

Le magazine de La Renaissance Sanitaire

Regards

N°16 JUIN 2014

Toute l'actualité de la Fondation sur:

www.larenaissance-sanitaire.fr

Actualités

Enjeux

Compétences

Initiatives

Hôpital La Musse
Samsah
Instituts de formation
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, 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

Jean-Louis VINCENT, directeur des ressources humaines du Groupe SNCF-Geodis

Établissements de Villiers Saint Denis (02)



Directeur
Benoît FRASLIN



Président de la CME
Dr Jean-François BOUTEUX

Établissements de La Musse (27)



Directeur
Catherine PALLADITCHEFF



Président de la CME
Dr Sylvain DUTHOIS

actualités

Métiers de la rééducation
Ouverture de l'institut de formation en septembre 4

Hôpital Villiers Saint Denis
Une convention de partenariat avec le Samu social de Paris 6

enjeux

Précarité à l'hôpital
Évaluation et prise en charge 9

Hôpital Villiers Saint Denis
Programme Hôpital numérique 14

Hôpital La Musse
Phase 2 d'accréditation pour le laboratoire de biologie médicale 18

compétences

Fibromyalgie
Une prise en charge spécifique pour une « souffrance invisible » 20

Publications
Des articles scientifiques et techniques dans une revue de référence 23

Pathologies vasculaires
Guérir un ulcère 24

Réadaptation
Appareillage du pied diabétique 26

initiatives

Équipe mobile d'évaluation à domicile
Plus de cent personnes aidées 29

Qualité de vie au travail
Ça roule pour les Cyclo'Musse ! 32

Faits marquants
Hôpital La Musse 33

Exploit à l'hôpital La Musse
Pierre-Michaël Micaletti : un exemple sportif et humain 34

Faits marquants
Hôpital Villiers Saint Denis 36

in memoriam

Hommage
Romuald est parti 38



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 2014.



La fragilisation de l'état de santé, la perte d'autonomie, nous le savons bien, peuvent être synonymes de précarisation. Les établissements de santé de soins de suite et de réadaptation (SSR) de la Fondation La Renaissance Sanitaire, acteurs de la réinsertion sociale, ont aussi pour mission d'accompagner les usagers en situation de précarité dans leurs parcours de soins. Cet accompagnement, l'évaluation de sa spécificité, il en est beaucoup question dans ce 16^e numéro de *Regards*.

Alors que la modification des modalités de financement de nos hôpitaux serait projetée pour 2016, et que les projets de loi relatifs à la politique de santé et l'adaptation de la société au vieillissement de la population sont en train d'être élaborés ou discutés (leur articulation est souhaitable), il est primordial d'appréhender finement tant l'incidence de la précarité sur le projet thérapeutique et social de l'utilisateur, que les ressources déployées pour que ce projet soit un succès.

De nouvelles formules de prises en charge sont aussi certainement à imaginer pour les usagers les plus vulnérables. Elles impliqueront, dans le contexte de réorganisation des collectivités territoriales, une coordination accrue des acteurs sanitaires et médico-sociaux : professionnels médicaux et soignants, services sociaux, équipe mobile médicale et soignante d'évaluation, structure locale d'information et de coordination...

Ce sont également des stratégies individuelles, impulsées par les professionnels de SSR, qui peuvent être déployées pour surmonter des problèmes de santé, souvent liés à des pathologies chroniques : éducation thérapeutique et physique, réappropriation de son corps qui « n'est pas qu'une source de douleurs, mais aussi une source de plaisir ».

Ces stratégies individuelles, Pierre-Michaël Micaletti les a déployées pour parcourir, durant six jours et six nuits, 2 738 kilomètres dans les locaux de l'hôpital La Musse en janvier dernier (soit près d'un tour de France en six jours et six nuits !). Son énergie, sa détermination seront précieuses aux travaux de recherche consacrés aux mécanismes mentaux mis en œuvre pour faire face à l'effort et la souffrance. Les défis relevés par l'ultra-fondeur constituent un message d'espoir pour les patients et un enseignement pour tous.

Didier Gaboriaud
Président de La Renaissance Sanitaire

Métiers de la rééducation Ouverture de l'institut de formation en sept

La première pierre des instituts de formation en masso-kinésithérapie et ergothérapie La Musse a été posée fin mars. Le président de la région Haute-Normandie et celui du conseil général de l'Eure avaient répondu à l'invitation du président de la Fondation La Renaissance Sanitaire, Didier Gaboriaud, et du directeur des établissements de La Musse, Catherine Palladitcheff. Les quarante-deux premiers étudiants en ergothérapie sont accueillis dans des locaux provisoires ; vingt-quatre futurs kinésithérapeutes les y rejoindront en septembre.

Des instituts et un campus

Vingt-six studios étudiants

La Fondation La Renaissance Sanitaire a investi dans les travaux de rénovation de locaux inoccupés et créé 26 logements disponibles pour les étudiants à la prochaine rentrée, dans un bâtiment situé dans le parc de La Musse à quelques centaines de mètres de l'institut.

Un projet d'institut sur le site de Villiers Saint Denis

Le conseil d'administration de la Fondation La Renaissance Sanitaire et les équipes de l'hôpital de Villiers Saint Denis ambitionnent de créer un institut de formation en masso-kinésithérapie et/ou ergothérapie dans le département de l'Aisne.



Les travaux du nouveau bâtiment devant abriter les deux nouveaux instituts de formation aux métiers de la rééducation ont démarré à l'automne dernier à l'entrée de l'hôpital La Musse. Dès septembre prochain, l'endroit sera opérationnel pour accueillir les première et deuxième années de l'institut de formation en ergothérapie (IFELM) – soit soixante-six étudiants – et les vingt-quatre premiers étudiants du nouvel institut de formation en masso-kinésithérapie (IFMKLM).

Le partenariat entre la Fondation La Renaissance Sanitaire, le conseil régional de Haute-Normandie et l'université de Rouen a permis la concrétisation de ce projet amené par la Fondation et défendu, sur le terrain, pendant plus de deux ans, par le directeur des établissements de La Musse, Catherine Palladitcheff.

À terme, la structure devra aider à combler les déficits récurrents en professionnels de santé dans la région Haute-Normandie. « Il s'agit du deuxième institut de formation aux métiers de la rééducation implanté en Haute-Normandie et le premier de ce type pour le département de l'Eure », a souligné Didier Gaboriaud, représentant la Fondation La Renaissance Sanitaire, laquelle a investi 3,5 millions d'euros dans cette construction. Le rôle des professionnels de la rééducation est déterminant dans la prise en charge du handicap et de la dépendance. Leurs compétences sont fondamentales pour relever les défis sociétaux que sont l'accentuation du vieillissement de la population et les inégalités de santé et d'accès aux soins. Le futur institut s'élèvera au cœur du site hospitalier de La Musse, de son plateau technique, à proximité d'équipes de professionnels de

embre



(De gauche à droite) Catherine Palladitcheff, Didier Gaboriaud, les présidents des conseils régional et départemental, et le maire de la commune.

santé experts en rééducation et soucieux de partager et de transmettre leurs savoirs. Cet ancrage au cœur de l'hôpital La Musse, spécialiste de la rééducation, sera, nous en sommes convaincus, un atout pour le parcours pédagogique des étudiants. De par son architecture et son emplacement, l'institut sera aussi ouvert à d'autres activités. Ce sera un espace de partage vers l'extérieur. »

Didier Gaboriaud a profité de l'occasion pour saluer les actions déjà mises en place par les premiers étudiants en ergothérapie accueillis à La Musse depuis septembre dernier et qui se sont constitués en association, l'Association des étudiants de La Musse (AELM). Ils se sont investis dans la bonne organisation des concours d'entrée aux instituts en mai dernier et se rendront également disponibles pour l'accueil des quarante-quatre nouveaux étudiants en kinésithérapie et en ergothérapie, en septembre prochain.

Trois années d'études

Comme leurs collègues ergothérapeutes, les futurs masseurs-kinésithérapeutes bénéficieront de trois années d'études, alternant périodes de cours théoriques et pratiques à l'institut et périodes de formation clinique dans des établissements

sanitaires ou médico-sociaux, cabinets libéraux, structures associatives ou sportives.

Le conseil régional de Haute-Normandie aide au fonctionnement de l'institut, à hauteur de 5 000 euros par étudiants en ergothérapie et de 6 800 euros par étudiant en kinésithérapie et par an. Les frais d'études en ont été réduits d'autant. ■

Dominique GUIBOURG

Contacts - Informations

- Institut de formation en masso-kinésithérapie La Musse
Tél.: 02 32 29 30 02 Courriel: secretariat.ifmk@hlrs-lamusse.net
- Institut de formation en ergothérapie La Musse
Tél.: 02 32 29 30 10 Courriel: secretariat.ifelm@hlrs-lamusse.net
- Courrier: Hôpital La Musse, BP 119, 27180 Saint-Sébastien de Morsent
- Site: <http://www.larenaissancesanitaire.fr>



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 restée jusqu'ici sous la responsabilité de l'État: les formations sanitaires et sociales.

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.

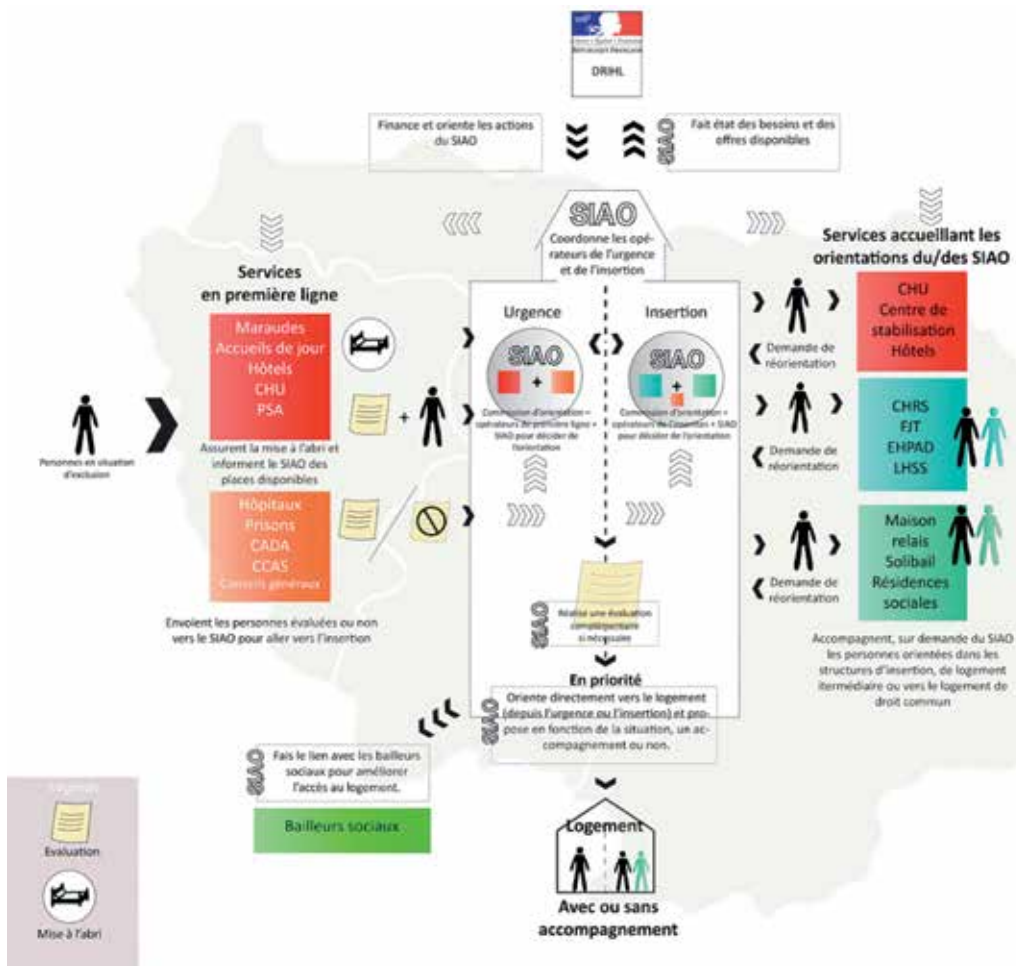
Il soutient financièrement les instituts de formation aux métiers de la rééducation La Musse.

Hôpital Villiers Saint Denis

Une convention de partenariat avec le Samu social de Paris

Créé le 19 décembre 1994 à l'initiative du Dr Xavier Emmanuelli, le Samu social de Paris est un groupement d'intérêt public destiné à apporter aide, soutien et accompagnement aux personnes les plus vulnérables en Île-de-France. Une convention de partenariat avec l'hôpital Villiers Saint Denis a été signée pour un maillage géographique renforcé.

samusocial de Paris



Le Samu social de Paris est organisé en trois pôles :

- le pôle **Hébergement et réservation hôtelière** assure l'hébergement des familles au sein d'un parc hôtelier conforme à la charte hôtelière établie par les services de l'État ;
- le pôle **Hébergement d'urgence** avec, entre autres, la plateforme dédiée au service intégré de l'accueil et de l'orientation qui développe quatre missions :
 - la coordination des acteurs locaux (centres d'hébergement d'urgence, maraudes, 115, accueil de jour),
 - la régulation des orientations,
 - le soutien à l'accompagnement personnalisé,
 - l'observation ;
- le pôle **Soins**, qui regroupe :
 - les 170 lits halte soins santé répartis sur cinq sites qui accueillent des usagers venant de la rue ou sortant de l'hôpital et dont l'état de santé nécessite un temps de repos ou de convalescence,
 - les lits d'accueil médicalisés destinés à la prise en charge de toute personne à la rue, depuis de nombreuses années, et présentant des pathologies lourdes la privant d'autonomie.

Pourquoi un rapprochement avec le Samu social de Paris ?

Une proximité géographique et une compétence reconnue du pôle vasculaire diabétologie appareillage (VDA)

Le pôle VDA de l'hôpital Villiers Saint Denis a, du fait même de sa spécificité et de sa compétence, un recrutement de patients qui s'étend hors des limites du territoire picard. La proximité géographique avec Paris-Île-de-France conduit naturellement à un rapprochement avec les correspondants médicaux des

ariat

établissements de santé de ce secteur. Ainsi, 75 % des patients hospitalisés en 2011 au sein du pôle VDA sont domiciliés sur Paris-Île-de-France (18 % sur Paris même), 66 % en 2012 (21 % sur Paris même) et 66 % en 2013 (17 % sur Paris même).

L'accompagnement complexe d'une population de «grands précaires»

Akteur de l'accompagnement à la réinsertion, tant familiale que sociale, scolaire ou professionnelle, le service social en soins de suite et de réadaptation (SSR) intervient à des niveaux divers pour accompagner le patient dans le retour vers son milieu de vie.

Dans ce cadre, le service social de l'hôpital Villiers Saint Denis a une action prédominante dans la préparation de la sortie et de la réinsertion en engageant, aussi rapidement que possible, les demandes d'allocation et d'aides à domicile, en tenant compte éventuellement de la dimension professionnelle.

Si l'essentiel de la prise en charge sociale se déploie pendant l'hospitalisation du

patient, le développement des partenariats sociaux et médico-sociaux favorisant les relais et la continuité de la prise en charge, au-delà du séjour hospitalier (parcours coordonné), s'avère indispensable.

L'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité, en raison d'un handicap ou d'une dépendance, nécessite une coordination d'un certain nombre d'acteurs, tant internes à l'établissement (ergothérapeutes, médecins, soignants, kinésithérapeutes...) qu'extérieurs, le service de soutien à domicile (Ssac), le service de soins infirmiers à domicile (Ssiad), les structures médico-sociales... Ce maillage partenarial s'avère d'autant plus nécessaire (du fait même de la complexité de la prise en charge) lorsque les patients hospitalisés sont sans domicile fixe (hébergement familial précaire, élection de domicile, hébergement en hôtel, «à la rue»).

Ainsi, la problématique de «devenir», au terme de la prise en charge en SSR de ces patients qualifiés «grands précaires», est posée : vers quelle structure orienter

le patient pour garantir un parcours de soins (et social) coordonné ?

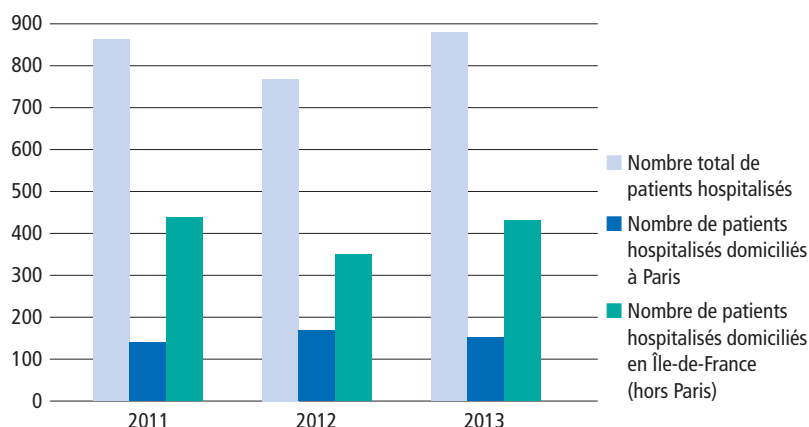
Le pourcentage de patients, originaires de Paris-Île-de-France et identifiés «sans domicile fixe» ou avec «hébergement précaire», passe de 8 % en 2011 à 13 % en 2013.

Ce pourcentage augmente pour les patients originaires de Paris, même si un déclin semble s'amorcer depuis 2012 (18 % en 2011, 15 % en 2012 et 14 % en 2013).

