer l'image de soi.
- Le neuropsychologue évalue les fonctions cognitives et participe aux sollicitations d'éveil.

- La diététicienne est également sollicitée pour le contrôle de l'alimentation et de la nutrition.
- Le psychologue intervient également dans la prise en charge par le soutien psychologique du patient et/ou de sa famille confrontés au handicap.
- L'assistante sociale participe à l'élaboration du projet de sortie et le finalise.

Le Dr Boubkry
à l'écoute d'un patient,
entouré de son équipe

Le score de Glasgow

Mis au point au début des années 1970 dans un institut neurologique en Écosse, le score de Glasgow permet d'évaluer l'état de conscience. Une échelle numérique permet d'évaluer à un instant donné le trouble de la conscience et ainsi suivre son évolution à partir de trois éléments basés sur l'ouverture des yeux (E pour eyes) et l'examen des réactions de la personne à des stimulations verbales (V) ou douloureuse (réponse motrice M).

	E - Ouverture des yeux	V - Réponse verbale	M - Réponse motrice
1	Aucune	Aucune	Aucune
2	À la douleur	Incompréhensible	Décérébration
3	Au bruit, à l'appel	Inappropriée	Décortication
4	Spontanée	Confuse, désorientée	Évitement
5		Orientée, claire	Orientée, adaptée
6			Sur ordre

Les trois éléments sont cotés de 1 à 5, et l'addition des cotations totales obtenues (E+V+M) permet d'obtenir un score entre 3 et 15. On parle de coma pour un score inférieur ou égal à 8.



Injection
de toxine
botulique

Dernier point et non des moindres, la famille est mise à contribution et sollicitée de manière active pour une présence et un soutien affectif. Elle est tenue informée par l'équipe sur les lésions cérébrales et les possibilités d'évolution (pronostic, annonce du handicap...).

Les objectifs évalués

Les objectifs en rééducation sont périodiquement évalués. Dans ce but, des réunions de synthèse coordonnées par le médecin rééducateur entre tous les intervenants, la famille et/ou le patient selon son degré d'éveil sont organisées : initialement dès les deux premières

semaines qui suivent l'admission du patient et régulièrement tous les trois mois. Au cours de ces réunions de synthèse, les familles sont informées de l'évolution, de l'état d'avancement des objectifs de rééducation. Cela permet également d'estimer l'environnement du patient dans ses dimensions familiales, sociales, architecturales, professionnelles.

Les modalités de la poursuite de la prise en charge s'effectuent selon l'état évolutif du patient, l'environnement familial et les capacités neuropsychologiques. Celle-ci se fait de manière schématisée dans un premier temps en hospitalisation complète et dans un second temps en HDJ, ce qui a l'avantage de permettre une période d'adaptation progressive pour un retour à domicile définitif.

Durant l'hospitalisation du patient, on peut organiser des permissions de week-end et des congés thérapeutiques qui permettent d'ajuster les modalités de prise en charge dans le suivi rééducatif. Les autres modalités de sortie de la structure d'hospitalisation en médecine physique et de réadaptation sont en rapport avec le statut neurologique et fonctionnel du patient, avec les conséquences neuropsychologiques et les possibilités d'accueil de l'environnement familial et social.

Le passage en institut médico-social telle que l'unité d'évaluation, de réentraîne-

État végétatif chronique et état pauci-relationnel

Chaque année, à la suite d'un accident de la route ou du travail, d'un accident domestique, d'un accident vasculaire cérébral, d'une anoxie cérébrale, d'une tentative de suicide sous diverses formes, de nombreuses familles se trouvent confrontées à la douloureuse situation de voir l'un de leurs proches tomber dans le coma.

L'évolution de ce coma est variable. La fin de la période de coma est définie par l'ouverture des yeux. Toutes les personnes passent alors par une phase végétative. Cet état végétatif est caractérisé par des cycles veille/sommeil avec ouverture des yeux, ventilation spontanée et absence de vie relationnelle. Il n'y a pas de réponse motrice précisément orientée, aucun ordre simple n'est exécuté et aucune parole compréhensible n'est émise. L'évolution éventuelle de cette phase végétative vers un éveil stable et une vie relationnelle est incertaine. Il semble que cette progression puisse s'interrompre à n'importe quel stade.

Ainsi, certains patients restent en état végétatif ou quasiment arelationnels au terme de plusieurs mois d'évolution, sans modification notable de leur état clinique.

On parle d'« état végétatif chronique » (EVC) lorsque cette situation perdure au-delà d'un délai variable selon la pathologie causale (3 à 6 mois pour les états végétatifs d'origine médicale, 12 à 18 mois pour les états végétatifs d'origine traumatique) avec un espoir devenu minime d'une évolution vers un retour à la conscience. Ces délais sont indicatifs et n'ont pas de valeur absolue. Il existe dans la littérature quelques observations d'éveil chez une personne qui était encore en état végétatif au-delà de ces délais, mais ce sont des cas exceptionnels.

Il est rare qu'une personne en état végétatif soit totalement arelationnelle. La plupart du temps, il existe un degré minimal de réponse volontaire à quelques stimulations, réponse fluctuante selon les moments de la journée : cette situation clinique est qualifiée d'« état pauci-relationnel » (EPR).

En 2002, la prévalence des personnes en EVC ou en EPR en France était estimée à 2,5 pour 100 000 habitants, soit environ 1 500 personnes.

Source : circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS n° 2002-288 du 3 mai 2002 relative à la création d'unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel



ment et d'orientation sociale (UEROS), en foyer d'accueil médicalisé (FAM) en maison d'accueil médicalisée (MAS) peut être une bonne alternative au retour à domicile et permet d'élaborer bien évidemment un projet de vie adapté aux capacités restantes résiduelles. Toujours dans la perspective d'assurer la continuité de la prise en charge après la rééducation active, a été adossé à l'hôpital La Musse un service d'accompagnement médico-social d'adultes handicapés (Samsah - voir encadré). Il permet un accompagnement dédié au traumatisé crânien directement et à son entourage dans son projet de vie.

En conclusion...

Ceci n'est qu'une illustration de ce qui se vit au quotidien dans le service de neuro-rééducation où la prise en

charge du patient cérébro-lésé demande un travail de longue haleine et des efforts permanents de tous les intervenants.

Je n'exposerai pas toutes les difficultés en rapport avec la rééducation, mais il faut toutefois soulever celles liées à la recherche de structures d'accueil susceptibles de prendre en charge les patients qui, malheureusement, resteront les plus dépendants (état végétatif chronique et pauci-relationnel - voir encadré). L'Adapt de Saint-André-de-l'Eure s'est dotée récemment de six lits destinés à accueillir ce type de patients. Un projet de MAS existe également sur le site de l'hôpital La Musse. ■

Hafid Boubkry
Hôpital La Musse

Neurologie : plateau technique et autres compétences sur le site de La Musse

Le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah)

C'est le pôle neurologique, qui s'est enrichi récemment (en 2007) d'une structure médico-sociale, dont la priorité est d'accompagner les cérébrolésés dans leur projet de vie. Cette structure est orientée exclusivement vers l'extérieur. À ce jour, une vingtaine de patients sont suivis par le Samsah. L'équipe est composée d'un médecin coordonnateur, d'un neuropsychologue, de deux ergothérapeutes et d'une éducatrice.

L'appartement thérapeutique

Appelée « appartement Renaissance », cette structure, qui a vu le jour en 2005, est un lieu de vie au sein de l'hôpital La Musse et dont l'objectif est de tester les capacités d'une personne en situation de handicap, à gérer son quotidien et éventuellement corriger ses incapacités ou les améliorer avant la sortie pour optimiser l'autonomie au domicile.

Le simulateur de conduite

Cette plateforme, en plus de son implication dans des missions d'intérêt général, permet d'évaluer l'aptitude des patients neuro-déficitaires, aussi bien sur le plan moteur que cognitif, quant à la possibilité d'une reprise de la conduite automobile ou l'aménagement du véhicule en fonction des capacités résiduelles. Par ailleurs, l'hôpital La Musse est de plus en plus sollicité par la commission préfectorale pour la validation des permis aux personnes en situation de handicap. Cette commission s'appuie sur le rapport d'expertise réalisé par l'hôpital.

L'équipe technique

En collaboration avec la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), elle travaille sur l'évaluation, la compensation des incapacités des personnes en situation de handicap (aides techniques, aménagement des domiciles, aménagements des véhicules, poste de conduite), ainsi que sur la validation des fauteuils roulants électriques.

