

Le magazine de La Renaissance Sanitaire

Regards

N°13 JUIN 2012

Actualités

Enjeux

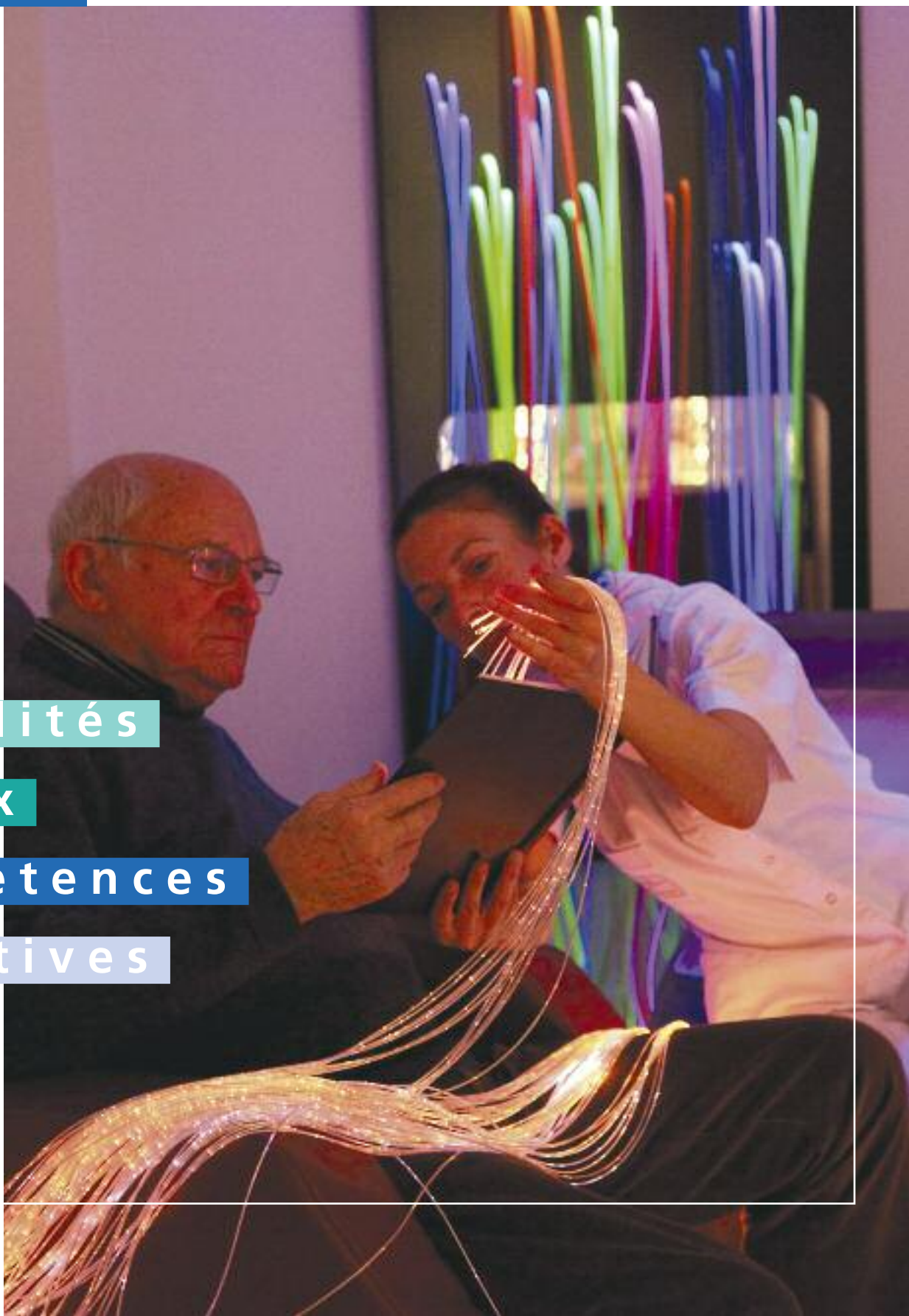
Compétences

Initiatives

Hôpital La Musse
Samsah
Hôpital Villiers Saint Denis
Accueil de jour Alzheimer
Centre d'appareillage

**La Renaissance
Sanitaire**

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



La direction de La Renaissance Sanitaire

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

Le conseil d'administration



Président
Didier GABORIAUD
Président de la FMP Mutualité francilienne



Vice-président
René VANDAMME
Désigné par la FMP Mutualité francilienne



Secrétaire
Marie-France CARABIN
Désignée 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, professeur de santé publique, président de la commission Addiction de l'Académie de médecine

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

Jacques FUCHS, président de la mutuelle Geodis-Calberson

Dr Magali GUICHARDON, médecin gériatre

Jean-Claude MAIRET, désigné par la FMP Mutualité francilienne

Jean-Michel MEHNERT, préfet honoraire, représentant le ministre de l'Intérieur

Didier POITEVINEAU, désigné par la FMP Mutualité francilienne

Bernard VIALATOUX, vice-président de la FMP

Hôpital Villiers Saint Denis (02)



Directeur
Annie METIVIER



**Président
de la CME**
Dr Jean-François
BOUTELEUX

Hôpital La Musse (27)



Directeur
Catherine
PALLADITCHEFF



**Président
de la CME**
Dr Victor
LIVIOT

actualités

Dossier patient informatisé
Une évolution majeure p. 4

2011, 2012...
Années des patients et de leurs droits p. 5

e n j e u x

Gestion des risques
La sécurisation des soins passe par le signalement! p. 6

Gériatrie
La prévention du risque iatrogène médicamenteux p. 8

**Surdosage asymptomatique en antivitaminé k:
prise en charge thérapeutique** p. 11

compétences

Lombalgie chronique
La méthode de la restauration fonctionnelle p. 14

Témoignages
Le travail de nuit à l'hôpital La Musse p. 18

L'équipe de nuit de l'hôpital Villiers Saint Denis
Bonsoir! p. 20

**L'appareillage à l'ère de l'électronique
et de l'informatique** p. 21

initiatives

Culture à l'hôpital
Famille et filiation p. 22

Unité cognitivo-comportementale
de l'hôpital Villiers Saint Denis
L'espace Snoezelen p. 24

Accessibilité
**L'hôpital La Musse et le département de l'Eure
précurseurs en France** p. 26

Éthique
Travailler sur le refus de soins et la fin de vie p. 28

Traumatisés crâniens légers
Une étude en cours p. 30

Faits marquants
Hôpital Villiers Saint Denis p. 31

Hôpital La Musse p. 33



Imprimé sur un papier FSC
www.fsc.org

Directeur de publication: Didier Gaboriaud ■ Rédacteurs en chef: Marie-France Carabin, René Vandamme, Catherine Toubanc ■ Photos: Denis Châtelain, Dominique Guibourg
■ Conception maquette: Héral ■ Imprimerie de Champagne ■ Dépôt légal 2^e trimestre 2012.



Contractualisation accentuée à tous les échelons et dans tous les domaines, territorialisation – régionalisation –, qualité et gestion des risques avec la montée en puissance de la certification, développement des missions de prévention et d'éducation thérapeutique, refonte des systèmes d'information, projet de réforme de la politique nationale des investissements, les établissements de santé et médico-sociaux connaissent des révolutions perpétuelles dont la mise en cohérence constitue un enjeu majeur, pour leurs responsables et l'ensemble des professionnels qui y travaillent.

L'organisation, le management, la prise en compte des pratiques professionnelles quotidiennes, l'explication, la communication sont prépondérants pour comprendre et s'approprier, dans leur globalité et efficacement, ces mutations complexes et surtout préserver des pratiques de soins loyales et éthiques.

Car, si les établissements de santé et médico-sociaux sont soumis à une réalité administrative rude, c'est aussi et avant tout un milieu d'Hommes (masculin/féminin) au service des Hommes.

Mais, qu'en sera-t-il de cette humanité confrontée à des logiques financières de plus en plus rudes et incertaines ?

Pourtant, il importe résolument de continuer à innover, renforcer la technicité et la coordination, ce à l'aube d'une probable réforme des financements hospitaliers, c'est-à-dire une adaptation de la tarification à l'activité, qui – il faut l'espérer – saura apprécier tant la performance économique des établissements que ses missions sociales et d'intérêt général, mais également mesurer la qualité des prises en charge et la performance clinique du parcours de soins dont l'optimisation constitue le véritable défi pour le bien-être des usagers.

Didier Gaboriaud
Président de La Renaissance Sanitaire

Dossier patient informatisé

Une évolution majeure

Améliorer la qualité des soins en facilitant la mémorisation et la communication entre les partenaires de soins, en aidant à la prise de décisions médicales, en diminuant les erreurs de transcription et en permettant une plus grande confidentialité, une meilleure traçabilité des données et une rapidité de transmission des informations...

Tels sont quelques-uns des avantages du dossier patient informatisé (DPI) en cours d'installation à l'hôpital La Musse. Genèse de la démarche...

Quelques données

- Laurent Lebon, responsable de la comptabilité et du service informatique, anime un comité de pilotage composé de Christine Gogibus (informaticienne, chef de projet technique) et du Dr Didier Chauvin (médecin chef de pôle et vice-président de la conférence médicale d'établissement, chef de projet fonctionnel), des Drs Serge Bussi (chef de pôle et pneumologue) et Éric Bianchi (médecin au pôle médecine physique et réadaptation), de Chantal Zamboni (pharmacienne), d'Yves Prudent (chef ergothérapeute), de Marie Félix Adèle (chef kinésithérapeute), de Corinne Hourdier et Nelly Poulain (cadres supérieures de santé), de Marie Hélène Legendre (secrétaire médicale), du Dr Jérôme Talmud (responsable du département d'information médicale) et Nadine Vuillemin (technicienne d'information médicale).
- Y ont été définis les profils des différents utilisateurs, les rétroplannings, la programmation des sessions de formations. Y sont fixés les différents modules du DPI : dossier de soins infirmiers, dossier médical commun, bureautique, agenda, prescriptions et plan de soins.
- L'hébergement des données est installé au CHI Eure/Seine d'Évreux, permettant une mutualisation des coûts de gestion, des coûts du matériel, de sauvegarde et de sécurité.
- Fin 2012, la quasi-totalité des unités de soins de l'hôpital La Musse devrait être en capacité d'utiliser le DPI et la totalité des professionnels de santé devraient être formés. Au cours de l'année 2012, vont venir s'ajouter la prescription médicamenteuse, les dossiers complémentaires (orthophonie, service social...) et le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) dans sa nouvelle version, si ce module donne satisfaction.

Lancée en 1999 dans la foulée de la mise en place d'un nouveau logiciel pour la comptabilité, la facturation et le suivi patient, la mise en œuvre de l'informatisation du dossier patient a demandé plus de dix années de démarches pour aboutir, l'automne dernier, à la phase de test dans trois premières unités de l'hôpital La Musse. Initialement, l'établissement envisageait d'utiliser la société chargée des dossiers « informatiques » précédents, mais il s'est avéré que le volet « dossier patient » ne correspondait pas à nos attentes et que les prestations fournies n'étaient pas adaptées à notre activité. Avec le concours du service informatique, il n'a été mis en pratique qu'une petite partie de l'offre proposée, celle consacrée aux courriers médicaux et le module « ergothérapie ».

Territoire de santé

Début 2008, le projet est réactivé. L'hôpital envisage un moment une démarche commune aux deux établissements de la fondation La Renaissance Sanitaire. Mais, dans le cadre du plan Hôpital 2012, le volet informatique prévoit

une aide financière à la condition que les projets soient mutualisés sur un même et unique « territoire de santé ». L'agence régionale de santé (ARS) encourage donc l'hôpital à se rapprocher du centre hospitalier intercommunal (CHI) Eure/Seine d'Évreux/Vernon, qui pilote une réflexion menée avec l'hôpital spécialisé psychiatrique d'Évreux/Navarre, ainsi que les hôpitaux de Verneuil et Bernay, dans le département de l'Eure.

Le logiciel retenu

La société Axigate, retenue par ce groupe de travail, vient faire une première démonstration devant un panel de médecins, rééducateurs et soignants en mars 2009. L'outil paraît suffisamment performant pour que soit lancée une première offre commerciale. L'ARS alloue 73 000 euros pour financer une partie de l'étude. Malheureusement, les subventions promises dans le cadre du plan Hôpital 2012 ne se concrétisent pas. Cette attente de subventions aura tout de même bloqué le projet pendant plus d'un an. Se rendant à l'évidence que ces subventions ne viendraient jamais, mais que l'ARS de Haute-Normandie verrait d'un

Le Dr Serge Bussi, Laurent Lebon et Christine Cogibus supervisent les premiers essais dans une unité du pôle soins de suite spécialisés.



2011, 2012...

Années des patients et de leurs droits

bon œil l'adoption par l'hôpital La Musse du même progiciel que les autres établissements du territoire de santé, il est décidé de budgéter sur deux exercices les 445 000 euros nécessaires à la mise en place du DPI. La signature intervient en mars de l'année dernière.

Trois unités test

Trois unités pilotes testent le système depuis le mois de novembre 2011 : une unité de rééducation au pôle médecine physique et réadaptation, une unité de pneumologie au pôle de soins de suite spécialisés et une unité de gériatrie au pôle soins de suite polyvalents et gériatriques oncologie palliatifs.

Les premières formations ont démarré en juin et se sont poursuivies en septembre et octobre. Quatre-vingt-dix personnes ont ainsi été formées, principalement issues de ces unités, ainsi que des rééducateurs, médecins, secrétaires médicales... avant le démarrage de la mise en œuvre du DPI. L'installation du DPI a été facilitée par le fait que l'établissement fonctionne à partir d'un dossier papier unique depuis plusieurs années. Des connexions avec les logiciels déjà en place (les admissions, le laboratoire...) ont été prévues. Reste à affiner la façon dont les équipes travailleront sur le terrain. Le matériel informatique utilisé sera testé cette année : équipement en postes fixes, portables, tablettes graphiques...

Conclusion

Le DPI permettra une plus grande efficacité dans le domaine de la prescription et aidera à répondre aux contraintes du contrat de bon usage du médicament, signé depuis peu avec l'ARS et dont certains engagements sont à tenir pour fin 2013.

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

L'hôpital Villiers Saint Denis a répondu à l'appel à projets, lancé par l'agence régionale de santé (ARS) de Picardie, dans le cadre du concours « Droits des patients et des usagers », en déposant un dossier intitulé « Une philosophie dans les activités sportives à l'hôpital Villiers Saint Denis ».



Ce projet a été mis en place initialement pour les patients du pôle vasculaire, diabétologie et appareillage dès 1989, le retour à la vie quotidienne étant un élément essentiel dans leur prise en charge.

Il a pour but de permettre aux patients hospitalisés de participer à des stages sportifs (ski, canoë-kayak, parapente, plongée, équitation, tir à la carabine...), dans un milieu encadré, avec des professionnels éducateurs sportifs et des salariés de l'hôpital.

Au-delà d'un projet de rééducation, il s'agit de proposer des soins différents, orientant le patient vers une meilleure réinsertion dans une vie normale d'une façon générale. Outre l'activité physique, ces stages apportent un réel bien-être pour les patients qui en bénéficient.

En effet, ceux-ci recouvrent ainsi une estime de soi, une autonomie... qu'ils pensaient ne plus avoir.