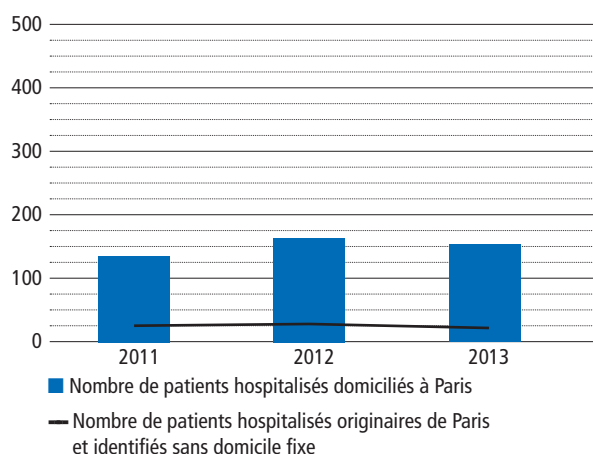
Christelle Jobert, coordinatrice socio-administrative des établissements sanitaires et médico-sociaux de Villiers Saint Denis.



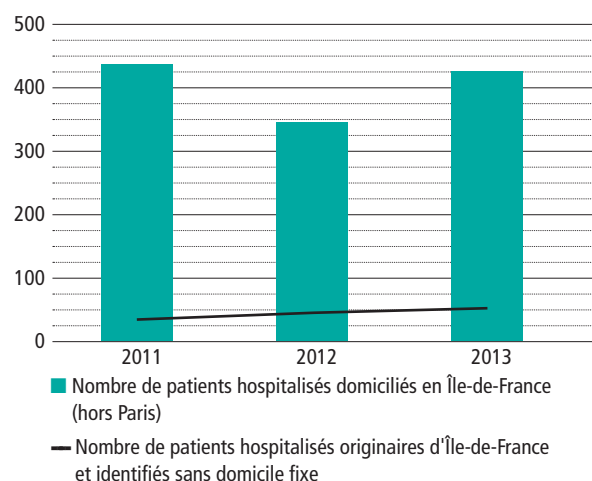
Origine géographique des patients hospitalisés au sein du pôle VDA (2011-2013)



Patients originaires de Paris



Patients originaires d'Île-de-France



Fort de ces constats et de la nécessité à accompagner au mieux ces patients tout en fluidifiant les parcours de soins (ne pas impacter les durées moyennes de séjour), le service social de l'hôpital Villiers Saint Denis s'est rapproché du Samu social de Paris.

Formaliser la complémentarité des compétences et des missions des professionnels

Une première rencontre en mars 2013, dans les locaux du Samu social de Paris à Ivry-sur-Seine (94), a réuni une partie de l'équipe du service social de l'hôpital Villiers Saint Denis, Laura Berge, directrice des opérations du GIP, et Gladys Swynghedauw, responsable des lits soins santé installés avenue de la Porte des Lilas (75).

La seconde rencontre s'est organisée au sein du pôle VDA de l'hôpital Villiers Saint Denis qui a accueilli l'équipe du pôle médical du Samu social de Paris: Vincent Blondel, directeur des soins, Dr Martine Wonner, directrice médicale, et Séverine Donge-Hersan, chargée de coordination du pôle médical.

Au terme d'échanges ayant permis d'identifier les besoins mutuels en termes de compétences complémentaires des

uns et des autres, une convention de partenariat a été signée le 25 novembre 2013, actant les engagements réciproques des deux établissements et les objectifs suivants :

- formaliser les relations entre le Samu social de Paris et l'hôpital Villiers Saint Denis et ainsi définir précisément les modalités de coopération entre les parties ;
- faciliter l'accès du patient sans domicile en situation de précarité à une structure d'accueil adapté (service intégré de l'accueil et de l'orientation, lits halte soins santé, lits d'accueil médicalisés) ;
- permettre au patient du Samu social de Paris de bénéficier, dans les meilleures conditions d'accès, d'une compétence médicale et de la filière de soins la plus adaptée à sa situation (accès aux consultations spécialisées) ;
- développer les admissions directes ou programmées dans les SSR de l'hôpital Villiers Saint Denis pour les patients du Samu social de Paris, dans les cas d'indications médicales d'hospitalisation en dehors d'une situation d'urgence (hospitalisation de jour, suivi consultations).

Si une convention permet la formalisation d'un partenariat entre plusieurs

acteurs, elle ne doit pas se limiter à une simple signature. Force est de constater aujourd'hui que les engagements posés sur papier se concrétisent au quotidien par :

- des échanges réguliers autour de suivis « en commun » ;
- des admissions au sein des structures type lits halte soins santé rattachées au Samu social de Paris pour les patients « répondant » aux critères d'admissibilité et « sortant » de l'hôpital Villiers Saint Denis ;
- l'accès aux consultations avancées (au sein des hôpitaux parisiens) des médecins de l'hôpital Villiers Saint Denis pour les patients accueillis au sein des structures du Samu social ;
- l'hospitalisation, au sein du pôle VDA de l'hôpital Villiers Saint Denis, de patients orientés par le Samu social de Paris.

Aujourd'hui, la démarche de formalisation de nos partenariats se poursuit auprès des structures et acteurs du territoire picard et plus spécifiquement de l'Aisne (Samu social, appartement de coordination thérapeutique, lits halte soins santé...).

Christelle JOBERT
Hôpital Villiers Saint Denis

Précarité à l'hôpital

Évaluation et prise en charge

Si, jusqu'au XIX^e siècle, la santé ne s'envisage que par rapport à la maladie – pour René Leriche*, « La santé, c'est la vie dans le silence des organes » –, dès 1946, un parallèle se confirme entre santé et précarité, la mauvaise santé générant un facteur d'exclusion et l'accès aux soins apparaissant comme un moyen de réduire les inégalités sociales.

Au fil du temps, les notions de « santé » et « précarité » s'étendent à nouveau, au-delà du simple débat philosophique, pour devenir un véritable débat sociétal, au cœur des politiques sociales et des textes réglementaires.

Pour autant, alors même que les coûts médicaux se déclinent en actes, comment évaluer la précarité au sein des établissements de santé, et plus spécifiquement en soins de suite et de réadaptation (SSR) ? Les outils de mesure sont-ils fiables et exhaustifs ? Une étude menée au sein des hôpitaux Villiers Saint Denis et La Musse, établissements de SSR de 841 lits et places, démontre la pertinence du recueil de données recensées à travers des sources pluridimensionnelles utilisées que sont le score Épices (Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examen de santé), les codes de la *Classification internationale des maladies* (CIM-10) du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et le rapport d'activité du service social des hôpitaux.

L'expérience des hôpitaux Villiers Saint Denis et La Musse

Dans le cadre de la réforme de financement des SSR, il convient de s'interroger sur l'existence de spécificités liées à la précarité dans ces établissements. Pour

autant, à partir de quels outils peut-on mesurer cette précarité ?

Les hôpitaux Villiers Saint Denis et La Musse ont ainsi mené une étude, au dernier semestre 2013, à partir du score Épices. Cette étude a été réalisée par le responsable du département d'information médicale de la Fondation La Renaissance Sanitaire et le recueil des données a été effectué par l'ensemble des services sociaux des hôpitaux Villiers Saint Denis et La Musse. L'analyse comparative avec les données médicales (codes CIM-10) et le score Épices tend à démontrer une certaine corrélation entre l'ensemble des éléments ainsi recueillis.

Le score Épices, transposable en indicateur de précarité en SSR ?

Épices est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité.

Le score Épices, construit en 1998, est élaboré à partir d'un questionnaire de 42 questions prenant en compte des éléments multidimensionnels de la précarité : emploi, revenus, niveau d'étude, catégorie socioprofessionnelle, logement, composition familiale, liens sociaux, difficultés financières, événements de vie et santé. Les méthodes statistiques d'analyse factorielle des correspondances et de régression multiple



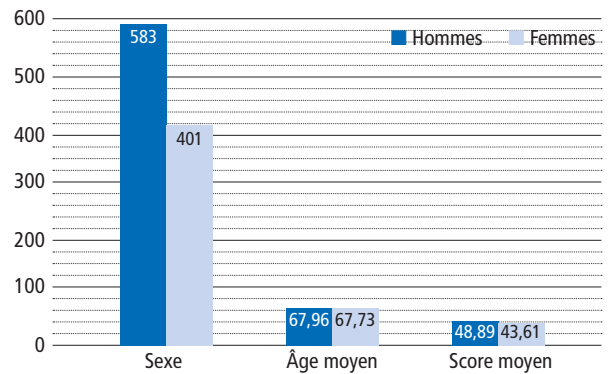
ont permis d'extraire 11 questions sur les 42 initiales, résumant ainsi à 90 % la situation de précarité d'un individu (*tableau page suivante*). La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient et la somme des 11 réponses donne le score Épices. Le score est continu ; il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité). Tout score supérieur à 30,17 points considère un individu comme « précaire ».

* Chirurgien et physiologiste français (1879-1955), spécialiste de la douleur, de la chirurgie vasculaire et du tronc sympathique.

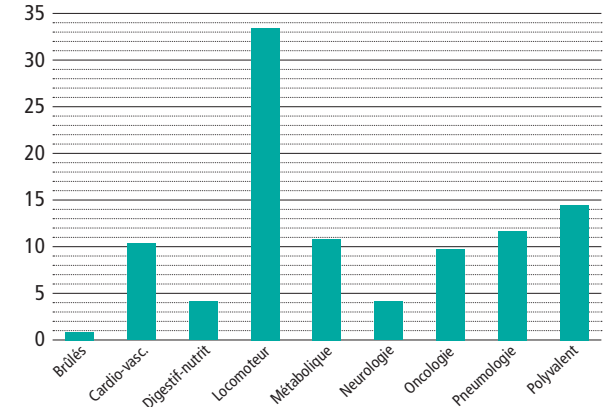
N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y a-t-il des périodes dans le moins où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
8	Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des six derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0
10	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	Constante	75,14	

Calcul du score : à partir de la constante (75,14), il faut ajouter ou soustraire des points pour chaque réponse positive aux 11 questions. Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées. Exemple : pour une personne qui a répondu Oui aux questions 1, 2 et 3 et Non aux autres questions, Épices = 75,14 + 10,06 + 11,83 - 8,28 = 65,09. Le score varie de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximale), avec un seuil fixé à 30,17 pour définir la précarité.

Caractéristiques générales de la population



Autorisations représentées (% de l'âge)



Précarité à l'hôpital

Un modèle de financement intégrant des critères géopopulationnels en réflexion (Fehap)

(Extraits de la dépêche de l'Agence presse médicale, 23 mai 2014)

« Un modèle de financement de la précarité à l'hôpital intégrant des critères géographiques et populationnels est en cours de réflexion et de test », a indiqué mercredi 21 mai 2014 Catherine Réa, conseillère médicale à la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés à but non lucratif (Fehap), lors des Salons de la santé et de l'autonomie.

Catherine Réa a rappelé que le modèle de financement de la précarité n'était pas encore abouti, mais que des calibrages avaient été initiés dès 2009 avec la création d'une mission d'intérêt général (MIG) Précarité, alimentée par le débasage de 100 millions d'euros des tarifs, puis de 150 millions d'euros en 2010 (143 millions pour le public et 7 millions pour le privé).

Pour la répartition de cette MIG, les indicateurs utilisés étaient fondés sur la proportion des séjours de patients bénéficiant de la couverture maladie universelle (CMU), de la CMU complémentaire (CMUC) et de l'aide médicale d'État (AME). Pour éviter la dispersion des financements, le taux de ces séjours devait dépasser un seuil de 10,5 % de la patientèle et un plancher avait été fixé à 40 000 euros par établissement, a rappelé Catherine Réa.

Ce modèle n'est toutefois pas suffisamment "robuste" et a présenté de nombreux inconvénients, notamment en raison de problèmes de fiabilité des données, celles-ci étant différentes selon qu'elles provenaient du PMSI ou de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts).

"Aujourd'hui, on est sur un modèle qui est toujours en cours de réflexion et qui est en train d'être testé, y compris sur l'impact financier", a indiqué Catherine Réa.

Ce nouveau modèle est fondé sur deux critères combinés avec, d'une part, des codes précarité repérés dans le PMSI, à améliorer encore, d'autre part des critères géopopulationnels avec un indice de "défavorisation" sociale.

Cet indice, qu'il faut encore affiner, se base sur le principe que, lorsqu'un établissement ou un patient vient d'une zone "à risque" de précarité, les moyens mobilisés par l'établissement qui va l'accueillir peuvent être différents, a expliqué la conseillère médicale de la Fehap.

Pour établir cet indice, un score est calculé à partir de quatre variables : la proportion

d'ouvriers, le niveau médian des revenus, la proportion de bacheliers et celle de chômeurs. "À chaque patient est associé le score de sa commune", a-t-elle expliqué. L'objectif est de calculer le taux de patients précaires par établissement.

Mieux coder pour alimenter les bases

S'agissant des codes précarité de la CIM-10, Catherine Réa a observé qu'ils étaient déjà connus, mais pas toujours utilisés, et parfois sujets à interprétation. "Il y a des travaux en cours pour préciser certains codes [...] trop flous" pour être utilisés pour le financement d'un établissement et pas uniquement une description de l'activité.

Pour elle, il faudrait également créer de nouveaux codes, pour tenir compte notamment de la non-observance d'un programme de soins (médecine/chirurgie/obstétrique, SSR, psychiatrie).

Elle a appelé les médecins à bien coder pour alimenter les bases.

Elle a néanmoins observé que de nombreuses questions se posaient encore par rapport au modèle de financement : comment utiliser ces critères ? À quelle hauteur ? Selon quelle combinaison ? Où place-t-on le curseur ? Que fera-t-on des données historiques de financement de la précarité dans les établissements ?

Un modèle spécifique aux SSR ?

S'agissant des SSR, Catherine Réa a indiqué que des travaux étaient en cours.

Elle a rapporté que la même combinaison de critères pourrait être utilisée, mais a pointé l'insuffisance du codage actuel (CIM-10 et Csar), ces codes n'étant actuellement pas pris en compte pour valoriser l'activité. Elle a suggéré d'impliquer les assistants sociaux présents dans les structures de SSR pour augmenter le codage de la précarité.

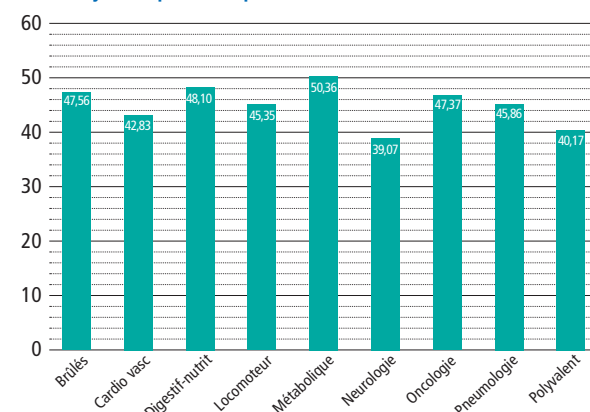
Elle s'est interrogée sur l'introduction d'autres critères pour les SSR et sur l'intérêt du score Épices. Ce score évalue plutôt la vulnérabilité et devrait être complété par le recueil d'indicateurs plus fins pour une MIG précarité, a-t-elle noté.

Véronique Gilleron, du DIM du CHU de Bordeaux, a précisé qu'outre les travaux de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), des études étaient menées sur la précarité par les CHU de Rouen et de Lille. »

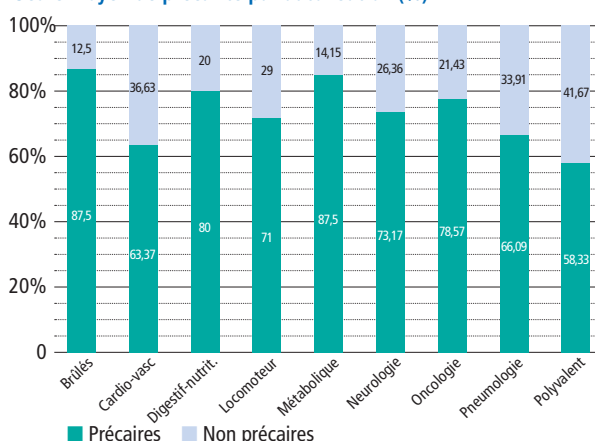
L'étude menée au sein des hôpitaux Villiers Saint Denis et La Musse a été réalisée auprès de 998 patients, présents en hospitalisation complète entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre 2013 (graphiques ci-contre) :

- le score moyen de précarité Épices est de 44,96 chez les 998 patients audités (45,89 pour les hommes, 43,61 pour les femmes), âgés en moyenne de 67,87 ans ;
- les hommes (59,25 % des patients) ont un âge moyen de 67,96 ans ;
- les femmes (40,75 % des patients) ont un âge moyen de 67,73 ans ;
- 78 % des patients audités ont un score de précarité Épices supérieur au seuil de 30,17 : 78,77 % sont des hommes, 75 % sont des femmes ;
- l'autorisation « locomoteur » est la plus représentée, avec 33,64 % des patients audités, le secteur digestif-nutrition étant le moins important avec 4,07 % de l'échantillon.

Score moyen de précarité par autorisation



Score moyen de précarité par autorisation (%)



Score moyen de précarité par autorisation

- La précarité est retrouvée dans toutes les autorisations SSR, allant d'un score moyen de 39,07 pour la neurologie à un score moyen de 50,36 pour le métabolique.
- La répartition des sujets précaires varie selon les autorisations, montrant un pourcentage élevé, allant de 63,37 % chez les patients relevant de l'autorisation cardio-vasculaire à 87,50 % pour les patients relevant des brûlés sans qu'il soit (pour l'instant) possible d'établir de relation de cause à effet.

Identifier l'accompagnement des personnes en situation de précarité avec la CIM-10?

La CIM-10 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est l'ouvrage de référence pour le codage de la morbidité dans le résumé hebdomadaire standardisé (RHS). Certains de ces codes ont été plus particulièrement ciblés pour l'étude (tableau ci-dessus).

