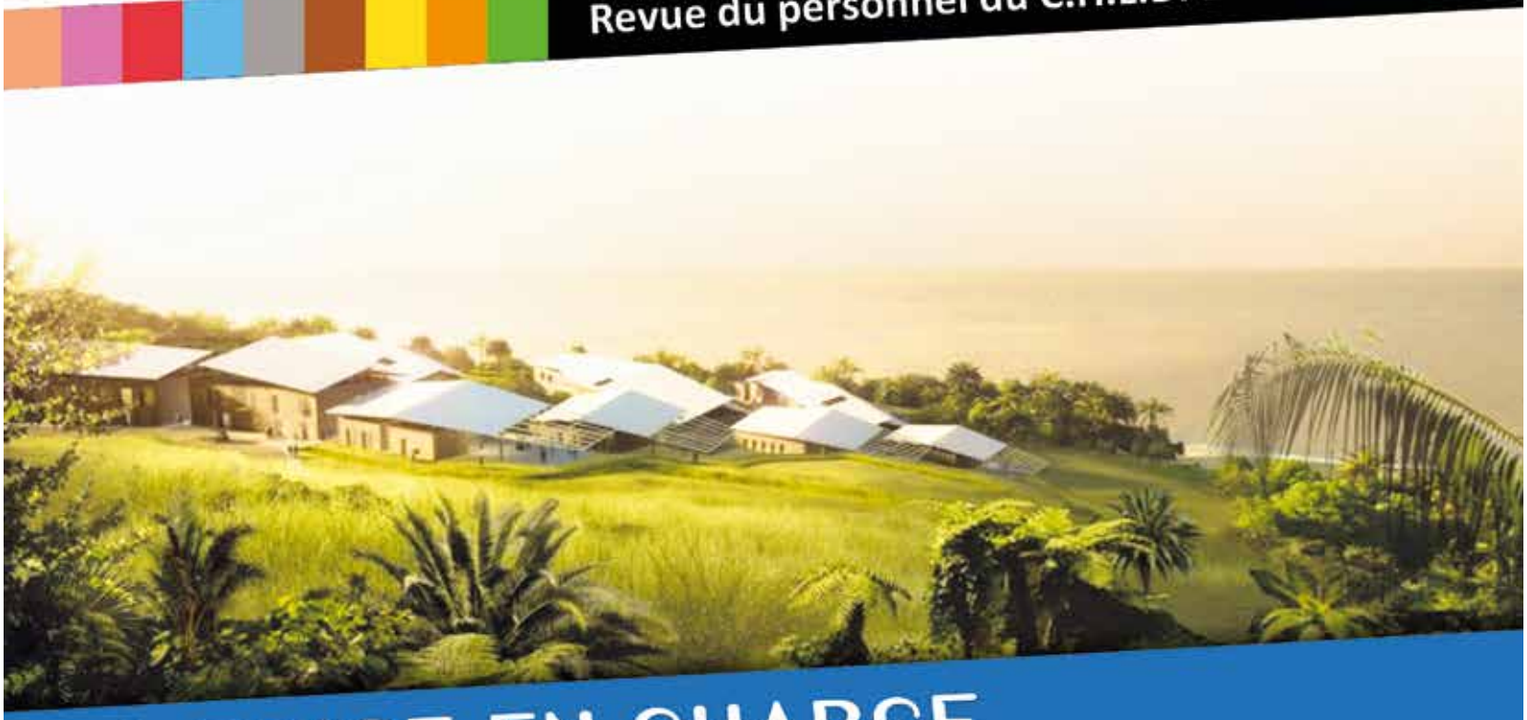
CHRONIQUES SOUS LE VENT

CSLV N°10 | JUIN 2015

Revue du personnel du C.H.L.D. BEAUPERTHUY



LA PRISE EN CHARGE EN UNITÉ D'ALCOOLOGIE

- **ASSEMBLEE GENERALE DU PERSONNEL :**
  Un exercice de démocratie
- **Allez, à l'eau !**
  L'EAU CETTE RESSOURCE PRÉCIEUSE

Editorial

Vers le changement !

Les Voeux du Directeur, Amour, accomplissement personnel et professionnel, ont vite été mis à mal par de fortes turbulences, mais la traversée de l'année 2015 se fera tout de même, malgré tensions et moult difficultés, car… *ainsi va la vie !*

En 2015 nous verrons donc, comme annoncé lors de l'Assemblée Générale du 23 Février 2015, le basculement des services de soins vers les nouveaux bâtiments : G2 le plus proche de la mer pour l'USSUD et l'USSRA ; G1, dans le prolongement des Addictions, pour l'HAD ; le rez-de-chaussée du bâtiment F2 pour l'USLD et une partie de l'USSRG et à l'étage, l'autre partie de l'USSRG et le SSRPCI ; avec une adaptation provisoire des capacités en SSRPCI (16 lits) et USSRG (16 lits), le projet ayant été redimensionné.

