

médecins de ville médecins hospitaliers

Un lien entre l'hôpital Simone Veil et les médecins libéraux



La prise en charge en médecine palliative à l'hôpital Simone VEIL

Page 2

SOMMAIRE - N° 9

La prise en charge en médecine palliative
à l'hôpital Simone Veil

page 2

La certification des établissements de santé
au cœur de l'amélioration de la qualité et
de la sécurité des soins

page 4

Ouverture d'une PASS à l'hôpital

page 5

Une consultation douleur avec l'outil
Yoga-thérapeutique

page 6

L'hôpital Simone Veil labélisé centre expert
en chirurgie métabolique et de l'obésité

page 7

En projet : une HAD gériatrique de territoire

page 8

Un parcours patient simplifié
avec le paiement direct des consultations

page 9

Création d'un espace Snoezelen dans
le service de pédopsychiatrie

page 10

Comment prendre en charge un patient
suspect d'infection due au Coronavirus
du Moyen Orient ?

page 11

Mouvements au sein de la communauté
médicale

page 12

Edito



Après quatre années passées à la tête de la Commission Médicale d'Établissement de l'hôpital Simone Veil, j'ai le plaisir de vous informer de ma reconduction, pour un second mandat, à la présidence de cette instance, pilier majeur de la gouvernance de l'hôpital. Je serai épaulé dans cette fonction

par le Dr Eric Vallée, chef de service du Laboratoire, élu vice-président de la CME, qui succède ainsi au Dr François BELOTTE, appelé à d'autres fonctions, à la direction du Département d'Information Médicale (DIM).

Depuis 2011, l'un des axes stratégique fondamental de notre établissement est « l'ouverture vers la ville » avec la mise en œuvre de partenariats nombreux entre tous les acteurs de la prise en charge sanitaire sur notre territoire de santé, dont nous avons souvent fait écho dans les co-

lonnes de cette publication. Avec le développement croissant des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, et notamment le déploiement de l'hospitalisation à domicile, le partenariat entre médecins hospitaliers et médecins libéraux ne pourra que s'intensifier dans les années à venir. Je suis plus que jamais persuadé que la qualité de prise en charge des patients repose sur une collaboration toujours plus étroite entre nos deux communautés, s'appuyant sur partenariat, partage, communication, soutien et écoute.

Enfin, je me permets d'être le porte-parole de tous les personnels de notre établissement, pour vous présenter tous nos vœux pour cette nouvelle année.

*Dr Karim LACHGAR
Président de la CME
Chef de service de Diabétologie et Endocrinologie.*

La prise en charge en médecine palliative à l'hôpital Simone VEIL

« Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluri professionnelle. Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complication et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect et la dignité de la personne soignée. Les soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables, et se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel ».

ANAES (2002)

« Toute personne malade dont l'état le requiert, a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. La personne malade peut s'opposer à toute investigation ou thérapeutique. »

Article 1^{er} de la loi n°99-477 du 09/06/1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

Le Docteur Philippe TAURAND, chef du pôle Médecines, est devenu le 2 novembre 2015 chef de service par intérim du service de Médecine Palliative suite au départ du Docteur Marc MOZZICONACCI. Le cadre supérieur de santé est Madame Mireille SAN JULLIAN. Le cadre de santé de proximité responsable est Madame Brigitte KIEFFER.

Le service de Médecine Palliative s'inscrit dans une démarche qualité au sein de la Fédération Inter Hospitalière Soins Palliatifs – Douleur (Centre Hospitalier Argenteuil Vic-



tor Dupouy /Centre Hospitalier Simone Veil) dont le Dr Anne DE LA TOUR (Chef de service de l'USP du Centre Hospitalier d'Argenteuil) est responsable.

Ce service est composé : de **l'Unité Sélène**, unité d'hospitalisation de 13 lits, située sur le site de Montmorency, de **l'Equipe Mobile d'Accompagnement Douleur et Soins Palliatifs**, dont les bureaux se trouvent sur le site d'Eaubonne, et propose également des **consultations de douleurs chroniques, de douleur et cancer, et d'accompagnement** (à Eaubonne).

L'unité SELENE

L'Unité Sélène a été ouverte sur le site de Montmorency le 7 avril 2015. Cette unité fonctionnelle consiste en un regroupement de **13 Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP) à orientation gériatrique**, et comprend 6 lits de soins palliatifs SSR et 7 lits de soins palliatifs MCO court séjour.

Le médecin référent de l'unité est le Docteur David KITZIS, qui était auparavant médecin référent de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs Territoriale, dédiée à l'aide à la prise en charge en soins palliatifs pour les résidents des EHPAD du Val d'Oise. L'équipe paramédicale comprend des infirmières et aides-soignantes qui travaillent en binôme, une aide hôtelière, ainsi qu'une psychologue et une ostéopathe à temps partiel.

Les patients hospitalisés à l'Unité Sélène sont adressés soit par les autres services de l'hôpital, soit par un service d'un autre centre médical, soit sont admis directement en provenance du domicile. Les demandes de prise en charge se font par voie informatique pour les patients SSR (*Via trajectoire, fax*), et par voie informatique ou contact téléphonique direct pour les patients en MCO.

Les patients pris en charge présentent des pathologies variées : cancers, démences, autres maladies neurodégénératives, poly pathologies... et des symptômes rebelles tels que douleur, dyspnée, souffrance morale...

Le motif d'hospitalisation de tels patients n'est pas uniquement la prise en charge de la fin de vie. Il peut aussi s'agir d'équilibrer les symptômes, et d'organiser la sortie du milieu hospitalier (retour au domicile avec mise en place d'aides, placement en EHPAD, transfert dans un autre SSR...). Il peut également s'agir d'une hospitalisation pour répit familial (maintien au domicile difficile, épuisement des aidants...), pour organisation d'un rapprochement familial, pour la prise en charge d'une intercure, aussi bien qu'une rotation d'USP.

Ainsi, l'ensemble des soignants, des patients et des familles s'inscrivent conjointement dans une dynamique de projet de vie.

L'unité Sélène travaille en liens étroits avec la Fédération Inter Hospitalière Soins Palliatifs – Douleur. Il existe également des contacts privilégiés avec d'autres acteurs locaux, tels les Réseaux Onconord et Joséphine, le Réseau Oncologique Argenteuil, l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs Territoriale, le service d'Hospitalisation à Domicile « Santé Service ».

En parallèle de l'Unité Sélène, l'Hôpital Simone VEIL dispose toujours de 5 LISP sur le site d'Eaubonne, répartis entre les services de Médecine Interne, de Pneumologie et de Chirurgie ORL.

L'équipe mobile accompagnement douleur et soins palliatifs (EMADSP)

L'EMADSP comprend le Docteur Noëlla RODENBUCHER, médecin référent, le Docteur Sophie TAOUNHAER-PONS, médecin à

temps partiel qui arrivera le 25 janvier 2016, 2 infirmières, ainsi qu'une psychologue et une ostéopathe à temps partiel.