Principalement renseignés par les assistantes des services sociaux des établissements de santé, ces codes s'inscrivent davantage dans le diagnostic associé significatif (DAS) considéré comme « tout problème de santé coexistant avec la

morbidité principale ayant donné lieu à une prise en charge effective (investigation, traitement...) du fait d'une affection nouvelle (telle une affection aiguë intercurrente) ou préexistante (évolution d'une affection connue ou affection chronique en cours de traitement) ou du fait de conditions familiales, sociales ou économiques ayant justifié une prise en charge particulière identifiable, dont la description est mentionnée comme telle dans le dossier médical du patient ».

Pour l'étude considérée, 718 patients ont été codés en CIM-10, soit 72,97 % de la population étudiée.

Les sources ont été croisées et indiquent

une corrélation entre les codes CIM-10 et les questions Épices 2, 4, 5, 9, 10 et 11 :

- 9,88 % ont des difficultés liées à une pauvreté extrême ou à l'absence de revenus (lien avec les questions 5 et 11) ;
- 8,86 % ont des difficultés liées à une couverture sociale et à des secours insuffisants (lien avec la question 2) ;
- 7,38 % ont des difficultés liées à la solitude (lien avec la question 9) ;
- 64,10 % ont des difficultés liées à être sans abri ou à avoir un logement inadéquat ou à avoir besoin d'assistance à domicile (lien avec les questions 4 et 10).

Code CIM-10

Codes	Libellés	Code CIM 10 de précarité (%)
Z 550	Difficultés liées à l'analphabétisme et à un faible niveau éducatif	0,28 %
Z 560	Difficultés liées au chômage	4,73 %
Z 562	Difficultés liées à la menace de perte emploi	1,85 %
Z 590	Difficultés liées à être sans abri	5,15 %
Z 591	Difficultés liées logement inadéquat	9,09 %
Z 595	Difficultés liées à la pauvreté extrême	2,09 %
Z 596	Difficultés liées aux faibles revenus	7,79 %
Z 597	Difficultés liées à une couverture sociale et à des secours insuffisants	8,86 %
Z 598	Difficultés liées au logement et aux conditions économiques	1,39 %
Z 602	Difficultés liées à la solitude	7,38 %
Z 653	Difficultés à des situations juridiques	1,53 %
Z 742	Besoin d'assistance à domicile	49,86 %

BIBLIOGRAPHIE

- Haut Conseil de la santé publique, « Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé », rapport, juin 2013.
- Circulaire DGOS/R5 n°2013-57 du 19 février 2013 relative au Guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général.
- Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, rapport annuel, 2013.
- CETAF et Assurance Maladie, « Le score Épices : l'indicateur de précarité des centres d'examen de santé financés par l'Assurance Maladie », rapport d'étude, janvier 2005.
- C. Sass et coll., « Le score Épices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes », BEH, n° 14-2006, pp. 93-100.
- Conseil national de lutte contre l'exclusion, « Histoire de la prise en charge des personnes en situation de précarité », novembre 2009.
- Conseil national de lutte contre l'exclusion. « Émergence de notions de santé, d'exclusion sociale et de privation des soins », novembre 2009.
- Père Joseph Wresinski, fondateur d'ATD Quart Monde, « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », rapport, février 1987.
- Haut Comité de la santé publique, « La santé en France », rapport, novembre 1994.
- « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher : rapport Lazarus et Strohl », La Documentation française, 1995.
- Loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. « Le programme et la loi de prévention et de lutte contre les exclusions », avril 1999.
- Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Circulaire DGOS/R4 n° 2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé.
- S. André, « Les permanences d'accès aux soins de santé », ASH, n° 2837, 13 décembre 2013, pp.49-53.
- Circulaire DGOS/R1/2012/D.G.O.S./R1/131 du 16 mars 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé.
- Direction générale de l'offre de soins, « Groupe modèle SSR : MIG Précarité en SSR », Comptes-rendus des réunions de travail du 19 décembre 2013 et du 22 janvier 2014.

Pour plus d'informations

Retrouvez l'étude complète « Évaluation de la précarité en soins de suite et de réadaptation à l'aune du modèle Épices et du PMSI » sur le site de la Fondation La Renaissance Sanitaire : www.larenaissancesanitaire.fr

Conclusion

Évaluer la précarité en SSR prend sens dès lors où il convient d'admettre que :

- de plus en plus de patients pris en charge dans ces établissements sont atteints de maladies chroniques ;
- la prévalence de nombreuses pathologies chroniques est inversement corrélée au niveau socio-économique ;
- prendre en compte la précarité des patients fait partie de la démarche thérapeutique puisque, de la situation socio-économique du patient dépendront l'orientation et l'aboutissement du projet thérapeutique.

Vouloir évaluer la précarité est une chose, le pouvoir en est une autre. Longtemps limitée à une simple enquête sur le nombre de patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'aide médicale d'État (AME), l'évaluation de la précarité, comme tend à le démontrer l'étude, requiert des outils plus diversifiés que ceux limités aux simples données quantitatives relevant du niveau de vie (revenus), du statut social (niveau d'études, qualification professionnelle) ou encore de la composition de la cellule familiale...

En ces temps de réflexion menée autour de la réforme de financement des établissements de SSR, il convient effectivement de s'interroger sur les modes d'évaluation de la précarité

même si la mission du service social, au sein de ces structures, se priorise autour de la démarche d'insertion et de réinsertion dans sa globalité, en prenant en compte la dépendance et le handicap de la personne. La situation de précarité du patient peut être un frein à cette démarche et nécessiter des préalables qu'il convient, non seulement de quantifier, mais également de qualifier et d'analyser à partir d'indicateurs clairement ciblés. Les codes précarité de la CIM-10, complétés des actes du *Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation* (Csarr) liés à la réinsertion sociale enregistrés par les assistantes de service social, sont une première pierre à cet édifice. Pour autant, l'analyse ne sera rendue possible que dès lors qu'une approche comparative avec les données recueillies, à travers l'activité même des services sociaux des établissements de santé, sera réalisée.

Longtemps considéré comme le « parent pauvre » dans la chaîne de soins en établissement de santé, le service social hospitalier, à travers cette démarche, redevient acteur dans la prise en charge globale du patient et se voit doté d'outils permettant la valorisation de son activité.

Christelle JOBERT
Hôpital Villiers Saint Denis
Dr Jérôme TALMUD
Fondation La Renaissance Sanitaire

Communication aux Journées Émois 2014

Les rencontres organisées conjointement par l'Association des épidémiologistes de langue française (Adelf) et l'association Évaluation, management, organisation, information, santé (Émois) en 2008, 2010 et 2012 ayant rencontré de vifs succès, ces deux associations ont décidé de s'associer à nouveau, en 2014, pour organiser un congrès commun.

Ces journées communes ont pour ambition de rassembler, autour de thèmes de fond et/ou d'actualité, les différents acteurs impliqués dans ces vastes domaines que sont l'information en santé et l'épidémiologie : cliniciens, libéraux, directeurs des établissements de soins, soignants, responsables des tutelles, assurance maladie, médecins des départements d'information médicale et techniciens de l'information médicale.

Christelle Jobert, coordinatrice socio-administrative à l'hôpital Villiers Saint Denis, et le Dr Jérôme Talmud, responsable des départements d'information médicale des hôpitaux de la Fondation La Renaissance Sanitaire, ont présenté l'étude « Précarité : évaluation et prise en charge » aux Journées Émois 2014 qui se sont déroulées du 3 au 5 avril.

Le poster (page suivante), élaboré avec le collectif des services sociaux des hôpitaux La Musse et Villiers Saint Denis – en particulier Virginie Berthe, Didier Colombo, Virginie Legeay et Anne-Marie Prévost –, a notamment fait l'objet d'une communication lors des journées Émois 2014.

Pour en savoir plus sur les journées Émois : <http://emois.org/>

Dr J. TALMUD

(Médecin DIM La Renaissance Sanitaire)

C. JOBERT-DELA TOUR et coll.

(Service Social Hôpital Villiers St Denis 93230)

A-M. PREVOST, D. COLOMBO,

V. BERTHE, V. LEGEAY et coll.

(Service Social Hôpital La Musse 93180)

Evaluation de la précarité en SSR à l'aune du modèle EPICES et du PMSI

Paris, les 03 et 04 avril 2014

Introduction

- La précarité est un facteur de risque majeur de pathologies chroniques. Sa prévalence est inversement corrélée au niveau socio-économique.
- Les établissements de la Renaissance Sanitaire (840 lits SSR purs) colligent depuis plusieurs années déjà les codes CIM 10 liés à la précarité, par l'intermédiaire d'une fiche de liaison sociale informatisée et établie par les services sociaux des deux établissements et le Service DIM.
- Un lien existe-t-il entre description sociale et médicale ?
- Une enquête de terrain a été entreprise à l'aide du modèle EPICES sur les patients présents en 2013.

Méthodes

- L'étude porte sur 984 patients dont la distribution représente toutes les autorisations SSR (sauf Addictions et Pédiatrie).
- Le modèle EPICES (Evaluation de la Précarité dans les Centres d'Examens de Santé) a été proposé. Son score est calculé à partir de 11 questions et varie de 0 à 100, avec un seuil de 30,17 au-dessus duquel le patient est considéré comme précaire.
- La comparaison avec le codage en CIM 10 est faite afin d'établir une corrélation possible.
- Des questionnaires anonymes ont servi de support à l'enquête.

EPICES (exemple)

N°	Questions	CIM	Score
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	0	0
2	Bénéficiez-vous d'une assistance médicale complémentaire ?	0	0
3	Vivez-vous en couple ?	0	0
4	Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	0	0
5	Y a-t-il des périodes dans la semaine où vous manquez de choses difficiles d'accès à faire face à vos besoins (alimentation, hygiène, EDF, ...)?	0	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	0	0
7	Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	0	0
8	Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	0	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	0	0
10	En cas de difficulté, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous pouvez compter pour vous aider (quelques jours en cas de besoin) ?	0	0
11	En cas de difficulté, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous pouvez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	0	0

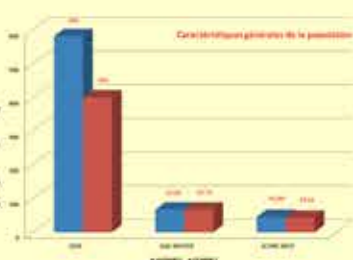
Calcul du score : à partir de la constante (75,14), il faut ajouter ou soustraire des points pour chaque réponse positive aux 11 questions. Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées.

Exemple : pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions, EPICES = 75,14 + 10,06 + 11,83 - 8,28 = 88,75.

Le score varie de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximale), avec un seuil fixé à 30,17 pour définir la précarité.

Résultat (1)

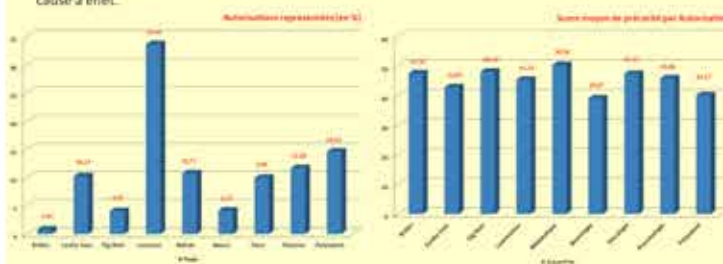
Le score de précarité EPICES est de 44,92 +/- 20,48. Chez ces 984 patients âgés de 68,48 +/- 12,48 ans. Les hommes (59,55% de la population) sont âgés de 68,91 +/- 12,48 ans. Les femmes (40,45% de la population) sont âgées de 67,85 +/- 12,48 ans. 71,14% des patients présentent un score de précarité EPICES supérieur au seuil de 30,17 répartis en 71,97% des hommes et 69,39% des femmes.



Résultats (2)

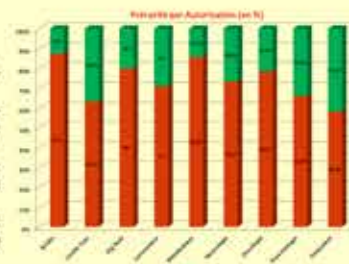
L'autorisation « Locomoteur » est la plus représentée avec 33,64% des patients, les « Brûlés » étant les moins nombreux avec 0,81%. La précarité est retrouvée dans toutes les autorisations SSR, allant de 39,07 pour le « Neurologique » à 50,36 pour le « Métabolique ».

La répartition des sujets précaires varie selon les autorisations, montrant un score élevé, allant de 58,33% chez les « Polyvalents » à 87,50% chez les « Brûlés », sans qu'il ne soit (pour l'instant) possible d'établir de relation de cause à effet.



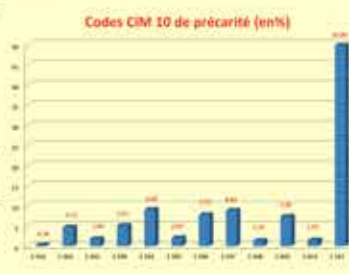
PMSI et Précarité

718 patients ont été codés en CIM 10, soit 72,97% de la population. Les codes décrivant la précarité font partie du Chapitre XXI de la CIM 10 et se trouvent plus particulièrement dans les séries Z 56, Z 59, Z 60 et Z 74. Ils décrivent essentiellement les difficultés liées à la famille et au domicile, ainsi que celles liées à l'emploi et aux revenus. Les sources ont été croisées et indiquent, pour les deux établissements, une corrélation entre les codes CIM 10 et les questions EPICES 2, 10 et 11.



Quels codes CIM 10 pour la précarité ?

- Z 550 Difficultés liées à l'analphabétisme et à un faible niveau éducatif ;
- Z 560 Difficultés liées au chômage ;
- Z 562 Difficultés liées à la menace de perte d'emploi ;
- Z 590 Difficultés liées à être sans abri ;
- Z 591 Difficultés liées logement inadéquat ;
- Z 595 Difficultés liées à la pauvreté extrême ;
- Z 596 Difficultés liées aux faibles revenus ;
- Z 597 Difficultés liées à une couverture sociale et à des secours insuffisants ;
- Z 598 Difficultés liées au logement et aux conditions économiques ;
- Z 602 Difficultés liées à la solitude ;
- Z 653 Difficultés à des situations juridiques ;
- Z 742 Besoin d'assistance à domicile.



Discussion

L'étude mérite d'être approfondie et donnera lieu

- à d'autres enquêtes visant à tenter d'établir le plus précisément possible les relations éventuelles entre précarité et pathologies,
- à d'autres publications plus détaillées.

Les caractéristiques générales de la population étudiée ne montrent pas d'écarts significatifs, tant en âge, qu'en scores de précarité. L'âge moyen est celui des patients SSR de façon générale, avec un écart type identique. Le score de précarité le plus faible (0) n'a été retrouvé que 2 fois, celui maximal (100) 3 fois, la moyenne étant de 44,92 (seuil à 30,17).

La comparaison avec d'autres études antérieures sera également entreprise, la difficulté déjà connue étant celle des échantillons respectifs à des époques différentes.

Conclusions

- La précarité est un sujet important à décrire absolument en PMSI.
- Les services sociaux des établissements de santé sont les mieux placés pour la détecter, apportant une valeur ajoutée au renseignement médical.
- La comparaison du score EPICES et des codes CIM 10 montre que la précarité est un élément majeur de l'appréhension, et donc de la prise en charge, des patients.



Hôpital Villiers Saint Denis

Programme

Hôpital numérique

Hôpital numérique constitue la stratégie nationale des systèmes d'information (SI) hospitaliers à six ans (2012-2017). Son ambition est d'élever le niveau de maturité des SI dans l'ensemble des établissements de santé vers un socle commun de façon à améliorer significativement la qualité et la sécurité des soins.



Contexte et enjeux

La stratégie Hôpital numérique se décline en un programme pragmatique et cohérent, lancé le 25 novembre 2011, qui propose d'agir sur un ensemble de leviers, afin de permettre aux établissements de santé d'atteindre le socle commun :

- la déclinaison concrète des objectifs SI, du niveau national au niveau local, en passant par les agences régionales de santé (ARS), et ce pour favoriser l'implication des professionnels de santé et des décideurs en établissement ;
- le renforcement des compétences des équipes et des professionnels de santé sur les aspects SI, en formation initiale et continue ;
- la mutualisation des compétences SI et des SI en tant que tels ;
- la stimulation et la structuration de l'offre de solutions (homologation), ainsi que le soutien des projets innovants ;
- le financement d'un socle de priorités, subordonné à l'atteinte de cibles d'usage.

Le socle commun, ou palier de maturité cible de la stratégie Hôpital numérique, a été défini en concertation avec des représentants d'établissements de santé et des opérationnels du terrain. Il est constitué de domaines constituant les « prérequis » (identités/mouvements, fiabilité/disponibilité, confidentialité) et de cinq domaines fonctionnels :

- les résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie ;
- le dossier patient informatisé et interopérable ;
- la prescription électronique alimentant le plan de soins ;
- la programmation des ressources et l'agenda du patient ;
- le pilotage médico-économique.

La démarche

L'hôpital Villiers Saint Denis s'est engagé dans le programme Hôpital numérique, début 2013, encouragé par le responsable SI de santé de l'ARS de Picardie, Benoît Normand.

Le pilotage de la démarche a été confié à Michel Duménil, responsable informatique de l'hôpital avec, comme objectif, d'obtenir la validation avant le 31 décembre 2013.

La démarche s'annonçait laborieuse car le nombre de documents en tout genre (procédures, politiques, cartographies, etc.) était impressionnant et, même si les logiciels étaient pour la plupart en conformité avec les seuils exigés, il restait des développements particuliers à mettre en œuvre.

La première priorité a donc été de vérifier si le SI de l'établissement répondait, en tout point, aux prérequis dans les trois domaines. Un autodiagnostic a donc été réalisé, suivi d'un plan d'actions.

La deuxième étape a consisté à planifier les développements nécessaires à réaliser sur les domaines fonctionnels sélectionnés par l'hôpital, à savoir les résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie d'une part, le dossier patient informatisé et interopérable d'autre part.

