

Le magazine
de La Renaissance Sanitaire

Regards

N°14 AVRIL 2013

Actualités

Enjeux

Compétences

Initiatives

Hôpital La Musse
Samsah
Institut de formation
en ergothérapie
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

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 Mutualité francilienne

Établissements de Villiers Saint Denis (02)



Directeur
Benoît FRASLIN



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

Établissements de La Musse (27)



Directeur
Catherine
PALLADITCHEFF



**Président
de la CME**
Dr Victor
LIVIOT

actualités

Ergothérapie

Un institut de formation à La Musse dès septembre p. 4

Affections du système nerveux

**Création d'une unité spécialisée
à hôpital Villiers Saint Denis** p. 6

enjeux

Risque d'amputation

La clé POD, clé de la prévention du pied diabétique? p. 10

Activité physique pour patients
porteurs de maladies chroniques

**Programme Passerelle: partenariat entre le réseau
de santé Adiammo et l'hôpital Villiers Saint Denis** p. 12

Nutrition

Dix mercredis pour « remettre son corps en marche » p. 14

compétences

Hôpital à temps partiel

**L'accueil des enfants et adolescents
à l'hôpital La Musse** p. 16

Prise en charge des patients amputés

Un partage d'expérience franco-tchèque p. 18

Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

Traitement par iloprost p. 19

Épaule douloureuse et simple:

savoir sortir des sentiers battus p. 22

initiatives

Déglutition

Vous avez dit dysphagie? p. 24

Culture à l'hôpital

La mémoire et La Musse p. 28

Récompenses pour les activités sportives

à l'hôpital Villiers Saint Denis

**Hôpital Expo 2012:
15^e trophée de l'innovation handicap MNH** p. 30

Festival international du film de vol libre:

coupe Icare 2012 p. 31

La maison des assistantes maternelles ouverte p. 32

Tai-chi et qi-gong à l'hôpital p. 33

Ensemble, améliorons la prise en charge en soins palliatifs

Grâce à votre générosité, cela est possible! p. 34

Faits marquants

Hôpital Villiers Saint Denis p. 35

Hôpital La Musse p. 37



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 2013.



Lors des cérémonies des vœux de début d'année, j'ai insisté sur l'espoir qu'avait La Renaissance Sanitaire de créer deux instituts de formation en kinésithérapie et ergothérapie, sur le site de l'hôpital La Musse, instituts les plus ouverts possibles s'agissant des filières d'accès des étudiants. Des formations, dans le cadre du dispositif de l'apprentissage, y seront notamment proposées.

Le conseil régional de Haute-Normandie vient d'autoriser cette implantation qui dynamisera – en partenariat avec le centre hospitalier universitaire de Rouen – la démographie de ces deux professions de santé, localement et au-delà.

La qualité du projet porté par l'hôpital La Musse, la ténacité de ses pilotes, une cohésion renforcée et l'expertise en soins de suite et de réadaptation des établissements sanitaires et médico-sociaux de La Renaissance Sanitaire ont certainement permis d'obtenir cette autorisation. Il faut s'en réjouir !

En ces temps difficiles, il importe en effet de ne pas céder au pessimisme. Certes les logiques financières sont de plus en plus rudes et incertaines. Elles impliquent notre plus grande vigilance. Mais, le danger serait de pratiquer le chacun pour soi, le déni et de compter sur une notoriété que d'aucuns peuvent penser inébranlable.

L'opportunité en revanche, c'est de faire ensemble ce qu'il n'est plus possible de faire seul. C'est également de réaffirmer tout à la fois notre attachement aux missions de service public et à l'esprit d'entreprise. C'est aussi de repenser nos modes de fonctionnement et de répartir différemment nos moyens. Ce sera surtout de compter sur et avec l'intelligence collective convaincue que les évolutions nécessaires ne sont pas obligatoirement des sources de déception.

Anticiper, oser, innover, tendre vers l'irréversibilité de l'action qui n'est jamais une fin, tels seront les enjeux pour regarder l'avenir avec confiance.

Didier Gaboriaud
Président de La Renaissance Sanitaire

Ergothérapie

Un institut de formation

**Attendu depuis de longs mois,
un institut de formation en ergothérapie ouvrira
en septembre prochain à l'hôpital La Musse.**

Il accueillera trente-cinq étudiants.

**Un institut de kinésithérapie ouvrira
quant à lui en septembre 2014.**

**Un nouveau bâtiment va être construit
pour recevoir les étudiants.**

En janvier, La Renaissance Sanitaire a obtenu le feu vert – et les précieux financements – de la région Haute-Normandie pour créer les deux instituts de formations en kinésithérapie et ergothérapie dans les cartons depuis longtemps. Si l'institut d'ergothérapie ouvrira bien le 2 septembre prochain, l'institut dédié aux futurs kinésithérapeutes n'ouvrira qu'en septembre 2014, les actuels étudiants en première année commune de médecine ayant été prévenus trop tardivement du changement.

Une séance d'ergothérapie



Repères démographiques

- En janvier 2012, l'observatoire régional de santé dénombrait 11,6 ergothérapeutes pour 100 000 habitants (un ratio déjà en deçà de ce qu'il devrait être). En Seine-Maritime, ils étaient 8,6 pour 100 000 habitants. Dans l'Eure, ils n'étaient plus que 6,4, toujours pour 100 000 habitants.
- En 2010, les kinésithérapeutes étaient 92 pour 100 000 habitants en France : soit près de 62 500 professionnels. Ils n'étaient plus que 65 en Haute-Normandie, soient près de 1 200 professionnels.

à La Musse dès septembre

Un nouveau bâtiment

Ce sont, en revanche, trente-cinq (au lieu de vingt) étudiants en ergothérapie qui seront attendus dès le 2 septembre prochain dans les locaux de La Musse. Ils seront accueillis dans des locaux provisoires en cours d'aménagement autour de la salle Breteau, au rez-de-chaussée du pavillon 3. La construction d'un bâtiment neuf, qui abritera salles de cours, bureaux et salles de travaux pratiques, démarrera à la fin de l'été à l'entrée du site hospitalier, sur la droite, entre le lieu de culte et le pavillon 4.

En cours d'aménagement également, quelques logements pour les étudiants qui n'auraient pas de solutions d'hébergement, souhaiteraient être accueillis sur place et pourraient alors bénéficier des installations existantes : équipements sportifs, parc de 55 hectares, tennis ou restaurant du personnel.

« Les études durent trois ans (ou six semestres) et comprennent cinq stages : un mois en première année et deux fois deux mois en deuxième et troisième années, explique Catherine Palladitcheff, directrice des établissements de La Musse, porteuse du projet. Un partenariat étroit sera mis en place avec l'université et le centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen. Elles seront payantes, mais nous avons pu compter sur une aide

importante de la région qui en diminuera sensiblement le coût. Il faudra compter 2 500 euros par an. »

Déficit de professionnels

C'est le déficit chronique en matière de professionnels de santé dans la région qui a incité notre établissement à se lancer dans l'aventure... « Les statistiques montrent que les jeunes formés dans une région y restent majoritairement. Or, dans l'Eure, nous manquons de kinés, y compris libéraux. Nous recrutons très régulièrement de jeunes Espagnols ou Portugais. Mais ils ne restent pas longtemps. Et les premiers ergothérapeutes, formés dans les années 70, vont bientôt partir en retraite. Ce sont des professions dites "en tension" », commente la directrice.

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Contact

Institut de formation en ergothérapie
La Musse (Ifelm)
Hôpital La Musse - BP 119
27180 Saint-Sébastien-de-Morsent
Tél. : 02 32 29 30 10 - E-mail :
secretariat.ifelm@hlrs-lamusse.net

Fonctionnement

- Les postulants « ergothérapeutes » devront s'inscrire (avant le 18 avril) à un concours qui aura lieu à Évreux (lieu à déterminer) le samedi 18 mai prochain dans l'après-midi (trois épreuves : biologie/physique, contraction de texte et test psychotechnique).
Frais d'inscriptions au concours : 150 €.
- Renseignements complémentaires et bulletins d'inscription au concours téléchargeables sur le site de La Renaissance Sanitaire : <http://www.larenaissancesanitaire.fr/>
- Dès 2014, vingt places en kinésithérapie seront accessibles à partir de la première année commune aux études de santé (PACES), ex-première année de médecine, en fonction du classement des étudiants.

Les formations sanitaires et sociales sous la responsabilité du conseil régional depuis 2004

La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a décentralisé au profit des régions un des rares pans de la formation professionnelle qui était restée jusqu'ici sous la responsabilité de l'État : les formations sanitaires et sociales.



Outre la délivrance des diplômes et la définition des contenus de formation, l'État conserve, pour certaines professions, la fixation du nombre d'étudiants admis à entreprendre des études, ainsi que la répartition de ces quotas entre régions en fonction des besoins de la population.

Ainsi, par arrêté ministériel du 10 avril 2012, le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'État de masseur kinésithérapeute, pour l'année scolaire 2012-2013, a été fixé à 65 en Haute-Normandie (au lieu de 40 auparavant).

Les régions ont, quant à elles, compétence notamment pour attribuer les aides aux étudiants, répartir les quotas et les capacités d'accueil entre les instituts régionaux de formation.

Le conseil régional de Haute-Normandie engage près de 450 millions d'euros chaque année pour la formation professionnelle, l'apprentissage et l'enseignement, c'est-à-dire plus de la moitié des dépenses de la collectivité.

Affections du système nerveux

Création d'une unité spécialisée à hôpital Villiers Saint Denis

Historiquement, le pôle médecine physique et réadaptation (MPR) de l'hôpital Villiers Saint Denis a toujours accueilli des patients atteints de pathologies du système nerveux, répartis dans l'ensemble des unités du pôle.

Singularisation d'une unité

Dans le cadre du projet d'établissement 2008-2012, le projet de regroupement de ces patients visait l'amélioration de leur prise en charge, en vue d'obtenir la reconnaissance de l'activité spécialisée.

L'unité a été créée le 12 novembre 2012, sous la responsabilité des docteurs Tayeb Meslem (médecin MPR – chef de pôle) et Mirela Florian (médecin MPR) et du cadre de santé, Anita Domine-Michel.

Les patients pris en charge sont atteints d'affections neurologiques telles que :

- accident vasculaire cérébral (AVC) ;
- maladie de Parkinson ;
- traumatisme crânien ;
- sclérose en plaques ;

- radiculonévrite (inflammation des racines des nerfs crâniens ou rachidiens) ;
- lésion médullaire (de la moelle épinière).

Prise en charge globale et pluridisciplinaire

La prise en charge globale a pour objectif d'œuvrer à la récupération des déficiences et incapacités, de travailler sur les compensations et à la mise en place d'aides techniques et humaines pour aider le patient à sa réinsertion sociale, et si nécessaire professionnelle, dans le cadre d'un projet thérapeutique à établir. La prise en charge pluridisciplinaire est un point fort de l'organisation de l'unité. Elle se compose de médecins MPR, cadre de santé, infirmières, aides-soignantes, agents de service hôtelier, kiné-

Une partie de l'équipe de l'unité de neurologie en réunion



sithérapeutes, ergothérapeutes, orthophoniste, enseignant en activité physique adaptée, psychologue, neuropsychologue, diététicien, service social, responsable médico-administrative chargée des admissions, secrétaire médicale.

Sur le plan des ressources humaines, il est à noter que quatre postes d'aides-soignants ont été créés, ainsi qu'un demi-poste de neuropsychologue et un demi-poste de diététicien.

Cette prise en charge pluridisciplinaire se retrouve tout au long du séjour hospitalier et commence en amont de l'admission, par la mise en place de cellule d'admission bihebdomadaire (regroupant la responsable des admissions, médecins et cadres de santé) au cours de laquelle les dossiers de demande d'admission, transmis, soit par télécopie, soit via le site internet « Trajectoire », sont étudiés. Lors de cette réunion, une date d'admission est proposée pour les dossiers acceptés, et les motifs de refus sont précisés pour les dossiers « récusés ».

Programme de soins de suite et de réadaptation adapté

Dès lors, le programme de soins et de rééducation débute. Une visite médicale hebdomadaire a lieu pour évaluer l'état clinique du patient, la prise en charge thérapeutique, la prise en charge de la douleur, de la fatigabilité et de la spasticité... Des staffs multidisciplinaires hebdomadaires sont mis en place permettant à chaque intervenant de transmettre et d'analyser l'évolution du patient en parallèle de ces diverses disciplines tout au long du séjour.

Enfin, des visites pluridisciplinaires, en présence du patient et de sa famille, sont organisées dans les premiers quinze jours suivant l'admission et autant de fois qu'il est nécessaire, permettant une évaluation régulière du



projet thérapeutique individualisé initié avec le patient et sa famille au moment de son admission.

La sortie du patient doit être préparée tôt, dès l'admission. Cette sortie est organisée en concertation avec le patient et sa famille selon le projet de vie défini. Le retour à domicile est privilégié. En fonction des déficiences et de l'environnement, les aides à domicile sont planifiées avec l'aide de l'ergothérapeute et le service social (aides humaines, adaptation du domicile par exemple...).

Le bilan socioprofessionnel doit être établi par le service social afin de faire bénéficier le patient de tous ses droits. Ce bilan social permet de définir les différents organismes auxquels il faudra faire appel : Caisse primaire d'assurance maladie, Maison départementale des personnes handicapées pour les patients de moins de 60 ans, Conseil général (allocation personnalisée d'autonomie pour les

plus âgés), sans oublier les structures de suivi et d'aide au domicile comme les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés par exemple. La rééducation peut être poursuivie en hospitalisation à temps partiel, l'unité ayant une capacité d'accueil de sept places avec une prise en charge, en deux ou trois fois par semaine, selon le projet élaboré lors de l'hospitalisation complète. À l'issue de l'hospitalisation complète ou de l'hospitalisation à temps partiel, une consultation en externe est organisée à distance de sa prise en charge.

De nouveaux locaux et des équipements de pointe

L'unité comporte 23 lits d'hospitalisation complète, répartis dans sept chambres individuelles et huit chambres doubles. De nouveaux espaces ont été créés :

- une salle de rencontre, espace réservé aux patients et à leurs familles ;



Dans les nouveaux locaux de l'unité, de gauche à droite : Anita Dominé-Michel, responsable soignante, le Dr Tayeb Meslem, Jessica Rol Milaguet, infirmière, et Armelle Christophe, secrétaire médicale

Le concept Bobath

Le Dr Karel Bobath - neurologue tchèque et son épouse Berta Bobath - physio thérapeute allemande, dès 1943, ont mis au point une méthode thérapeutique neuro-développementale qui permet d'évaluer et de traiter les troubles engendrés par une atteinte du système nerveux central. Il s'agit d'aider la personne à progresser dans son développement sensori-moteur (enfant), dans ses adaptations de postures et de mouvements (enfant/adultes) afin qu'elle réalise ses activités fonctionnelles et ludiques de la façon la plus normale possible.

