



SOMMAIRE

- PNEUMOLOGIE**
La Réhabilitation Respiratoire dans le parcours de soins BPCO 1
- SCHIZOPHRÉNIE**
PROFAMILLE pour agir contre la rechute 3
- MUSÉO-THÉRAPIE**
Réinventer la psychiatrie par l'art : l'émergence de la Louvre-Lens Thérapie 4
- ENDOCRINOLOGIE**
La prise en charge multidisciplinaire des pathologies de la thyroïde 5
- GÉRIATRIE**
Chute chez la personne âgée : à ne pas banaliser 6
Prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation 8
Le Centre de Ressources Territorial 10
- ALGOLOGIE**
La radiofréquence nerveuse 11
- TECHNIQUE**
Une dynamique est lancée pour développer la pose de voie veineuse 12
- UROLOGIE**
L'énucleation endoscopique de prostate BIPOLP 13
- PORTRAIT**
Docteur Thibaud SADER 14
- BIOLOGIE**
Le SHAB : votre laboratoire au sein des établissements du Groupe AHNAC 15

PNEUMOLOGIE

Centre de réadaptation Les Hautois

La Réhabilitation Respiratoire dans le parcours de soins BPCO

Dr Pierre MOITY, coordonnateur SMR Pneumologiques

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est la troisième cause de mortalité en France (2020). Elle touche environ 3,5 millions de personnes, et 2/3 des malades ne sont pas diagnostiqués. Il s'agit de la première cause de transplantation pulmonaire.

BPCO = la maladie générale

La BPCO est une maladie générale à point de départ respiratoire, marquée par une **obstruction bronchique irréversible**, souvent associée à des lésions parenchymateuses pulmonaires. **Le tabagisme en est la cause principale (80 % cas) mais aussi la pollution professionnelle, urbaine ou domestique.** La dyspnée d'effort multifactorielle est le principal facteur limitant la capacité à l'exercice. Elle constitue ainsi le point d'entrée dans la spirale négative du déconditionnement.

La Réhabilitation Respiratoire (RR) en quelques mots

La RR comprend 2 composantes essentielles : d'une part **le réentraînement à l'exercice** personnalisé avec reprise d'activités physiques adaptées ; d'autre part **l'éducation thérapeutique (ETP)** à partir d'un programme spécifique co-construit.

Les objectifs sont triples :

- Augmentation de la capacité fonctionnelle
- Développement d'un changement de comportement nécessaire à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie
- Adhésion à long terme à ces comportements

Cette approche thérapeutique est transdisciplinaire et nécessite une coordination médicale des acteurs (cf. Guide du parcours de soins BPCO - HAS 2020).

Suite en page 2 >>>



La Réhabilitation Respiratoire dans le parcours de soins BPCO

Les acteurs

Chaque patient se voit proposer un réentraînement à l'effort et un bilan éducatif personnalisés comprenant **8 axes principaux**. Chacun de ces axes est encadré par un professionnel expert :

1. RE sur tapis de marche, cycloergomètre, APA (kinésithérapeute, prof APA)
2. Renforcement musculaire, gymnastique (kinésithérapeute, prof APA)
3. Drainage bronchique, aérosolthérapie (kinésithérapeute)
4. ETP (tout professionnel qualifié)
5. Nutrition (diététicienne)
6. Sevrage tabagique (médecin addictologue)
7. Soutien psychologique (psychologue clinicien)
8. Accompagnement social (assistante sociale).

L'offre de soins des SMR Pneumologiques à Oignies

La prise en charge en réhabilitation respiratoire est désormais possible au sein d'un service CARDIO/PNEUMO restructuré sur le site du CRO.

En post exacerbation (EABPCO), et dans les suites d'une hospitalisation en service aigu, une prise en charge en hospitalisation complète est possible (unité de 5 lits). Dans ce cas, il s'agit plutôt d'axer la prise en charge sur une réautonomisation avec comme objectif le retour à domicile (un éventuel sevrage en O₂ ou *a contrario* une mise en route, une adaptation de VNI, une prise en charge de la dénutrition...)

Pour la RR proprement dite, celle-ci est organisée en ambulatoire par groupe de 6-8 patients. La durée de stage est de 6 semaines pour un nombre total de 15 séances minimum avec accès à la balnéothérapie.



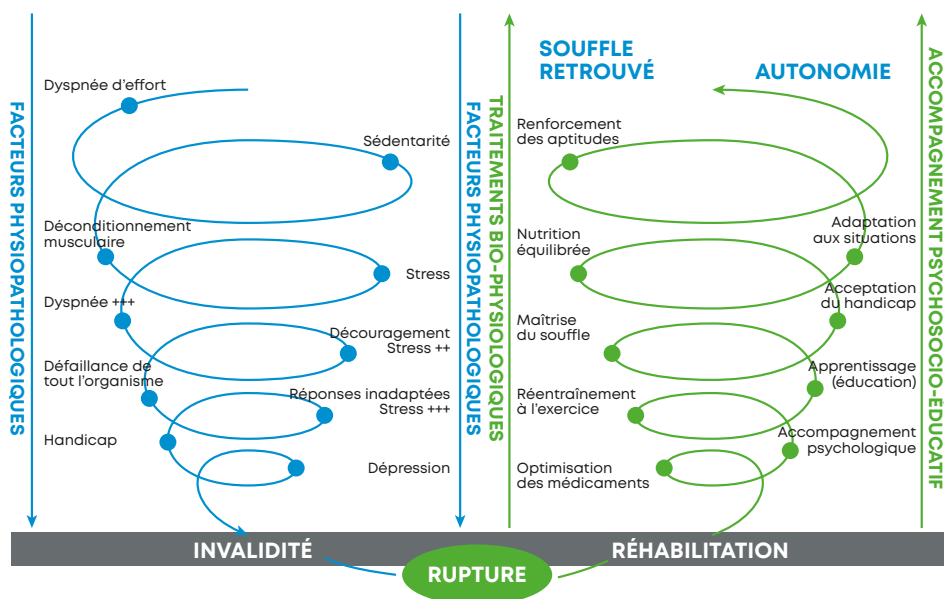
Le Centre de réadaptation Les Hautois dans l'offre de soins du Nord et du Pas-de-Calais

- Une seule autorisation de RR domicile a été accordée (FORMATION SANTÉ dispositif 51).
- Il existe 8 autorisations de SMR Pneumologiques dans le Nord et le Pas-de-Calais, dont 5 établissements pour l'hospitalisation complète et seulement 3 établissements, dont le Centre de réadaptation les Hautois pour une offre globale (HC et ambulatoire).

De la spirale infernale...

du malade respiratoire chronique

...à la qualité de vie



L'équipe de réhabilitation pneumologique du centre de réadaptation Les Hautois

Conclusion

À ce jour, moins de 10 % de la population de BPCO post exacerbation (à 90 jours), se voit proposer une prise en charge en RR.

Il existe de plus un gradient Nord/Sud concernant cette offre de soins SMR spécialisée.

A contrario, le niveau socio-économique ne semble avoir aucun impact dans cette insuffisance.

Dans ce contexte, les SMR Pneumologiques du Centre de réadaptation Les Hautois devraient en toute logique bénéficier d'un « référencement naturel » et pouvoir compléter les offres publiques et privées existantes sur son territoire. ■

Renseignements :
secrétariat cardio/pneumo :
03 21 79 10 08

PROFAMILLE pour agir contre la rechute

Dr Claire-Lise CHARREL, psychiatre

Avec le programme PROFAMILLE, les proches des personnes souffrant de schizophrénie (ou troubles apparentés) apprennent à agir contre la rechute.



La schizophrénie est une pathologie fréquente qui touche **plus de 1 % de la population générale** et qui entraîne une réduction moyenne de 15 ans d'espérance de vie. Elle est classée par l'OMS parmi les 10 pathologies dans le monde entraînant le plus grand nombre de jours vécus en invalidité. Il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique.