Les formations

L'année passée et cette année encore, les formations collectives ont été privilégiées pour en faire bénéficier le maximum de personnes. Les thématiques ont été choisies et définies en collaboration avec l'ensemble des équipes (besoins exprimés en adéquation avec le travail quotidien). Par exemple, parmi les thématiques choisies il y a : « les enjeux personnels dans la relation parents/famille », « famille, partenaire de l'équipe soignante » et « violence et bientraitance ».

Des formations individuelles ont concerné plus particulièrement le personnel médical : le diplôme universitaire d'urodynamique, la formation « blocs moteurs ».

Les équipes ont aussi participé régulièrement aux congrès : la Sofmer, l'ANMSR, la Sifud...

Retrouvez des informations complémentaires sur le plateau technique de l'hôpital La Musse www.larenaissancesanitaire.fr

Le parapente chez les personnes amputées de bras

Expérimentation d'une barre de pilotage

Depuis 1989, à l'hôpital Villiers Saint Denis, outre les entraînements spécifiques dans les sports pour personnes handicapées, nous avons expérimenté et adapté différentes « interfaces », dans la pratique sportive, afin d'éviter de modifier les prothèses ou le matériel.



La proprioception

La proprioception (du latin proprius signifiant « propre » et du mot « perception ») désigne l'ensemble des récepteurs, voies et centres nerveux impliqués dans la sensibilité profonde. Ces capteurs sensitifs situés à l'intérieur des muscles, des tendons et des capsules articulaires transmettent leurs informations au système nerveux central qui va réagir pour équilibrer et stabiliser le corps par rapport à la situation en cours et à venir. Les exercices proprioceptifs visent notamment à renforcer en profondeur les articulations du sportif.

Les interfaces peuvent être des objets, des adaptations, des modifications ou, même des exercices proprioceptifs (voir encadré). En parapente, depuis 1992, avec Philippe Marck et le centre-école du Markstein, dans les Vosges (68), nous avons réussi à faire voler, comme des valides, en totale autonomie et en parfaite sécurité, des personnes amputées de tout type, que ce soit des amputés d'avant-bras, des amputés de membre inférieur jusqu'aux désarticulés de hanche et même des personnes tri-amputées.

Seuls restaient les amputés de bras et les désarticulés d'épaule.

Les interfaces testées auparavant n'étaient pas convaincantes, surtout au niveau de la sécurité.

L'expérience

Lors du stage, organisé en juin 2009, toujours en collaboration avec le centre-école du Markstein, sous la responsabilité de Claude Bellessort, formateur national de la Fédération française de vol libre pour le handicap, Patricia et Ludovic ont participé à l'expérimentation d'une barre de pilotage, élaborée par Frédéric Lemandé, cadre rééducateur supérieur et titulaire du brevet d'État d'éducateur sportif « handicapés physiques ».

La barre de pilotage

La barre fait 68 cm de long et 2,5 cm de diamètre.

Un manchon-grip, coulissant parfaitement sur la barre, se maintient en place, une fois serré par le pilote.

La barre est fixée sur les deux commandes de frein du parapente qui sont bloquées dans des entailles, faites aux deux extrémités de la barre, à l'aide de *push-pin* (goupille sécurisée).

Cette barre est commandée, en avant des élévateurs, main au centre, et per-

met la réalisation de petits mouvements latéraux pour le gonflage et le maintien de la voile au-dessus du pilote, avant le décollage.

En vol, le virage s'effectue en plusieurs temps.

Tout d'abord, le pilote remonte la main, relâche le manchon et le fait coulisser du côté où il va tourner. Puis il appuie dessus pour virer, laissant l'autre côté en situation remontée.

Claude Bellessort a testé ce prototype, en vol réel, sans aucun problème.

Pour l'atterrissage, le pilote peut effectuer une prise de vitesse en remontant la barre, commencer à freiner en l'attirant progressivement vers le bas et freiner à fond en poussant la barre vers le sol. Pour assurer le maintien des bretelles de la sellette, au niveau des épaules, il a fallu les attacher ensemble avec une sangle supplémentaire.

La position de commande choisie par les moniteurs, avec le bras passant au centre des élévateurs pour une meilleure maîtrise de la barre, ne nécessite plus le port de la prothèse, facilitant ainsi l'apprentissage, mais demandant, dans de nombreux cas, une aide au gonflage de la voile.

Les vols

Par sécurité, le responsable du stage a d'abord opté pour un premier vol en biplace, afin d'assister, si nécessaire, le stagiaire en double commande.

Après ce vol, qui s'est très bien passé, nous avons envisagé, lors des deux stages suivants, de faire des vols en solo.

À l'équipe initiale, s'est ajouté un nouveau stagiaire, Cyril, désarticulé d'épaule. Lors du dernier stage, en 2011, Cyril, petit dernier a rattrapé ses pairs et a parfaitement volé, seul, à plusieurs reprises et en toute sécurité.

Témoignage

Elena Halosta Rodica, kinésithérapeute roumaine à l'hôpital Villiers Saint Denis

Conclusion

Cette barre assure une maîtrise parfaite de la voile en l'air et un atterrissage en toute sécurité.

Les responsables des stages, Claude Bellessort et Philippe Marck, ont approuvé cette barre, ne lui trouvant rien de gênant pour la sécurité des pilotes, à condition, et c'est absolument essentiel pour les personnes handicapées, que les conditions météorologiques soient bien évaluées.

Nous présenterons un film l'année prochaine au festival international du film de vol libre de Saint-Hilaire-du-Touvet, Isère (38), en espérant intéresser les spectateurs, pilotes et organisateurs du festival (nous avons déjà participé à quatre reprises à ce festival et nous avons reçu le prix de l'Aventure humaine en 2003). ■

Frédéric Lamandé
Hôpital Villiers Saint Denis

Références

- F. Lamandé, M.-C. Sarthe, « Revivre par le sport », *Regards* n° 5, décembre 2006.
- F. Lamandé, O. Salze, J. Sénégas-Rouvière, « L'Interface : une philosophie dans les activités sportives à l'hôpital Villiers Saint Denis », *Regards* n° 11, avril 2011.
- F. Lamandé, La Pratique du parapente chez les personnes amputées de bras, film, août 2009.
- F. Lamandé, J. Sénégas-Rouvière, Une expérience d'initiation du parapente chez des débutants handicapés, film, 1993.
- F. Lamandé, R. Chamerois, J. Sénégas-Rouvière, S. Lobet, Objectif 4810 - L'escalade du mont Blanc et sa descente en parapente, en autonomie, par un patient tri-amputé, film, 2003.

Une philosophie dans les activités sportives

L'hôpital Villiers Saint Denis, classé parmi les porteurs des deux meilleurs projets de Picardie, a reçu le label « 2011, année des patients et de leurs droits ». Ce label décerné par l'agence régionale de santé est récompensé par le grand prix du jury et fait l'objet d'une transmission au ministère chargé de la santé pour concourir à la 2^e édition du prix national.

Originaire de Roumanie, Elena a fait le choix de venir travailler en France. Elle a rejoint l'équipe des 10 kinésithérapeutes du pôle vasculaire-diabétologie-appareillage en mai dernier.

Quel a été votre parcours professionnel en Roumanie ?

J'ai d'abord travaillé comme kinésithérapeute puis j'ai été directrice adjointe à la direction générale de l'aide sociale et de la protection à l'enfance.

De quelle région êtes-vous originaire ?

Je suis née à Bucarest, mais je vivais dans une région au nord de la Roumanie qui s'appelle la Transylvanie.

Qu'est-ce qui fait qu'un jour vous avez décidé de venir travailler en France : comment cela s'est-il passé ?

Brusquement, j'ai voulu quitter mon pays. J'ai envoyé mon CV à un cabinet de recrutement spécialisé puis j'ai appris la langue française pendant huit mois.

Comment s'est passée votre intégration à l'hôpital Villiers Saint Denis ?

Mon intégration s'est très bien passée grâce à mes collègues et à mon cadre. Je me plais beaucoup à Villiers Saint Denis.

En dehors de votre métier de kinésithérapeute, quels sont vos centres d'intérêts ?

Je pratique le ski et j'aime particulièrement les voyages. D'ailleurs, pendant mes vacances, je vais visiter les châteaux de la Loire avec mon mari et mon fils. Je tiens tout particulièrement à voir le tombeau de Léonard de Vinci au château d'Amboise.