L'EMADSP assure un rôle de **coordination dans la prise en charge des patients en soins palliatifs et/ou douloureux des différents services de l'hôpital.** Elle a un rôle transversal de conseil.

Elle assure la **formation des médecins et des paramédicaux dans les différents champs de la douleur et des soins palliatifs (auprès des services et en interne)** : évaluation de la douleur, adaptation des traitements antalgiques, évaluation et accompagnement dans la prise en charge des symptômes de fin de vie, discussion autour des décisions de Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA).

Elle assure également un rôle de **coordination et de lien avec les différents USP**, les réseaux ville-hôpital, l'HAD et les différentes structures de soins.

Consultations

Le service de Médecine Palliative assure également des **consultations médicales et infirmières de douleurs chroniques, de douleur et cancer et d'accompagnement.** Les patients suivis peuvent être adressés depuis la ville par leur médecin référent ou depuis les services hospitaliers.

Le Docteur Philippe CRONFALT, praticien attaché au service, assure la pose de PICC-LINE pour les patients le nécessitant, ainsi que les gestes invasifs sous imagerie dans le cadre du traitement des douleurs chroniques.

L'Hôpital Simone VEIL dispose également d'un **espace bien-être SNOEZELEN**, mis en place au pavillon CHAMBAS en 2014, qui permet d'offrir aux patients dont l'état de santé le permet, ainsi qu'à leur famille, un moment de relaxation et de « lâcher-prise ». L'accompagnement est effectué par Madame Brigitte KIEFFER, référente de cet espace.

Des projets...

Pour 2016, plusieurs projets sont envisagés par le service :

- le transfert de l'Unité Sélène sur le site d'Eaubonne, avec pour objectifs d'augmenter la capacité en lits (18 à 20 lits au total), et d'étendre ses propositions d'accueil à la population adultes jeunes ;
- la création d'un Hôpital De Jour « évaluation et prise en charge de la douleur » pour réaliser un projet personnalisé de soins dans ce cadre et permettre de proposer des thérapies spécifiques. Tout patient vu en consultation peut en bénéficier après réunion pluri-disciplinaire. ;
- l'augmentation des plages horaires de consultations, en vue d'une labellisation des consultations douleurs chroniques ;
- le développement d'une HAD palliative principalement à destination des EHPAD.

Nous ne manquerons pas de revenir vers vous pour vous tenir informés de l'avancée de ces projets.

*Dr David KITZIS, Médecin référent de l'unité Sélène
Brigitte KIEFFER, Cadre de santé*

Service de MÉDECINE PALLIATIVE

- Chef de service :
Dr Philippe TAURAND
- Cadre supérieur de Santé :
Mireille SAN JULLIAN
- Cadre de Santé de proximité :
Brigitte KIEFFER (bip 6325)

EMADSP

- Médecin référent :
Dr Noëlla RODENBUCHER
- Bureau médical et Infirmier : 01 34 06 63 68
- Secrétariat :
01 34 06 65 80

Fax : 01 34 06 63 85

Unité Sélène

- Médecin référent :
Dr David KITZIS
- Bureau médical :
01 34 06 72 53
- Poste de soins infirmiers :
01 34 06 62 56
- Secrétariat :
01 34 06 62 59

Fax : 01 34 06 62 07

Consultations

- Secrétariat :
01 34 06 65 80

Fax : 01 34 06 63 85

La certification des établissements de santé ... au cœur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

La certification est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels mandatés par la HAS (Haute Autorité de Santé). Cette procédure, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau des prestations et soins délivrés aux patients, mais également la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre par les établissements.

Effectuée tous les 4 ans, la nouvelle version de la procédure de certification, appelée V2014, met l'accent sur une approche de la qualité et des risques installée dans la réalité quotidienne des équipes de soins.

C'est dans ce cadre qu'en septembre dernier, les 5 experts-visiteurs de la Haute Autorité de Santé ont quadrillé les services de soins, rencontré les acteurs terrain, suivi les parcours patients, vérifié nos procédures, afin de rendre un rapport détaillé en vue de la Certification de l'hôpital Simone Veil.

Une visite reposant sur deux temps forts

La V2014 se concentre essentiellement sur la prise en charge soignante du patient. Ainsi, les directions (Ressources Humaines, Finances...) et les services supports techniques, logistiques ou administratifs n'ont pas été audités directement. De plus, les Experts Visiteurs ont souhaité explorer physiquement tout l'hôpital.

La visite s'articulait autour de deux temps forts : «l'audit de processus et le patient traceur ».

L'audit de processus reposait sur une analyse de l'enchaînement des activités pour réaliser une prise en charge regroupée en thématique. Cet enchaînement permet d'étudier la définition des activités pour répondre à un besoin (*Quelle population? Quelles spécialités?*), la mise en œuvre effective des organisations pour atteindre le résultat attendu (*Comment sont organisées les consultations, les urgences, les hospitalisations ? Quels protocoles dans les services et par pathologies ?*) mais également les actions à conduire pour

une mise à niveau régulière des procédures afin d'assurer la conformité aux exigences.

Le patient traceur est une nouvelle méthode permettant un suivi « en temps réel » du parcours du patient lors de sa prise en charge. Les conditions d'accès et d'accueil, le séjour dans une unité ou les passages entre unités (interfaces), tout comme les conditions de sa sortie, ont fait l'objet d'une observation (10 parcours représentatifs ont été retenus).

Les résultats « à chaud »

Si les résultats définitifs ne seront pas connus avant 8 mois, une restitution immédiate a été effectuée. L'hôpital dispose d'ores et déjà de quelques éléments sur les premières conclusions de la visite.

Des points d'amélioration

Les experts-visiteurs ont plus particulièrement pointé 3 thématiques présentant des faiblesses :

- la gestion des risques avec notamment la recommandation de formaliser les actions existantes.
- La prise en charge médicamenteuse avec la poursuite de l'informatisation des interfaces (effectuée pour 89% des services) et la systématisation de la validation pharmaceutique sur l'ensemble des prescriptions.
- Le droit des patients avec l'intégration de cet item dans le projet de soins et le projet d'établissement et une plus grande association des représentants des usagers à la vie de l'établissement.

Des points forts reconnus

Les experts-visiteurs ont unanimement tenu à signaler leur rencontre avec des professionnels impliqués, dans un établissement « qui a su faire face à des réorganisations importantes ». Ils ont relevé les points forts suivants :

- un dossier patient (DPU) bien structuré,
- une offre de soins qui a su évoluer, en essayant de fluidifier les circuits et la prise en charge,
- un investissement majeur des responsables de services et des professionnels de terrain,
- la mise en œuvre de 8 programmes d'éducation thérapeutique,

AUDIT DE PROCESSUS

Les 11 thématiques retenues et auditées par la HAS

1. Management de la qualité et des risques.
2. Gestion du risque infectieux.
3. Droit des patients.
4. Parcours patient.
5. Dossier patient.
6. Management de la prise en charge médicamenteuse du patient .
7. Prise en charge des urgences et des soins non programmés.
8. Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire.
9. Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle.
10. Management de la prise en charge du patient en endoscopie.
11. Management de la prise en charge du patient en salle de naissance.