Les principes de la méthode Bobath

- La vision globale de la personne : celle-ci est perçue dans sa globalité incluant ainsi son entourage et son environnement ; sa prise en charge doit être pluridisciplinaire et impliquer la famille qui doit avoir une part active dans le programme thérapeutique ;
- L'évaluation en tenant compte des étapes du développement normal : il est important de comprendre comment la personne réalise un mouvement et pourquoi elle le fait ainsi ;
- La facilitation neuromusculaire avec la participation active de la personne : le traitement est exclusivement manuel ; on ne s'intéresse pas à une articulation ou à un membre isolé, mais à un schéma de mouvements coordonnés aboutissant à une action volontaire ;
- La précocité de la prise en charge et l'intérêt pour l'avenir de la personne : l'examen doit permettre de voir ce que la personne est aujourd'hui et d'anticiper son devenir ;
- La répétition et l'automatisation : le thérapeute maintient le corps de la personne de façon précise aux points de contrôle afin que cette dernière réagisse activement par des mouvements adaptés ; ces expériences sensori-motrices sont répétées et intégrées dans les diverses activités de la vie quotidienne ; le contrôle et la stimulation sont progressivement diminués pour que la personne apprenne à se contrôler seule.

Ces expériences sensori-motrices sont répétées et intégrées dans les diverses activités de la vie quotidienne. Le contrôle et la stimulation sont progressivement diminués pour que la personne apprenne à se contrôler seule. Le traitement nécessite donc une participation active du sujet.

- une vaste salle de bain avec chariot bain-douche, fauteuil douche et espace pour l'apprentissage des auto-sondages ;
- une salle de réunion, permettant à l'équipe pluridisciplinaire d'organiser des staffs médico-sociaux, des ateliers thérapeutiques et d'y recevoir le patient et sa famille lors des visites pluridisciplinaires réalisées tout au long du séjour.

L'établissement a fait l'acquisition de lève-malades, d'un verticalisateur, de guidons de transferts, des brancard-douches, des draps de glisse, afin de faciliter la mobilisation des patients en préservant les personnels.

Un parc de fauteuils roulant de confort a été localisé dans cette unité.

Une plaquette d'information et de présentation de l'unité spécialisée des affections du système nerveux est mise à disposition des patients et/ou l'entourage, ainsi que des correspondants. D'autres plaquettes, spécifiques à chaque pathologie, sont en cours de création pour accompagner les patients et leurs proches dans une meilleure compréhension de la pathologie, de la rééducation et du devenir.

Plateau technique de rééducation MPR : des solutions adaptées aux pathologies neurologiques

Le plateau technique de rééducation, situé au sein du pôle MPR, est récent (janvier 2011). Il a été conçu de façon à regrouper l'ensemble des compétences sur deux niveaux à proximité de l'unité d'hospitalisation à temps partiel.

Des investissements ont été réalisés afin de proposer une prise en charge en accord avec les particularités des pathologies neurologiques tels que :

- deux salles équipées de plans « Bobath » du nom du concept éponyme créé par Karel et Berta Bobath (lire encadré p. 8) ;
- des barres parallèles avec harnais de maintien pour rééduquer la marche en toute sécurité ;
- un matériel d'isocinétisme permettant une évaluation précise des déficits musculaires et un contrôle quant à leur évolution ;
- une salle de sport pour les activités physiques adaptées ;
- un matériel de rééducation sensorimotrice ;
- un appartement thérapeutique permettant aux ergothérapeutes d'organiser des mises en situation de trois à cinq jours, avec en amont la réalisation des bilans écologiques.

Développement de compétences spécialisées

Un médecin a bénéficié d'une formation pour finaliser un diplôme universitaire d'urodynamique, obtenu avec succès. Depuis plusieurs années, les soignants du pôle MPR sont formés à la spécificité de la prise en charge des patients atteints des pathologies du système nerveux :

- 2011 : « soigner et accompagner dans une logique de rééducation, les personnes victimes d'AVC » ;

- 2012 : « accueillir en service de rééducation les personnes atteintes de sclérose en plaques » ;
- 2013 : « la place des infirmières et des aides-soignantes dans la prise en charge de rééducation des personnes hémiplegiques ».

Parallèlement, des formations sont organisées en intra-muros :

- la manutention et la prévention des troubles musculo-squelettiques ;
- les formations spécifiques à la prévention des troubles de déglutition (lire article pages 24-27) ;
- la formation à l'éducation thérapeutique du patient.

Réseaux et filières

La prise en charge du patient est organisée en lien avec un ensemble de structures et de professionnels.

En amont, interviennent :

- les services de réanimation et de neurologie des hôpitaux régionaux et loco-régionaux ;
- les neurologues ;
- les médecins de MPR ;
- les médecins traitants.

Il est possible de citer en particulier :

- le centre hospitalier de Meaux (2008) : convention orthopédie et pathologies neurologiques (unité neuro-vasculaire) ;
- le centre hospitalier universitaire de Reims (2008) : prise en charge des patients atteints d'AVC – SSR unité neuro-vasculaire.

En aval, le relais avec le réseau local doit être précis et complet, tous les intervenants devant disposer des données nécessaires : histoire du patient et projet de soins.

Le médecin traitant sera le référent. Il doit être associé précocement au projet thérapeutique.

Des intervenants soignants et rééducateurs exerçant notamment en cabinet en ville seront indispensables à la mise en

œuvre de la prise en charge ambulatoire : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues et psychiatres, centre médico-psychologique si besoin.

Les intervenants sociaux seront sollicités selon les besoins : aide ménagère, auxiliaire de vie, portage des repas à domicile, dispositif de télé alarme, assistante sociale. Les associations de personnes handicapées qui tiennent des permanences à la « Maison des usagers » de l'établissement sont aussi des interlocuteurs précieux pour les patients et leurs familles et d'autres si nécessaire. Il en est de même des organismes spécialisés dans l'aménagement du domicile ou la réinsertion professionnelle pour les sujets jeunes, des maisons départementales des personnes handicapées, des unités de soins de longue durée, des unités d'évaluation de réentraînement et d'orientation socioprofessionnelle...

À ce jour, l'unité de neurologie répond de manière satisfaisante du point de vue de la qualité des soins avec des équipes médicales, soignantes et multidisciplinaires adaptées aux exigences de prise en charge fixées par le décret et sa circulaire d'application de 2008.

Une évaluation à moyen terme permettra de mesurer l'adéquation entre les besoins des patients admis en court séjour et notre capacité d'accueil en SSR spécialisés, des indicateurs de qualité et de performance étant déjà en place en vue d'optimiser la prise en charge des usagers durant leur séjour au sein de cette nouvelle unité. ■

Odile Baudin
Anita Dominé-Michel
Dr Tayeb Meslem
Hôpital Villiers Saint Denis

Risque d'amputation

La clé POD, clé de la prévention du

Malgré les progrès de la médecine, le nombre d'amputations en France ne diminue pas, mais les raisons qui mènent à cette chirurgie changent.

Le diabète, avec certaines de ses complications, constitue désormais la première cause d'amputation.

Dès 1989, dans la déclaration de Saint-Vincent (lire encadré p. 11), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) expliquait qu'une prévention bien conduite pourrait éviter 50 % des amputations de membre inférieur chez les patients diabétiques. C'est cette même année que le diabète est reconnu comme une priorité de santé publique et que le ministère de la Santé met en place un programme d'actions de prévention et de prise en charge avec cinq priorités : la prévention, le dépistage, la qualité et l'organisation des soins, le suivi épidémiologique et l'éducation thérapeutique.

La France compte actuellement environ 3 millions de diabétiques dont 500 000 qui s'ignorent car non encore diagnostiqués. Ce nombre a quasiment doublé en dix ans. Si l'on recherche dans l'anamnèse des patients, on retrouve la présence d'une plaie qui n'a pas cicatrisé dans 85 % des cas. En effet, si une lésion apparaît dans un contexte diabétique où peuvent s'ajouter des facteurs de risques comme la neuropathie sensitive (absence partielle ou totale de sensibilité superficielle), la déformation du pied ou l'artériopathie, la guérison sera difficile à obtenir et la récurrence menacera.

Les pieds « à risques » peuvent être identifiés en amont, avant que la plaie ne dégénère (et que l'amputation ne menace), pour mettre en place une stratégie prophylactique.

En 2001, seuls 20 % des diabétiques ont bénéficié d'un dépistage. La publication de l'avis de la Haute Autorité de santé en 2007 a ouvert la voie au remboursement par l'Assurance maladie de séances de prévention et de soins chez

les patients diabétiques dont les pieds présentent des risques élevés de lésions ou de blessures.

Les conditions de prise en charge de ces soins sont strictement encadrées, aussi bien dans la définition des patients qui peuvent en bénéficier que pour les professionnels qui sont en droit de dispenser ces soins.

Pour identifier les patients qui peuvent bénéficier de ces soins, il faut se référer à la gradation du Groupe international de travail sur le pied diabétique :

- grade 0 : pas de neuropathie ;
- grade 1 : neuropathie sensitive isolée ;
- grade 2 : neuropathie sensitive associée à une artériopathie des membres inférieurs et/ou à une déformation du pied ;
- grade 3 : antécédent d'ulcération ou d'amputation.

Si un pied du patient est gradé 2, son médecin pourra lui prescrire quatre séances de soins et de prévention des lésions ; s'il est gradé 3, il pourra en bénéficier de 6. L'Assurance maladie pourra prendre en charge annuellement ces séances réalisées

Les chiffres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

- Plus de 374 millions de personnes sont diabétiques dans le monde.
- En 2004, le diabète a tué environ 3,4 millions de personnes
- Un décès sur 20 est imputable au diabète, soit 8 700 décès par jour et six décès par minute.
- Plus de 80 % des décès par diabète se produisent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.
- Dans les pays en développement, le nombre des diabétiques augmentera de 150 % ces 25 prochaines années.
- Selon les projections de l'OMS, le nombre de décès par diabète va doubler entre 2005 et 2030.

Sources :

Organisation mondiale de la santé (OMS) - www.who.int/fr/
Fédération internationale du diabète - www.idf.org/node/1236

Deux types de diabète

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

Le diabète de type 1 (précédemment connu sous le nom de diabète insulino-dépendant ou juvénile) est caractérisé par une production insuffisante d'insuline et exige une administration quotidienne de cette dernière. La cause de diabète de type 1 n'est pas connue et, en l'état des connaissances actuelles, il n'est pas évitable.

Le diabète de type 2 (précédemment appelé diabète non insulino-dépendant ou diabète de la maturité) résulte d'une mauvaise utilisation de l'insuline par l'organisme. Le diabète de type 2 représente 90 % des diabètes rencontrés dans le monde. Il est en grande partie le résultat d'une surcharge pondérale et de la sédentarité. Un régime alimentaire sain, une activité physique régulière, le maintien d'un poids normal et l'arrêt du tabac permettent de prévenir ou de retarder l'apparition du diabète de type 2.

pied diabétique ?

par un pédicure-podologue spécifiquement formé, au tarif de 27 euros. Cette cotation s'appelle la clé «POD».

Pour se former, le pédicure-podologue a plusieurs possibilités. Il peut :

- suivre une formation continue ;
- passer un diplôme universitaire (DU) « pied diabétique » ;
- attester de l'exercice dans le cadre d'un réseau de soins ;
- attester d'une formation qualifiante théorique et pratique d'au moins quatre jours.

Le pôle vasculaire diabétologie et appareillage de l'hôpital Villiers Saint Denis, s'inscrit dans cette démarche de formation en temps que terrain de stage. Nous recevons ainsi des professionnels de santé (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures-podologues...) depuis 2007 pour le DU pied diabétique organisé à l'hôpital de La Salpêtrière à Paris.

Depuis 2011, le Dr Fendri Sahla, diabétologue au CHU d'Amiens, a mis en place au niveau régional une formation qualifiante avec différents hôpitaux partenaires comme le CHU d'Amiens, les hôpitaux de Saint-Quentin, de Compiègne, d'Abbeville et de Villiers Saint Denis. C'est dans ce cadre que nous accueillons des pédicures-podologues de Picardie durant une journée.

Toutes les régions se sont ainsi organisées pour dispenser des formations.

La mise en place de la clé POD ouvre droit à une prise en charge à 100 % pour les patients qui sont en affection de longue durée et à 60 % pour les autres. Même s'il est trop tôt pour tirer des conclusions, certaines tendances se dessinent. Une partie de la population qui dispose de moyens financiers limités peut avoir accès à ces soins. Les professionnels formés sont de plus en plus nombreux et les médecins sont mieux

informés de l'existence de cette possibilité de prescription. Le nombre de patients qui en bénéficient croît donc naturellement.

Par un maillage du territoire, les pédicures-podologues formés permettent un accès à des soins de qualité et de proximité. La clé POD est donc probablement une des clés qui va permettre d'améliorer la prévention des pieds diabétiques à risques. ■

Philippe Talbot

Centre d'appareillage de Villiers Saint Denis



La déclaration de Saint-Vincent

Le diabète a été reconnu, au plus haut niveau international, comme étant une menace grave pour la santé et le développement économique.

En 1989, la 42^e Assemblée mondiale de la santé a lancé un appel à l'action mondiale sur la prévention et le contrôle du diabète par le biais de la résolution WHA42.36 et cinq déclarations régionales ont ainsi été adoptées.

La déclaration de Saint-Vincent (du nom du petit village italien du Val d'Aoste où s'est tenue la première réunion de travail OMS/Fédération internationale du diabète [FID - regroupant les associations de diabétiques de chaque pays]), au niveau européen, a apporté des avancées incommensurables au niveau mondial en amenant le leadership, l'inspiration, la motivation et un modèle en matière de plaidoyer et d'action contre le diabète, lequel a eu une influence dans le monde entier.

Quel est le contenu de la déclaration ? Il s'agit avant tout de la définition d'objectifs concrets visant à prévenir les complications du diabète, c'est-à-dire d'en diminuer l'incidence. Ainsi peut-on citer la volonté de diminuer de moitié ou d'un tiers l'incidence des rétinopathies, des néphropathies, des amputations, des accidents cardio-vasculaires, des accidents foeto-maternels et néonataux.

Il s'agit aussi de mettre en place les moyens techniques d'atteindre ces objectifs et parmi ceux-ci d'obtenir un accord sur le minimum des structures, des personnels et des méthodes de soins et d'éducation auxquels ont droit les diabétiques.

Il s'agit enfin de défendre, lorsqu'ils existent, voire de promouvoir dans le cas contraire, les droits sociaux et économiques des diabétiques. Ainsi, les conditions d'accès et le remboursement des soins, les règles d'obtention du permis de conduire, l'accès équitable aux assurances privées font partie des objectifs de la déclaration de Saint-Vincent.

Vingt-deux États européens ont signé cette déclaration.

