

Le magazine
de La Renaissance Sanitaire

Regards

N° 18

MARS 2016

Toute l'actualité de la Fondation sur :

www.larenaissance-sanitaire.fr

Actualités

Enjeux

Compétences

Initiatives

Hôpital La Musse
Centre de santé
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 hôpitaux sont dirigés chacun par un directeur assisté d'une conférence médicale d'établissement (CME).

Le conseil d'administration



Président
Patrick VILLESSOT
Personnalité qualifiée



Vice-président
Jacques MAIGNIER
Désigné par la Fédération mutualiste parisienne (FMP)



Secrétaire
Marie-France CARABIN
Désignée par la FMP



Trésorière
Catherine GRANDPIERRE MANGIN
Désignée par la FMP

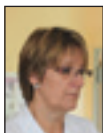
Administrateurs

Corine ALBERT, désignée par la FMP
Pr Gérard DUBOIS, professeur de santé publique,
président de la commission Addiction de l'Académie de médecine
Jacques FUCHS, personnalité qualifiée
Didier GABORIAUD, personnalité qualifiée
Jean-Michel MEHNERT, préfet honoraire, représentant le ministre de l'Intérieur
René VANDAMME, désigné par la FMP
Bernard VIALLATOUX, désigné par la FMP
Jean-Louis VINCENT, président de la FMP

Établissements de Villiers-Saint-Denis (02)



Directeur
Eric PETIT



**Présidente
de la CME**
**Dr Aline
SENEGAS ROUVIÈRE**

Établissements de La Musse (27)

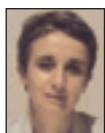


Directeur
**Catherine
PALLADITCHEFF**



**Président
de la CME**
**Dr Sylvain
DUTHOIS**

Siège social (75)



Directeur administratif
Catherine TOUBLANC

actualités

Maison d'accueil spécialisé La Musse : les travaux ont démarré	4
Centre de santé La Musse : l'offre s'étoffe	5
Certification des hôpitaux, version 2014 : en savoir plus	6
Plus de missions pour la cellule de sécurisation du circuit du médicament.....	8
Réforme des études de masso-kinésithérapie : quatre années d'études	10

enjeux

L'hospitalisation à temps partiel plébiscitée à l'hôpital La Musse	11
Le développement des prises en charge ambulatoires à l'hôpital Villiers-Saint-Denis	14
La prévention des chutes des personnes âgées : un enjeu majeur de santé publique	16

compétences

Maladie de Parkinson : la rééducation des troubles de la voix à l'hôpital Villiers-Saint-Denis	18
Prise en charge des personnes cérébrolésées dans l'Eure : création d'un « service ressource territorial »	21
VSD, ça coule de source !	22

initiatives

Le chant à l'hôpital Villiers-Saint-Denis : une technique rééducative, mais aussi le plaisir d'une chorale	26
Faits marquants Hôpital La Musse	28
Faits marquants Etablissements de Villiers-Saint-Denis	30



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



10-31-1188 Imprimé sur un papier FSC
www.fsc.org

Directeur de publication : Patrick Villessot ■ Rédacteur en chef : Catherine Toublanc
■ Photos : Denis Châtelain et Dominique Guibourg
■ Conception maquette : Fabrègue ■ Imprimerie Fabrègue ■ Dépôt légal 1^{er} trimestre 2016.



La progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (l'ONDAM) fixée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 a été limitée à + 1,75 %, niveau historiquement bas (pour rappel, les progressions 2014 et 2015 avaient été établies respectivement à + 2,4 % et + 2,1 %). Cette évolution représente, au niveau national, un effort inédit de 3,4 Mds€ d'économies qui reposeront, selon le communiqué du Ministère de la Santé, « *sur une efficience accrue de la dépense hospitalière, la promotion de la pertinence des pratiques et des prescriptions, la rémunération des produits de santé à leur juste prix, le développement des médicaments génériques et l'amplification du virage ambulatoire du système français de soins* ».

Deux autres textes fondamentaux viennent d'être publiés : la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, système considéré trop centré sur l'hôpital, insuffisamment tourné vers la ville, et qui devra s'inscrire dans la nouvelle organisation territoriale de la République profondément réformée par la loi du 7 août 2015 structurant les compétences des 14 régions métropolitaines. En jeu : la baisse des dépenses publiques, la réduction des inégalités de santé et une meilleure prise en compte des besoins des citoyens.

Aussi, les efforts de gestion des établissements de la Fondation La Renaissance Sanitaire, concentrés sur leur cœur de métier, s'intensifieront afin de se « préparer », en particulier, au nouveau modèle de financement de l'activité inscrit, également, dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016, et dont une première application est prévue en mars 2017.

Conscient des contraintes économiques, de l'indispensable (a minima) équilibre budgétaire, mais fort de nombreux projets et des réorganisations engagées en 2015, chacun d'entre nous s'appliquera également en 2016 à améliorer la performance des activités sanitaires, médico-sociales et de formation ainsi que le service rendu aux patients, résidents, étudiants, usagers et à leurs familles. La recherche de la satisfaction de ces derniers à la qualité attendue, la conservation de l'attractivité des établissements de La Renaissance Sanitaire et la promotion de leur savoir-faire doivent, plus que jamais, nous mobiliser.

Patrick Villessot
Président de La Renaissance Sanitaire

Maison d'accueil spécialisée : les travaux ont démarré

Les travaux de construction de la maison d'accueil spécialisée (MAS) La Musse ont débuté en octobre.

Le projet, qui a connu un léger retard dû à la suspicion de marnières, a dû être légèrement modifié. La MAS s'installera au centre d'une surface herbeuse située à l'entrée du parc de l'hôpital La Musse, entre les instituts de formation et le pavillon de soins de suite polyvalents, ce qui permettra d'éviter la modification des voiries.

La MAS accueillera douze personnes adultes souffrant de traumatismes crâniens. Les futurs occupants sont actuellement à leur domicile ou hébergés dans des lieux de vie non adaptés à leur handicap. L'équipe des professionnels de la MAS sera constituée d'un médecin MPR (médecine physique et de réadaptation) et de kinésithérapeute, psychologue, psychomotricien, aides-soignants, infirmière et aides médico-psychologiques (AMP).

Un brancardier de l'hôpital La Musse a d'ailleurs saisi l'opportunité d'une formation interne pour décrocher ce nouveau diplôme d'AMP. Il vient de démarrer une formation qui prévoit une semaine de cours par mois pendant dix-huit mois et deux stages pratiques. Un autre brancardier entame la même démarche.

La MAS devrait pouvoir ouvrir en juin 2016. ■

*Dominique Guibourg
Hôpital La Musse*



Patrick Villessot, président de la Fondation hospitalière La Renaissance Sanitaire, lors de la pose de la première pierre de la MAS – le 25 novembre dernier, entouré (de gauche à droite) de : Ludovic Bourrelier – conseiller départemental de l'Eure, Stéphane Holé – directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de l'Eure, Guy Lefrand – maire d'Evreux et président du Grand Evreux Agglomération, Bruno Groizeleau – maire de Saint-Sébastien-de-Morsent et Catherine Palladitcheff – directeur des établissements de La Musse.

Les maisons d'accueil spécialisé

Les maisons d'accueil spécialisé (MAS) proposent un hébergement permanent à tout adulte handicapé gravement dépendant.

Pour être accueilli en MAS, l'état de santé de la personne handicapée doit nécessiter :

- le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante ;
- et une surveillance médicale, ainsi que des soins constants.

La demande d'accueil est instruite par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de son département.

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) se réunit ensuite pour se prononcer sur la demande d'admission.

MDPH Eure

11, rue Jean de la Bruyère
CS 23246
27032 Evreux Cedex
Téléphone : 02 32 31 96 13
N° vert : 0800 881 605
Fax : 02 32 60 45 40
E-mail : mdph.eure@eure.fr

Centre de santé La Musse : l'offre s'étoffe



Le centre de santé La Musse est ouvert depuis la fin du mois de juin 2015 au rez-de-chaussée du pavillon 3. Du lundi au vendredi, trois médecins généralistes y accueillent les patients dont le nombre est en constante progression. Et, depuis le mois d'octobre, le centre de santé offre des consultations de spécialistes (pneumologie...), de psychologue, d'orthophoniste,...

Déficit médical

Cette structure nouvelle, imaginée par la directrice de l'hôpital Catherine Palladitcheff, a reçu un accueil très favorable de la part des instances de santé régionales, conscientes du déficit de praticiens sur le territoire ébroïcien.

Un partenariat a été mis en place avec la commune de Saint-Sébastien-de-Morsent qui frôle les 6 000 habitants et a accueilli récemment une nouvelle population dans un quartier en plein développement. Parallèlement, l'un des quatre médecins généralistes de la commune a fermé son cabinet, sans réussir à trouver de successeur. Les trois généralistes toujours en activité dans la commune ont donc dû faire face à un afflux de patients. Le centre de santé La Musse est un vrai service rendu à la population de la commune et des environs. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse



Patrick Villessot, président de la Fondation hospitalière La Renaissance Sanitaire, inaugurant le centre de santé La Musse, entouré (de gauche à droite) de : Ludovic Bourrelier – conseiller départemental de l'Eure, Bruno Groizeleau – maire de Saint-Sébastien-de-Morsent, Guy Lefrand – maire d'Evreux et président du Grand Evreux Agglomération, Catherine Palladitcheff – directeur des établissements de La Musse et Stéphane Holé – directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Eure.



Une partie de l'équipe des professionnels du centre de santé La Musse (de gauche à droite) : Dr Guillaume Denis, Dr Rabih Nakhal, Dr Marie-France Loie, Dr Morgane Delescluse, Dr Jacques Lebrunet, Dr Nabil Assis et Dr Jean-Yves Doërr.

Informations pratiques :

- Horaires d'ouverture :

Consultations médecins sur rendez-vous :

Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 12 h 30 et de 16 h 30 à 18 h 30.

Consultations orthophoniste sur rendez-vous :

Les mardis de 13 h 30 à 19 h 30 ; les jeudis de 16 h 30 à 18 h 30.

Consultations psychologues cliniciennes et psychothérapeutes :

Les lundis de 12 h 30 à 17 h 30 ; les vendredis de 13 h à 18 h.

- Sur rendez-vous, ouvert à tous, salariés et personnes extérieures aux établissements de La Musse.

- Tiers payant

- Centre de santé La Musse

Allée Louis Martin – CS 20119 – 27180 Saint Sébastien-de-Morsent

Tél. : 02 32 29 32 19

Mail : centredesante@hlrs-lamusse.net

Certification des hôpitaux, version 2014 : en savoir plus

La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement par des représentants de la Haute Autorité de Santé (HAS - experts visiteurs) afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

Le service qualité et gestion des risques de l'hôpital Villiers-Saint-Denis (de gauche à droite) : Christelle Marcelle, Michèle Demange, Annie Terrien et Dominique Remiot

Pour la version 2014 élaborée par la HAS, les évolutions détaillées ci-après comportent notamment la mise en place du compte qualité (approche par thématique) et de nouvelles méthodes de visite : « audits processus » sur les thématiques du manuel de la certification version 2010 (mis à

jour en janvier 2014) et « méthode du patient traceur ».

Le compte qualité

C'est un outil de suivi de la démarche qualité et de gestion des risques des établissements qui a une double ambition :

- faire converger, dans un même cadre documentaire, le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement avec l'outil de dialogue entre la HAS et l'établissement sur les axes prioritaires d'amélioration ;
- aider l'établissement à mieux piloter la dynamique interne et à rendre lisibles et mobilisateurs, pour les professionnels de santé, ces axes prioritaires.