L'un des deux grands prix régionaux (2 500 euros) a récompensé le projet, lors de la remise des prix régionaux, organisée le 13 décembre dernier au Familistère de Guise.

De plus, le label « 2011, année des patients et de leurs droits » a été décerné à l'hôpital récompensant tous les acteurs de terrain qui engagent une action exemplaire dans le domaine de la promotion des droits des usagers.

Frédéric Lamandé
Hôpital Villiers Saint Denis

15^e trophée de l'innovation handicap « spécial sport et intégration »

La Mutuelle nationale des hospitaliers (MNH) a décerné un prix à l'hôpital Villiers Saint Denis pour les activités sportives proposées aux patients.

Ce prix a été remis à l'hôpital Villiers Saint Denis au salon Hôpital Expo qui s'est tenu à Paris le 24 mai 2012.



Références

- Frédéric Lamandé, Jacques Sénégas-Rouvière, Une expérience d'initiation du parapente chez des débutants handicapés, film, 1993.
- Frédéric Lamandé, Romain Chamerois, Jacques Sénégas-Rouvière, Sylviane Lobet, Objectif 4810 - L'escalade du mont Blanc et sa descente en parapente, en autonomie, par un patient tri-amputé, film, 2003.
- Frédéric Lamandé, Marie-Claude Sarthe « Revivre par le sport », Regards n°5, décembre 2006.
- Frédéric Lamandé, La pratique du parapente chez les personnes amputées de bras, film, août 2009.
- Frédéric Lamandé, Olivier Salze, Jacques Sénégas-Rouvière, « L'interface : une philosophie dans les activités sportives à l'hôpital Villiers Saint Denis », Regards n°11, avril 2011.
- Lamandé Frédéric, «Le parapente chez les personnes amputées de bras - Expérimentation d'une barre de pilotage», Regards n°12, décembre 2011.

Gestion des risques

La sécurisation des soins

La gestion des risques et des vigilances repose sur une philosophie considérant que tout incident peut être lié à un problème d'organisation et que tout dysfonctionnement peut nous apprendre quelque chose.

L'erreur peut donc être pédagogique. Ainsi, que doit-on signaler ? Tous les événements en lien avec :

- la prise en charge du patient ;
- les modalités d'organisation ;
- les aspects logistiques et hôteliers ;
- la sécurité des biens et/ou des personnes ;
- les aspects environnementaux ;
- la maintenance et/ou la sécurité ;
- les vigilances et/ou la sécurité sanitaire ;
- les agressions.

Si on retrace un historique rapide du signalement des événements indésirables, c'est dans le premier manuel de certification (ex-accréditation) de l'Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé devenue aujourd'hui Haute Autorité de santé [HAS]) en février 1999 qu'apparaît un critère sur ce point. Cela fait donc maintenant plus de 10 ans que ces fiches circulent et la question de leur mise en place ne se pose plus. Toutefois, la littérature est convergente pour dire que ce système fait l'objet d'une sous-déclaration massive. En effet, la culture du secret reste très présente et fait difficilement place à la culture du signalement. Il est vrai que cette culture du signalement ne trouvera sa place que si la culture de l'erreur est comprise et acceptée. Rappelons que le signalement n'a pas pour but de pointer du doigt une personne ou une unité, mais avant tout de

rechercher la cause du dysfonctionnement et les solutions possibles pour y remédier. Tant que cette culture de la faute prévaudra, il sera difficile de faire évoluer les consciences.

Le rôle du Coviris

Le comité de coordination des vigilances et des risques (Coviris) a été dernièrement refondu et travaille activement au développement de cette politique. Ainsi, de trimestrielles les réunions sont devenues mensuelles. Cette centralisation pluridisciplinaire permet d'analyser l'ensemble des événements indésirables de l'établissement, d'en mesurer la fréquence et la gravité (afin de définir la criticité), d'établir des priorités dans leur gestion et de prendre les mesures de prévention nécessaires à la qualité des soins, la sécurité des patients, des personnels et des biens. Il a également souhaité rendre plus réactive l'organisation. C'est la raison pour laquelle la fiche de déclaration a été simplifiée en termes de remplissage. Les notions de gravité et de fréquence y ont été ajoutées (répondant en cela à une exigence de la HAS) afin de déterminer la criticité ressentie par le déclarant vis-à-vis du dysfonctionnement constaté. Cette criticité est ensuite redéfinie par les membres du Coviris lors de l'analyse mensuelle de ces fiches.

L'informatisation des fiches de signalement

Parallèlement, la direction informatique et multimédia travaille sur le développement d'une application permettant de remplacer le système « papier » actuellement en place. Cette application permettra à tout salarié de l'établissement de déclarer un événement indésirable au travers d'un formulaire électronique conforme à la fiche actuelle.

Cette déclaration restera basée sur la description de l'événement. À chaque nouvelle déclaration, la direction gestion des risques et qualité sera automatiquement informée via la messagerie. Elle pourra alors, au travers de l'application, classer l'événement selon une nomenclature bien précise et s'assurer du suivi de l'incident.

L'accent est porté sur la simplicité d'utilisation de ce logiciel, sur son ergonomie, ainsi que sur son évolution dans le temps.

À terme, cette informatisation devrait permettre une analyse simple des données et l'obtention de statistiques spécifiques sur les différentes catégories de dysfonctionnements.

L'informatisation des fiches de signalement d'infection nosocomiale

En s'appuyant sur le document papier existant, un formulaire électronique de signalement des infections nosocomiales a été développé par la direction informatique et multimédia de l'hôpital.

Ce développement est complètement intégré au dossier médical commun (DMC) informatisé et bénéficie, de ce fait, de toutes les informations déjà enregistrées pour chaque patient (identité, date de naissance, unité de soins, antécédents, date d'entrée, etc.) et du système de gestion des authentifications d'accès.

Un certain nombre de contrôles de cohérence pourront aussi être déclenchés lors de la saisie et la traçabilité des signalements sera assurée.

Dès l'enregistrement d'un signalement, un message Outlook sera automatiquement envoyé par le programme à destination des référents infectiovigilants. Ceux-ci pourront ensuite enre-

passe par le signalement !

gistrer, toujours dans le DMC, les différentes interventions qu'ils auront effectuées avec les mêmes possibilités de traçabilité et d'envoi automatique des messages d'information. Enfin, l'impression de la fiche de signalement sera possible et un export au format Excel est prévu pour permettre la production de statistiques.

L'évolution du dispositif

Il est indispensable que les acteurs de terrain se réapproprient les événements qui se produisent au sein de leurs unités respectives. La prochaine évolution concerne la déclaration des erreurs médicamenteuses. L'article 9 de l'arrêté du 6 avril 2011 spécifie « *la mise en place d'une organisation en charge de l'analyse des événements indésirables, erreurs médicamenteuses, ou dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse, et de la planification des actions nécessaires pour en améliorer la sécurité [...]* ». Sans préjudice des dispositions relatives aux dispositifs de déclaration en vigueur, toute personne impliquée directement ou indirectement dans la prise en charge médicamenteuse est tenue de déclarer les événements indésirables, erreurs ou dysfonctionnements.

Cette déclaration nommée déclaration interne permet de renseigner en particulier les informations sur le déclarant, le ou les médicaments concernés et les circonstances de survenue de l'événement.

L'application de cet article de l'arrêté devra se faire au plus tard pour le mois d'octobre 2012.

Les fiches de signalement ne sont donc pas prêtes à disparaître, mais leur exploitation va sans aucun doute évoluer. ■

Michel Duménil
Hôpital Villiers Saint Denis



Michel Duménil, responsable
du service informatique et multimédia
de l'hôpital Villiers Saint Denis

L'arrêté du 6 avril 2011 : management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et sécurisation

L'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé (Journal officiel du 17 avril 2011) vise l'amélioration de la prévention des erreurs médicamenteuses chez les patients hospitalisés. Il s'inscrit dans la logique de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) de juillet 2009 qui favorise l'élaboration et la mise en œuvre, par les établissements de santé, d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi qu'une gestion avérée des risques.

Présenté par le ministère de la Santé comme un « nouveau référentiel en la matière », il prévoit :

- l'étude des risques encourus par les patients liés à la prise en charge médicamenteuse permettant d'élaborer des procédures prioritaires,
- la formalisation de l'organisation et des responsabilités au sein des établissements de santé,
- la planification des actions d'amélioration et la communication associée,
- l'analyse des accidents en vue d'actions futures d'amélioration,
- et la mise en place d'actions de formation pour les professionnels.

Il souligne que « l'informatisation des processus de prise en charge médicamenteuse est une des conditions essentielles de leur sécurisation ».

Gériatrie

La prévention du risque

Les études nationales portant sur les événements indésirables graves liés aux soins de 2004 et 2009 ont mis en évidence, avec peu d'écart sur un intervalle de 5 ans, les éléments suivants : un effet indésirable grave (EIG) surviendrait tous les 5 jours dans une unité de soins de 30 lits ; sur les 60 000 à 130 000 EIG liés aux médicaments survenant au décours d'une hospitalisation, 15 000 à 60 000 seraient estimés évitables ; 3 000 décès imputés à un EIG médicamenteux pourraient être évités chaque année.

Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) relatif au circuit du médicament en milieu hospitalier objective chez le patient âgé de 80 ans et plus, une hospitalisation dont le motif est un EIG médicamenteux dans 20 % des cas.

Au-delà de 65 ans (définition de la personne âgée pour l'Organisation mondiale de la santé), le risque iatrogène lié au médicament est doublé et les erreurs d'observance, dans cette catégorie de patients, concerneraient 40 à 60 % des individus. Dans ce contexte et celui de la préparation à la 3^e itération de la certification (V2010) de notre établissement, dans le double but de sensibiliser les équipes à la fragilité de la personne âgée et de mettre à disposition des médecins et des soignants des outils et des guides de juste prescription et de bon usage des médicaments, une soirée « prévention du risque iatrogène médicamenteux en gériatrie » a été proposée en interne, le 14 décembre 2011.

En lien avec la conférence médicale d'établissement, la direction et la direction de la gestion des risques et de la qualité, les gériatres et les pharmaciens ont travaillé de concert pour présenter des recommandations de juste prescription, associées à des éléments de

pharmacovigilance spécifiques à cette catégorie de patients, tout en proposant une version actualisée de la liste des médicaments inappropriés dite « de Laroche ».

À ces différents outils sera adjoint un guide d'utilisation des voies orales sèches médicamenteuses dans le but de proposer au patient âgé présentant des troubles de la déglutition une forme galénique adaptée et de lui éviter tout risque de fausse route.

Prescrire en gériatrie : une démarche où la réflexion « bénéfice/risque » prend tout son sens

Les constats

Il existe une polypathologie dans cette population d'âge extrême, à l'origine d'une poly médication. 75 % des ordonnances présentent une interaction médicamenteuse, voire une contre indication absolue. Une interaction médicamenteuse relevée sur 10 est considérée comme potentiellement grave.

Les objectifs

- Éviter toute prescription inutile.
- Favoriser l'observance.
- Gérer du mieux possible les effets indésirables dus aux médicaments.

3^e itération de la certification des établissements 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 en particulier chargée 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.

Des experts-visiteurs de la HAS ont audité l'hôpital Villiers Saint Denis du 3 au 6 avril dernier. Les résultats de cet audit ne sont pas encore connus.

www.has-sante.fr

iatrogène médicamenteux

Les facteurs de risque spécifiques

Ils sont liés :

- à l'âge : fonction rénale altérée, diminution de la masse maigre et hypoprotidémie, perméabilité accrue de la barrière hémato-encéphalique, altération de la fonction de conduction des cellules cardiaques, augmentation de la fragilité osseuse ;
- au vieillissement : réduction des capacités physiques, difficultés de communication, troubles de la déglutition, baisse de l'acuité visuelle et auditive, troubles cognitifs, comportement suicidaire ;
- à l'environnement : isolement social, familial, géographique, dépendance physique et psychique, institutionnalisation.

Les facteurs déclenchants

Ils correspondent :

- aux conditions climatiques (déshydratation et période de canicule) ;
- à la dénutrition ;
- à la démence ;
- à l'insuffisance rénale chronique ;
- aux maladies infectieuses intercurrentes ;
- à la décompensation cardiaque ;
- aux interactions médicamenteuses (psychotropes ++)
- à l'arrêt brusque d'un ou de plusieurs médicaments.

Les messages à retenir

chez un patient âgé hospitalisé

Il est recommandé lors d'une prescription de :

- ne pas renouveler systématiquement un traitement médicamenteux dans son ensemble, ne pas prescrire sans analyse diagnostique, choisir les formes galéniques les plus adaptées, les schémas thérapeutiques les plus simples, optimiser la réflexion bénéfice/risque en permanence ;
- hiérarchiser/prioriser les traitements

et limiter le nombre total de médicaments administrés ;

- penser au risque iatrogène et rechercher un éventuel effet indésirable – devant tout nouveau symptôme et certaines manifestations cliniques (malaise, chute, troubles digestifs, hypotension, somnolence, insomnie, constipation, confusion, autre...) ;
- prescrire à bon escient :
 - sans excès (diurétiques, psychotropes) : posologie initiale, réévaluation, adaptation à la fonction rénale pour les médicaments à élimination rénale préférentielle, augmentation progressive par paliers des doses,
 - sans insuffisance (AVK – lire article p. 11 –, morphine) mais en réduisant la posologie par rapport à l'adulte jeune tout en l'adaptant à une pathologie aiguë intercurrente,
 - en évitant toute prescription inappropriée (faible niveau de preuve d'efficacité, risque plus important que le bénéfice potentiel - cf. liste de « Laroche ») et en sachant arrêter un traitement inutile et/ou dangereux,
 - s'assurer de la bonne tolérance ;
- adapter les formes galéniques avec une attention portée :
 - au broyage des comprimés,
 - à l'ouverture des gélules et à l'utilisation du contenu,
 - au risque de perte d'efficacité voire d'apparition ou de majoration d'une toxicité.

Liste des médicaments inappropriés en gériatrie : liste de « Laroche »

Après Beers en 1997 puis en 2003, le Dr Laroche propose en France une adaptation de la liste des médicaments potentiellement inappropriés chez le sujet âgé et présente les classes thérapeutiques concernées selon trois critères :



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

La iatrogénèse

La iatrogénèse est l'ensemble des conséquences néfastes sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqué(e) ou prescrit(e) par un professionnel de santé habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé.

Une maladie, un état, un effet secondaire, etc., sont iatrogènes lorsqu'ils sont occasionnés par le traitement médical.

En grec, le mot signifie littéralement « provoqué par le médecin » (iatros : médecin ; gènes : qui est engendré), ou par d'autres professionnels de santé.



- médicaments présentant un rapport bénéfice/risque défavorable. Exemples : anti hypertenseurs à action centrale, sulfamides hypoglycémisants à longue durée d'action, benzodiazépines à demi-vie longue, médicaments présentant une composante anti cholinergique marquée ;
- médicaments dont l'efficacité est discutable. Exemple : vasodilatateurs cérébraux ;
- médicaments à rapport bénéfice/risque défavorable et dont l'efficacité est discutable. Exemples : furanes, certains antiémétiques, certains antiagrégants plaquettaires.

Par ailleurs, en vis-à-vis de chacune des classes thérapeutiques déconseillées, il propose une ou des alternatives à privilégier.

