

Octobre à Décembre 2015

la Revue

Revue trimestrielle N°22



Sommaire

ACTUALITÉS - P. 2-4

- Néphropathie drépanocytaire : quid du traitement par hydroxyurée ?
- La dépression et le choix des anesthésiques
- 4^e édition du Prix International Fondation Ramsay Générale de Santé pour la thérapie cellulaire et la médecine régénérative
- Élections de la nouvelle Commission Médicale d'Établissement Local (CMEL) Séance inaugurale du 10 décembre 2015

DOSSIER - P. 5-7

- Le plan blanc

VIE DES SERVICES - P. 8-13

- Service Orthopédie à Henri Mondor
- Joffre-Dupuytren : la consultation pluridisciplinaire de positionnement
- Unité Cognitivo Comportementale (UCC) Émile-Roux
- Posturothérapie, nouvelle activité rééducative à Albert Chenevier
- Ouverture d'une unité d'Oncogériatrie à l'hôpital Georges-Clemenceau

RÉTROSPECTIVE - P. 14-16

PORTRAITS - P. 17-18

Édito



Le mois de Novembre 2015 marquera notre mémoire collective d'images d'une rare violence, fruit d'attentats perpétrés dans nos rues, nous touchant parfois de près, au cœur.

La réponse des hospitaliers de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, et des Mondoriens a été exceptionnelle.

Exceptionnelle par sa rapidité, sa spontanéité, son professionnalisme et l'investissement des chirurgiens, médecins, soignants, personnels de tous métiers qui ont massivement répondu à ce défi.

Devant cet élan empreint d'humanisme et de fraternité, je ne peux que vous dire à tous :

BRAVO ET MERCI

En pensant aux victimes et à leurs familles auxquelles vous avez porté assistance et réconfort.

Bonnes fêtes à tous et que l'Année nouvelle apporte la paix.

Martine ORIO

Néphropathie drépanocytaire : quid du traitement par hydroxyurée ?

La drépanocytose est une maladie génétique susceptible d'engendrer des maladies rénales chroniques dont les traitements sont peu satisfaisants à ce jour. Soucieux d'explorer des pistes thérapeutiques efficaces, des médecins des hôpitaux universitaires Henri Mondor - Université Paris Est Créteil et des chercheurs de l'Institut Mondor de Recherche Biomédicale ont évalué la pertinence d'un traitement par hydroxyurée. Des travaux qui ont fait l'objet d'une publication dans Journal of American Society of Nephrology*.



La drépanocytose est une maladie héréditaire très répandue dans le monde. En France, 441 enfants drépanocytaires ont vu le jour en 2013, soit une prévalence d'un enfant atteint pour 1 900 naissances. Ce chiffre en fait la maladie génétique la plus prévalente à la naissance dans l'Hexagone. Elle est liée à une mutation du gène β de l'hémoglobine, entraînant des anomalies importantes des globules rouges. Ces anomalies sont responsables d'une anémie hémolytique chronique sévère et de multiples atteintes d'organes. Parmi celles-ci, les atteintes rénales sont très fréquentes et en augmentation constante. Elles peuvent aboutir à l'insuffisance rénale chronique qui constitue un facteur de risque indépendant de mortalité chez les patients drépanocytaires. C'est sur cet aspect et tout particulièrement sur la néphropathie drépanocytaire et son traitement que se sont penchés les médecins des hôpitaux universitaires Henri Mondor-Université Paris Est Créteil et les chercheurs de l'Institut Mondor de Recherche biomédicale *. Leur travail a donné lieu le 19 novembre 2015, à une publication dans Journal of the American Society of Nephrology **

À l'heure actuelle, le traitement optimal à proposer aux patients drépanocytaires présentant une albuminurie significative, et notamment la place des traitements néphroprotecteurs classiques (anti-hypertenseurs de la classe des inhibiteurs de l'enzyme de conversion - IEC et antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II - ARAI) utilisés pour ralentir la progression de la maladie rénale chronique, reste incertaine. Les auteurs ont donc cherché à évaluer l'effet d'un traitement par hydroxyurée (HU), pierre angulaire du traitement de fond des formes graves de drépanocytose sur les paramètres rénaux, particulièrement la microalbuminurie. L'HU est un traitement à prise buccale quotidienne qui vise à minorer le risque vaso-occlusif propre à la drépanocytose, grâce à des actions favorables, tant sur la rhéologie des globules rouges que sur d'autres facteurs vasculaires qui y contribuent aussi. Cinquante-huit patients drépanocytaires homozygotes débutant un traitement par HU pour des indications « non néphrologiques » ont été suivis durant une période de 6 mois, sans prendre de manière concomitante d'IEC ou d'ARAI pendant toute la durée de l'étude.

Pour l'ensemble de la population étudiée, le débit de filtration glomérulaire estimé était similaire entre le début du traitement et le 6^e mois (124,5 ml/mn/1,73m² [112-132] et 120,5 ml/mn/1,73m² [112-129], $p=0,15$). À l'inverse, l'administration d'HU, était associée à une baisse significative de la microalbuminurie (définie par un ratio albuminurie/créatininurie - ACR, entre 3 et 30 mg/mmol) entre le début de traitement (ACR à 8,1 mg/mmol [4,9-17,8] et le 6e mois (2,3 mg/mmol [1,1-7,1]) ($p=0,03$). Chez les patients avec une macroalbuminurie (définie par un ACR >30mg/mmol) malgré une baisse d'environ 50 % des valeurs de l'ACR à 6 mois par rapport aux valeurs initiales, la différence n'atteignait pas la significativité, probablement du fait d'un effectif insuffisant de patients concernés (N=6). Les analyses statistiques complémentaires ont permis de montrer une étroite corrélation entre la baisse de la microalbuminurie et l'amélioration des marqueurs d'hémolyse (Bilirubine, LDH, ASAT), du pourcentage de globules rouges denses et des chiffres de pression artérielle systolique. Par ailleurs un pourcentage élevé de globules rouges drépanocytaires anormalement denses, un taux élevé de bilirubine et de LDH avant traitement étaient autant de facteurs prédictifs associés à la baisse de microalbuminurie sous HU.

Les résultats préliminaires, qui doivent être confirmés par des études prospectives randomisées contrôlées, suggèrent qu'un traitement spécifique de la drépanocytose ayant un effet majeur sur les globules rouges des patients limite l'atteinte rénale des patients drépanocytaires. Le mécanisme d'action expliquant ce résultat semble passer par l'amélioration de l'hémolyse et de la rhéologie sanguine, mais une action directe ou indirecte de l'HU sur la barrière de filtration rénale ne peut être exclue.



Hétérogénéité des globules rouges de patients drépanocytaires : coexistence d'hématies hyper denses et très peu déformables, falciformes ou non, et de globules rouges d'aspect normal. Copyright : AP-HP Henri Mondor.

* Institut Mondor de Recherche Biomédicale - U955 Inserm - Université Paris Est Créteil, UPEC

*Auteurs :

Pablo Bartolucci,1,2,3* Anoosha Habibi,1,2* Thomas Stehlé,4 Gaetana Di Liberto,3 Marie Georgine Rakotoson,3 Justine Gellen-Dautremier,1,2 Sylvain Loric,5 Stéphane Moutereau,5 Dil Sahali,4,6 Oriane Wagner-Ballon,7 Philippe Remy,4,6 Philippe Lang,4,6 Philippe Grimbert,4,6 Étienne Audureau,8 Bertrand Godeau,2 Frédéric Galacteros,1,2,3 and Vincent Audard,4,6

Six Months of Hydroxyurea Reduces Albuminuria in Patients with Sickle Cell Disease. J Am Soc Nephrol. 2015 Nov. 19. pii : ASN.2014111126. [Epub ahead of print]

La dépression et le choix des anesthésiques

Certains patients présentant une dépression résistante aux antidépresseurs peuvent bénéficier d'un traitement par électro-convulsivo-thérapie (ECT), anciennement appelée « électrochocs ». Certaines études ont montré que les produits anesthésiques pouvaient avoir un impact variable sur les scores de dépression à la fin du traitement. Le but de notre étude était d'évaluer l'efficacité et la tolérance des six anesthésiques actuellement utilisés dans cette indication (la kétamine, le propofol (le plus utilisé), le thiopental, le methohexital, l'etomidate et le midazolam). Nous avons utilisé une technique statistique innovante pour comparer les traitements deux à deux et faire des comparaisons indirectes.

14 études regroupant 610 participants ont été incluses. L'efficacité a été mesurée par les scores moyens de dépression à la fin du traitement, ainsi que par le nombre de répondants à la fin du traitement (c'est-à-dire les personnes dont la dépression s'était améliorée significativement). Nous avons aussi utilisé l'évaluation de la durée de la crise d'épilepsie, car plus la crise est longue et plus le traitement est efficace sur la dépression.

L'acceptabilité de chaque traitement a été mesurée par le nombre de personnes sorties d'études pour intolérance au traitement. La tolérance était évaluée par le nombre d'effets indésirables et le profil cognitif des patients après traitements (les patients présentant souvent des amnésies après un traitement par ECT, ces amnésies étant réversibles).

En terme d'efficacité, nous avons trouvé que le methohexital était plus efficace que le propofol qui lui-même était plus efficace que le thiopental. Le thiopental est un ancien anesthésique de la classe des barbituriques, il semblerait donc limiter les effets thérapeutiques de l'ECT. Son profil d'action au niveau des récepteurs cérébraux pourrait expliquer ce phénomène. La supériorité du methohexital sur le propofol pourrait s'expliquer par des durées de crises d'épilepsie plus longues avec le methohexital. Nous n'avons pas retrouvé de différences entre les molécules en terme d'acceptabilité et de tolérance.