Dans le même temps, l'outil Internet de suivi du programme était renseigné, en coordination avec Benoît Normand.

L'atteinte des prérequis

Identités/mouvements

L'établissement dispose d'un référentiel unique d'identités (serveur d'identités) et de mouvements des patients gérant l'identifiant national de santé supporté par le logiciel de gestion administrative des patients Clinicom de la société Intersystem. Néanmoins, ont été recensées les applications connectées et surtout celles non connectées au référentiel d'identités, à partir de l'inventaire des applications de l'établissement. Une seule application n'était pas connectée, mais comme il s'agissait d'un logiciel devant être remplacé (Orthosoft logiciel de gestion utilisé au centre d'appareillage), cette interface n'a pas encore été réalisée. Une cellule d'identito-vigilance et l'autorité de gestion de l'identification sont opérationnelles. Un groupe de travail – composé de représentants de la direction, de la commission médicale d'établissement (CME), du service informatique, du service qualité, du département d'information médicale (DIM), des personnels chargés de l'accueil du patient, des personnels soignants – est chargé de mettre en place la démarche d'identito-vigilance au sein de l'hôpital. Ce groupe de travail a notamment élaboré des supports de communication et de formation dédiés aux salariés.

Un référentiel unique de structure ou fichier commun de structure (Ficom), avec une procédure décrivant sa mise à jour et sa traduction dans les différents logiciels métiers, a été élaboré. Une cellule spécifique composée de la responsable des services financiers, référent en la matière, du médecin responsable du DIM et du responsable

informatique est chargée d'étudier toutes les demandes d'évolution du fichier structure.

Fiabilité/disponibilité

Le plan de reprise d'activité (PRA) du SI a été formalisé et comprend notamment le plan de sauvegarde des données, les procédures de récupération et les moyens d'information des utilisateurs en cas de panne. Ce PRA sera testé, maintenu et révisé régulièrement, pour vérifier son caractère opérationnel. Il devra également évoluer vers un plan

Michel Duménil, Dr Aline Sénégas-Rouvière et Lionel Bertucchi, cadre infirmier, testant de nouvelles fonctionnalités numériques du système d'information au pôle gériatrie cardiologie pneumologie.



de continuité d'activité limitant l'interruption du SI à son strict minimum en cas de panne importante.

Le taux de disponibilité des applications informatiques liées au processus de soins est mesuré en continu, afin de le comparer au besoin de disponibilité défini avec les responsables « métiers ». La méthodologie de calcul du taux de disponibilité a été décrite dans une procédure et s'appuie sur un outil spécifique de surveillance et d'alerte du réseau informatique.

Des procédures de fonctionnement en mode dégradé ont été rédigées avec les professionnels concernés et diffusées largement. Celles-ci sont testées et font l'objet de mesures correctives découlant de ces tests.

Confidentialité

Un référent sécurité du SI a été nommé par le directeur. Parmi ses missions formalisées dans sa fiche de poste, la plus importante a été de rédiger la politique de sécurité du système d'information (PSSI) de l'hôpital identifiant, entre autres, les actions majeures permettant de renforcer la sécurité de l'information, principalement en matière de confidentialité, et de donner un cadre institutionnel pour la mise en œuvre de ces actions.

Cette PSSI se base sur une analyse identifiant les risques majeurs qui menacent la sécurité du SI afin d'élaborer un plan d'actions pour réduire la probabilité et l'impact de ces risques. Les éléments constituant l'infrastructure technique ont été inventoriés afin d'évaluer les risques afférents (virus, intrusion, etc.) et principalement sa disponibilité.

Des audits permettront de vérifier la bonne application, par les acteurs, de la politique de sécurité et nécessiteront des actions de sensibilisation/formation

relative aux enjeux de la sécurité du SI. La charte dite « d'accès et d'usage du SI » a été revue pour tenir compte de l'évolution des usages et de la législation en vigueur. Celle-ci a été validée par les différentes instances de l'hôpital et annexée au règlement intérieur. Selon la procédure diffusée, chaque utilisateur doit prendre connaissance de la charte et la signer avant de disposer d'un compte d'accès au SI.

La grande majorité des applications informatiques, et toutes celles gérant des données de santé, intègrent un dispositif d'authentification personnelle, actuellement par login/mot de passe, et bientôt via la carte professionnelle de santé (CPS). De plus, la traçabilité des connexions et l'horodatage des actions des utilisateurs sont assurés ainsi que la déconnexion sur inactivité pour les applications sensibles.

L'atteinte des seuils du domaine dossier patient informatisé et interopérable

Selon le guide des indicateurs du programme Hôpital numérique, ce domaine vise l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge, ainsi que l'amélioration de l'efficacité du temps soignant.

Il couvre le dossier patient électronique unique consultable, « DMP compatible », consulté et alimenté au sein de l'hôpital par les équipes soignantes et contenant au moins les résultats d'examens et les images ou un lien pour y accéder, les comptes-rendus d'hospitalisations antérieures et de consultations, ainsi que l'ensemble des courriers et lettres.

Un stade plus avancé de ce domaine consiste en une communication sécurisée vers l'extérieur (professionnels de santé, autres établissements, patients),

des statistiques sur les pratiques médicales, des données structurées, une terminologie standard, ainsi qu'une capacité de fournir les indicateurs nécessaires à la veille et à la prévention sanitaire.

Les prérequis en sont une compatibilité « DMP » et des standards du niveau de structuration, ainsi qu'une intégration des référentiels du cadre d'interopérabilité au plan sécurité et sémantique.

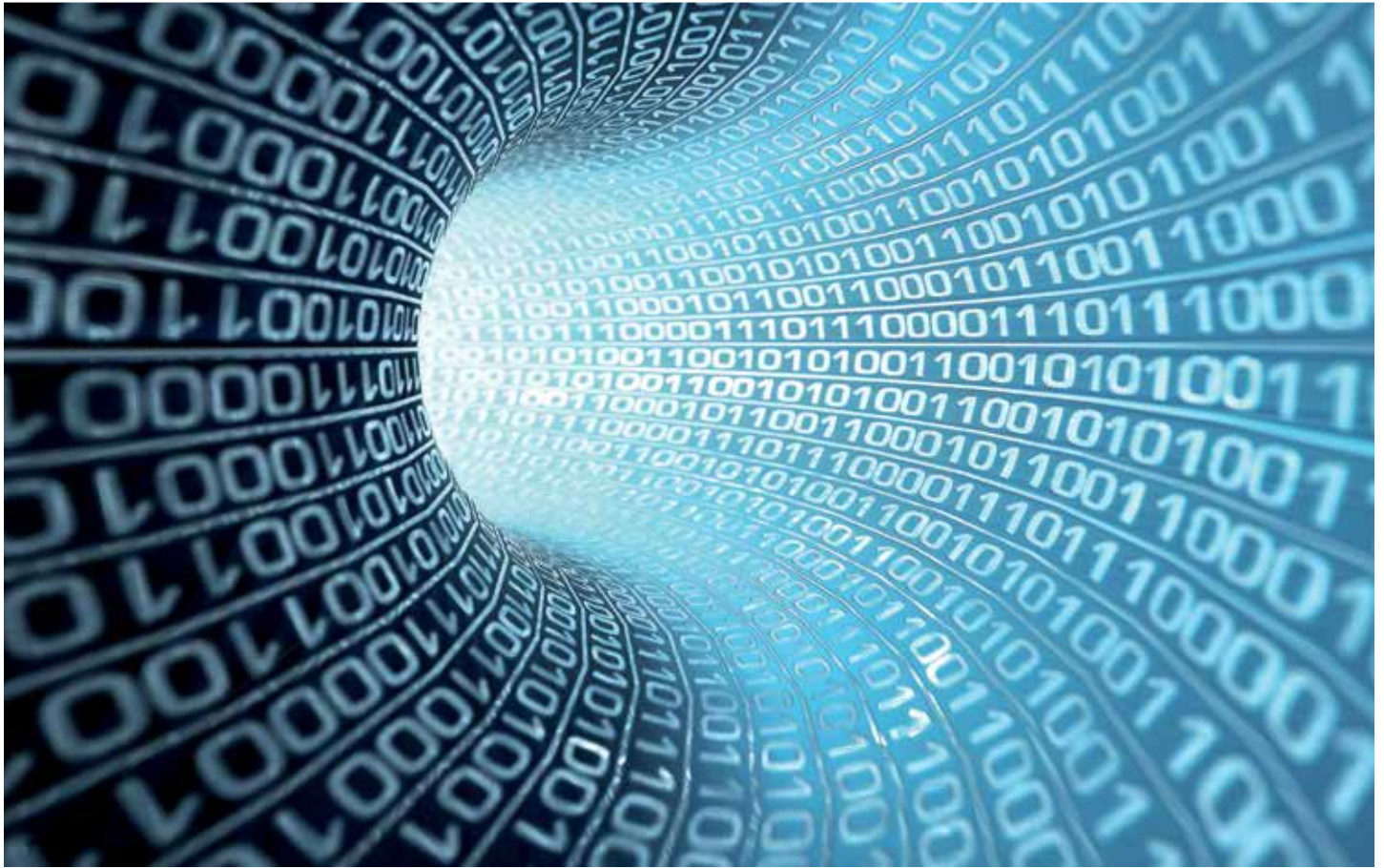
Les seuils attribués aux indicateurs ont pour objectifs de :

- s'assurer que le dossier patient est en capacité de partager l'information avec les autres établissements de santé et les cabinets de ville via le DMP ;
- vérifier que le dossier patient contient un socle de données minimales ;
- s'assurer que l'hôpital met en œuvre une démarche de communication des documents vers l'extérieur.

Le « DMP compatibilité »

L'hôpital Villiers Saint Denis utilise un dossier patient informatisé, appelé « dossier médical commun » (DMC), intégré à une passerelle « DMP compatible » (plateforme Antares de la société Enovacom – lire *Regards* n° 15, novembre 2013, p. 12).

Chaque document produit dans le DMC est caractérisé par un type (compte-rendu d'hospitalisation, de consultation, lettre de sortie, etc.). Pour chaque type de document, la CME s'est prononcée sur son alimentation ou non vers le DMP. Ainsi, dès la validation d'un document par son auteur, dont le type est en « DMP possible », le DMC génère les données nécessaires et les fournit à la plateforme Antares afin d'alimenter le DMP du patient concerné. Un compte-rendu de l'opération est généré par Antares.



Le taux de comptes-rendus d'hospitalisation des patients disposant d'un DMP au moment de leur admission publiés dans le DMP est ainsi de 100 % ; le seuil exigé par le programme Hôpital numérique est de 98 %.

Néanmoins, de nombreux comptes-rendus ne sont pas publiés du fait de la non-ouverture du DMP du patient. Un plan d'actions est défini, en concertation avec le groupement de coopération sanitaire (GCS) e-Santé Picardie (*lire Regards n°15, novembre 2013, p. 12*), afin de relancer la dynamique de création des DMP de nos patients.

Intégration des comptes-rendus et mise à jour des dossiers

L'hôpital Villiers Saint Denis compte 18 services de soins prenant en charge des patients hospitalisés, trois unités fonctionnelles de consultations externes, une pharmacie à usage interne et un service de radiologie.

Le même DMC est déployé dans tous ces services qui disposent des mêmes fonctionnalités d'accès.

Le taux de services pour lesquels le DMC intègre les comptes-rendus (de consultation, d'hospitalisation, d'examens d'imagerie), les traitements de

sortie et les résultats de biologie est de 87 %, le seuil exigé étant de 60 %.

Le taux de séjours pour lesquels le DMC a été mis à jour et contient le compte-rendu d'hospitalisation est de 95 %, ce qui correspond au seuil exigé. De même, le taux de consultations externes réalisées par des professionnels médicaux pour lesquelles le DMC a été mis à jour est de 88 % ; le seuil exigé est de 80 %.

Conclusion

Le programme Hôpital numérique est basé sur une démarche très contraignante, exigeant l'atteinte de prérequis souvent lourds à mettre en œuvre et de seuils fonctionnels précis et intransigeants.

Aussi, un travail intense, mené tout au long de l'année 2013, a été rendu possible par l'expérience acquise depuis de nombreuses années autour du DMC et couronné de succès suite à la validation, par l'ARS de Picardie, de la candidature de l'hôpital Villiers Saint Denis à l'appel à projet Hôpital numérique et l'octroi d'un financement correspondant. ■

Michel DUMÉNIL
Hôpital Villiers Saint Denis



Hôpital numérique, un programme soutenu financièrement par les ARS

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme Hôpital numérique, l'agence régionale de santé (ARS) de Picardie a octroyé 440 000 euros à l'hôpital Villiers Saint Denis.

Ce soutien repose sur des crédits d'aide à la contractualisation (Migac) de 212 000 euros et un financement au titre du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) de 228 000 euros.

Hôpital La Musse

Phase 2 d'accréditation pour le laboratoire de biologie médicale

Enquêtes, audits, protocoles, traçabilité..., les six techniciennes du laboratoire de biologie médicale de l'hôpital La Musse et leur chef de service poursuivent leur démarche d'accréditation.

Depuis novembre 2013, comme tous les laboratoires de France, le laboratoire de biologie médicale de l'hôpital La Musse est entré dans la deuxième phase de sa démarche d'accréditation. Ce service doit satisfaire aux exigences de la norme Afnor 15189 version 2012, délivrée par le Comité français d'accréditation (Cofrac). « Nous devons être en conformité pour 50 % de nos analyses au 1^{er} novembre 2016, puis pour 70 % au 1^{er} novembre 2018 et enfin pour l'intégralité au 1^{er} novembre 2020, explique le Dr Corinne Rousselin, biologiste médical, chef de service. Nous avons déjà procédé à la vérification de méthodes concernant le secteur biochimie, hématologie et hémostase et une bonne partie du secteur bactériologie. Nous contrôlons que notre fonctionnement répond bien aux attentes du médecin prescripteur et du patient. Nous devons utiliser des méthodes validées par la Communauté européenne et vérifier, chaque fois, la répétabilité du processus, la reproductibilité, s'il n'y a pas de contamination entre les échantillons et les réactifs, calculer l'incertitude de mesure, etc. Et ce quelles que soient les analyses : dosage du cholestérol, numération et formule sanguine, taux de prothrombine ou, en bactériologie antibiogramme, cytologie urinaire pour ne citer que ces exemples. »

En mars 2014, le laboratoire a déposé sa demande d'accréditation auprès du Cofrac pour environ 70 % de ses analyses.

Norme Afnor 2012

En passant de 2007 à 2012, la norme Afnor désormais requise introduit de nouvelles exigences et inclut la partie informatique. Elle exige une vérification, tous les deux ans, de l'habilitation du personnel à réaliser les tâches. Elle prévoit un contrôle de qualité externe, avec pour chaque type d'analyse, la réception, plusieurs fois par an, d'échantillons inconnus « tests » à analyser. « Nous devons réaliser des audits en interne, procéder à une évaluation de nos sous-traitants et de nos fournisseurs chaque année, y compris les contrats signés avec les services de l'hôpital La

Musse : informatique, services techniques, médecins... Nous devons réaliser des enquêtes de satisfaction auprès des médecins et des services de soins avec lesquels nous travaillons, énumère le Dr Corinne Rousselin. En termes de quantité d'analyses réalisées, il n'y a pas de changement, mais nous observons une surcharge de travail concernant les contrôles, la traçabilité, la rédaction des protocoles, leur assimilation et leur application. Nous devons tout écrire, tout noter. »

Le préanalytique

L'une des exigences des nouvelles normes est la nécessaire fiche de prescription qui doit obligatoirement accompagner chaque prélèvement arrivant au laboratoire. « Nous devons savoir si le patient était fébrile, sous antibiotiques ou anticoagulants, si le prélèvement a été difficile, à quelle heure il a été fait et dans quelles conditions, quelle est





Le Dr Corinne Rousselin (à droite) et les techniciennes (une absente sur la photo).

la pathologie du patient... , poursuit Lucienne Mouton, technicienne et référente qualité. Ces renseignements peuvent interférer sur le résultat. C'est une responsabilité, car le médecin adapte son traitement au regard de nos conclusions. »

« Nous avons actuellement 7 % de non-conformité préanalytique : un chiffre qui pourrait être ramené à 1 % si toutes les fiches étaient remplies dans les unités de soins », poursuit le Dr Corinne Rousselin, consciente de ce travail supplémentaire demandé aux équipes soignantes.

Parc de matériel

Le laboratoire peut s'appuyer sur un parc de matériel presque entièrement renouvelé ces dernières années. La quasi-totalité des appareils utilisés en biochimie, hématologie/hémostase et bactériologie a été changée récemment. Le dernier appareil arrivé est un nouvel automate en hémoculture (bactériologie). Chaque machine fait désormais l'objet d'une série de contrôles et d'un contrat de maintenance en bonne et due forme.

Dominique GUIBOURG
Hôpital La Musse

La réforme de la biologie médicale

La réforme de la biologie médicale a pour objectif de permettre à chacun d'avoir accès à une biologie médicale de qualité prouvée, payée à son juste prix dans un cadre européen

Elle est issue des constats suivants :

- la biologie médicale est devenue un élément central du parcours de soins des patients, déterminant pour l'élaboration d'environ 60 % des diagnostics ;
- il y a nécessité d'une traçabilité de la qualité des examens de biologie médicale réalisés.

Elle comprend deux mesures phares :

- **la médicalisation** : il s'agit de réaffirmer le rôle du biologiste médical au sein du parcours de soins ; cette reconnaissance se traduit par la création d'une responsabilité pour le biologiste médical qui interprète systématiquement l'ensemble des résultats des examens qu'il réalise ;
- **l'accréditation** : obligatoire, elle garantit une qualité tracée et prouvée des examens de biologie médicale par une vérification de la compétence du laboratoire de biologie médicale ; elle porte non seulement sur la phase analytique, mais également sur les phases préanalytiques (prélèvement et transports jusqu'au lieu de l'analyse) et postanalytiques (validation du résultat, interprétation biologique) ; elle est délivrée par un organisme national d'accréditation sur demande du laboratoire de biologie médicale ; en Europe, chaque pays a un seul organisme d'accréditation ; en France, cet organisme est le Comité français d'accréditation (Cofrac).