Cette liste peut être considérée comme un guide de juste prescription en gériatrie et servir d'indicateur de base sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé en milieu hospitalier.

Guide des voies orales sèches

En cours de finalisation, ce guide reprend tous les médicaments au livret référencés sur l'établissement, présentés par voie orale sous forme sèche (comprimés, capsules, gélules) et précise pour

chacun selon les données de la monographie :

- la sécabilité et le type de sécabilité (bi, quadri-sécabilité) ;
- l'ouverture possible d'une gélule et l'utilisation conseillée du contenu (poudre pour suspension, microgranules à intégrer à un aliment et à avaler sans mâcher ou à passer via une sonde entérale) ;
- la possibilité de broyer ou non un comprimé, l'utilisation conseillée de la poudre obtenue (remise en suspension, intégration à un aliment) ;
- le caractère dispersible ou orodispersible.

Pour les médicaments non adaptés aux troubles de la déglutition pour lesquels le laboratoire pharmaceutique ne propose aucune solution, il est systématiquement recherché une alternative (autre forme galénique pour le même principe actif mais toujours en voie orale, autre voie d'administration ou autre principe actif dans la même classe thérapeutique).

Lorsque la rubrique « mode d'administration » du médicament concerné ne mentionne rien, chaque laboratoire est sollicité afin de rechercher des compléments d'information : pour le moment, nous sommes à 41 % de taux de réponse sur ce critère « non renseigné » avec parfois l'obtention de renseignements nous permettant de proposer une solution palliative. Pour conclure, en regroupant tous ces outils d'aide à la prescription et à l'administration, ainsi que l'ensemble des informations qui en découlent, l'établissement sera à même de définir une véritable politique de prise en charge médicamenteuse plus sécurisée et plus adaptée aux spécificités du patient âgé. ■

Dr Christine Lartizien
Hôpital Villiers Saint Denis

Le contrat de bon usage du médicament

Le contrat de bon usage du médicament (CBUM) est un accord-cadre entre l'agence régionale de santé et les établissements de santé.

Il poursuit deux objectifs principaux :

- améliorer et sécuriser, au sein de l'établissement, le circuit du médicament et garantir le bon usage pour le patient ;
- organiser une évaluation des engagements souscrits par l'établissement, ce qui conditionnera le taux de remboursement des spécialités pharmaceutiques, ainsi que des produits et des prestations.

Pour en savoir plus : lire l'article du Dr Christine Lartizien, « Circuit du médicament : impact en termes de sécurisation en milieu hospitalier », Regards n° 11, avril 2011.

Surdosage asymptomatique en antivitamine K : prise en charge thérapeutique

Le traitement anticoagulant au long cours par les antivitamines K (AVK) concerne en France 1 % de la population soit environ 600 000 patients. Ce traitement est indispensable dans un grand nombre de maladies dont le point commun est la formation de caillots sanguins à l'origine d'embolies ou de thromboses, qu'elles soient veineuses ou artérielles.

Les anticoagulants sont aussi la première cause d'accidents iatrogènes en particulier hémorragiques, à l'origine aux États-Unis de 100 000 urgences par an, en particulier chez les sujets de plus de 65 ans. Il est donc essentiel d'améliorer le rapport bénéfice/risque du traitement AVK en réduisant la morbidité et la mortalité par une surveillance biologique de la coagulation. Celle-ci repose traditionnellement sur le temps de Quick (communément appelé taux de prothrombine ou TP – lire encadré p. 13) et la mesure de l'INR (international normalized ratio)⁽¹⁾.

Les produits utilisés

Les AVK disponibles sur le marché sont soit des produits à demi-vie courte, c'est-à-dire rapidement éliminés, comme l'acénocoumarol (Sintrom) et les produits à demi-vie longue comme le fluindione

(Préviscan), voire très longue comme la Warfarine (Coumadine). Il s'agit de trouver un compromis entre la stabilité de l'anticoagulation (d'autant plus respectée que la demi-vie du médicament est longue) et la réduction du risque hémorragique (celui-ci étant d'autant plus important que l'élimination du produit est lente). En pratique, l'action des AVK est d'une stabilité très variable selon les individus et les circonstances, ce qui justifie une surveillance régulière de l'INR. De nombreux facteurs peuvent venir influencer sur le traitement, que ce soit certaines associations médicamenteuses (anti-inflammatoires, antibiotiques...) qui majorent leur action et donc le risque hémorragique ou simplement des variations du régime alimentaire modifiant la flore intestinale et donc la production bactérienne de vitamine K (légumes verts, choucroute...).

Références et recommandations

En 2008, le Groupe d'étude d'hémostase et thrombose (GEHT) a publié des recommandations de bonnes pratiques concernant trois situations bien distinctes :

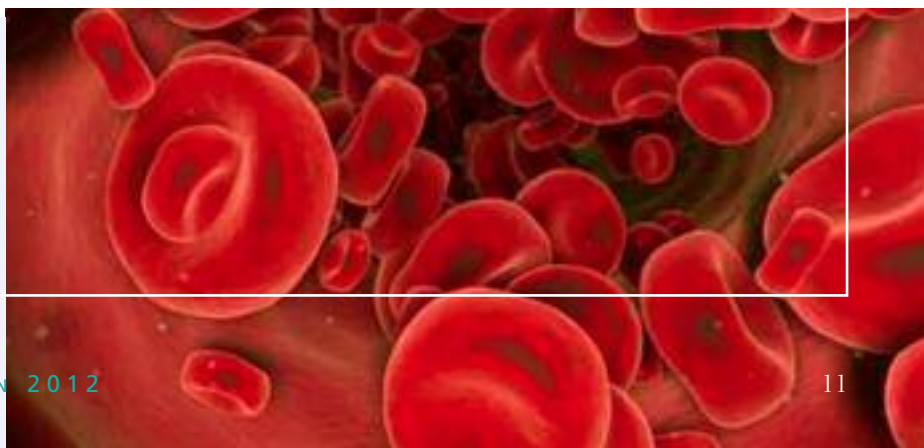
- les situations à risque hémorragique avec un INR supérieur à 4, mais sans complication clinique ;
- les accidents hémorragiques spontanés ou traumatiques chez les patients traités par AVK ;
- la conduite à tenir en cas de chirurgie ou d'acte invasif chez ces patients traités par AVK.

Le thème de notre évaluation des pratiques professionnelles se limite à la première situation. Il s'agit, selon l'INR mesuré et en fonction de l'INR cible, d'adapter les doses de l'anticoagulant, éventuellement de sauter une ou plusieurs prises médicamenteuses, voire d'apporter de la vitamine K per os (de 1 à 5 mg), et d'effectuer systématiquement un contrôle d'INR le lendemain, voire les jours suivants jusqu'au retour de l'INR à sa valeur thérapeutique cible. Ces recommandations, validées par la HAS, sont à distinguer de celles anciennement recommandées par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) qui avait pris modèle sur les recommandations australiennes, sensiblement différentes. Par ailleurs, elles n'abordent pas les problèmes posés par la réduction de posologie, le produit utilisé et sa demi-vie, l'âge du patient et le contexte à risque thrombotique ou hémorragique, soit un ensemble de paramètres qui appellent de la part du praticien une souplesse d'adaptation fonction de chaque cas. Ainsi, même pour un INR à 3,9, un saut de prise peut être souhaitable si on utilise un produit à longue demi-vie (Coumadine) notamment chez une personne âgée à risque hémorragique plus important. À l'opposé, on évitera l'administration de vitamine K, même en ce cas d'INR supérieur à 6, chez un sujet porteur d'une prothèse valvulaire mitrale en raison d'un risque d'hypercoagulabilité secondaire.

Les antivitamines K

Les AVK sont des médicaments anticoagulants oraux.

La vitamine K intervient dans la synthèse, par le foie de 4 molécules de la coagulation, les facteurs II, VII, IX et X, et de 2 inhibiteurs de la coagulation, la protéine C et la protéine S.



Justification de la démarche à l'hôpital de la Musse

Du fait de son activité en soins de suite et réadaptation, l'hôpital La Musse fait une large utilisation des AVK dans de multiples circonstances : suites de chirurgie en particulier orthopédique, dans les domaines cardiaque, vasculaire et pneumologique, en gériatrie et oncologie, ainsi que chez de nombreux patients nécessitant un alitement prolongé. Les patients bénéficient systématiquement d'un contrôle de l'INR et du TP deux fois par semaine afin de dépister très rapidement un surdosage (INR supérieur à 4), avec pour double objectif de réduire la fréquence des accidents hémorragiques et la fréquence et la durée des périodes à risque. Notre travail concerne ces situations à risque hémorragique au travers d'un INR supratherapeutique et consiste à noter si les attitudes thérapeutiques des médecins de l'établissement correspondent ou non aux recommandations officielles. Le groupe de travail que j'ai le plaisir de conduire associe deux médecins cardio-vasculaires, le médecin biologiste chef du laboratoire, deux cadres infirmiers et trois infirmières.

Résultats

Cette analyse rétrospective a porté sur l'ensemble des patients de l'établissement présentant un INR égal ou supérieur à 5, sans accident hémorragique de janvier 2010 à mars 2011, soit 123 événements dont 118 étaient exploitables correspondant à 96 patients. Cela représente 23 % des patients hospitalisés traités par AVK. Les paramètres d'évaluation retenus ont porté sur l'adaptation des doses d'AVK, l'administration éventuelle de vitamine K et la réalisation d'un contrôle biologique le lendemain. On constate ainsi un défaut d'adaptation satisfaisante des doses d'AVK dans 27 cas (28 %), un défaut dans l'administration de vitamine K (doses et voie d'administration inadaptées ou non précisées) dans 28 cas (29 %) et surtout un défaut de contrôle biologique de l'INR le lendemain dans 70 cas (73 %). Soit 125 cas (130 %) de non-respects cumulés des recommandations. L'absence de contrôle biologique à « J+1 » est l'anomalie la plus souvent rencontrée.

Mesures correctives

À la lumière de ces constatations, un certain nombre de mesures correctives ont été opérées :

- réalisation de réunions médicales dans les différents services comportant un rappel sur les AVK, leurs indications et les INR cibles, en abordant les situations particulières soit à risque hémorragique, soit à risque thrombogène amenant à moduler les recommandations officielles en fonction du cas particulier de chaque patient, ce qui peut aboutir, selon les cas, à se placer dans la partie basse ou dans la partie haute de la fourchette thérapeutique ;
- en accord avec le Dr Corinne Rousselin, responsable du laboratoire de biologie médicale, recommandation d'un contrôle biologique à distance des week-ends en privilégiant les prélèvements les lundis et jeudis, ce qui facilite le contrôle du lende-

main. Par ailleurs, chaque fois qu'un patient présentera un INR égal ou supérieur à 4, le laboratoire fournira le tableau récapitulatif de la conduite à tenir en fonction de l'INR cible recherché. Ce tableau, inspiré des recommandations du GEHT, se veut plus précis quant à la réduction des doses thérapeutiques (par comprimé pour Sintrom et Préviscan et 25 % de la dose utilisée en milligramme avec la Coumadine) ;

- élaboration de fiches plastifiées rappelant les recommandations de base du GEHT, les unes de petit format que chaque médecin peut garder en poche, et les autres de grand format destinées à être affichées dans les unités de soins ;
- enfin, inscription dans le dossier médical, dès l'admission ou dès la mise en route du traitement AVK, de l'indication justifiant le traitement, l'INR cible et le produit utilisé. Des





étiquettes autocollantes ont été créées en attendant la finalisation du dossier informatisé.

Planning de l'évaluation des pratiques professionnelles et résultats attendus

Ces mesures correctives ont été mises en place en janvier 2012 avec une nouvelle

évaluation des comportements prévue pour le mois de juin 2012. Si nécessaire, un rappel sur l'attitude thérapeutique sera pratiqué en vue d'une troisième et dernière évaluation en octobre 2012. Il est clair que le but n'est pas de se conformer à 100 % aux recommandations officielles du GEHT. En effet, il s'agit bien de recommandations et non d'impératifs, et chaque

patient représente un cas particulier amenant le médecin à moduler en fonction du contexte à risque hémorragique ou thrombogène. Le point le plus important reste la réalisation d'un contrôle biologique à « J+1 » qui est dans notre analyse l'anomalie la plus souvent rencontrée. ■

Dr Sylvain Duthois
Hôpital La Musse

Les Drs Corinne
Rousselin et
Sylvain Duthois
au laboratoire
de biologie
médicale
de l'hôpital
La Musse

Le temps de Quick et la mesure de l'INR

- Le TP (taux de prothrombine) a ses limites : les résultats varient d'un laboratoire à l'autre en fonction de la sensibilité du réactif utilisé (thromboplastine). C'est pourquoi, on utilise aujourd'hui préférentiellement l'INR pour surveiller un traitement AVK.
- Ce paramètre est calculé comme le rapport du temps de coagulation du malade sur le temps de coagulation du témoin (en secondes) porté à la puissance ISI, qui est l'indice de sensibilité de la thromboplastine utilisée et précisée par le fabricant.
- On entend par « INR cible » la valeur thérapeutique recherchée en fonction de la pathologie considérée. Cet INR cible varie le plus souvent entre 2 et 3 mais, de façon plus précise, il faut distinguer les valeurs entre 2 et 2,5 suffisantes pour la prévention des thromboses veineuses et des embolies sur fibrillation auriculaire, en opposition avec les INR cibles élevés, supérieurs à 3 et pouvant aller jusqu'à 4,5, chez les patients porteurs de prothèses valvulaires cardiaques mécaniques, en particulier mitrales, ou d'un état de thrombophilie responsable d'accidents artériels ischémiques.

Bibliographie

- A. Bezeaud, Exploration de la coagulation in EMC, Elsevier éd. SAS, 2001.
- V. Simonet, Antivitamines K: utilisation pratique, EMC, Elsevier éd., 2003.
- C. Gozalo, « GEHT. Surdosages asymptomatiques en antivitamines K », STV 2008, 20, 56-68.

Lombalgie chronique

La méthode de la restauration fonctionnelle

Dans les pays industrialisés, la lombalgie est l'affection bénigne la plus coûteuse touchant la population active. La lombalgie chronique commune ou mécanique, par opposition aux lombalgies symptomatiques (inflammatoire, infectieuse, tumorale...) et aux lombalgies psychogènes, est prise en charge à l'hôpital Villiers Saint Denis par la méthode de la restauration fonctionnelle.

La lombalgie est définie comme aiguë avant 6 semaines d'évolution, subaiguë après. Elle est chronique passé 3 mois d'évolution. Statistiquement, plus de 90 % des lombalgies guérissent avant 3 mois, moins de 10 % deviennent chroniques et induisent la majorité des coûts médicaux et sociaux.

La lombalgie aiguë s'explique essentiellement par des lésions anatomiques du segment rachidien mobile, et des facteurs de déclenchement biomécaniques sont généralement retrouvés.