La kétamine est un anesthésique actuellement très en vue dans le traitement de la dépression, les études dans les ECT sont toutefois encore trop préliminaires pour conclure à sa supériorité d'efficacité. Les doses

de kétamine qui peuvent être administrées sont en effet limitées pour éviter des effets cardiovasculaires au cours de l'ECT, notamment des hypertensions et des troubles cardiaques. Les études sont encore rares dans ce domaine, car les essais cliniques sont difficiles, de par les critères d'inclusion des patients (dépression résistante, absence de contre-indication à l'ECT) et le design des protocoles (2 séances pendant 3 à 4 semaines le plus souvent, nécessitant la présence d'un anesthésiste et d'une surveillance du patient après chaque séance).

On peut toutefois conclure à ce jour que le methohexital semblerait être l'anesthésique de choix dans le traitement de la dépression résistante par ECT et que la kétamine pourrait également présenter des bénéfices qui doivent être mieux évalués.

● **D^r Guillaume Fond**

Centre Expert Schizophrénie – Albert Chenevier



4^e édition du Prix International Fondation Ramsay Générale de Santé pour la thérapie cellulaire et la médecine régénérative

La médecine régénérative est un enjeu majeur pour la médecine de demain. Il s'agit en effet de pouvoir réparer une lésion ou un organe malade grâce à un nouveau tissu cellulaire, spécifiquement créé. La thérapie cellulaire et l'utilisation de cellules souches ont dans ce processus un rôle essentiel.

Pour encourager ces progrès, le Prix International Fondation Ramsay Générale de Santé, a récompensé cette année trois chercheurs exceptionnels.

RÉCOMPENSER L'EXCELLENCE SCIENTIFIQUE

Placé sous le haut patronage du Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, le Prix International Fondation Ramsay Générale de Santé pour la thérapie cellulaire et la médecine régénérative est organisé en partenariat avec l'Académie des sciences.

Doté de 100 000 euros, il récompense chaque année, depuis 2012, l'excellence scientifique dans le domaine de la régénération tissulaire. À travers ce Prix, la Fondation Ramsay Générale de Santé soutient chaque étape de l'innovation biomédicale afin d'accélérer le transfert des connaissances scientifiques vers des applications cliniques pour guérir des patients.

Pour sa quatrième édition, le Prix FGDS pour la recherche en thérapie cellulaire et la médecine régénérative s'est ouvert à l'international, permettant à des scientifiques français ou étrangers d'être candidats. Le jury de l'Académie s'est réuni en juin et a plébiscité José COHEN (Inserm – APHP) pour ses travaux exceptionnels en thérapie cellulaire.

► Le Prix pour la recherche clinique et translationnelle (50 000 euros) a été attribué à José Cohen pour ses projets d'immunothérapie en utilisant des lymphocytes T régulateurs, cherchant à contrôler les rejets de greffes ou à augmenter la réponse immunitaire dans le cas par exemple du cancer.



José COHEN, Université Paris Est Créteil, AP-HP et Inserm U955

Coordonnateur du centre d'investigation clinique en biothérapie et co-directeur de l'équipe Inserm « Immunopathologies rénales et immunomodulation en transplantation », à l'Institut Mondor de Recherche Biomédicale de Créteil. José Cohen développe des projets d'immunothérapies en utilisant des cellules immunitaires particulières,

les « lymphocytes T régulateurs » qui ont pour rôle de freiner la réponse immunitaire. Selon la situation pathologique, il cherche à augmenter leur effet pour contrôler les rejets de greffes et la maladie du greffon contre l'hôte ou, au contraire, à les neutraliser pour augmenter la réponse immunitaire, par exemple dans le cas du cancer.

Les travaux du lauréat ont été présentés lors de la cérémonie officielle qui s'est déroulée le 15 décembre dans la Grande Salle des séances de l'Institut de France.

(extrait du CP INSERM – 11/12/2015)

Élections de la nouvelle Commission Médicale d'Établissement Local (CMEL)

Séance inaugurale du 10 décembre 2015



A. MALLAT
Présidente

Commission Médicale d'Établissement Locale (CMEL)



JP. DAVID
Vice-Président

Commission activité ressources

P. DESGRANGES
Président
Y. ALLORY
Vice-Président

Commission des effectifs et des temps médicaux

C. TOURNIGAND
Président
T. DAMY
Vice-Président

Commission Vie Hospitalière

F. SCHUROFF
Président
Y. ALLORY
Vice-Président

Commission de l'organisation de la permanence des soins

C. CHOLLET
Présidente

CQSS

F. CANOUI POITRINE
Présidente
JP. DAVID
Vice-Président

Commission des équipements

A. LUCIANI
Président
C. LE GUERINEL
Vice-Présidente

Représentants de la CMEL dans les instances consultatives des Hôpitaux Universitaires Henri Mondor

CLSIRMT	CLHSCT	CTEL	CRUQPC
S. HERBAUD	J.L. LAGRANGE - HMN B. CAMPILLO - ACH Y. SPIVACK - ERX M. PALISSON - JFD I. PERILLIAT - GCL	A. GASTON	M. MEIGNAN



Le plan blanc

L'Hôpital Henri Mondor a reçu 26 patients dont 11 urgences absolues dans la nuit du 13 au 14 novembre 2015. Toutes les victimes ont été prises en charge dans des conditions de sécurité et qualité optimum. Un retour d'expérience a été demandé à la Direction Usagers-Risques-Qualité et Direction des Soins pour identifier les facteurs de réussite et les axes de progrès qui seront repris dans l'actualisation du plan Blanc. Une réunion de restitution partagée avec l'hôpital militaire Begin a eu lieu le 3 décembre 2015 dernier. Une synthèse vous est présentée ici.

Entre 22h et 23h, les services de l'hôpital se sont préparés à l'accueil des victimes .

La mobilisation spontanée et le rappel des professionnels a permis le recueil des lits vacants puis 14 hospitalisations en ½ heure, la libération de la salle SSPI et l'augmentation des capacités d'accueil au SAU;

13 véhicules de SAMU 94 armés et 10 en renfort au SAMU 77 et 91

Installation de 6 postes de déchoquage

Ouverture progressive de 6 salles au bloc opératoire, soient 8 salles opérationnelles au total

Organisation en imagerie pour prendre en charge les spécificités des victimes

00h30 arrivée du premier patient

Prise en charge des patients : Facteurs de réussite

Un Contexte favorable

- ▶ Evènement survenu la nuit : circulation routière et stationnement sur le site
- ▶ Début de week-end : occupation des services d'hospitalisation, bloc opératoire, SSPI imagerie

SAU / SAMU

Une organisation efficace :

- ▶ Cellule d'orientation médicalisée SAU/SSPI,
- ▶ Organisation du SAU en « ateliers » de prise en charge,
- ▶ Différentiation de deux circuits distincts : patients habituels et victimes
- ▶ Recherche et identification des victimes en temps réel

SAU / SAMU

Une organisation efficace :

- ▶ Coordination médicale en entrée et sortie de la salle SSPI par les médecins anesthésistes réanimateurs
- ▶ Coordination médicale et paramédicale par métiers
- ▶ Juste identification des capacités à recevoir les urgences absolues
- ▶ Respect des procédures médico légales (scellés)
- ▶ Communication et coordination entre anesthésiste réanimateur, SAU, SAMU et cellule de crise
- ▶ Récupération de la traçabilité des PSL assurée par l'Unité transfusionnelle

Imagerie

- ▶ Organisation anticipée en cas de poursuite de la situation de crise
- ▶ Flux maîtrisé

Pharmacie / Stérilisation / Dispositifs Médicaux Stériles / Médicaments

- ▶ Bonne coordination bloc/stérilisation/dispositifs médicaux stériles (DMS)
- ▶ Kits de chirurgie préparés
- ▶ Déplacement de la pharmacie pour réapprovisionnement : stérilisation, DMS et médicaments
- ▶ Réactivité de la maintenance informatique en stérilisation par le prestataire

Laboratoire de biologie

- ▶ Fonctionnement avec les effectifs de garde

Cellule de crise : facteurs de réussite

Organisation/Information/Communication

- ▶ Contact des professionnels par téléphone portable sur leur réseau personnel
- ▶ Composition spontanément restreinte de la cellule de crise et répartition naturelle des missions
- ▶ Réactivité pour répondre aux besoins des professionnels (information, coordination, restauration, lingerie)
- ▶ Organisation et aide au remplissage en temps réel du logiciel VICTIME
- ▶ Déclenchement de la CUMP pour les patients le 13 novembre et pour les professionnels le 14 novembre

Rappel des professionnels

- ▶ Rappel par compétences et spécialités
- ▶ Rappel ciblés par l'encadrement médical et paramédical
- ▶ Connaissances des professionnels des lieux où se rendre
- ▶ Anticipation pour le lendemain

Accueil des familles

- ▶ Arrivée du représentant du culte protestant dès vendredi soir - Prise en charge spontanée par une représentante des usagers samedi matin
- ▶ Accompagnement des familles par les professionnels de réanimation
- ▶ Mise à disposition d'une salle d'accueil avec collation
- ▶ Prise en charge CUMP et psychologue d'un service
- ▶ Une professionnelle du SAU a pris en charge les demandes de familles hospitalisées à Henri Mondor et de familles à la recherche de leur proche
- ▶ Constitution des dossiers de prise en charge sociale

Services techniques/logistique/informatique

- ▶ Connaissance de l'installation de la salle vignon
- ▶ Accès lingerie, restauration