Selon vous que faudrait-il améliorer pour faciliter l'intégration des professionnels étrangers ?

Il faudrait être plus précis dans l'accompagnement des différentes démarches administratives en ayant des écrits plus détaillés et plus explicites qu'actuellement (par exemple expliquer ce qui signifie certains termes tels que « RIB »).

Quelles différences y a-t-il entre les approches « patient » roumaine et française ?

En Roumanie, il n'est pas obligatoire de voir le patient en présence d'un médecin et d'une infirmière, à l'hôpital Villiers Saint Denis, c'est l'inverse, nous rencontrons toujours les patients avec un médecin et une infirmière. Cette prise en charge est beaucoup plus complète. Par ailleurs, en Roumanie nous ne donnons pas suffisamment d'informations aux patients sur leur rééducation, alors qu'ici c'est l'inverse, nous leur donnons beaucoup d'explications.

Quels conseils donneriez-vous à un kiné étranger qui souhaiterait venir travailler à l'hôpital Villiers Saint Denis ?

Il faut avant tout qu'il ait le sens de l'adaptation, un bon relationnel et qu'il soit très professionnel. ■

Stéphane Faivre
Hôpital Villiers Saint Denis



Géode

Prix Acticlan 2011

À la demande de Camille Clément, déléguée commerciale Réseau hôpital Fresenius Kabi, le comité de liaison alimentation nutrition (Clan) de l'hôpital Villiers Saint Denis a été invité à participer au prix Acticlan décerné par la Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNEP - voir encadré) en déposant le dossier « Géode ». Il s'agit d'un projet déjà connu, remarqué et original de réseau ville/hôpital de prise en charge de la dénutrition imaginé et conçu entièrement par le Clan.

Le projet Géode (Gériatrie Omois dénutrition) est né en 2007 au sein du Clan de l'hôpital Villiers Saint Denis partant du concept que la dénutrition ne s'arrête pas aux portes de l'hôpital, mais existe avant l'entrée à l'hôpital et ne doit plus exister à la sortie de l'hôpital.

Il s'agit donc d'un réseau ville/hôpital. Il s'adresse au pays de l'Omois dans l'Aisne englobant les cinq cantons autour de la ville de Château-Thierry, soit environ 72 000 personnes.

Le projet Géode a quatre objectifs essentiels :

- former toutes les personnes entourant les personnes âgées vivant à domicile, en Ehpad et en établissements de soins, à la prise en charge de la dénutrition ;

- créer une unité transversale nutritionnelle (UTN) ;
- informer et sensibiliser la population aux problèmes de la dénutrition et ainsi la prévenir ;
- recenser les personnes dénutries par le biais de la formation de toutes les personnes entourant les personnes âgées et les prendre en charge activement et efficacement.

Ce projet est remarqué comme action de prévention de la dénutrition et labellisé en tant que tel par l'agence régionale de santé de Picardie territoire Aisne-Sud. Il se propose d'étudier son implantation dans d'autres territoires, comme récemment dans les bassins géographiques de Saint-Valéry-sur-Somme et Rue, avec présentation aux élus et médecins.

Le dépôt du projet Géode à l'Acticlan a permis de mettre en valeur tout le travail effectué par notre Clan.

Celui-ci fait partie du Resclan Champagne-Ardenne et participe activement à ses travaux ainsi qu'au réseau Picardie Nutrition. Il a créé et élaboré un CD de dépistage de la dénutrition diffusé par le laboratoire Nutricia.

Le Clan a aussi informatisé toutes les données biologiques et anthropomé-

triques pour chaque patient dans toutes les unités de soins de l'hôpital pour dépister les états de dénutrition ce qui permet :

- d'alerter instantanément les équipes soignantes, sur les postes de travail, de possibles états de dénutrition et de mettre en place les actions immédiates de prise en charge ;
- et, grâce à l'informatique, de proposer des codages de dénutrition aux médecins remplissant leurs PMSI !

Il a participé et participe encore cette année à des évaluations de pratiques professionnelles sur la dénutrition au sein de l'hôpital, mais aussi dans le cadre du Resclan.

Il est de surcroît très investi dans le recueil des critères Ipaqss (indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins).

Aussi, l'ensemble des membres du jury du prix Acticlan a félicité le Clan de l'hôpital Villiers Saint Denis, souligné la qualité du travail réalisé par son équipe et a tenu à le remercier pour son dynamisme et son engagement. ■

*Dr Jean-François Bouteleux
Hôpital Villiers Saint Denis*

Société francophone nutrition clinique et métabolisme

La SFNEP regroupe l'ensemble des professionnels de la santé et de l'industrie impliqués dans la prise en charge nutritionnelle des malades et de la dénutrition.

Sa devise est : « Nourrir l'homme malade ».

www.sfnep.org

Formations Géode

Géode a notamment pour objectif de former toutes les personnes entourant les personnes âgées vivant à domicile, en Ehpad et en établissements de soins, à la prise en charge de la dénutrition.

Il organise des journées de formations sur les thématiques suivantes :

- l'instant repas en Ehpad - deux sessions ont eu lieu en juin et septembre 2011 ;
- la prise en charge des états de dénutrition et de déshydratation des personnes âgées - une session s'est déroulée en octobre, une autre les 23 et 24 novembre 2011.

Pour tout renseignement sur les sessions 2012, vous pouvez vous adresser à :

Dr Jean-François Bouteleux, responsable du projet Géode

Tél. : 03 23 70 75 29 - e-mail : jean-francois.bouteleux@hlrs-villiers.net

Sabine Lucas, coordonnatrice de Géode

Tél. : 03 23 70 53 28 - e-mail : sabine.lucas@hlrs-villiers.net

www.larenaissancesanitaire.fr

Objectif Certification V3 à l'automne 2012

La prochaine visite de certification aura lieu à La Musse à l'automne 2012. Cette version 3 (V3) s'appuiera sur de nouvelles méthodes d'autoévaluation et la prise en compte des indicateurs qualité. Elle réclamera de nouvelles dispositions en matière de développement durable et sera vigilante sur les pratiques exigibles prioritaires (PEP).

Pour la troisième fois, à l'automne 2012, les experts-visiteurs seront accueillis à l'hôpital La Musse pour la version 3 de la démarche de certification. Les axes prioritaires de cette V3 sont :

- le management des établissements de santé avec renforcement du management de la sécurité ;
- le pilotage de l'établissement avec suivi des indicateurs (exemple : taux de satisfaction, taux de bonne tenue du dossier patient, activité de l'établissement, suivi budgétaire...) ;
- l'intégration d'exigences de développement durable ;
- les droits des patients : démarches éthiques, bientraitance et respect des droits du patient en fin de vie ;
- la prise en charge du patient (affichage d'objectifs en matière de sécurité des soins et valorisation de l'éducation thérapeutique).

Nouvelle méthode d'autoévaluation

Les établissements sont désormais libres de s'organiser pour établir leurs groupes de travail, tout en maintenant la pluriprofessionnalité et l'intégration des usagers. À l'hôpital La Musse, pour éviter de multiplier les réunions et assurer la représentation des différentes catégories de pro-

fessionnels, les structures institutionnelles (comité de liaison en alimentation et nutrition [Clan], comité de lutte contre les infections nosocomiales [Clin], comité de lutte contre la douleur [Clud], comité de vigilances et des risques [Coviris], CHSCT...) ont été sollicitées sur les critères qui les concernent. Pour les autres, le comité de pilotage, réactivé en janvier dernier, a défini des groupes de travail. Point de départ de chacun : prendre appui sur les résultats de la première autoévaluation à blanc pour définir les actions correctives à mettre en œuvre.

Les indicateurs qualité

Outil de base dans cette démarche V3 : les indicateurs qualité, « *une donnée chiffrée, mesurée par une méthode validée, qui rend compte du niveau de qualité ou de sécurité atteint dans un domaine* ». Ce sont les indicateurs nationaux Ipaqss (indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) définis par la Haute Autorité de santé (HAS - voir encadré p. 22) : gestion du dossier patient, troubles de l'état nutritionnel, sortie du patient, prise en charge de la douleur... Ce sont les scores agrégés : Icalin (indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales) pour la maîtrise du risque infectieux, ICATB (indice composite de bon usage des antibiotiques) ou ICSHA (indicateur de volume de produits hydro-alcooliques) pour l'hygiène des mains. Ce sont, enfin, les tableaux de bord utilisés par les établissements (l'activité, l'évaluation des pratiques professionnelles, la démarche qualité de prise en charge médicamenteuse...).