Concernant la lombalgie chronique, les lésions anatomiques ont moins d'importance et des facteurs de risque de chronicisation ont été mis en évidence, essentiellement psychosociaux : tâches professionnelles monotones et répétitives, faibles responsabilités, contraintes de rythme et de temps, faible degré de liaison et d'entraide au travail mais également bas niveaux éducatifs, faiblesses des ressources et difficultés linguistiques. À ces facteurs s'ajoutent les antécédents personnels, le contexte acci-

dentel ou non, les peurs et croyances par rapport aux phénomènes douloureux. L'arrêt de travail prolongé peut s'accompagner d'une réduction des capacités gestuelles, et des activités domestiques et de loisir, par inhibition psychomotrice. Cette inactivité, qui prend sa source dans la douleur initiale, va contribuer à la pérenniser.

Les études montrent que passé un an d'arrêt de travail, environ 30 % des patients retrouvent un emploi. Au-delà de deux ans, quasiment aucun.

Rappelons ici l'inutilité médicale des scanners et IRM devant une lombalgie commune ou mécanique.

Restauration fonctionnelle

Devant l'échec des traitements habituels au-delà de trois mois d'évolution, et notamment chez des patients en arrêt de travail prolongé, deux grandes méthodes ont été développées :

- les écoles du dos ;
- la restauration fonctionnelle mise au point aux États-Unis dans le milieu des années 1980, introduite en France à la fin des années 1980 et mise en œuvre avec des résultats démontrés depuis une vingtaine d'années.

À l'hôpital Villiers Saint Denis, au pôle médecine physique et réadaptation, des patients lombalgiques chroniques sont pris en charge depuis une douzaine d'années, selon des techniques inspirées de la restauration fonctionnelle.

Plateau technique et programme pluridisciplinaire

Depuis 2011, cette prise en charge a pris un tournant avec l'ouverture d'un gymnase, l'embauche de professeurs en activités physiques adaptées et l'acquisition d'un appareil de renforcement isocinétique. Cet état de fait a encouragé

Plateau technique : l'isocinétisme



tion



Une partie de l'équipe pluridisciplinaire animant la méthode de restauration fonctionnelle.

et justifié l'élaboration concerté d'un programme pluridisciplinaire, inspiré de l'expérience d'autres équipes hospitalières, principalement celle du centre de rééducation fonctionnelle L'Espoir à Lille-Hellemmes (59). Différents professionnels de l'hôpital Villiers Saint Denis ont effectué, pour cela, des stages validés dans cet établissement.

Ce programme s'adresse à des patients présentant une lombalgie mécanique chronique, en arrêt de travail prolongé, ou chômeur en incapacité de retrouver un emploi du fait de la lombalgie. L'existence d'une sciatique n'est pas une contre-indication dans la mesure où la douleur lombaire est prédominante et génère l'incapacité fonctionnelle.

Syndrome de déconditionnement

Les patients sont recrutés par le biais d'une consultation médicale préalable, suivie d'une évaluation complète physique, psychologique et sociale. Cette évaluation dite de préinclusion s'effectue en une journée d'hospitalisation de jour compte tenu de la durée des évaluations. L'axe du programme est le reconconditionnement physique en souplesse, en force et en endurance. Il s'effectue en kinésithérapie, en ergothérapie et en activités physiques adaptées au gymnase et dans des salles aménagées pour cela. L'évaluation et le suivi diététique sont importants car les efforts demandés sont souvent intenses et prolongés.

Le patient, après son évaluation psychologique initiale, est également suivi si nécessaire au long du séjour.

Le bilan socioprofessionnel initial est prolongé au cours du séjour en fonction des besoins, toujours dans l'objectif de reprise d'une activité professionnelle. Il s'agit, dans l'idéal, du même emploi aux mêmes conditions, ou à défaut après

Kinésithérapie

La prise en charge kinésithérapique d'un patient lombalgique chronique en restauration fonctionnelle est très spécifique puisqu'elle ne s'adresse pas particulièrement à la douleur, qu'elle se limite à 5 semaines et qu'elle demande une participation active sans utilisation de techniques passives. Son objectif est la restauration des paramètres physiques.

Les tests d'inclusion mettent en évidence une perte de flexibilité, une incompétence des muscles extenseurs du rachis et des ischio-jambiers, une inhibition neuromusculaire et une perte d'endurance, signes du syndrome de déconditionnement. Les tests sont renouvelés toutes les semaines

et servent de guide tout au long de la rééducation.

La perte de flexibilité lombo-pelvienne est objectivée par la distance doigts/sol et la double inclinométrie lombo-pelvienne. Elle se travaille quotidiennement par le stretching analytique des muscles sous-pelviens, grand fessier, ischio-jambiers, triceps, et par des exercices de rodage en flexion-extension sur la machine d'isocinétisme TEF à vitesse rapide et intermédiaire entre 120°/s et 90°/s.

L'incompétence musculaire du tronc (muscles extenseurs plus faibles que les abdominaux) est mise en évidence par les tests sur machine d'isocinétisme en flexion-extension. La désinhibition, puis le renforcement

musculaire des extenseurs se travaillent quotidiennement sur les mêmes outils isocinétiques TEF à des vitesses intermédiaires et lentes de 90°/s à 30°/s par des séries répétitives.

L'analyse des courbes montre un effondrement des muscles extenseurs du rachis à vitesse rapide.

La journée en kinésithérapie se termine par une détente musculaire globale en balnéothérapie, puis par une séance collective de relaxation ou de qi gong afin de diminuer les tensions musculaires, d'améliorer le schéma corporel en utilisant le relâchement, la respiration profonde, et d'entraîner le patient à gérer le stress et la douleur.

Activité physique adaptée

En restauration fonctionnelle, le travail des professeurs en activités physiques adaptées (APA) repose sur la restauration des paramètres physiques. Pour cela, le patient est amené à réaliser une activité physique contrôlée.

La prise en charge débute dès la visite de préinclusion au travers d'un test de marche de 6 minutes.

Lorsque le patient intègre le programme de restauration fonctionnelle, une première journée est destinée à la réalisation des bilans :

- l'entretien initial qui permet de rendre compte du cercle vicieux d'inactivité du patient et de sa motivation à adhérer au programme ;
- les différents tests musculaires objectivent ensuite l'état de déconditionnement, d'appréhension et d'inhibition du patient

à son arrivée ; ces tests vont servir à individualiser et adapter les différents programmes (renforcement musculaire et réentraînement cardio-respiratoire) ; ils serviront aussi pour évaluer l'évolution du patient au cours de son séjour et lors de l'évaluation finale.

La journée type débute par une séance de réentraînement cardio-vasculaire. L'intensité s'accroît avec l'avancement du programme, mais débute systématiquement par un échauffement et s'achève toujours par un retour au calme. Après la séance d'isocinétisme avec le kinésithérapeute, le patient revient pour une séance collective de gymnastique type « préparation physique générale ».

L'après-midi, une séance de musculation est proposée durant

laquelle tous les groupes musculaires sont sollicités en insistant sur le renforcement des paravertébraux.

Une séance d'activités physiques adaptées (tir à l'arc, sports de raquette, jeux de ballon...) achève la prise en charge quotidienne. Ces séances variées, pratiquées dans une ambiance conviviale, viennent compléter ce programme et permettent au patient de retrouver le plaisir de bouger et de se réconcilier avec son corps.

À la fin des séances, des étirements sont effectués.

Au cours de ce programme, l'objectif est que le patient retrouve confiance en ses capacités physiques et devienne acteur de sa prise en charge. Pour cela, les professeurs d'APA luttent contre les représentations négatives que le patient a de l'effort physique et insistent sur la prise de conscience de ses possibilités.



Ergothérapie

Les séances en ergothérapie sont décomposées en trois parties majeures. On débute, lors de sa journée d'inclusion du patient, par un bilan d'entrée, une mesure distance doigts/sol et un test de soulevé de charge. Puis après une décision de l'équipe pluridisciplinaire, le patient entre dans le programme pour une durée de cinq semaines.

La récupération de la flexibilité (deux premières semaines)

Elle consiste à remettre le patient en mouvement, pour le sortir du syndrome de déconditionnement dans lequel il est entré suite à sa lombalgie. Les exercices de flexibilité vont assouplir et renforcer toute la chaîne postérieure par un mouvement simple et répétitif.

Ces exercices consistent à ramasser des cubes au sol, à une distance équivalente ou légèrement supérieure à la distance doigts/sol mesurée au début de chaque séance. Le patient doit ensuite les déposer sur un plan élevé pour obtenir

une extension complète du rachis. Le patient travaille d'abord dans un plan sagittal (plan vertical parallèle à un axe antéro-postérieur de la tête et passant par un point situé à mi-distance entre les deux yeux), puis dans un plan antérolatéral (rotation).

Le soulevé de charge isocinétique (à partir de la troisième semaine)

Il s'agit de partir du sol et de tracter un filin se déroulant à vitesse constante, contrôlée par la machine isocinétique, pour obtenir une extension complète du rachis contre résistance. Le mouvement est répété à différentes vitesses et suivant trois protocoles. Chaque protocole (entraînement, renforcement et endurance) se réalise sur une semaine. Un protocole test est réalisé à la fin de chaque semaine pour suivre l'évolution du patient.

Le port de charges (à partir de la quatrième semaine)

Un test de soulevé de charges

est réalisé à la fin de chaque semaine afin de suivre l'évolution du patient. Le premier test se déroule lors de l'inclusion, puis à la fin des 3^e, 4^e et 5^e semaines. Le port de charges consiste à soulever des caisses lestées du sol et à les porter à différentes hauteurs (40 cm, 80 cm et 120 cm).

Ce programme permet de remettre le patient en mouvement, de le sortir du syndrome de déconditionnement dans lequel il est entré et de le réinsérer professionnellement et socialement.

Pour une meilleure intégration du patient dans sa rééducation, une approche éducative sur le dos, l'anatomie et son fonctionnement est primordiale. Pour cela, lors des séances, des techniques et des conseils sur l'utilisation de son dos sont expliqués au patient qui pourra les mettre en pratique dans sa vie quotidienne et professionnelle.

aménagement de poste ou reclassement professionnel. Pour cela, la collaboration est essentielle entre, d'un côté, le médecin traitant et l'équipe de rééducation et, de l'autre, le médecin de la santé au travail et le médecin-conseil de l'assurance maladie.

Dans le service d'hospitalisation, le patient est pris en charge par l'équipe soignante qui propose des programmes spécifiques (lire encadrés détaillant les programmes).

Une réunion hebdomadaire, en présence du patient, permet d'apprécier l'adhésion au programme, les difficultés rencontrées et de répondre à ses questions. Cette réunion doit surtout démontrer au patient ses progrès, à partir de données chiffrées recueillies lors de l'entraînement physique, et l'encourager à poursuivre le programme jusqu'à son terme.

Le critère principal d'efficacité est la capacité de reprendre les activités professionnelles.

Réentraînement sportif

Ces patients présentent un syndrome de déconditionnement physique : raideur rachidienne et sous-pelvienne, perte de force des muscles extenseurs du tronc, réduction de l'adaptation cardio-vasculaire à l'effort et réduction des capacités gestuelles.

Ce déconditionnement est également psychologique et social, arrêt de travail prolongé, perte de l'identité sociale, risque de marginalisation.

Les patients doivent avoir une motivation suffisante pour s'inscrire dans ce programme dynamique et délibérément actif basé sur la récupération de la fonction, et qui cible les trois axes du déconditionnement, physique, psychologique et social. En effet, le programme se déroule pendant 5 semaines, 5 jours par semaine, 5 à

Social

L'intervention de l'assistante sociale dans le cadre du programme de restauration fonctionnelle s'organise à plusieurs niveaux.

Une prise en charge précoce

L'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap devient une priorité, au même titre que la mise en place des traitements médicaux. La précocité de la prise en charge, en début d'hospitalisation, permet, avec la participation active et volontaire de la personne, d'amorcer son projet d'insertion, afin de garantir sa mise en œuvre dès sa sortie de l'établissement sanitaire.

Une prise en charge globale

L'ensemble des facteurs personnels, médicaux et environnementaux contribuant à l'insertion sociale et professionnelle est évalué (conditions et adaptations du logement, du transport, du travail...).

Une prise en charge interdisciplinaire

L'assistante sociale travaille en étroite collaboration avec tous les acteurs impliqués dans le parcours d'insertion de la personne, à la fois à l'intérieur (équipes médicales, paramédicales et sociales) et à l'extérieur

de l'établissement de soins (médecins de santé au travail, de l'assurance maladie, services sociaux de la Caisse d'assurance retraite et de la santé [Carsat] et de la caisse régionale d'assurance maladie [Cram], maison des personnes handicapées [MDPH], Cap Emploi, Pôle Emploi, entreprises...). Les services sociaux Carsat ou Cramif restent les partenaires privilégiés du service social de l'hôpital, dans la mesure où leur mission de « prise en charge du risque de désinsertion professionnelle » garantit la continuité de la prise en charge amorcée lors de l'hospitalisation.

6 heures par jour, selon un emploi du temps prédéfini. L'enchaînement des activités s'apparente à un réentraînement sportif.

Réinsertion

La date de la reprise de travail ainsi que les modalités doivent être évoquées dès la consultation initiale, et être fixées au mieux avant la fin du programme. Le contact avec le médecin de la santé au travail, voire une visite de préreprise, doit être privilégié.

Si la reprise de travail n'est pas possible au même poste, ou dans le même métier, il convient de conseiller un reclassement professionnel, et de l'accompagner. Sont également évaluées à la fin du programme : la réduction de la douleur, ainsi que l'amélioration de la force musculaire et de l'adaptation à l'effort.

Le suivi ultérieur est important car les patients auront été encouragés à poursuivre une activité physique régulière. Ils sont revus en consultation à six mois de la fin du programme, un an et deux ans. Il faut vérifier la réalité de la reprise de travail, les éventuelles difficultés rencontrées, ou l'attente d'un reclassement. Sont aussi notées la survenue de nouveaux événements lombalgiques, leur durée et surtout la manière dont le patient y a fait face.

Des tests physiques peuvent être à nouveau réalisés, afin de vérifier le maintien des résultats dans ce domaine. Ces tests sont identiques à ceux réalisés lors de la journée de préinclusion : flexibilité, force et endurance.

Globalement, en France, les résultats de ces programmes de restauration fonctionnelle montrent un taux à 2 ans, autour de 75 % de reprise et de maintien dans l'emploi. ■

Dr Henri Azoulay
Véronique Belloche
Christelle Delatour
Anita Dominé-Michel
Catherine Galy
Stéphanie Gourdet
Thierry Guena
Michaël Hantz
Pascaline Kouoh
Patrick Zembt
Hôpital Villiers Saint Denis

Soins

La prise en charge soignante du lombalgie chronique s'organise autour de la prise en charge interdisciplinaire. Elle fait partie intégrante de l'organisation de l'hospitalisation ainsi que du suivi et de la progression du patient chronique et pivote sur trois axes, l'accompagnement et l'éducation, la prise en charge de la douleur, ainsi que l'interdisciplinarité médicale et paramédicale.

Les soignants sont formés pour accompagner chaque jour le patient dans la compréhension de sa pathologie participant ainsi à son éducation. L'objectif principal

est d'amener le patient à comprendre et à gérer sa douleur dans la restauration de ses fonctions motrices en le guidant dans les gestes de la vie quotidienne.

Cet accompagnement passe par le rappel des règles fondamentales du programme énoncé par le médecin référent au début du séjour, par l'écoute et le dialogue, ainsi que par les encouragements face à la difficulté du programme.