Accès au site

- ▶ Plan Vigipirate : accès unique par l'entrée principale
- ▶ Renforcement des effectifs de police
- ▶ Formation des professionnels par la société prestataire



Les Axes de progrès

Rappel des professionnels

- ▶ Organiser l'accueil des professionnels présents
- ▶ Tenir à jour et disponible les fichiers de personnels
- ▶ Anticiper la rotation et la continuité des professionnels
- ▶ Prévoir le soutien des professionnels à moyen et long terme (choc post-traumatique)

Sécurité - Accès au site

- ▶ Renforcer la sécurisation des accès
- ▶ Organiser le stationnement des véhicules
- ▶ Mettre à disposition des cartes professionnelles pour tous
- ▶ Mettre en place la signalétique du plan blanc

Accueil des familles

- ▶ Organiser l'accueil des familles par des personnels dédiés dont un professionnel médical
- ▶ Dédier une salle d'accueil
- ▶ Assurer la présence de psychiatres et psychologues
- ▶ Prévoir des lits d'hébergement (hôtels) et le retour des victimes à leur domicile

Conclusion

Ce retour d'expérience met en évidence la mobilisation organisée et spontanée des hospitaliers, leur professionnalisme, leurs compétences et leur aptitude à fonctionner sur un mode de conciliation en temps de crise

Ce type de démarche de retour d'expérience peut être réalisé dans votre service pour tout événement (revue de morbi-mortalité (RMM), erreur médicamenteuse, dysfonctionnement dans les organisations, erreur d'identité, indisponibilité du dossier médical)

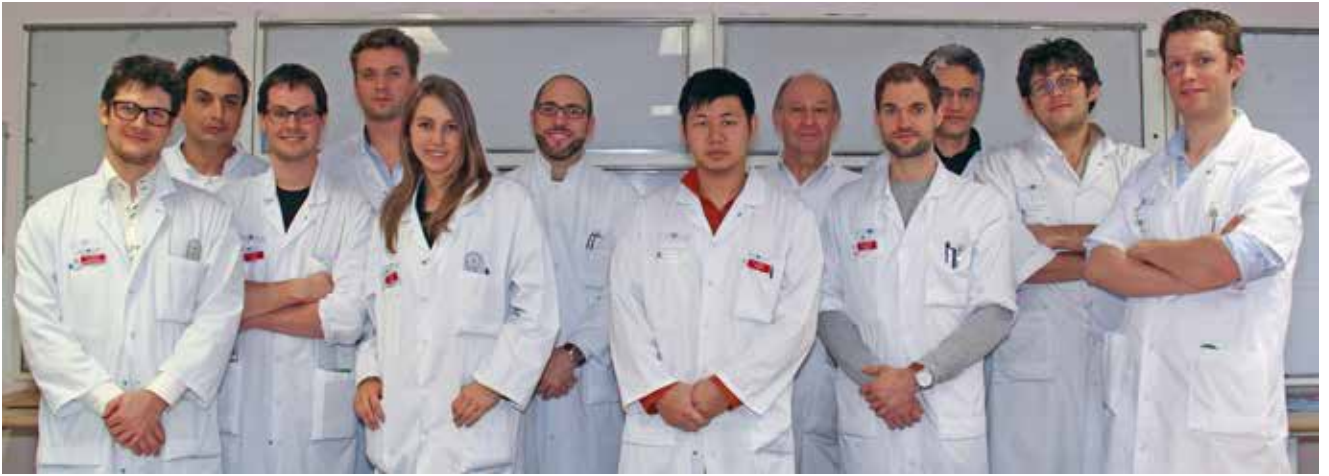
Contactez Dr Christine Mangin,
Coordonnatrice des risques associés aux soins, DURQ

Poste : 01.49.81.20.15 DECT : 36 409

Courriel : christine.mangin@aphp.fr



Service Orthopédie à Henri Mondor



Le service de chirurgie orthopédique et traumatologique a une place centrale au sein du Groupe Hospitalo-Universitaire Henri Mondor du fait de ses nombreuses interactions avec les autres spécialités. L'équipe prend ainsi en charge des pathologies variées avec quatre thématiques fortes : la chirurgie rachidienne, la pathologie articulaire dégénérative, avec une mention particulière pour la prise en charge des ostéonécroses, la pathologie tumorale, centrée essentiellement sur la prise en charge des métastases et des atteintes osseuses des hémopathies, et enfin la traumatologie, qui comprend l'accueil des polytraumatisés, en partenariat avec la Réanimation chirurgicale, mais également des patients relevant de la traumatologie de ville, en partenariat avec le Service d'Accueil des Urgences (SAU).

Depuis un an, le service a entamé une mutation avec un objectif principal : améliorer les relations et interactions avec les différents acteurs de santé, notamment en établissant des parcours de santé ayant pour but d'améliorer et d'accélérer la prise en charge des patients. Les choses se sont accélérées depuis le mois de septembre dernier avec la réorganisation de l'équipe et l'accueil de nouveaux chirurgiens.

La pathologie rachidienne

Depuis son ouverture en 1969, le service a développé une solide expérience en matière de traitement des pathologies rachidiennes dégénératives et traumatiques, devenant une École Chirurgicale du traitement des pathologies lombaires par voie antérieure. Les techniques opératoires ont bien entendu évolué sous l'impulsion de plusieurs générations de chirurgiens. Mais au final, l'objectif est resté le même : soulager les symptômes des maladies dégénératives du rachis

lombaire, qui sont devenues, de par leur fréquence et leur retentissement, un enjeu majeur de santé publique au sein de notre population vieillissante. Le Dr Flouzat Lachaniette et le Dr Roubineau ont repris le flambeau et forment désormais les jeunes chirurgiens aux subtilités des techniques d'arthrodèse lombaires par voie antérieure. La prise en charge de ces pathologies complexes ne peut se concevoir de façon isolée. Par conséquent, nous continuons à entretenir un lien étroit avec l'équipe de rhumatologie du Pr Chevalier et celle de rééducation fonctionnelle du Pr Graciès, notamment au travers d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) centrée sur l'appareil locomoteur. Le Dr Flouzat Lachaniette développe également l'activité de « rachis cervical » qui était quasi-inexistante dans le service il y a 5 ans. La prise en charge des névralgies cervico-brachiales et des myélopathies nécessite le développement de nouveaux réseaux, notamment avec les neurologues hospitaliers et de ville.

Parallèlement à la prise en charge des pathologies dégénératives rachidiennes, l'augmentation du nombre de polytraumatisés pris en charge par la réanimation chirurgicale nous a permis automatiquement d'augmenter le nombre de rachis traumatiques opérés dans le service. De la même façon, le nombre de rachis tumoraux opérés augmente de façon exponentielle. Plusieurs facteurs ont contribué à cela comme l'arrivée du Pr Tournigand à la tête du service d'oncologie, le développement de partenariats avec le service de pneumologie du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil et la participation à la RCP « pathologies osseuses en cancérologie » sous la direction du Pr Gancer, neuroradiologue.

L'ortho-gériatrie

C'est l'une des priorités de l'Institution. Derrière ce terme, un constat : la prise en charge des patients âgés victimes de fractures doit être médico-chirurgicale et non plus seulement chirurgicale.

Du fait de leur potentielle fragilité, les patients âgés nécessitent une prise en charge spécifique par des médecins spécialisés. L'objectif est de créer un parcours de soin permettant d'accélérer et d'optimiser cette prise en charge de l'arrivée au SAU en passant par le service de traumatologie, l'unité de médecine gériatrique (UMG) et le départ vers un centre de rééducation. De nombreux acteurs sont impliqués (urgentistes, chirurgiens, anesthésistes, cardiologues, gériatres, rééducateur, service social, etc.) et nous espérons pouvoir recruter rapidement un coordonnateur infirmier pour instiller de l'ordre et de la cohésion dans ce parcours de soin. Le retour d'expérience des premiers mois sur la prise en charge des fractures du col du fémur est assez positif même si de nombreux axes d'amélioration doivent encore être développés. À terme, sous la bannière « ortho-gériatrie », nous comptons pouvoir prendre en charge l'ensemble des fractures du sujet âgé.

Traumatologie du sportif et suites d'urgences

À l'autre extrême de la vie, il y a la prise en charge des traumatismes des sportifs du dimanche ou de haut niveau. Il s'agit d'une prise en charge spécifique ne nécessitant pas toujours une intervention chirurgicale. Le Dr Flouzat Lachaniette a mandaté le Dr Mirouse pour organiser un parcours post-urgence cohérent avec l'équipe du Dr Khelaf du SAU. Cela a nécessité une réorganisation de la consultation d'orthopédie avec la création

d'une consultation spécifique 2 fois par mois pour la prise en charge spécifique des traumatismes de l'épaule et du genou, avec comme cibles principales les luxations de l'épaule et les entorses graves du genou. Cette consultation est assurée par nos Chefs de Clinique-Assistants : le Dr Mirouse, bien entendu, mais aussi les Drs Ratte, Roubineau, Pariat et Potage. Des contacts sont en cours pour développer des partenariats privilégiés avec le SAU de l'Intercommunal de Créteil et les clubs sportifs locaux (rugby et judo).

Polytraumatisés

Nous participons à la prise en charge des polytraumatisés – patients présentant un minimum de deux lésions dont une au moins engage le pronostic vital à court ou moyen terme. Bien entendu, ce sont les réanimateurs chirurgicaux qui sont à la manœuvre pour orchestrer cette prise en charge. Notre groupe hospitalier a tous les atouts pour être un Trauma Center : le fait que toutes les spécialités chirurgicales y sont représentées, le SAMU 94 et l'héliport, la proximité de l'A86, etc. Nous avons d'ailleurs vu l'efficacité de ce dispositif lorsque nous avons pris en charge les patients victimes des attentats du 13 novembre dernier.