La structure générale du compte qualité est la suivante :

- une caractérisation de l'établissement (activités, ressources, finalités) ;
- un engagement de l'établissement dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques ;
- une analyse de thématiques (certaines ne concernent pas un établissement de soins de suite et de réadaptation) publiées par la HAS, réparties en trois registres et regroupant tous les critères du manuel de certification :
 - le management : management stratégique, gouvernance ; qualité de vie au travail ; management de la qualité et des risques ; gestion du risque infectieux ;
 - la prise en charge : droits des patients ; parcours du patient ; prise en charge de la douleur ; prise en charge et droits des patients en fin de vie ; dossier patient ; identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge ; management de la prise en charge médicale du patient ; biologie médicale, imagerie ;
 - les fonctions support : gestion des ressources humaines ; gestion des ressources financières ; gestion du système d'information ; processus logistiques.

La méthode d'analyse se décompose en plusieurs étapes : l'identification des principaux risques et des dispositifs de maîtrise en place, la hiérarchisation des risques identifiés, la définition des plans d'actions et le suivi de ces plans d'actions.

Le compte qualité contribue à définir les objectifs de la visite des experts



visiteurs personnalisés en fonction des enjeux et des risques de l'établissement.

La visite a pour objectif de permettre aux experts d'identifier des points de conformité et des écarts par rapport au référentiel applicable ; les experts mobilisent pour cela différentes méthodes telles que l'audit de processus et le patient traceur.

L'audit de processus

L'investigation par audit de processus a pour but d'évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus par thématique afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre ses objectifs. L'analyse du processus se fait selon le principe du P/D/C/A (Plan, Do, Check, Act) ou Prévoir, Mettre en œuvre, Evaluer et Agir.

L'audit de processus porte, a minima, sur des éléments d'investigation obligatoires qui seront établis pour chaque thématique et qui sont considérés comme des facteurs-clefs pour l'atteinte des objectifs de la thématique.

Dans ce cadre, l'expert visiteur rencontrera les pilotes du processus puis les équipes de soins.

Le patient traceur

Il s'agit d'une méthode qui s'intéresse à la prise en charge globale d'un patient, aux interfaces entre secteurs ainsi qu'à la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire.

La méthode permet, dans un temps limité, de réaliser un diagnostic global de la qualité et de la sécurité de

la prise en charge en identifiant des points positifs et des points à améliorer.

Elle s'intéresse au cœur de métier des professionnels soignants.

Concrètement, la pratique du patient traceur, ce sont :

- en amont de la visite des experts visiteurs de la HAS, une sélection de patients, répondant aux critères fixés par la Haute Autorité, réalisée par l'établissement ; chaque patient sélectionné est informé de la possibilité que la méthode du « patient traceur » soit conduite à partir de son dossier ; son consentement lui est demandé et est tracé ;
- la rencontre, par les experts, des personnels en charge du patient présents le jour de la visite ; le médecin présente le cas du patient ;
- la rencontre, par les experts, du patient (ou de son entourage), l'objectif étant de recueillir sa perception des différentes étapes de la prise en charge.

La décision de certification

Le processus décisionnel de la certification version 2014 repose sur deux axes :

- le premier axe vise à mesurer, par l'analyse de processus et la méthode du « patient traceur », la maturité de chaque thématique

évaluée, en identifiant les points de conformité mais aussi les écarts : points sensibles, non-conformités ou non-conformités majeures ;

- le second axe a pour objet de souligner le non-respect éventuel de points-clefs qui seraient de nature à créer un risque grave et imminent pour la sécurité des patients.

Ces mesures et l'appréciation de points-clefs constitueront une base pour guider la HAS dans la fixation des niveaux d'avis par thématique et, au final, du niveau de décision pour l'établissement : certification, certification avec recommandation(s) d'amélioration, certification avec obligation(s) d'amélioration, sursis à statuer ou non-certification.

Au final, la nouvelle version de la certification impactera :

- le management de la qualité et des risques installé dans la réalité quotidienne des équipes de soins et qui donne du sens en termes de qualité de la prise en charge des patients et de qualité des conditions d'exercice ;
- et la démarche de qualité continue grâce à la définition des priorités correspondant aux véritables enjeux de l'établissement. ■

Dr Michèle Demange
Hôpital Villiers-Saint-Denis

Quelques éléments de rétro planning :

- La visite des experts visiteurs est prévue à l'hôpital Villiers-Saint-Denis en septembre 2016 et l'envoi du compte qualité doit être effectué au plus tard le 1^{er} mars 2016.
- A l'hôpital La Musse (27), les experts visiteurs auditeront l'établissement en 2017.



La Haute Autorité de santé (HAS)

La HAS est une autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité. Elle exerce ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique.

Ainsi, la Haute Autorité certifie les établissements de santé et accrédite les praticiens de certaines disciplines afin d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins ainsi que la sécurité des patients dans les établissements de santé et en médecine de ville.

La HAS a choisi, pour la version 2014 (V2014) de la certification, une approche par thématique aussi bien pour l'élaboration du compte qualité que pour les audits de processus. Une liste de thématiques a été établie. Une correspondance entre ces thématiques et les critères du manuel de certification a été définie.

La nouvelle procédure de certification V2014 évolue donc mais le manuel de certification reste le même à l'horizon 2018.

Pour en savoir plus : www.has-sante.fr

Plus de missions pour la cellule de sécurisation du circuit du médicament

La direction de l'hôpital La Musse, avec l'aval de la conférence médicale d'établissement, a confié, depuis l'arrêté du 6 avril 2011, à Patrick Lespinasse, ancien praticien au centre hospitalier intercommunal Eure-Seine, la responsabilité du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse à l'hôpital La Musse. Le médecin travaille en étroite collaboration avec Chantal Zamboni, pharmacien de l'établissement.

Une cellule de sécurisation du circuit du médicament (CSCM), pluridisci-

plinaire, a été constituée. Ses principales actions portent sur :

- la mise en œuvre d'une politique qualité ; un rapport annuel est présenté à la direction de l'établissement ;
- un état des lieux du circuit du médicament, utilisant notamment l'outil INTERDIAG, actuellement présenté à l'ensemble des professionnels de santé ;
- la participation à différents audits, mis en œuvre par la pharmacie, notamment dans le cadre du

contrat de bon usage des médicaments (CBU) et de la réponse aux exigences de la certification des établissements hospitaliers (lire article pages 6 et 7) ;

- la gestion des risques liés au médicament, selon trois axes principaux :
 - la promotion de la déclaration des événements indésirables médicamenteux par les professionnels ;
 - l'étude de risques spécifiques éventuels pointés par les audits ou la mise en œuvre de méthodes spécifiques ;



La cellule est composée de (de gauche à droite) : Nathalie Duplessis et Annie Couvret (cadres de santé), Chantal Zamboni (pharmacien de l'établissement), Valérie Martin, cadre de santé, Patrick Lespinasse, responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et Géraldine Charbonnier, infirmière (absente sur la photo)

- et le traitement des événements indésirables déclarés, en étroite collaboration avec la cellule qualité de l'établissement ;
- l'information et la formation des différentes catégories de professionnels de santé sur les risques liés aux médicaments et sur les conduites à tenir pour les traiter.

La cellule de sécurisation du circuit du médicament est appelée à développer ses missions dans les prochains mois. Les autorités de tutelle accordent, en effet, à la déclaration et au traitement des événements indésirables médicamenteux, une importance particulière.

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse



Ce que dit la loi...

Le 6 avril 2011 est paru un arrêté relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

Le texte demande la mise en place d'une structure parallèle à la cellule qualité de l'établissement, la CSCM, destinée à travailler en étroite collaboration avec elle. La spécificité des enjeux et des risques liés au médicament justifie, en effet, d'instaurer un dispositif spécialement consacré à ces produits et au circuit de leur utilisation au sein d'un établissement hospitalier.

La prise en charge médicamenteuse à l'hôpital : un processus complexe, pluriprofessionnel dont la qualité et la sécurité déterminent le service médical rendu au patient

La prise en charge médicamenteuse est un processus combinant des étapes pluridisciplinaires et interdépendantes visant un objectif commun : l'utilisation sécurisée, appropriée et efficiente du médicament chez le patient pris en charge.

Les risques encourus lors des étapes listées ci-après sont systématiquement étudiés et pris en compte :

- la prescription (y compris la gestion du traitement personnel du patient à l'admission et la prescription de sortie) ;
- la dispensation ;
- la préparation ;
- l'approvisionnement ;
- la détention et le stockage ;
- le transport ;
- l'information du patient ;
- l'administration ;
- la surveillance du patient.

Une attention particulière est portée :

- aux médicaments à risque et aux patients à risque ;
- aux traitements personnels des patients ;
- aux transferts du patient au sein de l'établissement ou dans un autre établissement ;
- à l'utilisation d'une démarche informatisée lors des étapes du processus de prise en charge.

Sur la base de l'étude précitée, la direction de l'hôpital veille à l'élaboration de procédures et, le cas échéant, de modes opératoires intégrant les différentes responsabilités notamment médicales, pharmaceutiques, soignantes permettant en particulier de s'assurer :

- de l'identité du patient tout au long de sa prise en charge, notamment avant l'administration de médicaments ;
- d'une prescription conforme aux données de référence permettant de garantir la continuité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse de l'admission jusqu'à la sortie du patient ;
- d'une administration (médicament, dose, forme, voie d'administration, schéma posologique, préparation et suivi thérapeutique) conforme à la prescription médicale ;
- de la qualité de l'approvisionnement, de la délivrance, du rapprochement entre le bon de réception et le bon de demande des médicaments dans les unités de soins ainsi que des conditions de stockage des médicaments dans les pharmacies à usage intérieur et dans les unités de soins ;
- de l'information du patient sur son traitement ;
- de la traçabilité des différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse.

Source : extraits de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé

Pour en savoir plus :

- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé (Journal officiel du 16 avril 2011)
- www.has-sante.fr
- Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments (guide de la Haute Autorité de santé, mai 2013)

Réforme des études de masso-kinésithérapie : quatre années d'études

Mieux vaut tard que jamais. Après les infirmiers, les ergothérapeutes et les pédicures podologues, ce sont les masseurs-kinésithérapeutes qui bénéficient d'une réorganisation de leur formation selon le schéma universitaire.

Depuis le 2 septembre 2015, date des arrêté et décret relatifs au diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute, le nouveau référentiel des études est appliqué dans tous les instituts de formation en masso-kinésithérapie.

A partir de la rentrée 2017, il n'y aura plus de concours d'entrée pour l'accès à la formation, mais une sélection parmi les étudiants ayant validé une année universitaire en médecine (PACES* 75 % des effectifs) et ceux (25 % des effectifs) issus de filières sport (STAPS*), biologie (SVT*) ou licence en santé. Pour l'instant, l'institut de formation en masso-kinésithérapie La Musse (IFMK) recrutera uniquement des étudiants provenant de l'université de Rouen avec laquelle elle a passé une convention.

La durée des études est désormais de quatre ans répartis sur deux cycles de deux ans chacun. Chaque année, divisée en deux semestres, est validée par l'acquisition de soixante « ECTS* » ou crédits européens, soit trente ECTS par semestre.

L'enseignement est dispensé sous forme théorique et pratique en institut et complété par les stages effectués en secteur sanitaire, médico-social, associatif (réseau de santé) ou en clubs sportifs. Le dernier stage appelé clinicat dure douze semaines. Il peut être effectué à l'étranger si l'étudiant le souhaite.



L'ensemble de la formation représente 3 450 heures dont 1 470 de pratique masso-kinésithérapique ; l'étudiant quant à lui dispose de 3 220 heures de travail personnel.

Les matières enseignées, synthétisées en trente-deux unités d'enseignements, sont regroupées en trois domaines : les enseignements fondamentaux, les sciences et ingénierie en kinésithérapie ainsi que l'approfondissement et la professionnalisation.

Les cours sont dispensés par des universitaires, des médecins, des masseurs-kinésithérapeutes, d'autres professionnels de santé paramédicaux, des enseignants de l'éducation nationale (exemple pour l'anglais) et des intervenants spécialistes du domaine du handicap.