Le Dr Corinne Rousselin et une technicienne en bactériologie.



Fibromyalgie

Une prise en charge spécifique pour une « souffrance invi

À l'hôpital La Musse, la prise en charge des patients fibromyalgiques s'accompagne, depuis deux ans et demi, d'un atelier d'« expression corporelle » organisé chaque semaine pendant le mois d'hospitalisation. Animé par Audrey Gomez, psychomotricienne, et Béatrice Hécart, psychologue, ces séances en groupe permettent aux patients d'identifier et d'analyser leur contexte douloureux et de mettre en place un système plus positif, hors de l'enfermement dans lequel ils se sont isolés au fil des ans. Elles complètent ainsi un dispositif pluridisciplinaire reconnu.

La prise en charge spécifique de patients souffrant de fibromyalgie existe depuis près de trois ans au pôle de rééducation et réadaptation fonctionnelle de l'hôpital La Musse. Jusqu'en septembre 2011, les patients fibromyalgiques étaient accueillis avec les personnes présentant des lombalgies, pour des hospitalisations de quatre semaines. « Ces patients ont, certes, des points communs, mais ils ont aussi des besoins et des attentes différents qui nous ont conduits à élaborer une prise en charge spécifique et originale », expliquent Béatrice Hécart, psychologue, et Audrey Gomez, psychomotricienne. Les deux professionnelles du pavillon de rééducation fonctionnelle ont donc imaginé cet atelier d'expression corporelle qu'elles animent toutes deux. « Il permet au patient d'identifier et d'analyser le contexte douloureux dans lequel il se trouve et de l'accompagner dans une "remobilisation globale plus positive et acceptable". » Et d'expliquer cette maladie, ou ce syndrome, souvent qualifié de « souffrance invisible » : « Les douleurs dont souffre le fibromyalgique ne se voient pas et ne peuvent être expliquées dans leur totalité. C'est quelque chose qui s'est installé progressivement même si, souvent, un élément

déclencheur, souvent traumatique, en a été le révélateur : un décès, un accident et même, nous l'avons vu, un cambriolage. Les patients se présentent comme étant le pilier de la famille. Le corps semble s'épuiser à un moment donné. La douleur envahit tout et tout devient contraignant, voire insurmontable. »

« Les patients arrivent avec, derrière eux, un véritable parcours du combattant, constate le Dr Jean-Yves Doërr. Ils ont vu plusieurs médecins sans avoir jamais de réponses satisfaisantes. Ils présentent des douleurs qui réagissent mal aux antalgiques traditionnels et certains ont besoin d'un sevrage de morphine. Ils sont désespérés et pensent qu'il n'y a pas de solution à leur problème. »

Constats de départ

La création d'une prise en charge spécifique des fibromyalgies à travers les ateliers d'expression corporelle est venue d'un constat des équipes de l'hôpital La Musse ayant observé ce syndrome multidimensionnel complexe.

Quelques exemples de comportements et de perceptions avaient interpellé les soignants : « La vie des patients s'articule autour de la douleur avec le sentiment que cela ne peut être autrement ; idéalisation des capacités antérieures ; attente pessimiste sur soi et son avenir ; angoisse de la sortie car retour à la réalité du quotidien difficilement vécu ; difficulté d'expression et d'adaptation des sentiments. Pour certains : imaginaire appauvri ; demande de soin élevée avec besoin régulier de proximité des professionnels soignants et thérapeutes ; attitude parfois régressive ; estime de soi perturbée. Le corps n'est plus source de plaisir ni de désir mais seulement de douleur : patients physiquement recourbés... »

Quatre ateliers en groupe

Béatrice Hécart et Audrey Gomez proposent ainsi quatre séances, une par semaine d'hospitalisation, d'une heure trente environ, pour des groupes allant de deux à quatre personnes (voir encadré page suivante). Cette interdisciplinarité permet un regard complémentaire et

Fibromyalgie, définition

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

La fibromyalgie, ou syndrome polyalgique idiopathique diffus (SPID), après avoir été considérée comme un syndrome, est une maladie caractérisée par un état douloureux musculaire chronique (myalgies diffuses) étendu ou localisé à des régions du corps diverses, qui se manifeste notamment par une allodynie tactile (douleur provoquée par une stimulation normalement non douloureuse comme un simple effleurement de la peau) et une asthénie (fatigue) persistante et pouvant devenir invalidante.

Site officiel : <http://www.fibromyalgie-france.org>

fique sible »

globalisant sur le patient. « Il s'agit en effet de tenir compte de la dimension posturale, tonique, et de faire le lien avec le vécu psychologique. C'est d'autant plus important que les patients ont tendance à cloïser leur esprit et leur corps. »

Il ne faut pas non plus négliger l'impact du groupe, partie prenante de la réussite de cette prise en charge : « Les fibromyalgiques sont souvent isolés aux niveaux social et familial, mais aussi dans le vécu de ce syndrome polyalgique. Ici, ils peuvent partager leurs expériences avec des gens en souffrance comme eux, qui les comprennent. Ils découvrent que la maladie n'est pas "seulement dans la tête", sous-entendu créée par eux. Ils peuvent comparer leur vécu et apprendre à accepter de s'appuyer les uns sur les autres pour s'adapter au mieux à la gestion de leur quotidien malgré les douleurs. »

Prise en charge globale

« La fibromyalgie représente 2 à 5 % des consultations de médecine générale et concerne 10 à 25 % des consultations de rhumatologie, déclare Marie-Félix Adèle, cadre kinésithérapeute. Quinze à trente patients en souffrance sont accueillis chaque année dans notre établissement. Comme pour la lombalgie chronique, la fibromyalgie représente un certain coût pour la société (soins et incapacité au travail), la douleur étant l'élément dominant du tableau. En tant que thérapeutes, nous sommes assez souvent impuissants devant cette douleur fluctuante, diffuse ou persistante. Les traitements physiques ne soulagent que momentanément, d'où notre quête d'élargissement de l'arsenal thérapeutique. »

Comme les patients souffrant du dos, hospitalisés pour des lombalgies, les fibromyalgiques bénéficient de prises en charge en kinésithérapie, ergothérapie, balnéothérapie. Ils suivent des séances d'étirements, de réadaptation à l'effort



Audrey Gomez, psychomotricienne, et Béatrice Hécart, psychologue.

Ateliers d'expression corporelle : quatre semaines de prise en charge

Première séance

C'est une séance de « photo-langage ». « Nous demandons aux patients de choisir les images qui illustrent ce qu'ils vivent en ce moment et de les commenter. Les plus fréquemment choisies sont celles représentant un labyrinthe ou une boussole : "On est perdu, on ne sait par où commencer"; un chantier : "J'ai l'impression d'avoir un corps cassé, démolé"; un masque : "Je fais bonne figure parce que ma douleur ne se voit pas, mais derrière, je souffre". »

Un deuxième jeu d'images est ensuite proposé : « Il reflète plus l'état émotionnel des patients et nous permet de voir sur quoi il va falloir travailler ensuite. Les images les plus choisies montrent des personnes isolées, une vieille dame représentant pour eux le sentiment d'avoir vieilli rapidement, ou une figure soucieuse, symbole des symptômes migraineux souvent observés. Cette séance est importante car tous les patients n'arrivent pas au même stade ou dans la même dynamique : certains ont déjà cheminé, d'autres pas. Nous y évaluons ce sur quoi nous allons devoir travailler et nous nous adaptons. »

Deuxième séance

« Nous faisons écouter trois musiques totalement différentes et demandons aux personnes de décrire ce qui se passe dans leur corps. Les tensions, les décontractions, les modifications du rythme cardiaque, l'envie de danser, la notion de plaisir ou pas... Nous les accompagnons dans une écoute corporelle qui n'est pas centrée sur le seul ressenti douloureux qui, habituellement, occupe tout l'espace. »

Nous travaillons ensuite en binôme : un patient est allongé et un deuxième fait rouler des balles sur ses bras. Nous demandons aux deux personnes leurs impressions et comment elles s'y sont prises. Troisième et dernier

exercice, toujours en binôme : l'un pose les mains sur les épaules de l'autre qui doit alors bouger les bras. Chacun est en écoute corporelle, mais pas forcément centrée sur la douleur. On se rend compte que l'on peut sortir du "j'ai mal" et donner du sens à ce que l'on ressent. »

Troisième séance.

« Nous commençons à travailler la sortie du "cocon" que représente l'hôpital La Musse par une approche cognitivo-comportementale. Nous encourageons les patients à percevoir les moments qui génèrent le plus de douleurs. Ils nous parlent de circonstances bien précises et nous travaillons sur l'émotion et la posture qu'elles sous-tendent. Un exemple très souvent cité comme générant de nouvelles douleurs : les conflits vécus dans la famille et au travail. Des conflits mal supportés par les patients, qui y voient une dévalorisation et une humiliation accrues. Les situations difficiles sont aussi celles où l'on prend conscience de ne plus pouvoir gérer les enfants ou lorsqu'on se rend compte de l'incompréhension de ses amis. Nous donnons des pistes pour la sortie : comment réutiliser à l'extérieur ce qui a été appris à l'hôpital pour ne pas retomber dans le même schéma. »

Quatrième et dernière séance

« C'est le bilan. Nous utilisons de nouveau les photos-langage avec les mêmes consignes et observons l'évolution de la réponse. L'image du chantier produit désormais des phrases du type : "C'était dévasté, mais là, je vais me reconstruire"; la boussole : "J'ai trouvé ma voie"; l'image d'une femme souriante : "J'ai retrouvé le sourire". La plupart des patients ont souvent oublié les images qu'ils avaient choisies à la première séance. Nous les leur rappelons : ça leur permet de prendre conscience du chemin parcouru. »



Séance d'hypno-analgésie pratiquée par le Dr Jean-Yves Doërr.

et de renforcement musculaire. Ils ont accès aux dernières avancées en matière de traitement de la douleur, comme l'utilisation du Dédolor, un appareil qui permet une compression progressive de la peau à l'endroit précis de la douleur. Les fibromyalgiques peuvent profiter d'un temps de repos plus long en début d'après-midi, qui tient compte de leur fatigue chronique. Ils bénéficient également d'une prise en charge spécifique par les éducateurs sportifs. Ces derniers ont pour mission de leur redonner confiance en leurs capacités physiques en leur faisant faire, par exemple, de l'escalade ou même du vélo, une activité que beaucoup avaient « oubliée » au fil des années. Ils ont également accès à la physiothérapie et aux soins des kinésithérapeutes s'ils sont trop douloureux.

L'hypnose

Les fibromyalgiques bénéficient également chaque semaine d'une séance d'hypno-analgésie d'une demi-heure (une par semaine d'hospitalisation), dispensée par le Dr Jean-Yves Doërr : « Il s'agit d'une utilisation médicale de l'hypnose basée sur les principes de Milton

Erickson. Nous disposons de plusieurs techniques de prise en charge. J'enseigne aux patients l'autohypnose, à reproduire facilement chez soi. Cette technique est particulièrement adaptée aux fibromyalgiques sur lesquels nous obtenons un taux de réussite surprenant. »

Savoir s'écouter

Les équipes de l'hôpital La Musse aident les patients fibromyalgiques à reconnaître que le corps n'est pas seulement une source de douleurs, il peut être source de plaisir. « Nous proposons d'améliorer les conditions de vie, d'apprendre à gérer des douleurs qui ne disparaîtront peut-être pas, de comprendre ce qui va les majorer. Les fibromyalgiques sont généralement, au quotidien, des personnes très dynamiques qui, dès qu'elles vont se sentir mieux, vont redémarrer très vite. Trop vite... Ils doivent rester lucides et continuer à appliquer les techniques qui leur ont été enseignées à l'hôpital La Musse. Ils ont vu qu'il était important de prendre du temps pour eux, de savoir s'écouter. Quand ils nous disent : "J'ai retrouvé du plaisir", pour nous, c'est gagné. »

Dominique GUIBOURG
Hôpital La Musse

Publications

Des articles techniques

Avec un ensemble de professionnels de l'hôpital Villiers Saint Denis, nous venons de bénéficier de l'édition d'un article, tout à fait essentiel, dans l'Encyclopédie médico-chirurgicale (EMC), du groupe Elsevier, le plus grand producteur de ce qui est publié au monde en matière médicale.

L'article en question, numéroté 26-221-A-10, s'intitule « Amputation du membre supérieur » et est signé F. Lamandé, J.-C. Dupré, P. Talbot, M. Gillet, T. Januscevic et M. Dréjas-Zielinska.

Il faut savoir que c'est l'Encyclopédie médico-chirurgicale (EMC) qui demande, à certains professionnels de santé sélectionnés, des publications avec des thèmes précis et qu'elle n'accepte aucun texte non commandé par avance (c'est dire l'importance de cette publication). Trois autres publications pour l'EMC ont été réalisées en 2010 et 2011 :

- n° 26-170-B-15 : « Appareillage de la personne amputée de membre inférieur » Auteurs : F. Lamandé, J.-C. Dupré, E. Dechamps, J. Sénégas-Rouvière, I. Petit, O. Salze ;
- n° 26-270-A-10 : « Rééducation de la personne amputée de membre inférieur » Auteurs : F. Lamandé, J.-C. Dupré, O. Baudin, F. Cécile, V. Frison, C. Mangin ;
- n° 26-610-A-10 : « Réadaptation de la personne amputée de membre inférieur » Auteurs : F. Lamandé, J.-C. Dupré, F. Cécile, J. Sénégas-Rouvière, I. Petit, O. Salze.

En pratique

- Chaque année, neuf groupes de deux à quatre personnes (des femmes pour la grande majorité) sont accueillis pendant quatre semaines au pôle de rééducation fonctionnelle.
- Béatrice Hécart, psychologue, a adapté la méthode du photo-langage qu'elle utilisait avec les patients alcooliques du pôle de soins de suite polyvalents.
- Le Dr Doërr, médecin rééducateur, revoit chaque patient deux à trois mois après sa prise en charge pour faire le point. Béatrice Hécart les reçoit également à ce moment-là. Les trois quarts des patients ressentent un mieux-être évident. Certains cependant reconnaissent que l'univers protecteur de l'hôpital La Musse est indispensable à leur équilibre.
- Hospitalisation à temps partiel (HTP) : il est possible de poursuivre les séances à raison de deux demi-journées par semaine, les lundis après-midi et vendredis matin, pendant cinq semaines.
- Formation à l'hypno-analgésie : le Dr Doërr souhaiterait qu'un groupe de soignants de l'hôpital La Musse suive une formation à l'hypnose médicale pour le seconder.

scientifiques et dans une revue de référence

Avec ces quatre publications dans l'EMC, l'hôpital Villiers Saint Denis est devenu la référence nationale pour tout ce qui concerne les amputations (et ce pour de nombreuses années).

Ces articles nous permettent d'exposer tout ce que nous avons fait depuis de nombreuses années afin de faire progresser l'appareillage, la rééducation et la réadaptation des amputés.

L'article sur l'appareillage du membre inférieur montre tous les appareils créés ou mis en avant (appareil de décharge à appui sous-rotulien, prothèse de décharge à appui ischiatique, bottine en silicone, prothèses tibiale à secteur, prothèse en silicone pour désarticulation de genoux...), les techniques de rééducation pour la mise des prothèses (technique du compas, prothèse de décharge à appui ischiatique, théorie de la prothèse à secteur...) et les documents d'informations destinés aux patients.

L'article sur la rééducation et la réadaptation du membre inférieur décrit les techniques mises au point ou que nous avons fait progresser (les deux définitions du TDI, le « vol » de sang, le bandage des moignons, le bourrelet suspendu, les différentes marches avec cannes, l'électrothérapie particulière, l'ergothérapie spécifique, l'importance du muscle grand fessier, la marche dynamique, les exercices de pousser/tirer, les sorties sportives, l'interface...).

Pour les amputations de membre supérieur, devant le peu de publications proposées, nous avons bâti, au cours des années, une rééducation complète qui va des bilans (bilans myoélectriques...), de la rééducation avant l'appareillage (rééducation préprothétique, préparation psychologique, électrothérapie extrêmement spécifique...), de la rééducation avec l'appareillage (basée sur la pédagogie

par objectifs) à la réadaptation.

Bien sûr, ces articles s'ouvrent vers l'avenir, mais ils restent dans ce que nous pouvons faire de mieux pour les patients. Nous gardons les « pieds » sur terre.

Nous sommes très fiers d'avoir eu suffisamment de références (10 DVD, 25 films dont certains ont remporté des titres nationaux ou internationaux), de publications (25 articles dans des revues nationales et internationales et près de 40 dans la presse régionale ou d'entreprise), d'émissions de télévision (une dizaine) et autres (plus de 45 interventions dans des forums professionnels, parfois comme président de séance...) pour avoir été sélectionnés et pu relater toute notre expérience et notre acquis.

Mais cela a un prix : nous avons mis quatre ans et demi avant de publier les trois premiers articles et un an et demi pour celui consacré aux amputations de membre supérieur.

Pour ces quatre articles, nous sommes quatorze à avoir participé et nous sommes, aussi, très fiers de cela, montrant que l'appareillage, les pansements, les rééducations et la réadaptation des personnes amputées sont l'affaire de tout un groupe pluriprofessionnel, afin de réussir, tous ensemble, ce que le patient attend de nous et ce dont il a besoin : s'en sortir et Vivre !