À ce jour, **les programmes psychoéducatifs sont la seule prise en charge des familles qui a démontré un effet réel et net sur l'évolution des malades**. En étudiant le taux de rechute des patients, selon que la famille a bénéficié ou non d'un tel programme, on retrouve les résultats suivants :

Le taux de rechute du malade à 1 an varie :

- De 41 % à 58 % avec une prise en charge du malade classique.
- **De 6 % à 12 % avec prise en charge psychoéducative de la famille en plus.**

Le taux de rechute du malade à 2 ans varie :

- De 66 % à 83 % avec une prise en charge du malade classique.
- **De 17 % à 40 % avec prise en charge psychoéducative de la famille en plus.**

PROFAMILLE est un programme de formation d'un type particulier, destiné à un groupe de personnes confrontées à la maladie psychologique ou psychiatrique d'un proche souffrant de schizophrénie ou troubles apparentés.

PROFAMILLE a pu montrer que la participation de la famille au programme psychoéducatif entraîne en moyenne plus d'améliorations que des interventions ciblant uniquement et directement le malade.

PROFAMILLE repose sur la combinaison de deux principes :

- Une information concernant la maladie et sa prise en charge.
- Un apprentissage de techniques pour mieux faire face (gestion du stress, renforcement des habiletés de communication, entraînement à la résolution de problèmes).

Ce programme permet aux familles :

- de mieux comprendre comment faire avec un malade dont certains symptômes paraissent difficiles à gérer ;
- d'apprendre à réduire les conséquences du stress sur elles-mêmes et sur leur propre santé ;
- de mieux utiliser les possibilités d'aide et de recourir plus efficacement aux services médicaux et sociaux.

Le programme se compose de 2 modules

Le module 1 se développe en 4 étapes :

1. Éducation sur la maladie : modifier les attributions, permettre de comprendre.
2. Développement des habiletés relationnelles : améliorer sa relation avec le malade, baisser la tension, mieux aider le malade.
3. Gestion des émotions et développement de cognitions adaptées : prendre plus de plaisir.
4. Développement des ressources : tenir sur la durée et pouvoir faire face à des aléas et préparer l'avenir.

Le module 2 consiste en un approfondissement destiné à renforcer les apprentissages et favoriser la mise en application des savoir-faire développés dans le programme. ■

Pour plus d'informations sur le programme PROFAMILLE, vous pouvez contacter le secrétariat du CMP :

03 21 45 87 30 • secretariat-cmpbully@ahnac.com

Références : (Magliano L., Fiorillo A., et al. Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatry*. 2005; 4(1): 45-49)

Réinventer la psychiatrie par l'art : l'émergence de la Louvre-Lens Thérapie

Dr Robert JEANSON, psychiatre

Dans un monde où la psychiatrie cherche sans cesse à innover pour améliorer l'efficacité des soins et l'expérience des patients, la Louvre-Lens Thérapie se distingue comme une initiative pionnière. Née de la collaboration entre l'Hôpital de jour Le Chevalet à Liévin, géré par le Dr Robert JEANSON, médecin psychiatre du groupe AHNAC, et le musée du Louvre-Lens, cette thérapie utilise l'art comme moyen de soutien et de rétablissement pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Ce programme innovant explore de nouvelles voies pour la réhabilitation psychosociale, en intégrant des expériences artistiques dans le parcours thérapeutique des patients.

Le projet de Louvre-Lens Thérapie a été réintroduit dans le dispositif thérapeutique du secteur de psychiatrie 62G13 pour enrichir l'offre de soins avec une dimension culturelle et artistique prononcée. Située dans le Nord - Pas-de-Calais, une région riche en patrimoine culturel, cette méthode tire parti de la proximité du musée pour offrir une expérience thérapeutique unique.

La dimension thérapeutique de cette nouvelle pratique passe par :

- **L'amélioration de la qualité de vie :** utiliser l'art comme un outil thérapeutique pour augmenter l'estime de soi des patients et les aider à reprendre leur place dans la société.

- **La participation active des patients :** encourager les patients à s'exprimer à travers diverses formes artistiques, facilitant ainsi une expression profonde qui va au-delà des méthodes thérapeutiques traditionnelles, non directement liées au soin.

En pratique

Les sessions de Louvre-Lens Thérapie sont méticuleusement préparées pour créer un environnement accueillant et apaisant. Les rituels instaurés en début de session permettent de préparer mentalement et émotionnellement les participants, en créant un cadre rassurant et propice à la réceptivité et à l'expression personnelle. Ces rituels favorisent une interaction significative et introspective avec les œuvres d'art, permettant à ces personnes de réfléchir sur leurs propres expériences et émotions. La thérapie emploie une variété de techniques artistiques pour faciliter la connexion entre les participants et leurs mondes intérieurs. Des activités telles que le modelage, la gravure, et la peinture permettent aux individus de manifester physiquement leurs émotions et pensées souvent non exprimées. Ce processus non seulement stimule l'imaginaire et améliore la motricité, mais renforce également les compétences cognitives et encourage une expression authentique et personnelle.



Premiers retours

Le protocole de l'étude prévoit l'implication de 60 patients, divisés en deux groupes : 30 bénéficient des séances de Louvre-Lens Thérapie tandis que les 30 autres servent de groupe témoin. Les résultats initiaux basés sur les retours à chaud des premiers participants indiquent des améliorations significatives de l'humeur, une réduction de l'anxiété, et une facilitation des interactions sociales. Les critères évalués dans le cadre de ce protocole incluent l'évolution des scores de l'estime de soi, le ressenti de bien-être, la qualité de vie et l'autostigmatisation ; leur analyse fait l'objet d'un travail de thèse de médecine d'un interne en psychiatrie. Les premiers résultats, bien que préliminaires, sont prometteurs mais il faudra attendre décembre 2024 pour une version définitive.

Perspectives

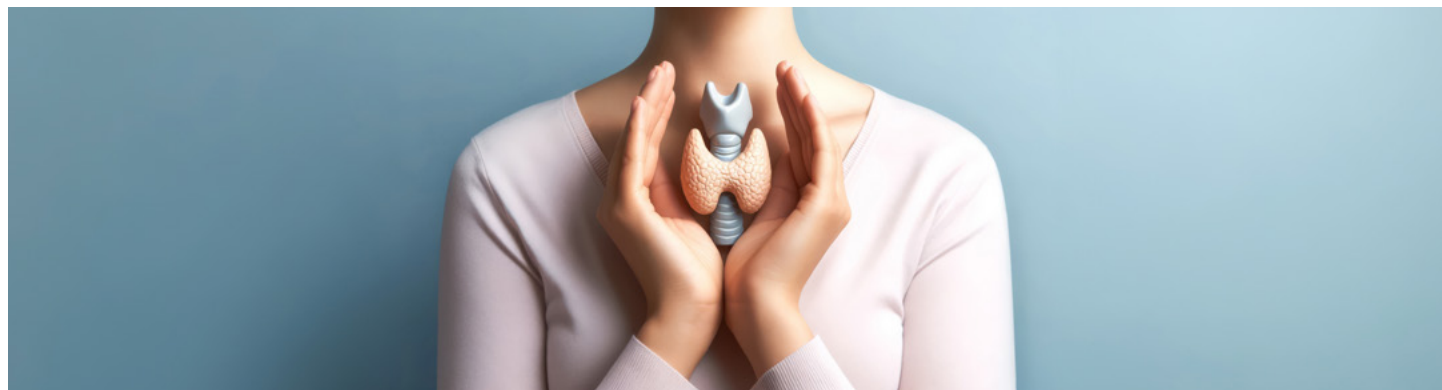
La Louvre-Lens Thérapie pourrait s'affirmer comme une innovation significative dans le paysage thérapeutique, révélant le potentiel de l'art en tant qu'outil de rétablissement. Cette approche ne se limite pas à traiter les symptômes mais vise à transformer profondément la vie des participants, en leur fournissant des outils pour redécouvrir et réaffirmer leur identité à travers l'art. En ouvrant de nouvelles voies vers le rétablissement, cette méthode promet d'améliorer non seulement la qualité de vie des personnes souffrant de troubles mentaux mais aussi d'accompagner la pratique psychiatrique vers une intégration plus poussée dans la créativité et l'innovation. ■

**Centre de psychothérapie
Les Marronniers (secteur 62G13) :**
03 21 45 87 00

La prise en charge multidisciplinaire des pathologies de la thyroïde

Dr Camille LOYER, endocrinologue

L'offre de soins se développe au sein de la polyclinique d'HÉNIN BEAUMONT. Le Docteur LOYER, endocrinologue, spécialisée dans la prise en charge des pathologies thyroïdiennes est venue renforcer l'équipe auprès du Docteur HOBER. Les Docteurs CHEVALLIER et LE COQ continuent d'assurer la prise en charge chirurgicale thyroïdienne.