La déclaration de Saint-Vincent a été suivie par quatre déclarations régionales : la déclaration des Amériques en 1994, la déclaration du Pacifique occidental en 2000, la déclaration de l'Afrique sub-saharienne en 2006 et la déclaration de Katmandou en 2008.

Activité physique pour patients

Programme Passerelle

Partenariat entre le réseau de santé

L'arrêt de l'activité professionnelle, la maladie et son évolution, le manque de temps et parfois le simple manque d'habitude entraînent souvent l'arrêt partiel ou total de toute activité physique. À long terme, ce manque d'activité fait entrer les personnes dans le cercle vicieux du déconditionnement physique.

Depuis mai 2012, l'hôpital Villiers Saint Denis s'est engagé au côté de l'Association diabète et maladies métaboliques de l'Omois (Adiammo) et de l'Association française des diabétiques du sud de l'Aisne (AFD) pour mettre en place un programme passerelle à raison de quatre sessions de huit semaines par an.

L'objectif de ce programme est de redonner le goût et l'envie de pratiquer des activités physiques à des personnes sédentaires atteintes de pathologies chroniques. Pour ce faire, sont utilisées des activités simples, reproductibles et adaptées à chacun.

La prise en charge à l'hôpital Villiers Saint Denis se compose de huit séances consé-

cutives à raison d'une séance par semaine. La 1^{re} et la 8^e semaine sont consacrées à la réalisation de tests afin d'évaluer les capacités de départ et les progrès. Les séances sont prévues pour 12 patients ayant une pathologie identique.

Les activités, encadrées par un éducateur physique et sportif en activités physiques adaptées (EPS-A), sont organisées de façon à établir un schéma de pratique sain et reproductible.

Les séances commencent donc par un échauffement et se terminent par un temps d'étirement, réalisés de manière collective, permettant ainsi d'établir des liens et de maintenir un effet groupe important pour assurer l'assiduité à un tel programme.



porteurs de maladies chroniques

Adiammo et l'hôpital Villiers Saint Denis

Le cœur des séances comprend, quant à lui, une phase de rééducation cardio-respiratoire sur ergomètre (vélo, vélo assis, stepper et/ou ergomètre à bras) et une phase plus technique sous forme soit d'un circuit training et d'un parcours psychomoteur, soit d'une séance d'activités physiques adaptées (tennis de table, tir à l'arc, badminton...).

Les circuits et les parcours doivent permettre aux personnes de retrouver confiance en elles, en leur corps et de travailler certains déficits spécifiques tels que le manque d'équilibre. Les activités physiques adaptées (APA) apportent le côté ludique et l'aspect pratique pour la continuité des activités dans la vie de tous les jours.

L'Adiammo a reçu de l'agence régionale de santé (ARS), des fonds qui, même s'ils restent insuffisants actuellement, lui permettent d'organiser ces activités. Jusqu'au mois d'avril 2013, l'hôpital Villiers Saint Denis organisera 3 séries de séances, chacune de 8 semaines. Le nombre de séances passera ensuite à 4 par an.

Ces séances ne doivent être vues que

comme une évaluation, puis une remise en route du corps dans des activités oubliées ou méconnues. Même s'il n'y a, théoriquement, pas de « redoublement » possible, il s'agit de montrer aux personnes concernées, qui ont des pathologies chroniques (diabète, obésité...), que l'activité physique peut leur apporter un bien-être certain et leur ouvrir de nouvelles portes.

L'Adiammo prévoit l'intervention d'un psychologue afin de renforcer le message. Afin de pérenniser la pratique et conformément aux objectifs de l'Adiammo, suite à ces 8 séances, des coordonnées de clubs ou d'associations sportives adaptés au sport-santé, sont proposées aux patients afin que ceux-ci fassent perdurer, pour le reste de l'année (... et plus), les bénéfices qui commencent « à poindre ».

« C'est en préparant bien son jardin, que l'on récolte le mieux » et les EPS-A seront d'excellents jardiniers... ».

Philippe Bazin, Stéphanie Gourdet,
Thierry Guéna, Frédéric Lamandé
et Nathalie Sandron-Vandelloise
Hôpital Villiers Saint Denis

Adiammo

L'Association diabète et maladies métaboliques de l'Omois est un réseau de santé situé dans l'Omois (arrondissement de Château-Thierry dans le département de l'Aisne) qui assure le suivi et l'éducation des patients diabétiques, en collaboration étroite avec le médecin traitant.

Son objectif est d'améliorer la qualité des soins et de diminuer les complications liées au diabète dans l'Omois par l'éducation thérapeutique des patients, la coordination des soins et la formation des soignants.

www.adiammo.org

AFD

L'Association française des diabétiques du sud de l'Aisne créée en novembre 2004, « ni pour ni contre, seulement bien vivre avec le diabète », est une association de patients dont le but est l'amélioration de la qualité de vie des personnes diabétiques.

AFD - 23, rue de la Clé-des-Champs - 02400 Château-Thierry
Tél. : 03 23 69 12 85 - Email : afdsudaisne@sfr.fr

Nutrition

Dix mercredis pour « remettre son corps en

Trois sessions sont organisées chaque année en hospitalisation à temps partiel à destination des ados en surpoids.

« Si tu as entre 9 et 15 ans et des problèmes de poids, il existe à l'hôpital La Musse une prise en charge pluridisciplinaire où tu pourras pratiquer des activités physiques... Obtenir des conseils diététiques... Voir éventuellement un psychologue... »

Cette petite affiche, déposée dans quelques endroits stratégiques et distribuée aux infirmières scolaires de la région, résume le programme mis en œuvre à l'hôpital La Musse depuis quelques années, destiné aux ados et préados en surpoids : « Apprendre à mieux manger, remettre son corps en marche ». « Le programme se décompose en dix séances, organisées le mercredi après-midi (hors vacances scolaires), précédées d'une journée de préadmission et d'une rencontre entre enfants, parents et

équipe, la veille du démarrage des sessions », explique le Dr Alexandra Esprit, médecin du service de nutrition de l'hôpital La Musse, titulaire d'un diplôme universitaire sur la prise en charge de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent, obtenu en 2008 à l'hôpital Trousseau, auprès du Pr Tounian ⁽¹⁾. « Avant toute chose, je vois les enfants en consultation avec les parents. Ils me sont adressés la plupart du temps par les infirmières scolaires ou par les médecins généralistes. Je vérifie qu'il s'agit d'une vraie obésité de grade 1 minimum. Certains parents se focalisent en effet sur le poids de leurs enfants, alors qu'une prise en charge ne s'avère pas toujours nécessaire. Il est important également de ne pas avoir un discours culpabilisant ou stigmatisant. Et, s'il faut agir, autant le faire le plus vite possible car, plus une obésité apparaît précocement, plus elle a de risques de persister à l'âge adulte. »

Programme sur mesure

Le programme, spécialement conçu pour les ados, débute par la journée de

préadmission. Chaque jeune rencontre l'infirmière (un bilan sanguin est réalisé), la diététicienne, la psychologue ou la psychomotricienne ⁽²⁾. « Les enfants voient la psychologue s'il s'avère que la prise de poids a été déclenchée par un choc affectif : divorce, deuil, séparation... La psychomotricienne, si le contexte est plutôt génétique avec un retard psychomoteur observé. »

Le mardi soir qui précède la première séance, parents et enfants sont conviés à une réunion avec l'ensemble de l'équipe. « Nous expliquons le déroulé du programme. Les enfants se présentent également et posent leurs questions. Nous faisons visiter les installations : salle d'activité, gymnase, cuisine et piscine. Pour chaque session, nous formons des groupes composés de six à huit enfants. C'est un chiffre suffisant pour obtenir une dynamique de groupe, mais qui nous permet de rester attentifs à chacun. Nous veillons également à alterner les groupes homogènes en fonction des tranches d'âge : à l'automne dernier, nous recevions un groupe de 13/15 ans. En janvier, ce furent des 9/12 ans. En avril, de nouveau des 13/15 ans, etc. »

Les dix séances du mercredi après-midi se composent toutes d'une partie activités psychomotrices ou physiques en salle ou en piscine : « Les jeunes apprennent, toujours sous forme ludique, à accepter leur corps et améliorer leur estime de soi. C'est ce que l'on cherche avant tout, et non la performance physique. » Une seconde partie est consacrée, soit à une promenade didactique dans le parc de l'hôpital La Musse (l'occasion d'échanger sur le ressenti des enfants : ils peuvent s'exprimer librement et se rendre compte que la marche n'est pas si ennuyeuse), soit à un atelier diététique (différents thèmes abordés sous l'angle ludique avec, par exemple,

Trois jeunes en atelier avec la diététicienne.



Consultation
nutrition des enfants :
Dr Alexandra Esprit,
tous les jeudis
de 16 h à 18 h.
Tél. : 02 32 29 31 28

marche»

des dégustations à l'aveugle, le goûter, les fruits et légumes, le goût, une rencontre avec les parents au milieu du programme), soit à une rencontre avec l'ergothérapeute (qui aborde les problèmes de port de charge comme les cartables, les problèmes de dos, la position dans le lit, etc.).

Pas de « régime »

À l'hôpital La Musse, on ne parle pas de « régime », mais d'équilibre alimentaire. Les actions sont mises en place les unes après les autres, progressivement, un objectif à la fois, pour éviter toute frustration : « On leur demande, par exemple, dans un premier temps, de supprimer les sodas ou le grignotage entre les repas, puis d'équilibrer leur goûter, de prendre un vrai petit déjeuner, de surveiller les quantités, etc. »

La dernière séance s'achève par un bilan parents/équipe/enfants. Comme le recommande la Haute Autorité de santé (HAS), la prise en charge du surpoids laisse une place importante à l'éducation thérapeutique. La plupart ont soit stabilisé leur poids, soit perdu du poids durant les trois mois et demi du programme. L'enfant et sa famille devront, ensuite, devenir les propres acteurs de la stabilisation du poids. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Notes

- (1) Le Dr Patrick Tounian est l'auteur, avec la journaliste Fabiola Flex, du livre *L'Alimentaire de vos enfants - Enquête sur le marketing et les idées reçues*, aux éditions Denoël.
- (2) L'équipe complète est constituée, autour du Dr Esprit, de Valérie Martin (cadre de santé), Deborah Van Den Broeck (infirmière), Marie-Pierre Girault (diététicienne), Sophie Collier (ergothérapeute) et d'une psychomotricienne.



Le Dr Alexandra Esprit et son équipe au moment de la rencontre initiale avec les familles

Guide nutrition des enfants et des ados pour tous les parents

Le programme mis en œuvre par les diététiciennes de l'hôpital La Musse suit les recommandations du programme national Nutrition Santé (PNNS), élaboré par le ministère de la Santé, l'Assurance maladie, l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

Le petit fascicule est distribué à chaque famille. Concret et pragmatique, il se décompose en quatre chapitres abordant toutes les tranches d'âge de l'enfance. Les experts et spécialistes y répondent simplement aux questions qui se posent dans bon nombre de familles :

- « Comment organiser les repas de la journée ? »
- « Faut-il laisser mon enfant manger ce qu'il veut ? »
- « Mon enfant n'aime pas les légumes : que puis-je faire ? »
- « Mon ado a décidé de ne plus manger de viande. »
- « Ma fille se trouve trop grosse »...

Plus d'information sur le site : www.mangerbouger.fr

Stabilisation de l'obésité infantile

L'obésité et le surpoids concernent 15,6 % des enfants (statistiques 2011) contre 18,1 % en 2000. Le chiffre semble se stabiliser en France, voire reculer, même si des disparités sociales et régionales persistent. Ainsi, le niveau d'obésité est plus élevé dans les familles d'origine modeste et dans les régions proches de la Méditerranée, dans le nord et l'est de la France.

Les causes de l'obésité sont diverses : facteurs biologiques, comportementaux et environnementaux (offre alimentaire pléthorique et déséquilibrée, activité physique insuffisante voire inexistante, temps passé devant un écran, marketing alimentaire...) interagissent pour favoriser la survenue de l'obésité chez l'enfant.

En nutrition adultes, création de l'hôpital semaine

Le service de nutrition dédié aux patients adultes en surpoids se répartit entre deux unités de 22 lits chacune, placées sous la responsabilité du Dr Patricia Doublet-Lamour, médecin chef de service au sein du pôle soins de suite spécialisés. Les patients y sont accueillis en séjours de cinq semaines pour une prise en charge pluridisciplinaire destinée à combattre une surcharge pondérale sévère, devenue dangereuse pour leur santé. Les personnes souffrant d'obésité développent souvent des pathologies associées qu'il convient de traiter parallèlement : diabète, maladies cardio-vasculaires, hypertension, apnées du sommeil...

Depuis le mois de mars dernier, l'une des unités propose la prise en charge en « hôpital semaine ».

« Ce type d'accueil s'adresse à nos patients relativement autonomes et disposant d'un moyen de transport leur permettant de rentrer chez eux le week-end, explique le Dr Doublet-Lamour. C'est un système qui permet une meilleure organisation du service, mais qui a aussi pour but de favoriser l'autonomie des patients, de les rendre responsables de leur traitement et acteurs de la prise en charge de leur pathologie. »

S'il est encore un peu tôt pour avoir du recul sur ce nouveau dispositif, l'hôpital semaine s'accompagne de changements déjà mis en place (relaxation et travail sur l'image du corps avec la psychomotricienne, sophrologie avec une infirmière récemment diplômée) et de changements à venir, comme la mise en place d'un meilleur suivi des patients dans les mois qui suivent leur sortie de l'établissement.

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Hôpital à temps partiel L'accueil des enfants et à l'hôpital La Musse

Depuis quelques années, enfants et adolescents sont accueillis à l'hôpital La Musse en hospitalisation complète. La grande majorité des mineurs sont cependant reçus en hospitalisation à temps partiel.

Enfants et adolescents sont régulièrement accueillis en HTP (hospitalisation à temps partiel, ex-hôpital de jour, HDJ) à l'hôpital La Musse, au sein du pôle médecine physique et de réadaptation. De onze la pre-

mière année, en 2009, le chiffre des enfants reçus par les équipes soignantes n'a cessé d'augmenter. La file active comprend actuellement plus de cinquante patients.

« Les jeunes nous sont adressés par les médecins scolaires, les neuropédiatres rouennais ou par l'antenne d'Évreux du centre de référence des troubles de l'apprentissage, commentent deux des intervenantes en HTP : Florence Duprey (ergothérapeute) et Anne-Laure Pointet-Paloc (neuropsychologue). Plus les enfants sont vus rapidement, mieux c'est. Mais généralement, c'est au moment des dernières années du primaire ou du collège que nous les rencontrons pour la première fois, alors que leurs difficultés ont généralement émergé dès la grande section de maternelle ou à l'entrée du cours préparatoire. » Les enfants sont d'abord vus par le médecin rééducateur, le Dr Victor Liviot, puis par les équipes, pour une évaluation globale et pluridisciplinaire.

Quelles pathologies ?