Au cours de celui-ci, les soignants prennent en charge la douleur en réalisant le recueil d'informations sur la douleur. Ils la quantifient à l'aide d'une échelle, l'apprécient et la retranscrivent dans le dossier

de soins infirmier. Ils appliquent les prescriptions thérapeutiques traitant de la douleur et expliquent également au patient les différentes sources des douleurs apparaissant en cours de programme.

Les soignants interviennent ensuite lors de la réunion hebdomadaire de synthèse en présence du patient, pour transmettre l'ensemble des données au médecin, à l'équipe des rééducateurs et à la psychologue. Ils participent aux encouragements du patient pour la poursuite du programme et s'informent auprès de leurs collègues de l'évolution du patient dans les autres disciplines.

Diététique

La prise en charge nutritionnelle s'inscrit dans la démarche de rééducation pluridisciplinaire.

Il faut tenir compte des efforts fournis nécessitant un apport énergétique complémentaire en fonction de l'âge, de la résistance selon l'état physique et ou pathologique,

par une alimentation équilibrée de densité nutritionnelle satisfaisante.

Les apports énergétiques ne doivent donc pas être négligés.

Lors du travail musculaire, 75 % de l'énergie est dépensée sous forme de chaleur, il y a augmentation de circulation dans les muscles en activité, vasodilatation périphérique

et diminution de la circulation dans les territoires splanchniques.

L'apport en eau doit être judicieux, quantitativement suffisant et bien réparti dans la journée.

Il apparaît de ce fait qu'une alimentation adaptée, alliée à un entraînement spécifique de l'activité physique choisie est indispensable.

Psychologie

La prise en charge psychologique est une évaluation complémentaire et essentielle dans le parcours de soin des patients lombalgiques chroniques. Comme pour toute douleur chronique, celle-ci s'inscrit dans la vie du patient au regard de sa personnalité, de son histoire et a des répercussions sur sa vie, ses relations aux autres.

Sauf opposition du patient, un entretien, au moins, avec le psychologue, est proposé : c'est l'entretien psychologique initial. Il est effectué lors de la préadmission pour voir si un patient peut être inclus ou non dans le programme ou lors de la première semaine de prise en charge.

Cet entretien initial vise à l'évaluation :

- du rapport général du patient à son corps et à sa douleur ;
- des répercussions psychologiques de la lombalgie, de l'arrêt de travail, de la perte d'autonomie et d'activité ;
- de la présence de problématiques personnelles connexes et de leurs impacts psychologiques éventuels sur la symptomatologie lombaire douloureuse ;
- des motivations du patient pour participer au programme et de ses représentations de la prise en charge médicale.

Par la suite, sur demande du patient et évaluation du psychologue, un suivi psychologique peut être proposé chaque semaine ou tous les 15 jours suivant le besoin.

Ces entretiens ultérieurs permettent de faire un bilan de la réaction du patient à la rééducation et au traitement, d'apporter un soutien par une écoute active de ses préoccupations ou de ses angoisses concernant sa rééducation, les impacts sur sa vie quotidienne et ses projets d'avenir (notamment professionnel). Ils permettent enfin d'approfondir certaines problématiques et parfois d'étoffer une demande de psychothérapie extérieure si besoin.

À l'issue du programme de restauration fonctionnelle, une orientation vers des thérapeutes extérieurs pourra être faite s'il y a besoin d'un travail de psychothérapie ou de soutien psychologique plus approfondi.

Témoignages

Le travail de nuit à l'hôpital



**Sandrine Martins,
infirmière :
« Pour la vie de famille »**

« **A**u départ, j'ai fait le choix d'un travail de nuit pour des raisons personnelles : je voulais fonder une famille et un poste s'étant libéré, j'ai sauté sur l'opportunité. » Sandrine Martins, infirmière depuis vingt-deux ans à l'hôpital La Musse, de nuit depuis douze ans, travaille au pôle médecine physique et réadaptation, dans le service fermé des « réveils de coma et accueil de mineurs ». Comme ses collègues, elle est « fidèle au poste ». Les équipes de nuit sont très stables. Elle ne regrette pas son choix : « D'un point de vue personnel, c'est très confortable : je fais les entrées et les sorties d'école, j'accompagne ma fille à ses activités, je suis là quand elle est malade. D'un point de vue professionnel, j'apprécie mon indépendance : je gère mon travail comme je veux. Je n'ai plus la charge des tâches administratives, mais je continue à pratiquer des gestes techniques comme les perfusions, les prises de sang, les pansements à refaire, si nécessaire. Je noue des relations privilégiées avec certains patients qui, la nuit aidant, se laissent aller à des confidences. Les trois ados accueillis en ce moment dans mon service demandent beaucoup d'attentions "maternelles" le soir. L'ambiance est tout à fait différente : nous devons être discrets et silencieux. Il y a une grande entraide entre les unités d'un même pôle : lorsque l'un d'entre nous a un service lourd, les collègues viennent donner un coup de main. De même, lorsqu'il y a une urgence. »

Dans les unités des trois pôles d'hospitalisation, le travail de nuit s'organise autour de deux types d'horaires. Les salariés des services de gériatrie effectuent dix heures d'affilées (de 21h15 à 7h15) et alternent deux à trois jours travaillés pour deux à trois jours de repos environ. Les autres pavillons fonctionnent en « douze heures » (de 19h45 à 7h45) selon un schéma immuable de quatre jours de travail pour six jours de repos... sauf l'équipe des trois « roulantes de nuit » qui effectuent les remplacements et ont des jours travaillés moins fixes. Travaillent à l'hôpital La Musse un peu plus de soixante-sept « équivalents temps plein », dont vingt hommes : infirmiers, aides-soignants et standardistes. Un brancardier est présent au pôle médecine physique et réadaptation pour pallier le moins grand nombre de soignants la nuit et soulager les équipes en termes de manuten-

tion. Tous bénéficient d'une prime de nuit, environ 11 euros par nuit travaillée.

Le recrutement se fait facilement pour les nuits en douze heures, plus difficilement pour les « dix heures ».

Généralement, les salariés qui font le choix du travail de nuit y restent de manière pérenne, même s'ils souffrent d'un certain isolement et, pour certains d'entre eux, de problèmes de santé.

Les infirmiers ou aides-soignants veillent, la nuit, sur deux unités. Trois services nécessitent la présence d'un infirmier ou d'un binôme spécifique : il s'agit de l'éveil de coma (cf. interview de Sandrine Martins ci-dessous), des soins palliatifs (voir rencontre avec Thierry Sérandour) et des unités de pneumologie (lire par ailleurs les témoignages des équipes du pôle de soins de suite spécialisés et polyvalents). ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Pas des « veilleurs »

Les points négatifs ? La pénibilité inhérente au travail de nuit, bien-sûr : « Nous avons du mal à récupérer un sommeil normal après nos quatre nuits d'affilées où je ne dors environ que quatre heures. À mon premier repos, je suis décalée et me couche tard. Mais je dois me lever tôt pour emmener ma fille à l'école. Au long cours et avec les années, ça devient plus difficile. Je me sens parfois un peu "désocialisée" par rapport à mon entourage car la vie sociale et les activités sportives ou de loisirs se déroulent surtout le soir. » Et le sentiment de rester parfois « en dehors des équipes » : « Nous ne pouvons pas assister au staff, nous ne voyons pas les médecins. Les contacts se font surtout lors des transmissions ou par écrit et par téléphone. Certains nous appellent même encore les "veilleuses" ».

Depuis 4 ans, Sandrine Martins a intégré l'équipe du CHSCT (comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail). Elle en est la secrétaire depuis deux ans et y apprécie « de travailler sur autre chose que mon métier », les recherches à effectuer et le travail intellectuel enrichissant demandé.



**Ambiance de nuit
suite spécialisés**

La Musse

Thierry Sérandour est entré à l'hôpital La Musse en 1972 pour y apprendre le métier d'aide-soignant. Il a fait le choix de travailler la nuit dès 1977. Cela fait trente-cinq ans. Il explique : « Au départ, c'est l'opportunité d'un poste qui se dégageait et d'un logement de fonction qui m'a décidé. Puis, avec mon épouse, nous avons eu cinq enfants en neuf ans et nous avons trouvé le système pratique : elle travaille de jour, à l'hôpital La Musse également, moi de nuit : nous n'avons jamais eu besoin de nourrice. Aujourd'hui, les enfants sont grands et il m'arrive d'être fatigué. Je me suis plusieurs fois posé la question d'un changement de poste, mais je reste quand même. Trente-cinq ans, c'est peut-être trop ? Je ne sais pas. Depuis dix ans, je travaille en binôme avec une infirmière en service de soins palliatifs. C'est une unité où nous enregistrons beaucoup de décès. Être deux, dans ces cas-là, travailler en confiance, c'est primordial. J'apprécie de ne pas porter tout seul ce poids. Avant de me décider, j'avais suivi une formation (un diplôme universitaire en soins palliatifs) : j'étais préparé. Il ne faut pas partir à l'aventure.

Le rythme de nuit me convient. Je dors peu, même pendant mes repos. Je n'ai pas le sentiment d'être coupé de l'actualité de l'hôpital : ma femme, aide-soignante également, me tient au courant, je lis les notes de service et j'ai des contacts très réguliers avec la cadre supérieure de santé du pavillon, Laurence Paupy. »



**Thierry Sérandour,
aide-soignant de nuit
depuis 35 ans :
« C'est mon rythme »**

au pôle soins de et polyvalents



Au pôle de soins de suite spécialisés et polyvalents, huit salariés, infirmiers et aides-soignants, sont présents chaque nuit. Les bâtiments de l'hôpital La Musse apparaissent sous un angle différent : silencieux, un peu vides, portes fermées, lumières tamisées dans les couloirs... Les plus « anciens » assurent les nuits depuis vingt ans, « même si, depuis un an, la fatigue se fait sentir mais le travail reste intéressant et varié. Certaines nuits sont plus difficiles que d'autres : cette nuit, une personne de mon service va très probablement décéder : ça reste très dur ». Un collègue, en poste depuis le même nombre d'année, a appris à gérer sa vie d'une façon toute différente par rapport aux collègues « de jour » : « Socialement, on est décalé. La nuit, il nous arrive de nous assoupir un peu et la sonnette des patients devient, dans ces cas-là, très stridente ».

« Rassurer »

Une collègue apprécie la liberté et l'autonomie de la fonction mais avoue : « C'est parfois de grosses responsabilités : nous sommes seuls à prendre les décisions, même si on sait pouvoir compter sur les collègues en cas de doutes. Appeler le médecin de garde... ou pas. La nuit, on doit savoir faire tous les métiers. »

Une infirmière travaillant de nuit depuis douze ans apprécie la formule quatre nuits travaillées pour six jours de repos : « C'est la meilleure pour récupérer et se recaler. Comme tout le monde, en début de nuit, je passe

dans chaque chambre. C'est très important pour faire retomber l'angoisse : un petit mot, une plaisanterie, parler un peu en dehors de la maladie, rassurer... C'est la meilleure des choses pour envisager une nuit plus sereine. » L'organisation du travail de nuit prévoit plusieurs passages dans les services, environ toutes les trois à quatre heures, sauf pour les patients qui ont demandé expressément à ne pas être dérangés. Ils aiment savoir qui sera là pour assurer la nuit et posent très régulièrement la question aux équipes de jour : une figure connue à leurs côtés est rassurante.

« Roulante »

Une « roulante » témoigne : « Je n'ai pas de planning fixe, ni d'unité attitrée : c'est peut-être un peu plus stressant car on ne connaît ni les habitudes, ni les patients ». Roulante également, une jeune diplômée, en poste de nuit depuis quatre mois seulement : « Pour le moment ça va, j'arrive à bien dormir dans la journée, j'apprends beaucoup et il n'y a pas de routine. Mais je ne pense pas faire ça trop longtemps : le travail en équipe me manque. »

Corinne Hourdier, cadre supérieur de santé du pôle, qui connaît bien l'univers du travail de nuit, conclut : « Revenir de jour semble difficile au personnel en poste de nuit depuis de nombreuses années. Mais, quand la fatigue s'installe ou que la santé en pâtit, il ne faut pas avoir peur de sauter le pas : ceux qui l'ont fait ne le regrettent pas. »

L'équipe de nuit de l'hôpital Villiers Saint Denis

Bonsoir !

Nous sommes une population à part : alors qu'il n'est pas normal pour certains de vivre à contre-sens, d'autres y trouvent du plaisir.

D'ailleurs posez-nous la question : « Seriez-vous prêt à travailler de jour ? » Dans la majorité des cas la réponse sera : « Non, pourquoi ? »

Le travail de nuit est un choix. Ceux qui l'aiment se sont organisés autour.

L'ambiance y est plus intime, plus feutrée. Nous sommes seuls à bord, plus responsables, plus autonomes.

C'est parti pour 12 heures, on vous raconte

19h 15 : les équipes de jour et celles de nuit se retrouvent autour de la planification et là, le petit quart d'heure d'échanges, de transmissions devient un moment indispensable et primordial pour la continuité des soins et une prise en charge du patient optimale et personnalisée.

19h 30 : préparation du matériel, des médicaments, etc. Surtout ne rien oublier afin d'éviter les allers-retours (les couloirs sont longs...).

Et c'est parti pour le premier tour seul ou en binôme.

À l'approche de la nuit, certains de nos patients ressentent parfois le besoin d'évacuer leurs angoisses, d'être écoutés, informés, rassurés, installés. D'autres nécessitent des soins plus spécifiques tels que des injections, perfusions, aérosols... Les nuits se suivent et ne se ressemblent pas. Il y a les nuits calmes et les nuits où rien ne va : les sonnettes qui n'arrêtent pas, la douleur qui se réveille, les angoisses, les urgences, les chutes... C'est là que l'esprit d'équipe et la solidarité prennent toute leur ampleur. On peut compter aussi sur notre responsable de nuit, celle-ci commence à 18h et finit à 2h du matin. Elle gère les trois pôles de l'hôpital, mais répond toujours présente lorsqu'on a besoin d'elle.

Plusieurs passages sont effectués dans la nuit afin de nous assurer que personne ne manque et que tout va bien. Des soins sont réalisés tout au long de la nuit (changes, injections, glycémies, perfusions, retournement, etc.), plus les soins à la demande (coups de sonnette du patient), tout ceci sur la pointe des pieds car le moindre bruit est amplifié. Vers 6h, nous effectuons un dernier tour en passant dans toutes les chambres. Nous prodiguons les derniers soins aux patients qui en ont besoin en leur souhaitant une bonne journée.

7h sonne, la fatigue se fait ressentir. L'équipe de jour arrive : transmissions, ne rien oublier, noter dans les dossiers, échanger, s'épancher un peu, partager, rire...

Bientôt notre lit pour quelques heures de sommeil bien méritées !

Bonne journée !

L'équipe de nuit
Hôpital Villiers Saint Denis

L'équipe de nuit presque au complet.



L'appareillage à l'ère de l'électronique et de l'informatique

L'amputation d'un membre, quel qu'en soit l'étiologie, représente un traumatisme considérable.

Pour tenter de minimiser les conséquences de cette mutilation, les prothèses proposées aux patients doivent être le plus performantes possible. Être en capacité de fournir les mécanismes, les matériaux et les techniques les plus innovantes s'impose. Or, les possibilités offertes par les fabricants de matériel se multiplient. La mondialisation offre un accès facilité à de nombreux produits d'origine internationale.