Les scores Ipaqss de l'hôpital

Les scores qualité Ipaqss (indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins - réalisation des objectifs) sont

les suivants en 2011 (relevés sur les dossiers patients du premier trimestre 2010) :

- pour la tenue du dossier patient : 75 % ;
- pour l'envoi du compte-rendu de sortie : 78 % ;
- pour l'évaluation de la douleur : 71 % ;
- pour le dépistage des troubles nutritionnels : 78 % ;
- pour la traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre : 86 %.

En forte progression par rapport aux chiffres de l'année 2010, l'établissement est très proche des objectifs fixés par la HAS (80 %) et au-dessus de la moyenne nationale.

Il devra s'appuyer sur les indicateurs Ipaqss, mais pas seulement. D'autres évaluations seront nécessaires et prises en compte.

Le rapport d'autoévaluation

Le document écrit (rapport d'autoévaluation) sera envoyé à la HAS en juin 2012. Il ne sera descriptif que pour les pratiques exigibles prioritaires (PEP), une nouveauté par rapport à la dernière certification. La visite 2012 sera, en effet, ciblée sur ces PEP, sur les indicateurs (tenue du dossier, prise en charge de la douleur, nutrition, escarres...) et sur les évaluations des pratiques professionnelles (EPP).

La nouveauté 2012 : 11 PEP

Axées sur la qualité et la sécurité des soins, les pratiques exigibles prioritaires seront au cœur de cette troisième certification. Elles concerneront les domaines suivants :

- politique et organisation de l'EPP ;
- fonction « gestion des risques » ;
- gestion des événements indésirables ;
- maîtrise du risque infectieux ;
- système de gestion des plaintes et réclamations ;
- prise en charge de la douleur ;
- prise en charge et droits des patients en fin de vie ;

- gestion du dossier patient ;
- accès du patient à son dossier ;
- identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge ;
- démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Ces onze PEP sont des critères jugés fondamentaux par la HAS pour l'amélioration de la qualité des soins. Elles feront l'objet d'une investigation particulière par les experts-visiteurs. Leur niveau de cotation sera déterminant pour le résultat de la certification de notre établissement. « Lors de leur visite en novembre 2012, les visiteurs investigueront systématiquement les PEP sur le terrain, explique Claude Gest, responsable qualité à l'hôpital La Musse. Il s'agira encore, pour eux, de confronter ce que nous avons déclaré dans le rapport d'autoévaluation à la réalité de notre travail quotidien (interrogation de professionnels, audit de dossiers...). À noter que les autres critères (non PEP) cotés C et D seront également tous vus. Les autres feront l'objet de visites de manière aléatoire. »

Évaluations des pratiques professionnelles

De nouvelles EPP seront également présentées. Les établissements comme le nôtre sont désormais tenus d'en soumettre une par autorisation capacitaire ⁽¹⁾. L'EPP consiste en l'analyse de la

pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. Lors de la réunion de la conférence médicale d'établissement (CME) du mois de juin dernier, une bonne implication du corps médical de l'hôpital La Musse a permis de lister les EPP suivantes :

- cardiologie : « prise en charge thérapeutique des surdosages asymptomatiques en anti vitamine K », Drs Sid Ahmed Belkaïd et Sylvain Duthois ;
- gériatrie : « pertinence de la contention physique chez les personnes âgées », Drs Didier Chauvin et Jean-Samuel Bouvet ;
- pneumologie : « pertinence de la consultation en tabacologie », Dr Didier Pagès ;
- médecine physique et de réadaptation (MPR) : « prise en charge du patient hémiparétique », Dr Hafid Boukry et Marie-Félix Adèle (cadre kinésithérapeute) et « tenue du dossier patient en MPR », Dr Victor Liviot ;
- « bonnes pratiques de préparation des piluliers », Chantal Zamboni, pharmacienne ;
- « évaluation de la qualité de la prescription d'un acte d'imagerie médicale », Dr Corinne Rousselin ;
- « tenue du dossier transfusionnel »,

désormais ciblée sur les soins de suite oncologie, Dr Corinne Rousselin et Nelly Poulain ;

- « pertinence du traitement antibiotique dans les infections urinaires chez le sujet sondé à demeure », Dr Alexandra Esprit-Wurtz ;
- « prise en charge des personnes ayant chuté au moins une fois au cours du séjour », Dr Rabih Nakhal ;
- « pertinence de la prescription des compléments protéino-énergétiques », Dr Patricia Doublet.

La démarche d'EPP entend réduire les pratiques non adaptées aux besoins du patient et leurs conséquences. Les équipes soignantes s'engagent concrètement à mener des actions visant à améliorer la prise en charge globale des patients dans la recherche de réponses pragmatiques et efficaces, conformes aux données actualisées de la science, aux références professionnelles et réglementaires, aux protocoles et procédures. Le travail mené lors des EPP s'inscrit plus que jamais dans la continuité de la démarche qualité. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

(1) Les autorisations capacitaires correspondent aux activités (spécialités médicales) autorisées pour chaque établissement par l'agence régionale de santé.

La Haute Autorité de santé

En France, la Haute Autorité de santé (HAS) est une « autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale » créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Elle est chargée :

- de procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et de contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé, ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée ;
- d'élaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines ;
- d'établir et de mettre en œuvre des procédures d'accréditation et de certification des professionnels et des équipes médicales, ainsi que des établissements de santé ;
- de participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé ;
- de rendre des avis sur tout projet de loi ou de décret instituant des modes particuliers de soins préventifs ou curatifs ainsi que sur les références aux normes harmonisées prévues pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale.

www.has-sante.fr

Certification de l'hôpital La Musse : rappel historique

Janvier 2005

L'hôpital La Musse a passé avec succès l'accréditation (ancienne dénomination de la certification) avec cinq recommandations :

- veiller au respect de la confidentialité des informations concernant les patients et la sécurité des archives ;
- veiller au respect des bonnes pratiques de prescription médicale et supprimer leur transcription ;
- mettre en place une commission de service de soins ;
- généraliser les profils de poste et l'évaluation périodique des personnels ;
- renforcer la coordination entre les équipes soignantes.

Novembre 2008

Deuxième visite des experts pour la certification. Certification avec suivi en raison de la non-conformité incendie du pavillon 2 (pôle soins de suite polyvalents gériatriques) qui a été levé depuis mars 2010. L'hôpital La Musse a donc obtenu sa certification avec deux actions remarquées :

- la prise en charge de la douleur ;
- l'utilisation du simulateur de conduite.

Le calendrier

En juin 2012, il conviendra pour la 3^e certification d'envoyer à la HAS un rapport d'autoévaluation dont les grilles – et c'est l'autre nouveauté – sont paramétrées de façon à permettre le calcul automatique, par un logiciel, du niveau de cotation : A, B, C ou D. Pour les PEP, le niveau de satisfaction se doit d'être en cotation A ou B, et ce pour plus de 80 % des items référencés (contre 60 % pour les autres éléments du dossier).

Certificat(ion)

Copie de rentrée 2011 pour l'hôpital Villiers Saint Denis

L'hôpital prépare sa certification pour le printemps 2012. Les salariés ont travaillé d'arrache-pied tout l'été pour rendre une copie la plus reproductible sur la qualité du travail réalisé.

Avec ce 3^e échelon de la visite de certification par la Haute Autorité de santé [HAS], et comme à l'école, le niveau de difficulté et d'exigence est de plus en plus élevé :

- en 2004, lors de l'accréditation (1^{re} version de la certification – la V1) la notion de démarche qualité a été initiée avec succès pour la majorité des équipes ; elle a permis de tracer une organisation et des procédures permettant d'optimiser la prise en charge du patient ;
- en 2007, l'hôpital a valorisé ses acquis avec un résultat significatif sur la 2^e version de la certification (V2) ; les objectifs de la V1 ont été atteints et les résultats des évaluations ont commencé à apparaître : résultat d'audits ; mise en place d'indicateurs ; à noter l'apparition dans le paysage du système qualité des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) ; là encore l'hôpital a relevé le défi haut la main et a présenté 9 EPP ;
- fin 2009, a été initiée la préparation à la visite de certification n° 3 appelée « certification version 2010 ou V3 ». Cette dernière, comme les précédentes, est ponctuée de deux moments importants : l'autoévaluation et la visite. Deux nouveautés sont apparues :
- la simplification de la saisie de l'autoévaluation ;
- l'apparition des pratiques exigibles prioritaires (PEP), critères mis en exergue par la HAS sur des sujets tels que la tenue du dossier patient ou la prise en charge de la douleur.