Les enfants reçus à l'hôpital La Musse présentent des troubles d'apprentissages (dysphasie, dyspraxie, dyscalculie, dysorthographe...), des troubles du comportement, des troubles des fonctions supérieures, de la mémoire, des fonctions exécutives ou de l'attention. À l'issue de la consultation avec le médecin, les enfants et leur famille sont reçus par Florence Duprey, ergothérapeute qui évalue le parcours de l'enfant, les difficultés rencontrées à l'école, dans la famille, son parcours médical... Le médecin propose, en fonction des réponses, des bilans neuropsychologique, psychologique, psychomoteur, d'ergothérapie ou oriente vers un orthophoniste.

Quelle prise en charge ?

Au terme des évaluations, une synthèse générale est faite qui va permettre de déterminer quelle prise en charge ou quelle orientation proposer au jeune patient. La décision se fait toujours en lien avec la famille, l'enfant, les éducateurs ou le milieu scolaire.

Il peut s'agir :

- d'un aménagement à réaliser en milieu scolaire (PAI : projet d'accompagnement individualisé) ;
 - de l'acquisition d'un ordinateur ;
 - de l'aide d'un assistant de vie scolaire.
- Dans d'autres cas, on pourra proposer un redoublement, un accueil en institut médico-éducatif (IME) ou dans une classe spécialisée. Lorsqu'un accompagnement est nécessaire, on pourra également faire appel à des partenaires comme les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile. Les décisions sont prises en accord avec la maison départementale des personnes handicapées qui reste un passage obligé et permet de financer certaines mesures.

Une réunion de synthèse avec les parents d'un adolescent pris en charge. De gauche à droite : Florence Duprey, Dr Victor Liviot et Anne-Laure Pointet-Paloc.



Le Dr Victor Liviot en entretien
avec une famille

adolescents

Hospitalisation à temps partiel (HTP)

Lorsqu'il s'avère qu'une prise en charge en rééducation réadaptation peut être bénéfique, les enfants sont accueillis en HTP le mercredi après-midi, généralement par deux professionnels en fonction des besoins mis en évidence : psychologue, ergothérapeute, neuropsychologue, psychomotricienne... Il est également possible de prévoir une prise en charge en kinésithérapie pour les enfants souffrant d'une déficience motrice.

La prise en charge peut durer de quelques semaines (apprentissage de la maîtrise d'un ordinateur avec l'ergothérapeute) à une année, pour les pathologies neurologiques ou les troubles d'apprentissage. « Globalement, une évaluation débouche toujours sur quelque chose de positif pour l'enfant et sa famille, assurent Florence Duprey et Anne-Laure Pointet-Paloc. Les troubles étaient jusque-là méconnus, mal interprétés ou sous-estimés, les enfants parfois incompris dans le système scolaire classique ou au sein de leur fratrie et de leur famille. Notre intervention permet de mettre des mots sur les difficultés identifiées. C'est un grand plus pour tout le

monde, à commencer, bien sûr, par l'enfant, qui en retire toujours un bénéfice. C'est, de toute façon, une prise en charge qui demande beaucoup de temps car elle inclut un travail important avec la famille et les professionnels qui côtoient l'enfant (professeurs, éducateurs...). Les évaluations sont très complètes et nécessitent de nombreux échanges entre les intervenants. »

À noter qu'au pôle de soins de suite spécialisés de l'hôpital La Musse, enfants et adolescents en surpoids sont accueillis les mercredis après-midi par une équipe pluridisciplinaire qui leur apprend à se réconcilier avec leur corps et à apprendre à se nourrir de façon équilibrée (lire l'article pages 14-15). ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Hospitalisation en soins de suite et de réadaptation pédiatriques

Les enfants (à partir de 6 ans) peuvent être accueillis en soins de suite et de réadaptation en hospitalisation complète. Ils sont alors reçus au sein de l'unité 1 du pôle de médecine physique et de réadaptation, la seule unité sécurisée. Deux à trois enfants sont hospitalisés chaque année dans nos murs en traumatologie, orthopédie, suites de chirurgie sur des enfants infirmes moteurs cérébraux. Plus rarement en neurologie. La prise en charge et les soins sont adaptés aux jeunes qui doivent, notamment, être accompagnés d'un adulte lors des transferts. Les services soignants sont tout particulièrement vigilants lorsqu'ils reçoivent un enfant et restent attentifs à l'accompagnement des jeunes malades, de jour comme de nuit.

Des interventions spécifiques sont également mises en place : accompagnement scolaire (organisation des examens le cas échéant), animations proposées par des clowns.



Les « dys » ou troubles de l'apprentissage

Le préfixe « dys » désigne les difficultés de mise en place et de fonctionnement :

- « dysphasie » s'applique au langage ;
- « dyslexie » s'applique à la lecture ;
- « dysgraphie » s'applique à l'écriture et au dessin ;
- « dyspraxie » s'applique au geste ;
- « dyscalculie » s'applique au calcul ;
- « dysorthographe » s'applique à l'orthographe.

Avec la psychomotricienne



Prise en charge des patients amputés

Un partage d'expérience franco-tchèque

Pour la deuxième fois, l'hôpital et le centre d'appareillage de Villiers Saint Denis ont reçu une demande émanant de chirurgiens et d'orthoprothésistes tchèques pour venir visiter notre établissement. En provenance d'Ostrava, au nord-est du pays, nos visiteurs exercent à l'hôpital universitaire de la ville ou dans le secteur libéral. Leur souhait initial était de connaître le parcours du patient en France depuis son amputation jusqu'à la sortie de l'hôpital avec une prothèse « définitive ».

C'est un fournisseur commun de matériel pour prothèses et orthèses qui a été sollicité pour servir d'intermédiaire dans l'organisation de la rencontre qui a eu lieu en 2012. D'autres chirurgiens tchèques avaient déjà effectué une première visite en 2004.

Leur choix s'est porté sur les établissements de Villiers Saint Denis parce que nous prenons en charge un grand nombre d'amputés de tous niveaux, parce que nous les acceptons très peu de temps après l'amputation et parce que nous

assurons un suivi qui comprend le retour à domicile et l'appareillage qui y est lié. En venant dans notre établissement, nos interlocuteurs étaient certains de trouver un large panel de techniques opératoires d'amputations et de prothèses. Ils cherchaient également à échanger avec différents intervenants médicaux et paramédicaux pour confronter les approches. L'accueil des visiteurs s'est accompagné d'une présentation des activités des établissements en général, puis du pôle vasculaire - diabétologie - appareillage de l'hôpital et du centre d'appareillage en particulier.

Pour le petit groupe, la matinée a consisté à visiter une infirmerie (ou salle de soins) et des chambres d'hospitalisation où il a assisté à des soins locaux pour des moignons à différents stades de cicatrisation, ayant bénéficié de sutures ou ayant été laissés ouverts. Les échanges ont été intenses à propos des protocoles de pansements. Les chirurgiens ont posé de nombreuses questions sur les produits utilisés et les techniques de détersion. Autour du repas, le débat s'est élargi à une présentation des deux systèmes de santé de chaque pays, à la formation des professionnels de santé, au mode de fonctionnement des systèmes hospitaliers, aux droits des patients concernant les prises en charge par les caisses de leur appareillage...

L'après-midi a été consacrée à la visite du centre d'appareillage. L'appareillage provisoire, par sa précocité et sa conception, a suscité de nombreuses questions. La rencontre avec des patients utilisateurs de ce type de prothèses a permis d'apprécier les résultats fonctionnels. Des prothèses bénéficiant des dernières technologies ont ensuite été présentées. Enfin, l'efficacité des orthèses de décharge partielle ou totale a été expliquée.

À l'issue de cette rencontre, il nous a semblé très intéressant de savoir ce qui avait marqué nos visiteurs; en voici quelques éléments:

- la variété des techniques et des niveaux d'amputation;
 - l'importance donnée aux soins locaux particulièrement individualisés;
 - la précocité de l'appareillage et tous les bénéfices qu'en retire le patient;
 - la richesse du plateau technique avec tous ses intervenants;
 - l'intérêt indiscutable de disposer du centre d'appareillage sur place;
 - une vision à moyen et long termes où l'équipe pluridisciplinaire se place très tôt dans une optique de réadaptation pour préparer le plus en amont possible le retour du patient à domicile.
- Finalement, leur attention a été attirée, en premier lieu, par ce qui différencie leur prise en charge de la nôtre et, en second lieu, par les points forts qui caractérisent notre établissement.

Les thèmes à aborder étaient nombreux, la journée s'est donc trouvée bien courte. Au vu des retours que nous avons eus, nos visiteurs ont été très satisfaits de leur visite.

Pour joindre l'utile à l'agréable, ils ont profité de leur venue en France pour passer la soirée dans la capitale... ■

Philippe Talbot
Centre d'appareillage de Villiers Saint Denis



Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

Traitement par iloprost

Fort d'une expérience de plus de 25 ans et d'une étude réalisée sur plus de 400 patients, le service de médecine et réadaptation vasculaire de l'hôpital La Musse prouve au quotidien tout l'intérêt du traitement par iloprost dans les formes sévères d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, permettant d'éviter l'amputation chez une majorité de patients.

L'iloprost est la copie synthétique d'une hormone naturelle, la prostacycline ou PgI₂, normalement sécrétée par l'endothélium de la paroi artérielle. Son mode d'action est complexe, en particulier vasodilatateur et anti-agrégant. Sa sécrétion est fortement diminuée ou abolie dans les formes sévères d'artérite des membres inférieurs au stade d'ischémie permanente.

Il est donc apparu légitime dans un but thérapeutique de compenser ce déficit par un apport médicamenteux. La molécule originale a été légèrement modifiée pour obtenir une demi-vie prolongée de 30 minutes (au lieu de 3 min dans l'organisme), afin de permettre son utilisation en thérapeutique. L'iloprost, seul prostanoïde de synthèse disponible en France (Ilomédine® Lab Bayer Pharma Schering) est le premier analogue stable de la PgI₂, synthétisé en 1978 sous forme injectable, avec les mêmes propriétés que celles de traitement par la prostacycline. Un traitement par iloprost peut donc être vu comme une hormonothérapie ou une chimiothérapie, indiqué dans les formes sévères d'artérite sans possibilité de revascularisation.

L'ischémie chronique sévère (ICS) ou ischémie critique

Une description physiopathologique éclaire l'intérêt potentiel des prosta-

noïdes. En effet, à un stade évolué de l'artériopathie oblitérante, quelle qu'en soit l'étiologie, le défaut d'apport sanguin (ou ischémie) est permanent, même au repos. Les rétrécissements ou occlusions des artères principales se compliquent alors d'une véritable maladie microcirculatoire qui regroupe un ensemble de dysfonctionnements sévères de la circulation artériolo-capillaire et d'un déficit en prostacycline : chute des vitesses et pressions circulatoires, stase sanguine à l'origine de formation d'agrégats (micro-caillots) de plaquettes et de globules blancs et rouges, qui vont obstruer les capillaires, aggravant encore plus les troubles circulatoires.

Par réaction, les capillaires sont dilatés au maximum et perdent leurs propriétés vasomotrices (vasoplégie), ce qui accentue la stase sanguine et entretient un cercle infernal. Le tableau clinique ⁽¹⁾ associe des douleurs de repos entravant le sommeil, des signes d'hypovascularisation du membre avec refroidissement et pâleur cutanés, et éventuellement des ulcères sans tendance spontanée à la cicatrisation. L'oxymétrie transcutanée (TcPO₂) est en règle abaissée à moins de 35 mmHg, voire effondrée à moins de 10 mmHg, traduisant la sévérité de l'ischémie. Il s'agit d'une situation grave comportant un haut risque d'amputation dans les 6 mois (état d'ischémie critique), et appelant une revascularisation soit endovasculaire (angioplastie) soit chirurgicale (pontage). L'impossibilité technique ou anatomique d'une telle revascularisation représente l'indication de base du traitement par iloprost qui, compte tenu de ses points d'impact (puissant vasodilatateur, inhibiteur de l'activation plaquettaire, protection cellulaire anti-ischémique et métabolique), apparaît comme la réponse thérapeutique légitime.

Protocole de traitement et variantes

L'iloprost est administré en perfusion intraveineuse de 6 heures par jour pendant 28 jours, à un débit de 0,5 à 2 ng/kg/mn selon la tolérance du patient. Nous préférons la dilution d'une ampoule d'iloprost dans un flacon de 250 ml de soluté physiologique ou glucosé isotonique, le débit étant régulé par un perfuseur mécanique, plutôt que par l'intermédiaire d'une seringue électrique de 50 ml. Le patient est ainsi plus mobilisable, notamment pour la kinésithérapie, et la dilution plus élevée limite les incidents éventuels liés à une concentration trop élevée, source potentielle d'hypotension par vasodilatation. Différents essais ont montré que d'autres protocoles étaient envisageables dans le triple but de faciliter l'acceptabilité du traitement, de diminuer les effets secondaires et de réduire la durée des cures dans un souci d'économie : perfusions de courte durée, protocoles discontinus ou intermittents, en ambulatoire voire à domicile. Ces variantes sont à adapter en fonction de la sévérité des malades considérés.

Au contraire, dans notre service de médecine vasculaire à l'hôpital La Musse, en raison de la sévérité des patients qui nous sont confiés, nous avons fréquemment été amenés à pratiquer des cures prolongées sur 6 ou 8 semaines, voire de répéter les cures chez un même malade jusqu'à obtention d'un résultat stable. Ce traitement doit impérativement être complété par un réentraînement physique quotidien, associant travail musculaire analytique et/ou réentraînement à la marche, des soins locaux relevant d'un protocole de cicatrisation dirigée, ainsi que la correction des anomalies nutritionnelles, métaboliques et viscérales. Ces



Le Dr Sylvain Duthois auprès d'un patient traité par iloprost

contraintes techniques, la complexité et la durée du traitement légitiment totalement la prise en charge dans un secteur comme le nôtre, au sein d'un centre de soins de suite et réadaptation, tant pour des raisons médicales qu'économiques.

25 ans d'expérience de l'iloprost à l'hôpital La Musse : résultats d'une série continue de 433 patients

Notre expérience du produit remonte à plus de 25 ans, en participant à la phase 4 des essais thérapeutiques. Nous l'avons utilisé dès sa commercialisation et avons développé son usage pour en faire une des orientations spécifiques du service.