Développement de la chirurgie ambulatoire

C'est un autre axe prioritaire de l'Institution. Pour la minute, nous effectuons la plupart des actes de chirurgie de la main et du pied, ainsi que certaines chirurgies arthroscopiques en ambulatoire. Deux axes d'amélioration sont en projet : le développement de la petite traumatologie en ambulatoire et celui de la prise en charge des pathologies de l'épaule. Le Dr Pidet, praticien hospitalier temps plein à partir du mois de janvier 2016, est mandaté pour organiser les choses. Il s'agit d'un travail important nécessitant la coordination des urgences, du service d'ambulatoire, de l'équipe d'anesthésie et

des chirurgiens. Actuellement, la prise en charge des polytraumatisés, des métastases et des pathologies ortho-gériatriques étant prioritaire, certains patients présentant des fractures moins urgentes voient leur temps d'attente pour accéder au bloc opératoire anormalement augmenté. Le traitement des pathologies traumatiques simples en ambulatoire permettra de libérer des lits et du temps pour les traumatismes plus complexes, et de diminuer ainsi les durées moyennes de séjour.

Le retour du Dr Zilber comme praticien hospitalier à temps partiel à compter du mois de janvier 2016, et l'arrivée des Drs Mirouse et Potage va nous permettre de développer la chirurgie de l'épaule. C'est une chirurgie qui se prête bien à une prise en charge ambulatoire. Cependant, l'extension des indications devra se faire prudemment et toujours en coordination avec les médecins de ville. Une fois bien lancés, nous pourrions discuter d'effectuer certaines chirurgies du rachis cervical en ambulatoire, et même des arthroplasties de hanche sous réserve de l'achat d'une extension de table permettant d'effectuer cette opération par voie mini-invasive antérieure.

Ostéonécroses et pathologies dégénératives de la hanche et du genou

Le Dr Hernigou travaille depuis plus de 15 ans en collaboration avec le Dr Beaujean, puis avec le Dr Rouard et son équipe de l'Unité d'Ingénierie et de Thérapie Cellulaire (Établissement Français du Sang – site Créteil), sur les biothérapies. La thématique principale de cette recherche est basée sur l'utilisation de moelle osseuse autologue concentrée pour accélérer la reconstitution osseuse dans les stades précoces d'ostéonécrose de la tête fémorale, ainsi que dans le traitement des pseudarthroses des os longs. L'une des causes d'ostéonécrose est la drépanocytose et le service a développé un lien privilégié avec le

Pr Galacteros d'Unité des Maladies Génétiques du Globule Rouge. La prise en charge chirurgicale de ces patients est très particulière et nécessite une expertise que nous avons acquise avec le temps. Nous comptons bien entendu poursuivre ce partenariat et l'étoffer.

En dehors des ostéonécroses, notre proximité amicale et professionnelle avec le service de rhumatologie nous amène à prendre en charge les malades atteints d'arthrose ou de rhumatismes inflammatoires lorsque le traitement médical est dépassé. Ces pathologies invalidantes sont de plus en plus fréquentes du fait du vieillissement de la population.

Recherche et enseignement

Notre équipe participe aux enseignements de la Faculté de Médecine (stages intégrés et cours aux étudiants, participation à 2 MASTER et au diplôme inter-universitaire (DIU) de pathologie chirurgicale du genou et au DIU de l'épaule et du coude.

En ce qui concerne la recherche appliquée, nous avons développé à l'EA3952 (EFS/UPEC), puis dans l'équipe INSERM n° 10 de l'Institut Mondor de Recherche Biomédicale – UMR955 (Direction : Pr F. Relaix et Pr Authier), des approches alternatives d'ingénierie cellulaire et tissulaire dans le modèle osseux (Pr Hernigou) et dans la dégénérescence discale lombaire (Dr Flouzat Lachaniette).

Le site internet

Informé, éduqué et permettre aux patients de joindre les équipes rapidement et facilement : c'est avec cet objectif que nous avons développé un site internet présentant notre équipe et les différentes pathologies que nous prenons en charge. Ce site a pour vocation de mettre en avant les points d'excellence du service et de l'institution.

www.orthopedie-mondor.com.



Dr Flouzat Lachaniette, chirurgien orthopédiste

Le Dr Flouzat Lachaniette est présent sur le groupe hospitalier Henri Mondor depuis 2009. Après une formation initiale à l'Université Paris Descartes, il a suivi un cursus général d'orthopédie et traumatologie. Arrivé en tant que Chef de Clinique – Assistant dans le service du Dr Hernigou en 2009, il s'est progressivement spécialisé en chirurgie rachidienne à l'instar de ses Maîtres. Il est passé Praticien Hospitalier Universitaire en 2013 et a effectué une année de mobilité au Royaume-Uni au Royal Victoria Hospital de Belfast. Cette expérience unique lui a permis de compléter sa formation sur la chirurgie de la colonne vertébrale, notamment sur la chirurgie de la déformation, la chirurgie tumorale et la chirurgie cervicale. De retour d'Irlande du Nord, il soutient en 2015 sa thèse de science sur la régénération du disque intervertébral par cellules stromales mésenchymateuses issues de la moelle osseuse dans la discopathie dégénérative et obtient son Habilitation à Diriger des Recherches.

Joffre-Dupuytren : la consultation pluridisciplinaire de positionnement



L'équipe des ergothérapeutes de Dupuytren accompagnée par le Dr Abrahamik et Nelly Gautier, Cadre de Santé Rééducateur. De gauche à droite : Angèle La Rosa, Anne-Sophie Quiniou, Véronique Rohart, André Abrahamik, Nelly Gautier, Nathalie Bureau, Stéphane Berthelot, Martine Chauderon.

Originaire du Canada, et développée initialement pour la prise en charge de l'enfant polyhandicapé, la consultation pluridisciplinaire de positionnement a sa place dans la prise en charge des patients adultes polyhandicapés et des personnes âgées polyopathologiques et polydéficiences. La démarche a pour but d'améliorer la station assise ou l'installation au lit du patient au cours d'une consultation pluridisciplinaire. À Joffre-Dupuytren, cette consultation se compose d'un médecin rééducateur, d'un ergothérapeute, d'un kinésithérapeute et d'un orthoprothésiste. Cette démarche tient compte des déficiences, des incapacités, des doléances de la personne et des demandes des aidants. Elle s'appuie sur la connaissance de l'environnement matériel et humain et sur le projet du patient.

Le diagnostic médical

Le positionnement ne peut résoudre des problématiques purement médicales ou multifactorielles comme la spasticité, les rétractions ou les escarres. Un trouble de la station assise peut-être dû à la

spasticité des muscles adducteurs ou à l'ankylose de la hanche...

Le médecin devra également tenir compte de l'évolution de la maladie neurologique et de la douleur.

Il devra aussi se poser des questions telles que : la prise en charge rééducative est-elle suffisante ? Le patient fait-il des chutes de son fauteuil roulant ?

L'évaluation de la posture assise se fait segment par segment :

- ▶ Le bassin : obliquité latérale, ante ou rétropulsion, rotation...
- ▶ Le tronc : déviations latérales, inclinaisons, rotations...
- ▶ Les épaules : obliquité, rotation...
- ▶ La tête : inclinaison latérale, ou antéropostérieure,
- ▶ Rachis dorsal/lombaire : lordoses ou cyphoses,
- ▶ Hanche : coup de vent latéral.

L'enquête auprès des équipes soignantes ou de l'entourage du patient permet de faire le point sur les problématiques de positionnement dans la vie quotidienne ou au cours de la nuit.

Les traitements

- ▶ Le traitement des désordres neuro-orthopédiques se fera par l'injection de toxine botulinique, le bloc obturateur ou encore les ténotomies percutanées
- ▶ Les essais de coussins de positionnement
- ▶ Le moulage d'un corset siège
- ▶ La recherche d'un fauteuil roulant adapté
- ▶ Le choix des techniques de manutention
- ▶ L'éducation des soignants et de l'entourage : la gestion des changements de position, la gestion du temps assis, l'apprentissage de l'aide aux transferts

La position assise est nécessaire aux fonctions vitales (respiration, déglutition, transit). Elle rend l'utilisation des membres supérieurs plus fonctionnelle et permet le regard horizontal propre à l'être humain. Améliorer la position assise peut aider le patient à recouvrer une dignité. Retrouver la position assise permet d'améliorer le confort de vie et contribue à lutter contre les douleurs. Ainsi, M^{me} N., patiente alitée depuis plus d'un an, a retrouvé sa dignité avec la position assise, et aussi le goût de vivre grâce à l'indépendance nouvellement acquise par l'utilisation d'un fauteuil roulant. Elle a retrouvé son élégance, sa coquetterie et une vie sociale.

● Dr Abrahamik

Responsable de l'Unité de Médecine Physique et Réadaptation et l'équipe d'ergothérapeutes de l'hôpital JOFFRE DUPUYTREN



... après correction des déformations



L'équipe de Médecine Physique et Réadaptation de Joffre-Dupuytren a accueilli un nouveau médecin : le Dr Valentina MARDALE, praticien hospitalier spécialiste MPR, a rejoint l'équipe début novembre.