Un élément important à prendre en considération également concerne l'investigation des critères lors de la visite :

- les PEP seront systématiquement observées et décortiquées ;
- une attention soutenue sera portée pour les critères C et D (qui ne seront pas tous analysés, mais dont la vigilance sera accrue lors de la visite) ;
- les EPP seront tirées au sort ;
- idem pour les cotations A et B.

Les établissements étant désormais libres de choisir leur groupe de travail, la direction qualité a proposé, fin 2010, la définition des groupes, de leurs pilotes et leur répartition en douze thèmes :

- stratégie de l'établissement ;
- gestion des fonctions logistiques et des infrastructures qualité et sécurité de l'environnement ;
- management qualité et risques, gestion des plaintes ;
- bientraitance, information et consentement du patient ;
- prise en charge de la douleur et patients en fin de vie ;
- système d'information, dossier patient et identification du patient ;
- EPP ;
- accueil, évaluation de l'état de santé, projet de soins, continuité, coordination et sortie du patient ;
- prise en charge particulière ;
- prise en charge médicamenteuse ;
- analyses biologiques/radiologiques ;
- éducation thérapeutique.

La formation au nouveau référentiel et aux outils méthodologiques a été dispensée aux membres du comité de pilotage en février 2011.

De ce fait, les premiers résultats d'évaluation des critères sont exploitables depuis mars 2011. Pendant la période estivale, les équipes ont continué leur travail d'évaluation.



Le point de situation réalisé en avril 2011 a permis de visualiser l'état des lieux et de hiérarchiser les actions.

À la fin du mois d'août, la photographie était plus précise et a été présentée à différentes instances. Le plan d'actions pour le mois de septembre 2011 a été défini. La copie a été rendue en octobre avec une belle progression obtenue durant l'été, et toujours en cours. La vision globale de l'établissement qui s'en détache est satisfaisante et les patients sont accueillis en toute sécurité. Leur prise en charge est optimisée. Le plan d'indicateurs et d'audit mis en place en apportera également la preuve. En octobre a débuté la seconde étape de la certification qui est la préparation de la visite des experts-visiteurs prévue en avril 2012.

Il reste encore énormément de travail. La certification est un point important dans la vie de l'hôpital, elle est une photographie à un instant donné de l'organisation de la structure. Cette photographie est communiquée aux tutelles, à nos correspondants et surtout est accessible aux patients.

À nous de nous assurer que l'excellence du travail, du savoir-faire et du savoir être de l'hôpital Villiers Saint Denis soit reconnue. ■

Annie Thoor Delobel
Hôpital Villiers Saint Denis

La volonté du Clin « Que les bonnes pratiques appliquées par tous »

Face à l'enjeu majeur de santé publique que représente l'infection nosocomiale, la gestion du risque infectieux et l'hygiène hospitalière sont au cœur d'un combat permanent mené de front par tous les personnels de l'hôpital.

Pour mener à bien cette bataille, et conformément à la réglementation, l'hôpital Villiers Saint Denis a, depuis de nombreuses années, mis en place une organisation avec comme pivot central le comité de lutte contre les infections nosocomiales (Clin).

Le Clin, moteur de la prévention du risque infectieux, est une instance de travail pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire qui a, à sa tête, un président (médecin) et une vice-présidente (biologiste). Deux représentants des usagers sont invités à toutes ses réunions. Ce comité se réunit en séance plénière trois à quatre fois par an et par fois plus. Ses principales missions consistent à définir annuellement un programme d'actions assorti d'objectifs quantifiés et d'indicateurs pour son suivi. En fin d'année, il établit le bilan des actions mises en œuvre. C'est ainsi que chaque réunion débute par une revue de l'état d'avancement des dossiers en cours. Elle se poursuit avec un tour d'horizon des fondamentaux : surveillance épidémiologique, évaluations des mesures de prévention, focus sur la formation, sans oublier la vigilance environnementale et en particulier la qualité de l'eau.

Les bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR) sont la priorité en termes de surveillance épidémiologique compte tenu du type de patients que

notre hôpital spécialisé en soins de suite et réadaptation accueille. Mais tous les autres phénomènes infectieux sont également suivis attentivement, en particulier ceux à haut potentiel épidémique. Ces phénomènes sont connus, en grande partie, grâce aux signalements internes issus des unités cliniques. Le Clin s'intéresse également à d'autres événements parmi lesquels les accidents avec exposition au sang (AES).

La prévention de ces BMR repose sur deux axes complémentaires et indissociables. D'une part, le bon usage des antibiotiques afin que les traitements ne créent pas de résistances chez les bactéries, et d'autre part, la maîtrise de la transmission croisée de manière que les BMR, quand elles existent, ne soient pas transmises d'une personne à une autre. La commission des anti-infectieux étant en charge du bon usage des antibiotiques, le Clin se focalise sur les moyens d'éviter la dissémination des BMR d'individu à individu, directement et/ou par l'intermédiaire du matériel. Dans ce domaine, les trois principales mesures sont :

- l'hygiène des mains (du personnel, des patients et des visiteurs) réalisée par friction avec un soluté hydro-alcoolique (SHA) ;
- l'application de précautions complémentaires d'isolement (signalisation, mesure géographique et mesures techniques « barrières », information du patient et des visiteurs, limitation des déplacements...) ;
- la maîtrise de l'environnement (nettoyage/désinfection des surfaces, du matériel, des objets divers...).

La mise en œuvre de ces mesures est jugée par le suivi d'indicateurs tels que la consommation de SHA et le taux de conformité des différents items qui composent les précautions complémen-

taires d'isolement. De nombreux autres actes de soins font également l'objet d'une surveillance régulière.

En matière de formation, le Clin veille à ce que tous les agents, et pas seulement les personnels médicaux et soignants, reçoivent un enseignement leur permettant de comprendre le bien-fondé des mesures de prévention et ainsi de développer leur aptitude à les mettre en pratique. Les réunions du Clin sont le théâtre d'échanges duquel émergent toujours, au final, des décisions constructives. Chaque séance fait l'objet d'un compte-rendu qui est largement diffusé, permettant aux membres qui n'ont pas pu se libérer et aux non-membres de se tenir informés. En parallèle, dans un souci d'efficacité, un relevé des décisions est également transmis. Mais toutes ces données qui sont scrutées, disséquées, débattues..., en réunion sont alimentées par le travail effectué par des personnes qui, à titre individuel et/ou en petits groupes, œuvrent entre deux réunions plénières, notamment :

- un médecin hygiéniste ;
- un cadre hygiéniste ;
- la secrétaire des instances qui y consacre une partie de son temps ;
- le staff Clin composé du médecin hygiéniste/président du Clin, de la biologiste/vice-présidente du Clin, du cadre hygiéniste, et, à chaque fois que le sujet le nécessite des pharmaciens ;
- la commission infectiovigilance dont les membres sont identiques à ceux du staff Clin et à laquelle est associée, à chaque fois que le sujet le requiert, le médecin et l'infirmière de médecine du travail.

Pour relayer ce travail auprès du personnel, des correspondants « Clin/hygiène » (CCH) sont identifiés dans chacune des unités d'hospitalisation. Il s'agit particulièrement :

ques soient

- d'un groupe d'infirmières « CCH », qui participe à des réunions avec le cadre hygiéniste. La diffusion d'un compte-rendu de la séance permet de garder le lien avec celles qui n'ont pas pu se libérer ;
- le collège des cadres de santé (infirmier, rééducateur...), soit une réunion par trimestre, animée par le cadre hygiéniste et entièrement consacrée à la prévention du risque infectieux. Son compte-rendu permet aux absents une information exhaustive.
- après l'ère des bactéries multirésistantes, voici qu'émergent, de plus en plus, des bactéries très hautement résistantes et fortement épidémiques dont nous devons prévenir toute dissémination ;
- après les indicateurs d'organisation et de moyens, pour lesquels nos résultats sont excellents, arrivera prochainement l'indice Sarm (*staphylococcus aureus* résistant à la méticilline - voir encadré), le premier indicateur de résultats.