L'analyse des résultats obtenus avec nos 90 premiers cas, puis de 64 sujets diabétiques a fait l'objet de publications ⁽²⁾ tandis que l'analyse rétrospective de notre série continue de 1992 à 2007, incluant 433 traitements, a été présentée à la Société de chirurgie vasculaire en 2008. Cette série regroupe des patients en ischémie sévère soit non revascularisable, soit persistante malgré une revascularisation réussie. Les résultats sont exposés dans le tableau 1. L'évaluation à 6 mois montre un taux de survie sans amputation de 68%. L'existence d'un diabète, la présence d'ulcères et l'âge des malades sont apparus sans influence sur la réponse thérapeutique. Ces résultats sont analogues à ceux publiés dans la littérature où le bénéfice thérapeutique était ainsi évalué à 20% en termes de décès et d'amputations évités par rapport au placebo ⁽³⁾. En fait, nos résultats s'avèrent supérieurs (73% de survie sans amputation) si on exclut le sous-groupe de patients en ischémie par occlusion récente de pontage datant de moins d'un mois (tableau 2), où le taux d'amputation est de 44%. Il s'agit là en fait d'une situation plus proche d'une ischémie aiguë que d'une ischémie chronique. Ce type de patients était exclu des essais randomisés. Ceux-ci concernaient par ailleurs des patients à un stade souvent dépassé d'ischémie critique terminale, n'autorisant pas une évaluation objective de l'effet thérapeutique.

On ne peut que rappeler les critiques maintes fois exprimées à l'égard de ces essais : faible nombre de patients, hétérogénéité des populations étudiées, disparités des protocoles, des critères d'évaluation (absence de mesure de la TcPO2) et

Tableau 1 - Analyse rétrospective

Série personnelle de 433 cas, résultats globaux à 6 mois

Perdus de vue	13	3 %
Décès	52	12 %
Amputations majeures	121	28 %
Vivants + membre	286	68 %

Tableau 2 - Résultats en fonction de la présence ou non d'une occlusion de pontage (OP) et de son ancienneté

Série personnelle de 433 cas, avec présence d'une OP dans 161 cas

Sous-groupes	1 - sans OP (n = 273)	2 - OP > 1 mois (n = 71)	3 - OP < 1 mois (n = 90)
Décès	38 (14 %)	4 (6 %)	10 (11 %)
Amputations majeures	62 (23 %)	19 (27 %)	40 (44 %)
Vivants + membre	196 (73 %)	48 (71 %)	42 (51 %)

des dates de suivi, et par conséquent disparités des résultats. Enfin, il n'est jamais fait mention dans ces essais du résultat fonctionnel, ni de la persistance éventuelle d'un état d'ischémie permanente du membre. Or, ce paramètre est capital pour évaluer pleinement la qualité d'un résultat. Dans notre série personnelle, tous les patients vivants non amputés ont conservé au minimum une marche suffisante pour répondre aux contraintes de base de la vie quotidienne, autorisant le retour au domicile.

Ischémie chronique : difficultés de diagnostic

L'iloprost a fait l'objet de bien des critiques négatives, surtout par ceux qui n'en avaient qu'une connaissance livresque. Mais ceci est étroitement lié aux points non résolus concernant la maladie elle-même⁽⁴⁾ : méconnaissance de son mode d'installation, polymorphisme clinique, absence de quantification de l'ischémie, défaut de mesure de la TcPO₂, paramètres de suivi non consensuels et mal adaptés. La définition donnée par le consensus transatlantique⁽⁵⁾ reste insuffisante et imprécise. Il n'y a d'ailleurs pas de consensus concernant les paramètres hémodynamiques de la maladie (pression et index systolique à la cheville), dont la valeur nous est présentée de façon trompeuse comme bien établie⁽⁶⁾. Ces lacunes expliquent un diagnostic souvent tardif, un défaut de classification des patients, l'hétérogénéité des populations étudiées, les difficultés à cibler les indications thérapeutiques et à interpréter les résultats observés.

La tolérance au traitement

Les prostanoïdes véhiculent depuis l'origine une image de traitement à haut risque, qui date d'une époque où l'on recherchait encore la dose maxima efficace, ce qui était à l'origine de 15 % d'arrêts de cures. Cette réputation s'est révélée sans fondement sous réserve de se limiter individuellement à la dose maxima tolérée. Dans notre expérience, nous n'avons jamais rencontré de réelle intolérance à l'iloprost et, à ce jour, l'ensemble des données de pharmacovigilance au niveau international (commercialisé depuis 1992, le produit est utilisé dans 22 pays) confirme cette tolérance. Les effets indésirables sont de type attendu, mineurs et répondant bien à la réduction des doses et aux traitements symptomati-

ques : céphalées, phénomènes de *flush*, variations tensionnelles, troubles digestifs, troubles de l'humeur, douleurs de type névritique des membres inférieurs.

Il est apparu que la réponse thérapeutique était indépendante des doses administrées, tandis que la tolérance était dose-dépendante, liée au degré de vasodilatation. Le débit de perfusion doit être adapté au poids du malade et au degré d'insuffisance rénale. Par ailleurs, aucune complication n'est survenue, même chez des sujets porteurs de cardiopathie sévère. L'expérience du personnel infirmier a joué un rôle important pour être en mesure d'informer le patient sans l'angoisser. La mobilisation du malade a toujours été un objectif primordial et jamais les perfusions n'ont entraîné de décubitus prolongé. Le traitement ne doit pas faire obstacle à la kinésithérapie et au réentraînement à la marche.

Conclusion

Utilisé à bon escient, l'iloprost a une place de choix dans le traitement médical de l'artérite sévère permettant d'éviter l'amputation chez une majorité de patients. Bien des questions non résolues persistent concernant non pas l'iloprost mais plutôt l'ischémie permanente. C'est toute l'approche clinique de la maladie qui est à améliorer pour cibler au mieux les indications thérapeutiques. ■

Dr Sylvain Duthois
Hôpital La Musse

Notes

(1) Duthois S., « L'ischémie chronique sévère des membres inférieurs : les différents aspects cliniques », *Mt cardiologie* 2004 ; 2, 1 : 4-8.

(2) Duthois S., Cailleux N., Lévesque H., « Tolérance et résultats thérapeutiques observés avec l'iloprost dans l'artériopathie oblitérante au stade d'ischémie chronique sévère. Étude rétrospective de 90 cas », *J Mal Vasc* 2000 ; 25 : 17-26.

(3) Duthois S., Cailleux N., Benosman B., Lévesque H., « Tolerance of iloprost and results of treatment of chronic severe lower limb ischaemia in diabetic patients. A retrospective study of 64 consecutive cases », *Diabetes Metab* 2003 ; 29 : 36-43.

(4) Loosemore T.M., Chalmers T.C., Dormandy J.A., « A meta-analysis of randomized placebo control trials in Fontaine stages III and IV peripheral occlusive arterial disease », *Intern Angiol* 1994 ; 13 : 133-142.

(5) Duthois S., Benosman B., « Les prostanoïdes de synthèse dans l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs », *Sang Thrombose Vaisseaux* 2004 ; 16, 9 : 461-470.

(6) Norgren L., Hiatt W.R., Dormandy J.A. et al., « Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II) », *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007 ; 33 (suppl. 1) : 1-75.

Lexique

Décubitus prolongé

Attitude du corps reposant à l'horizontale. Certaines escarres sont le résultat d'un décubitus prolongé. On parle d'ulcère de décubitus.

Endothélium

Couche la plus interne des vaisseaux sanguins, celle en contact avec le sang.

Flush

Manifestation cutanée survenant sur un mode paroxystique (par accès) et se caractérisant par un érythème congestif (coloration rouge intense) et passager du visage, du cou et de la partie supérieure du tronc.

Ischémie

Diminution de l'apport sanguin artériel à un organe. Cette diminution entraîne essentiellement une baisse de l'oxygénation des tissus de l'organe en dessous de ses besoins (hypoxie), et la perturbation, voire l'arrêt, de sa fonction.

Oxymétrie transcutanée

Technique simple et non invasive permettant d'explorer la microcirculation en observant la quantité d'oxygène distribuée aux tissus par le sang des capillaires en des points donnés. La quantité d'oxygène ainsi mesurée est nommée TcPO₂. L'oxymétrie transcutanée est le plus souvent pratiquée afin de confirmer le diagnostic et de connaître le pronostic de cicatrisation. Les mesures de TcPO₂ sont effectuées grâce à des capteurs placés sur la peau. Pour assurer une bonne adhésion des capteurs, la peau est d'abord dégraissée à l'éther, puis un produit de contact est déposé directement sur les capteurs. Ces derniers sont ensuite le plus souvent placés sur le pied, la jambe, voire la cuisse. Naturellement, les valeurs de base de TcPO₂ au niveau de la peau sont très basses. Afin d'obtenir une meilleure diffusion de l'oxygène à travers la peau, les capteurs sont équipés d'un système de chauffage autour de 40° qui entraîne une vasodilatation capillaire, ce qui permet de standardiser les résultats de l'examen. Tout cela est totalement indolore. Il faut patienter de 15 à 20 minutes pour que les valeurs initialement basses de TcPO₂ augmentent sous l'effet du chauffage puis se stabilisent.

L'examen en position couchée doit être complété par un test de sensibilisation soit par inhalation d'oxygène au masque, soit par la mesure en position jambes pendantes, afin d'exploiter la réserve microcirculatoire, de grande valeur pronostique.

Prostacycline, prostaglandines et prostanoïdes de synthèse

La prostacycline fait partie d'un groupe d'hormones appelées prostaglandines – les premières ayant été découvertes dans la prostate, d'où leur nom. On retrouve ces hormones dans tout l'organisme (cerveau, tube digestif...).

La prostacycline, découverte en 1976, est la prostaglandine I₂ (Pgl₂), sécrétée par l'endothélium vasculaire. Celui-ci est un véritable organe endocrinien produisant de façon équilibrée des hormones vaso-actives, les unes vasodilatatrices et anti-agrégantes, comme la prostacycline, les autres au pouvoir vasoconstricteur et proagrégrant telles que le thromboxane A₂.

Les molécules synthétiques reproduisant le Pgl₂ et la PgE₁ sont appelées prostanoïdes de synthèse. Seule l'analogue de la Pgl₂ est commercialisée en France.

Stase

Diminution ou arrêt complet de la circulation d'un liquide.

Épaule douloureuse et savoir sortir des sentiers

Pourquoi faire simple ?

De par sa structure, l'épaule est forcément complexe car elle est décrite généralement comme composée de cinq articulations : l'articulation scapulo-humérale, l'articulation acromio-claviculaire, l'articulation sterno-costoclaviculaire, les articulations inter-scapulo-thoraciques et sous deltoïdiennes (qui sont cependant des fausses articulations et plutôt des plans de glissement). L'épaule est également un site de liaison entre le tronc et le membre supérieur, entre les plans antérieurs et postérieurs de l'individu, ainsi qu'entre les cervicales et le membre supérieur. C'est un lieu de passage d'éléments vasculaires, d'éléments neurologiques, comme le plexus brachial mais également d'éléments musculaires impliquant d'autres structures comme les cervicales. Le terme générique le plus couramment employé lors des douleurs d'épaule est celui de péri-arthrite-scapulo-humérale (PSH). Il s'agit d'une description effectuée en 1872 par Simon Duplay (1836-1924), à partir d'une seule observation réalisée lors d'une nécropsie. Les concepts ont évolué au fil des années même si le terme a persisté et persiste malheureusement encore.

Parmi les personnages les plus importants, nous retiendrons le Dr Codman (1869-1940) qui a décrit l'importance du supra-épineux.

Le Pr Stanislas De Seze (1903-2000) a ensuite démembré le concept de PSH en quatre éléments :

- l'épaule gelée (rétraction capsulaire) ;
- l'épaule aiguë hyperalgique (tendinopathie calcifiante) ;
- l'épaule pseudo-paralytique (rupture massive de la coiffe) ;
- l'épaule douloureuse simple.

Peut être enfin cité, le Dr Neer (1917-2011) dont les travaux seront déterminants et plus spécialement sur la notion de conflit.

Choisir de sortir des sentiers battus,

c'est choisir de ne pas parler des différentes formes d'arthrose, de la capsulite rétractile, du traumatisme et de la rupture de coiffe ou assimilée.

Des maladies générales à expression locale

Bien qu'elle possède sa pathologie propre, l'épaule peut être le lieu d'expression d'une maladie générale comme la chondrocalcinose, la polyarthrite rhumatoïde ou d'autres rhumatismes inflammatoires, le sepsis d'origine locale ou générale et l'hémochromatose.

Celle-ci touche des hommes ou femmes jeunes de 30 à 40 ans ayant une absorption intestinale augmentée de fer. Les patients se plaignent de douleurs de type inflammatoire par poussées de 10 à 15 jours disparaissant pendant des mois. La forme peut être mono ou polyarticulaire. Le traitement est celui d'une maladie rhumatismale classique.

Les douleurs d'épaule peuvent également révéler une ostéonécrose aseptique de la tête humérale à la symptomatologie fruste.

Une présentation inhabituelle est celle de l'épaule dite « de Milwaukee » ou arthropathie destructrice lente idiopathique. Elle touche préférentiellement les femmes d'un âge moyen de 75 ans, avec une évolution lente. Elle est responsable de douleurs modérées de type mécanique, se présentant comme une grosse épaule douloureuse avec une limitation majeure des mouvements, une instabilité importante. La radiologie montre une arthropathie destructrice pouvant aller jusqu'à la destruction complète de l'articulation. Le traitement est généralement une prothèse d'épaule.

Plexus, tu quoque !

L'épaule est un lieu de passage de structures nerveuses, lesquelles peuvent don-

ner des douleurs. Ces douleurs sont le résultat d'une compression : soit par des muscles normaux, soit par une côte cervicale, il s'agit du syndrome du défilé thoracique, soit par une invasion tumorale, il s'agit alors généralement d'une tumeur du sommet du poumon, donnant des douleurs neurogènes du bras augmentées par le mouvement des cervicales et du membre supérieur. On l'appelle généralement le syndrome de Pancoast-Tobias. Un traumatisme direct ou indirect ainsi qu'une plexopathie postradique peuvent engendrer ce type de douleurs également. On rencontre des étiologies inflammatoires :

- le syndrome de Parsonage Turner qui consiste en une douleur unilatérale de l'épaule accrue par la mobilisation, rebelle aux antalgiques et s'accompagnant progressivement d'une perte de la musculature et d'une paralysie de certains muscles. L'évolution est celle d'une neuropathie inflammatoire, c'est-à-dire généralement favorable ;
- le syndrome du défilé thoracique est une compression du plexus brachial de l'artère et de la veine sous-claviculaire, par les éléments osseux et musculaires environnants. Le diagnostic est le plus souvent clinique. Le traitement de première intention est la rééducation qui devra favoriser le dispositif d'ouverture de ce défilé par la contraction cervico-scapulaire, la force des muscles cervicaux et des élévateurs scapulaires, ainsi que par le travail de la ventilation diaphragmatique et costale inférieure. La chirurgie n'est qu'un traitement de deuxième intention.

Bursite or not bursite ?

Une présentation inhabituelle des douleurs de l'épaule est la bursite sous deltoïdienne qui dans sa forme aiguë se présente comme une épaule hyperalgique.

simple : battus

Tous les mouvements sont douloureux avec une atteinte plus spécifique de l'abduction de l'élévation antérieure et de la rotation médiale. La palpation acromiale est douloureuse et il existe parfois une tuméfaction avec un nodule.