Ayant validé les 240 ECTS et les onze compétences indispensables à l'obtention du diplôme d'Etat en masso-kinésithérapie, le nouveau professionnel pourra remplir ses rôles et missions, exercer ses activités

dans le secteur de son choix et son installation dans le reste de l'Europe se verra grandement facilitée par la reconnaissance des crédits européens acquis. ■

Marie-Félix Adèle
Institut de formation
en masso-kinésithérapie La Musse

Glossaire :

- **PACES** - Première année commune aux études de santé
- **STAPS** - Sciences et techniques des activités physiques et sportives
- **SVT** - Sciences et vie de la terre
- **ECTS** - European credits transfer system

Pour en savoir plus :

Institut de formation
en masso-kinésithérapie La Musse
Tél. 02 32 07 29 45
ifmk@iflrs-lamusse.net

L'hospitalisation à temps partiel plébiscitée à l'hôpital La Musse

L'hospitalisation à temps partiel (HTP) est la nouvelle appellation de l'hôpital de jour (HDJ).

Encouragées par l'agence régionale de santé, ces hospitalisations à la journée présentent deux avantages. Elles sont appréciées des patients et permettent de réduire les coûts d'hospitalisation. Les personnes rentrent chaque soir à leur domicile tout en poursuivant leurs soins et en bénéficiant d'un suivi deux ou trois fois par semaine.

Chaque mois, un peu plus de huit cents venues de patients en « HTP » sont enregistrées dans les services de l'hôpital La Musse proposant cette forme de prise en charge, principalement au pôle de rééducation fonctionnelle et au pôle de soins de suite spécialisés.

Corinne Hourdier, cadre supérieur de santé en charge des deux pôles accueillant les patients en hospitalisation à temps partiel, reconnaît, entre autre bénéfice, à l'HTP le mérite de favoriser les rapports soignant/soigné : « Une proximité, une complicité même, se met en place avec le patient, des liens différents se nouent au fil des semaines, au-delà du simple soin, note-t-elle. L'approche HTP est particulièrement pertinente au pavillon de rééducation fonctionnelle où l'enjeu est le retour à domicile. C'est une étape qui n'est facile, ni pour le patient, ni pour sa famille. Ces rendez-vous réguliers à l'hôpital font office de transition : les visages connus et rassurants des soignants renseignent et guident sur la voie de l'autonomisation. »

Moins d'hospitalisations « temps plein »

L'HTP correspond, en outre, à un besoin nouveau de la population. « Désormais les patients ne veulent plus être hospitalisés à plein temps. Ils souhaitent rester dans leur cadre de vie au maximum tout en bénéficiant des soins que requiert leur pathologie. Les conditions de confort des maisons d'aujourd'hui l'autorisent plus qu'autrefois, poursuit Corinne Hourdier. Même avec des pathologies lourdes, il est possible de mettre en place un système qui prévoit deux prises en charge par semaine, par exemple. Cette prise en charge permet de poursuivre la rééducation, mais aussi de développer le potentiel d'autonomie du patient. Elles permettent aussi à la famille d'avoir une écoute face aux difficultés rencontrées. »

L'HTP permet la pluridisciplinarité des interventions, mais nécessite polyvalence, capacité d'adaptation, organisation solide et complexe. Sa coordination est plus délicate que la gestion d'une unité de soins : les patients ne sont pas sur place et disponibles. Certains ont repris le travail ou doivent honorer d'autres rendez-vous médicaux, les plus jeunes sont scolarisés...

Au pavillon de rééducation fonctionnelle

Au sein du pôle de rééducation fonctionnelle, l'HTP a démarré il y a une dizaine d'années. Depuis deux ans, elle fonctionne dans des locaux dédiés et une équipe spécifique y est détachée, composée de deux secré-



L'équipe de l'HTP du pôle de rééducation fonctionnelle.



Au pôle soins de suite spécialisés, la prise en charge concerne les pathologies vasculaire, cardiaque, pneumologique ou le surpoids chez les jeunes.

taires, une infirmière, deux kinésithérapeutes, deux ergothérapeutes et un médecin. Interviennent de manière ponctuelle en fonction des pathologies : orthophoniste, psychologues, diététicienne, psychomotricienne, assistantes sociales, éducateur sportif et prothésistes.

Certaines personnes sont adressées à l'hôpital La Musse par leur médecin traitant et sont reçues par le Dr Cécile Dervin qui évalue et décide de la pertinence d'une prise en charge de type HTP dans l'établissement. Elle précise : « Ce sont généralement des personnes souffrant du dos (douze personnes en bénéficient en permanence au sein de "groupes dos"), de l'épaule, des poignets, ou ayant besoin de soins après un accident vasculaire cérébral. Les enfants viennent pour des troubles de l'apprentissage ou d'autres pathologies. Nous sommes interrogés aussi sur des validations de fauteuils électriques, des évaluations au simulateur de conduite, la pose d'orthèses, de

corsets ou le remplissage des pompes à baclofène* (Lioresal®). »

Pour les « extérieurs », le délai d'attente avant de pouvoir espérer une prise en charge à l'hôpital La Musse est désormais de deux à trois mois, sauf pour les urgences. Il est moins long – trois semaines environ – pour les patients ayant été hospitalisés. Soixante-dix personnes sont simultanément prises en charge de cette façon au pôle de rééducation fonctionnelle pour deux à trois séances par semaine et à raison de deux prises en charge minimum à chaque fois. La durée d'une HTP peut varier entre un simple rendez-vous « bilan » jusqu'à deux années de visites régulières (en neurologie notamment). « Les patients sont très satisfaits de leur passage en HTP, commentent Cécile Dervin, médecin rééducateur et Sylvia Lemesle, l'infirmière, qui reçoivent régulièrement, dans leurs bureaux, des personnes les remerciant pour le travail effectué et les progrès observés. Nous les aidons à faire la transition en

douceur, en étant préparés. Nous nous employons à ce qu'ils aient toujours le même kinésithérapeute et le même ergothérapeute. Nous communiquons beaucoup également. C'est une grande part de notre travail. Nous expliquons ce que nous faisons, ce que nous ne pouvons pas faire, nous réorientons si nécessaire lorsque nous ne nous estimons pas compétents. Chaque membre de l'équipe sait se rendre disponible pour les autres, au service du patient. Tout le monde travaille en bonne intelligence, en confiance. Depuis peu, nous utilisons une adresse mail qui est à la disposition des patients et qui simplifie la communication et le travail de tous. »

Au pôle soins de suite spécialisés

Vasculaire, cardiologie, pneumologie, surpoids... Quatre prises en charge à temps partiel existent au pavillon de rééducation spécialisée. C'est dans le service du Dr Sylvain Duthois, en vasculaire, qu'ont démarré les premières

prises en charge partielles, il y a plus de dix ans, rapidement rejointes par les services de cardiologie et de pneumologie, puis par le service nutrition à destination des enfants ou adolescents en surpoids.

« Au fil des années, on a vu la prise en charge évoluer, avec notamment la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique », expliquent les deux infirmières en charge de l'HTP, Déborah Van Den Broeck et Déborah Lanet. Les deux soignantes travaillent en collaboration avec Françoise Fougère qui assure également l'aide au sevrage du tabac. Ces programmes d'éducation thérapeutique sont assurés par les membres de l'équipe pluridisciplinaire, intervenant sur ce secteur d'HTP.

Les patients accueillis sont plutôt âgés et peu autonomes en vasculaire. En réadaptation cardiaque et réhabilitation respiratoire, ils sont plus jeunes. Une constante demeure : tous apprécient leur passage par l'HTP. *« Ils sont satisfaits de venir à chaque fois et appréhendent même la fin de leur prise en charge. Souvent isolés, les patients vasculaires profitent de cet instant pour évoquer leurs problèmes. Nous les orientons fréquemment vers les professionnels compétents... Un problème de dos et nous en parlons au kinésithérapeute, de surpoids... et l'on prend rendez-vous avec la diététicienne, un mal-être... nous voyons avec la psychologue... C'est une prise en charge globale. De notre côté, nous en profitons pour leur rappeler les bonnes consignes vues lors des ateliers d'éducation, qu'ils oublient parfois : la nécessité de pratiquer la marche quotidiennement, les jambes à surélever... C'est aussi pourquoi on récupère moins vite chez soi qu'à l'hôpital. Nous partageons*

beaucoup avec nos patients car nous les voyons très régulièrement sur de longues périodes. Nous établissons un climat de confiance. Et nous obtenons de bons résultats. »

Dans le secteur vasculaire, par exemple, les infirmières consacrent quarante-cinq minutes à l'hygiène et la réfection d'un pansement au niveau des membres inférieurs. Une durée que ne peuvent se permettre les infirmières libérales. Déborah Van Den Broeck et Déborah Lanet disposent, en outre, de matériels performants et récents et de bonnes conditions de travail (lit à hauteur variable, chariots dédiés et adaptés...). Leur savoir-faire est reconnu. L'HTP de soins de suite spécialisés s'est installée dans l'unité 1 du pavillon 2, qui lui est entièrement dédiée depuis 2008.

Les modalités

Les patients « **vasculaires** » viennent pour une séance de kinésithérapie et leur pansement environ trois fois par semaine ou pour une simple consultation. Une quinzaine de patients sont quotidiennement pris en charge. La durée des prises en charge en HTP est variable... jusqu'à la cicatrisation des ulcères traités. Les patients ont besoin de soins régulièrement.

En **cardiologie**, la prise en charge est de seize à vingt demi-journées de réadaptation après un accident cardiaque : en moyenne six patients sont pris en charge chaque matin et autant l'après-midi. Les patients bénéficient de temps de kinésithérapie (avec une surveillance télémétrique des infirmières), d'éducation thérapeutique, d'examens et d'adaptation de leur thérapeutique. Il est rare qu'ils reviennent par la suite.

En **pneumologie**, les patients viennent pour une journée complète d'hospitalisation par séries de dix-huit rendez-vous, avec séances de kinésithérapie, d'éducation thérapeutique... De nouvelles hospitalisations en HTP sont généralement nécessaires tous les deux ans en moyenne.

Les HTP « **cardio** » et « **pneumo** » affichent facilement complet et nécessitent une petite attente.

Les infirmières, qui gèrent planings, appels téléphoniques, accueil et soins, sont présentes du lundi au vendredi.

Depuis quelques années, une HTP dédiée aux enfants et adolescents en surpoids a été créée par le service **nutrition**. Durant dix mercredis après-midi, les jeunes patients sont pris en charge en diététique, en ergothérapie et lors d'interventions d'un éducateur sportif et du psychologue.

Les patients venant en HTP sont présents sur un temps limité et programmé, ce qui requiert une bonne coordination et programmation de l'équipe pluridisciplinaire (infirmières, médecins, kinésithérapeutes, éducateurs sportifs, diététiciennes, ergothérapeutes, psychologues...) et des plateaux techniques d'explorations dédiés aux patients.

L'HTP est en constante évolution pour répondre aux besoins de la population. Elle nécessite un investissement fort de la part des professionnels qui sont très souvent engagés dans une démarche d'éducation thérapeutique. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

(*) Dispositif permettant des injections en continu pour la prise en charge de la spasticité.

Le développement des prises en charge ambulatoires à l'hôpital Villiers-Saint-Denis

Les autorités de tutelles ont autorisé l'hôpital Villiers-Saint-Denis en 2001 à transformer des lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) en 6 places d'hospitalisation à temps partiel (HTP). Cette activité s'est concrétisée par la création de cinq places en médecine physique et réadaptation (MPR) et d'une place en réadaptation cardiaque, pour répondre à un réel besoin régional de prise en charge ambulatoire. Elle a été organisée et pérennisée grâce à l'équipe médicale et paramédicale du pôle MPR.