- une bonne coordination autour de la sortie du patient (avec une forte implication du service social),
- une prise en charge du risque infectieux formalisée, évaluée et étendue à tous les services de soins,
- une prise en charge adaptée et sécurisée en salle de naissance,
- une bonne organisation des circuits du service des urgences
- une évolution très positive de l'organisation du bloc opératoire,
- une bonne organisation interne de l'endoscopie,
- un foisonnement d'actions et d'initiatives en imagerie interventionnelle (cardiologie et radiologie).

Et maintenant ?

Les résultats définitifs de la certification de l'hôpital ne seront connus que sous 8 mois environ. Mais le quadrillage des ex-

perts-visiteurs a permis de mettre en exergue des comportements ou des procédures à améliorer : il appartient donc à l'hôpital de mettre en place dès aujourd'hui les actions correctives, en toute autonomie.

Le Comité de Pilotage

Alexandre AUBERT, Directeur

Dr Karim LACHGAR, Président de la CME

Véronique CAHEREC, Directrice des soins

Pascale HOANG, Directrice de la qualité et de la gestion des risques

Ouverture d'une PASS à l'hôpital Permanence d'Accès aux Soins de Santé

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des unités de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Il y a quelques mois, l'hôpital Simone Veil décidait d'ouvrir cette structure au bénéfice des patients majeurs exclus du système de soins.

Une prise en charge globale sur le plan médical, social, et humain.

La PASS est un lieu de soins avec une **consultation de médecine générale** et la possibilité de demande d'examens complémentaires, de **délivrance de médicaments**. C'est aussi un lieu de **réinsertion sociale** avec une consultation d'assistante sociale ayant pour mission de tenter de réinsérer le patient dans le système de soins. C'est un **lieu d'humanité** avec écoute, sourire, disponibilité, possibilité de se laver, de manger... La PASS s'adresse à tous les patients majeurs exclus du système de soins : absence de droits à la sécurité sociale, absence de complémentaire santé, difficultés de compréhension ou de vie empêchant le patient de suivre un circuit de soins habituel. La prise en charge se fait sans avance de frais.

Fonctionnement de la PASS

La PASS est animée par :

- une **équipe médicale** composée d'un coordinateur médical (Dr Dormagen) et de 3 médecins (Dr Jacques, Dr Taurand et Dr Saraux) intervenant pour les consultations. La permanence médicale, sans rendez-vous, est assurée le jeudi de 14h00 à 17h00
- une **équipe sociale** avec une assistance sociale référente (*Manuella Duclovel*), un cadre socio-éducatif (Jacqueline Blondel) et une secrétaire. L'assistante sociale reçoit les patients de la consultation médicale du jour et peut recevoir sur rendez-vous tous les jours de la semaine

Les points forts de la PASS de l'hôpital

Un **accompagnement personnalisé** avec des professionnels motivés pour travailler dans cette consultation :

- *instaurer une relation de confiance,*
- *informer si besoin avec une interprète,*
- *accueillir avec un café,*

- *proposer un vestiaire, une douche,*
- *accompagner dans les différentes consultations et à la pharmacie.*



Un **travail en binôme** médecin / assistante sociale pour une prise en charge globale du patient :

- *prendre le temps : s'adapter au patient et l'accepter comme il est,*
- *tenir compte des conditions de vie du patient pour son traitement et son suivi.*

Un **travail en réseau** avec les services extérieurs (services du Conseil Départemental, médecins généralistes, CCAS, associations...).

Une culture « PASS » à l'hôpital :

- *Informer, sensibiliser, former les soignants, les professionnels de l'hôpital au repérage des patients en situation de précarité (cours interne / accueil des nouveaux arrivants).*

Dr Véronique DORMAGEN

Chef de service de cardiologie - Coordinateur médical de la PASS



01 34 06 63 16

ou 01 34 06 60 00 poste 5370

Accueil sans rendez-vous :

le jeudi après midi de 14h00 à 17h00

Rez-de-chaussée du Bâtiment ROUX - Eaubonne



Une consultation douleur avec l'outil Yoga-thérapeutique

En 2012 à l'initiative des médecins du CLUD (Comité de lutte contre la douleur), une consultation médicale douleur « yoga-thérapeutique » a été ouverte à l'hôpital. Le Docteur Jocelyne BOREL-KUHNER, qui par ailleurs travaillait au sein d'une société savante sur l'analyse de la prise en charge de la douleur, a progressivement développé cette discipline. La consultation de yoga-thérapie était destinée initialement aux patients suivis par les spécialistes de l'hôpital pour des douleurs chroniques sévères, invalidantes (polyarthrites rhumatoïdes (PR), spondylarthrites ankylosantes (SPA) douleurs neuropathiques diverses etc.). L'engouement et les résultats à 3 ans de cette thérapie complémentaire encouragent à ouvrir vers l'extérieur cette voie « expérimentale ».

Alors que j'ai acquis une expérience importante et reproductible⁽¹⁾ et que nous envisageons de renforcer l'analyse scientifique par un projet de recherche clinique, il me semble opportun de proposer le plus rapidement possible cette possibilité de prise en charge complémentaire de la douleur aux patients atteints de SPA ou PR suivis par nos confrères de ville spécialistes ou généralistes.

Au sein du CLUD, nous n'avons pas choisi par hasard cette approche non médicamenteuse de la douleur. En effet de par ma spécialité d'urgentiste je travaillais au sein de la SFMU (société Française de médecine d'urgence) depuis 2006 sur un projet d'observation de la prise en charge de la douleur au sein des services d'urgences Français (hospitalier, militaire ou privés) (ONDU)⁽²⁾. Nous avons évalué plus de 50 services sur 5 ans, publié les résultats⁽³⁾⁽⁴⁾. Les conclusions de cette étude m'ont incitée à chercher un point de vue totalement différent de l'approche traditionnelle pour tenter de comprendre pourquoi il existait toujours une oligo-analgésie importante dans ces services où 70% des motifs de recours sont douloureux⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾.

Ainsi je me suis intéressée à une formation de yoga-thérapie⁽⁵⁾, alors que je ne pratiquais pas le yoga. J'ai immédiatement entrevue l'ouverture possiblement scientifique de cette approche. J'ai donc suivi cette formation sur 2 ans, pratiqué parallèlement le Yoga et renforcé le tout par la formation du DUMMN (DU Médecine, Méditation et Neurosciences)⁽⁶⁾. Ensuite j'ai adapté ces acquis pour traiter les pathologies douloureuses chroniques sévères.