La rupture de la coiffe est un diagnostic différentiel, piègeur car il peut parfois accompagner la bursite. Le traitement est classique, médicamenteux et par infiltration locale. La persistance de douleurs doit amener à réaliser l'examen à la recherche d'atteinte que l'on ne connaît pas.

Bref, le canal en plus

Le dernier type de douleurs d'épaule abordé ici est d'origine canalaire, c'est-à-dire lié à la compression d'un tronc nerveux en regard de l'épaule.

En effet, l'épaule est le lieu de passage de différents troncs nerveux, nés du plexus brachial.

Ce sont généralement des douleurs retrouvées chez la personne sportive professionnelle ou « du dimanche » (tennis, base-ball, volley-ball...), bien que d'autres causes puissent être retrouvées. Trois types de troncs nerveux peuvent être comprimés à différents niveaux :

- le nerf supra-scapulaire, dans l'échancre coracoïdienne au bord supérieur de l'omoplate ;
- le nerf axillaire, dans l'espace quadrilatère à la face postérieure de l'omoplate et du bras ;
- le nerf thoracique long ou nerf de Charles Bell, dont l'atteinte est plus rarement isolée.

Le symptôme clinique d'appel est identique pour ces trois pathologies : il s'agit d'une douleur diffuse de l'épaule peu spécifique, associée à une sensation de faiblesse musculaire caractéristique de l'atteinte neurologique, mais beaucoup plus rare. Le cas typique pouvant ainsi être le tennisman de haut niveau qui au cours



d'un match va voir diminuer son taux de réussite en premier service lors d'une compression du nerf supra-scapulaire. Secondairement, une amyotrophie musculaire des muscles concernés (muscle supra et/ou infraépineux de la face postérieure de l'épaule pour le nerf supra-scapulaire, muscle dentelé avec décollement de l'omoplate caractéristique pour le nerf thoracique long et muscle deltoïde et petit rond pour le nerf axillaire) va s'installer et c'est souvent, à ce stade, que le patient consulte.

En pratique, il peut être difficile de poser le diagnostic, d'autant que le premier réflexe est souvent d'évoquer une pathologie des muscles de la coiffe des rotateurs dont la symptomatologie peut être similaire.

Néanmoins, l'enjeu diagnostique est important si l'on veut éviter l'installation d'une amyotrophie musculaire irréversible. L'autre piège du diagnostic est de penser à une lésion tronculaire devant une atteinte neurologique plus étendue : Parsonage Turner (racines C5 et C6), plexus brachial... Ou d'ignorer l'association de deux compressions tronculaires (dans 30 % des cas, l'atteinte du nerf supra-scapulaire et celle du nerf thoracique long sont concomitantes).

Plusieurs examens pourront permettre de confirmer le diagnostic (ou d'ailleurs d'éliminer un diagnostic différentiel) : un processus malin, comme le Pancoast Tobias ou une rupture de coiffe, ou une compression neurologique plus haut située (plexus brachial, atteinte centrale d'origine cervicale, Parsonage Turner...).

L'électromyogramme (EMG) et l'IRM de l'épaule sont souvent d'une grande utilité pour le diagnostic.

Le traitement repose sur les mêmes principes de base. En premier lieu, l'éviction des gestes favorisant, notamment, sportifs. Les autres traitements employés peuvent être les antalgiques, les anti-inflammatoires, l'infiltration éventuellement sous contrôle radiologique et la kinésithérapie.

Après un traitement médical bien conduit d'une durée de 4 à 6 mois, ou devant la présence d'une amyotrophie, il est nécessaire d'avoir recours à un avis chirurgical afin d'envisager une libération du nerf (neurolyse) et/ou une éventuelle chirurgie palliative.

Conclusion

La pathologie de l'épaule est fréquente, diverse et variée. Il est nécessaire de ne pas restreindre son champ de pensée à la pathologie de la coiffe des rotateurs, classiquement bien connue.

En particulier, il faut toujours garder en arrière-pensée les étiologies tumorales et neurologiques (cervicale, plexopathie ou syndrome canalaire) afin de ne pas les méconnaître.

Le diagnostic doit toujours être précédé d'un examen clinique bilatéral et comparatif. Il est souvent utile de recourir à un EMG ou une IRM de l'épaule pour le diagnostic. Le traitement est le plus souvent médical en première intention, mais un avis chirurgical est opportun dans de nombreuses pathologies, en particulier en cas de résistance au traitement. ■

Dr Éric Bianchi
Dr Cécile Dervin
Hôpital La Musse

Un patient pris
en charge par
le Dr Éric Bianchi

Déglutition

Vous avez dit dysphagie ?

« Si manger c'est se rassembler, partager, désirer, voir, sentir, saliver, goûter..., c'est aussi déglutir plus de trois cents fois par heure lors d'un repas. Et si se nourrir est une nécessité pour tous, un plaisir pour beaucoup, un péché pour certains, c'est aussi un danger pour d'autres. » N. Kotzki, P. Pouderoux, J.-M. Jacquot.

Définition

La dysphagie est une sensation de gêne ou de blocage de la progression des aliments de la bouche vers l'œsophage. Elle est plus souvent décrite comme l'action « d'avaler de travers ». Une personne présentant cette symptomatologie est appelée « dysphagique ». Il existe plusieurs types de fausse-route :

- la fausse-route directe ou avérée : la personne tousse immédiatement après avoir bu ou mangé ;
- la fausse-route secondaire : la personne tousse 1 à 2 minutes après avoir bu ou mangé ;
- la fausse-route silencieuse : le patient ne tousse pas, mais déclenche quelques heures après son repas une pneumopathie d'inhalation.

Éviter à tout prix les « fausses-routes »

À l'échelon national, 40 à 50 % des patients institutionnalisés présentent un

trouble de la déglutition et 45 % d'entre eux décèdent au bout de 12 mois en raison d'une prise en charge inadaptée. De plus, 20 à 40 % des patients présentant une pathologie cérébrale peuvent être sujets aux fausses-routes avec risque d'étouffement.

Les conséquences de ce dysfonctionnement sont multiples : sources de dénutrition, de déshydratation et/ou d'atteinte psychologique, elles peuvent conduire à une pneumopathie d'inhalation, à des troubles respiratoires et au décès. Il s'agit évidemment d'un enjeu vital pour ces patients dysphagiques. Une prise en charge spécifique définie par les bilans médicaux et orthophoniques est donc nécessaire.

Les examens vont porter sur :

- l'état bucco-dentaire du patient ;
- ses capacités cognitives ;
- sa musculature faciale ;
- sa respiration : encombrement bronchique, toux lors des repas ou à distance... ;
- sa phonation : la qualité de sa voix (est-elle « mouillée » ou « gargouillante » ?).

En cas de risque avéré de fausse-route, la prise en charge du patient revêt de multiples précautions, tant pour la prise des repas que dans leur préparation, et requiert une vigilance de tous les instants. En fonction des troubles observés, différentes adaptations sont mises en œuvre dans le but d'assurer une alimentation sans danger. Elles ont trait à la bonne posture à adopter lors du repas, à la modification de la texture des aliments afin d'en faciliter la déglutition, voire – en cas de troubles majeurs – à l'alimentation et/ou l'hydratation par sonde pour remplacer ou compléter le mode oral.

La problématique des troubles de la déglutition, par sa complexité, nécessite une prise en charge pluridisciplinaire :

La déglutition

La déglutition est l'action d'avaler. Le terme concerne aussi bien l'action d'avaler sa salive que le déplacement de la nourriture mâchée vers l'estomac.

La déglutition alimentaire est l'action de faire passer le bol alimentaire (contenu de la bouche une fois mâché et mélangé à la salive) dans le pharynx, puis dans l'œsophage et enfin dans l'estomac.

Elle comporte deux temps :

- le temps pharyngé qui se fait sous le contrôle de la volonté, mais est également automatique (réflexe) ;
- le temps œsophagien qui ne se fait sous aucun contrôle et est donc automatique.

Quand le bol alimentaire quitte la bouche grâce à la langue qui le pousse en arrière et grâce à l'action des muscles qui sont situés à ce niveau, il passe dans le pharynx. À cet instant, la glotte (orifice du larynx) se ferme, ce qui protège la trachée et secondairement les poumons évitant de cette manière la fausse-route alimentaire.

Une fois dans l'œsophage, le bol alimentaire progresse grâce à des contractions automatiques (réflexes) qui sont coordonnées. Ces contractions sont obtenues par l'intermédiaire de la couche de muscles qui entoure la paroi de l'œsophage.

Arrivé au niveau du cardia (zone située entre l'estomac et l'œsophage, à la partie inférieure de celui-ci), le bol alimentaire pénètre dans l'estomac. Le cardia est un sphincter (zone musculaire circulaire) qui permet la fermeture de la partie supérieure de l'estomac (ou si l'on préfère de la partie inférieure de l'œsophage).



Le Dr Tayeb Meslem et Caroline Douillard, orthophoniste, présentant le livret d'information destiné aux patients et à leurs familles

médecins, orthophonistes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, diététiciennes, infirmières, aides-soignantes et agents de services hospitaliers.

Et à l'hôpital Villiers Saint Denis ?

Tenant compte du profil particulier des patients souffrant d'une atteinte neurologique et/ou traumatique pris en charge à l'hôpital Villiers Saint Denis, le Dr Tayeb Meslem, chef du pôle médecine physique et réadaptation (MPR), et Caroline Douillard, orthophoniste, ont mis en place, dès 2007, des actions d'amélioration dans le cadre des évaluations des pratiques professionnelles (EPP - lire encadré page 22).

Actions de sensibilisation et mesures nouvelles

La problématique des troubles de la déglutition se situe au carrefour de plusieurs professions médicales et paramédicales. L'objectif de l'équipe multidisciplinaire réunie autour des patients souffrant d'un trouble de la déglutition est de privilégier une alimentation orale

adaptée tout en maintenant le plaisir de manger. C'est donc pour cela qu'il a été décidé par le Dr Tayeb Meslem (pilote de l'EPP) et Caroline Douillard (copilote) de constituer un groupe de travail composé de médecins, d'infirmiers, d'aides-soignants, d'agents de soins hospitaliers, de diététiciennes, ainsi que d'orthophonistes.

Le premier travail de l'EPP a été d'auditer l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux sur leurs connaissances en matière de troubles de la déglutition. Cette première étape a été indispensable pour mener à bien une réflexion quant aux actions d'améliorations à mener dans l'hôpital.

Les analyses des questionnaires ont démontré que :

- le patient dysphagique n'était pas clairement identifié à son arrivée ;
- aucun système de prévention des fausses-routes n'avait été mis en place ;
- les connaissances des personnels paramédicaux et médicaux, sur la question de la dysphagie, étaient lacunaires ;

- les personnels paramédicaux étaient en demande de formation quant à ce sujet ;
- l'information envers le patient et les familles quant aux bonnes pratiques était insuffisante ;
- le lien entre dysphagie et dénutrition n'avait pas encore été établi ;
- le recours aux « canards » était systématique au lieu des verres à découpe nasale ;
- les transmissions concernant les modifications de textures, entre les soignants et les orthophonistes, n'étaient pas toujours suffisantes.

À partir de ce constat, les membres du groupe EPP ont mis en place les actions d'amélioration suivantes :

- la modification de la feuille d'admission du patient utilisée par les trois pôles d'hospitalisation (MPR, gériatrie, pneumologie, cardiologie [GPC] et vasculaire, diabétologie, appareillage [VDA]) afin que l'onglet « trouble de la déglutition » y apparaisse ; cette information permet à la cellule d'admission d'identifier et d'anticiper l'arrivée du



L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

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

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

La procédure de certification des établissements de santé conduite par la Haute Autorité de santé (HAS) évalue notamment le service médical rendu au patient en s'attachant à examiner plus en détail le parcours du patient dans les établissements de santé et les actions mises en œuvre par les différents professionnels.

Plus d'informations sur l'évaluation des pratiques professionnelles : www.has-sante.fr

patient à risque dans l'unité de soins afin d'établir les mesures préventives suivantes :

- le placement de ce patient au plus proche d'une infirmerie (assistance rapide en cas de fausse-route),
- l'installation systématique du kit d'aspiration dans la chambre du patient par les soignants,
- la mise en place par le diététicien d'une texture adaptée au patient dès son premier repas,
- la réalisation d'un bilan par l'orthophoniste au cours de ce repas afin d'évaluer les capacités fonctionnelles du patient ; en fonction de ce bilan, l'orthophoniste et le diététicien mettront ensuite en place conjointement une texture adaptée ;
- la création par le service d'orthophonie :
 - d'affiches récapitulatives des bonnes pratiques face à la dysphagie,
 - d'un livret d'informations destiné au patient et à sa famille,
 - d'une feuille de liaison destinée aux soignants indiquant les modifications de textures et les possibilités du patient ;
- la mise en place de verres à découpe nasale et de crèmes enrichies acidulées auprès des patients dysphagiques afin de faciliter l'autocontrôle du bol alimentaire ;
- la formation par Caroline Douillard de l'ensemble des personnels paramédicaux de l'hôpital sur les bonnes pratiques face aux troubles de la déglutition. Les diététiciens participent également activement à cette formation et présentent les différentes textures alimentaires utilisées dans l'hôpital ;
- l'intégration des pilotes de l'EPP au Resclan Champagne-Ardenne (réseau des comités de liaison alimentation et nutrition) afin d'élaborer, avec ses membres, un livret de prévention des fausses-routes destiné aux médecins

et paramédicaux à l'échelon national ;
 • la perspective de mise en place d'ateliers d'éducation thérapeutique du patient, au sein de l'unité de neurologie (lire la présentation de l'unité pages 6-9), sur la thématique de la dysphagie.

Identification, évaluation, adaptation

En conclusion, voici un rappel des bonnes pratiques à avoir quand on se trouve face à un patient dysphagique identifié :

1. évaluation des capacités fonctionnelles du patient par le médecin et l'orthophoniste ;
2. transmission des informations par l'orthophoniste aux soignants et au diététicien (type de texture, capacités du patient...) ;
3. éducation du patient et de son entourage aux prises de repas en sécurité :
 - ambiance calme sans source de distraction pour le patient (TV/radio éteinte...),
 - position du patient adaptée : dos droit (90°) et tête fléchie vers l'avant afin de comprimer la trachée,
 - utilisation du verre à découpe nasale qui évite la projection de la tête en arrière au moment de l'absorption de liquides,
 - privilégier les petites bouchées et prendre le temps de mastiquer,
 - ne pas parler en mangeant,
 - ne pas se recoucher immédiatement après le repas afin de limiter les reflux,
 - respecter la texture alimentaire proposée par le diététicien (ne pas apporter de gâteaux au patient alors qu'il ne peut pas en manger...).