Frédéric LAMANDÉ
Hôpital Villiers Saint Denis



L'Encyclopédie médico-chirurgicale

Constituée de 40 traités réactualisés en continu grâce à des mises à jour régulières, l'Encyclopédie médico-chirurgicale (EMC) est considérée comme la référence francophone dans toutes les spécialités médicales et chirurgicales.

Les articles rédigés par les spécialistes français et étrangers du domaine sont enrichis de vidéos, d'illustrations et de grilles d'autoévaluation interactives.

Tous les traités de l'EMC sont accessibles sur le site www.em-consulte.com

Pathologies vasculaires

Guérir un ulcère

Le service de réadaptation vasculaire de l'hôpital La Musse est intervenu lors de la dernière journée de la Société des infirmières en pathologie vasculaire (SIPV), à Paris. L'occasion pour cette équipe soudée et expérimentée de partager ses observations et ses pratiques. Le Dr Sid'Ahmed Belkaïd a parlé des obstacles à la cicatrisation des ulcères. Nelly Tessier-Guillaume, responsable infirmier, a présenté un des ateliers du programme d'éducation thérapeutique mis en place pour le patient atteint d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs.

« **U**lcère et cicatrisation », tel était le thème de la communication choisie par le Dr Sid'Ahmed Belkaïd à l'occasion de la quatorzième journée de la Société des infirmières en pathologie vasculaire (SIPV), qui s'est tenue l'année dernière à l'hôpital européen Georges-Pompidou à Paris.

Si l'équipe du service de soins de suite de pathologie vasculaire de l'hôpital La Musse participe chaque année à ces rencontres, celles de 2013 revêtaient un caractère particulier : un hommage était en effet rendu à Pascaline Noisette, l'une des infirmières vasculaires de l'hôpital La Musse, disparue peu de temps auparavant, présidente de la SIPV et très investie au sein de l'hôpital.

« *Ulcère et cicatrisation, c'est notre quotidien à l'hôpital La Musse, commente le Dr Sid'Ahmed Belkaïd. Nous sommes chaque jour confrontés aux échecs de la cicatrisation d'ulcères. Nous essayons de*

définir pourquoi et tenter d'y remédier. En la matière, l'expérience de toute l'équipe soignante est notre premier atout. Nous observons ces patients avec un esprit critique. Nous ne doutons pas de la compétence des collègues, mais nous savons que l'erreur est humaine. Le médecin, l'infirmière et le patient se partagent la responsabilité d'échec de cicatrisation. Une erreur de diagnostic est de la responsabilité du médecin... En effet, si le matériel (pansements, etc.) utilisé pour les ulcères artériels et veineux est identique, le traitement de la cause est opposé : le premier appelle à la revascularisation, le deuxième à lutter contre l'hyperpression veineuse des jambes. Le rôle de l'infirmière est primordial. Son expérience lui permet de reconnaître l'évolution normale d'une aggravation par un sepsis, une allergie ou une ischémie. Son implication dans les soins, en assurant une bonne hygiène du membre ulcéré est aussi importante et nécessaire que la pose d'une bande de contention ou compression dans les règles de l'art. Enfin, elle doit gagner la confiance de son patient pour pouvoir sereinement prodiguer des soins parfois douloureux et contraignants. Il ne faut pas nier le retentissement psychoaffectif et social de la maladie que subit le patient. Son ulcère de jambe devient une plaie psychologique qu'il faut prendre en charge également. »

Du côté du patient

Le patient doit être informé en permanence de la maladie dont il souffre. Il doit la comprendre : pourquoi porter un système de contention, pourquoi marcher, quel genre de chaussures utiliser, comment faire en matière d'hygiène... (voir plus loin « L'éducation thérapeutique »). « *Nous devons avant tout nous appuyer sur le patient et instaurer un climat de confiance, précise*

Nelly Tessier-Guillaume, responsable infirmier du service vasculaire. En le questionnant, nous voyons quel est son niveau d'information et sur quoi nous allons pouvoir nous appuyer pour entrer en rapport avec lui, s'en faire un allié et l'aider à mettre en place des changements, sans porter de jugement. Tout peut être pertinent : la compréhension du système de compression mis en place, la nutrition, les facteurs de risques (tabac, diabète...), la décharge (c'est-à-dire, éviter les appuis sur le pied)... »

Les soins infirmiers

Pilier de la prise en charge, l'équipe chargée des soins infirmiers en vasculaire à l'hôpital La Musse revendique une solide expérience dans le domaine des soins. Elle intervient lors de l'hospitalisation complète ou de la prise en charge en hospitalisation à temps partiel (hôpital de jour - HTP). Six infirmières et deux aides-soignantes en hospitalisation (plus deux postes et demi pour les nuits) et deux infirmières en HTP se relaient auprès des patients hospitalisés ou, pour certains, vus jusqu'à trois fois par semaine. Les soins demandent une grande disponibilité et la mise en œuvre d'étapes précises et incontournables, notées sur des fiches de soins et de suivi spécifiques.

Pascaline Noisette a réalisé un tableau répertoriant les différents pansements, leurs propriétés et leurs indications.

Le choix du pansement doit être fait en tenant compte du stade de la plaie, de son aspect, de la quantité de sécrétions, de la peau péri-ulcéreuse, de la tolérance du patient, sans oublier le coût et le remboursement du dispositif médical, les pansements étant très souvent mal remboursés.



L'équipe chargée des soins infirmiers est particulièrement vigilante et habituée aux pathologies vasculaires. Elle travaille en collaboration avec d'autres professionnels de l'hôpital La Musse, comme l'équipe des kinésithérapeutes toute proche pour ce qui est de l'approche de la marche, activité primordiale en réadaptation vasculaire.

Traitements de pointe

La prise en charge des patients à l'hôpital La Musse s'appuie sur des examens régulièrement pratiqués et réalisés sur place : échocardiographie, échographie-doppler artériel et veineux, oxymétrie transcutanée (TcPO₂), test de la marche, épreuve d'effort, radiographie et examens biologiques et bactériologiques. L'hôpital La Musse gère également les cures de prostaglandine pour les patients qui ne peuvent être revascularisés.

Le Dr Sylvain Duthois pratique des cures d'Iloprost de vingt-huit jours depuis plus de vingt ans. Pour sa part, depuis son arrivée il y a huit ans, le Dr Sid'Ahmed Belkaïd pratique, pour les soins des ulcères variqueux, la sclérothérapie chimique, liquide, et à la mousse par échoguidage.

Les ateliers thérapeutiques

Depuis plusieurs années, les professionnels de l'hôpital La Musse ont mis en place, dans les différents services, des programmes d'éducation thérapeutique (ETP). Au sein du service de réadaptation vasculaire, les ateliers individuels ou collectifs, d'échanges et d'informations avec les patients, constituent l'un des moments forts de la prise en charge.

Nelly Tessier-Guillaume, responsable infirmier, est intervenue pour présenter l'un de ces ateliers à la journée de la

SIPV, « Hygiène et précautions des membres inférieurs » : *« L'élaboration du programme d'éducation thérapeutique du patient atteint d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (ETP Aomi) a permis à toute l'équipe de remettre à plat les connaissances de chacun sur la maladie. C'est un travail d'équipe qui a nécessité une collaboration et une coordination importante de chacun et... beaucoup de temps. Nous avons commencé par un travail de recherche pour collecter toutes les données sur l'Aomi. Puis, suivant la méthodologie de l'ETP, nous avons peu à peu élaboré le guide d'entretien, les objectifs d'apprentissage, les grilles d'évaluation, la création des ateliers, des fiches d'information, le contrat passé avec le patient... Enfin, nous avons pu démarrer l'ETP Aomi. »*

Depuis 2010, l'équipe soignante travaille à la création de supports d'information à destination des patients autour de cinq thèmes : l'artérite : conduite à tenir ; recommandations après revascularisation ; traitements ; l'hygiène des membres inférieurs ; facteurs de risques.

L'ETP Aomi se développe peu à peu. En 2013, un atelier animé par la diététicienne sur les recommandations diététiques a été mis en place. *« Nous remettons des documents aux patients à l'issue de chaque atelier. Ils disposent ainsi des informations qui leur permettront de surveiller l'évolution de leur maladie chronique et les précautions à prendre. Ils sont sensibilisés et informés sur le fait de consulter rapidement s'ils*

constatent un changement (douleur, ulcération, diminution du périmètre de marche...). Au cours de l'atelier Hygiène et précautions des membres inférieurs, les patients sont souvent surpris par ce qu'ils apprennent. Ils croyaient tout savoir mais font des erreurs ou montrent des négligences courantes qui sont discutées et réajustées ensemble. »

Le travail réalisé pour l'ETP Aomi a permis aux soignants de formaliser les informations, recommandations et messages clés transmis ou repris auprès des patients, d'être cohérents.

L'implication des patients est primordiale, particulièrement dans les maladies chroniques. La relation établie avec le patient et un climat propice aux échanges contribuent à rendre le patient acteur de sa prise en charge. Elle participe au mieux-être. Et si l'éducation est une activité chronophage, soigner et éduquer le patient atteint d'une pathologie chronique sont deux activités liées et indispensables. ■

Dr Sid'Ahmed BELKAÏD,
Nelly TESSIER-GUILAUME
et Dominique GUIBOURG
Hôpital La Musse

L'équipe vasculaire au complet : à gauche les Drs Belkaïd et Duthois, à droite Nelly Tessier-Guillaume, responsable infirmier.

Pour aller plus loin...

Communications du Dr Sid'Ahmed Belkaïd et de Nelly Tessier-Guillaume, documents et illustrations à retrouver sur le site de la Société des infirmières en pathologie vasculaire : www.sipv.net

Réadaptation Appareillage du pied

Lors du 23^e congrès national de la Société française de médecine physique et de réadaptation (Sofmer) qui a eu lieu à Reims en octobre 2013, les différentes possibilités de traitement des pieds diabétiques par orthèse, réalisées à l'hôpital et au centre d'appareillage Villiers Saint Denis, ont été présentées.

Le pronostic du pied diabétique est dominé par le risque d'amputation, puisqu'il est seize fois plus important que dans la population non diabétique. Les facteurs de risques sont bien identifiés : antécédents de plaie ou d'amputation, neuropathie, artériopathie, troubles de la statique et altérations biomécaniques, âge, néphropathie, rétinopathie et conditions sociales.

La prise en charge préventive

La mise en place d'orthèses plantaires, dans un chaussage adapté, en est la première étape. Leur but est d'augmenter la surface d'appui et de répartir les pressions qui s'exercent à la face plantaire des pieds en déchargeant les zones où les contraintes se concentrent.

Les orthoplasties en silicone moulé peuvent être un moyen prophylactique pour éviter les troubles trophiques interdigitaux ou les déformations des orteils. Les chaussures thérapeutiques de série à usage prolongé (Chup) – Botéro®, Podiabète®, Dax Adour®... –, renouvelables annuellement, peuvent participer à la prévention.

Les chaussures orthopédiques destinées aux patients diabétiques de grade 2 ou 3 sont réalisées sur mesure ou sur moulage. Elles peuvent être la solution lorsque les Chup « standard » ne conviennent pas. Elles répondent à des indications comme les troubles volumétriques, les

amputations cicatrisées, les désorganisations métatarso-phalangiennes, les désaxations statiques et dynamiques complexes, les instabilités, les paralysies ainsi que la prévention de la récurrence des ulcérations.



La prise en charge curative

Lorsqu'un trouble trophique est apparu, la mise en décharge est une mesure indispensable pour obtenir la cicatrisation. Pour ce faire, il existe deux conceptions de décharge :

- les systèmes inamovibles, considérés dans la littérature comme la référence ;
- les systèmes amovibles, souvent de série, parfois sur moulage, largement utilisés.

Les dispositifs inamovibles

Dans ce cas, l'observance est forcée puisque ce n'est pas démontable.

La *total contact cast* (botte à contact total), mise au point aux États-Unis

et validée, est constituée de bandes de fibre de verre imbibées de résine de polyuréthane. Totalement fermée, elle ne permet les soins locaux qu'au moment de son renouvellement, chaque semaine.



Les troubles trophiques sont déchargés à l'intérieur, tandis que la semelle extérieure est en forme de « tampon buvard » pour prévenir les contraintes lors du passage du pas. Par son principe, elle répartit les pressions.

Bien que considérée comme le *gold standard*, une étude a mis en avant que son utilisation reste très limitée à cause des difficultés de réalisation et des contre-indications que sont l'infection, l'œdème et l'artérite.

La botte plâtrée ou résine, fenêtrée, utilise le même principe mais laisse, dans le vide, la zone lésée pour en permettre l'accès. Elle est maintenue en place jusqu'à cicatrisation. L'artérite et la présence d'œdème représentent là aussi des contre-indications. La déambulation est très limitée.



diabétique

Les dispositifs amovibles

Les chaussures thérapeutiques de série à usage temporaire (Chut) sont indiquées pour les plaies plantaires de l'avant-pied (Barouk®), pour les plaies talonnières (Sanital® ou Teraheel®), pour les plaies de l'avant-pied et de la face dorsale des orteils (WPS®, le Teradiab®, l'Orthop USA®...) et pour les plaies plantaires (Stabil®).



Barouk®



Teraheel®



Aircast®

Les bottes de décharge standard Aircast Walker® (avec cellules pneumatiques), Donjoy® ou Omni Walker® sont réglables et immobilisent les articulations de la cheville et du pied.

Elles sont indiquées pour les ulcérations plantaires de l'avant-pied. Elles sont parfois utilisées pour les pieds de Charcot en phase aiguë (*lire encadré ci-contre*).

Les Ransart Boot®, d'origine belge, sont réalisées avec des bandes de fibre de verre et de résine semi-rigide dégageant la plaie. La découpe est sous-malléolaire. L'orthèse est fendue

sur le cou-de-pied et maintenue par des bandes auto-adhésives. Elles sont légères, mais nécessitent le port d'un chausson.

Les dispositifs transitoires d'aide à la cicatrisation du patient diabétique permettent le maintien de la déambulation tout en dégageant les ulcérations plantaires. Ils sont fabriqués sur moulage par des podo-orthésistes, mais sont peu prescrits.

Le centre d'appareillage de Villiers Saint Denis, en collaboration avec l'hôpital, a développé d'autres types d'orthèses pour répondre à des profils de patients dont la prise en charge est plus complexe tels que des troubles trophiques multiples, des déformations majeures associées à des plaies, des ulcérations bilatérales, les pieds de Charcot en phase aiguë...

La bottine en silicone est réalisée sur moulage. Elle est indiquée pour des pieds de Charcot en phase de reconstruction ainsi que des plaies en bonne voie de cicatrisation ayant pour localisation des amputations partielles de pied, des ulcérations médio-plantaire ou talonnières, ou des calcanéectomies partielles.



Bottine en silicone

Fabriquée en silicone, elle inclut une semelle orthopédique multicouche qui décharge les zones lésées. Elle peut comporter des tuteurs latéraux ou un

Lexique

Artériopathie diabétique

Le diabète induit une micro-angiopathie, c'est-à-dire une altération des petites artères, mais également des grosses artères ou macro-angiopathie.

Ces atteintes artérielles peuvent conduire à des complications multiples : infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, risque de défaillance des reins pouvant conduire à la dialyse (néphropathie), atteinte ophtalmique avec risque de cécité (rétinopathie), et l'atteinte des artères des membres inférieurs.

L'atteinte obstructive des artères des membres inférieurs est souvent consécutive à des lésions athéromateuses (causées par un dépôt de lipides). Ces lésions provoquent une diminution de la lumière des artères (sténose) et favorisent leur obstruction (thrombose).

L'artériopathie diabétique des membres inférieurs se caractérise par une atteinte des petites artères situées entre le genou et les orteils. La conséquence est la diminution de la perfusion des muscles et des tissus cutanés des extrémités, en particulier du pied.

Calcanéectomie partielle

La calcanéectomie, amputation distale de l'os du talon, constitue une alternative à l'amputation transtibiale dans les lésions du talon.

Creux poplité

Zone creuse située juste derrière l'articulation du genou, c'est un lieu de passage pour plusieurs structures vasculaires et nerveuses : l'artère poplitée apportant le sang oxygéné aux éléments situés en dessous du genou, la veine petite saphène qui se jette à ce niveau dans la veine poplitée, mais aussi le nerf sciatique.

Neuropathie diabétique

Complication du diabète, la neuropathie diabétique est une maladie causée par les effets délétères de l'hyperglycémie chronique entraînant la destruction de la myéline qui entoure les nerfs et qui a un rôle majeur dans la conduction de l'influx nerveux.

Une trop grande quantité de sucre dans le sang finit par altérer, voire empêcher les conductions nerveuses. La neuropathie peut toucher un (mononévrite) ou plusieurs nerfs (polynévrite), préférentiellement ceux à destination des membres inférieurs. Elle atteint également des organes dits « végétatifs » comme l'appareil digestif ou génito-urinaire. Elle a un rôle prépondérant dans la survenue du pied diabétique.

Orthèse

Il s'agit d'un système mécanique qui soutient un membre déficient (corset, minerve, attelle de marche, releveur de pied...), tandis que la prothèse est un appareil qui remplace un manque (une jambe, une cuisse, un bras ou un avant-bras).

Ostéite

L'ostéite est une inflammation du tissu osseux causée, le plus souvent, par une infection bactérienne. Dans le cas du pied diabétique, cette infection est, en règle générale, secondaire à une plaie cutanée.

Pied de Charcot*

Complication de la neuropathie diabétique, cette pathologie se caractérise par :

- des dislocations articulaires, des fractures qui aboutissent à un effondrement de la voûte plantaire avec des phénomènes d'ostéolyse (destruction) et d'hypercondensation osseuse concomitantes ; des troubles vasculaires surviennent, en particulier un lymphœdème ;
- des plaies dues à des appuis anormaux.

Elle peut évoluer de façon aiguë simulant une infection. En phase chronique, les déformations sont définitives. Cette maladie expose à un risque significatif d'amputation des membres inférieurs, en particulier lorsqu'elle est associée à un mal perforant plantaire.