Lors des réunions de la conférence médicale d'établissement, le président du Clin/praticien hygiéniste fait aussi passer des messages à ses confrères. Dans l'intérêt des patients et dans celui de l'établissement, le Clin va avoir de nouveaux défis à relever :

Mais, puisque l'organisation et les moyens sont là, nul doute que l'ensemble du personnel sache se mobiliser et s'engager pour relever ces deux challenges. ■

Isabelle Dubus
Hôpital Villiers Saint Denis

L'indice Sarm (*staphylococcus aureus* résistant à la méticilline)

L'indice Sarm est le dernier indicateur du tableau de bord des infections nosocomiales.

Il dépend, d'une part, du nombre de patients venant d'un autre hôpital, l'infection par un Sarm ayant pu avoir lieu dans cet autre hôpital (Sarm dits importés) et, d'autre part, de la prévention de la diffusion des Sarm d'un patient à l'autre (Sarm dits acquis dans l'établissement).

Il dépend aussi de la politique de maîtrise de la prescription des antibiotiques.

Il est présenté sous la forme d'un taux défini par le nombre de patients hospitalisés chez lesquels au moins une souche de *staphylococcus aureus* (*staphylocoques dorés*) résistant à la méticilline (Sarm) a été isolée dans l'année, au sein d'un prélèvement à visée diagnostique, rapporté à 1 000 journées d'hospitalisation.

Le staff Clin, de gauche à droite : Dr Michèle Demange, biologiste, Isabelle Dubus, cadre hygiéniste, et Dr Quoc Phan Sy, président



La Wifi opérationnelle à l'hôpital

Politique de soins performante et amélioration du confort

L'hôpital Villiers Saint Denis veut se donner les moyens d'une politique de soins performante et d'une amélioration du confort de ses patients. Au nombre des chantiers majeurs, l'hôpital a entamé une orientation de son système d'information autour du dossier patient et de son parcours de soins.

La prescription au plus près du patient grâce à la Wifi

Dans le projet d'établissement, les technologies Wifi jouent un rôle clé. Dans le cadre de la signature du contrat de bon usage du médicament (voir *Regards* n° 11) avec l'agence régionale de santé (ARS), l'hôpital s'est engagé dans une démarche de sécurisation du circuit du médicament et d'amélioration des pratiques de prescription. Cela nécessitait d'informatiser le processus et de favoriser l'utilisabilité des applications métier là où le personnel médical et soignant en a le plus besoin, au chevet du patient. Or, le dossier médical commun informatisé maison (DMC), que nous avons conçu dès 1995, est utilisable sur PC portable Wifi. Il nous fallait donc étendre la capacité de notre réseau pour y intégrer les technologies nomades. La mise en œuvre de la Wifi, confiée à la société Aquastar, devait répondre à un cahier des charges exigeant en termes de disponibilité, de qualité de service et de sécurité. Dans un contexte où les charges de travail des personnels soignants sont fortes, le nouveau réseau doit convaincre pour être adopté. Les gains immédiats mesurés lors des premiers déploiements ont confirmé la per-

tinence du projet. La généralisation de la couverture sans fil étant acquise, l'hôpital va désormais ériger en priorité la poursuite de sa sécurisation par un dispositif d'authentification forte. Il va aussi préparer l'avenir. Grâce à un réseau bien dimensionné, l'hôpital Villiers Saint Denis sait qu'il dispose d'une large potentialité de nouveaux services.

La Wifi ouvre la voie

Pour inscrire les technologies sans fil dans le quotidien de l'hôpital, le réseau se devait d'être irréprochable, tant en matière de qualité de service que de sécurité et de confidentialité des données. La Wifi est sans conteste un vecteur de progrès dans la dispensation des soins, mais elle demande aussi un effort d'adaptation du personnel soignant à de nouveaux modes de travail. Il est donc indispensable que les utilisateurs soient rassurés sur la fiabilité de la technologie proposée.

Approfondir l'étude de couverture et les tests

Au terme d'un appel d'offres, le paramétrage et le déploiement de la solution de mobilité sont confiés à Aquastar. La mise en œuvre de la Wifi intervient en avance du déploiement de l'application DMC. Avant d'être équipé, chaque service de soins fait l'objet d'études approfondies de couverture et d'implantation. Effectuées sur le terrain, elles permettent d'optimiser la couverture radio par zone à équiper et de déterminer précisément le nombre de bornes, leur emplacement, leur puissance. La confrontation au terrain est très importante car deux étages identiques sur le papier peuvent propager les ondes de façon différente. Aquastar a choisi de régler les bornes à 30 % de leur puis-

sance totale. De cette façon, si l'une d'elles tombe en panne, la zone vacante sera couverte par une borne adjacente qui réajustera automatiquement sa puissance d'émission. Les tests ont été menés en double, d'abord avec les terminaux d'Aquastar, puis en situation réelle avec les PC portables acquis par l'hôpital. Cette vérification est importante car les écarts peuvent être non négligeables d'un équipement à l'autre. Mais les tests les plus poussés n'empêchent pas des mesures correctives après la mise en exploitation, les ondes étant par nature capricieuses. Il est donc important de travailler avec un partenaire impliqué.

Un réseau sécurisé

Le réseau filaire de l'hôpital était tout à fait dimensionné en termes de débit pour supporter une extension Wifi. Mais, il est apparu nécessaire de mettre à niveau certains équipements arrivés en fin de vie chez le constructeur, et surtout de faire évoluer son architecture, notamment au niveau des liaisons optiques entre les bâtiments. La sécurité des accès distants est quant à elle prise en charge par un serveur d'authentification Radius. L'hôpital prévoit d'évoluer rapidement vers un dispositif d'authentification forte avec la carte de professionnel de santé (CPS). D'autant qu'un décret de confidentialité du 15 mai 2007 demande aux établissements de santé de s'équiper dans ce sens. 120 bornes ont été déployées dans les trois pavillons de soins pour une couverture Wifi totale de ces bâtiments. L'hôpital a mis en service des PC portables de type client léger (sans disque dur) pour accéder aux applications dans deux services, depuis le printemps 2011. En régime de croisière, un service par mois devrait être équipé.

Villiers Saint Denis mante ort des usagers

Confort de travail et productivité

Outre les gains avérés en termes de traçabilité ou de meilleure qualité des informations, le sans-fil offre aux équipes la perspective d'un plus grand confort de travail et d'une meilleure utilisation des temps médicaux et de soins passés près du patient. Les informations sont transmises et mises à disposition en temps réel sans déplacements fastidieux vers l'infirmier ou les bureaux et les soins sont assurés plus rapidement.

Accompagner le changement

Dans un hôpital, l'introduction de la mobilité représente un changement important. Il faut se familiariser avec de nouvelles applications, de nouveaux outils informatiques et adapter sa façon de travailler. Le projet fera l'objet d'une communication large et régulière auprès de l'ensemble des acteurs (médecins, pharmaciens, soignants) et de formations continues. Ces formations sont d'autant plus importantes que nous déployons le circuit du médicament en même temps. Des référents métiers ont été nommés pour assurer le lien entre le groupe projet et les équipes sur le terrain.

Michel Duménil, Dr Aline Sénagas-Rouvière et Lionel Bertucchi, cadre infirmier, testent le nouveau matériel installé au pôle gériatrie cardiologie pneumologie

La Wifi bientôt également à l'hôpital Musse.

Voir Faits marquants p. 32

L'accès Internet pour les patients

L'autre bénéfice majeur apporté par la couverture Wifi est la possibilité d'offrir un accès Internet aux patients moyennant une participation financière sur le même modèle que la télévision. Ainsi, le patient qui dispose de son propre ordinateur portable, peut profiter de tous les services d'Internet que ce soit dans sa chambre ou dans les espaces de vie. La gestion de ce nouveau service a été confiée à notre partenaire actuellement en charge de la télévision et du téléphone pour faciliter les démarches des patients.

Pour des raisons de sécurité et de qualité de service, une liaison Internet dédiée aux patients a été mise en place et l'ensemble des accès est historisé pendant un an, conformément à la loi.

Vers de nouveaux services

Circonscriit aujourd'hui à la transmission de données, le réseau a néanmoins été dimensionné pour supporter d'autres services. L'hôpital sait qu'il peut désormais envisager la voix sur IP, la vidéosurveillance ou encore la géolocalisation. ■

Michel Duménil
Hôpital Villiers Saint Denis



Hôpital Villiers Saint Denis

L'unité centrale de fauteuils

Tout établissement de santé est tenu d'assurer au patient la liberté de mouvements durant son hospitalisation et doit mettre à sa disposition les outils nécessaires à son autonomie.