Unité Cognitive Comportementale (UCC) Émile-Roux

Les activités de psychomotricité et de musicothérapie, quand les traitements redonnent du langage

Le projet de l'UCC est de considérer la personne dans sa globalité : une personne qui perçoit, sent, ressent, pense, bouge, aime... et cela malgré les troubles. Être à l'écoute de qui est cette personne permet d'établir une relation et de faire appel à ce qui prend sens pour elle afin de restaurer son identité et son estime de soi. L'UCC propose un travail thérapeutique varié et personnalisé dont l'objectif est de diminuer les troubles du comportement de la personne hospitalisée tout en favorisant la prise de plaisir, l'apaisement, les liens sociaux et la communication. Une adaptation permanente est nécessaire du fait des fluctuations comportementales de chaque personne, de l'hétérogénéité des groupes, mais aussi des sorties des patients. Les activités de psychomotricité, de musicothérapie s'intègrent dans la prise en charge non médicamenteuse des patients. Ces activités sont des thérapies qui sont prioritairement prescrites. Ces deux thérapies se complétant, certains ateliers sont co-animés. Frédérique Duflos psychomotricienne et Astrid Solaret musicothérapeute expliquent leurs activités.

Un accompagnement en fonction du projet thérapeutique

Le projet thérapeutique personnalisé est élaboré à partir d'un ensemble d'évaluations, dont l'évaluation psychomotrice. Cette dernière a pour objectif de mesurer les compétences motrices, pratiques, sensorielles et cognitives du patient tout en considérant ses aspects psycho-affectifs et relationnels. Parallèlement, un entretien réalisé conjointement avec un membre de l'équipe soignante auprès de la famille permettra un recueil d'informations sur les habitudes de vie. La synthèse de l'ensemble des évaluations en réunion pluridisciplinaire permet d'élaborer un projet thérapeutique personnalisé, prioritairement non médicamenteux, construit sur des activités thérapeutiques. Il prend en compte les compétences préservées, les troubles et les appétences de la personne. Selon le projet, les séances sont individuelles ou groupales et différentes activités thérapeutiques corporelles, cognitives et créatives sont proposées.

La psychomotricité

La psychomotricité se fonde sur l'interaction entre les fonctions motrices et la vie psychique de l'individu, le corps étant considéré comme point d'ancrage des expériences sensorimotrices, émotionnelles et affectives, cognitives et sociales. Différentes activités sont proposées.



La musicothérapie

À l'UCC, cette thérapie s'appuie essentiellement sur de la musicothérapie active : le patient produit de la musique avec sa voix, son corps ou de petits instruments de percussion à différencier de la musicothérapie dite réceptive où le patient écoute de la musique. En fonction des goûts et possibilités des patients, deux types d'ateliers, axés sur la chanson ou sur l'expression corporelle, sont proposés. Le premier, par l'émergence des

- ▶ **Les séances de relaxation individuelles** : elles portent sur la respiration et les mobilisations passives au niveau des différentes articulations. Cette approche corporelle permet de créer un apaisement en premier lieu, mais aussi un vécu positif sur le plan de l'image du corps.
- ▶ **L'atelier d'expression corporelle** : l'équilibre, les coordinations, la régulation tonique sont abordés à travers des exercices d'échauffement articulaire, d'échange de ballons, de rythme, de percussions corporelles et de danse sur un fond musical approprié à chaque exercice. Cet atelier permet une réappropriation des repères corporels et une plus grande confiance en ses capacités motrices.
- ▶ **L'atelier de stimulation sensorielle** : il s'adresse particulièrement aux personnes chez qui le langage verbal est défaillant. Les différents sens sont sollicités et particulièrement l'odorat et le toucher. Il permet de prendre plaisir à communiquer différemment, d'enrichir ses perceptions et de solliciter la mémoire.
- ▶ **L'atelier de stimulation cognitive** : il va permettre à travers différents thèmes de mobiliser ses connaissances, d'évoquer des souvenirs et de faire des liens avec son histoire personnelle. Les supports sont adaptés et créés du fait des difficultés cognitives et sensorielles des patients. Il s'agit d'ateliers de lecture ou de catégorisation. Les thèmes sont choisis en concertation avec les patients, ce qui permet une réelle adhésion à l'activité.
- ▶ **L'atelier peinture** : il permet de laisser libre cours à son imagination et de développer un projet. Ainsi, il stimule la créativité, favorise la renarcissisation et procure un apaisement. Cet atelier peut être proposé à des personnes qui ont connu ou non cette activité antérieurement. En effet, la découverte est aussi très stimulante et certains apprentissages sont possibles.

souvenirs du patient au travers de refrains connus, mobilise la mémoire et renforce l'estime personnelle ; le deuxième, par la mise en mouvement du corps, à travers différents rythmes, libère les tensions et permet un apaisement. Six à huit personnes y participent.

Ces ateliers obéissent à un rituel indispensable où l'installation des patients, l'aménagement de l'espace, la présentation constituent autant de repères favorables à l'échange. L'écoute de chacun, la valorisation et l'encouragement des compétences, la liberté d'expression et la créativité sont au cœur des interventions. Quand l'intégration à un groupe est difficile, des ateliers individuels personnalisés sont proposés.

Certains ateliers ont été créés avec et grâce aux patients, à travers l'expérience de chacun, de l'analyse des besoins et de l'hétérogénéité des patients accueillis depuis l'ouverture de l'unité : un sac sensoriel, des livres adaptés aux troubles cognitifs, mnésiques et sensoriels...

Les patients ne sont pas seulement spectateurs et bénéficiaires de ces thérapies, ils sont également acteurs, créateurs ou source d'inspiration pour la création d'ateliers spécifiques par les thérapeutes.

La musicothérapie et le travail complet de la psychomotricité ne se ressemblent pas, ils sont complémentaires. Leur

point commun étant la prise en compte de l'individualité du patient, de sa singularité, mais aussi des capacités du patient à faire et être, être avec lui-même, être ensemble dans les ateliers collectifs. Chaque art explore, agit sur des domaines différents et fait vivre ou revivre des parts de soi, des potentialités « endormies » encore mobilisables, renarcissisantes, agréables et apaisantes. Certains patients se redécouvrent, se retrouvent. Et certaines familles ne voient plus leur parent uniquement à travers la maladie, les troubles comportementaux. Elles redécouvrent leur parent non plus comme une personne dépendante et « éteinte », mais avec des potentialités encore bien présentes : en somme, des personnes bien vivantes malgré tout.

Ces thérapies non médicamenteuses permettent non seulement d'améliorer les troubles comportementaux, d'améliorer les potentialités « silencieuses » des patients, mais elles permettent aussi de recréer du plaisir, de l'échange, du partage et un regard nouveau sur le patient tant par son entourage que par le personnel de santé. Elles recréent un autre langage compris de tous.

● F. Duflos

Psychomotricienne

● M-H. Le Crom

Cadre de santé

● D' I. Fonseca

Responsable de l'UCC

● A. Solaret

Musicothérapeute

Posturothérapie, nouvelle activité rééducative à Albert Chenevier



Une activité de posturothérapie a débuté dans l'Unité d'urodynamique de l'Hôpital Albert Chenevier en septembre dernier. Elle est réalisée par les kinésithérapeutes de rééducation périnéale, Mesdames Nathalie Filippi et Marielle Delvit-Reynier, à l'initiative du Dr Andras Hoznek, urologue à Henri Mondor, en charge des patients atteints de lithiases urinaires. Ces patients ont auparavant bénéficié d'une lithotritie en urologie, fragmentation des calculs par ultrasons, à la suite de laquelle la plupart des calculs sont éliminés par les voies urinaires. Cependant, il arrive parfois que des fragments sédimentent dans les calices inférieurs des reins, sources de douleurs et/ou d'infections. Lorsque l'urologue le juge nécessaire et en l'absence de contre-indications, un protocole de posturothérapie est proposé. Pour cela, 4 séances à 15 jours d'intervalle



associent une posture en proclive à 35° (patient allongé tête vers le bas) et des vibrations mécaniques à 50 Hz effectuées par les kinésithérapeutes au niveau de la fosse lombaire correspondante. La collaboration entre le service d'Urologie du Pr Alexandre de la Taille et le service de Rééducation Neurolocomotrice du Pr Jean-Michel Gracies a permis de créer cette activité innovante, une première à l'APHP. Seuls deux autres services d'urologie dans toute la France proposent cette technique nouvelle et originale.

● D' Catherine-Marie Loche

Responsable de l'Unité Ambulatoire
du service de Rééducation Neurolocomotrice

Ouverture d'une unité d'Oncogériatrie à l'hôpital Georges-Clemenceau



L'unité d'oncogériatrie de l'hôpital Georges-Clemenceau est ouverte depuis le 1er octobre 2015. Située dans le service de Gériologie 1, au bâtiment Dechelotte (Dr Isabelle Perilliat), elle est constituée de 17 lits de soins de suite et de réadaptation (S.S.R). Cette nouvelle activité a été mise en place à la suite du transfert de l'unité de S.S.R neurologique à l'hôpital Albert

Chenevier. Sa création a été possible grâce au soutien du GH Henri Mondor et un redéploiement des moyens au sein du pôle.

L'hôpital Georges-Clemenceau est labellisé en tant qu'établissement associé à la prise en charge en cancéro-

logie (activité S.S.R), l'établissement support étant le Centre Hospitalier Sud Francilien. Cette unité s'intègre dans l'U.C.O.G des Hôpitaux Universitaires Henri Mondor (Pr Elena Paillaud) et participera aux travaux de recherche clinique. Elle répond à une demande croissante de prise en charge de patients âgés atteints de cancers.

Celle-ci est liée au vieillissement de la population, l'augmentation parallèle de l'incidence des cancers avec l'âge et l'amélioration de la thérapeutique en oncologie.