De la douleur au Yoga et à la consultation de Yoga-thérapie. Comment ça marche ?

La douleur est une sensation, sensorielle, émotionnelle, liée à la conscience qui met en jeu :

- **des récepteurs** présents dans tout l'organisme (la peau, les organes, les muscles, etc.),
- **des nerfs qui conduisent l'information** vers la moelle épinière (corne dorsale) puis le cerveau, et des régions du cerveau où elle est analysée, évaluée et où elle provoque des réactions et des émotions (cortex cérébral, hypothalamus, amygdale cérébrale..)
- **des neuromédiateurs** (bradykinines, histamine, substance P,



sérotonine, dopamine, neuro-stéroïde, enképhalines, opioïdes endogènes etc.)

La douleur chronique est à la fois sensorielle (composante neurologique à l'origine de la sensation douloureuse) et psychologique (variante individuelle).

Nous savons que :

- L'intensité de la douleur peut être modulée par la balance entre l'activité des fibres nociceptives et l'activité d'autres afférences (*afférences médullaires ou afférences descendantes*) et que c'est la **balance entre inhibition et excitation** qui va régler le niveau de décharge des neurones convergents et donc in fine le message douloureux.
- La douleur chronique met en mémoire sur le long terme, la sensation. Elle influence ainsi l'épigénétique (*expression des gènes*) en faveur d'une synthèse protéique pro-nociceptive en même temps elle **implique le système immunitaire** engendrant chronicité, par des processus persistants pro-inflammatoire (interleukines, interféron, TNF..) qui à leur tour sensibilisent le système nerveux.
- De nombreuses publications scientifiques ont montré que le yoga :⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾
 - agit sur la sécrétion des Substances algogènes (ions H+, Sérotonine)
 - agit sur le para-sympathique et le sympathique et leurs neurotransmetteurs.
 - module la sécrétion de certains opioïdes endogènes (enképhaline, Béta endorphine etc.)
 - favorise la sécrétion de Dopamine.
 - diminue la synthèse de substances pro-inflammatoires (cytokines)
- Que l'exercice physique libère des Enképhalines et de la Noradrénaline etc.

Ainsi tout naturellement il m'a semblé logique d'utiliser l'outil yoga dans toute sa dimension pour une action thérapeutique ciblée sur la douleur. Tout en gardant de par ma formation de médecin urgentiste hospitalier une approche très professionnelle et une validation scientifique.

Les OUTILS du YOGATHERAPEUTIQUE dans la consultation douleur.

Les processus de respiration, d'attention, d'intention associés à certains mouvements utilisés en yoga-thérapie permettent de recruter des régions cérébrales.⁽⁹⁾⁽¹¹⁾

En extrapolant aux régions qui participent à la gestion de la douleur cela aboutit à une meilleure évaluation nociceptive (sensorielle, cognitive) et une action sur le contrôle inhibiteur diffus par la stimulation des sécrétions des neuromédiateurs. La prise en charge individuelle et globale du patient permet au patient de se responsabiliser, d'être le sujet et l'acteur du soin, elle

visé à harmoniser l'unité du corps avec sa pathologie et ainsi rétablit un cercle « vertueux ».

Les techniques sont simples (en apparence) pour être réalisables. Postures, respirations, synchronisation des postures et des respirations, relaxation et méditation. Toutes soulignent l'importance du corps et de la sensorialité dans ce corps pourtant douloureux. **La consultation est toujours le lieu d'une écoute directe et collaborative entre thérapeute et patient, associée à une vue intégrative du patient** (son histoire, ses habitudes, son sommeil, son alimentation, ses différents traitements en cours etc.)

Dés le début le patient participe activement et pratique chez lui tous les jours. Ceci est le garant de l'efficacité. Les quelques échecs jusqu'à présent ont toujours été en rapport avec des patients non compliant à la méthode, ou à l'espace important des séances.

La consultation qui dure en moyenne 40 min, se déroule au sein des consultations médicales de l'hôpital dans un box de consultation (bâtiment Changeux) Les patients attendent en salle d'attente avec d'autres consultants qui viennent pour l'oncologie, l'anesthésie, la dermatologie...

En pratique : les patients sont obligatoirement adressés par un confrère médecin avec lettre et partie du dossier médical, pour le traitement d'une douleur.

Durant la première consultation, l'objectif est ciblé sur la plainte principale, elle débouchera sur une prise en charge individualisée pendant une dizaine de consultations. Il y aura une évaluation intermédiaire des résultats à 5 séances. Les objectifs initiaux sont le plus souvent rapidement atteints (entre 3 et 5 séances) y compris sur les pathologies les plus complexes. Les consultations suivantes visent à renforcer la compréhension et l'autonomisation du patient face à sa maladie et à intégrer la pratique à son quotidien.

Résultats :

Les demandes de consultation sont en croissance continue (300%)

Les résultats sont très encourageants, le taux d'échec total est estimé à 10%.

Le sexe ratio s'est normalisé (autant de femme que d'hommes) L'âge moyen est de 47 ans. (il existe un biais de sélection)

Ce type de prise en charge globale, avec une approche thérapeutique médicale selon une formation accréditée, est possible malgré les contraintes environnementales (locaux hospitaliers, dates des rendez vous etc.) et thérapeutique (perfusions, prothèses etc.). La Consultation Yoga-thérapeutique telle qu'elle est pratiquée agit en synergie avec les autres prises en charge de la pathologie du patient. Ce dernier devient participatif, actif et presque son propre médicament en synergie des traitements allopathiques plus classiques. Par son enthousiasme, sa reprise de confiance il participe à l'effort collaboratif des autres acteurs de soins.

Dr Jocelyne BOREL-KUHNER

Praticien Hospitalier

Qualifiée en Médecine générale, d'urgence et catastrophe, toxicologie et pharmacologie clinique, médecine de montagne et d'altitude, médecine de méditation et neurosciences
Chef de service des Urgences /UHCD

- (1) Soigner par Les Thérapies psychocorporelles- 2015- ed DUNOD ch 22 ; J.Borel-Kuhner <http://medias.dunod.com/document/9782100728824/Feuilleter.pdf>
- (2) ONDU (observatoire national de la douleur) Projet SFMU-MEAH http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_944119/gp292
- (3) S.Guéant, A.Ricard-Hibon, J.Borel-Kuhner-, A.Taleb. U d'Argent -Congrès Urgences 2010,
- (4) S.Guéant, J.Borel-Kuhner, A.Ricard-Hibon, A.Taleb- EJA 2011
- (5) IDYT Mémoire « de la douleur à la souffrance » J.Borel-Kühner – 2012 <https://www.yumou.com/fr/document/view/17477089/...douleur.../5>
- (6) Pr Bertchy– Université Strasbourg .Faculté Médecine.
- (7) Black DS et coll, psychoneuroendocrinology, Yogic méditation reverse NF-KB 14 July 2012
- (8) Bourgeois L, Monconduit L, Villanueva L, Bernard JF, Parabrachial internal lateral neurons convey nociceptive messages from the deep laminae of the dorsal horn to the intra-laminar thalamus. J Neurosci 2001 ; 21 : 2159-65
- (9) Lutz A, McFarlin D.R, Perlman D.M, Davidson R.J. Altered anterior insula activation during anticipation and experience of painful stimuli in experts meditators. 2012.
- (10) Nègre I. Méthodes non médicamenteuses dans la douleur : compréhension actuelle. Douleurs. juin 2013 ; 14, (3) :111-118
- (11) Zeidan F, Martucci KT, Kraft RA, Gordons NS, & coll. Brain mechanisms supporting the modulation of pain by mindfulness meditation. J Neurosci 2011; 31(14):5540-48

COMMENT ADRESSER UN PATIENT ?