Initiée en octobre 2004 parallèlement à la mise en place du dossier médical centralisé (DMC) créé par le service informatique de l'hôpital, l'unité centrale de fauteuils roulants (UCFR) de l'hôpital Villiers Saint Denis est dotée d'environ 300 fauteuils dédiés à des patients hospitalisés (y compris en hospitalisation de jour).

Avant 2004, chaque pôle (pavillon de soins), en particulier les équipes de masseurs kinésithérapeutes, gérât son

parc de fauteuils de façon « artisanale » et autonome.

Respecter des normes d'hygiène indispensables et de plus en plus drastiques, gérer centralement de façon plus efficace l'ensemble du parc de fauteuils, tels ont été les principaux motifs de création de l'UCFR.

Ainsi, l'unité centrale de fauteuils roulants de l'hôpital Villiers Saint Denis répond, depuis avril 2005, à deux objectifs principaux :

- donner à chaque patient le nécessaire, dès son entrée dans l'un des trois de pôles de l'hôpital, un fauteuil en état de fonctionnement, désinfecté et adapté ;
- recenser et identifier, de façon permanente, l'ensemble des fauteuils de l'établissement.

Des fauteuils en état de fonctionnement, désinfectés et adaptés

Suite à la prescription médicale rédigée par les médecins des pôles qui renseignent le logiciel dédié (également créé par le service informatique de l'hôpital) connecté au dossier patient, chaque fauteuil est livré dans les unités, accompagné d'une fiche d'attribution sur laquelle figurent toutes les caractéristiques (taille et équipements divers) demandées par le prescripteur. Cette fiche, dès réception du fauteuil par l'unité de soins, est immédiatement portée dans le dossier médical du patient.

Les demandes d'attribution et de réparation sont également informatisées. L'UCFR, dont le fonctionnement est assuré par Érik Glavieux, responsable d'unité, et Jean-Marie Millan, technicien formé spécifiquement, répare, lave, désinfecte et livre quotidiennement 5 à 20 fauteuils roulants.

Les réparations importantes sont effectuées dans l'atelier de l'unité accolée aux garages de l'établissement. Celles de moindre importance (réglages...) sont faites dans les unités de soins.

Les fauteuils sont lavés en machine spécialement conçue pour le lavage des fauteuils roulants. L'immense machine à laver (de marque Reha Wash), soit un investissement de 21 800 €, possède trois cycles de temps (5, 7, 9 minutes) qui comprennent lavage et désinfection du fauteuil.

Recenser et identifier, de façon permanente, l'ensemble des fauteuils de l'établissement pour une meilleure efficience

Les fauteuils roulants, équipements importants et aides indispensables pour



fauteuils roulants



Jean-Marie Millan réparant un fauteuil

Les patients et les résidents de nos établissements de soins de suite et de réadaptation, représentent un budget important. Le coût à l'achat d'un fauteuil manuel oscille entre 400 et 1 000 €, celui d'un fauteuil électrique entre 1 450 € et 7 000 €. Quant à la maintenance annuelle d'un fauteuil (réparation, lavage, désinfection...), elle s'élève à 173 €.

Cette organisation centralisée, qui concerne également la gestion des stocks de fauteuils et des pièces détachées de remplacement, répond de façon efficiente aux besoins exprimés dans l'ensemble des unités de l'hôpital.

Les procédures relatives tant aux demandes d'attribution de fauteuils, qu'à celles de réparation – lavage et désinfection permettent d'assurer le suivi, la traçabilité et la sécurité de l'ensemble des opérations, ce au final pour une gestion des risques optimum et une meilleure qualité de la prise en charge de l'utilisateur. ■

Érik Glavieux
Laurent Weber
Hôpital Villiers Saint Denis

Pour en savoir plus

- **La gestion d'un parc de fauteuils roulants, recommandations**, sous la direction de Philippe Denormandie, mission Handicaps, Les guides de l'AP-HP, juillet 2000.
- **Hygiène et salubrité en milieu de soins**, Principes généraux applicables dans le processus de valorisation des fauteuils roulants de la Régie de l'assurance maladie du Québec, novembre 2010.

Faits marquants

Hôpital Villiers Saint Denis

Projet(s)

L'agence régionale de santé (ARS) de Picardie a validé le projet « programme d'activité physique thérapeutique adapté aux maladies chroniques », en lien avec l'association diabète et maladies métaboliques de l'Omois (Adiammo), réseau de santé situé dans l'Omois (arrondissement de Château-Thierry dans le département de l'Aisne). Adiammo assure le suivi et l'éducation des patients diabétiques, en collaboration étroite avec le médecin traitant. Son objectif : améliorer la qualité des soins et diminuer les complications liées au diabète par l'éducation thérapeutique des patients, la coordination des soins et la formation des soignants.

L'hôpital a également déposé auprès de l'ARS les projets suivants :

- plateforme d'accompagnement et de répit des aidants Alzheimer ;
- développement de la prise en charge en soins palliatifs dans les établisse-

ments médico-sociaux et dans les établissements de santé – intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs à l'extérieur (l'équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital Villiers Saint Denis intervient aujourd'hui dans les trois pôles de l'hôpital) ;

- éducation thérapeutique du patient « maladies chroniques » et « broncho-pneumopathie chronique obstructive » (BPCO).

Visites, rencontres : des partenariats consolidés et enrichis

L'hôpital Villiers Saint Denis a su créer des liens privilégiés avec des établissements franciliens depuis fort longtemps, en particulier grâce au pôle vasculaire diabétologie et appareillage (VDA) qui, par sa spécialité, continue à développer les activités interrégionales (axe stratégique validé dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'ARS).

Compte tenu de l'évolution architecturale de l'hôpital ces dernières années, il est important pour nos partenaires de visiter ses nouvelles structures : atelier d'appareillage et balnéothérapie, cuisine thérapeutique, plateau technique du pôle médecine physique et réadaptation (MPR) et gymnase, unité cognitivo-comportementale, accueil de jour Alzheimer.

Aussi l'hôpital a reçu notamment depuis le début de l'année 2011 :

- le Dr Eldjoulène Lebied et son équipe de chirurgie vasculaire de l'hôpital La Pitié-Salpêtrière ;
- le Pr Michel Marre, chef du service diabétologie, endocrinologie et nutrition de l'hôpital Bichat ;
- les dirigeants du groupe hospitalier Saint-Louis/Lariboisière/Fernand-Widal, Philippe Sudreau et Christian Nicolas, ainsi que Danielle Cadet. Un projet de partenariat est en cours d'élaboration pour nos patients axonais avec le Pr Hugues Chabriot (pôle neurologie de l'hôpital Lariboisière). Des travaux dans le cadre de la prise en charge en diabétologie, sclérodémie... se poursuivent par ailleurs avec les Prs Dominique Farge Bancel et Patrick Vexiau (voir par ailleurs journée conférence organisée le 25 mai 2011 - article p. 10).

D'autres partenariats sont également en cours avec les centres hospitaliers de Gonesse, de Saint-Quentin...

Groupement de coopération sanitaire (GCS) du sud de l'Aisne

Le GCS dorénavant constitué de trois établissements (avec les centres hospitaliers de Soissons et de Château-Thierry) a pour but de favoriser les projets de coopération entre ses trois établissements membres, tout en préservant les intérêts propres à chacun d'entre eux.





Son volet restauration fonctionne bien. Une démarche de développement durable est actuellement engagée en abandonnant les barquettes plastiques pour des repas servis sur assiette. De nombreux autres projets sont examinés : laboratoires de biologie médicale, transports, formation concernant la manutention et la prévention des affections musculo-squelettiques...

Système d'information hospitalier - catalogue spécifique d'actes de rééducation et réadaptation (CSARR)

La candidature de l'hôpital Villiers Saint Denis à l'expérimentation de ce nouveau catalogue a été retenue par l'agence technique de l'information hospitalière. Cette expérimentation participe au projet national de mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) en soins de suite et de réadaptation.

Stages sportifs au profit des patients

(Voir également article p. 18)

- Canoë-kayak en juin.
- Plongée pour les personnes handicapées, du 19 au 23 septembre 2011.