Face à ce choix parfois pléthorique, une veille technologique s'impose. Elle permet d'actualiser les connaissances sur les nouvelles possibilités techniques. Elle constitue également une aide à la présélection, car il n'est matériellement pas possible de tester toutes les innovations.

Au centre d'appareillage de Villiers Saint Denis, cette veille technologique s'inscrit pleinement dans la démarche qualité en recherchant en permanence les solutions techniques les plus modernes qui pourraient convenir aux patients.

Consentement éclairé

Le choix des différents dispositifs constituant la prothèse va se faire de façon collégiale. La première opinion dont il doit être tenu compte est celle de la personne amputée. Son adhésion au projet thérapeutique est indispensable. Quelle est son activité professionnelle, quels sont ses loisirs, à quoi destine-t-elle la prothèse ? À partir de ces éléments, le médecin et l'orthoprothésiste vont définir les

différents éléments de la prothèse en mettant en avant les desiderata de l'entourage et du patient. Mais ce dernier est souvent âgé et atteint de différentes pathologies associées à l'amputation qui limitent le potentiel physique et constituent des éléments défavorables pour une prothésisation très performante.

Le concours du kinésithérapeute peut s'avérer utile pour les patients hospitalisés, soit lors des choix initiaux, soit ultérieurement, pour informer les orthoprothésistes des progrès en rééducation et ainsi faire coïncider capacité de la prothèse et potentiel physique.

À toutes les étapes de l'appareillage, le patient est informé. Il est impliqué et participe aux choix des différents éléments de la prothèse dont il va bénéficier, c'est le consentement éclairé.

Quel que soit le type de prothèse choisie, elle devra répondre à deux finalités qui peuvent être contradictoires : l'aspect fonctionnel avec la marche (s'il s'agit d'une prothèse de membre inférieur) ou la préhension (s'il s'agit d'une prothèse de membre supérieur) d'une part, et l'esthétique d'autre part. Des priorités sont parfois à définir en fonction des souhaits du patient, et des compromis peuvent être à trouver. Cependant, les arbitrages ne sont jamais définitifs car la personne amputée évolue et les techniques avancent...

Micromécanique et miniaturisation : une préhension facilitée

De nombreux domaines de l'appareillage sont impactés par les progrès de la recherche appliquée. Le développement de la micromécanique et la miniaturisation de l'électronique permettent de proposer une prothésisation de membre supérieur de plus en plus performante pour les amputations de bras ou d'avant-bras : les prothèses myoélectriques.

Pour résumer le principe de fonctionnement, la contraction des muscles antagonistes du membre amputé va produire une faible tension électrique. Captée par des électrodes placées sur la peau en regard des muscles concernés, cette tension va être amplifiée dans le but d'ouvrir et de fermer la main ainsi que d'assurer la pronation (membre supérieur, qui une fois le coude fléchi à 90°, permet de mettre la paume de la main vers l'arrière) et la supination du poignet de la prothèse (rotation avec paume de la main vers l'avant).

Pour utiliser au mieux cet appareillage, un important travail de rééducation pré-prothétique est indispensable. Il va s'agir d'apprendre à maîtriser les contractions musculaires en dissociation, intensité, vitesse et endurance.

Un logiciel *ad hoc* permet au patient de s'entraîner musculairement sous forme de jeux, mais aussi de simuler l'utilisation de la main prothétique avec un *feedback* visuel.





Parmi les dernières évolutions techniques de ce matériel, on peut citer :

- la proportionnalité ; une contraction musculaire rapide engendre un mouvement de même nature et inversement ;
- la programmation de la main pour des réglages personnalisés ;
- un capteur placé à l'extrémité du pouce resserre automatiquement la prise lorsque l'objet saisi glisse ;
- la miniaturisation de la batterie pour un résultat esthétique bien supérieur.

La finalité de toutes ces améliorations est une utilisation facilitée par une préhension plus naturelle. « *Je contracte ce muscle pour fermer la main* » doit devenir « *Je saisis l'objet que je souhaite attraper* » ; à ce moment-là, la main prothétique apparaîtra dans le schéma corporel.

Genou prothétique : un microprocesseur facilite la marche

Les amputations transfémorales peuvent également bénéficier de produits de haute technologie. La dernière version de ce genou équipé d'un microprocesseur permet de contrôler les différentes étapes de la marche. Pour cela, des jauges de contraintes incluses dans la partie basse du genou indiquent au processeur 50 fois par secondes les pressions qui s'exercent sur le mécanisme. De plus, un capteur angulaire informe le système du degré de flexion de l'articulation quasiment en temps réel. Le genou prothétique peut ainsi adopter le comportement qui convient le mieux. C'est particulièrement utile lors des franchissements de plans inclinés, d'escaliers ou lors des changements de vitesse de marche où l'adaptation est instantanée.

La marche ne constitue qu'un aspect du potentiel de cette articulation. Le patient peut, en effet, avec une télécommande ou directement avec la prothèse, passer à deux autres profils de réglages. Ils sont destinés à des activités spécifiques. Par exemple, pour le vélo, l'articulation offre une résistance minimum à la flexion et à l'extension. Pour monter à l'échelle, le mécanisme sécurise l'utilisateur par un verrouillage en extension complète. En fonction des activités, d'autres choix sont possibles.

La programmation et l'individualisation du paramétrage s'effectuent au moyen d'un logiciel spécifique. Pour s'inscrire dans son époque, ce genou possède des points communs avec un téléphone mobile :

- la communication en bluetooth avec le logiciel ;
- la nécessité de le recharger tous les deux jours ;
- la possibilité d'effectuer ce rechargement sur le secteur ou sur une prise 12v de voiture.

Les caisses d'assurance maladie ont prévu des tests définis précisément pour évaluer le résultat fonctionnel. S'ils sont positifs, la prise en charge est à hauteur de 100 % du coût de la prothèse, soit entre 12 000 et 25 000 euros. Au premier abord, ces montants peuvent paraître élevés. Mais dans la plupart des cas, ces personnes ne seront plus en situation de handicap et pourront reprendre leur activité professionnelle initiale.

Ces évolutions technologiques permettent une individualisation accrue des prothèses pour mieux répondre à des personnes amputées qui ont toutes des besoins différents. Pour que la réussite soit au bout de ces projets, les indications d'appareillage doivent être bien posées et la prise en charge pluridisciplinaire est indispensable. ■

Philippe Talbot
Centre d'appareillage de Villiers Saint Denis

Culture à Famille

La famille, la mémoire et la filiation, côté patients et côté salariés... Tel est le fil conducteur d'une initiative « Culture et santé », mise en œuvre, cette année, à l'hôpital La Musse. Une première pour l'établissement. Deux comédiens ont choisi le support du texte et les lettres pour susciter les témoignages des uns et des autres, au fil de leurs interventions. Un spectacle clôturera cette dynamique en septembre.

La filiation et la famille sont les thèmes retenus pour servir de fil rouge à l'initiative « Culture et santé » menée au pôle soins de suite gériatriques, oncologiques et soins palliatifs de l'hôpital La Musse, depuis fin décembre dernier. « Filiation » dans les histoires de vie des patients. Et filiation au sein des grandes « familles » de salariés se succédant à l'hôpital La Musse depuis l'époque où l'endroit était encore un sanatorium... L'agence régionale de santé souhaitait, en effet, mettre sur pied un projet qui unisse les patients et les salariés et qui concerne, avant tout, les personnes âgées. Le projet a reçu un financement des ministères de la Santé (via l'ARS) et de la Culture (via la direction régionale des affaires culturelles [Drac]).

« *L'hôpital reste le théâtre d'événements familiaux heureux ou malheureux... À nous de les faire émerger* », expliquent Delphine Lainé et Benoît Mochot, les deux comédiens de la Scène nationale Évreux/Louviers qui sont intervenus à plusieurs reprises au pôle soins de suite gériatriques, oncologiques et soins palliatifs. Les artistes ont choisi de passer plusieurs fois vingt-quatre heures dans

l'hôpital et filiation

les murs de l'hôpital au cœur des unités 3, 6 et 7 du pôle. Leur « public » potentiel : plus de cinquante patients et une trentaine de soignants. Ils ont pris le parti de cette formule « en immersion » pour mieux comprendre l'ambiance d'un hôpital : son rythme, la disponibilité des patients et l'activité des soignants.

Déroulé de l'intervention

À chaque fois, en fin de matinée, Delphine Lainé et Benoît Mochot prennent possession du petit salon de l'unité 6 où, devant une dizaine de personnes âgées des trois unités gériatriques, ils présentent deux séances de lecture animée, à partir d'un texte choisi par eux*. Les représentations s'achèvent par de brefs échanges avec les personnes présentes, suffisamment valides pour s'y déplacer et apprécier le spectacle.

De manière plus ou moins formelle, ils se rendent ensuite dans les chambres pour lire des poèmes, des textes, parler du livre qu'ils viennent de mettre en scène et créer de nouveaux et plus personnels moments d'échanges. Le soir, ils repassent dans les chambres, se confrontent à l'activité d'un service de nuit d'une structure ouverte 24 heures sur 24 et à l'ambiance nocturne. Le lendemain matin, ils ont généralement rendez-vous avec des salariés dont les parents étaient déjà employés à l'hôpital La Musse, d'autres patients ou élaborent les textes d'après les témoignages qu'ils ont reçus et qu'ils ont exploités. En septembre, un spectacle final permettra de rassembler les témoignages de patients et de soignants recueillis par les deux comédiens. Une vidéo y sera également présentée, tournée au fil des mois par le vidéaste Pierre Carniaux. Tous les patients et

salariés ayant participé, d'une façon ou d'une autre, à l'une de ces quatre journées, y seront conviés.

En dehors de la maladie

« C'est une première pour nos équipes, commente Laurence Paupy, cadre supérieur de santé du pôle. L'approche est intéressante. Elle se déroule complètement en dehors de l'activité hospitalière au quotidien. Les patients comprennent d'emblée qu'il s'agit de quelque chose de différent, de théâtral et qui est mis en place pour eux, en dehors de leurs soins. Les textes lus par les comédiens et les échanges individuels sont des moments privilégiés permettant l'expression des souvenirs. » Il en va de même pour les équipes qui, les jours d'intervention des comédiens, travaillent dans une dynamique différente : les échanges avec les patients se font sur d'autres problématiques que leur prise en charge médicale. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

* Les passages lus sont extraits d'un roman d'Hélène Gestern, *Eux sur la photo*, éditions Arléa.

Les objectifs

La convention signée entre les protagonistes de l'opération (ARS, conseil général de l'Eure et Drac) stipule : « Dans la droite ligne de la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'hôpital La Musse est soucieux d'améliorer l'accueil réservé aux personnes malades et à leurs proches.

La mise en œuvre d'un projet "Culture et santé" s'inscrit dans la volonté de l'établissement d'être un lieu de vie ouvert sur l'extérieur. L'expression culturelle au sein d'un service hospitalier permet d'offrir aux patients comme aux artistes un lieu d'expression. Elle est un facteur de cohésion et de liens entre artistes, patients, familles et professionnels.

Dans un service de gériatrie, les principaux objectifs sont de :

- stimuler la sensibilité des patients, donner la possibilité aux malades de s'exprimer et de communiquer davantage ;
- favoriser les capacités d'échanges et de relations avec les autres, stimuler les capacités de concentration, de mémorisation, de réflexion et d'imagination ;
- créer pour des patients et les équipes des modalités de communication différentes. »

Programme estival

- En juin et juillet : montage du film réalisé.
- En juillet et septembre : répétition de « Eux sur la photo » à l'hôpital La Musse.
- Dimanche 23 septembre, rendez-vous final lors d'une « Journée famille », avec restitution du travail d'écriture mené par les comédiens à partir des témoignages recueillis.



Unité cognitivo-comportementale de l'hôpital Villiers Saint Denis

L'espace Snoezelen

L'espace Snoezelen est un lieu de stimulation multisensorielle dédié au confort et au bien-être des personnes présentant des troubles psychocomportementaux comme la maladie d'Alzheimer. C'est une activité primaire orientée vers la perception sensorielle où tous les sens peuvent être sollicités séparément ou simultanément.

Cela permet la mise en éveil des sensations physiques par un large éventail de sons, d'odeurs, de formes, de textures, de couleurs, de goûts et d'effets lumineux.

Mécénat

La salle Snoezelen a bénéficié du soutien financier de la Caisse d'épargne de Picardie, de Dalkia et du Rotary club de Château-Thierry.

La philosophie Snoezelen repose sur trois « activités » distinctes : relaxation, découverte et interactivité. Dans ce cadre chaleureux se crée l'opportunité d'une rencontre entre un soignant et une personne en souffrance ayant des difficultés à communiquer. La notion d'espace et de liberté permet la créativité, un mouvement, une action aussi minime soit-elle. C'est une expérience personnelle.

La technique Snoezelen fait partie des prises en charge non médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer.

La réalité Snoezelen

Appréhendée d'abord comme un lieu délimité, une réalité matérielle, concrétisée par l'aménagement d'une salle confortable tant pour le patient que pour l'accompagnant, équipée de matériels spécifiques de stimulation sensorielle, qui respectent les normes de sécurité, faciles à commander, bien positionnés pour la manipulation des patients, elle comprend :

- une colonne à bulles qui diffuse des lumières de différentes couleurs ;

- un projecteur « solar » et un rotateur à roue qui offrent des jeux de lumières qui se reflètent sur les murs ou plafonds et permettent de visualiser formes et couleurs ;
- un lecteur DVD rétroprojecteur : les animations avec les diapos constituent un espace de discussion, de débat où chacun peut raconter, se souvenir ou écouter ; cette animation qui se veut être un moment d'échange se révèle aussi un moment ludique pour laisser le temps aux patients d'appréhender et de déchiffrer l'image et leur donner l'envie de s'exprimer ;
- des fibres optiques lumineuses, rideaux de lumière, panneaux noirs composés de cordes fluorescentes de couleurs et longueurs différentes ;
- une chaîne hi-fi, un lecteur de CD avec une large gamme de musique variée, douce, rythmée, permettant de créer différentes ambiances ;
- des fauteuils, des instruments de musique, un miroir, des bâtonnets fluorescents, des panneaux tactiles, des balles de tailles et textures différentes et un diffuseur aromatique ;
- de multiples objets particuliers et préalablement sélectionnés pour développer le toucher.

Des séances à thème mises en place

Il s'agit de créer un environnement, en fonction des objectifs et de l'anamnèse du patient, pour favoriser la stimulation de chacun des sens : visuel, auditif, olfactif et gustatif, tactile, proprioceptif (sensibilité profonde) et vestibulaire (perception du mouvement et de l'orientation - équilibre).

L'atmosphère adéquate

La lumière et le son doivent toujours être présents. Snoezelen doit offrir un



espace-temps différent : l'ambiance lumineuse apporte à la fois sécurité et envie de découvrir tout en créant une coloration intimiste, tandis que l'ambiance sonore permet de clore et de rompre avec le reste de l'institution. Chacun de ces deux éléments est donc indispensable à la création d'une « bulle » sensorielle.

La possibilité de choisir

Ne rien imposer. La personne vivra l'expérience qu'elle souhaite, à son rythme et selon sa propre dynamique interne. Aucune directivité ne lui sera imposée. La personne doit sentir qu'aucune prestation n'est attendue d'elle et l'expérience vécue n'aura de réalité que pour elle même.