Patient(e) adulte < 75 ans

Atteint d'une pathologie rhumatismale inflammatoire authentifiée suivie et traitée en phase chronique et toujours algique.

Explications minimales au patient (devra être participatif dans la prise en charge.)

Si le patient est d'accord alors :

- une **lettre de renseignements** et du **traitement suivi**,
- La prise de rendez vous se fait au **01 34 06 62 00** (*demande de consultation Yoga-thérapie Dr Borel-Kuhner*).



L'hôpital Simone Veil labélisé centre expert en chirurgie métabolique et de l'obésité

L'hôpital Simone Veil a été reconnu comme centre expert en chirurgie métabolique et de l'obésité par la SO.FF.CO.MM (Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques).

Si la prise en charge **chirurgicale de l'obésité morbide** est pratiquée à l'hôpital Simone Veil depuis une dizaine d'années, depuis 3 ans, le nombre d'interventions réalisées dans le service de chirurgie digestive a augmenté à un rythme de 50 % par an suite à l'**optimisation de l'offre de soins** avec l'arrivée de nouveaux chirurgiens aux parcours spécialisés en France et aux Etats Unis, à la modernisation

des installations et du plateau technique et à l'acquisition de nouvelles techniques médico-chirurgicales (tables opératoires et balances électroniques pour les patients pesant plus de 250 kilos, entre autres).

Toutes les techniques chirurgicales validées par la HAS, voire les interventions dites de révision ou de conversion (by-pass gastrique en sleeve gastrectomy ou vice-versa, entre autres) pour échec ou complications, sont actuellement réalisées dans le service.

Dr Nelson TRELLES

Praticien Hospitalier - Chirurgien des Hôpitaux
Chirurgie Générale, Métabolique et Oncologie Digestive



En projet ... une HAD gériatrique de territoire

A l'heure où l'on demande aux hôpitaux de proposer des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, le développement de l'hospitalisation à domicile est une stratégie forte qu'a décidé d'adopter l'hôpital Simone Veil. **Un projet d'HAD gériatrique a été déposé en novembre dernier à l'autorité de tutelle.**



Le déploiement d'une HAD, lien entre la ville et l'hôpital, s'inscrit dans une perspective territoriale avec la mise en place du futur groupement hospitalier de territoire (GHT) entre les hôpitaux d'Eaubonne-Montmorency et d'Argenteuil. Il s'appuie également sur une collaboration étroite avec les partenaires historiques des deux hôpitaux :

- Les partenaires libéraux (médecins, IDE, kinésithérapeutes) réguliers des deux hôpitaux.
- Les structures extra-hospitalières faisant partie intégrante de la fédération de gérontologie du territoire 95-1 (*le réseau Joséphine en cours de regroupement avec le ROA, les CLIC (Val et Forêt et rives de Seine), la MAIA, l'ADSSID, EPINAD et l'association Re-Source*).
- Les services de soins à domicile communaux hors fédération mais partenaires des deux hôpitaux.
- Le Réseau gérontologique inter-établissements du Val d'Oise (Régies95), associant les EHPAD conventionnés du département.
- Les services d'hospitalisation à domicile déjà en place (Santé Service, mais aussi l'HAD de l'AP-HP en recherche de relais sur le territoire).
- L'équipe mobile de psychogériatrie intervenant dans les EHPAD et rattachée à l'hôpital Simone Veil.
- l'équipe mobile de soins palliatifs intervenant dans les EHPAD
- Les cliniques privées (clinique des Sources, clinique du Château d'Herblay, clinique Mirabeau) au sein de la filière gériatrique labellisée.

Une HAD priorisant les secteurs non couverts par l'offre actuelle.

L'hôpital Simone Veil dispose actuellement d'une autorisation d'HAD mise en œuvre pour une activité de médecine physique et de réadaptation (MPR). **Le projet propose une offre multi-thématique à destination des malades qui sortent aujourd'hui du champ des autres HAD.**

Il prévoit notamment :

- Le développement de cette activité spécifique de MPR, tant à domicile qu'en EHPAD.
- L'implantation de l'activité d'HAD en EHPAD avec le soutien du Régies95 et en particulier avec les établissements ayant passé une convention avec les hôpitaux.
- La prise en charge des personnes malades et isolées à domicile en partenariat avec les CLIC, les réseaux, la MAIA, les services sociaux et les services d'aide à domicile.
- L'implantation dans les foyers logements et les résidences senior insuffisamment médicalisés.
- Le partenariat étroit avec les SSIAD pour couvrir leurs besoins en cas d'aggravation pathologique et éviter le recours à une hospitalisation traditionnelle.

La rapidité de déclenchement de la prise en charge et l'intégration dans le maillage de soins territorial représentent deux éléments importants de ce projet d'HAD.

Une montée en charge progressive

Avec 20 places en janvier 2016, la montée en charge se fera progressivement, avec 30 places en mars 2016 puis 50 en fin d'année. L'établissement s'est fixé un objectif de 100 places en 2017. La zone d'intervention envisagée est le sud Val d'Oise (zone 95-1) de Domont à Bezons.

Un projet en cohérence avec le projet médical d'établissement

L'HAD sera organisée autour des 3 files actives MPR, gériatrique et palliative. La population prise en charge sera majoritairement âgée et polyopathologique. L'HAD visera les personnes malades aux besoins de santé complexes, avec des problèmes médico-sociaux intriqués. La majorité des patients devra présenter une perte d'autonomie marquée avec un indice de Karnofsky < 50%.