*D'après le Dr Jean-Martin Charcot, neurologue français (1825-1893)

effet releveur de pied en fonction des indications. Elle assure un maintien, voire une correction orthopédique et elle répartit les contraintes d'appui. La marche est facilitée par la déformabilité contrôlée du silicone.



L'orthèse mollet-plante (*ci-contre*) immobilise le segment jambier et le pied dans une coque en polypropylène réalisée sur moulage et fermée par des bandes auto-adhésives. Le profil de la semelle extérieure se relève à partir de la partie postérieure

des têtes de métatarsiens. Cette zone de roulement évite les contraintes lors du passage du pas. Elle contient une semelle orthopédique comportant des zones de décharge correspondant précisément à l'emplacement des troubles trophiques. Le traitement de toutes les localisations d'ulcérations plantaires, latérales, médiales ou d'amputation pourra se faire avec cette orthèse. De plus, la mise au repos des muscles et des tendons permet une cicatrisation accélérée pour les plaies dorsales comme les expositions tendineuses.

L'orthèse de décharge sous-rotulienne (*ci-dessous*) autorise une marche raisonnable à des patients qui n'ont pas le droit de « poser le pied par terre ».



Cette orthèse bivalve en polypropylène dispose d'un appui principal sur le tendon rotulien et d'un second dans le creux poplité. Ces points d'appui supportent le poids du patient qui est transféré au sol par deux montants laté-

raux, en alliage léger, fixés à une semelle en carbone à restitution d'énergie. La qualité du serrage est essentielle puisque la décharge totale du pied doit être

assurée. Des fermetures de chaussure de ski sont utilisées à cet effet. Le pied est protégé par un chausson ou une coque semi-rigide. Comme l'orthèse surélève le membre, une compensation controlatérale est impérative. Parmi les indications, on peut citer les troubles trophiques plantaires étendus, les ostéites du médio et de l'arrière-pied, les pieds de Charcot en phase aiguë ou opérés ainsi que les amputations transversales avec refend plantaire important. La décharge et le maintien de la déambulation sont indispensables.

Si les dispositifs inamovibles sont validés et efficaces, ils sont difficiles à réaliser, peu utilisés et les contre-indications doivent impérativement être respectées. Les dispositifs amovibles sont quant à eux insuffisamment étudiés ; la compliance est indispensable, alors que les ulcérations sont souvent asymptomatiques. Leur prescription doit être proportionnée à la gravité de la lésion.

Dans tous les cas, l'utilisation d'aides techniques comme des cannes anglaises est indiquée. Une surveillance doit être assurée pour prévenir les éventuelles complications et adapter l'appareillage à des lésions évolutives.

La prise en charge des pieds diabétiques compliqués impose la complémentarité de plusieurs disciplines médicales et paramédicales.

« Une plaie qui n'est pas déchargée est une plaie qui n'est pas traitée. » ■

Dr Jean-Claude DUPRÉ

Philippe TALBOT

Hôpital Villiers Saint Denis

Centre d'appareillage Villiers Saint Denis

Contact

Centre d'appareillage
de Villiers Saint Denis
1, rue Victor-et-Louise-Montfort
BP 1 - 02310 Villiers Saint Denis
Tél. : 03 23 70 74 11
Fax : 03 23 70 74 52
secretariat@appareillage-lrs-villiers.net

Équipe mo Plus de

Depuis deux ans, trois professionnels du service de soins de suite gériatriques de l'hôpital La Musse composent l'équipe mobile d'évaluation à domicile, chargée de veiller au bien-être des personnes âgées isolées. Après signalement des services sociaux du département de l'Eure, près de cent vingt dossiers ont été traités.



Équipe d'évaluation à domicile cent personnes aidées

Isolement, logement inadapté, absence d'aide, chutes à répétition, perte de poids, troubles cognitifs, traitement médical mal compris..., les difficultés potentiellement rencontrées par les personnes âgées à domicile font, depuis deux ans, l'objet d'un suivi spécifique et attentif dans le département de l'Eure. La tâche en a été confiée à une équipe mobile d'évaluation à domicile (Emed) de l'hôpital La Musse, composée d'une infirmière, d'un médecin gériatre et d'une secrétaire. C'est l'agence régionale de santé (ARS) qui, en juin 2012, a financé et lancé l'opération.

L'Emed, adossée au service de soins de suite, est chargée d'évaluer l'environnement social, médical et la situation psychique des personnes âgées d'un secteur de trente kilomètres environ autour de la capitale de l'Eure, Evreux.

« Nous nous déplaçons à la demande du centre local d'information et de coordination (Clic) du conseil général, explique Delphine Duguay, infirmière détachée pour l'Emed à 80 % de son temps. Ce sont les travailleurs sociaux du Clic qui nous signalent les personnes susceptibles de se trouver dans

une situation de détresse et isolées. Nous intervenons en général pour des personnes âgées de plus de 75 ans mais, sur dérogation, nous pouvons nous déplacer auprès de personnes de plus de 60 ans. J'interviens seule ou en visite conjointe avec le Clic pour faire les évaluations, après contact avec le médecin traitant et la famille, s'il y en a une. Je sollicite le déplacement du Dr Jean-Samuel Bouvet, médecin gériatre à l'hôpital La Musse, dans les situations qui me semblent très complexes. Mais nous décidons toujours ensemble du plan d'action. »



Trois exemples d'interventions de l'Emed

Les chutes de Suzanne*

Suzanne, 86 ans, a été récemment opérée du genou, puis hospitalisée plusieurs mois en rééducation. Elle vit seule chez elle où elle bénéficie de plus de trente heures d'auxiliaire de vie par mois. Elle est victime de chutes à répétitions depuis son retour. Lors d'une visite, Delphine Duguay, l'infirmière de l'Emed, trouve Suzanne à terre : elle vient une nouvelle fois de perdre l'équilibre. C'est une personne triste, souffrant de sa dépendance et de sa solitude et présentant une obésité. L'infirmière observe des chaussons mal adaptés, une prise de risque inutile (monter sur un escabeau), des tapis dangereux (mais dont Suzanne ne veut se séparer). En revanche, la cuisine et les sanitaires sont adaptés...

L'équipe propose une hospitalisation à l'hôpital La Musse pour une nouvelle rééducation à la marche et des essais de fauteuil roulant électrique qui permettrait à Suzanne de sortir de son domicile de manière indépendante. Il est également prévu de revoir le traitement avec le nouveau médecin pour lutter contre sa tristesse. Une fois son autonomie retrouvée, Suzanne devrait pouvoir bénéficier des avantages du club des anciens de sa commune.

Les troubles du comportement de Marie*

Delphine Duguay se rend pour la deuxième fois au domicile de Marie, 78 ans, pour « troubles du comportement ». Elle trouve une vieille dame triste, émotive et irritable. Le sentiment de persécution s'est aggravé depuis la première visite, il y a neuf mois. Marie est agressive envers le personnel soignant

et reste dans le déni de sa dépendance physique (hémiplegie gauche, incontinence, oxygène). Elle n'est plus en mesure de prendre les bonnes décisions pour elle-même sur le plan administratif et financier : elle refuse de rémunérer les personnes qui l'aident au quotidien. Elle ne sort pas et ne peut préparer et prendre seule ses médicaments. Les choses n'ont guère évolué. L'équipe préconise un signalement au procureur de la République et une demande de protection (régime de curatelle). Elle conseille également une demande anticipée en maison de retraite.

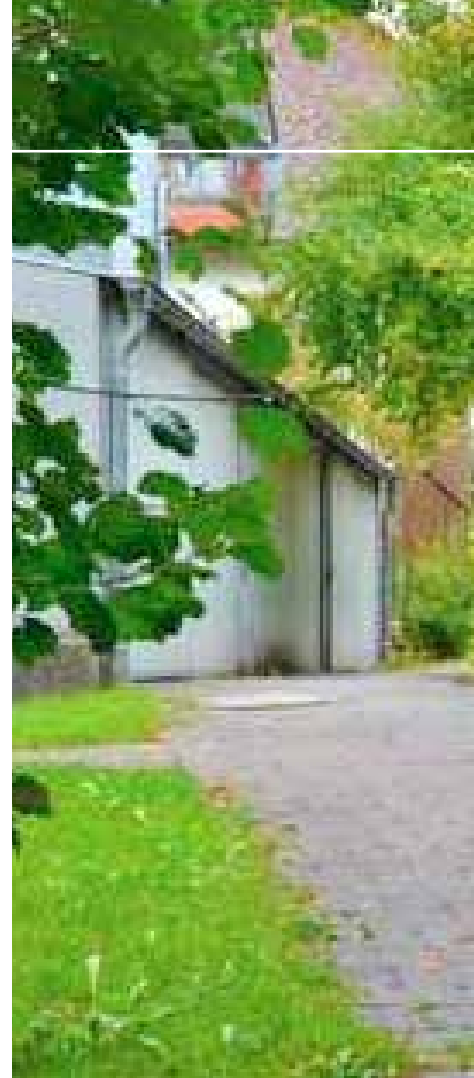
Les troubles cognitifs de Léontine*

Léontine, 93 ans, est vue par Delphine Duguay pour « troubles cognitifs supputés et refus d'aide ». Léontine bénéficie de la télé-alarme mais apparaît incapable d'alerter en cas d'urgence. Elle est vulnérable (elle a été victime d'escroquerie récemment) malgré les interventions de sa nièce qui gère ses finances. Elle ne peut se déplacer seule (risque de chutes) mais refuse toute aide extérieure pour sa toilette malgré ses déplacements en fauteuil roulant et une salle de bain peu adaptée. Enfin, elle montre des risques de dénutrition. L'infirmière recommande un bilan sanguin pour confirmer une éventuelle dénutrition, la prescription de compléments alimentaires enrichis, de chaussons spéciaux, de séances de rééducation à la marche à domicile, d'un fauteuil confort, d'une chaise de douche et d'un lit médicalisé. Elle demande la mise en œuvre de mesures de protection.

* Les prénoms ont été changés.

Évaluation complète

Lors de sa première visite, l'infirmière reste au moins deux heures chez la personne signalée. Selon un protocole bien établi, elle réalise une évaluation complète qui est transmise au médecin traitant et au Clic avec des propositions d'actions. « En 2013, nous avons traité 85 dossiers (dont 55 femmes) pour une moyenne d'âge de 82 ans, soit 115 cas depuis le début de nos interventions, résume Delphine Duguay. Un chiffre en accroissement de 30 %. Je vois la majorité des patients entre deux et cinq fois. C'est important pour établir une relation de confiance et permettre l'acceptation des aides que je vais proposer. Suite à mes évaluations, je propose des actions pour améliorer la prise en charge des personnes et permettre, autant que possible, le maintien à domicile. Les actions que je préconise sont, généralement, des consultations mémoires, des évaluations complètes en court séjour gériatrique au centre hospitalier d'Evreux, une prise en charge dans nos services de soins de suite gériatriques ou en unité cognitivo-comportementale, voire une prise en charge au service des urgences de l'hôpital. Dès que c'est possible, nous mettons en place un système d'aides ou renforçons celles existantes pour permettre le maintien à domicile : le passage d'une infirmière à domicile, l'embauche d'un auxiliaire de vie, d'une aide ménagère, des propositions d'accueil de jour (pour soulager l'aidant), le portage des repas, une prise en charge en kinésithérapie, en ergothérapie, l'installation de matériel médical à domicile... Le médecin prescrit des bilans biologiques, des compléments alimentaires dans les cas de dénutrition, des soutiens psychologiques... Ces prescriptions sont effectuées en collaboration avec le médecin traitant.



Nous lançons aussi les démarches pour les placements en établissements pour personnes âgées dépendantes, si l'on estime que le maintien à domicile est précaire ou préconisons des mesures de protections juridiques pour des personnes vulnérables ou qui se sont fait abuser... »

Une personne référente

Chaque semaine, l'infirmière de l'Emed participe aux réunions de synthèse du Clic. Quelques dossiers ont déjà prouvé tout l'intérêt du dispositif : une octogénaire hospitalisée en urgence, un logement insalubre encombré de déchets ménagers... « S'il n'y a pas de famille ni d'aidants pour prendre en charge la personne âgée, nous confions le dossier à la maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (Maia), une nouvelle structure [encadré ci-contre] qui prend le relais et centralise les interventions : une personne référente – un travailleur social – est nommée. Elle sera l'interlocuteur unique qui remplacera la famille absente. »

« L'enquête sociale ayant ses limites, au fur et à mesure de nos interventions et de nos prises en charge, on nous demande des



interventions plus ciblées, précise le Dr Jean-Samuel Bouvet, médecin gériatre à La Musse, qui a vu évoluer le rôle de l'Emed au fil des mois. *On nous demande de rechercher des troubles cognitifs par exemple ou de chercher l'explication de chutes à répétitions. On détricote la situation. Nous avons une bonne coopération avec les professionnels*

de santé qui comprennent l'intérêt de nos interventions et nos préconisations. Les patients ne mesurent pas toujours leurs difficultés. À nous de les convaincre de se soigner pour aider au maintien à domicile le plus longtemps possible. »

Lors de ses passages, l'infirmière peut conseiller sur l'aménagement de l'habitat :

le remplacement de la baignoire par une douche, de la cuisinière à gaz par de l'électrique, le retrait des tapis, la pose de barres d'appui dans les sanitaires, le remplacement de la literie par du matériel médical adapté, la prescription de moyens de suppléance à la marche (déambulateur et canne et des chaussons ou chaussures « antichute »...). En 2014, l'équipe de l'Emed de l'hôpital La Musse met en place une collaboration plus officielle et soutenue avec l'équipe mobile psychiatrique du Dr Sarah Martin, du centre hospitalier spécialisé de Navarre, à Évreux. *« Des personnes relevant de la psychiatrie ont été repérées dans la population gériatrique, a constaté le médecin gériatre. À nous de différencier les problèmes démentiels gériatriques et psychiatriques préexistants en orientant au mieux les patients. Nous allons partager nos expériences entre équipes mobiles. »*

Dominique GUIBOURG
Hôpital La Musse

Les dispositifs Maia

Les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (Maia) sont issues du plan Alzheimer 2008-2012. À la fin de l'année dernière, plus de 200 dispositifs Maia étaient en cours de déploiement sur le territoire national. Cinquante nouvelles structures financées par la Caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie (CNSA) sont programmées pour cette année. Les Maia permettent la « coordination du travail des institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou d'une maladie apparentée) ou en perte d'autonomie et coordonnent leurs activités ».

L'idée est venue du constat d'une « fragmentation de la prise en charge des personnes âgées, tant pour l'accessibilité aux soins et aux aides que pour le fonctionnement des structures et des services, particulièrement problématique dans la situation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ».

Les Maia doivent permettre de simplifier les parcours, de réduire les doublons en matière d'évaluation, d'éviter les ruptures dans les interventions auprès des personnes et d'améliorer la lisibilité par l'organisation partagée des orientations. Il ne s'agit pas de créer de nouvelles instances, mais de potentialiser les structures existantes en évitant les redondances.

Six axes de travail

- **Trois mécanismes** : la concertation (stratégique et tactique), le guichet intégré (pour une réponse aux personnes harmonisée, complète et adaptée) et la gestion de cas (une réponse individualisée aux situations complexes).
- **Trois outils** : l'outil standardisé d'évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne suivie en gestion de cas, le plan de services individualisé élaboré par le gestionnaire de cas et un système d'information partagé.

Il existe six Maia en Haute-Normandie et deux nouvelles antennes sont prévues en 2014. L'hôpital La Musse est régulièrement sollicité : le Dr Marie-France Loie, médecin chef de service au pôle soins de suite gériatriques, et la direction de l'hôpital participent aux instances tactiques de la Maia.

De nombreux partenaires

Direction générale de la santé (DGS), Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Mission nationale de pilotage du plan Alzheimer, Assemblée des départements de France (ADF), Caisse nationale d'assurance maladie (Cnamt), Association France Alzheimer, Représentants des professionnels de santé libéraux, Fondation Médéric Alzheimer et CNSA.



Qualité de vie au travail

Ça roule pour les Cyclo'Musse !

Depuis le mois de novembre 2013, huit vélos blancs avec panier et cadenas sont posés à l'entrée des trois pavillons de l'hôpital La Musse. Ce sont les Cyclo'Musse, laissés à la disposition du personnel se déplaçant d'un pavillon à l'autre au sein du parc. Souhaitée par la direction, « soucieuse d'améliorer les conditions de travail et la qualité de vie au travail et dans une démarche active de développement durable », cette installation s'inscrit dans le cadre du développement du contrat local d'amélioration des conditions de travail (Clact) mis en œuvre depuis quelques années dans l'établissement.

Le principe d'utilisation est le suivant : tout professionnel qui souhaite se rendre à un endroit au sein de La Musse prend un vélo (accessible grâce à un code à demander aux accueils des pavillons),

puis le remet dans un porte-vélos. Un autre professionnel pourra en disposer pour se déplacer à son tour. Le projet a nécessité un investissement de 2 000 euros.

Le Clact s'enrichit

L'arrivée des Cyclo'Musse est une nouvelle étape dans la mise en œuvre du Clact qui s'enrichit, mois après mois, de nouvelles mesures visant à améliorer la qualité de vie au travail. On notera notamment :

- les sessions de formation « prévention des risques liés à l'activité physique » dispensées par les salariés ayant eux-mêmes bénéficié d'une formation aux troubles musculo-squelettiques ;
- les séances de relaxation encadrées par l'une des psychomotriciennes de l'hôpital La Musse ;
- les activités sportives dédiées aux salariés sur le site de l'hôpital, animées par les deux éducateurs sportifs et un kinésithérapeute ; les Foulées mussiennes en septembre ou la demi-journée sportive en juin, reconduites chaque année ;
- à venir : la participation à la Fête de la musique à l'entrée des trois pavillons et à destination des salariés, patients et familles ;
- la mise en œuvre d'un système de covoiturage et l'organisation d'une journée Développement durable, très probablement cet automne. ■

Subvention

L'agence régionale de santé de Haute-Normandie a financé la mise à disposition des Cyclo'Musse par l'octroi d'une subvention au titre du contrat local d'amélioration des conditions de travail signé avec l'hôpital.