Le respect du rythme

La possibilité est donnée pour chacun de vivre les situations selon son rythme, laisser le temps à la personne de vivre les stimulations.

La juste durée dans le temps

Totalement dépendante de la réaction de la personne, la durée peut varier de quelques minutes à quelques heures. Il est compréhensible qu'une personne puisse un jour apprécier grandement une période assez longue, alors qu'elle peut vouloir se retirer de l'activité quelques minutes après son commencement à un autre moment. Son vécu et sa situation du moment deviennent alors déterminants. Les manifestations comportementales comme des signes de désintérêts significatifs seront le signe de la fin de la séance.

Sécurité et répétition

L'activité offre des stimulations sélectives et une réalité orientée vers la perception sensorielle où la sensorialité est

comprise comme une voie de communication primaire privilégiée. Le sentiment de sécurité est donc essentiel pour permettre une ouverture aux explorations sensorielles et relationnelles.

La répétition est ensuite très importante, même pour une personne non déficiente afin que le cerveau assimile les phénomènes. Pour une personne déficiente, le temps d'assimilation peut être bien plus long. Elle peut alors mettre plus de temps à intégrer les différentes stimulations présentées. D'où l'importance de répéter les stimulations proposées afin que la personne prise en charge ait le temps de les percevoir, de les assimiler et de les apprécier.

De plus, Snoezelen suggère une sensation de langueur et d'exploration prudente de l'environnement. Il apporte à la fois une notion apaisante et une notion plus dynamique. Lorsqu'on propose Snoezelen, il est important que ces deux notions soient présentes afin que la personne puisse faire des allers-retours entre la détente et l'exploration.

Contrôler les stimulations

Il est important de pouvoir veiller à ne pas créer une hyperstimulation. Une présentation sélective des stimulations est à privilégier.

Si les éléments de stimulation sont trop riches, la personne accompagnée ne saura plus « où donner de la tête » et, au lieu de susciter son intérêt, une angoisse et des troubles du comportement pourront émerger.

Les effets de sas

La salle offrant un espace-temps différent, il est important de préparer la personne à entrer et sortir de la salle (usage des effets lumineux, ouverture des volets ou allumage progressif d'une lumière, attitudes corporelles...).



L'accompagnant

Il doit préparer les séances après avoir défini des objectifs et le choix des stimulations proposées, remplir un compte-rendu et transmettre à l'équipe les éléments qui permettront d'enrichir le projet de soin et de vie de la personne. Vingt soignants de filière différente ont suivi la formation Snoezelen.

Dix patients de l'hôpital bénéficient de l'espace Snoezelen ainsi que les résidents de l'accueil de jour Alzheimer.

Un concept

Conserver les acquis de la mémoire à travers la découverte d'un lieu convivial en se basant sur les besoins du patient dans cet espace de ressourcement et d'apaisement, en espérant un bénéfice dans les activités de la vie quotidienne, tel est le concept de l'espace Snoezelen. ■

Dr Guy Schneider
Hôpital Villiers Saint Denis

Snoezelen, néologisme néerlandais

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

Lancée au Centre Hartenberg à Ede (Pays-Bas) vers 1974 par Ad Verheul et Jan Hulsegge, le snoezelen est une pratique de stimulation visant à établir une relation personnelle, dans un milieu naturel ou non, permettant de vivre une expérience sensorielle, subjective et constructive.

Accessibilité L'hôpital La Musse et le précurseurs en France

Un appartement Renaissance unique dans sa conception, un label, Handibat®, désormais reconnu partout en France..., l'hôpital La Musse et le département de l'Eure conservent leur longueur d'avance : le milieu médical et celui des professionnels du bâtiment se sont associés, il y a plus de quatre ans, pour imaginer une formation sur mesure, permettant d'œuvrer pour le maintien à domicile des personnes à mobilité réduite et favoriser l'accessibilité des logements.

Yves Prudent (à gauche) forme des ergothérapeutes venus de toute la France.

Vingt ergothérapeutes, venus de toute la France, ont passé une journée à l'hôpital La Musse pour la première fois en janvier ⁽¹⁾ pour suivre une formation dispensée par le chef ergothérapeute de l'établissement, Yves Prudent. Le but : former de futurs formateurs capables de dispenser les enseignements permettant l'obtention du label Handibat® par les artisans de leurs départements respectifs. Handibat®, prisé des métiers du bâtiment, est né dans l'Eure, il y a plus de quatre ans, dans l'élan suscité par l'ouverture de l'appartement thérapeutique créé au pôle de médecine physique et réadaptation de l'hôpital La Musse et grâce à la coopération active menée avec la Capeb (Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment). « Nous disposions d'un bel outil qui, peu à peu, nous a permis de développer des idées

et des coopérations constructives avec les professionnels du bâtiment, bien au-delà de ce que nous pensions au départ, explique Yves Prudent. Avec la Capeb, et en collaboration avec l'organisme de formation indépendant ITGA, nous organisons trois à quatre formations d'artisans chaque année pour une quinzaine de professionnels à chaque fois. » Une convention nationale est en cours de signature pour sceller le rapprochement de l'Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE) et la Capeb.

Plusieurs modules de formations

Un système de modules cohérents et progressifs a ainsi été imaginé. Au module A, préalable (« Accessibilité et adaptabilité de tout pour tous : les fondamentaux »), succède logiquement le module spécifique B1 : « Le logement



département de l'Eure

individuel: maintien à domicile et confort d'usage pour tous », où l'intervention des ergothérapeutes est requise ⁽²⁾: « C'est ce module que les ergothérapeutes venus se former à l'hôpital La Musse devront savoir dispenser de retour chez eux, poursuit Yves Prudent. Patrick Lefeu, le secrétaire général de la Capeb est venu parler de sa structure et du label. Puis, nous avons évoqué le contexte, les enjeux et détaillé le contenu de la formation, les messages à faire passer. Nous avons fini par une visite de l'appartement et du studio thérapeutique Renaissance. » Ces ergothérapeutes, membres de l'ANFE, organisatrice de cette formation dispensée à l'hôpital La Musse, vont maintenant pouvoir se faire connaître auprès de leurs Capeb locales et se porter candidats à l'animation de formations au module B1, dans leurs départements. Localement, leurs missions seront d'as-

sur ces formations bien sûr, mais aussi de participer aux commissions départementales d'attribution du label (voir ci-contre: « Pour obtenir le label Handibat® »). Ils auront également la possibilité d'œuvrer pour créer, dans leurs régions, des appartements pédagogiques et thérapeutiques, sur le modèle de l'appartement Renaissance de l'hôpital La Musse qui reste, encore aujourd'hui, un outil qui n'a pas son égal en France. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

(1) Une formation similaire a eu lieu en mars dernier, une autre est prévue en octobre de cette année.

(2) Sont également possibles, les modules spécifiques B2 (bâtiments d'habitation collectifs, aux établissements recevant du public), B3 (voiries et installations ouvertes au public) et cinq nouveaux modules C, complémentaires (commerces de proximité, patrimoine bâti, sites touristiques, espaces verts, accès aux marchés sous forme groupée).

Qu'est-ce que le label Handibat® ?

Le label Handibat® a pour objectif d'apporter une information fiable, homogène et objective sur les compétences des professionnels intervenant dans le domaine de l'accessibilité du bâti, ainsi que sur l'accessibilité des sites et la qualité des équipements pour tous les types de handicaps (moteur, visuel, auditif, mental) de situations handicapantes ou de mobilité réduite. Le label reconnaît également les compétences des professionnels en termes d'accueil des clientèles spécifiques qui veulent pouvoir choisir des maîtres d'œuvre informés de leurs besoins et sachant y répondre en toute fiabilité.

Obtention du label Handibat®

Il s'agit d'une démarche volontaire des professionnels du bâtiment qui souhaitent assurer de façon pérenne un accueil et une prestation de qualité à leur clientèle âgée ou en situation de handicap. Pour obtenir le label Handibat, les professionnels du bâtiment doivent pouvoir justifier des critères suivants : avoir suivi la formation validée par un examen Handibat®, attester de la souscription des assurances obligatoires, présenter un dossier complet et respecter les actes d'engagement de la charte du label.

Le label est reconductible chaque année et son adhésion est reconduite au bout de trois ans après participation à une journée de formation pour actualiser ses compétences dans le domaine de l'accessibilité du bâti.

Une quarantaine d'artisans sont labellisés dans l'Eure.

Évolutions démographiques et vieillissement

L'aspect innovant et original de l'appartement Renaissance Jacqueline-Duval, à la fois thérapeutique et pédagogique, a été mis en exergue dans le rapport de Muriel Boulmier, présidente du groupe de travail « Évolutions démographiques et vieillissement » du Comité européen de coordination de l'habitat social.

Consacré à l'adaptation de l'habitat à l'évolution démographique, ce rapport a été remis le 23 octobre 2009 suite à la mission confiée par le secrétaire d'État au Logement et à l'Urbanisme.

Rapport en ligne sur le site de la fondation : www.larenaissancesanitaire.fr



Éthique

Travailler sur le refus de et la fin de vie

Le « refus de soins » et la « fin de vie », tels sont les deux thèmes ayant émergé des questionnaires soumis aux soignants de l'hôpital La Musse, cet automne, dans le cadre de la troisième démarche « certification ». Ces réponses encouragent la mise en place de rencontres régulières autour de thèmes précis, à destination des équipes soignantes qui le souhaitent. Ces réunions prendront pour supports des cas cliniques concrets et s'appuieront sur les deux lois de 2002 et 2005 traitant du « droit des patients ».

Le questionnaire : préambule sur la réflexion éthique

« L'éthique est une réflexion qui vise à déterminer le bien-agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées. »

Dans un cadre institutionnel, la réflexion éthique est un questionnement pluriprofessionnel (que faire pour faire bien ?) qui oblige à éclaircir ses pensées, ses références (valeurs, morale, droit, déontologie, règles de bonnes pratiques, responsabilité...) pour savoir ce qui est en jeu dans une situation donnée et orienter la décision.

Dans le contexte, l'objectif d'une réflexion éthique est souvent de choisir la moins mauvaise solution au cas qui pose problème. La problématique vient des professionnels, des patients ou de leurs familles.

A posteriori, la réflexion éthique place les professionnels dans une dynamique continue où les décisions antérieures nourrissent celles à venir.

Ces décisions sont principalement encadrées par la loi Leonetti relative à la fin de vie et la loi Kouchner relative aux droits des patients.

L'établissement s'est engagé à mener une réflexion sur les questions éthiques posées par la prise en charge des patients.

Nous sollicitons les professionnels de l'établissement par l'intermédiaire du questionnaire joint, à nous faire part des questions éthiques liées à l'activité de leur service.

Nous vous remercions par avance de votre participation.

Le groupe certification « Droit et information des patients », octobre 2011.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la troisième itération de la certification (V3), un groupe de travail ⁽¹⁾ composé d'une dizaine de salariés de l'hôpital La Musse a distribué, l'automne dernier, à l'ensemble du personnel soignant, un questionnaire dont le but était de pointer les demandes éthiques. Deux thèmes ont émergé, sans surprise, car ils représentent les deux plus grandes causes de souffrance des équipes dans les services : le « refus de soins » et la « fin de vie ». Au regard de ces deux axes, le Dr Philippe Martorell, responsable du service de soins palliatifs du pôle soins de suite gériatriques, oncologiques et soins palliatifs, et Arnaud Amour, aide-soignant accompagnant des familles endeuillées, titulaire d'un diplôme universitaire éthique et santé, tous deux membres du groupe certification « Éthique et fin de vie », ont proposé d'animer des réunions à partir des thématiques relevées dans le questionnaire.

Des cas cliniques... et deux lois

Le praticien s'appuie sur des cas cliniques effectivement rencontrés dans les unités, qui constituent la base de la discussion et permettent de rester dans le concret et de centrer le débat sur un thème précis. Deuxième point d'ancrage, « les deux lois qui doivent nous guider dans notre travail au quotidien », explique le médecin. La loi Kouchner du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé et la loi Leonetti du 23 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie sont trop peu connues. Ces lois sont équilibrées, aidantes. D'autres pays nous les envient. Elles aident à comprendre et prendre les bonnes décisions : le terme « acharnement thérapeutique » a fait place à celui d'« obstination déraisonnable », par exemple. Le texte est un support indispensable pour

décider, ou non, de l'arrêt de soins en fin de vie. » Autre mesure prévue par la loi, les « directives anticipées » permettent de disposer d'un écrit dans lequel le patient émet des souhaits concernant sa fin de vie. Les équipes se doivent de rechercher ce document, dont l'existence reste encore trop méconnue. Les souhaits des patients, souvent recueillis par le médecin, figurent dans son dossier.

Le patient avant tout

Qui décide, en dernier recours, au moment de la fin de vie ? Le patient, comme le prévoit la loi. Bien informé, à plusieurs reprises, en possession de tous ses moyens et ne souffrant pas de dépression..., le patient doit pouvoir alors prendre lui-même d'importantes décisions concernant les soins qui lui sont prodigués, leur maintien ou leur arrêt... En cas d'impossibilité pour le patient de s'exprimer, des échanges ont lieu avec la personne de confiance et les proches (conjoint, enfants, amis...). Une procédure médicale collégiale et définie est mise en œuvre. Il est tenu compte des directives anticipées si elles existent, même si la décision finale reste au médecin.

« En service de soins palliatifs, nous rencontrons ces problématiques quotidiennement, poursuit le médecin. Elles sont sujettes à interrogations : "pourquoi arrêter les soins ?", "pourquoi continuer les soins ?", "faut-il poursuivre la chimio ?"... En fin de compte, nous ne devons pas oublier que la volonté du patient prime. La reconnaissance des familles après les décès est la preuve que nous avons bien fait notre travail. Que nous l'avons fait justement. »

Le service de soins palliatifs de l'hôpital La Musse accueille des patients en fin de vie. Il compte quatorze lits. Il a enregistré 148 entrées en 2011 pour 108 décès. Les patients y restent hospi-

soins

talisés en moyenne un mois. Certains demandent à finir leur vie chez eux et peuvent alors bénéficier d'une hospitalisation à domicile. D'autres préfèrent rester à l'hôpital. D'autres encore, rentrer quelques jours chez eux, avant de revenir finir leur vie à l'hôpital. Le service fonctionne de manière différente. L'organisation est centrée sur le patient, les soins sont adaptés à son état au quotidien et les soignants prennent le temps d'aller à son rythme. Le soutien et l'écoute font pleinement partie de la prise en charge de l'équipe, renforcée par le travail spécifique du psychologue à mi-temps. Tout est mis en œuvre pour faciliter la présence et l'accompagnement par les proches : horaires de visites libres, espace de convivialité pour les familles, possibilité de rester même la nuit auprès du patient. « *L'ambiance est particulière et chaque soignant est ici sur la base du volontariat, explique le Dr Philippe Martorell. Il y a une philosophie palliative qu'il faut avoir. Certains l'ont d'emblée. Pour moi, elle est venue avec la maturité. Je n'aurais pas pu travailler ici plus jeune. J'étais dans le soin à 100 %. Ici, il faut savoir et pouvoir accepter la mort. Au bout du compte, si nous avons mis en place une bonne prise en charge, s'il n'y a pas eu de souffrance, si le patient est mort dans la dignité, alors, nous pouvons nous dire que nous avons bien fait notre travail.* » ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musée

(1) Le groupe « Certification » est piloté par Laurence Paupy, cadre supérieure de santé, Françoise Fougère, infirmière, Marie-Line Dugeay, cadre de santé et composé d'aides-soignants, médecin, psychologue, secrétaire et représentant des usagers.