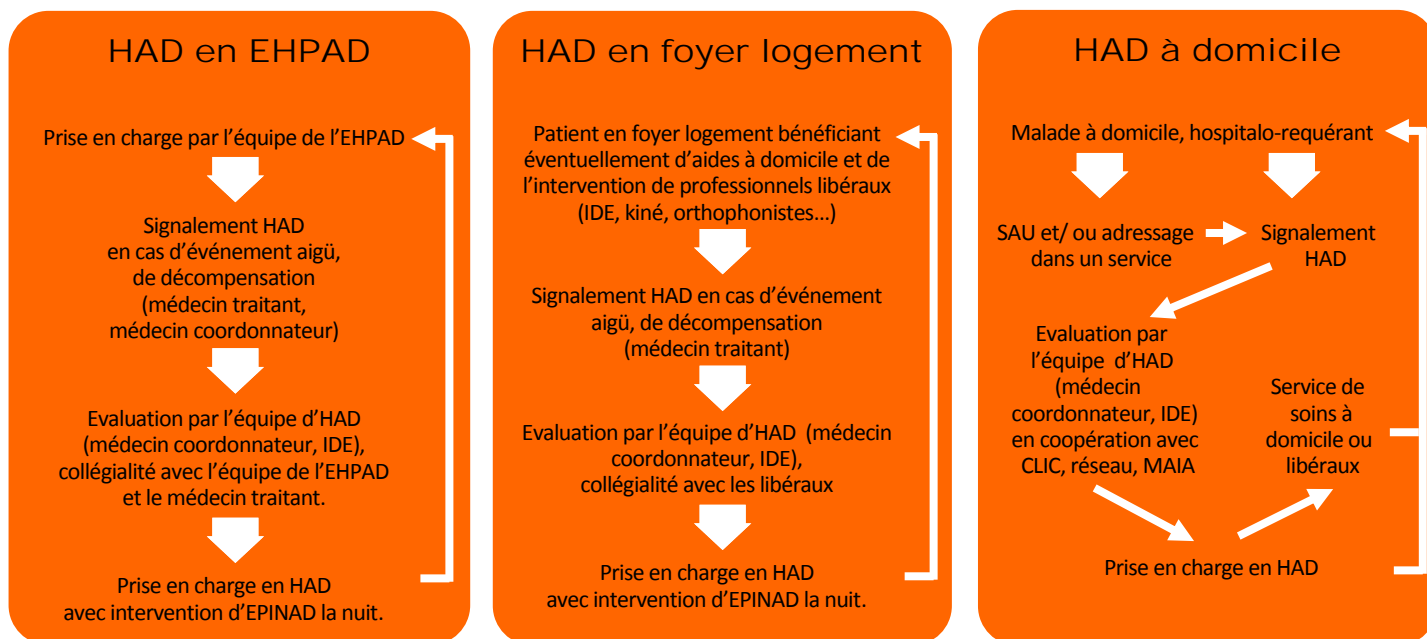
La démarche de soins concernant les malades âgés comportera notamment les points suivants :

- L'évaluation de l'autonomie (ADL, GIR, Karnofsky) et les besoins dans la vie courante.
- L'analyse des pathologies contribuant à la perte d'autonomie et les solutions thérapeutiques possibles (apport pratique de l'HAD).
- L'étude de la fragilité spécifique du malade, y compris sociale, ainsi que les risques à prévenir (évaluation de la possibilité d'une éducation thérapeutique).

Le projet d'HAD s'inscrit donc pleinement dans la dynamique de développement des alternatives à l'hospitalisation tout en s'adaptant aux besoins de santé de son bassin de population.

Dr Bruno FROGER

Médecin coordonnateur de l'HAD gériatrique et palliative.



Un parcours patient simplifié avec le paiement direct des consultations



A fin de simplifier le parcours du patient et d'améliorer les recettes hospitalières, le paiement direct, sur place, des consultations de Chirurgie et de Médecine a été déployé depuis le 1er octobre dernier.

Ce choix résulte de l'expérimentation positive opérée précédemment au sein des consultations médico-chirurgicales d'ORL et d'Ophtalmologie.

Ce dispositif repose sur l'outil « **carte navette** » et sur la présence d'un agent de 9h00 à 17h00, dans chaque secteur de consultation, assurant d'une part l'accueil du patient par la création de son dossier administratif et d'autre part l'encaissement (hors numéraire) de sa consultation et/ou de ses examens.

Cette démarche s'inscrit directement dans les recommandations de la Facturation Individuelle des Etablissements de Santé (FIDES) qui débutera dans notre établissement en février 2016. Ce nouveau mode de facturation impose aux établissements de santé une maîtrise rigoureuse dans la récupération des droits à l'Assurance Maladie des patients et des codages d'actes exhaustifs.

Désormais, le patient dispose donc de **plusieurs modalités de paiement** de ses consultations et examens :

➤ **IMMÉDIATEMENT :**

- sur place, directement dans les pignons des consultations (3 points d'encaissement), après son rendez-vous,
- aux guichets d'Accueil Administratif du Patient (AAP) (4 points d'encaissements, admissions et urgences incluses).

➤ **À DOMICILE**, après réception, de l'avis des sommes à payer envoyé par la Trésorerie :

- via notre site internet (www.hopital-simoneveil.fr) grâce au module TIPI (titres payables sur internet),
- par voie postale,
- directement au guichet du Trésor Public.

Pascale HOANG

Directeur adjoint chargée des affaires générales, de la qualité et de la gestion des risques

Vous avez dit carte navette ?

La CARTE NAVETTE est un nouvel outil développé par l'hôpital Simone Veil.

Elle est remise par les agents d'accueil administratif à chaque patient lors de sa première consultation ou examen. Par la suite, une fois le rendez-vous pris auprès de la secrétaire médicale, il suffit au patient de venir le jour J avec sa carte navette et sa pièce d'identité. **Il n'est plus nécessaire de s'adresser aux agents d'accueil pour obtenir la fiche de circulation : le patient peut se rendre directement à sa consultation ou à son examen.**

La CARTE NAVETTE est nominative et valable 1 an.



Création d'un espace SNOEZELEN dans le service de pédopsychiatrie

Depuis le 15 septembre 2015, l'hôpital Simone Veil dispose d'un espace « Snoezelen* » dans un des services de pédopsychiatrie. Il est situé sur le pôle Femme enfant au 4ème étage du bâtiment Elisabeth Bourgeois. Le co-financement de la **Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France** (opération «*pièces jaunes*») et de notre établissement, ainsi que l'arrivée dans de nouveaux locaux, ont permis la réalisation de ce **lieu dédié à la stimulation multi-sensorielle**.



Créé il y a 40 ans par deux éducateurs néerlandais, Snoezelen est avant tout une pratique s'appuyant sur les capacités d'échanges sensoriels. Elle utilise la stimulation des différents sens visant à établir une relation et permet de vivre une expérience sensorielle et constructive. Ce lieu d'accueil bien traité est conçu pour pouvoir cibler les stimuli sens par sens, notamment au travers d'effets lumineux, de jeux de couleurs, de sons, de musiques, de senteurs, etc.

Il s'adresse aux patients du service de pédopsychiatrie qui reçoit **des enfants de 0 à 16 ans présentant des troubles de la relation associés parfois à des troubles du comportement**.