A ce jour, sous la responsabilité du chef de pôle, le Dr Tayeb Meslem, d'une coordinatrice et d'un cadre infir-

mier, la prise en charge des patients en HTP est assurée par cinq médecins qui suivent également d'autres patients en hospitalisation complète répartis dans les disciplines autorisées :

- Dr François Baudemont, Dr Mirela Ionela Florian, Dr Tayeb Meslem pour les affections du système nerveux ;
- Dr Henri Azoulay et Dr Michel Azorin pour les affections de l'appareil locomoteur ;
- Dr Pascal Guillaume pour les affections de la personne âgée dépendante ou à risque de dépendance, depuis juillet 2014 ;

- Dr Morsli Seddiki pour les affections du système digestif métabolique et endocrinien depuis septembre 2015.

Le recrutement des patients en HTP est assuré par les consultations de l'ensemble des médecins attirés à l'HTP, mais également, par relais, à la suite d'une hospitalisation complète dans l'établissement quand le retour à domicile a été organisé. Les consultations sont initiées par une demande des médecins traitants ou des correspondants médicaux des filières chirurgicales et neurologiques de l'hôpital.

Les patients sont accueillis par une équipe soignante pour un premier bilan d'entrée. Cette équipe assure, par la suite, la continuité de la prise en charge pluridisciplinaire tout au long du séjour des patients.

Les patients sont pris en charge selon une fréquence adaptée à leurs besoins médicaux soit 2, 3 ou 5 fois par semaine de 8 h 30 à 17 h 30. Les critères d'inclusion comprennent deux activités minimum de rééducation par journée.

Les médecins réalisent les prescriptions et le suivi des actes médicaux et paramédicaux dispensés aux patients. Ils définissent le nombre et la fréquence des séances. Les masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, neuropsychologues, psychologues, éducateurs physiques et sportifs, diététiciens et psychomotriciens interviennent aussi en rééducation fonctionnelle, sur prescriptions médicales.



De gauche à droite, Armelle Vanderberghe - cadre médico administratif et Anita Dominé Michel - cadre infirmier, coordinatrices de l'activité d'hospitalisation à temps partiel.

Le service social et le secrétariat médical accompagnent les patients dans leurs démarches administratives, professionnelles et familiales.

Le projet thérapeutique initial est défini lors de la première visite pluridisciplinaire avec le patient et/ou sa famille. Une évaluation intermédiaire est réalisée à mi-séjour ou plus tard si nécessaire. A la fin du séjour, le patient rentre à son domicile et, le cas échéant, un relais de soins en ville est organisé. Le secrétariat médical assure la gestion administrative du dossier patient et le suivi en consultation post HTP à 3 ou 6 mois si nécessaire. Suite à l'évaluation finale, une lettre de sortie est envoyée au médecin traitant et aux correspondants.

De 2001 à ce jour, l'activité d'HTP a fortement augmenté. L'autorisation initiale de 5 places a été réévaluée au fil des années pour passer à une activité de 13 places.

Un objectif gradué actuellement de 6 000 journées/an a été fixé pour les spécialités « appareil locomoteur » et « système nerveux », afin d'être en cohérence avec le projet d'établissement 2013/2018, dans lequel l'activité ambulatoire devient, dans la mesure du possible, une alternative à l'hospitalisation complète en cohérence avec les recommandations de l'agence régionale de santé.

Le plateau technique du pôle MPR a permis d'élargir l'activité HTP aux autres pôles de l'hôpital, notamment l'HTP diabétologie, l'HTP gériatrie et l'HTP réhabilitation respiratoire.

A ce jour, la file active de l'HTP est en moyenne de 32 patients par jour répartis dans les disciplines de diabétologie, orthopédie, neurologie et gériatrie.

De nouvelles prises en charge sont proposées en HTP telles que :

- les consultations « spasticités » assurées par le Dr François Baudemont ainsi que les injections de toxine botulique qui nécessitent une prise en charge en HTP pour un programme de rééducation ;
- le programme LSVT® qui concerne le patient parkinsonien assuré par une équipe de rééducateurs (orthophonistes, kinésithérapeutes et psychomotriciens – lire article pages 18, 19 et 20) ;
- le programme lombalgique (Dr Michel Azorin) ;
- le programme gériatrique (Dr Pascal Guillaume) ;
- le programme diabétologie (Dr Morsli Seddiki).

Anita Domine Michel
Armelle Vandenberghe
Hôpital Villiers-Saint-Denis

Vous allez être hospitalisé(e).

Quels types de séjour à l'hôpital ?

On distingue différents types de séjour à l'hôpital :

L'hospitalisation à temps complet (ou hospitalisation complète)

L'hospitalisation à temps complet (ou encore hospitalisation à temps plein ou hospitalisation complète) est l'hospitalisation durant laquelle le patient est hébergé à l'hôpital et installé physiquement dans un lit. Il passe au moins une nuit à l'hôpital.

L'hospitalisation à temps partiel (ou séances de soins)

L'hospitalisation à temps partiel (HTP) est une alternative à l'hospitalisation à temps complet.

Les structures d'HTP, de jour ou de nuit, permettent de dispenser l'ensemble des soins hospitaliers sur une seule journée ou, par séquence sous forme de séances de soins, sur un ou plusieurs jours de la semaine. Il peut s'agir d'examen, de surveillance médicale (psychiatrie), de réadaptation, de séances de dialyse, etc.

Si un acte chirurgical est pratiqué durant cette hospitalisation, on parle alors de chirurgie ambulatoire.

Les services d'hospitalisation de nuit accueillent et traitent des patients dont l'état de santé n'exige qu'une hospitalisation pendant la nuit. Il s'agit essentiellement de services psychiatriques.

L'hôpital de jour (HDJ) ou la chirurgie ambulatoire

En HDJ ou en chirurgie ambulatoire, l'admission, le traitement et la sortie se font le même jour. Cette modalité de soins permet au patient de regagner son domicile le jour même du traitement et lui évite de passer une ou plusieurs nuits à l'hôpital.

L'objectif de l'HDJ est de fournir une prise en charge médicale multidisciplinaire (investigations pour le diagnostic d'une maladie, bilans de surveillance des interventions et des soins chirurgicaux, soins médicaux...) concentrée sur une journée ou demi-journée, ne nécessitant pas une hospitalisation complète mais ne pouvant pas être effectuée en consultation externe.

L'hospitalisation à domicile (HAD)

L'HAD permet d'assurer, au domicile, tous les soins médicaux et paramédicaux prescrits.

L'admission en HAD suppose le consentement du patient et celui de son entourage au principe de l'HAD. Elle est prononcée par le responsable de l'HAD sur prescription du médecin hospitalier ou libéral sur la base d'un projet thérapeutique (programme de soins et d'accompagnement individualisé) sur avis favorable du médecin coordonnateur de l'HAD.

Celui-ci joue un rôle central. Il assure les contacts avec les médecins (hospitaliers et libéraux) au chevet du patient et organise la coordination des soins.

Le médecin traitant est responsable de la prise en charge pour laquelle il dispense des soins de façon périodique. Il assure le suivi médical et la surveillance des soins lors de ses visites.

Le service d'HAD assure, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, la continuité de soins équivalents à ceux dispensés à l'hôpital.

La prévention des chutes des personnes âgées,

un enjeu majeur de santé publique

La chute chez la personne âgée est un problème majeur pour notre société. Elle peut entraîner de graves conséquences physiques et psychologiques. Un syndrome post-chute peut survenir après une ou plusieurs chutes en engendrant une véritable désadaptation psychomotrice.

L'enjeu est donc de taille et il est très important de prévenir la chute en évaluant le risque et en sensibilisant l'entourage de la personne.

Depuis octobre 2013, un atelier de prévention des chutes a été mis en place au pôle « gériatrie, pneumologie, cardiologie » (GPC) de l'hôpital Villiers-Saint-Denis, par la psychomotricienne. La mise en place de cet atelier résulte du constat qu'en 2012, 441 patients ont chuté, dont 40 %

étaient hospitalisés au pôle GPC. Dans un premier temps, un créneau horaire fut retenu en tenant compte de la disponibilité des locaux et du personnel. Par la suite, une collaboration avec l'ergothérapeute fut nécessaire afin de compléter la prise en charge préventive et rééducative autour de la chute. Grâce à cette collaboration, deux nouveaux créneaux horaires ont pu être créés.

A ce jour, le nombre de patients pris en charge par le groupe « prévention chute » est compris entre 5 et 10. Les patients sont adressés par les médecins de l'hôpital Villiers-Saint-Denis sur prescription médicale. Les principaux services adresseurs sont : les services du pôle médecine physique et réadaptation, le service de soins palliatifs, l'unité cognitivo-comportementale et le service de pneumologie.

L'atelier « prévention des chutes »

Il a lieu trois fois par semaine et chaque séance dure 1h30.

Initialement, une séance était consacrée à l'aménagement possible du domicile. Chaque patient s'exprimait sur les circonstances de sa chute et sur son lieu de vie afin de pouvoir visualiser les risques de l'environnement architectural et de trouver des solutions d'aménagement. Désormais, cet atelier est individuel. En effet, tous les patients n'étaient pas demandeurs ou en capacité d'assister aux séances collectives. Ce temps a donc été remplacé par une séance basée sur de la gymnastique douce et des exercices d'équilibre statique et dynamique, en position assise comme debout. Un travail se fait également





Une patiente du pôle gériatrie prise en charge par Julien André – ergothérapeute – et Amandine Fabbro, stagiaire en ergothérapie.

Le risque de chute des personnes âgées

Le vieillissement est un processus physiologique continu très hétérogène, variable selon les individus. Le risque de chute (généralement multifactoriel) n'est pas en rapport avec l'âge chronologique.

Les capacités d'adaptation au risque déclinent régulièrement avec l'avancée en âge, de la personne âgée active et dynamique à la personne âgée dépendante. Plusieurs facteurs intrinsèques (médicaments, maladies altérant les fonctions sensitives, cognitives ou motrices) ou extrinsèques (comportementaux ou environnementaux) peuvent favoriser la chute.

Deux situations de prévalence importante des chutes peuvent être individualisées :

- la **personne âgée fragile** ; la réduction de ses capacités d'adaptation ne lui permet plus de faire face à des perturbations externes mineures ; toute chute, outre sa gravité immédiate, lui fait courir un risque majeur de perte d'autonomie et de désinsertion sociale, avec, pour conséquence éventuelle, l'institutionnalisation ;
- la **personne âgée dépendante vivant en institution** ; son risque de chute est particulièrement élevé et a des conséquences graves.

Les chutes sont des **marqueurs du mauvais état de santé**. Elles sont la conséquence de l'affaiblissement général, des démences ou d'autres (poly)pathologies, des polymédications et parfois des contentions.

Environ **9 000 décès de personnes âgées de plus de 65 ans** sont associés chaque année en France à une chute. La mortalité associée à ces chutes augmente rapidement avec l'avancée en âge, dans les deux sexes.

Lorsque la **chute est responsable de fractures**, il s'agit, dans la majorité des cas, d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur, indirectement responsable d'une mortalité élevée dans les mois qui suivent. Le risque fracturaire est plus important en cas de pathologies fragilisant l'os, altérant la vision, la marche et l'équilibre ou en cas de polypathologies chroniques. Indépendamment du risque fracturaire, l'**impact psychologique de la chute** peut être majeur.

La peur de tomber existe chez de nombreuses personnes âgées, avant même toute chute. Cette peur est plus fréquente encore chez celles qui présentent des troubles de la marche accompagnés ou non de sensation d'instabilité. La chute entraîne souvent perte de confiance en soi et angoisse.

Le **syndrome post-chute** se caractérise par une désadaptation psychomotrice par réduction spontanée de l'activité, diminution des capacités fonctionnelles, troubles posturaux (dont la rétropulsion) et troubles de la marche, augmentant ainsi le risque de nouvelle chute.

Aussi, sa prise en charge, réadaptative et psychosociale, est essentielle au maintien de l'autonomie de la personne âgée.

autour des points d'appuis et des réflexes dits « d'équilibration et de parachute ».