Les thyropathies sont fréquentes et ne nécessitent pas toutes un avis spécialisé. Nous avons souhaité vous récapituler les principales pathologies qui doivent amener à consulter soit un endocrinologue, soit un chirurgien endocrinien.

Quand s'adresser à l'endocrinologue ?

Les nodules thyroïdiens sont extrêmement fréquents, jusqu'à 68 % des personnes dans certaines cohortes.

La classification échographique TIRADS permet d'évaluer le risque que ces nodules soient des cancers, et de ce risque découlera l'indication de cytoponction :

EU-TIRADS	Signification	Cytoponction
1	Examen normal	-
2	Benin	-
3	Risque faible	Taille > 20 mm
4	Risque intermédiaire	Taille > 15 mm
5	Risque élevé	Taille ≥ 8-10 mm

Une cytoponction sera également réalisée en cas :

- D'adénopathie suspecte voisine du nodule
- De nodule compressif
- D'augmentation de taille significative d'un nodule

Ainsi, un avis endocrinologique peut être sollicité pour tout nodule EU-TIRADS 3-4-5, *a fortiori* si la taille indique une cytoponction de ce nodule.

L'hypothyroïdie est la maladie thyroïdienne la plus fréquente : 1 à 2 % de la population française serait touchée !

Une consultation spécialisée n'est pas nécessaire en systématique, mais peut s'avérer utile en cas de difficultés d'adaptation du traitement (pseudo malabsorption, persistance des symptômes, TSH labile).

L'hyperthyroïdie se définit par une TSH abaissée, avec en regard des hormones périphériques libres (T3 T4) normales ou élevées.

Si elle est confirmée, elle nécessite un avis spécialisé dans tous les cas.

Les causes sont diverses :

▪ **La maladie de Basedow** (70 % des hyperthyroïdies) : le tableau clinique d'hyperthyroïdie est beaucoup plus marqué que dans les autres causes, imposant une initiation rapide des antithyroïdiens de synthèse. Le diagnostic repose sur le dosage des anticorps anti récepteurs de la TSH (TRAK). L'adaptation du traitement n'est pas toujours aisée, justifiant le recours au spécialiste.

▪ Nodule toxique

▪ Goitre hyperfonctionnel

- Pour ces 2 étiologies, la scintigraphie thyroïdienne est indispensable et le recours au spécialiste permettra de définir la prise en charge la plus adaptée (médicamenteuse, chirurgicale, irathérapie ou surveillance)

▪ **La surcharge en iode** (post injection de produit de contraste, amiodarone) est en général pauci-symptomatique et spontanément résolutive.

Quand s'adresser au chirurgien endocrinien ?

Les nodules thyroïdiens ou goitre qui nécessitent un geste chirurgical doivent répondre à l'un des critères suivants :

- symptomatiques
- compressifs
- plongeants
- suspects de cancer ou malins sur une cytoponction (Bethesda 5-6)
- évolutifs
- toxiques (après avis de l'endocrinologue).

Dans tous les cas, n'hésitez pas à nous solliciter par téléphone, et dès septembre 2024 par OMNIDOC pour l'équipe d'endocrinologie. ■

Secrétariat d'endocrinologie : 03 21 13 32 45



Chute chez la personne âgée : à ne pas banaliser

Dr Emmanuelle HONNART, gériatre

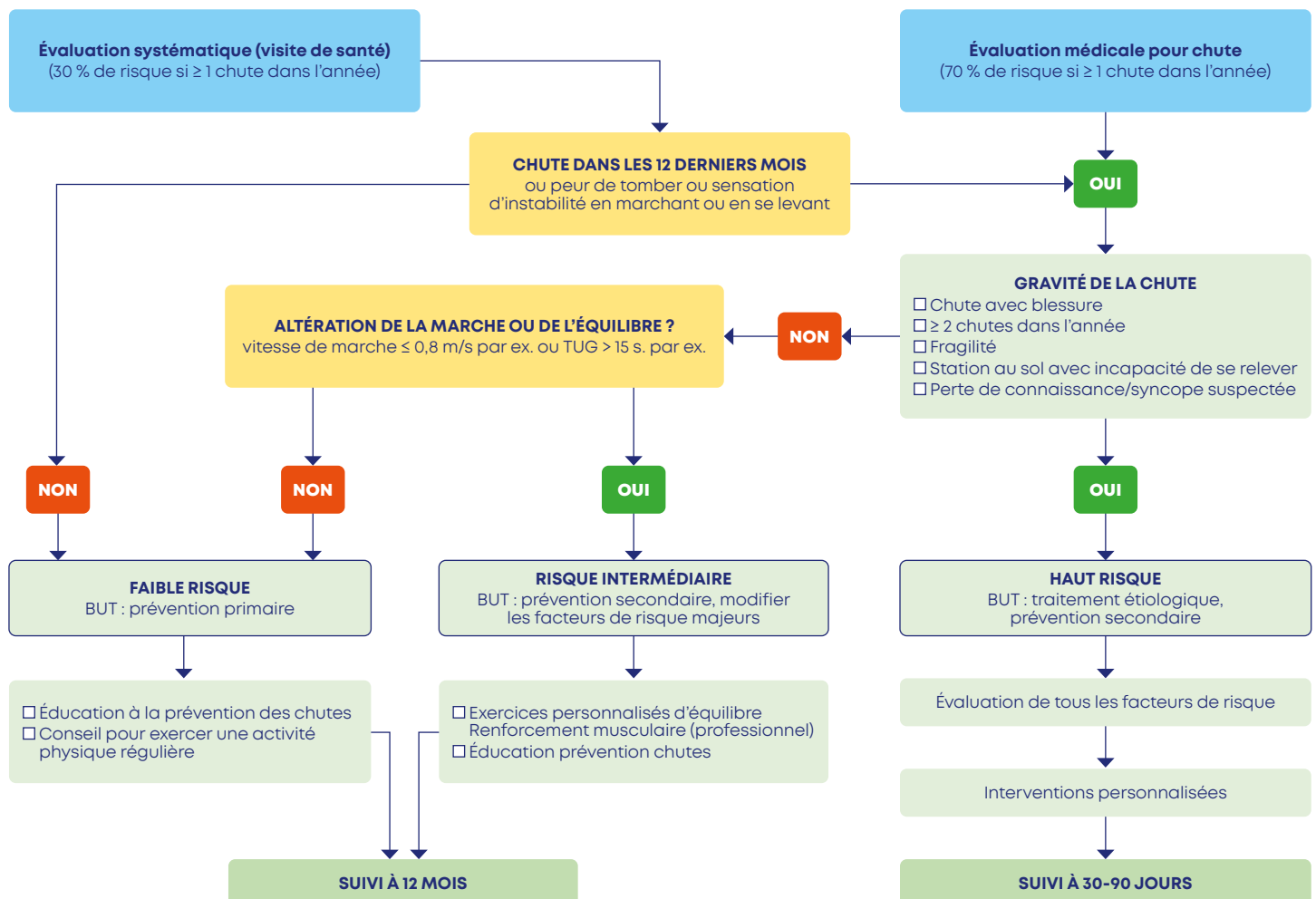
L'OMS définit la chute comme « le fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à la position de départ ». La chute chez la personne âgée est un enjeu mondial de santé publique. Elle peut être source de conséquences traumatiques et psychologiques graves, et conduire à la perte d'indépendance, à la nécessité d'hospitalisation, d'institutionnalisation voire au décès.

Les chutes intéressent chaque année 30 % des personnes âgées de 65 ans et plus (50 % après 85 ans). **50 % environ des patients qui ont fait une chute récidivent au cours de la même année.** En France, elles entraînent chaque année **plus de 100 000 hospitalisations** et **plus de 10 000 décès**. Leur coût médical annuel est estimé à plus d'un milliard d'euros. En octobre 2022, paraissent les nouvelles recommandations mondiales pour la prise en charge et la prévention des chutes chez les personnes âgées. Elles complètent les précédentes, publiées en 2019. Une synthèse en langue française a été rédigée par un comité d'experts et a été validée par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). Elles renforcent l'importance d'inclure les patients et les aidants dans un plan de soins. Elles intègrent les développements en e-santé et s'adaptent aux ressources locales.