La population âgée est une population très hétérogène. L'existence d'un état « de fragilité » et son évaluation est essentielle pour une prise en charge optimale de ces patients.

L'oncogériatrie a pour objectif l'organisation d'une collaboration pluridisciplinaire, associant tous les acteurs du soin pour une prise en charge globale du patient avec élaboration d'un projet de soins personnalisé tout au long de son parcours, en privilégiant sa qualité de vie. La mise en place d'une réflexion médicale commune entre cancérologues et gériatres avec évaluation oncologique et gériatrique doit permettre une démarche diagnostique et thérapeutique adaptée au patient âgé atteint de cancer.

L'équipe de l'unité d'oncogériatrie est pluridisciplinaire : intervient avec l'oncogériatre, infirmières, psychologues, diététicienne, ergothérapeute, kinésithérapeute et assistante sociale.

Peuvent être réalisées dans cette unité :

► Une évaluation gériatrique approfondie (approche globale multidimensionnelle pluridisciplinaire) antérieure à la prise de décision thérapeutique. Elle permet d'évaluer la personne âgée sur le plan médical, psychologique et social : comorbidités, statut fonctionnel (mobilité, continence), environnement social et surtout l'existence d'une fragilité (importance et sévérité des comorbidités, dénutrition, chutes à répétition, troubles cognitifs, déficits sensoriels....). Ces troubles impactent la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

► Les prises en charge post chirurgicales, de chimiothérapie orale, ou d'intercures post chimiothérapie IV et/ou radiothérapie avec soins de support indispensables aux traitements de ces pathologies (apports nutritionnels, traitements des douleurs chroniques et aiguës rebelles, rééducation fon-



Équipe de l'unité d'Oncologie de l'hôpital Georges Clemenceau

tionnelle, dépistage et suivi des troubles psychiques...).

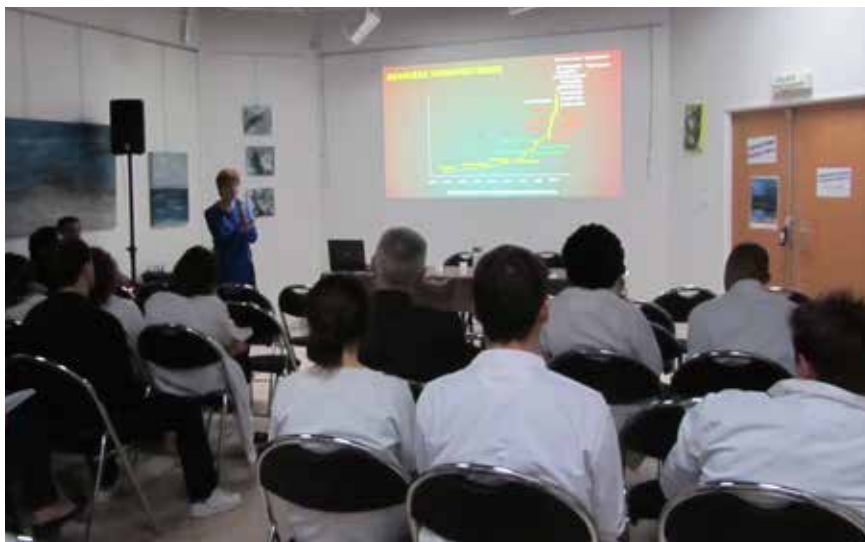
► L'organisation des conditions de vie ultérieures avec le patient, son entourage et les intervenants au domicile en particulier le médecin traitant en articulation avec les réseaux de soins spécialisés (Essononco, SPES et les réseaux de gériologie).

Le recrutement des patients se fait via l'outil trajectoire.

Ce fonctionnement implique un partenariat fort avec les différents services de chirurgie, cancérologie, un lien étroit au sein de l'hôpital avec l'unité de gériatrie aigüe, l'équipe mobile soins palliatifs - douleur et surtout une dynamique avec les acteurs des réseaux.

● Dr Isabelle Perilliat
Chef de Service - Gériologie 1
Hôpital Georges-Clemenceau

Journée épilepsie - Henri Mondor Il y a de l'espoir à l'horizon



« La journée nationale pour l'épilepsie » qui s'est déroulée le 19 novembre 2015 à l'Hôpital Henri Mondor, Créteil, nous a offert l'occasion d'assister à des conférences de très grande qualité, qui nous ont permis de connaître les multiples facettes de la maladie épileptique. Ainsi, pendant plusieurs heures, les auditeurs ont pénétré dans ce domaine intéressant, plutôt fascinant de la Neurologie, de la Neurogénétique et de la Neurochirurgie fonctionnelle. Pourquoi ce sujet ? Parce que l'épilepsie est une des maladies neurologiques chroniques les plus fréquentes, avec une incidence de 50/100 000/an. Cette maladie touche plus de 60 millions de personnes dans le monde. Pour les lecteurs de notre revue, on a sélectionné quelques « points forts » qu'on a retenus à la fin de cette manifestation scientifique.

LA GÉNÉTIQUE : La génétique de l'épilepsie a connu une vraie révolution dans les dernières années. Nos connaissances dans ce domaine sont de plus en plus complexes, ayant un impact évident sur la prise en charge de patients épileptiques. Et les progrès ne cessent pas. Le séquençage de l'ensemble de l'exome a permis entre 2012-2015 la découverte de plus de 30 nouveaux gènes ! On peut parler d'une nouvelle ère, « ère de la génomique » et d'une vraie révolution de notre pratique clinique !

L'ÉPILEPTOGENÈSE : Comprendre le phénomène épileptique constitue un grand enjeu scientifique. On peut actuellement regarder l'épilepsie comme une maladie de réseau, en sachant que cette affirmation et donc, ce nouveau concept a déjà un grand

impact clinique. C'est une nouvelle vision moderne, plus scientifique et plus adaptée de l'épilepsie. Pour étudier le phénomène épileptique, on a besoin d'une approche multimodale, qui combine avec succès les informations neurophysiologiques et d'imagerie. Leur concordance est cruciale pour guider la décision clinique, à savoir la planification des enregistrements EEG invasifs ou respectifs de la chirurgie.

LES EXPLORATIONS : Les techniques neurophysiologiques non invasives ont évolué, car en dehors de l'EEG, la vidéo-EEG, on se sert de plus en plus de l'EEG à haute résolution (EEGHR), de Magnétoencéphalographie (MEG), le but final étant la délimitation de plus en plus exacte de la zone épileptogène ! Pour l'exploration d'un patient qui sera susceptible d'être opéré, on a besoin très souvent d'utiliser des techniques neurophysiologiques invasives : la stéréo encéphalographie (SEEG).

Les investigations neuroradiologiques gardent toujours une place importante dans le cadre de l'exploration d'un patient épileptique. On ajoute à l'IRM structurale, l'IRM fonctionnelle (IRMf), la tomographie par émission de positons (TEP), la tomographie d'émission monophotonique (SPECT), imagerie par source magnétique et électrique (MSI, ESI), la spectroscopie (MRS).

TRAITEMENTS : Il existe une multitude des traitements antiépileptiques et beaucoup sont en voie de développement. Malheureusement, les anticonvulsivants procurent seulement un effet symptomatique et aucun traitement n'a pas démontré un effet modificateur de la maladie. Nous sommes toujours de plus en plus confrontés à de nombreux

défis dans la lutte contre l'épileptogénèse. C'est donc ce qu'on cherche pour le futur : des thérapies de prévention de l'épilepsie, des thérapies modifiant la maladie, versus les interventions symptomatiques. Les stratégies potentielles de modification de la maladie proposent l'utilisation des anti-inflammatoires, la neuroprotection, la régulation de la plasticité neuronale. Le but est d'essayer d'identifier des cibles moléculaires susceptibles de prévenir le développement ou la progression de l'épilepsie.

Le traitement neurochirurgical des épilepsies a été développé à partir de la seconde moitié du XXe siècle par W. Penfield, à Montréal, puis par J. Talairach et J. Bancaud en France. Au décours du temps ont été pratiqué de différentes techniques de résection temporale ou extratemporale. Malgré les progrès thérapeutiques, l'accumulation d'expérience neurologique et neurochirurgicale, près d'un tiers des patients épileptiques développent une épilepsie pharmacorésistante. La chirurgie de l'épilepsie peut constituer une option thérapeutique appropriée pour cette catégorie des patients. Mais « chirurgie ou pas chirurgie » ? La réponse à cette question est délicate, car le processus de décision d'une résection chirurgicale présente des avantages et des désavantages... **Au décours des dernières années, les progrès dans le traitement chirurgical de la chirurgie de l'épilepsie ne cessent pas de croître.**

L'analyse des résultats après la chirurgie de l'épilepsie est très complexe, englobant le contrôle des crises, l'effet sur la cognition, la morbidité chirurgicale et la qualité de vie au cours d'une période de temps prolongée. Les résultats de la chirurgie classique sont de plus en plus convaincants, y compris à long terme, car actuellement, les indications sont très bien clarifiées, les risques sont bien évalués, les comorbidités sont mieux prises en compte. L'évaluation préopératoire rigoureuse dans un environnement multidisciplinaire, peut-être la façon la plus simple et la plus sûre pour faire avancer la chirurgie de l'épilepsie dans un avenir proche.