Le vouloir manger : une notion à privilégier

Manger doit rester un plaisir pour les patients dysphagiques et leurs proches,



À gauche et ci-dessus : séances de formation animées par Caroline Douillard

faute de quoi il existe un risque de dénutrition, le patient perdant peu à peu le goût de s'alimenter. C'est la fonction symbolique psycho-socio-culturelle de l'alimentation, ô combien importante dans notre pays si réputé pour sa gastronomie ! Toutefois, il convient de faire la distinction entre « le pouvoir manger » et le « vouloir manger ».

La prise en charge du « pouvoir manger » (versant nutritionnel) relève de l'adaptation du bol alimentaire (texture, volume, température), du fractionnement des repas, des modifications de la posture et de l'environnement... durant les repas.

La gestion du « vouloir manger » (versant alimentaire) est, quant à elle, plus délicate. Après quelques repas en mixé, le patient dysphagique voit son appétit s'altérer peu à peu et la dysphagie devient alors plus souvent psychologique que mécanique. En effet, si l'on propose au patient une texture adaptée, celle-ci ne met pas toujours en émoi ses « papilles visuelles ».

Les équipes de diététique et de restauration de l'hôpital Villiers Saint Denis cherchent en permanence à solliciter

l'appétence des patients grâce à la recherche constante de nouveaux produits adaptés aux patients dysphagiques. Cette prise en charge spécifique nécessite motivation, détermination et patience, éléments bel et bien présents au sein de nos équipes ! ■

Dr Tayeb Meslem
 Caroline Douillard
 Hôpital Villiers Saint Denis

Références

- Bleeckx D., « Dysphagie : évaluation et rééducation des troubles de la déglutition », éd. de Boeck Université, janvier 2002.
- Douillard C., support de formation « aux bonnes pratiques face à un patient dysphagique ».
- Journée Resclan, « Prévention des troubles de la déglutition », mai 2011.
- Lambert D., Dr Meslem T., Douillard C., Direct info n° 31, avril 2012.
- Dr Merrot O., « Prise en charge des troubles de la déglutition », Journal de réadaptation médicale vol. 31, n° 3-4, septembre-décembre 2011.
- Dr Meslem T., Douillard C., EPP « Prévention des troubles de la déglutition ».
- Novak C., Douillard C., « Adaptation d'une démarche de soins auprès de patients dysphagiques en centre de réadaptation », mémoire pour le certificat d'orthophonie, juin 2011.
- Woisard V., Puech M., La Réhabilitation de la déglutition chez l'adulte : le point sur la prise en charge fonctionnelle, éd. Solal, 2^e édition, janvier 2011.

Culture à l'hôpital

La mémoire et La Musse

Immersions de deux acteurs et d'un caméraman dans les unités, lectures régulières devant les patients, enquête sur les filiations au sein des salariés de La Musse, séances photos...

Le projet Culture à l'hôpital mis en œuvre pendant presque un an au sein des unités de gériatrie du pôle soins de suite polyvalents et gériatriques s'est conclu, en septembre dernier, par deux représentations à La Musse.

Depuis la fin de l'année dernière, deux comédiens, Delphine Lainé et Benoît Mochot, et un vidéaste, Pierre Carniaux⁽¹⁾, sont intervenus régulièrement à La Musse. Le dispositif Culture et santé a été mis en œuvre grâce aux financements de la direction régionale des affaires culturelles (Drac), via l'agence régionale de santé (ARS). Il a permis aux trois artistes, en lien avec les équipes soignantes et la direction de La Musse, de travailler sur un thème transversal : « La mémoire et La Musse ».

Les acteurs sont partis du roman épistolaire d'Hélène Gestern *Eux sur la photo* comme point de départ à leurs lectures mensuelles dans les unités de gériatrie. Ils ont choisi l'immersion pendant vingt-quatre heures d'affilée dans les services, allant à la rencontre des patients et du personnel, recueillant les histoires des uns et des autres, pour nourrir la représentation finale. C'est donc à partir de ces fragments de vie et de mémoire, des photos et films réalisés dans l'enceinte de l'établissement et des bribes du livre choisi pour support que les acteurs ont conçu les représentations finales.



Un premier spectacle regroupant paroles de patients et de soignants, témoignages, photos et vidéo tournée dans l'établissement, a été imaginé.

Création théâtrale

Une seconde prestation, création inspirée des lectures régulières à partir du livre *Eux sur la photo*, a été décidée et organisée dans le cadre des Escapades de la Scène nationale d'Évreux/Louviers. Cette deuxième performance, gratuite, était ouverte au public extérieur à l'établissement.

(1) Artistes de la Scène nationale d'Évreux/Louviers.



La Scène nationale d'Évreux/Louviers

La Scène nationale d'Évreux/Louviers est implantée, comme son nom l'indique, dans deux villes du département de l'Eure qui comptent parmi ses principaux financeurs. Deux théâtres servent ainsi d'écrin aux spectacles qu'elle programme : le théâtre d'Évreux et le théâtre du Grand Forum à Louviers.

Le théâtre d'Évreux, petit bijou d'architecture, est un magnifique théâtre à l'italienne, dont on a fêté le centenaire en 2003, et dont les portes ont momentanément fermé en juin 2006 à la faveur de travaux de réhabilitation et d'extension qui devraient prendre fin dans les prochaines années.

Le théâtre du Grand Forum, à Louviers, est une spacieuse et confortable salle de 463 places, construite en 2004 dans le prolongement des cinémas Grand Forum.

Soutenue par les villes d'Évreux et de Louviers, le ministère de la Culture et de la Communication, la Drac Haute-Normandie, la région Haute-Normandie et le conseil général de l'Eure, la Scène nationale rayonne sur tout le territoire. Son activité s'étend ainsi dans de nombreux quartiers et villages de l'agglomération d'Évreux, et les villes de Bernay, Elbeuf, Gisors, Gragny, Le Vaudreuil et Val-de-Reuil accueillent chaque saison plusieurs de ses spectacles...

www.scene-nationale-evreux-louviers.fr

Récompenses pour les activités sportives

Hôpital Expo 2012 : 15^e trophée de l'innovation handicap MNH

Lors du dernier salon Hôpital Expo, la Mutuelle nationale des hospitaliers (MNH) organisait un concours national sur le sport et le handicap auquel l'hôpital Villiers Saint Denis a participé.

Stage de parapente organisé
par les rééducateurs de l'hôpital
Villiers Saint Denis dans les Vosges

Trois prix étaient décernés : les activités sportives individuelles, les activités sportives collectives et le « coup de cœur » du jury.

Le jury était présidé par le vice-président de la MNH, Jean-Pierre Berton, qui s'était adjoint comme parrains du concours : Gérard Masson, président de la Fédération française handisport (FFH), Béatrice Hess, multiple championne paralympique et recordwoman du monde en natation, et Gérard Vincent, délégué général de la Fédération hospitalière de France (FHF).

L'hôpital Villiers Saint Denis a eu l'extrême honneur d'obtenir le prix national pour les activités sportives individuelles. Olivier Salze, représentant les rééducateurs qui participent à l'encadrement de ces stages, Patricia Pain et Ludovic

Piermant, stagiaires amputés, Annie Métivier, directrice de l'hôpital, et Frédéric Lamandé, organisateur, ont exprimé, à Gérard Masson et Béatrice Hess, leur émotion, leur bonheur, leur honneur et leur fierté de recevoir ce prix de leurs mains.

Des remerciements ont été adressés à la MNH, à travers son vice-président, pour avoir organisé ce type de trophée qui, en changeant de thème tous les ans, éclaire au mieux le handicap et favorise, cette année, le sport et les personnes handicapées.

Le trophée trône à l'hôpital Villiers Saint Denis dans la grande salle de réunion du château. ■

Frédéric Lamandé et Christina Soares
Hôpital Villiers Saint Denis



à l'hôpital Villiers Saint Denis

Festival international du film de vol libre : coupe Icare 2012

Depuis 1989, l'hôpital Villiers Saint Denis organise et encadre des stages d'activités sportives dédiés aux patients : 155 stages en extérieur pour, environ, 1 300 stagiaires. Témoignage de Frédéric Lamandé, organisateur de ces stages et de leur « promotion ».



Nous avons réalisé 5 premières mondiales, toutes en parapente et avons réalisé 5 films que nous avons fait concourir dans ce festival très relevé, où les professionnels de l'audiovisuel convoitent tous un prix. Cette année, il y avait environ 75 films en lice dont 30 projetés au public. Nominé une seule fois dans le passé, l'hôpital Villiers Saint Denis avait remporté le trophée de l'aventure humaine en 2003 pour un film sur l'escalade du mont Blanc et sa descente en parapente en autonomie par un patient tri-amputé. En 2012, nous avons conclu l'expérimentation, commencée en 2009, d'une

barre de pilotage pour les amputés de bras (inventée par moi-même), par des vols tout à fait tranquilles, en totale autonomie et, surtout, en pleine sécurité. Nous avons finalisé cet été un film retraçant cette expérimentation et avons décidé, *in extremis*, de participer au Festival.

Nous avons appris, début septembre 2012 notre nomination dans la catégorie des Matinales du Off. Nous faisons partie des 30 films qui seraient présentés au public, à la Coupe Icare, entre les 20 et 23 septembre 2012, l'organisation du festival offrant deux places au réalisateur et à un acteur (Ludovic Piermant, amputé de bras).

Après trois jours de projection, lors desquels nous avons pu présenter oralement notre expérimentation, la remise des prix s'est déroulée le 24 septembre. Là, à notre grand étonnement, mais avec extrêmement de bonheur, de fierté et d'humilité (notre film n'est quand même qu'un film d'amateur), nous avons reçu le trophée des Matinales du

Off, l'un des sept trophées distribués. Nous avons exprimé, face à la salle bondée, devant le député et un jury « extrêmement haut sur les marches du film et/ou du vol libre », notre extrême satisfaction d'avoir été, déjà, nommé, et le très grand honneur qu'on nous faisait de nous accorder ce trophée. Nous avons remercié les personnes qui avaient participé à ce film, le centre école du Markstein (68) et son directeur, Philippe Marck, le personnel des établissements de Villiers Saint Denis, qui a aidé, de près ou de loin, à l'organisation des stages, et bien sûr le monteur du film (et prises de vue), Denis Châtelain, du service informatique.

Ce trophée trône dans mon bureau, montrant à travers lui (et son poids : 2,2 kilos de bronze) que l'on est souvent récompensé de ce que nous faisons pour les patients, ne serait-ce que par un sourire... ■

Frédéric Lamandé
Hôpital Villiers Saint Denis



Les Icares du cinéma

En 1983, dix ans après la 1^{re} coupe Icare (la 39^e coupe Icare s'est déroulée du 20 au 23 septembre 2012 sur le site de Saint-Hilaire-du-Touvet - Lumbin) naissait le 1^{er} Festival international du film de vol libre et des sports aériens. Aujourd'hui, les Icares du cinéma accueillent près de 20 000 spectateurs et font référence pour tous les professionnels de l'image et pratiquants du vol libre.

Le festival rassemble des productions cinématographiques (courts, moyens et longs métrages) autour du thème de l'air, du vent, du vol et de tous les sports aériens tels que parapente, delta, chute libre, montgolfière, vol musculaire, planeur, élastique, base jump, cerf-volant, boomerang... Les sports aériens motorisés sont limités (paramoteur, ULM, aéromodélisme et voltige aérienne). Les films sur le vol de l'oiseau sont également admis.

Le festival reçoit chaque année entre 60 et 80 productions, en provenance du monde entier. Une sélection de 25 à 30 films est ensuite soumise au jury, composé de professionnels de l'image (producteurs d'émissions, réalisateurs...) et de pratiquants du vol libre.

Les Matinales du off rassemblent des films qui méritent d'être vus par les pilotes comme par le grand public pour l'intérêt de l'expérience vécue, pour le regard qu'ils portent sur le vol libre, ou tout simplement pour le témoignage qu'ils représentent.

Le film réalisé par Frédéric Lamandé est en ligne sur les sites internet de la Coupe Icare et de La Renaissance Sanitaire - www.coupe-icare.org - www.larenaissancesanitaire.fr

Références

- Lamandé F., Sénégas-Rouvière J., Une expérience d'initiation du parapente chez des débutants handicapés, film 1993.
- Lamandé F., Chamerois R., Sénégas-Rouvière J., Lobet S., Objectif 4810 - L'escalade du mont Blanc et sa descente en parapente, en autonomie, par un patient tri-amputé, film 2003.
- Lamandé F., Sarthe M.-C., « Revivre par le sport », Regards n° 5, décembre 2006.
- Lamandé F., La Pratique du parapente chez les personnes amputées de bras, film 2009.
- Lamandé F., Salze O., Sénégas-Rouvière J., « L'interface : une philosophie dans les activités sportives à l'hôpital Villiers Saint Denis », Regards n° 11, avril 2011.
- Lamandé F., « Le parapente chez les personnes amputées de bras - Expérimentation d'une barre de pilotage », Regards n° 12, décembre 2011.
- Lamandé F., « 2011, 2012... années des patients et de leurs droits », Regards n° 13, juin 2012.

La maison des assistantes maternelles ouverte

Les premiers bébés ont été accueillis à la Maison normande, dans l'enceinte de l'hôpital La Musse. Proposer un mode de garde différent pour le jeune enfant de moins de trois ans, à mi-chemin entre accueils individuel et collectif, dans un endroit adapté, sur le lieu de travail et tenant compte des horaires atypiques du personnel de santé..., telle fut l'idée d'un groupe de trois assistantes maternelles agréées qui se sont regroupées et ont ouvert, en juin dernier, une maison d'assistantes maternelles (MAM) dans la Maison normande, située à l'entrée de l'hôpital La Musse.

Soutenue par la direction des ressources humaines de l'établissement, l'initiative, originale en France, sinon unique, est devenue réalité après quelques réunions d'information et des travaux réalisés par les services techniques de l'hôpital.

« Cela faisait quelques années que nous cherchions une formule simple et adaptée aux horaires des équipes soignantes, pour aider les familles à trouver une solution de garde », explique Béatrice Blanche-Lopoukhine, directrice des ressources humaines à l'hôpital La Musse, qui a fait le lien entre les assistantes maternelles et les salariés intéressés.

Douze petits

À terme, quatre assistantes maternelles devraient pouvoir accueillir jusqu'à douze enfants, du lundi au vendredi,

entre 7 h et 19 h 30 (voire 21 h 30 si besoin). L'amplitude horaire justifie un très léger surcoût par rapport aux autres modes de garde. « Mais avec l'assurance, pour les parents, d'une prise en charge de qualité, dans un cadre idéal et à quelques mètres de leur lieu de travail », explique Emmanuelle Fréret, responsable de la structure organisée en association La Pause doux'Eure. Les aides financières restent, elles, identiques à celles touchées pour un mode de garde en crèche ou chez une nourrice. Chaque famille s'engage auprès d'une assistante maternelle mais bénéficie de la disponibilité des trois autres professionnelles.