Fournisseur grand appareillage

Le centre d'appareillage a adhéré à la

convention nationale « orthoprothèses ». Il figure dans la liste des fournisseurs conventionnés en matière de grand appareillage repris au chapitre 7 du titre 2 de la liste des produits et prestations remboursables sous l'intitulé « orthoprothèses ».

Soins palliatifs

L'hôpital a adhéré au réseau Cécilia ⁽¹⁾ (soins palliatifs) du sud de l'Aisne. Le réseau couvre aujourd'hui huit cantons autour de Soissons. Il permet aux patients qui le souhaitent de vivre leur fin de vie à domicile dans les meilleures conditions possibles. Il repose sur une assise stable de professionnels et de structures, et dispose d'un crédit auprès des professionnels de santé ainsi que des patients, dans le cadre d'une organisation ayant pris sur son environnement.

Médailles du travail

Le 9 juin 2011, ont été remis 56 médailles et diplômes du travail à 50 récipiendaires : 1 480 années de travail additionnées récompensées, plus d'un millénaire de boulot !

Nos médecins

Départ des Drs Bertrand Antichan (pôle médecine physique réadaptation - MPR), Mohamed Boukarai (pôle gériatrie cardiologie pneumologie - GPC), Gilbert N'Zihou (pôle vasculaire



diabétologie appareillage - VDA) et Alain Turlure (pôle GPC).

Arrivée des Drs Mihail Beloiu (pôle VDA), Mohamed Ben Rabah (pôle GPC) et Mirela Florian (pôle MPR).

Médias : on parle de nous

Les équipes de France 5 sont venues tourner un reportage sur la réadaptation cardiaque et plus précisément l'assistance électrique. Ce reportage a été diffusé en avril 2011 dans l'émission *Le Magazine de la santé* présenté par Michel Cymes et Marina Carrère d'Encausse.

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

Faits marquants

Hôpital La Musse

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

Le 15 septembre dernier, Claude d'Harcourt, directeur général de l'ARS de Haute-Normandie et son équipe ont visité l'hôpital La Musse et son Samsah (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés). Les représentants de l'agence se sont rendus dans les trois pôles d'hospitalisation et se sont entretenus longuement avec de nombreux professionnels de santé et l'équipe de direction de l'hôpital.

Attentif aux recherches constantes de pratiques et d'approches innovantes menées, Claude d'Harcourt a encouragé l'hôpital à rester dans cette dynamique.

Une nouvelle structure : la Cru

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charges (Cru) a officiellement été créée le 11 mai dernier. Il s'agit d'une fusion entre l'ancienne commission de relations avec les usagers et le comité des événements indésirables.

Ses deux missions :

- contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches ;
- veiller au respect du droit des usagers.

Les projets de service des cadres de proximité

L'ensemble des cadres de santé de l'hôpital s'est engagé dans l'élaboration de « projets de service » :

- en pneumologie : « l'éducation thérapeutique des patients BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive) hospitalisés » ;
- en nutrition/alcoologie : « l'amélioration de la prise en charge du patient alcool » ;
- en soins de suite polyvalents : « engager la personne soignée et son entourage dans une relation contractuelle de soins en développant un accueil structuré et personnalisé » ;
- en soins de suite vasculaire : « la mise en place d'un projet d'éducation thérapeutique auprès des patients artéritiques » ;
- au pôle de médecine physique et réadaptation (MPR) : « les patients amputés et le suivi des plaies »,

Création de la Cru



« l'accompagnement des familles de patients traumatisés crâniens » et « l'harmonisation des pratiques et la sécurisation des pansements » ;

- au pôle soins de suite polyvalents gériatriques : « développer l'expertise clinique de l'équipe pluridisciplinaire d'oncologie sur le plan éducatif et relationnel, servant de référence en interne et en externe ».

Patients perturbateurs : aider les équipes

La commission de soins a souhaité s'intéresser à une problématique rencontrée de manière transversale dans les trois pôles : « la prise en charge des patients souffrant de troubles du comportement perturbateurs ».

Un plan d'actions a été établi réaffirmant le rôle du médecin, prônant le développement de partenariats avec le centre hospitalier spécialisé d'Évreux, la formation et l'accompagnement des équipes (gestion du stress, de la violence et de l'agressivité, l'écoute comme outil thérapeutique...) ou l'utilisation d'outils (nouveaux téléphones internes DECT [digital enhanced cordless telecommunications], digicodes, sécurisation des pavillons...).

Nouveau métier : les aides médico-psychologiques (AMP)

Deux AMP interviennent à l'unité cognitivo-comportementale depuis son ouverture en mai dernier. Il s'agit d'un nouveau métier pour notre établissement, qui a fait le choix du recrutement de ces deux auxiliaires de vie d'expérience qui complètent l'équipe pluridisciplinaire (voir également encadré p. 9).



Troubles musculo-squelettiques : en réseau

L'OETH (Association nationale pour l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés) aide notre établissement à la formation de formateurs Prap (prévention des risques liés à l'activité physique) et à l'organisation de sessions de formations des salariés sur ce thème. L'association a créé un réseau régional de référents Prap ou TMS (trouble musculo-squelettique) auquel l'hôpital vient d'adhérer. L'objectif : permettre aux professionnels isolés, issus de différentes structures médicales ou paramédicales, de partager leur expérience au travers de réunions régulières et d'un site Internet.

La Wifi pour les patients

La mise en œuvre de ce service supplémentaire, fréquemment réclamé par les patients, va se dérouler, en liaison avec le service informatique de l'hôpital, sur six mois à compter de ce mois d'octobre.

Un contrat local d'amélioration des conditions de travail (Clact)

Mise en place d'activités physiques encadrées par un animateur sportif à destination des salariés qui le souhaitent, utilisant les infrastructures de l'établissement... et création de vacations de psychologues pour les équipes confrontées à des difficultés de prise en charge d'un patient, de sa famille, ou ayant besoin d'exprimer son ressenti face à la souffrance, la mort, le refus de soins... Tels sont les deux domaines retenus (et en partie financés) par l'agence régionale de santé, dans le cadre d'un Clact, démarré cet automne.

De nouveaux lits pour les soins palliatifs

Pour la troisième année consécutive, le Rotary d'Évreux a choisi de soutenir le service de soins palliatifs de l'hôpital La Musse. Tous les bénéfices du Salon du vin de mars dernier (10 500 euros) seront affectés à l'achat de lits spéciaux anti-escarres. Le mécénat avait déjà

Formation au logiciel Axygate



29^{es} Journées d'étude de l'Association des infirmiers de rééducation et de réadaptation (AIRR) : les stands de l'association et de La Renaissance Sanitaire



permis d'acquérir huit lits sur les quatorze que compte ce service de soins palliatifs.

Dossier patient informatisé

L'hôpital poursuit le déploiement du dossier patient informatisé (logiciel Axygate). Le pôle soins de suite polyvalents gériatriques a en particulier testé la nouvelle application informatique.

« Foulées » dans le parc (voir photo en couverture)

Privés de participation aux troisièmes foulées nocturnes de Saint-Sébastien-de-Morsent pour cause d'orage, le samedi 3 septembre dernier, le personnel soignant du pôle MPR et les collègues de l'Ademimc, qui s'étaient préparés en vue de la manifestation, ont organisé une épreuve dans le parc de La Musse, mardi 13 septembre. Ils étaient une trentaine de patients (en fauteuil, en joëlette ou à pied) et une vingtaine d'encadrants, personnel soignant sportif, à s'élancer dans les allées. Une initiative fort appréciée qui sera très probablement renouvelée.

Médias : on parle de nous

Un reportage consacré au plateau d'obstacles de l'hôpital La Musse a été diffusé début septembre dans le magazine de la santé présenté par Michel Cymes et Marina Carrère d'Encausse. Un deuxième reportage dédié au simulateur de conduite a été diffusé début novembre 2011 dans la même émission.

29^{es} Journées d'étude de l'AIRR

Voir article pages 12 et 13. ■

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.

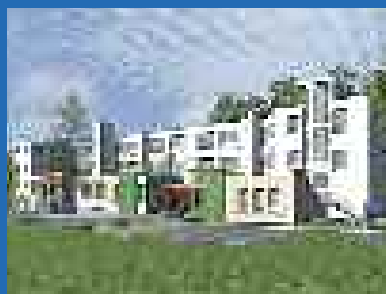
La Renaissance Sanitaire est une fondation reconnue d'utilité publique par décret du 8 juillet 1928 et arrêté du 6 novembre 2000, qui gère cinq établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier :



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

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.



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