Le repérage des personnes chuteuses ou à risque de chute peut se faire par trois questions qu'il convient de poser systématiquement :

- Avez-vous chuté ces douze derniers mois ?
- Vous sentez-vous instable en vous mettant debout ou à la marche ?
- Avez-vous peur de la chute ?

Ceci implique que **ce repérage peut s'effectuer dans tout type de consultation**, quel que soit le motif. De même, il peut être réalisé par tout professionnel du soin dans l'environnement de la personne. Il est proposé d'utiliser l'algorithme de Montero-Odesso et al., de stratification du risque de chute et des mesures recommandées pour prévenir les chutes en fonction du risque identifié (ci-dessous).





Cet algorithme définit la gravité de la chute, détermine trois niveaux de risque et oriente vers la prise en charge, primaire en l'absence de chute ou secondaire en présence de chute. À noter que les chutes sur malaise ou syncopales, tout comme les chutes « mécaniques », sont prises en compte à l'identique, même si bien entendu elles doivent faire l'objet d'un bilan étiologique spécifique. Trois niveaux de risque sont individualisés : faible risque, risque intermédiaire, haut risque. Le haut risque de chute concerne les chutes avec fracture, luxation, traumatisme crânien, ou perte de connaissance par exemple. Il définit également une chute dans un contexte de fragilité ou au moins 2 chutes dans l'année ou le relevé du sol impossible. Le risque intermédiaire définit une chute dans l'année sans les critères de haut risque ou un risque de chute (c'est-à-dire une peur de la chute ou une instabilité), en présence de troubles de la marche et/ou de l'équilibre. Le risque faible de chute intéresse donc les personnes n'ayant pas chuté, n'ayant pas d'instabilité, pas de fragilité, pas de troubles de marche ou de l'équilibre.

Ceci implique que toutes les personnes âgées, même les plus autonomes et robustes sont à risque de chute. En cas de faible risque, des conseils de prévention et sur l'activité physique adaptée doivent systématiquement être délivrés (prévention primaire).

Les patients identifiés à risque intermédiaire ou élevé de chute doivent faire l'objet d'un bilan étiologique exhaustif, visant à identifier les facteurs favorisant et précipitant les chutes et proposer les interventions permettant de corriger les facteurs modifiables. **La prise en charge et la prévention doivent être multidomaine et personnalisée**, prenant en compte les préférences du patient et de l'entourage. Elle doit également prendre en compte la disponibilité des ressources nécessaires.

L'HAS a publié en 2009 ses recommandations pour la prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Ces recommandations ont été reprises dans le plan national triennal antichute des personnes âgées, définie par le ministère des solidarités et de la santé en 2022.

Des parcours de prévention et de réadaptation spécifiques à la chute de la personne âgée

Selon l'enquête *Vie Quotidienne et Santé* 2014, le Pas-de-Calais est le département où la population de plus de 60 ans compte le plus de limitations fonctionnelles.

Dans la Communauté d'agglomération Lens-Liévin, la population compte 8,1 % de sujets de 75 ans et plus. 58 % des 80 ans et plus vivent seuls.

L'Hôpital de Riaumont, dans sa mission de Pôle gériatrique, a décidé d'optimiser ses parcours de soins en les adaptant aux recommandations actuelles.

- Au Centre de dépistage de la fragilité*, l'évaluation pluridisciplinaire s'inscrit dans le domaine de la prévention et du repérage précoce des pertes de capacité fonctionnelle afin de proposer des solutions visant à les maintenir ou à les restaurer.

- Le bilan étiologique du risque de chute est réalisé en hospitalisation ambulatoire avec interventions pluridisciplinaires systématiques (ergothérapeute, enseignant(e) d'activité physique adaptée, diététicien(ne), assistante sociale) et participation ponctuelle possible de neuropsychologue, orthophoniste.

- Le parcours de Réadaptation ambulatoire (HDJ SMR), ouvert en septembre 2023, permet la prise en charge pluridisciplinaire (ergothérapeute, enseignant(e) d'activité physique adaptée et psychomotricien) des troubles de la marche, de la peur de la chute, et la correction des pertes de capacité fonctionnelle.

Conclusion

Chaque acteur médical ou paramédical prenant en charge une personne âgée doit être impliqué dans le dépistage du risque de chute et de la peur de la chute.

La peur de chuter doit être repérée et rapidement prise en charge. Le syndrome postchute peut exister sans chute initiale. Aucune chute n'est banale, elle est toujours polyfactorielle. Certains de ces facteurs sont modifiables.

La prise en charge globale et multifactorielle des fractures chez les personnes faisant des chutes à répétition a montré son efficacité pour diminuer de façon significative le nombre de chutes et leurs complications confirmant que celles-ci ne doivent donc plus être considérées comme inévitables. La prévention secondaire des chutes comprend un accompagnement psychologique et éducatif, une rééducation adaptée, l'aménagement de l'environnement matériel et humain. ■

Notes :

*Centre de dépistage de la fragilité :
fragilite@ahnac.com - 06 09 06 96 81 - 03 21 44 96 51, du lundi au vendredi, de 9h à 17h.
 Hôpital de Riaumont, rue Entre-Deux-Monts, 62800 Liévin – Porte 2 niveau Consultations (accès par la rue Carnot).

Références :

Gériatrie pour le praticien, 4^e édition, de Joël Belmin, Philippe Chassagne et Patrick Friocourt. Elsevier Masson SAS.
Synthèse en langue française des recommandations mondiales 2022 pour la prise en charge et la prévention des chutes chez les personnes âgées, Blain H et al.
Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. HAS. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles avril 2009.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/hors-collection-1999-2015/enquete-vie-quotidienne-et-sante-2014-resultats>
<https://solidarites.gouv.fr/plan-antichute-des-personnes-agees>
<https://www.insee.fr>

Prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation

Dr Sanaa HANNAT, gériatre - Céline DENIEL, cadre de santé

L'Hôpital de Riaumont est un hôpital de proximité porteur de la filière gériatrique du secteur de Lens - Hénin-Beaumont. Les personnes âgées représentent la majorité des séjours hospitaliers. Conscient de l'importance du rôle des soignants dans le retour à l'autonomie de la personne âgée, un projet institutionnel a été mis en place. Celui-ci a pour but de prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez nos patients. Ce projet a permis la formation de plus de 80 professionnels déjà en poste. Pour les nouveaux arrivants, la proposition de formation est faite de manière systématique en e-learning. L'établissement a développé la communication autour de ce sujet avec l'élaboration d'affiches visibles à l'entrée de l'hôpital et de fiches réflexes consultables sur notre base documentaire.

Méthode : description de l'audit (connaissances des professionnels)

Nous souhaitions tout d'abord évaluer les connaissances des professionnels de l'établissement sur le sujet de la dépendance associée aux soins. Pour cela, un questionnaire a été élaboré et diffusé dans les services début 2023. Ce document avait pour objectif de questionner les professionnels sur la thématique de la dépendance iatrogène liée aux soins, ses principales causes, mais également ce qu'il est possible de réaliser pour prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées. Il a permis d'avoir une première réflexion autour de cette thématique dans les services, et d'analyser l'existant.

Au total, 97 questionnaires ont été complétés et analysés. Ils ont démontré un manque de connaissances concernant la thématique de la dépendance iatrogène liée aux soins, notamment les principales causes, malgré des actions déjà mises en place dans certains services. Nous avons donc décidé d'engager un travail sur cette thématique afin d'améliorer la prise en soins des patients, et de diminuer le risque de dépendance iatrogène dans nos services.

Questionnaire destiné aux professionnels

Dependance liée aux soins : connaissances des soignants

Service : _____
Fonction : _____

• Connaissez-vous le terme « dépendance iatrogène » ?
☐ Oui ☐ Non

• Selon vous, que signifie « la dépendance iatrogène » ?

• Selon vous, que signifie « la perte d'autonomie liée à l'hospitalisation » ?

• Que faites-vous au sein du service pour prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées ?