Les stimulations extérieures peuvent susciter chez ces enfants et adolescents des débordements émotionnels, les plaçant dans une insécurité angoissante. Cet espace Snoezelen, outil médiateur, centré autour de la sécurité psychocorporelle permettra de proposer des expériences sensorielles et corporelles progressives adaptées à « l'enfant » et ses troubles, afin de constituer une unité corporelle.

Au-delà de la méthode, l'approche Snoezelen est une démarche d'accompagnement, d'écoute et d'observation basée sur des propositions de stimulation et d'explorations sensorielles privilégiant la notion de prendre soin.

Isabelle BENALI, Ingrid APPLER, Nolwen HAMAISSI
Marion TACKZYK-LYNEN, Margot JORAM
Psychomotriciennes Service Pédopsychiatrie

* Le terme « Snoezelen » est un néologisme résultant de la réunion de deux mots néerlandais « snuffelen (sentir) et doezelen (sommoler) ».

Comment prendre en charge un patient suspect d'infection due au Coronavirus du Moyen Orient ? (MERS-CoV)



Dans le contexte actuel d'épidémie non contrôlée à un nouveau coronavirus dans la péninsule Arabique depuis presque 3 ans (*Coronavirus du Moyen Orient* ou "*Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus*" - MERS-CoV), il nous est paru important de faire une mise au point sur les dernières recommandations et actualités.

Au total depuis l'apparition des premiers cas en 2012, plus de 1500 cas d'infection à MERS-CoV ont été documentés.

La létalité s'établit à 38%. La plupart des cas ont été identifiés au Moyen Orient (86%), principalement en Arabie saoudite (77%). La grande majorité des cas identifiés dans d'autres pays ont été exposés dans la péninsule Arabique, ou sont des cas secondaires à ces cas importés.



Des cas d'importation ont été décrits dans 20 pays de différents continents. Le foyer épidémique de la Corée du Sud a compté 185 cas, dont 36 patients décédés (létalité d'environ 20%).

Il est important de rappeler **la transmission de cette infection nosocomiale** (autre patient et personnel soignant), principal mode de dissémination du MERS CoV à l'heure actuelle. **Dans les dernières études, 20% des patients sont des professionnels de santé.**

Agent pathogène et pathologie

- **Agent pathogène** : Virus à ARN de la famille des Coronaviridae genre beta-coronavirus, de lignage C, proche du coronavirus du SRAS à l'origine de l'épidémie de 2003 (774 décès). Il appartient au groupe 3 des agents biologiques et, depuis juin 2015, a été classé dans les micro-organismes et toxines hautement pathogènes (MOT).
- **Transmission** : la source du virus n'est pas connue mais l'hypothèse d'une transmission zoonotique par l'intermédiaire des camélidés au Moyen-Orient est privilégiée. La contamination interhumaine par voie respiratoire est amplifiée en milieu hospitalier et intrafamilial. Jusqu'à ce jour une contamination interhumaine soutenue n'est pas constatée. Le délai d'incubation moyen est de 5,5 jours, allant jusqu'à **14 jours**.
- **Pathologie** : toux, autres signes respiratoires, et fièvre sont les symptômes principaux. La pneumopathie n'est pas systématique.

1- Critères cliniques : Symptomatologie respiratoire aigue fébrile

La présentation peut aller d'une forme bénigne (syndrome pseudo-grippal) à un tableau plus complet de pneumopathie, voire plus grave avec insuffisance respiratoire aigue

- Une présentation uniquement extra-respiratoire est possible : signes digestifs, autre atteinte ou défaillance viscérale ou multi-viscérale, d'autant plus si le patient présente des comorbidités.
- A noter par ailleurs l'importance des comorbidités sous-jacentes, notamment d'une immunodépression, qui semblent être un facteur favorisant du développement des tableaux cliniques les plus graves.

&

2- Critères épidémiologiques d'exposition dans les 14 jours précédant le début des signes cliniques (zones géographiques considérées comme à risque : Arabie Saoudite, Bahreïn, Emirats Arabes Unis, Irak, Iran, Jordanie, Koweït, Oman, Qatar, Yémen - source InVS 03/09/2015)

Les formes graves sont plus souvent constatées chez des personnes immunodéprimées, ou ayant des pathologies chroniques sous-jacentes comme un diabète, une insuffisance cardiaque ou respiratoire.

Les formes cliniques graves associent un **syndrome de détresse respiratoire aigue**, et parfois une **insuffisance rénale**

aigue, avec une nécessité fréquente de recours à l'oxygénothérapie transmembranaire extra-corporelle (ECMO) et à la dialyse.

- **Confirmation du diagnostic microbiologique** : avant de réaliser les prélèvements ou un examen clinique, le soignant assure sa protection en respectant l'association de PC de type « Air » et de type « Contact ».
- **Ecouvillonnage nasal ou pharyngé**
Prélèvements de sang : 1 tube sec et 1 tube EDTA (pour sérologie et charge virale sérique)
- **Traitement** : essentiellement traitement symptomatique de la détresse respiratoire et éventuellement d'une insuffisance rénale associée. Il n'y a pas de traitement antiviral spécifique.
- **Désinfection des matériels** : le coronavirus est sensible à l'hypochlorite de sodium (eau de Javel) à 0,1 %, aux composés organochlorés à 0,1 %, aux iodophores à 10 %, à l'éthanol à 70 % et au glutaraldéhyde à 2 %. Ce virus est résistant aux composés d'ammonium quaternaire à 0,04 % et aux dérivés phénoliques.

Dr Lise EL-HAJJ

Responsable de l'unité de Maladies Infectieuses et Tropicales

1- DEPISTER & PROTEGER

Patient suspect = Manifestations cliniques ET Exposition compatibles

Mesures à mettre en place dès la suspicion évoquée :

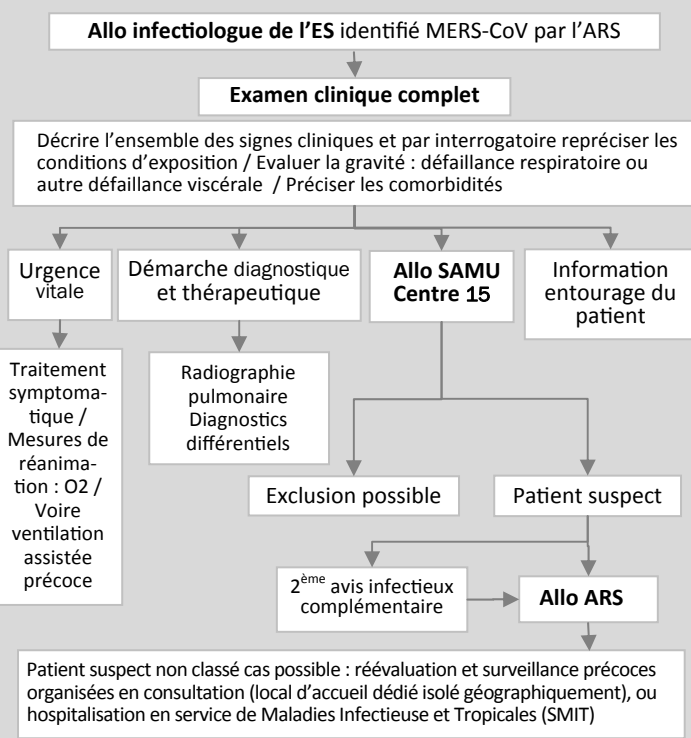
- **Pour le patient** : friction des mains par SHA et port d'un masque chirurgical
- **Pour le soignant** : Précautions respiratoires, avec précautions contact et port d'une protection oculaire. En France, les **précautions type AIR** ont été retenues (masque FFP2).