Une autre séance est dédiée à des parcours moteurs, mettant le patient en mises en situations écologiques. Les parcours sont adaptés à chaque patient en fonction de ses possibilités afin de rendre la prise en charge optimale. C'est durant cette séance que les patients sont évalués lors de la réalisation de différents bilans validés. Cette séance se fait en partenariat avec du personnel soignant (infirmiers, aides-soignants) afin de sensibiliser les équipes et de les rendre actrices dans la prévention des chutes.

La troisième séance est de nouveau consacrée à de la gymnastique douce et des exercices d'équilibre. Il est en effet important de reprendre les bases des chaînes motrices en suivant l'évolution du patient. Cela permet également de pérenniser les acquis en diminuant l'appréhension à la chute, afin d'obtenir une meilleure progression.

Un livret sur la prévention des chutes a été créé. Il récapitule l'ensemble des séances afin de permettre au patient et à sa famille de mieux appréhender le retour à domicile. Il est donné aux patients et aux familles qui en font la demande.

L'atelier « prévention des chutes » permet une prise en charge globale sur le plan moteur et psychologique autour de la chute et de sa prévention. L'effet de groupe a un impact positif sur les patients car, en plus de se motiver, cela permet de créer une véritable dynamique de groupe.

L'atelier s'inscrit donc dans une prise en charge pluridisciplinaire du patient. En effet, il est complémentaire des différentes prises en charge rééducatives individuelles et s'inscrit dans un projet de ré-autonomisation du patient ainsi que de prévention. ■

Laetitia Derlon

Julien André

Dr Guy Schneider

Hôpital Villiers-Saint-Denis

Maladie de Parkinson : la rééducation des troubles de la voix proposée à l'hôpital Villiers-Saint-Denis

« Bafouiller. Un des cadeaux surprises de miss Parkinson. On veut prononcer un certain mot. On n'y arrive pas. Vite, on improvise, on attrape par la queue ce qui nous passe par la tête, un mot qui signifie presque la même chose, pas tout à fait cependant, ça vous donne l'air à côté de vos pompes, les gens se regardent, de vous ils n'attendaient pas ça... Ajoutez, dans mon cas, une voix éteinte, épuisée, alors que je crois parler haut et fort. »

Extrait de « Lune de Miel » d'A. Cavanna – janvier 2011

La maladie de Parkinson, quelques précisions

L'épidémiologie

Deuxième pathologie neurodégénérative après la maladie d'Alzheimer (HAS, 2014), la maladie de Parkinson (MP) présente une prévalence de 827,5 cas pour 100 000 habitants. 150 000 personnes en sont atteintes en France et les projections en Europe font état de plus de 2 millions de malades en 2050 (« Dossier de presse France Parkinson », 2014).

L'atteinte des noyaux gris centraux dans leur composante dopaminergique se situe à l'origine de la maladie, pour laquelle plusieurs étiologies existent.

Les causes

Elles peuvent être infectieuses, en lien avec des désordres olfactifs, endocriniennes, comme le suggère Wills en 2008, qui retient l'insomnie et la dépression comme des marqueurs de la maladie, ou encore génétiques pour 10 à 15 % des cas.

Des causes environnementales sont également évoquées, comme l'utilisation de pesticides (étude en France

en 2007 et en Californie en 2009) ou d'insecticides présents dans l'environnement plusieurs décennies après leur utilisation (Moisan & Elbaz, 2011).

L'étiologie exacte de la maladie de Parkinson n'est pas encore réellement définie. Elle serait probablement d'origine multifactorielle et résulterait de la sommation de facteurs génétiques et environnementaux (solvants organiques, métaux lourds, manganèse, pesticides et insecticides - HAS, 2014).

L'évolution

Il peut s'écouler entre 5 et 20 ans entre le début de la dénervation de la dopamine et l'apparition des symptômes moteur (HAS, 2014), rendant difficile la pose d'un diagnostic précoce.

L'évolution de la maladie fait l'objet de cotations par des échelles de sévérité, comme celle de Hoehn et Yahr, l'UPDRS (échelle multidimensionnelle la plus utilisée par les médecins) ou bien de description de phases, comme celle du guide du parcours de soins de la MP.

L'évolution de la MP est propre à chaque patient tant dans sa progression que dans son retentissement sur

la qualité de vie et se caractérise globalement par 4 phases dont la durée est variable.

Caractérisée par des signes moteurs et non moteurs, la MP fait l'objet d'une prise en charge globale alliant traitement médicamenteux, chirurgie et interventions rééducatives.

Les signes axiaux apparaissent à un stade plus évolué de la maladie. Les malades parkinsoniens présentent alors des troubles de la posture et de la marche. En effet, la marche se détériore et se traduit par un enchaînement de petits pas, des festinations (accélération) ou freezing (blocage) à l'origine de chutes. La dysphagie (trouble de la déglutition), la dysarthrie (trouble de l'articulation), la dysphonie (trouble de la voix) et l'amimie (réduction de la mobilité du visage) font également partie des signes axiaux, tout comme les troubles dysautonomiques (hypotension, sialorrhée), respiratoires (diminution de l'ampliation thoracique impactant la capacité respiratoire), cognitifs/psychiatriques (dépression, anxiété, apathie) et de sensibilité/douleur (fatigue).

Des thérapies sont proposées aux patients parkinsoniens : médicamenteuses, chirurgicales (implants cérébraux) et non-médicamenteuses comme la kinésithérapie, l'activité sportive adaptée, l'ergothérapie, l'orthophonie, la psychomotricité, la neuropsychologie...

Les techniques de rééducation s'orientent désormais vers de nouvelles méthodes basées sur des critères d'intensité, d'amplitude, de répétitivité, de résistance, d'aérobie telles que celles proposées par Jean-Michel Graciès ou par le pro-

gramme en LSVT (Lee Silverman Voice Treatment - lire page 20).

Les stratégies attentionnelles sont également utilisées au travers de la multiplication de signalisations cognitives (stimulation et renforcement du maintien attentionnel *via* le rythme, la signalisation visuelle et auditive, proprioceptive ou extéroceptive...).

La HAS, dans son guide du parcours de soin de la MP, préconise - pour chaque étape de la maladie - une thérapie rééducative adaptée, mais également de débiter précocement la prise en charge en rééducation afin de ralentir l'apparition de troubles plus sévères.

Une prise en charge pluridisciplinaire proposée à l'hôpital Villiers-Saint-Denis, axée sur la rééducation des troubles de la voix et de la parole

Caroline Douillard,
orthophoniste,
lors d'un exercice
de souffle.

Le groupe multidisciplinaire fait suite au congrès de la SOFMER* d'octobre 2013 durant lequel notre attention

avait été attirée par des études similaires menées en cothérapie** auprès de patients cérébrolésés.

En novembre 2013, des professionnels de santé de l'hôpital Villiers-Saint-Denis décident donc de mettre en place un groupe unique en France animé par une psychomotricienne, un kinésithérapeute et une orthophoniste à destination des patients parkinsoniens ou apparentés parkinsoniens.

Ce groupe thérapeutique est dédié à la rééducation des troubles de la voix et de la parole sur un rythme bihebdomadaire (2 séances d'une heure). Il est destiné à l'ensemble des patients de l'hôpital présentant une MP, un syndrome parkinsonien ou un syndrome extrapyramidal apparenté à la MP jusqu'à la phase avancée (troubles cognitifs légers à modérés) touchant la production vocale, l'expression du visage, la capacité respiratoire. L'intérêt : stimuler, améliorer, mais aussi maintenir ces fonctions qui pourraient s'altérer.

Les séances se répartissent chronologiquement entre :

- la prise en charge psychomotricienne consacrée à la mobilisation articulaire de la zone cervico-scapulaire alliant des exercices de relaxation, de souffle et de tonicité ; la verticalisation est également stimulée au travers d'exercices d'enroulement et de déroulement du dos associés à des exercices respiratoires ;
- la prise en charge kinésithérapique est axée sur la respiration avec des exercices favorisant la prise de conscience des souffles abdominaux et thoraco-abdominaux ; s'y ajoute également un exercice d'ouverture posturale asymétrique permettant de lutter contre la fermeture thoracique ;
- la prise en charge orthophonique se caractérise par des exercices de souffle dans une paille favorisant la mobilisation des zones abdominale, thoracique et du système vocal associés à un entraînement LSVT LOUD® (recommandé par la HAS à tous les stades de la maladie - lire page 20).



L'une des caractéristiques du groupe thérapeutique, selon les principes de la LSVT, est de renforcer l'appréciation par le patient de ses propres productions. La signalisation, par des encouragements, et l'amplification posturale et vocale, par la redondance des schémas d'exercices proposés par les thérapeutes, permettent d'apporter un retour constant aux patients sur leurs productions et d'enrichir ainsi leur feed-back déficient.

Chaque patient bénéficie d'un bilan complet de ses capacités (parole, capacités respiratoires, fonctions cognitives) avant de débiter la prise en charge en groupe, puis d'évaluations systématiques (temps maximal expiratoire et phonatoire) lors des séances permettant ainsi une quantification précise de son évolution.

Deux mémoires de recherche ont été réalisés sur la prise en charge proposée afin d'en objectiver l'efficacité :

- Derlon L. Prise en charge de la dysprosodie parkinsonienne par une cothérapie orthophonie-kinésithérapie-psychomotricité, 2014, Master Diapason ;
- Balem I. Etude comparée des prises en charge orthophoniques des dysarthries parkinsoniennes, 2015, Université Pierre et Marie Curie Paris.

Leurs conclusions respectives font état d'un gain notamment au niveau

de l'intensité, de l'amplitude vocale et respiratoire ainsi que du très fort intérêt de l'émulation de groupe incitant les patients à se dépasser et renforçant le feed-back de leurs productions. Par ailleurs, d'autres bénéfices ont été cliniquement observés sur les dysphagies affectant ces patients. En effet, l'augmentation du tonus de l'appareil phonatoire induit une amélioration des capacités de déglutition, notamment sur la protection des voies respiratoires, grâce à une meilleure occlusion des plis vocaux.

Constatant ces résultats, les professionnels de santé de l'hôpital Villiers-Saint-Denis ont enrichi leur pratique en proposant une rééducation intensive basée sur la LSVT® en orthophonie (LSVT LOUD®) et en kinésithérapie (LSVT BIG®). Les patients intègrent, selon les résultats aux bilans initiaux, soit le programme LSVT® (4 séances/semaine durant un mois), soit la prise en charge bihebdomadaire en cothérapie. ■

Etienne Carpentier
Laetitia Derlon
Caroline Douillard
Carine Gatteau
Hôpital Villiers-Saint-Denis

* Société française de médecine physique et de réadaptation.

** Cothérapie : cadre thérapeutique associant deux cothérapeutes pour un ou plusieurs patients.



Les programmes LSVT LOUD® et LSVT BIG®

LSVT LOUD® : destiné aux orthophonistes et reposant sur 5 principes – « l'amélioration de l'intensité de la production phonatoire », « l'amélioration de la perception sensorielle de l'effort (calibrage) », « un effort important au cours de la séance, de façon intensive (4 fois par semaine soit 16 séances sur un mois) », la quantification de « chaque échantillon de voix et de parole » (Fox et coll., 2012).

LSVT BIG® : destiné aux ergothérapeutes et aux kinésithérapeutes dans le but d'améliorer l'amplitude et la précision motrice ainsi que la qualité et la vitesse de la marche. La fréquence est de 4 séances hebdomadaires durant un mois.

Actualités

Une équipe de chercheurs du laboratoire montpelliérain d'Euromov, en collaboration avec le CHU de Montpellier, sous la direction de Benoît Bardy et Simone Della Bella, travaille actuellement sur la mise au point d'un logiciel qui pourrait réduire de moitié les risques de chutes des patients parkinsoniens, en exploitant le rythme de la musique, activant des zones du cerveau et des régions motrices, « car la course ou la marche sont un assemblage de rythmes » (Corinne Belmudes, 2013). L'association du mouvement et de la réplique musicale renforcerait les mécanismes de compensation des réseaux neuronaux améliorant le comportement moteur.