• Quelles sont les principales causes de cette dépendance iatrogène ?
1) _____
2) _____
3) _____
4) _____
5) _____
6) _____

Questionnaire destiné aux professionnels



Organisme de formation sollicité
80 professionnels formés

Méconnaissance de la thématique

7 EPP en cours
(1 par thématique)
350 dossiers audités

Incontinence urinaire
Chutes
Confusion aiguë
Dénutrition
Médicaments
Syndrome immobilité
+ Fragilité



97 professionnels audités

- 1) Création grille d'audit début 2023
- 2) Réalisation des audits mars/avril 2023
- 3) Enregistrement et analyse des résultats mai 2023
- 4) Proposition plan d'actions juin 2023
- 5) Réalisation plan d'actions juin/sept 2023
- 6) Réévaluation de l'audit

Perspectives

Interne :

- Identité Cap Santé Riaumont / Afficher le projet dans l'établissement (poster)
- E-learning / formation des agents et nouveaux arrivants
- Création de fiches réflexes

Externe :

- Congrès
- IFSI

Résultats / Actions

Plusieurs actions ont été menées :

- **Développer le projet de manière institutionnelle**
- **Sensibiliser les professionnels sur le sujet de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation de la personne âgée.** Pour cela, nous avons dû évaluer les connaissances des professionnels sur chaque thématique. Plusieurs sessions de formation de deux jours ont ensuite été organisées avec un organisme externe. Une formation e-learning a également été créée en interne, accessible à tous les professionnels et incluse dans le circuit du nouvel arrivant.

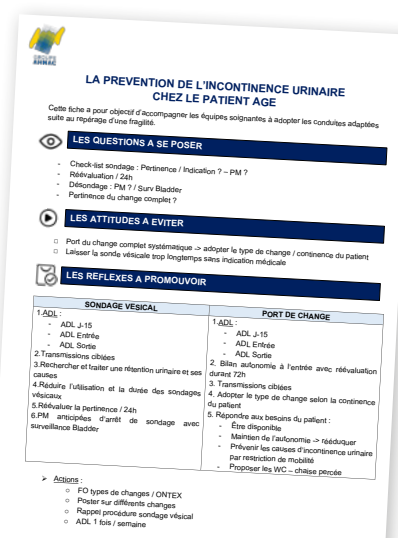
- **Dépister et repérer les facteurs de fragilité et de dépendance en donnant des outils aux professionnels.**

La réalisation d'un score d'autonomie a été systématisée pour chaque admission : ADL au domicile (J-15), à l'entrée et à la sortie. Selon les résultats de cette évaluation, des fiches réflexes, intégrées dans le dossier patient informatisé, rappellent les bonnes pratiques aux professionnels pour chaque thématique. Ces fiches ont été créées grâce à des groupes de travail pluridisciplinaires et pluriprofessionnels.

Une semaine thématique a été organisée pour communiquer sur le sujet.

Le Dr Hannat et Mme Deniel, cadre de santé, ont présenté le projet aux équipes, ainsi que lors d'une soirée Ville et Hôpital qui a réuni une cinquantaine de professionnels.

Le projet a été présenté sous forme de poster aux congrès médicaux de Montpellier et Tours.



Exemple de fiche réflexe



Mme Chara et Mme Deniel au congrès



Lors de la présentation du projet au personnel de l'Hôpital de Riaumont.



Poster présenté aux congrès de Montpellier et Tours

Conclusion

La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées est une urgence nationale et une priorité partagée entre les différents acteurs de la santé

À travers ce projet institutionnel de prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation, l'hôpital de Riaumont compte contribuer à l'effort national de la prévention de la perte d'autonomie de nos aînés. ■



Un nouveau dispositif au sein du Groupe AHNAC

Une nouvelle modalité d'accompagnement des personnes âgées à domicile : le Centre de Ressources Territorial Lens-Hénin, porté par l'EHPAD Denise Delaby (lauréat 2023), contribue à un enjeu majeur, le virage domiciliaire.

Face au vieillissement de la population, le gouvernement, via son projet de loi de financement de la sécurité sociale, veut apporter une réponse efficace au souhait des personnes âgées de rester chez elles le plus longtemps possible. Ainsi, les Agences Régionales de Santé financent des missions d'un nouveau genre, « les centres de ressources territoriaux ».

En région Hauts-de-France, l'objectif est de couvrir le territoire de 43 CRT à l'horizon 2028.



De gauche à droite : Séverine VANBELLINGEN, ASG ; Émilie VISEURS, animatrice ; Dr Cathy DEPLANQUE, médecin coordonnateur et Marion DUFRENOY, coordonnatrice du CRT.

Une finalité, deux missions complémentaires

Sous cet intitulé, le CRT vise à se positionner comme un facilitateur du parcours de santé des personnes âgées du territoire résidant à domicile, de leurs aidants ainsi qu'aux professionnels en charge de leur accompagnement.

L'enjeu est la coopération, en complémentarité et en subsidiarité, de l'ensemble des acteurs du territoire, engagés autour du bien-vieillir. Le but est d'améliorer la prise en charge des personnes âgées souhaitant rester à domicile et de leurs aidants, tout en prévenant leur perte d'autonomie grâce au repérage des fragilités.

Répondant à l'arrêté du 27 avril 2022, l'objectif du CRT se découpe autour de deux missions menées conjointement :

- Un 1^{er} volet consacré à l'appui aux professionnels, en direction de toutes les personnes âgées du territoire et leurs aidants pour favoriser l'accès aux soins et à la prévention et l'inclusion sociale.
- Un 2^{ème} volet consacré à l'accompagnement de 60 personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie de GIR 1 à 4 nécessitant un accompagnement individualisé à domicile plus intensif, visant à éviter ou retarder l'entrée en établissement.

Focus : Volet 2 – Accompagnement renforcé au domicile

S'appuyant sur une équipe pluridisciplinaire apportant l'expertise de l'EHPAD au domicile, le CRT Lens-Hénin a accueilli ses premiers bénéficiaires en décembre 2023. Il s'agit de développer une alternative à l'entrée en établissement par un accompagnement psychosocial (stimulation cognitive, motrice, de loisirs, adaptation du logement, soutien...).

Le repérage des situations pouvant intégrer le dispositif est réalisé à partir d'une demande des partenaires des champs sanitaire, social et médico-social du territoire, des aidants ou de la personne elle-même. Le dispositif, gratuit et sans limitation de temps, assure 24h/24, 7j/7 et 365 jours par an une prise en charge globale sécurisée, personnalisée et coordonnée, identique à celle proposée en EHPAD grâce à des solutions technologiques innovantes (téléassistance, actimétrie, application prédictive du risque d'hospitalisation).

Un coordonnateur CRT accompagne le bénéficiaire et son aidant dans l'identification des besoins et des ressources pour pallier la perte d'autonomie et son évolution. Il assure un suivi renforcé de l'accompagnement par un dossier de coordination numérique accessible aux professionnels du CRT, aux intervenants du domicile et aux familles, permettant d'avoir des informations en temps réel et partagées entre chaque professionnel.

En proposant de nouvelles solutions pour répondre aux enjeux de santé publique actuels et en luttant contre l'isolement des personnes âgées grâce au Centre de Ressources Territorial, le groupe AHNAC fait vivre sa raison d'être : « Chaque jour, prendre soin de la santé de chacun ». ■

PORTRAIT

MÉDECIN COORDONNATEUR DU CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAL

Le Dr DEPLANQUE est le médecin coordonnateur du Centre de Ressources Territorial Lens-Hénin, présente à temps partiel. Membre de la CPTS Liévin – Pays d'Artois et du comité Ville-Hôpital, la connaissance du territoire et des professionnels de santé par le Dr DEPLANQUE est un vrai atout pour la promotion du dispositif CRT.

Elle réalise l'expertise gériatrique des bénéficiaires de l'accompagnement renforcé du volet 2 en se référant sur les évaluations des professionnels du territoire et des professionnels du CRT. Elle participe ainsi à la mise en œuvre et au réajustement du Plan Personnalisé de Coordination en Santé : elle est garante du suivi gériatrique dans la

détection de facteurs de risques prédictifs de fragilité (nutrition, sommeil...) en s'appuyant sur les données transmises par les solutions innovantes installées au domicile et par les professionnels.

Elle assure une coordination de second niveau et un rôle d'interface entre le médecin traitant, les intervenants du domicile et la filière gériatrique du territoire. Elle participe avec la coordination du dispositif à la recherche de solutions alternatives pour le maintien au domicile en sollicitant les équipes mobiles du territoire et le cas échéant, à la transition facilitée en institution.