Dominique GUIBOURG
Hôpital La Musse

Faits marquants

Hôpital La Musse

Commission médicale d'établissement

Suite au départ du Dr Victor Liviot, médecin chef de pôle médecine physique et de réadaptation, le Dr Sylvain Duthois a été élu président de la CME en décembre dernier. Le Dr Duthois est médecin chef de service des unités de rééducation vasculaire.

Nouveaux chariots repas

Bel exemple de coordination entre les services économiques, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), professionnels de cuisines, agents de services et patients : les nouveaux chariots repas ont été choisis et plébiscités par tous pour la qualité de réchauffage des plats, l'ergonomie du matériel et leur prix. La somme de 30 000 euros a été allouée par l'agence régionale de santé dans le

cadre du contrat local d'amélioration des conditions de travail (Clact).

Nouveaux médecins

Le service de soins palliatifs et douleur chronique du pôle de soins de suite gériatriques a accueilli le Dr Annie Valentin, médecin spécialiste, tandis que l'unité cognitivo-comportementale est désormais menée par le Dr Arnaud Larrouture, médecin gériatre.

Le Dr Arlette Kapola est médecin chef à l'unité de nutrition et addictologie. L'une des unités de pneumologie est prise en charge par le Dr Nabil Assis, nouveau venu également.

Handibasket

Un ancien patient accueilli à l'hôpital La Musse et bénévole au sein d'une section handisport d'Evreux intervient chaque deuxième mercredi du mois au

sein de l'atelier basket de Jean-Louis Boitel, éducateur sportif au pôle de rééducation fonctionnelle. Les deux animateurs unissent leurs efforts pour montrer aux patients qu'il est possible et bénéfique de s'adonner à la pratique sportive après leur sortie de l'établissement.

Métiers de la rééducation : concours d'entrée en institut de formation

Trois cent quatorze candidats se sont présentés au concours d'entrée à l'institut de formation en ergothérapie qui s'est déroulé le 10 mai 2014. Ils étaient également 1 215, le 17 mai dernier, à concourir pour intégrer le nouvel institut de formation en masso-kinésithérapie qui ouvrira en septembre prochain.

Vingt places étaient ouvertes pour chaque concours. ■

Le responsable de cuisine présente les nouveaux chariots repas.





Exploit à l'hôpital La Mus **Pierre-Michaël Mica** **un exemple sportif**

Fin janvier, le hall du pôle de rééducation fonctionnelle de l'hôpital La Musse a été le théâtre d'un défi sportif sans équivalent mené par un athlète ébroïcien de haut niveau, **Pierre-Michaël Micaletti.**

Durant six jours et six nuits, le coureur « ultra fondeur », c'est-à-dire spécialiste de l'endurance sur de très longues distances, a pédalé sur un vélo à pignon fixe, parcourant ainsi 2 738 kilomètres, soit une moyenne de 400 kilomètres par jour, ne s'accordant qu'une petite douzaine d'heures de sommeil profond.

Pierre-Michaël Micaletti, qui a bénéficié des services d'un centre de rééducation tel que le nôtre lorsqu'il avait 16 ans, tenait à ancrer son défi à l'hôpital La Musse, se rendant disponible à tous, nuit et jour, avec simplicité et générosité. « Les kinés ont noté que les patients en rééducation ont



Pierre-Michaël Micaletti
sur le vélo à pignon fixe,
aux côtés de Didier
Gaboriaud (à gauche)
et Catherine Palladitcheff
(à droite) au départ
de son exploit sportif.

se letti: et humain

réussi, cette semaine-là, des exercices qu'ils n'étaient jamais parvenus à réaliser», commente le sportif devant un public fourni venu le féliciter à l'issue de sa performance.

Médias nationaux

À l'hôpital La Musse, on s'est mis en quatre pour lui permettre de réaliser son défi dans de bonnes conditions. Arnaud Amour, aide-soignant et grand sportif, a été spécialement détaché pour le seconder... Gilles Pannetier, orthoprothésiste, a pédalé le dernier soir plus de cent kilomètres à ses côtés... Les services techniques étaient disponibles pour la logistique... D'autres passaient aux nouvelles chaque jour,

emmenant les enfants, les connaissances, demandant des autographes... Largement relayée par les médias nationaux, la performance a été officiellement lancée par Didier Gaboriaud, président de La Renaissance Sanitaire, et Catherine Palladitcheff, directeur. Pierre-Michaël Micaletti aligne là un nouveau record. Mais tel n'était pas l'objectif de ce battant qui souhaitait, avec l'aide d'un chercheur de l'université de Franche-Comté, analyser les « *stratégies mises en œuvre mentalement et physiquement en situations extrêmes* », persuadé, à raison, que le corps humain est plein de ressources inexplorées... ■

Dominique GUIBOURG
Hôpital La Musse

Les défis intérieurs de Pierre-Michaël Micaletti

- 2003 - Six heures de Gravigny (Eure) sur un ruban de bitume de 1,430 km.
- 2006 - Participation à la Transe Gaule, ultramarathon itinérant par étapes qui relie Roscoff (Finistère) à Gruissan (Aude), soit 1 150 km. Pierre-Michaël Micaletti parcourt la sixième étape avec deux fractures au plateau tibial droit; il fera 700 km avec cette double fracture et finira la course, entrant ainsi dans le cercle fermé des finishers de cette épreuve hors norme.
- 2010 - Vainqueur des sept jours d'Athènes: 860 km en sept jours et sept nuits, soit la plus grande distance réalisée par un Français sur un circuit en bitume d'une longueur de 1 km.
- Juin 2011 - Six jours d'Antibes (Alpes-Maritimes), avec un premier record de distance sur tapis, soit 814,3 km parcourus en six jours.
- Décembre 2011 - Six jours d'Artaix (Saône-et-Loire), avec un marquage kilométrique porté à 816 km sur tapis.
- Mai 2012 - Cité des sciences et de l'industrie de Paris: lors d'un troisième Six jours, toujours sur tapis de course, en moins d'un an (record sans précédent), Pierre-Michaël Micaletti entre au Guinness World Records avec 822,3 km parcourus.

Autant de défis précieux aux travaux de recherche en physiologie et biomécanique consacrés aux mécanismes mentaux déployés pour faire face à l'effort, la souffrance et la dette de sommeil.

Retrouvez les reportages consacrés au défi de Pierre-Michaël Micaletti et les pointages kilométriques sur son site Internet: www.ultrarunner.fr.

Faits marquants

Hôpital Villiers Saint Denis

Éducation physique et maladies chroniques : le programme Passerelle

Depuis le 7 mars dernier, un nouveau cycle d'éducation physique est proposé, par les éducateurs physiques et sportifs de l'hôpital Villiers Saint Denis, aux personnes porteuses de pathologies chroniques, en partenariat avec l'**Association Diabète et maladies métaboliques de l'Omois (Adiammo)**, l'**Association française des diabétiques (AFD) du sud de l'Aisne** et le

centre hospitalier de Château-Thierry (lire *Regards* n°14, avril 2013, p. 12).

Le programme « Passerelle vers le bien-être et la santé » utilise l'expertise du service de médecine physique et réadaptation (MPR) de l'hôpital Villiers Saint Denis. Il permet à des patients non hospitalisés, diabétiques, mais aussi à des patients atteints d'autres pathologies chroniques, de reprendre progressivement et en toute sécurité une activité physique dans un but thérapeutique. Les séances permettent d'accueillir 12 personnes ; elles

se déroulent dans le service de MPR au rythme d'une fois par semaine pendant deux mois. Elles sont composées d'une heure d'éducation thérapeutique animée par une infirmière d'éducation du réseau Adiammo et de deux heures d'activité physique adaptée animées par les enseignants éducateurs sportifs du service de MPR.

Le programme est devenu un maillon essentiel du dispositif de prévention par l'activité physique « Sport-santé sur ordonnance à Château-Thierry ». Il permet aux personnes sédentaires et fragilisées par une pathologie chronique de quitter l'état de sédentarité qu'elles présentent et d'acquérir un niveau d'activité physique compatible avec une pratique en club labellisé Sport-santé par le réseau régional Picardie en forme.

Les prochaines sessions du cycle d'éducation physique sont prévues du 12 septembre au 31 octobre 2014 et du 27 octobre au 19 décembre 2014.

Informers les aidants des malades Alzheimer

À l'initiative du centre local d'information et de coordination (Clic) du sud de l'Aisne et des caisses de retraite complémentaire Agirc et Arrco, la ville de Château-Thierry, les services gériatriques de l'hôpital Villiers Saint Denis et de son accueil de jour Alzheimer, l'association France Alzheimer ainsi que plusieurs mutuelles ont organisé, fin janvier 2014, deux séances d'information dédiées aux aidants de malades Alzheimer, le plus souvent familiaux. Plus de 400 personnes ont participé à ces réunions d'information qui se sont déroulées dans l'amphithéâtre des caves Pannier, à Château-Thierry. Audrey Buiron, coordinatrice du Clic, et plusieurs professionnels de santé des établissements de Villiers Saint Denis – le Dr Guy Schneider, chef du pôle gériatrie



Lors d'une séance d'éducation physique du programme Passerelle.

cardiologie, Elizabeth Clobourste, assistante sociale et coordinatrice de la plateforme d'accompagnement et de répit dédiée aux aidants, Edith Delannoy, infirmière et vice-présidente de l'association France Alzheimer – ont présenté la palette diversifiée des dispositifs mis à la disposition des familles de malades dans le sud de l'Aisne. Ils ont également répondu aux nombreuses questions des auditeurs.

Mécénat au profit de l'accueil de jour Alzheimer

Minibus

Le Lions Club Cité des Fables a organisé un super loto dont les bénéfices étaient destinés à l'acquisition d'un minibus de neuf places, aménagé pour le transport des résidents pris en charge en accueil de jour. Fin mai, François Leleu – président du Lion's Club Cité des Fables, a ainsi remis un chèque de 5 000 euros à Benoît Frasin, directeur des établissements de Villiers Saint Denis. Ce don permettra de financer, en partie, le véhicule dont le coût est d'environ 50 000 euros. Lors des deux tournées quotidiennes, neuf patients pourront être transportés dans le minibus équipé d'une rampe d'accès handicapés et de suspensions sur coussin d'air.

Avant la remise du chèque, les membres du Lion's Club Cité des Fables ont visité l'accueil de jour Alzheimer en compagnie d'Edith Delannoy, infirmière coordinatrice,

et du Dr Guy Schneider, chef du pôle gériatrie cardiologie pneumologie.

Espace mobile Snoezelen

Le Rotary Club Castel, grâce aux bénéfices produits par l'édition 2014 du guide pratique *L'Aide-mémoire indispensable* (AMI), a choisi d'apporter, en particulier, son soutien à l'accueil de jour. Un chèque de 4 000 € a ainsi été remis par Richard Grégoire, président du Rotary Club, à Benoît Frasin, directeur des établissements de Villiers Saint Denis. Ce don, dédié au financement d'un espace mobile Snoezelen, complètera l'action d'autres mécènes (information à venir).

Des stages sportifs proposés aux patients

Des stages de ski ont été proposés à des personnes handicapées (personne malvoyante, personnes amputées de membres supérieurs ou inférieurs, souffrant d'un pied diabétique) du 2 au 7 février 2014. Une journée a été consacrée à une initiation à la conduite d'un attelage de chiens de traîneaux.

En 2013, 74 stagiaires, patients ou anciens patients de l'hôpital, ont bénéficié d'activités sportives lors de douze stages. L'association sportive et culturelle pour personnes handicapées de l'hôpital Villiers Saint Denis, Handi-espoirs, créée le 30 avril 2013, assure désormais la promotion de ces activités, en partenariat avec l'hôpital.

Formation aux soins palliatifs

Les professionnels de santé de l'hôpital, des centres hospitaliers de Château-Thierry et Soissons, de l'Association médico-sociale Anne-Morgan (Amsam), du réseau Cécilia et les bénévoles de l'association Jusqu'à la mort accompagner la vie (Jalmar) ont participé, fin mai, à la 13^e journée de formation aux soins palliatifs organisée sur le site de Villiers Saint Denis. Ils ont en particulier travaillé sur le thème « Le long mourir ».

Nouveaux médecins

Les Drs Chantal Chaumont, gériatre, et Pascal Guillaume, médecin généraliste, viennent de prendre leurs fonctions respectivement aux pôles vasculaire diabétologie appareillage et gériatrie pneumologie cardiologie.

Des salariés à l'honneur

Le 29 avril 2014, lors d'une cérémonie présidée par Didier Gaboriaud entouré d'élus de la communauté de communes de Charly-sur-Marne, de membres du conseil d'administration de la Fondation La Renaissance Sanitaire et de Benoît Frasin, directeur des établissements de Villiers Saint Denis, vingt-deux salariés ou anciens salariés ont reçu les médailles du travail d'argent (20 ans d'activité) ou de vermeil (30 ans d'activité) ou d'or (35 ans d'activité) ou de grand or (40 ans d'activité). ■

Les médaillés du travail, honorés au titre des promotions juillet 2013 et janvier 2014.



Hommage

Romuald est parti...

Romuald nous a quittés le 28 février 2014 à l'âge de 29 ans. Romuald était un patient pris en charge en rééducation en 1996 à l'âge de 11 ans, au pôle vasculaire diabétologie appareillage de l'hôpital Villiers Saint Denis, suite à sa double amputation de cuisses.

Romuald était porteur d'un syndrome de Protée (31 cas recensés au monde en 1991), dont le porteur le plus célèbre était Joseph Merrick, celui qui a inspiré le film *Elephant man*. Cette dysplasie mésenchymateuse diffuse avec des modifications du tissu conjonctif et ostéo-cartilagineux a une extrême diversité quant à l'expression clinique, d'où son nom.

Romuald était atteint d'un gigantisme des mains et des pieds (à 11 ans, avant ses amputations, il mesurait 1,84 m et chaussait du 47), mais pas de macrocéphalie. Il avait aussi des atteintes viscérales multiples (poumons, cœur...). Nous avons réalisé un film sur lui et j'avais écrit le sixième article international sur cette pathologie.

Nous lui avons fait pratiquer de nombreuses activités sportives – canoë, plongée libre et ski – et un fournisseur lui avait offert un vélo adapté à son handicap.

Romuald était un patient extraordinaire. Après un démarrage difficile, il est devenu celui que tout le monde aimait et appréciait. Il est le seul patient que j'ai rencontré pour lequel la notion de handicap était totalement différente de celle des autres : il est peut-être le seul, non pas qui ait accepté son handicap (cela n'existe pas), mais qui l'ait dépassé. Je me souviens d'un stage de ski où nous nous trouvions dans un centre d'accueil avec des lycéens valides. Le premier

soir, tout le monde s'écartait de lui, dans l'entrée où il était assis, sans doute volontairement. Le deuxième jour, tous les lycéens étaient ses copains et discutaient avec lui. À la fin de la semaine, c'est grâce à lui que nous étions tous invités à la soirée dansante organisée par les lycéens. Romuald était aussi extraordinaire dans sa vie. Il vivait seul dans un appartement de Reims, avait obtenu, malgré ses mains, un CAP de menuisier et travaillait dans un établissement et service d'aide par le travail (Esat), où il fabriquait des meubles. Il n'avait pas oublié les activités sportives : en deux ans, il était devenu champion de France de tir à l'arc handicapé. Il pratiquait aussi la lutte au sol. Un jour, il a rencontré une jeune fille valide qui l'a accompagné, et un enfant, un petit garçon, est né. Romuald était fou de joie. Et puis, la vie est injuste, alors qu'il connaissait enfin ce bonheur, lui qui avait eu 75 opérations chirurgicales, dont quatre avaient failli le terrasser, il est parti. Nous tous qui l'avons connu à l'hôpital Villiers Saint Denis, l'avions invité chez nous, l'avions apprécié, savons qu'il ne méritait rien de tout cela. Romuald, comme les nombreux jeunes handicapés et surtout les très nombreux jeunes valides qui pleuraient à ton enterrement, nous sommes extrêmement attristés et désolés que tu nous aies quittés. ■

Frédéric LAMANDÉ
Hôpital Villiers Saint Denis

Le syndrome de Protée*

Le syndrome de Protée est une maladie génétique complexe comprenant des hamartomes (malformations tissulaires d'aspect tumoral) de taille importante impliquant plusieurs tissus : conjonctif, épidermique et osseux.

Il entraîne une croissance excessive de nombreux tissus avec une distribution en mosaïque des proliférations.

Les manifestations incluent des malformations des mains et des doigts, des anomalies vertébrales, une croissance asymétrique des membres avec une inégalité de longueur, des hyperostoses (production excessive de tissu osseux), une croissance excessive de certains viscères, une répartition anormale et disproportionnée des graisses, un développement asymétrique des muscles.

*Divinité grecque marine aux pouvoirs prophétiques et de métamorphose.

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
------	-----------



**La Renaissance
Sanitaire**

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 disposi-
tions réglementaires en vigueur (actuelle-
ment 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, modi-
fiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004,
vous disposez d'un droit d'accès, de rectifica-
tion, de modification et de suppression s'agis-
sant des données qui vous concernent. Vous
pouvez exercer ce droit en envoyant un cour-
rier à l'adresse figurant ci-dessus. Ces infor-
mations 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



Instituts de formation
La Musse - BP 119
27180 Saint-Sébastien-de-Morsent
Tél. : 02 32 29 30 10 (ergothérapie)
Tél. : 02 32 29 30 02
(masso-kinésithérapie)



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.