Bibliographie

- HAS, guide du parcours de soins maladie de Parkinson, 2014
- Prise en charge de la dysprosodie parkinsonienne par une cothérapie (orthophonie-kinésithérapie-psychomotricité), 2014, Laetitia Derlon sous la direction de Caroline Douillard et Carine Gatteau
- Etude comparée des prises en charge orthophoniques des dysarthries parkinsoniennes, 2015, I. Balem sous la direction de Caroline Douillard
- Expérience et développement d'un programme transdisciplinaire orthophoniste-kinésithérapeute en groupe de patients parkinsoniens, Dr Isabelle Fayolle-Minon
- Dysphonie et dysprosodie après AVC : rééducation en cothérapie psychomotricité et orthophonie, Anne Michel

Prise en charge des personnes cérébrolésées dans l'Eure : création d'un « service ressource territorial »

Le service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH) à l'œuvre depuis huit ans à l'hôpital La Musse, salué pour sa qualité d'expertise et sa pertinence sur le territoire, vient de voir ses compétences étendues. Une équipe ressource a été constituée et est opérationnelle dans tout le département de l'Eure.

« Nous avons répondu à un appel à projet de l'agence régionale de santé (ARS), explique la directrice de l'hôpital La Musse, Catherine Palladitcheff. Cette nouvelle compétence va se traduire par une augmentation des moyens humains : neuropsychologue, éducateur spécialisé, ergothérapeute, secrétaire, coordinateur et médecin. »

La structure, qui a fait ses preuves ces dernières années et prouvé son utilité et son efficacité, voit ainsi élargir son domaine de compétences et son territoire. Elle intervient toujours pour les personnes cérébrolésées habitant dans un périmètre de 40 km autour de l'hôpital La Musse.

Mais, depuis le mois d'octobre, elle est amenée à travailler – par le biais de cette nouvelle « équipe ressource » – en collaboration avec d'autres services d'accompagnement pour les personnes handicapées vivant à leur domicile, au-delà de ce périmètre, dans tout le département de l'Eure. « La prise en charge et le suivi des personnes cérébrolésées nécessitent des compétences particulières, explique l'équipe. Il s'agit d'un handicap acquis, les suites d'un accident vasculaire, d'un accident de la route... Il y a un avant et un après. La personne cérébrolésée souffre de troubles spécifiques et invisibles (cognitifs, émotionnels, comportementaux). Elle est parfois incomprise de son entourage. La famille et les professionnels engagés à ses côtés peuvent se trouver démunis. Le soutien d'une équipe pluridisciplinaire comme la nôtre peut être une aide précieuse.



De gauche à droite et de bas en haut : Martine Pellerin (secrétaire), Julie Perzo-Piel (éducatrice spécialisée), Guillaume Lefèvre (neuropsychologue), Anne Crinon et Céline Lambert (ergothérapeutes) entourant le Dr Hafid Boukry (médecin rééducateur)

Notre rôle consiste à favoriser la réinsertion de la personne cérébrolésée dans le tissu socioprofessionnel et familial en étayant les services d'accompagnement de proximité. »

Un service gratuit

Une nouvelle plaquette a été élaborée expliquant les missions de ce « service ressource » et son mode d'intervention conventionné. Le service est financé par l'ARS et le conseil départemental. Il est gratuit pour les structures qui feront appel au service ressource ainsi que pour les familles.

L'équipe du SAMSAH joue un rôle d'expertise, d'accompagnement et de formation : deux conférences sont prévues chaque année. Ce service ressource soutient les équipes des autres SAMSAH (il en existe trois dans le département), des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS),

d'aide à domicile (SAD) ou de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de l'Eure qui suivent une ou plusieurs personnes cérébrolésées. Il intervient également auprès des équipes du groupe d'entraide mutuelle (GEM) de l'association des familles de traumatisés crâniens de l'Eure (AFTC).

Plus d'une trentaine de dossiers sont traités chaque année par le SAMSAH La Musse. S'y ajoutent depuis ce mois d'octobre, via ce nouveau « service ressource », des compétences d'expertise, de conseils et de formation auprès des structures du département appelées à s'occuper de patients cérébrolésés. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Contacts

• SAMSAH La Musse

Tél. : 02 32 29 32 27
samsah@hlrs-lamusse.net

• AFTC de l'Eure

www.aftc27.fr

VSD, ça coule de source !

L'eau, source de la vie, a toujours été présente dans le fonctionnement du château de Villiers-Saint-Denis (XVII^e siècle – reconstruit au XIX^e siècle), puis du sanatorium Calmette implanté sur la propriété (1928) et reconverti, depuis, en hôpital de soins de suite et de réadaptation autonome pour sa consommation d'eau.

60 369 m³ d'eau y ont été consommés en 2015, soit une consommation journalière d'environ 165 m³.

Les huit sources et leur utilité respective, à partir du XVIII^e siècle, vous sont ici présentées, mais aussi les ouvrages correspondants ainsi que les actions de surveillance et maintenance constantes réalisées, tout au long de l'année, par le personnel des services techniques. Formé à la gestion de la qualité de l'eau de consommation, celui-ci met chaque jour en pratique ses connaissances pour répondre, au mieux, aux exigences réglementaires.

La propriété de Villiers-Saint-Denis : des facteurs topographiques et hydrogéologiques propices

La source « du jonc » située en partie haute du parc

Prenant naissance à l'extérieur de la propriété (50 hectares) dans les coteaux en surplomb et située au plus haut de la propriété (près du château d'eau), la source « du jonc » alimentait, dans les années 1900, un étang à mi-côte où venaient s'abreuver des daims et nager quelques cygnes.

En 1930, suite à la construction des pavillons sanatoriaux, la source est utilisée différemment. Captée, puis déviée vers la légumerie du pavillon situé au centre de la propriété (pavillon 2 – actuel pôle « gériatrie pneumologie et cardiologie »), et, l'étang dès lors asséché, une partie de la source est canalisée, puis dirigée vers la partie basse de la propriété pour alimen-

ter une fontaine où viennent s'abreuver les daims élevés dans le sous bois situé derrière le château.

Au cours des années, l'élevage de daims disparu et la légumerie modifiée, la source n'avait plus qu'une utilisation dans les années 70 : le refroidissement des compresseurs de la chambre froide du pavillon 2. La modernisation du système de refroidissement mit un terme à l'utilisation de la source actuellement canalisée, déviée vers le pavillon situé en haut de la propriété (pavillon 3 – actuel pôle « médecine physique de réadaptation »). La source « du jonc » se jette dans un regard installé derrière le pavillon et termine sa « course » dans le sous-bois en contrebas.

La source « du grand bassin », sur le plateau de « l'auver-sien », face au château

L'eau utilisée pour le château et les bâtiments contigus était, avant 1930,

collectée à l'extérieur de la propriété sur le versant opposé face au château, au lieu-dit « Les Bieux » ou « La Cressonnière ». La ressource aquifère devait pourvoir à l'alimentation en eau, tout au long de l'année, de tous les habitants du château.

Source souterraine, captée et contenue dans un bassin de retenue cimenté dans un très bel ouvrage enterré, le tuyau de captage (en plomb à cette époque), muni d'une vanne, traverse une propriété voisine pour aller alimenter le château et ses communs, ainsi qu'un bassin d'agrément avec jet d'eau (aujourd'hui disparu) construit au milieu de la pelouse centrale.

Après 1930, la distribution en eau du château et de ses communs se fera d'une façon différente. En effet, à cette époque, la source « du grand bassin » est déviée, puis canalisée dans une conduite en fonte enterrée passant sous la route conduisant de Villiers-Saint-Denis à Domptin et dirigée vers une citerne enterrée dans la propriété, appelée aujourd'hui bache de décantation, située à proximité des services techniques.

L'alimentation en eau de la propriété voisine est ainsi préservée. Pour cela,



La source du « grand bassin ».



Les collecteurs sources du bassin - vue arrière

une deuxième canalisation en fonte est posée à côté de l'ancien tuyau de captage du château dans le bassin de retenue.

Les trois sources « du bassin », situées dans la partie basse du terrain de la source « du grand bassin »

Situées au lieu-dit « La cressonnière », les trois sources sont captées et canalisées dans un même collecteur situé sur une propriété voisine (devenue, depuis, propriété de La Renaissance Sanitaire). Elles ont alimenté avant 1930, prioritairement, un café, puis passant sous la route Villiers-Saint-Denis - Domptin, un corps de ferme (disparu aujourd'hui) situé face au café. Après la construction du sanatorium Calmette, les sources seront dirigées dans une conduite en fonte vers la citerne en complément.

Les trois sources « du lavoir »

Dites également sources « du clos marin » (ou « les pierreries »), situées sur le versant opposé à l'extérieur de la propriété, route de Domptin, face aux bâtiments de la chaufferie et de la blanchisserie, les sources du lavoir sont canalisées dans un même collecteur. Le tuyau de captage passe sous la route en direction de la citerne, ce qui permet d'utiliser les sources en complément depuis 1947.



Le lavoir dit du « clos marin »

Des ouvrages hydrauliques sous haute surveillance

Le forage

Le débit insuffisant des sources « du bassin » et du « grand bassin », dû à un mauvais captage et à un réseau inadapté, impliquera d'utiliser, en complément d'eau – par pompage, – un étang situé en face du château.

Devant le danger de pollution des eaux de l'étang (lieu de vie de canards), la décision est prise d'arrêter cette source d'alimentation et de trouver une nouvelle ressource en eau plus sûre.

Le recours à l'expertise d'un géologue permettra de désigner l'endroit le plus favorable au creusement d'un forage. En complément de l'eau du forage, viendront s'ajouter les trois sources dites « du lavoir », découvertes et utilisées la même année.

Fin 1947, le forage exploitable, l'eau subira des analyses bactériologiques faites par le laboratoire d'hydrologie de Soissons qui attesteront de la bonne qualité de l'eau de consommation pompée.

Situé derrière le bâtiment de la chaufferie sur le plateau « du lutétien », le forage correspond à un puits d'une profondeur de 16,5 mètres.

Il est doté de deux pompes de 20 m³/h qui poussent l'eau, aspirée dans une canalisation enterrée, vers la citerne.

L'utilisation du puits a permis la rénovation et l'amélioration des sources pour les rendre plus performantes.

La bache de décantation

Les eaux des différentes sources viennent se mélanger dans la bache, puis s'y décantent avant aspiration et montée au château d'eau.

La bache est équipée de sondes de commandes de différentes hauteurs, reliées à un tableau électrique dans la station de pompage, permettant le remplissage de la bache à la demande et l'arrêt des pompes d'aspiration lorsque le niveau de l'eau est trop bas.

Equippée d'un système de chloration fonctionnant par venturi, une électrovanne commande l'ouverture de la chloration de l'eau avant sa montée au château d'eau.

Le taux de chlore est surveillé tous les jours par le personnel formé du service technique de l'hôpital Villiers-Saint-Denis.

Le château d'eau (ou réservoir)

Lors de la construction des trois pavillons sanatoriaux (1928 – 1930), un réservoir sur pied d'une hauteur totale de 16,5 mètres en forme de coupole (haute de 5 mètres), est construit au point le plus haut de la propriété. Sa capacité de remplissage est de 250 m³.

Dans le même temps, une citerne de 200 m³ en ciment, enterrée, est bâtie dans la partie basse de la propriété.



Le grand réservoir sur pied

Les deux structures sont reliées par une grosse canalisation en fonte d'une longueur d'environ 900 mètres.

Le réservoir est équipé de sondes de différentes hauteurs commandant l'arrêt et le démarrage des pompes installées dans la station éponyme. Une sonde d'alarme « niveau très bas » est, par ailleurs, reliée au standard de l'hôpital. Elle se déclenche également lors du dysfonctionnement des pompes de refoulement installées dans la station. L'eau poussée par les pompes permet ainsi le remplissage par phénomène de « sur-verse ». Elle est ensuite redistribuée dans toutes les structures de l'hôpital.