La radiofréquence nerveuse, une nouvelle thérapeutique proposée par la Polyclinique d'Hénin-Beaumont au service de la douleur chronique

— Dr Julien MARC, médecin anesthésiste et algologue

Depuis 2022, le service douleur chronique de la Polyclinique d'Hénin-Beaumont propose la radiofréquence nerveuse, une thérapeutique permettant d'optimiser la prise en charge de la douleur autour des chirurgies.



Cette thérapeutique a particulièrement montré son intérêt dans certaines interventions comme la chirurgie de prothèse de genou, mais également la chirurgie thoracique et la chirurgie du cancer du sein.

Elle permet également d'améliorer les douleurs dans les situations particulières de l'endométriose, sans ou avec recours à la chirurgie, dans les alternatives à la chirurgie sur l'arthrose, par exemple pour les patients atteints de lombalgie ou de douleur articulaire de la hanche et du genou, de la main ou du pied. La radio fréquence nerveuse utilise « un générateur d'électricité permettant, par l'application directe d'un courant électrique, de moduler l'activité nerveuse responsable de la douleur ». Cette procédure est réalisée au bloc opératoire sous anesthésie. Les résultats sont mesurables au bout de plusieurs semaines et permettent d'améliorer la fonction motrice et la douleur du patient. Ils varient selon les sites traités, mais restent très satisfaisants, avec un pourcentage de réponses à plus de 80 % persistant à plus de 6 mois.

Aujourd'hui, plus de quinze patients par mois peuvent bénéficier de cette thérapeutique à la Polyclinique d'Hénin-Beaumont.

Le docteur Julien MARC, médecin anesthésiste et médecin de la douleur, est responsable coordinateur du service douleur de la Polyclinique d'Hénin-Beaumont. Il propose ce soin avec son équipe, composée de deux autres médecins et de quatre infirmières référentes douleur.

Le patient, après une première consultation médicale et un rendez-vous individuel avec l'infirmière référente douleur, peut bénéficier d'un parcours de prise en charge complet. Celui-ci peut se composer d'autres thérapeutiques médicales : électricité par voie transcutanée (également appelée TENS thérapie), infiltration, toxine botulique, patch cutané, perfusion intraveineuse, etc., ainsi que d'un accompagnement par un psychologue, une diététicienne, un éducateur en activité physique adaptée. L'ensemble est coordonné par un secrétariat, ouvert du lundi au vendredi.

Le service travaille, en relation avec d'autres établissements comme les centres d'évaluation et de traitement de la douleur de Lille, Béthune et Berck. Des parcours de soins ont été créés avec d'autres services douleur d'établissements comme la Polyclinique La Clarence à Divion ou la clinique Les Bonnettes à Arras, mais également des centres spécialisés comme le Centre de réadaptation Les Hautois de Oignies.

Le Dr Julien MARC propose une formation sur cette thérapeutique aux médecins algologues qui souhaitent évoluer dans leurs pratiques.

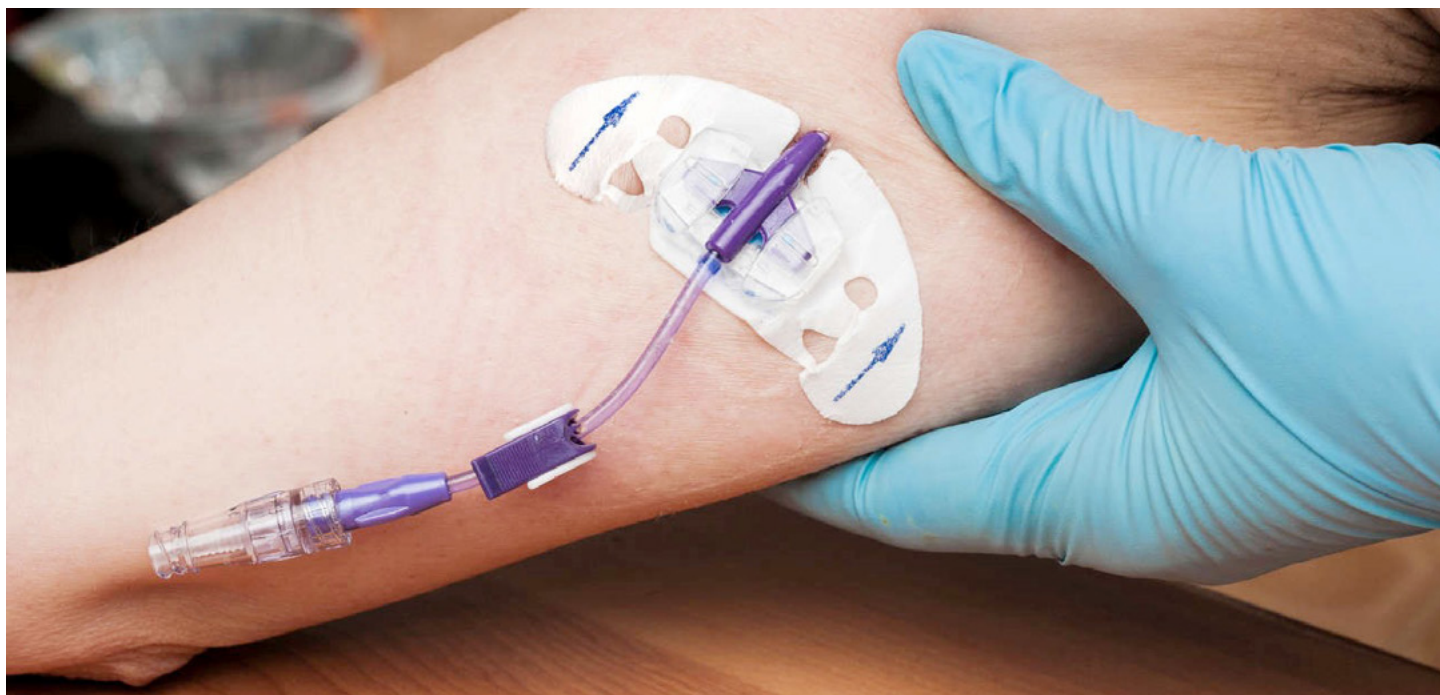
Il porte également un projet de recherche clinique autour de la chirurgie, qui aura pour objectif de montrer l'intérêt de cette thérapeutique dans l'amélioration des résultats de la chirurgie. ■

Plus d'informations auprès du service douleur de la Polyclinique d'Hénin-Beaumont : 03 21 13 32 51

Une dynamique est lancée pour développer la pose de voie veineuse

Dr Thomas GRYSO, médecin anesthésiste

Depuis un an, une activité de pose de voie veineuse de type Midline Picline se développe au sein de la Polyclinique de La Clarence.



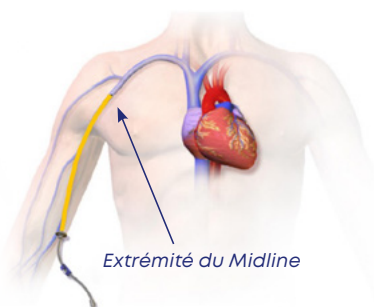
Il s'agit de dispositifs veineux d'insertion périphériques, posés sous échographie au niveau du bras. Le Midline est une voie veineuse périphérique et peut être laissé en place pendant 28 jours, le Picline est lui considéré comme une voie veineuse centrale et peut rester en place jusqu'à 6 mois. Ces dispositifs sont posés par le médecin anesthésiste en salle de réveil. Il s'agit d'une procédure simple et rapide qui peut se programmer dans la journée si besoin. Il n'est nullement nécessaire d'être à jeun pour la procédure. Avec les nouvelles techniques de pose, le Picline ne nécessite pas de contrôle radiologique.