Démarche à mettre en œuvre au plus vite : dès le dépistage d'un patient suspect : Allo infectiologue de l'Etablissement de Santé (ES) identifié MERS-CoV par l'ARS.

Principaux diagnostics à envisager à 3 niveaux devant :

- **la fièvre** : autre virose banale/grippe, infection urinaire haute, typhoïde, arbovirose (fièvre de la vallée du rift, fièvre West Nile, fièvre à phlébotomes), brucellose aiguë (endémique dans cette zone), paludisme (très peu probable mais quelques pays de la liste sont endémiques notamment pour Plasmodium vivax)
- **le syndrome respiratoire** : pneumopathie bactérienne (dont légionellose) ou virale autre
- **la diarrhée fébrile** : salmonellose mineure et autres causes de diarrhée du voyageur.

2 - PRISE EN CHARGE par le 1er médecin qui voit le patient :



3 - ORIENTER

Le patient classé cas possible doit être orienté dans l'établissement de santé (ES) identifié MERS-CoV pour prise en charge diagnostique et thérapeutique comportant notamment la documentation de l'infection à MERS-CoV.

De façon générale, tout doit être fait pour éviter le passage dans un service d'accueil des urgences.

En cas de transfert nécessaire du patient, celui-ci sera organisé en lien avec le SAMU-Centre 15 :

- **En cas de signes de gravité**, prise en charge précoce dans le service de réanimation adapté de l'ES identifié MERS-CoV
- **En l'absence de signes de gravité**, hospitalisation dans le SMIT de l'ES identifié MERS-CoV par l'ARS.



Vigilance renforcée pour les patients de retour des pays où surviennent des cas.

Devant tout tableau clinique compatible, notamment fébrile et respiratoire voire digestif, il est essentiel de rechercher à l'interrogatoire la notion d'exposition et d'en préciser la nature et le délai avant l'apparition des symptômes.



Mouvements au sein de la communauté médicale

Nominations

Mai 2015 :

Le **Docteur Damien POURRE** a été nommé chef de service de **Chirurgie orthopédique et traumatologique** le 4 mai 2015.

Le **Docteur Martine BOURLIER**, a été nommée chef de service de **Pédopsychiatrie** le 18 mai 2015.

Le **Docteur Luc CAUDAN**, a été nommé chef de service de **Réanimation** le 18 mai 2015.

Septembre 2015 :

Le **Dr Sophie GAYNO**, arrivée le 08 septembre 2015, a été nommée **Chef du service de Gastro-entérologie**.

Arrivées de nouveaux médecins

Service d'ADDICTOLOGIE :

- Arrivée du **Dr Ionela Emilia DINA**, praticien hospitalier, le 21 septembre 2015.

Service d'ANESTHESIE :

- Arrivée du **Dr Walid DJEMEL**, praticien attaché associé, le 1er juillet 2015.

Service de CARDIOLOGIE :

- Arrivée du **Dr Irina SPINU**, assistant spécialiste, le 1er novembre 2015.
- Arrivée du **Dr Houzefa CHOPRA**, assistant spécialiste, le 2 novembre 2015.

Service de CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE :

- Arrivée du **Dr Stéphane BLANC**, praticien hospitalier, le 24 août 2015.

Service de DIABETOLOGIE :

- Arrivée du **Dr Fatma HARZALLAH**, praticien attaché associé, le 2 mars 2015.
- Arrivée du **Dr Anissa MOUFFOK MEZIANI**, praticien attaché associé, le 01 septembre 2015.

Service de GYNECOLOGIE :

- Arrivée du **Dr Frikia FLIH-BELMADI**, praticien hospitalier, le 1er juillet 2015.
- Arrivée du **Dr Catherine RIEHL DUVINAGE**, praticien hospitalier, le 25 août 2015.

- Arrivée du **Dr Racha DAOUD**, praticien attaché associé, le 2 novembre 2015.
- Arrivée du **Dr Vincent VILLEFRANQUE**, praticien hospitalier, le 1er novembre 2015.

Service de MEDECINE GERIATRIQUE AIGUË :

- Arrivée du **Dr Nadège LEMARIE**, praticien hospitalier, le 2 novembre 2015.

Service de MEDECINE PALLIATIVE :

- Arrivée du **Dr Noella RODENBUCHERT**, assistant spécialiste, le 1er novembre 2015.

Service de MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION :

- Arrivée du **Dr Thouraya BOUAZIZ**, praticien attaché associé, le 07 septembre 2015.

Service de NEONATOLOGIE :

- Arrivée du **Dr Souaïbou KEITA**, praticien hospitalier, le 1er mars 2015.

Service de NEUROLOGIE :

- Arrivée du **Dr Daniela FERRARI**, praticien hospitalier, le 18 juillet 2015.

Service d'OPHTALMOLOGIE :

- Arrivée du **Dr Mohamed Maher HAOUAS**, assistant spécialiste, le 1er novembre 2015.

Service d'ORL :

- Arrivée du **Dr Béatrice MADERO**, assistant spécialiste, le 2 novembre 2015.

Service de la PHARMACIE :

- Arrivée du **Dr Lalla AIT BOUHRIM**, assistant spécialiste, le 2 novembre 2015.

Service de PEDO-PSYCHIATRIE :

- Arrivée du **Dr Marie BATIER**, assistant spécialiste, le 2 novembre 2015.

Service de PNEUMOLOGIE :

- Arrivée du **Dr Hafeda ROSTANE**, praticien attaché associé, le 4 mai 2015.
- Arrivée du **Dr Boualem BOUTEMEUR**, praticien attaché, généraliste, le 4 mai 2015.
- Arrivée du **Dr Sara RABIA**, praticien attaché associé, le 2 novembre 2015.

Service des URGENCES :

- Arrivée du **Dr Patricia MEYER FUHRER**, praticien contractuel, le 14 septembre 2015.

Départs à la retraite

- **Dr Odile GORRE**, Praticien Hospitalier en Anesthésie, (le 01/07/2015)

Vous voulez réagir ? Vous souhaitez un éclairage particulier ?

Contactez notre **SERVICE COMMUNICATION** : Patricia Dardaine

Tel : 01 34 06 60 04 - Fax : 01 34 06 60 06 / communication@ch-simoneveil.fr