Pour les patients qui ne sont pas actuellement candidats pour la chirurgie ouverte, il existe de plus en plus des options thérapeutiques. Les dernières années sont marquées par l'apparition et le développement de différentes techniques mini-invasives de neuroablation : SRS-SEEG RF (Radiofréquence, thermocoagulation),

l'ablation laser guidée par IRM (MRgLITT) (en cours d'essais cliniques), la radiochirurgie stéréotaxique (Cyberknife et Gamma Knife), la chirurgie par ultrasons focalisés, guidés par résonance magnétique (MRgFUS, encore outil de recherche). Les techniques de stimulation (neuromodulation) sont les suivantes : la stimulation du nerf vague (VNS), la stimulation du nerf vague transcutanée (t-VNS), la stimulation du nerf trijumeau (e-TNS), la stimulation cérébrale profonde (DBS), responsive neurostimulation (RNS).

L'optogénétique, encore considérée comme un outil de recherche, utilise la lumière pour contrôler l'activité des neurones qui ont été modifiés pour exprimer des protéines sensibles à la lumière. Elle constitue un vrai espoir pour le traitement des maladies neurologiques et très probablement pour l'épilepsie, en fournissant une meilleure compréhension des neurosciences fondamentales.

L'existence de connexions entre les différentes régions du cerveau est de plus en plus démontrée par l'étude de la connectivité. Les thérapies basées sur la connectivité sont un nouveau concept qui aura probablement dans le futur une large applicabilité dans le domaine neurologique, notamment pour l'épilepsie sans lésions anatomiques visibles, ou quand les lésions sont profondes ou inaccessibles.

Il y a donc plusieurs voix intéressantes pour la poursuite de nouvelles technologies. Les techniques neuroablatives doivent être perfectionnées, car la réalisation d'une déconnexion et la destruction du foyer épileptogène sont des éléments essentiels pour un meilleur résultat. Les techniques de stimulation, comme par exemple la stimulation du nerf vague (VNS), sont entrées en pratique courante (récemment la VNS est pratiquée également dans le service de Neurochirurgie à Mondor).

Les recommandations faites par NICE (Institut national de la Santé et des Soins d'Excellence), nous paraissent intéressantes : la chirurgie de l'épilepsie est un traitement rentable, avec un grand nombre des patients libres de crises, des économies concernant l'utilisation des anticonvulsivants et une diminution des admissions à l'hôpital.

Probablement pour l'avenir, le plus important progrès serait d'accroître la sensibilisation et l'éducation concernant l'épilepsie dans la population générale et parmi les professionnels de la santé. C'est ce qu'on a essayé de faire lors de « La journée nationale pour l'épilepsie » organisée à Mondor. Et la conclusion finale s'affiche : « Il y a de l'espoir à l'horizon » !

● D^r Mihaela Bustichina Vlaicu
Neurologue PhD
Service de Neurochirurgie
Henri Mondor - Pitié Salpêtrière

Journée d'information sur la maladie de Parkinson - Émile Roux

Ce 10 novembre, plus de 100 professionnels de notre groupe hospitalier mais aussi d'autres établissements APHP et non APHP, des libéraux sont venus écouter les conférences de hauts niveaux. Un grand succès pour cette journée initiée par le Dr Caplain, hôpital A. Chenevier !



La place du consentement - Albert Chenevier

Le jeudi 26 novembre, le groupe de réflexion éthique de l'hôpital Albert Chenevier animé par le Pr Antoine PELISSOLO proposait une journée de réflexion autour de la question du consentement aux soins.



Après un brillant exposé du philosophe Jean-Pierre CLERO (Université de Rouen), un éclairage juridique de Romain BONHOMME (DAJ APHP) et une très belle analyse du renoncement aux soins par le Dr Caroline DESPRES (CERMES), des situations cliniques ont montré à quel point les problématiques rencontrées par les équipes soignantes pouvaient être complexes.

Ces vignettes cliniques présentées par les équipes de neurologie, de rééducation digestive, de soins palliatifs et

de psychiatrie ont fait la démonstration de l'actualité de la réflexion éthique. Comment obtenir le consentement d'une personne atteinte d'un syndrome de Korsakoff ? Comment faire accepter des soins à une personne avec laquelle il est quasi impossible de dialoguer ? comment concilier contrainte aux soins et consentement, etc. ?

Elles ont montré aussi, comme le souligneront le Pr Christian HERVE (Paris Descartes) et Martine ORIO (Directrice des HUHM) dans un propos conclusif, à quel point la réflexion éthique s'ancre dans un quotidien pratique de terrain et n'avait rien d'une spéculation déconnectée de la réalité soignante.

Une telle journée permet ainsi de rappeler la disponibilité des groupes de réflexion déjà présents sur les sites de notre groupe hospitalier pour aider les équipes prises dans des situations de soin plus ou moins aporétiques.

Contacts :

- Pr Christophe TOURNIGAND (Henri-Mondor)
- Pr Antoine PELISSOLO (Albert-Chenevier)
- D^r Michel BENHAMOU (Joffre-Dupuytren)
- D^r BENAÏSSA (Georges Clemenceau)
- Nomination en cours pour Émile Roux.

● Christian Gilioli
Droits des Patients, Associations et Cultes
Hôpitaux Universitaires Henri Mondor

Journée Mondiale de Lutte contre le Sida - Henri Mondor



Cette année dans le cadre de la Journée Mondiale de Lutte contre le Sida, le COREVIH Ile de France Sud a organisé deux journées le 1^{er} et 2 décembre 2015 sur les thèmes « Prévention et Dépistage du VIH ».

Lundi 1^{er} décembre, les associations AIDES, Chrétiens et Sida et Rainbhôpital proposaient de l'information et conseils sur les Infections sexuellement transmis-

sibles, les mutuelles étaient présentes également pour cette journée.

Dans le hall principal de l'hôpital, durant ces deux jours, le COREVIH IDF Sud proposait une exposition de dessins des jeunes festivaliers de Solidays sur le thème « Dessine-moi le Sida ».

Mardi 2 décembre, l'association HF Prévention avec le COREVIH IDF Sud et le laboratoire Nephrotek proposaient un dépistage rapide. Environ 200 tests ont été réalisés et 3 positifs au VIH ont été détectés et immédiatement pris en charge par un médecin référent.

Le COREVIH IDF Sud tient particulièrement à remercier l'accueil fait à ces journées aussi bien par la Direction de l'hôpital et également aux personnels et usagers de l'établissement avec lesquels les échanges ont été riches. Plus de 400 préservatifs ont été distribués sur ces deux journées et beaucoup de documents variés et adaptés aux différents publics.

Dans un contexte de réforme des centres de dépistage, de l'ouverture aux associations du dépistage rapide, des autotests



vendus en pharmacie, l'île de France joue un rôle important dans la campagne de dépistage lancée par le Ministère puisqu'elle seule, elle représente la moitié des personnes infectées, mais non détectées au niveau national.

● **Philippe SAGOT-DUPIN**
Coordonnateur du COREVIH Ile de France Sud
Henri Mondor

Animations culturelles sur les sites de gériatrie

Les centenaires à l'honneur à Joffre-Dupuytren, Georges Clemenceau et Émile Roux



Centenaires à Dupuytren

À Dupuytren, les deux centenaires présentes, dont l'une accompagnée de sa fille, ont assisté à un spectacle de cabaret, entourées des patients des différentes unités, et en présence de Mme Arnaud représentante de la Mairie de Draveil et de M^r Delie, Directeur du site. Balayant 100 ans de chansons, la troupe des « Lutins de la rue Orange » a enthousiasmé le public par la qualité de ses interprètes, ses chansons intemporelles et l'énergie communicative des danseurs. Un goûter a été servi aux patients et visiteurs présents, à la suite du spectacle. L'équipe de la Communication et celle de l'animation SLD de Dupuytren, avec le renfort de leurs collègues d'Albert Chenevier, et l'aide précieuse des Visiteurs d'hôpitaux de Draveil,

se sont mobilisés pour faire de cet après-midi un vrai moment festif et joyeux.

À Georges-Clemenceau, un déjeuner festif a été proposé aux trois centenaires et à leurs familles. Le Service de la cuisine avait mis les petits plats dans les grands pour que ce repas soit une réussite. Des élus des communes concernées se sont joints à la fête au moment du dessert, pour souhaiter un bon anniversaire aux fêtées, en présence de Mr Vasseur, Directeur du site et de la Direction de la Communication du groupe hospitalier. Après le repas, les patients qui le souhaitaient ont rejoint leurs aînées pour assister au spectacle de chansons donné par la troupe « Rêve d'un soir ». Les chanteurs ont interprété à la demande les plus belles chansons du siècle écoulé. Un moment très apprécié et convivial, notamment grâce à la mobilisation des équipes de communication et d'animation SLD, et des représentants des usagers.



Centenaires à Georges-Clemenceau

Une première à Émile Roux! Le 16 octobre, sur tous les sites gériatriques les patients centenaires ont été célébrés. Un projet du groupe hospitalier réalisé avec la collaboration étroite des services d'animation et de communication.



Centenaires à Émile Roux

Agés de 107 ans à 100 ans, ce sont 14 patients hospitalisés à Émile-Roux qui ont été à l'honneur ce jour, un évènement coordonné par le service animation des unités de SLD. Une journée dédiée aux patients centenaire qui a commencé le matin par un passage chez le coiffeur et la manucure selon leurs souhaits. L'après-midi, réunis salle Blanche-Barjau avec leurs familles, ou bien accompagné d'étudiants IFSI, de soignants, chaque patient a reçu un cadeau en présence de la Direction du GH, du site et de l'ensemble des équipes. Des chocolats, un bouquet de fleurs leur ont été offerts par M^{me} Lecoufle, Maire de Limeil invitée à l'évènement. La journée s'est conclue par un goûter festif et le spectacle, chansons françaises des années 60 à nos jours avec l'artiste Swanie très apprécié. Un anniversaire chaleureux en musique et chansons, très réussi !