Horaires atypiques

La MAM Pause doux'Eure regroupe donc trois assistantes maternelles



– bientôt quatre – qui accueillent les petits dans un même lieu organisé comme une maison : petit dortoir, salle d'activités, coin repas, petite cuisine, salle de bains et WC adaptés aux tout-petits. Maxime, le fils d'une aide-soignante du pôle gériatrie, a été le premier petit occupant des lieux : « Je peux déposer Maxime juste avant de prendre mon travail et le récupérer juste après. J'ai trouvé le cadre sympa. Je voulais une formule collective, pour le lien social », confirme Cynthia, la maman. Stéphanie, secrétaire médicale au pôle de soins de suite polyvalents gériatriques apprécie également l'originalité de la formule : « Manon est mon troisième enfant. C'est un beau projet, qui peut convenir à tout le monde. Un bon compromis entre la crèche et la garde à domicile. » Christelle, salariée au standard, apprécie la proximité : « J'ai repris le travail en octobre. Ce lieu est idéal pour nous qui habitons la commune. » Et Angélique, infirmière en pneumologie et maman du petit Charlie, est satisfaite de la flexibilité : « Avec les horaires de mon mari qui travaille tôt le matin, notre bébé ne restera finalement que très peu d'heures en garderie. »

Les assistantes maternelles fournissent mobilier et jouets et traitent directement avec les familles. La structure a ouvert avec Sabrina Cédille et Emmanuelle Fréret, qui seront rejointes, dès que le nombre de petits le nécessitera, par Christelle Masne. ■

Les maisons d'assistantes maternelles (MAM)

Les MAM sont une forme juridique récente (loi du 9 juin 2010) qui permet un accueil à mi-chemin entre les modes de garde individuel et collectif.

La MAM de l'hôpital La Musse est gérée par l'association « Il était une fois ».

Coordinatrice du projet,
Emmanuelle Fréret - tél. : 06 22 38 66 29
E-mail : emmanuelle.tersier@orange.fr

Maison normande - tél. : 02 32 32 51 79

Tai-chi et qi-gong à l'hôpital

Dans les parcs, sur le pas de leur porte, ou même à l'usine, les Chinois sont des millions à pratiquer quotidiennement des exercices physiques qui ressemblent à une gymnastique douce.

De plus en plus d'occidentaux suivent leur exemple et pratiquent le tai-chi ou le qi-gong. Dans le cadre du développement de la qualité de vie au travail et de la lutte contre les troubles psycho-sociaux, l'hôpital Villiers Saint Denis a pris l'initiative originale de proposer des séances de tai-chi et de qi-gong aux salariés.

Ces séances de gymnastique (tai-chi) et de relaxation (qi-gong) ont lieu en dehors du temps de travail ; elles permettent aux stagiaires de prendre conscience de chaque partie de leur corps, d'améliorer la coordination de leurs membres et de favoriser la concentration.

Grâce à ces techniques dispensées par un moniteur vice-champion d'Europe 2010 en tai-chi, les salariés peuvent désormais pratiquer, pendant une heure, avant ou après leur travail et dans un climat convivial, des exercices de gymnastique et de concentration.

Le tai-chi est une pratique très complète qui présente de nombreux avantages :

- aide à se sentir plus calme et apaisé ;
- aide à contrôler ses réactions face aux situations stressantes ;
- améliore l'équilibre et réduit le risque de chutes (en particulier chez les personnes âgées) ;
- améliore le sommeil ;
- améliore la condition physique, la souplesse et la force musculaire ;
- améliore le fonctionnement du système digestif ;



- atténue la douleur et la raideur du corps (par exemple lorsqu'on souffre d'arthrite) ;
- favorise les échanges d'air dans les poumons ;
- masse les organes internes.

Le tai-chi est souvent défini par le calme qu'il dégage comme une méditation en mouvement. En effet, il s'agit d'atteindre un état de tranquillité intérieure tout en étant en mouvement. Cette pratique associée aux techniques de concentration du qi-gong permet d'évacuer son stress par une meilleure conscience de sa respiration et une meilleure connaissance de son corps.

Lors de la première session, plus de quarante salariés se sont inscrits aux différentes sessions. Face à cet engouement, la direction des ressources humaines a pris l'initiative de proposer de nouvelles sessions. ■

Stéphane Faivre
Hôpital Villiers Saint Denis

Qualité de vie au travail

Des cours de qi-gong aussi à l'hôpital La Musse : lire l'article page 36.

Ensemble, améliorons la prise en charge en soins palliatifs

Grâce à votre générosité, cela est possible !

Les unités de soins palliatifs de La Renaissance Sanitaire

Les établissements de santé de La Renaissance Sanitaire prennent en charge, dans des unités de soins palliatifs dédiées, des patients atteints de maladies graves évolutives, cancéreuses ou non, en phase avancée de la maladie ou en phase terminale lorsque le pronostic vital est engagé.

L'hôpital La Musse dispose d'une unité de 14 lits tandis que l'hôpital Villiers Saint Denis comporte une unité de 6 lits ainsi qu'une unité mobile interne.

Chaque unité est composée de médecins, d'infirmiers, d'aides-soignants, de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, de psychologues et d'assistantes sociales. Des bénévoles, formés à l'accompagnement à la fin de vie et dont le soutien moral est très important pour les patients, sont également associés à l'équipe pluridisciplinaire, ainsi que des socio-esthéticiennes et des coiffeuses.

Une prise en charge globale et individualisée

Dans une approche globale et individualisée privilégiant la qualité, les soins palliatifs ont pour objectifs de :

- prévenir et soulager la douleur et les autres symptômes dans une atmosphère chaleureuse imprégnée de respect ;
- favoriser le bien-être psychologique, physique, social et spirituel du malade ;
- limiter la survenue des complications ;

- coordonner la prise en charge ;
- assister les proches du patient et les aider à s'impliquer selon leurs possibilités.

Des dons pour améliorer la fin de vie des patients

Grâce au soutien financier des donateurs, personnes physiques ou personnes morales, La Renaissance Sanitaire souhaite offrir un environnement confortable et chaleureux aux patients par l'équipement des chambres et des espaces dédiés aux familles.

23 145 € ont été recueillis en 2012 permettant l'achat de 5 matelas anti-escarres. La Renaissance Sanitaire a renouvelé, fin 2012, son appel aux dons.

Ceux-ci seront dédiés à l'achat des matériels suivants :

- des matelas anti-escarres ; constitués d'éléments qui se gonflent et se dégonflent, ils contribuent à la prévention et au traitement des escarres ; le risque de survenance de ces derniers est en effet important pour les patients en soins palliatifs dont la mobilité est bien souvent limitée ; la prise en charge de la douleur s'en trouve aussi améliorée ; chaque matelas coûte 4 500 € ;
- des draps « antiglisse » qui permettent et facilitent la mobilisation, le rehaussement et le passage « vers » le fauteuil ; chaque drap coûte 10 € ;
- des chevet médicaux réfrigérés qui contribuent au bien-être du patient et de sa famille ; chaque chevet coûte 720 €.

Pour rendre aux usagers un service qui soit à la hauteur de la qualité médicale de ses établissements et offrir des conditions de séjour satisfaisantes, La Renaissance Sanitaire bénéficie de la générosité des donateurs.

Qu'ils en soient remerciés. ■

Catherine Toublanc
Fondation



Faits marquants

Hôpital La Musse

L'hospitalisation à temps partiel dans ses locaux au pôle médecine physique et de réadaptation

De nouveaux locaux, spécifiquement dédiés à l'accueil en hospitalisation à temps partiel (HTP), ont été aménagés au sous-sol durant l'été. Ils sont opérationnels depuis la mi-septembre et permettent d'accueillir les patients reçus à la journée dans de meilleures conditions.

La réception se fait dans une zone spécifique, entièrement réservée à l'accueil de jour, avec un accès séparé des services d'hospitalisation.

Les équipes soignantes interviennent également dans des pièces dédiées, permettant un accueil plus confortable.

Fluidifier l'accueil en HTP, en rationaliser l'organisation afin d'en favoriser son développement, sont les objectifs que s'est fixés l'équipe soignante.

La nutrition hors les murs

Ce fut une première, le Dr Alexandra Esprit-Wurtz, médecin nutritionniste au pôle soins de suite polyvalents gériatriques et sa collègue infirmière Deborah Van Den Broeck étaient présentes, fin juin, au cross des

écoles primaires de Saint-Sébastien-de-Morsent, sur le stade communal. Les deux professionnelles, spécialistes du traitement de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent (lire par ailleurs, l'article pages 14-15) ont profité de la présence de près de deux cents enfants des classes de CE2, CM1 et CM2 pour rappeler les grandes règles de l'équilibre alimentaire, distribuer des plaquettes spécialement conçues pour le public jeune et les familles, et expliquer toute l'importance des produits laitiers, notamment au goûter, ou de la présence d'une petite quantité de féculents à chacun des repas.

L'équipe d'hospitalisation à temps partiel dans ses nouveaux locaux





Deuxième édition des Foulées mussiennes

Soixante participants aux Foulées

À l'automne dernier, ils étaient soixante patients à s'élancer pour les 1,8 km de circuit des Foulées mussiennes. Soit le double de la première édition, l'année passée. Accompagnés de soignants et de membres de leurs familles, les patients, qui arboraient le t-shirt commémoratif de l'édition 2012, pouvaient choisir de porter un dossard et d'obtenir leur chronométrage.

Chaque participant a reçu des cadeaux, s'est vu proposer un goûter reconstituant et équilibré. Les vainqueurs par catégorie ont été médaillés par la directrice, Catherine Palladitcheff. La manifestation a également été l'occasion de communications sur les thèmes de la lutte contre le tabac et de la nutrition.



Activité de qi-gong pour les salariés

Un cours de qi-gong à l'hôpital

Depuis le mois d'octobre, un professeur donne un cours de qi-gong tous les mercredis, de 17 h 30 à 19 h, au gymnase du pôle de soins de suite polyvalents gériatriques, pour les salariés.

Mouvements de médecins

Un nouveau cardiologue, le Dr Embarek Guezzi, a pris ses fonctions au pôle soins de suite polyvalents gériatriques, au début du mois de septembre. Le praticien partage son temps entre une clinique d'Évreux, où il officie depuis le début de l'année, et l'hôpital La Musse, où il est présent les fins de semaine.

Le Dr Didier Chauvin, responsable du pôle soins de suite gériatriques, a quitté notre établissement fin septembre.



Médaillés du travail

Cette année, la cérémonie des vœux des établissements de La Musse a été l'occasion de mettre à l'honneur les salariés. 41 salariés ont reçu leurs diplômes et médailles du travail.

Cérémonie des vœux



Faits marquants

Hôpital Villiers Saint Denis

Réhabilitation respiratoire

L'hôpital Villiers Saint Denis a adhéré à la charte des établissements participant à la réhabilitation respiratoire réalisée à l'initiative de la Société de pneumologie de langue française afin de renseigner les pneumologues et/ou les médecins généralistes, des centres de rééducation et des cabinets de kinésithérapie participant à la réhabilitation respiratoire.

Il figure maintenant sur la carte de France des centres de réhabilitation respiratoire.

Manifestations

- Tenue d'un stand au forum Santé - Handicaps - Infos, qui s'est déroulé à Hirson (02), les 19 et 20 octobre 2012.
- Intervention du Dr J.-F. Bouteleux, orateur président du comité de liaison en

alimentation et nutrition de l'hôpital et du réseau Picardie Nutrition, lors de la dernière assemblée générale de l'aide à domicile en milieu rural (ADMR) de l'Aisne sur le thème: «Dépistage et prise en charge de la dénutrition».

- Participation au festival HandiDays organisé par les associations de parents d'enfants inadaptés (APEI) du sud de l'Aisne: projection du film *Le Scaphandre et le papillon* suivi d'un débat animé par Catherine Galy, psychologue du pôle médecine physique et réadaptation.

Journée Alzheimer, 21 septembre 2012

- Portes ouvertes à l'accueil de jour.
- Participation au forum organisé par l'association France Alzheimer du territoire de santé sur le thème: «Prévenir et aider à mieux vivre la maladie».

Partenariats

- Rencontre avec Philippe Sudreau et Christian Nicolas (directeurs) pour poursuivre le partenariat avec les équipes du groupe hospitalier Saint-Louis/Lariboisière/ Fernand-Vidal (75). L'implantation d'une activité de soins de suite et de réadaptation réalisée par les équipes médicales et soignantes de Villiers Saint Denis est projetée au sein de l'unité d'hospitalisation à temps partiel de diabétologie de l'hôpital Lariboisière.
- Convention avec le centre de rééducation des trois vallées (Corbie - 80), notamment pour la prise en charge des affections des brûlés.
- Conventions avec le centre hospitalier de Château-Thierry (02) relatives à: - la prise en charge des transferts en urgence et en court séjour;



- l'utilisation du matériel de scanographie et d'IRM ;
- la prise en charge des patients pendant les heures de fermeture du service de radiologie conventionnelle de l'hôpital Villiers Saint Denis.

- Visite de l'institut de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) pour personnes déficientes visuelles Valentin-Haüy, au pôle vasculaire - diabétologie - appareillage. L'IFMK propose une formation qualifiante d'une durée de 4 ans. Cette formation se déroule au sein de l'institut fondé en 1906 par Félicien-Fabre – médecin aveugle – et l'association Valentin-Haüy. Elle prépare chaque année les diplômés à exercer leur profession en libéral ou au sein du système hospitalier. Pour l'année scolaire 2012-2013, 65 élèves sont accueillis en sections de masso-kinésithérapie. Actuellement, plus de 2000 personnes non ou malvoyantes exercent cette activité en France.

Stages sportifs au profit des patients

Des stages de plongée sous-marine et de ski ont été proposés respectivement fin 2012 et fin janvier 2013 aux patients des pôles vasculaires diabétologie - appareillage et médecine physique et réadaptation (lire également articles pages 30-31). Des stages de tir ont également été proposés à l'ensemble des patients.

Groupement de coopération du sud de l'Aisne

L'assemblée générale du groupement (CH de Château-Thierry et CH de Soissons [02]) s'est réunie le 15 novembre 2012 afin notamment :

- d'approuver les comptes 2011 ;
- de renouveler ses membres ;
- de désigner un nouvel administrateur, Benoît Frasin, directeur de l'hôpital Villiers Saint Denis ;
- de poursuivre les travaux sur l'organisation de la production alimentaire, la biologie médicale, la stérilisation des dispositifs médicaux et le traitement du linge.

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 six 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 Saint-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



**Institut de formation
en ergothérapie La Musse**
BP 119
27180 Saint-Sébastien-de-Morsent
Tél. : 02 32 29 30 10



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

Siège social :

14, boulevard Saint-Germain - 75005 PARIS
Tél. : 01 43 26 77 04 - Fax: 01 40 51 70 01
www.larenaissancesanitaire.fr
larenaissancesanitaire@lrs-fondation.net

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

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