Droits des patients et fin de vie : l'évolution de la législation

La problématique de la fin de vie est l'objet de débats en France depuis une trentaine d'années. En 1978, le sénateur Henri Caillavet déposait une proposition de loi relative au droit de vivre sa mort qui fut refusée.

À partir des années 1980, se développe en France un courant en faveur des soins palliatifs. En 1987, la première unité de soins palliatifs est créée à l'hôpital international de la Cité universitaire (Paris).

La réflexion autour de ce sujet aboutit à la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs et prévoyant la notion « d'accompagnement à la fin de vie » auquel tous les malades ont droit. Une place importante au sein des hôpitaux est désormais accordée aux soins palliatifs.

Depuis 1999, à l'initiative de Bernard Kouchner, alors secrétaire d'État à la Santé, les soins palliatifs font l'objet de plans gouvernementaux :

- 1999-2001 : premier plan triennal de développement des soins palliatifs ;
- 2002-2005 : programme national de développement des soins palliatifs.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé traite du respect de la volonté du malade et de son droit aux soins. Elle ne traite pas de l'acte d'aider un malade à mourir, mais reconnaît le droit de chacun à prendre les grandes décisions qui touchent à sa propre santé.

C'est après la mort de Vincent Humbert en septembre 2003 (jeune tétraplégique réclamant le droit de mourir à la suite d'un accident de la route en 2000 et dont la mère a tenté de l'aider à mourir le 24 septembre 2003 – Vincent Humbert est décédé le 26 septembre 2003) que le débat a été fortement relancé. Cet événement a soulevé la question de l'expression de la volonté du malade en fin de vie et de la manière dont le médecin peut y répondre. Aucune loi n'était consacrée à ce problème.

À la suite de la mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie, créée au sein

de l'Assemblée nationale et présidée par le député Jean Leonetti, la première loi entièrement consacrée à cette question est votée : la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative au droit des malades et à la fin de vie.

Elle aborde trois thèmes en particulier :

- la procédure d'arrêt ou de limitation de traitement : la décision d'arrêter le traitement d'un malade inconscient est collégiale ;
- la volonté du malade : le médecin doit respecter la volonté du mourant si celui-ci décide d'arrêter ses soins ;
- l'acharnement thérapeutique : le médecin doit certes tout faire pour soigner un malade, mais il ne doit pas s'acharner inutilement, en particulier si le seul objet est le « maintien artificiel de la vie ».

Trois décrets d'application ont notamment précisé la loi :

- décret n° 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées ;
- décret n° 2006-120 du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale ;
- décret n° 2006-122 du 6 février 2006 relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social/médico-social en matière de soins palliatifs.

Le programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012 se concentre aujourd'hui sur un double objectif :

- le parachèvement du maillage territorial de l'offre hospitalière en soins palliatifs ;
- la diffusion de la « démarche palliative » dans les établissements médico-sociaux et à domicile.

La publication, en janvier 2011, du décret relatif à l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie et au congé de solidarité familiale constitue également une avancée considérable pour le développement des soins palliatifs à domicile.

L'évolution des soins palliatifs fait également partie du programme du nouveau gouvernement.

Traumatisés crâniens légers

Une étude en cours

L'hôpital La Musse va participer à une étude mise en œuvre et financée par la Fondation Paul-Bennetot, placée sous l'égide de la Fondation de l'avenir. Thème de travail :

« L'impact d'une prise en charge précoce neuropsychologique chez les patients ayant subi un traumatisme crânien léger ».

Fondation Paul-Bennetot

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

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

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

Les domaines d'interventions de la Fondation sont :

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

Fondation Paul-Bennetot, sous l'égide de la Fondation de l'avenir
255, rue de Vaugirard - 75719 Paris Cedex 15
Tél. : 01 40 43 23 80 - Fax : 01 40 43 23 90 -
www.fondationpaulbennetot.org

Institut de recherche sur la moelle et l'encéphale (IRME)

Les accidents de la route, du travail, les agressions et les accidents de sport causent chaque année en France :

- 10 000 traumatismes crâniens graves ;
- 100 000 traumatismes crâniens légers et modérés ;
- 1 200 traumatismes vertébro-médullaires.

L'IRME soutient des chercheurs qui étudient les différentes lésions, leur mécanisme, leur évolution et leur traitement.

Il fédère chercheurs et cliniciens (urgentistes, réanimateurs, chirurgiens et rééducateurs) qui travaillent sur ce sujet.

www.irme.org

Pilotée par l'Institut de recherche sur la moelle et l'encéphale (IRME) qui adressera les patients sélectionnés à l'hôpital La Musse, l'étude portera, pendant les trois prochaines années, sur une soixantaine de patients qui seront divisés en deux populations : l'une ayant bénéficié d'un suivi, l'autre non. « Le traumatisme crânien léger peut générer des plaintes, quelques mois ou quelques années après l'accident », expliquent les deux neuropsychologues de l'hôpital La Musse chargés du suivi des cas étudiés, Guillaume Lefèbre et Anne-Laure Pointet-Paloc. La prise en charge des traumas légers est, à l'heure actuelle, insuffisante. Pourtant, les personnes présentant un traumatisme crânien léger qui expriment, au départ, peu de symptômes peuvent développer à terme des douleurs, difficultés de concentration, vertiges,

fatigue, céphalées, acouphènes, intolérance aux bruits, irritabilité, troubles du sommeil, de l'équilibre, anxiété, dépression... »

Il s'agit donc de déterminer si un suivi précoce peut avoir une action sur l'apparition de ces symptômes.

Deux axes de suivi seront développés : la rééducation neuropsychologique et l'accompagnement psychologique (thérapies comportementales et cognitives). À l'hôpital La Musse, le dispositif sera supervisé par le Dr Hafid Boubkry.

Trois centres de rééducation participent à l'opération (à Paris, Montpellier et l'hôpital La Musse) selon un protocole précis de suivi de patients sur une durée de six mois : quatre rencontres les deux premiers mois et deux autres les quatre mois suivants avec un bilan final. Les premiers patients devraient nous être adressés ces jours-ci.

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

* Une première étude menée par les mêmes chercheurs visait à définir quelles pouvaient être, a priori, les patients susceptibles de développer des plaintes post-commotionnelles.



Faits marquants

Hôpital Villiers Saint Denis

Direction

Annie Métivier, également directeur financier, dirige l'hôpital depuis le 27 décembre 2011.

Éducation thérapeutique du patient

Outre ses autorisations d'activité, l'hôpital bénéficie d'autorisations pour quatre ans pour les programmes d'éducation thérapeutique du patient « Vivre avec son diabète » et « Vivre avec sa broncho-pneumopathie chronique obstructive [BPCO] et insuffisance respiratoire chronique [IRC] ».

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

Les projets de partenariats entre le centre hospitalier (CH) de Château-Thierry et l'hôpital Villiers Saint Denis, relatifs au laboratoire, aux formations concernant la manutention et la prévention des affections musculo-squelettiques sont à l'étude.

En assemblée générale extraordinaire, le 27 mars dernier, Marie-Christine Bernard (CH de Château-Thierry) a été élue administratrice du GCS, en remplacement de Claudine Féry qui a fait valoir ses droits à la retraite. Les fonctions de Mme Bernard prendront fin en juin 2012, date à laquelle aurait expiré le mandat de Mme Féry.

Lors de cette assemblée, la gouvernance du GCS a été actualisée (pour rappel, sont membres de la gouvernance, les directeurs et les présidents de conférences médicales des trois établissements adhérents). Ainsi, Annie Métivier et le Dr Vincent Tagnon (CH de Château-Thierry) ont rejoint cette instance.

Gériatrie : rencontre interétablissements

Les équipes des pôles gériatrie des deux établissements de santé de La Renaissance Sanitaire ont partagé leurs pratiques et expériences dans les nouveaux locaux de l'hôpital Villiers Saint Denis.

Amélioration des conditions de travail

Sur la base de l'audit sur les risques psychosociaux, un comité de pilotage interne a été constitué et a mis en exergue quatre axes d'amélioration (communication, management, formation et polyvalence).

Afin de permettre à tout salarié de l'hôpital intéressé par ce sujet, un appel à candidatures a été lancé pour participer aux groupes de travail.

Ces groupes de travail se sont fortement impliqués et ont élaboré des plans d'actions, diffusés à l'ensemble du personnel, pour lesquels un échéancier a été défini.

Le document unique des risques professionnels et le Papripact (programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail) ont été réactualisés. Une enquête de satisfaction auprès des salariés a également été réalisée. Le taux de retour a été de 54 %.

Une partie de l'équipe encadrante du pôle gériatrie de l'hôpital La Musse en visite à Villiers Saint Denis.





Les salariés deviennent acteurs et peuvent être force de proposition, par l'intermédiaire des boîtes à idées disponibles dans l'établissement et de la mise en œuvre de l'accord d'entreprise relatif au droit d'expression.

Manifestations

- Présentation d'une communication aux Journées Émois (évaluation, management, organisation, information, santé) les 12 et 13 mars à 2012 à Dijon : « Management de la prise en charge médicamenteuse en milieu hospitalier, expérience de l'hôpital Villiers Saint Denis ».
- Participation aux Assises de l'autonomie les 15, 16 et 22 mars, organisées par le conseil général de l'Aisne.
- Participation à la 5^e conférence régionale Resclan Champagne-Ardenne,

sur le thème « La dénutrition, un ennemi silencieux dans les pathologies chroniques », le 5 avril.

- Participation au forum Santé, Fère-en-Tardenois le 17 avril, organisé par l'Association de service à domicile (ADMR) de Fère-en-Tardenois.

Certification

Les experts-visiteurs de la Haute Autorité de santé ont audité l'établissement pendant quatre jours, début avril.

Pôles d'hospitalisation

Depuis le 1^{er} janvier 2012, le Dr Jean-François Bouteleux assume la chefferie du pôle vasculaire, diabétologie et appareillage.

Quant au pôle médecine physique et réadaptation, c'est dorénavant le Dr Tayeb Meslem qui en est le chef.

Animations à l'accueil de jour Alzheimer : chant, rencontre intergénérationnelle et créations

Depuis le début de l'année, de nombreuses animations ont été proposées aux résidents « mis à contribution » lors de ces différentes occasions.

Les résidents ont chanté avec la chorale des quatre vallées venue donner un récital. Une rencontre intergénérationnelle a eu lieu avec les enfants du centre de loisirs de la communauté de communes de Charly-sur-Marne. Enfin, les talents des résidents ont permis de réaliser des bouquets de fleurs mis en vente lors de la fête des grands-mères.

Stages sportifs au profit des patients

Des stages de ski et de chiens de traîneau ont été proposés aux patients des pôles vasculaire diabétologie appareillage et médecine physique et réadaptation (lire également article page 5).

Medaillés du travail

Cette année, la cérémonie des vœux des établissements de Villiers Saint Denis a été l'occasion de mettre à l'honneur les salariés. 30 salariés ont reçu leurs diplômes et médailles du travail.

Erratum

Le réseau de soins palliatifs Cécilia auquel adhère l'hôpital Villiers Saint Denis (cf. Regards n° 12, p. 31, décembre 2011) rend hommage au Dr Cicely Saunders, précurseur des soins palliatifs (a fondé le premier établissement hospitalier spécialisé, le Saint Christopher's Hospice de Londres) et non au Dr Cecilia Sepulveda, conseillère principale à l'Organisation mondiale de la santé sur les pratiques en soins palliatifs.



Faits marquants

Hôpital La Musse

Animations pour le pôle soins de suite polyvalents et gériatriques

Régulièrement, des animations ont lieu pour les patients accueillis dans les services de gériatrie, comme, ce printemps, la venue d'un groupe vocal humoristique, les Zacouphènes.

Journée thématique de printemps

La journée thématique de printemps organisée, chaque année, au pôle médecine physique et de réadaptation de la Musse, a réuni une centaine de professionnels venus d'horizons divers, personnel de l'établissement et collègues des structures hospitalières voisines. Thème abordé cette année: la pathologie de l'épaule: « diagnostic, stratégies médico-chirurgicales et rééducation ».

Demi-journée de printemps
sur le thème de l'épaule.

Contrat local d'amélioration des conditions de travail (Clact)

Un Clact a été lancé à l'hôpital La Musse en fin d'année dernière. Il comprend deux volets. Dans le cadre de la prévention des risques « troubles musculo-squelettiques » (TMS) et en vue de

diminuer le nombre des accidents du travail, des activités physiques utilisant l'infrastructure de La Musse (balnéothérapie, parc et activités physiques en salle) sont proposées et animées par les éducateurs sportifs et un kinésithérapeute de l'établissement. Le Clact prévoit également des vacances de psycho-



Prestation d'un groupe vocal en gériatrie.





Sybille Marion Dujardin, psychologue intervenant dans le cadre du Clact.

logues à destination des équipes qui en éprouveraient le besoin à raison d'une demi-journée par semaine. Une vacation supplémentaire de psychologue a été mise en place, à la mi-janvier. La nouvelle psychologue est à la disposition des équipes soignantes ou des salariés qui éprouveraient un besoin d'écoute et de soutien, pour des rencontres en groupe (dans les unités) ou de façon individuelle.

La mise en œuvre de ce Clact, suggérée par l'agence régionale de santé, bénéficie d'une aide financière accordée par cette dernière.

Nouveau médecin

Morgane Delescluze au pôle médecine physique et réadaptation.

Wifi

Depuis la fin de l'année dernière, l'hôpital La Musse s'est doté d'un réseau Wi-

Fi dont le but est double : faciliter le travail des équipes soignantes, notamment dans l'optique de la mise en œuvre du dossier patient informatisé (lire article page 4) et permettre aux patients, moyennant un droit d'accès de 20 euros, d'accéder à Internet pendant leur séjour. Des précautions ont été prises pour qu'il n'y ait pas d'interférence entre ces deux usages. Le personnel des accueils dans les pôles d'hospitalisation a reçu une petite formation concernant la gestion des droits. De son côté, le patient doit s'engager, lors de son hospitalisation, à faire d'Internet une utilisation conforme à la loi.

Médailleurs du travail

Chaque année, la cérémonie des vœux est, à l'hôpital La Musse, l'occasion de mettre à l'honneur les salariés pour leur fidélité. Cette année, quarante-deux salariés ont été cités.

Lors de la remise des médailles du travail.



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 hospitalière 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
Tél. : 03 23 70 74 11 - Fax: 03 23 70 74 52

Siège social :

14, boulevard Saint-Germain - 75005 PARIS

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

www.larenaissancesanitaire.fr

larenaissancesanitaire@lrs-fondation.net



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

La reconnaissance d'utilité publique habilite La Renaissance Sanitaire à recevoir :

- des dons et des legs en franchise de droits,
 - des dons partiellement déductibles de l'impôt sur le revenu,
- dans le cadre de la réglementation en vigueur.