De nombreux bénéfices pour les patients et les soignants

Les bénéfices sont nombreux, pour le patient bien évidemment, mais également pour les équipes soignantes (voie veineuse pérenne et de qualité, prélèvements sanguins directement sur la perfusion, risque septique moins important qu'une voie veineuse centrale, possibilité de retour à domicile avec ce dispositif, possibilité de débuter une chimiothérapie en urgence avec les Picline). La pose se fait pour les patients de notre structure, mais également pour les structures environnantes ou l'HAD, en contactant notre secrétariat d'anesthésie. Le patient ressort ensuite avec un livret explicatif et les consignes d'entretien du dispositif. ■

Plus d'informations auprès du secrétariat d'anesthésie de la Polyclinique de La Clarence : 03 21 54 90 53

Midline Cathéter veineux *périphérique*

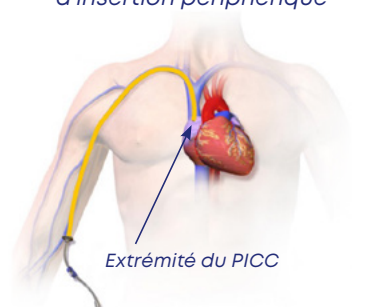


Extrémité du Midline

Cathéter inséré au-dessus du pli du coude dans une veine du bras jusqu'à la ligne axillaire

VVP
voie veineuse périphérique
(extrémité distale
en dessous de la clavicule)

PICC Cathéter veineux *central* d'insertion périphérique



Extrémité du PICC

Cathéter inséré au-dessus du pli du coude dans une veine profonde du bras jusqu'à la jonction cavo-atriale

VVC
voie veineuse centrale
(extrémité distale
à entrée du cœur)

L'énucléation endoscopique de prostate BIPOLEP

Dr Émilie LECORNET, chirurgien urologue

L'adénome de prostate est une pathologie fréquente de l'homme. Lorsque cet adénome est responsable de troubles urinaires du bas appareil, et que le traitement médical est inefficace ou mal toléré, une indication chirurgicale peut être posée.

La traditionnelle résection de prostate a fait ses preuves, et consiste, par voie urétrale, à réaliser des copeaux de prostate de proche en proche jusqu'à obtenir un aspect large bien désobstrué de l'urètre prostatique.

Classiquement, lorsque le poids de la prostate est trop élevé, une résection devient trop laborieuse, trop longue et pourvoyeuse de saignements incoercibles. La voie endoscopique est alors abandonnée au profit d'une voie ouverte par laparotomie, dite « adénomectomie de prostate par voie ouverte », pour laquelle existent plusieurs variantes techniques. Cependant cette voie ouverte ne peut se passer de la mise en place de drainage abdominal, d'une suture de vessie ou de capsule prostatique, et d'irrigations-lavages. La durée d'hospitalisation est d'au minimum 5 jours.

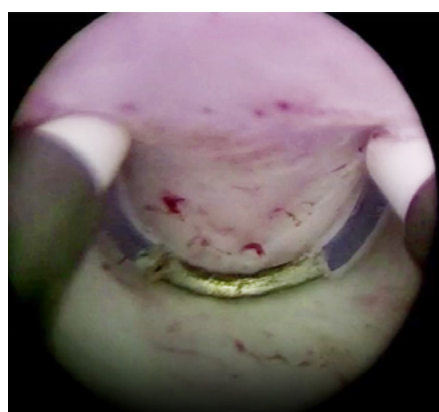
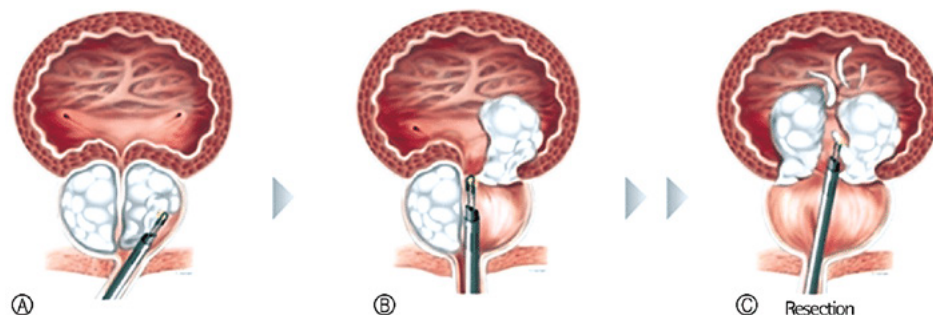
Malheureusement, eu égard à l'âge et aux comorbidités des patients, à l'aspect régulièrement inflammatoire peropératoire chez des patients parfois sondés à demeure, les complications ne sont pas rares : infections, abcès, fistules, éventrations, ...

L'intervention par voie endoscopique

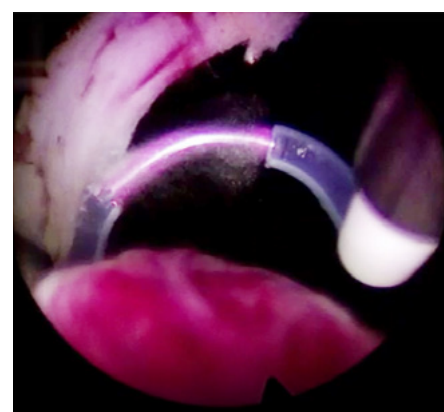
Depuis plusieurs années, une technique d'adénomectomie par voie endoscopique a été développée. Elle consiste à réaliser non pas une simple résection de prostate mais bien à passer dans le plan peu vascularisé qui existe entre l'adénome et la capsule, tout comme en voie ouverte où cela est réalisé avec le doigt, mais ici par l'urètre avec du matériel mini-invasif. L'énergie nécessaire à ce geste peut être un laser (HOLEP), ou une énergie plasma bipolaire : le BIPOLEP, dont sont équipés les urologues du Groupe AHNAC.

L'adénome est placé en 1 ou 2 blocs dans la vessie. Un morcellateur endoscopique vient alors découper et extraire petit à petit l'adénome. L'ensemble est envoyé en anatomo-pathologie, comme en chirurgie classique.

Le patient est porteur en sortie de bloc d'une sonde d'irrigation lavage uniquement, et sans aucune ouverture



Vues endoscopiques au cours d'une énucléation.



cutanée, comme une résection de prostate simple.

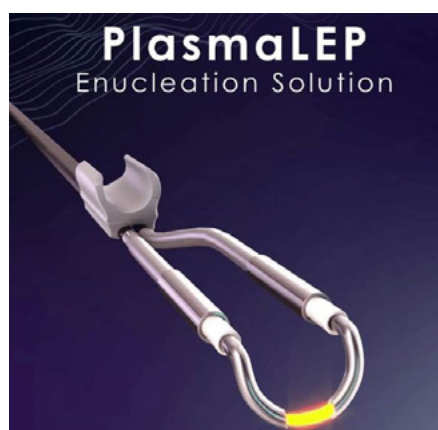
L'indication de réalisation de cette voie est la taille de la prostate, en général plus de 80 g, en dessous une simple résection est suffisante. Les limites de taille pour l'énucléation endoscopique sont liées à l'expérience de l'opérateur, et à la

durée opératoire que peut supporter le patient ; en effet, contrairement à la voie ouverte dont le temps d'intervention est constant, la durée d'un BIPOLEP est fonction du poids de la prostate.

Des suites plus simples

Les résultats sont équivalents en termes d'efficacité à l'adénomectomie par voie ouverte, les taux de récurrence de moins de 5 %. Les suites opératoires sont plus simples, notamment chez les patients comorbides et obèses chez qui la cicatrisation est souvent ardue. Les durées de séjours minimales sont ici de 24h.

Les résultats à court ou long terme sont identiques quelle que soit l'énergie utilisée (laser ou bipolaire plasma), ainsi le choix s'est porté sur le BIPOLEP car nous étions déjà équipés de cette énergie plasma bipolaire. ■



Docteur Thibaud SADER, médecin MPR à la Polyclinique du Ternois

Diplômé de la Faculté de Médecine d'Amiens, le Dr Thibaud SADER est spécialiste en médecine physique et de réadaptation (MPR). Originaire de la Somme, il a fait son internat, puis signé son premier contrat de praticien hospitalier au CHU d'Amiens. Mais trois jours par semaine, il quitte la ville pour rejoindre l'équipe de la Polyclinique du Ternois, séduit par l'ouverture d'un hôpital de jour à la sortie de la crise sanitaire. Pourrait-on dire que le Dr SADER fait fi des distances ? Peut-être, sachant que ce passionné de course à pied prendra le départ du Marathon pour tous aux Jeux Olympiques de Paris 2024 le 10 août !