Georges-Clemenceau



Pendant la semaine bleue, l'hôpital Georges-Clemenceau a fait son cinéma.

La semaine bleue, semaine nationale consacrée aux personnes âgées, s'est déroulée du 12 au 16 octobre dernier. L'hôpital Georges-Clemenceau a organisé une semaine sur le thème du cinéma. Ainsi, les patients et les visiteurs ont pu voir des films, en projection dans les services de soins ou en salle de spectacle (environ 120 patients ont pu assister aux projections). Ouvreuses distribuant des confiseries et des glaces, films sur grand



écran, studio photo avec maquilleuse et accessoires pour ressembler à une vedette de cinéma, spectacle de contes, exposition de photographies de stars, affiches de cinéma dans la rue Agora et en salle de spectacle, ont ravi le public. Le mercredi, «Les vacances du petit Nicolas» ont permis aux enfants du centre de loisirs de se joindre aux patients pour un moment de «rire ensemble».



Un grand merci aux équipes de brancardage et aux bénévoles pour avoir permis aux patients de profiter pleinement de ces journées. Rendez-vous pour une nouvelle semaine en 2016 !

dans la salle de l'Espace Françoise Daré à Dupuytren. Devant une classe de 3^e du collège Eugène Delacroix, voisin de l'hôpital, il a expliqué les techniques de studio et le travail sur la lumière. Cette séance photo très particulière a abouti à des portraits très « class » des collégiens et de leurs professeurs, ravis de cette rencontre et de la visite de l'exposition...



Émile Roux

Halloween 28 octobre : Echange intergénérationnel entre les enfants du centre de loisirs et des patients. Un moment riche en chansons, contes, déguisements clôturé par une dégustation de bonbons.



Joffre-Dupuytren

Le conservatoire communautaire de Draveil fidèle à Dupuytren



Depuis décembre 2010, les élèves du Conservatoire de Draveil enchantent deux fois par an les patients et les visiteurs du site de Dupuytren. En ce

samedi 12 décembre, ils ont présenté un très joli programme d'orchestre pour cette 11^e édition !

Francis Taieb : un grand professionnel qui sait transmettre son art

Le photographe Francis Taieb a présenté au mois d'octobre, dans le hall de Dupuytren, son exposition de photographies en noir et blanc, sur tirages argentiques, « Mockers ». Il a proposé une rencontre avec le public et a installé à cette occasion son studio photo

Carte Blanche aux médiathèques 2015



Autour de ce thème hautement porteur, trois photographes ont exposé dans les hôpitaux de G.Clemenceau, Dupuytren et Joffre :

Dominique de Guillebon, photographe amateur, **Marie-Luce Anger**, médiathécaire du GH et **Didier Faget**, photographe de reportage. Ce dernier a également animé deux conférences sur Venise.

Des animations ont permis aux patients et visiteurs de découvrir le folklore italien avec **Tonino Cavallo** et ses « tarentelles et autres musiques joyeuses », et d'entendre avec ravissement des airs d'opéras italiens et des classiques lyriques avec la **mezzo-soprano Agnès Loyer**. **Philippe Gaessler**, comédien et lecteur, a lu des auteurs italiens. Les patients présents ont échangé sur les thèmes abordés et apprécié les textes choisis.



Au total, près de 240 patients et plus de 100 visiteurs ont pu assister à ces manifestations.

Enfin, comme tous les ans, un quizz a été proposé à l'ensemble de la communauté hospitalière. Pour les trois sites essonniens 155 questionnaires ont été remplis, dont 92 par les patients.

Encore un grand succès pour cette carte blanche 2015 !

Patricia LE QUINIO, responsable médiathèques Joffre-Dupuytren et Georges-Clemenceau

PORTRAIT

Patrick LÉGLISE, Pharmacien - Praticien Hospitalier



Pharmacien, praticien hospitalier au sein de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris depuis 1996, Patrick LÉGLISE a occupé des fonctions très diverses de l'achat centralisé de dispositifs médicaux implantables à pharmacien au sein de la PUI de l'hôpital Joffre-Dupuytren. Particulièrement impliqué dans le bon usage des produits de santé, aussi bien des médicaments que des dispositifs médicaux, Patrick LÉGLISE est

membre de la commission technique d'EUROPHARMAT, de la COMEDIMS de l'AP-HP, de la CMEL et Vice-président de la COMEDIMS des HU Henri Mondor. Il a aussi participé activement à la conception de la classification des dispositifs médicaux CLADIMED.

Par ailleurs, il est titulaire d'un DESS de droit de la santé et a suivi les enseignements de l'école de management des médecins des hôpitaux (EMAMH).

Ses projets, dans le cadre de sa prise de fonction de chef de service, s'inscrivent dans la continuité de la démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge pharmaceutique des patients initiée depuis 17 ans :

- ▶ Organiser en collaboration avec Gilles Le Pallec, la fusion des PUI de GCL et JD en une PUI ESSONNE en conformité avec le projet de pôle PUI des HU Henri Mondor
- ▶ Maintenir et améliorer toutes les missions actuelles contribuant à la sécurisation de la prise en charge pharmaceutique des patients
- ▶ Mettre en place le Dossier Pharmaceutique à destination des médecins et des pharmaciens
- ▶ Développer la pharmacie clinique en préparation des futurs textes législatifs et réglementaires concernant les PUI, notamment mettre en œuvre une conciliation médicamenteuse conforme aux bonnes pratiques de l'HAS.

Bérengère Couturier

Cadre supérieur de santé et doctorante, HUHMN



Arrivée depuis le 1^{er} avril 2015 au sein de la Direction des Soins et des Activités Paramédicales (DSAP) des Hôpitaux Universitaires Henri Mondor en tant que cadre

supérieur de santé et doctorante, je suis en charge d'une part de la coordination de la recherche paramédicale et d'autre part, du développement et de l'accompagnement des protocoles de coopération entre professionnels de santé au sein du groupe hospitalier. En parallèle, je finalise un travail de recherche centré sur l'organisation de la sortie d'hospitalisation et la continuité des soins en aval dans le cadre d'un doctorat en épidémiologie débuté en octobre 2012. Je soutiendrai ma thèse en juin 2016. De fait, assurer des travaux de recherche et d'enseignement dans mes domaines d'expertise fait partie intégrante de mes missions.

Dans le domaine de la recherche

paramédicale, conformément à l'axe 8 du projet de soins 2015-2019, mes principales missions consistent à concevoir et mener des opérations de développement et de valorisation de la recherche en soins (infirmiers, rééducation et médico-techniques) et à accompagner les paramédicaux dans un projet de recherche. Cette activité de recherche s'effectue en lien avec les structures (notamment l'Unité de Santé Publique et l'Unité de Recherche Clinique du pôle VERDI) et les personnes ressources du groupe hospitalier. Cette collaboration sera, à l'avenir, structurée à partir d'une cellule locale de recherche paramédicale.

Je travaille également en lien avec la DSAP centrale de l'AP-HP qui a nommé depuis janvier 2015, un coordonnateur paramédical de la recherche en soins et avec les autres groupes hospitaliers de l'AP-HP via la cellule centrale de recherche paramédicale. Au niveau national, je suis représentante suppléante au sein de la commission nationale des coordonnateurs paramédicaux de la recherche en soins des centres hospitalo-universitaires de France.

Concernant les protocoles de coopération,

mon rôle est d'accompagner les équipes médicales et paramédicales tout au long de la démarche de coopération, de son étude de faisabilité à sa mise en œuvre effective et à son suivi, qu'il s'agisse d'une création d'un protocole ou d'une adhésion à un protocole autorisé, en lien avec les différentes instances (siège AP-HP, Agence Régionale de Santé, Haute Autorité de Santé).

C'est avec beaucoup d'intérêt et d'enthousiasme que j'aborde ces nouvelles missions au sein du groupe hospitalier. En allant à la rencontre des différentes équipes, je découvre un environnement professionnel riche en termes d'expertises médicales et paramédicales. Au décours de ces rencontres pluriprofessionnelles, émergent de véritables ressources et potentialités qui me laissent entrevoir des collaborations constructives autour de la recherche paramédicale, des protocoles de coopération et des pratiques avancées. Tous ces projets contribueront à l'amélioration de la prise en charge globale des personnes soignées et des pratiques professionnelles paramédicales.

Anne-Christine BATISTA FERNANDES

Adjointe au Directeur Usagers, Risques, Qualité



En septembre, j'ai saisi l'opportunité de rejoindre les Hôpitaux Universitaires Henri-Mondor en tant qu'adjointe au Directeur Usagers, Risques, Qualité. Après 9 ans

à la Direction Qualité de l'hôpital Necker-Enfants-Malades, cette évolution

me permet de compléter mon parcours et de mettre mon expérience et mes compétences au service des professionnels dans les domaines de la qualité et gestion des risques.

Après une formation scientifique à l'université Pierre et Marie Curie j'ai suivi une formation de management de la qualité. Cette double compétence m'a permis d'occuper plusieurs postes dans les domaines de l'industrie pharmaceutique, de la biotechnologie et ainsi de proposer des outils qualité au service des thérapies innovantes.

Aujourd'hui, ma mission principale sera d'accompagner les services dans l'identification des risques prioritaires, l'élaboration des plans d'action, le suivi des indicateurs et l'organisation des patients traceurs, dans un contexte de certification V2014 et de façon pérenne.

Je suis référent pour les pôles de biologie-Pathologie, Imagerie et pour les thématiques : activités à risque, interventionnel, endoscopie, urgences, parcours patient et maladies rares.