La station de pompage

Parallèlement à la construction du réservoir, un local, adossé à la citerne, est édifié afin d'abriter la station de pompage. Équipée de deux pompes de refoulement de 80 m³/h, la station permet la montée de l'eau jusqu'au château d'eau (et son réservoir). Le local est aussi équipé d'un système de chloration permettant la désinfection de l'eau par injection de chlore gazeux lors de chaque demande de remplissage du château d'eau commandée par les sondes de niveau.

La maintenance des ouvrages et la surveillance de la qualité de l'eau

L'hôpital Villiers-Saint-Denis – autonome pour toute sa consommation d'eau – exploite toute l'année les sources « du bassin », du « grand bassin » et « du puits ».

Les sources « du lavoir » sont déviées vers le ru (venant en direction de la commune de Domptin, coulant en partie basse de la propriété en direction de Charly-sur-Marne) et utilisées seulement lors du remplissage de la bache après les opérations de maintenance qui lui sont consacrées.

Celles-ci sont effectuées sur deux jours. Dans un premier temps, la bache est vidangée, nettoyée, désinfectée et remplie. Dans un second temps, les opérations identiques sont réalisées pour le château d'eau (ou réservoir). La maintenance et le remplissage du réservoir se déroulent durant la nuit afin de ne pas perturber le fonctionnement de l'hôpital en journée.

La surveillance de la qualité physico-chimique de l'eau correspond aux opérations suivantes :

- quotidiennement, la turbidité de l'eau (teneur en matières susceptibles de troubler) est surveillée et suivie, en continu, par un analyseur situé dans la station de pompage ;
- quotidiennement et de manière continue, le taux de chlore du réseau d'eau est contrôlé grâce à un analyseur ampérométrique se trouvant dans les locaux des services techniques de l'hôpital ; ce taux est également analysé, hebdomadairement, dans chaque pavillon d'hospitalisation et, deux fois par semaine, au niveau du château d'eau ;
- hebdomadairement, la température de l'eau (chaude et froide) est vérifiée dans chaque pavillon d'hospitalisation ;
- mensuellement, une surveillance bactériologique de l'eau froide est effectuée et, une à quatre fois par an, pour l'eau chaude ; l'absence de légionnelles est ainsi vérifiée.

Le suivi des résultats des analyses effectuées ainsi que les mesures correctives qui s'imposent pour préserver la qualité de l'eau de consommation sont gérés par le personnel du service technique avec la collaboration étroite et précieuse de la responsable hygiéniste de l'hôpital Villiers-Saint-Denis.

Grand consommateur d'eau indispensable à l'hygiène, la lutte contre les maladies nosocomiales et l'hôtellerie (restauration, nettoyage, etc), l'hôpital Villiers-Saint-Denis porte une attention particulière à la consommation d'eau et agit, aussi bien en amont qu'en aval, pour préserver une richesse et une ressource indispensables. ■

Virginie Trémel
Hôpital Villiers-Saint-Denis

L'équipe des services techniques en charge de la surveillance de la qualité de l'eau :
Virginie Trémel,
entourée
(de gauche à droite)
d'Yvan Bauché et de
Jacques Bronischolz.



L'eau, une ressource naturelle épuisable !

Quelques actions de l'hôpital Villiers-Saint-Denis pour préserver l'eau :

- maîtriser la consommation pour rester au plus près des besoins tout en évitant les dépenses inutiles ;
- prendre conscience des enjeux liés à la gestion des rejets et effluents, autant pour l'environnement que pour la santé publique ;
- détecter les fuites ;
- mettre en place des équipements moins « gourmands » en eau (robinetteries dotées de brise-jets réducteurs de débits avec écoulement laminaire enlevant les bulles d'air vecteurs de bactéries..., chasses d'eau double commande...) ;
- utiliser des solutions hydro alcooliques pour le lavage des mains ;
- promouvoir des éco-gestes susceptibles de réduire la consommation d'eau auprès du personnel et des patients.

Les agences régionales de santé, responsables de la qualité de l'eau

La production et la distribution d'une eau de consommation humaine, en permanence de bonne qualité et en quantité suffisante, imposent le respect de règles strictes en termes de moyens comme de résultats, depuis le point de prélèvement d'eau dans le milieu naturel jusqu'au robinet du consommateur.

L'ensemble de ces règles figure dans le code de la santé publique qui prévoit, en particulier :

- l'autorisation, par arrêté préfectoral, des installations de production et distribution d'eau destinée à la consommation humaine (incluant le captage d'eau dans le milieu naturel, les installations de traitement de l'eau et le réseau d'adduction jusqu'au robinet du consommateur) ;
- la protection des captages d'eau, via l'instauration de périmètres de protection ;
- la mise en place de traitements de correction quand la qualité de l'eau brute n'est pas satisfaisante ;
- le respect de règles concernant la conception, les matériaux, l'entretien et l'exploitation des ouvrages de production, d'adduction, de stockage et de distribution de l'eau ;
- la mise en œuvre par l'exploitant d'une auto-surveillance permanente sur l'eau qu'il distribue ;
- la réalisation, par les agences régionales de santé (ARS) – en lien avec les préfets – d'un contrôle de l'eau distribuée à la population basé sur un programme minimal d'analyses pour vérifier la qualité de l'eau et surveiller les éventuels signes de dégradation (contrôle sanitaire).

En pratique, les ARS confient à des laboratoires agréés par le ministère de la Santé, choisis par appels d'offres, la réalisation des prélèvements et analyses d'eau effectués dans le cadre de ce contrôle.

Des études hydrogéologiques en cours à l'hôpital La Musse

La direction des établissements de La Musse (hôpital, service d'accompagnement médico social pour adultes handicapés et instituts de formation) – implantés dans une propriété surplombant la rivière Iton (dernier affluent de la rive gauche de l'Eure et sous-affluent de la Seine arrosant notamment la ville voisine d'Évreux) – mène actuellement une étude afin de connaître le potentiel hydrogéologique du site pour l'exploitation de ses installations.

Le chant à l'hôpital Villiers-Saint-Denis : **une technique rééducative, mais aussi le plaisir d'une chorale**

La musicothérapie

Selon la définition élaborée le 25 janvier 2010 par la Fédération Française de Musicothérapie, l'approche musicale correspond à « une pratique de soin, d'aide, de soutien ou de rééducation qui consiste à prendre en charge des personnes présentant des difficultés de communication et/ou de relation » (Guetin *et al.*, 2013). En effet, la musique permet une activation simultanée des deux hémisphères cérébraux, *via* le corps calleux qui, selon les études en imagerie médicale, est plus développé chez les musiciens. L'information musicale active alors différentes aires cérébrales qui peuvent se compenser en cas de lésions cérébrales ou de maladies neuro-dégénératives. De plus, la dimension émotionnelle intrinsèque à la musique renforce la stimulation du patient et favorise les fonctions d'encodage mnésique. Le chant active une boucle de retour auditivo-motrice de manière plus intense que la pratique d'un instrument.

Du point de vue neuropsychologique, le traitement du langage est connu pour être fortement latéralisé dans l'hémisphère cérébral dominant, plus souvent gauche. Le traitement de la musique, quant à lui, serait associé à l'hémisphère droit. Au départ, un phénomène de plasticité est invoqué : la musique activant plus fortement l'hémisphère droit, celui-ci pourrait prendre en charge le traitement du langage normalement laissé à l'hémisphère cérébral gauche. Récemment,

à l'aide de techniques d'imagerie cérébrale, des chercheurs ont effectivement observé que c'est d'abord l'hémisphère droit qui est le plus actif lors de la réadaptation de l'aphasie. Cependant, une récupération optimale ne se fait que par la réactivation de l'hémisphère gauche. Des composantes non verbales, voire musicales, relevant de l'hémisphère droit pourraient donc être à l'origine de l'effet facilitant.

Depuis plus de deux siècles, la littérature scientifique fait effectivement mention de personnes aphasiques qui arrivent à chanter correctement les paroles des chansons connues alors que leur production spontanée du langage parlé est déficiente. Dès 1736, Olof Dalin* a fait la description d'une personne aphasique qui ne répétait qu'un seul mot, « oui », mais qui, avec de l'aide, arrivait à chanter des chants populaires, de même qu'à réciter certaines prières.

Rééducation des troubles de la parole : les multiples intérêts du chant

Le chant sollicite les fonctions mnésiques supportées par la mélodie, il favorise le contrôle respiratoire en coordination avec la phonation, il génère naturellement plus d'intensité et il représente une vraie source de plaisir, d'autant plus lorsqu'il est pratiqué en groupe. En outre, il permet de produire une voix portée (Pillot-Loiseau, Vaissière, & others, 2009) sans effort, dans un contexte d'efficacité.

Parmi les fonctions vocales mises en œuvre dans le chant, on peut retenir une exploration de l'étendue vocale plus large, une intensité augmentée, des sensations corporelles plus manifestes qui contribuent à renforcer la boucle audio-phonatoire et un allongement des voyelles favorables à une meilleure articulation (A. Avena-Barthélémy et F. Bernard-Colombat, 2007).

C'est d'ailleurs en 1973 que la « thérapie mélodique et rythmée » voit le jour. Le chant devient médiateur d'une réhabilitation des déficits langagiers chez le patient aphasique.

Des séances musicales individuelles à la création d'une chorale

Notre réflexion professionnelle nous a donc logiquement conduits à utiliser ces techniques rééducatives auprès des patients cérébrolésés, (accident vasculaire cérébral [AVC], traumatismes crâniens, maladie de Parkinson et apparentées...). Face à l'engouement témoigné lors de ces séances musicales individuelles et aux bénéfices manifestes sur la récupération phasique, nous avons décidé de nous retrouver entre orthophonistes et patients pour partager ce moment afin d'aboutir finalement à la création de notre chorale : **Les calebasses à voix**.

Cette chorale a également pour objectif, indirect, de rendre aux participants leur place de locuteur, de pouvoir se faire plaisir au travers d'une fonction



parfois sévèrement atteinte. Ce dernier point nous a conduits à rejoindre l'association *Handi-Espoirs* dont nous partageons la philosophie (lire article page 30). Cette association promeut des activités physiques, sportives et culturelles auprès des personnes handicapées en les associant à des personnes valides.

Depuis sa création, la chorale répond favorablement à des demandes de participation évenementielles (Téléthon fin 2014, journées européenne et mondiale de l'AVC, forum des associations à Laon en novembre 2015, journée en faveur d'enfants handicapés en décembre 2015...).

Ainsi, depuis octobre 2014, nous nous retrouvons chaque lundi de 15 h 30 à 17 h 00 dans le foyer du pavillon 3 de l'hôpital (pôle médecine physique et réadaptation) afin de découvrir, apprendre et travailler des chants choisis par l'ensemble des participants, mais, également, passer un agréable moment d'échange et de partage. Un échauffement corporel, vocal, articulatoire et rythmique est tout d'abord proposé avant de débiter la répétition des chants. Cet atelier est animé par le service d'orthophonie et ouvert à toute personne, hospitalisée ou non, présentant des troubles

du langage, de l'articulation ou de la voix suite à une atteinte cérébrale.

Cette chorale n'aurait pu voir le jour sans l'investissement constant des patients, de leurs aidants ainsi que de nos collègues disposés à aménager si besoin leurs horaires de prise en charge ou à venir renforcer le rang des musiciens !

Ariane Delpuech
Caroline Douillard
Carine Gatteau
Hôpital Villiers-Saint-Denis

* Historien et écrivain suédois (1708-1763).