Alors que l'attractivité des territoires ruraux est un enjeu majeur en termes de revitalisation médicale, qu'est-ce qui vous a donné envie d'exercer à Saint-Pol-sur-Ternoise ?

« Le projet d'hôpital de jour. J'en ai entendu parler par des orthoprothésistes et ça m'attirait. On était dans la crise du Covid. J'ai rencontré le Dr MOURO (médecin MPR) et le directeur de l'époque. J'ai intégré initialement l'équipe d'hospitalisation conventionnelle. J'ai eu ensuite l'opportunité de construire le projet avec l'équipe de direction et les paramédicaux. »

Comment s'organise votre activité ?

« Mon activité me plaît par sa diversité. En plus de la MPR, j'ai une formation en traumatologie du sport et en prise en charge des pathologies rachidiennes, que j'ai suivie à la Sorbonne et à la Pitié Salpêtrière à Paris. J'exerce toujours au CHU d'Amiens, ainsi qu'au Centre de réadaptation de Corbie. Je suis à Saint-Pol trois jours par semaine : je consulte à la polyclinique pour les pathologies rachidiennes et de l'appareil locomoteur. Je fais également des gestes techniques comme les infiltrations sous échographie. Pour l'hôpital de jour (HDJ), j'assure la coordination de la rééducation pour les pathologies de l'appareil locomoteur et du rachis. »

Docteur Thibaud SADER



Le Dr Thibaud SADER s'épanouit en exerçant à la fois en ville et à la campagne.

En quoi consiste votre travail en HDJ ?

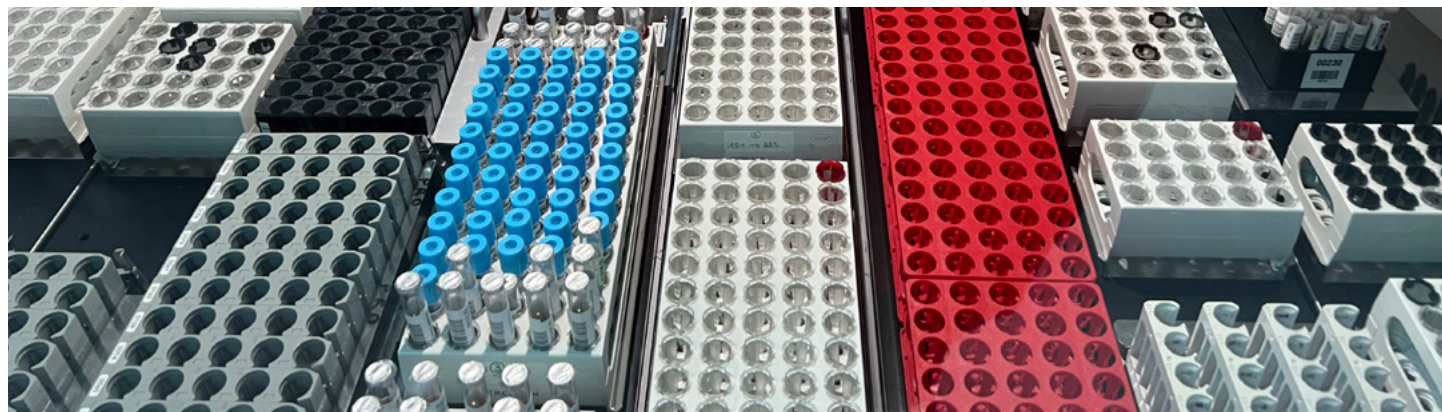
« Le service de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR, anciennement SSR) en HDJ fonctionne comme un centre de rééducation. On accueille des patients vus précédemment en consultation, adressés par d'autres médecins, ou après une chirurgie. Souvent, ce sont des personnes qui habitent près de l'établissement et sont autonomes. Je travaille en binôme avec une infirmière, qui est indispensable au bon fonctionnement du service. Les patients bénéficient des compétences d'une équipe pluridisciplinaire : kinésithérapeutes, enseignants en activité physique adaptée, ergothérapeute, diététicienne, sophrologue, psychologue, art-thérapeute. »

Pouvez-vous expliquer votre attachement à la Polyclinique du Ternois ?

« J'aime beaucoup l'ambiance de travail qui règne ici, c'est familial. La Polyclinique du Ternois est un établissement à taille humaine : la communication est plus simple que dans une grande structure, la direction accessible sans intermédiaire. Les patients sont attachants. Certains souffrent d'isolement, se sentent "mis à l'écart" : il est important pour moi d'entretenir le lien humain. Le service rendu aux patients est essentiel : je suis là pour apporter des réponses à leurs questions. » ■

Le SHAB : votre laboratoire au sein des établissements du Groupe AHNAC

Le SHAB (SAMBRE HAINAUT ARTOIS BIOLOGIE), groupement de coopération sanitaire, est un laboratoire de biologie médicale multisites implanté au cœur de plusieurs établissements hospitaliers de la région Hauts-de-France. Il a vocation à être un acteur de premier plan de la biologie, tant à l'hôpital qu'en ville.



Au sein du Groupe AHNAC, le SHAB est présent dans les murs de la **Polyclinique de La Clarence**, de la **Polyclinique d'Hénin-Beaumont** et de l'**Hôpital de Riamont**. Ses plateaux techniques de premier ordre lui permettent d'effectuer les examens biologiques demandés en première intention, pour les examens les plus courants.

Le SHAB effectue les examens sur son site de microbiologie spécialisée, au CH de Valenciennes. Il y dispose d'une technologie de pointe dans tous les domaines.



Le SHAB a mené un travail conséquent de mise à niveau des équipements de biochimie et immuno-analyses avec renouvellement et harmonisation du parc matériel en collaboration avec de grands noms de l'équipement.

Au final, l'ensemble des plateaux techniques est équipé avec un industriel unique (à savoir *Roche Diagnostics*) sur le périmètre analytique de la biochimie-immunoanalyse (automates, réactifs et consommables) et sur le pré-analytique (automates) de l'ensemble des plateaux techniques.

Tous les sites bénéficient des **dernières innovations technologiques** au bénéfice des patients : fiabilité analytique permettant de produire des résultats de haute qualité ; rapidité, automatisation, cadence analytique permettant de rendre les résultats rapidement.

Des centres de prélèvement accessibles à tous les patients au sein du Groupe AHNAC

Les sites de Divion et Hénin-Beaumont sont ouverts au public avec des infirmières dédiées et plusieurs salles de prélèvement.

Les échantillons sont analysés sur site, sans délai, sans transport pour la biologie de première intention soit dans les meilleures conditions pré-analytiques.

Horaires d'ouverture : Hénin-Beaumont

du lundi au vendredi de 8h à 17h

Divion

du lundi au vendredi de 7h30 à 18h,
le samedi de 7h30 à 12h

Doctolib est proposé aux patients pour la prise de rendez-vous

Doctolib

Les résultats des patients peuvent être transmis sur notre serveur de résultats *Cyberlab* en toute sécurité et rapidité.

Le SHAB,
c'est :

3 000

tubes traités par jour
en chimie/immuno-chimie
sur l'ensemble de ses sites

Une biologie de haute technologie

avec un parc
d'automates
biochimie/immuno-analyse
changé en 2022/2023
sur tous les sites



LE GROUPE AHNAC RECRUTE



www.ahnac.com/recrutement/



MédicalMag est un magazine du Groupe AHNAC

Parution bi-annuelle, 3 800 exemplaires. Directeur de la publication : Olivier DEVRIENDT

Conception et réalisation : **Agence Audace**

Groupe AHNAC, une offre de santé globale dans les Hauts de France : Polyclinique de la Clarence - Polyclinique d'Hénin-Beaumont - Hôpital de Riamont - Centre de rééducation fonctionnelle « Les Hautois » - Clinique Teissier - Polyclinique du Ternois - Centre de psychothérapie « Les Marronniers » - Service d'Hospitalisation à Domicile du Hainaut - Services de soins infirmiers à Domicile - EHPAD « Aquarelle » - EHPAD « Denise Delaby » - EHPAD « Fernand Cuvelier » - EHPAD « Les jardins du Crinchon » - EHPAD « Les Charmilles » - EHPAD « Les Glycines » - Résidence Autonomie « Les Trèfles » - USLD « Les Iris » - USLD « Les Capucines » - CSAPA « Le Phénix » - Institut de formation des aides-soignants.