Pour en savoir plus sur la musicothérapie :

www.musicotherapie-federationfrancaise.com

Bibliographie :

- En avant la musique, Jean-Marc Onkelinx, 2009
- Étude comparée des prises en charge orthophoniques des dysarthries parkinsoniennes, 2015, I. Balem sous la direction de C. Douillard
- Aphasie, rééducation et réadaptation des aphasies vasculaires, 2001, J-M Mazaux, V. Brun, J. Pélissier

Faits marquants : La Musse

Fêtes de la musique dans le parc

La météo avait, une nouvelle fois, été de la partie en juin dernier, à l'occasion de la fête de la musique. Pour la deuxième fois, le parc de l'hôpital La Musse avait accueilli deux podiums sur lesquels se sont produits des groupes de la région : du jazz manouche, trois groupes de rock, deux chorales, des percussions africaines, des musiques et danses bretonnes se sont succédés sur scène pour le plus grand plaisir des patients, de leurs familles, du personnel de l'établissement et des habitants de la commune qui se sont déplacés en nombre tout au long de l'après-midi.

L'hôpital La Musse proposera une nouvelle édition musicale en juin prochain.

Aides à la manutention : un film tourné à l'hôpital La Musse

Deux jours durant, cet été, l'hôpital La Musse a été le théâtre du tournage d'un film répertoriant neuf des aides techniques à utiliser pour éviter les manipulations en force de patients et la survenue de troubles musculo squelettiques (TMS).

On doit cette initiative au travail conjugué de la direction des ressources humaines, du comité d'hy-



giène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et des deux référents TMS, Cécile Dos Santos, ergothérapeute et Philippe Morales, infirmier. But de l'opération, à travers ce film de trente minutes, pointer certaines aides méconnues et peu utilisées : fonctionnalités du lit électrique, usage de la sangle de rehaussement, drap de glisse (deux techniques), guindons de déplacement manuel et électrique, verticalisateur électrique, lève-personne (deux situations) et planche de transfert.

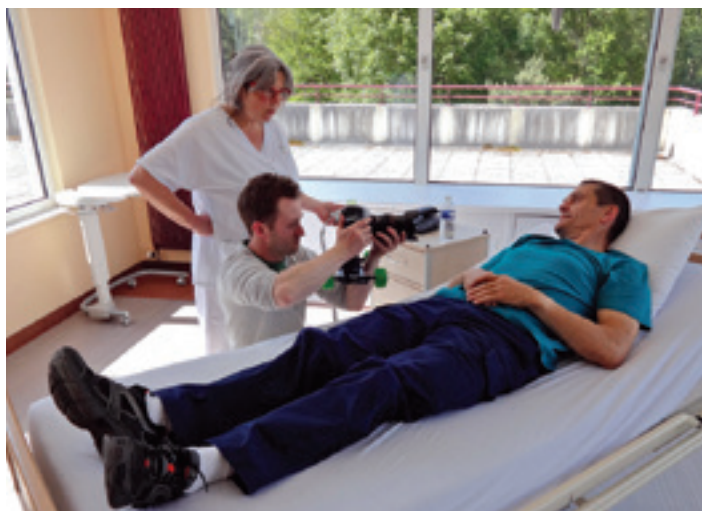
Cette réalisation a bénéficié de subventions de l'agence régionale de santé (15 000 euros) dans le cadre du contrat local d'amélioration des conditions de travail (CLACT).

Le Rest'Hop, un nouveau lieu ouvert à tous

Le « centre d'animation » situé au pavillon 2 (pôle soins de suite spécialisés) de l'hôpital vient de subir une véritable cure de jouvence. Un nouveau lieu convivial et modernisé a ouvert ses portes : le « Rest'Hop ». Il comprend deux espaces de restauration : l'un avec tables hautes, tabourets de bar et écran de télévision ; l'autre, dans le coin bibliothèque, plus cosy, avec tables et chaises. Dehors, côté parc, plein sud, quelques tables et parasols sont installés aux beaux jours.

Le lieu est ouvert à tous, salariés, patients, familles, étudiants et extérieurs 7 j/7 entre 10 h et 18 h.

Tél. : 02 32 29 30 78





Baptême de l'air pour douze patients

Douze patients de l'hôpital La Musse, porteurs d'un handicap neurologique invalidant, victime d'un AVC ou souffrant de paraplégie, ont bénéficié, en juin dernier, d'une journée exceptionnelle de découverte du monde de l'aviation, grâce à un don du Lions Club féminin d'Evreux (2 550 euros) : vol au-dessus de la campagne normande, repas pris avec les pilotes et les accompagnateurs, retour puis petite cérémonie avec remise des certificats de baptême de l'air par les pilotes eux-mêmes.

« Cela va bien au-delà d'un simple baptême de l'air, commente Sylvia Floric, infirmière coordinatrice de l'hospitalisation à temps partiel (HTP) du pôle médecine physique et de réadaptation qui s'est inspirée de l'expérience des sorties nautiques du centre de rééducation de Pen-Bron en Bre-

tagne. C'est intéressant de voir tout ce que les patients ont dû mettre en œuvre pour rendre possible cette journée : reconduire sa voiture, prendre le train, trouver un taxi... Et, de fait, retrouver confiance en eux. J'ai déjà observé combien ce genre d'événement joue un rôle déclencheur. »

Catherine Palladitcheff, directeur de l'hôpital La Musse ainsi que les Drs Cécile Dervin et Jean-Yves Doërr, ont participé à cette journée.

Aux instituts de formation, trois nouveaux responsables pédagogiques

Trois nouveaux responsables pédagogiques sont arrivés cet automne aux instituts de formation La Musse.

Delphine Boishus a pris en charge la troisième année d'ergothérapie. La jeune femme vient de la région parisienne où elle était ergothérapeute en

réadaptation, chargée de conseils sur les aménagements de logements et de véhicules ainsi que sur les aides techniques pour les particuliers et les professionnels. Gwenaëlle Pincemy est kinésithérapeute à l'hôpital La Musse depuis deux ans, plus particulièrement chargée des patients lombalgiques. Elle a été nommée responsable pédagogique des étudiants de kinésithérapie de deuxième année à mi-temps. Elle travaille en collaboration avec Philippe Molvault arrivé au mois d'octobre. Ce cadre kinésithérapeute, formateur, partage son temps entre les instituts de formation La Musse et le centre de rééducation de Deauville, où il a la responsabilité du plateau technique.

Cette année, 141 étudiants sont accueillis dans les instituts de formation La Musse en kinésithérapie (première et deuxième années) et en ergothérapie (première, deuxième et troisième années). En juin prochain, les 41 premiers étudiants en ergothérapie se verront remettre leur diplôme de fin d'études.

Des salariés mis à l'honneur par la remise de la médaille du travail

Vingt-sept salariés et neuf retraités ont été honorés, le 12 janvier dernier, lors d'une cérémonie présidée par Patrick Villessot qui présentait également ses vœux à l'ensemble du personnel des établissements de La Musse et aux nombreux partenaires présents (établissements de santé et médico sociaux, chefs d'entreprise, mais aussi représentants de l'agence régionale de santé, des usagers, des collectivités territoriales, de l'université...). ■



Faits marquants : établissements de Villiers-Saint-Denis

Eric PETIT, nouveau directeur des établissements de Villiers-Saint-Denis



Nommé par le conseil d'administration de la Fondation La Renaissance Sanitaire, Eric Petit dirige les établissements de Villiers-Saint-Denis depuis le 14 septembre dernier.

Auparavant directeur général adjoint du groupe hospitalier de l'est francilien (centres hospitaliers de Meaux, Lagny – Marne-La-Vallée et Coulommiers) dont il a assuré en outre, pendant 11 mois - jusqu'à la fin du premier semestre 2015 – l'intérim de la direction générale, Eric Petit vous présentera, dans les prochaines éditions de Regards, les projets qu'il prépare pour les établissements de Villiers-Saint-Denis.

Journée des aidants du sud de l'Aisne

Le 15 octobre dernier, la plateforme d'accompagnement et de répit des

aidants, adossée à l'accueil de jour Alzheimer Villiers-Saint-Denis, organisait sa première journée de rencontre et d'information à destination des aidants, professionnels ou non professionnels, de personnes en situation de dépendance ou de handicap.

Au programme de cette journée, ont été très appréciés : les nombreuses conférences, les stands d'information et les échanges avec les associations du territoire de santé et départementales soutenant les aidants (Association française des aidants, Paralysés de France, Association Française des Traumatismes Crâniens, Sourds et malentendants, France Alzheimer, Diabétique de l'Aisne...).

Café des aidants : autour d'un café, venez échanger votre expérience



La plateforme d'accompagnement et de répit, adossée à l'accueil de jour Alzheimer Villiers-Saint-Denis, organise, une fois par mois – en partenariat avec l'association française des aidants, le « Café des aidants » dédié aux personnes accompagnant des proches en situation de handicap ou dépendants.

Voici le programme des prochains rendez-vous :

- 15 mars 2016 - chutes à domicile : comment les éviter ? ;
- 20 avril 2016 - comment faire face aux troubles de la communication ? ;

- 19 mai 2016 - aider sans s'épuiser ;
- 17 juin 2016 - l'alimentation : plaisir et accompagnement.

De nouvelles sessions d'activité physique proposées aux patients porteurs de maladies chroniques

En collaboration avec l'association diabète et maladies métaboliques de l'Omois (ADIAMMO) et l'association des diabétiques du sud de l'Aisne, de nouvelles sessions d'activités physiques pour les patients extérieurs, porteurs de maladies chroniques, sont proposées à l'hôpital depuis octobre dernier.

Association « Handi-espoirs » : de nouveaux stages sportifs et sorties culturelles proposés aux patients

Des stages de canoë, de tir, de plongée sous-marine, d'autonomie en roulotte ainsi que des sorties culturelles (musée des voitures de Compiègne – château de Pierrefonds) ont été récemment proposés à des personnes handicapées (personnes amputées de membres supérieurs ou inférieurs - souffrant d'un pied diabétique).

Ce sont au total 19 activités qui ont été organisées en 2015 par l'association « Handi-espoirs », au profit de 150 stagiaires.

Cérémonie des vœux 2016

Le 27 janvier dernier, le personnel des établissements de Villiers-Saint-

Denis et les nombreux partenaires présents (établissements de santé et médico sociaux, chefs d'entreprise, mais aussi représentants de l'Etat, des usagers, des collectivités territoriales,...) se sont retrouvés pour la cérémonie des vœux.

Après avoir dressé un bilan de l'année passée, Patrick Villessot, Président de la Fondation La Renaissance Sanitaire, a présenté la feuille de route pour 2016 et les nombreux projets de développement de l'activité impliquant la mobilisation de chacun pour

améliorer la performance des établissements de Villiers-Saint-Denis, le service rendu à la collectivité, aux patients, résidents, usagers et à leurs familles. ■



Patrick Villessot, Président de La Renaissance Sanitaire, entouré (de gauche à droite) de Jacques Krabal – Député Maire de Château-Thierry, d'Eric Petit – Directeur des établissements de Villiers-Saint-Denis et d'Eric Cayol – Sous-préfet de Château-Thierry.



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



Hôpital Villiers-Saint-Denis
1, rue Victor-et-Louise-Montfort
BP 1
02310 Villiers-Saint-Denis
Tél. : 03 23 70 75 22
secretariatdirecteur@hlrs-villiers .net



Hôpital La Musse - Centre de santé
CS 20119
27180 Saint-Sébastien-de-Morsent
Tél. : 02 32 29 30 31 (hôpital)
hopital.lamusse@hlrs-lamusse.net
Tél. : 02 32 29 32 19 (centre de santé)
centredesante@hlrs-lamusse.net



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



Samsah La Musse
CS 20119
27180 Saint-Sébastien-de-Morsent
Tél. : 02 32 29 32 27
samsah@hlrs-lamusse.net



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



Instituts de formation en ergothérapie
et masso-kinésithérapie La Musse
27180 Saint-Sébastien-de-Morsent
Tél. : 02 32 07 29 35 (ergothérapie)
ife@iflrs-lamusse.net
Tél. : 02 32 07 29 45 (masso-kinésithérapie)
ifmk@iflrs-lamusse.net



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.