D'autres chantiers importants devront aussi aboutir :

- La mutualisation avec le CH M. SELBONNE, pour oeuvrer ensemble à l'amélioration de l'offre de soins en Côte sous le Vent
- La rédaction du Projet Médical, intégrant obligatoirement la dimension de la qualité de prise en charge, pour répondre aux recommandations et lever les réserves émises par la HAS, suite à la démarche de Certification de l'établissement en 2014
- L'informatisation du Dossier de soins
- La mise en service de l'outil de gestion du temps de travail
- Le plan de formation
- Le développement du module d'accès direct au dossier administratif individuel…

2015 sera donc une année riche en évènements intenses, utiles et profitables…

Puissions-nous tous en bénéficier également !

Sommaire

QUESTIONS D'ACTUALITÉ

3 : La direction commune
4 : Un groupement hospitalier d'achats

VIE DE L'HÔPITAL

5 : Journée portes ouverte HAD
Centenaire de M. GARNIER
6 : Consultations avancées de gynéco
Semaine bleue 2014
7 : Assemblée générale du personnel

TEMPS FORTS

8 / 9 : Retour d'expériences :
Intervention agents à Avignon
9 : Karine PETRUS : des formations sur la douleur
10 : 18è conférence des FHG
Culture et santé : semaine du livre

QUALITÉ – CERTIFICATION

11 : Le PAQSS 2015

DOSSIER : Thème : Prise en charge en Unité d'alcoologie
12 - 13 - 14 – 15 – 16 : Thérapies comportementales et cognitives…
Les stades de la dépendance de Prochaska
Organisation de la prise en charge
L'évaluation psycho-thérapeutique en unité d'alcoologie
L'accompagnement social en unité d'alcoologie : une prise en charge hétéroclite
16 : Des professionnels de l'addictologie se forment au CHLDB

PROSPER

17 : Une vue sur les nouveaux bâtiments

RESSOURCES HUMAINES

18/19 : L'Ergothérapeute
Fiche métier : l'ergothérapeute
Représentation du personnel dans les instances : CTE et CAPL
Mouvement du personnel

PAROLES D'AGENTS

20 : Nos retraités racontent : Mme Flora GUILLAUME
21 : Clin d'œil : Noura SNACEL a une bien piquante passion

NOTRE BIEN-ÊTRE

22 – 23 : Allez, A l'eau – l'eau une ressource précieuse

CULTURE LOISIRS

24 - 25 : L'arbre à pain, Arbre de vie…et de survie
26 : Un peu de détente :
Morceaux choisis – Musique - SUDOKU
27 : Retour en image….

Directeur de publication : M. Eugène GUIRIABOYE, Directeur du CHLD Beauperthuy

Comité de rédaction : Philippe RACON, Gilberte EUGENIE - Secrétaire de rédaction : Myrian COPHY, Lucie RIVIER, Gladys JEAN, Rolande ZENON, Gerty DHAUSSY, José BIABIANY

Ont collaboré à ce numéro : Frédéric BROUZES, Emmanuelle WACK-MOLINA, Noura SNACEL, Karine PETRUS, Jean-Yves RAKOTOMALALA, Muriel PAYA, Flora GUILLAUME, Brigitte JEAN, Evelyne RAABON, Tania ALBINA

Conception graphique : KARUKERA IMPRESSION – **Impression** : KARUKERA IMPRESSION

Crédit photos : Cellule de communication – Contact CHLDB : Tél. : 0590 80 59 59 - Fax : 0590 80 59 27 - Site : www.chldb.fr

La direction commune

Véritable opportunité pour les établissements de la côte sous-le-vent

La coopération est devenue un enjeu fondamental dans le secteur sanitaire et médicosocial. Si la direction commune se justifie pour des raisons structurelles telles que la restructuration et la rationalisation de l'offre de soins, elle se justifie aussi pour des raisons conjoncturelles telles que la meilleure maitrise d'une réglementation financière et économique de plus en plus exigeante, une informatisation galopante des établissements de santé et pour mieux maitriser des dépenses au regard de la situation financière nationale.

En effet, les difficultés de recrutement dans certaines spécialités médicales, l'importance des coûts justifient le recours à des montages juridiques novateurs qui permettent la mutualisation des moyens et la recherche d'économies d'échelle dans la gestion quotidienne des établissements.

Formule de coopération récente, la direction commune demeure un mode de coopération souple qui peut produire un impact favorable sur les établissements concernés.

Un mode de coopération souple

Pour mettre en place une direction commune entre deux ou plusieurs établissements, la démarche consiste à :

· Etablir une convention de direction commune datée et signée par le ou les directeurs des différents établissements,

· Obtenir les délibérations identiques des conseils d'administration et/ou de surveillance et/ou assemblée délibérante de chaque établissement,

- Présenter un organigramme de l'équipe de direction commune.

Ces éléments sont ensuite transmis à l'Agence Régionale de Santé (ARS). Le directeur général de l'ARS émet un avis sur la nomination du directeur, après avoir recueilli préalablement les avis des présidents des conseils de surveillance et/ou assemblée délibérante.

Ce mode de coopération se différencie des autres formes juridiques de coopération par une grande souplesse

La direction commune peut ainsi constituer une réponse adaptée aux difficultés rencontrées par certains établissements face à la raréfaction des ressources humaines, matérielles et financières.

Les impacts favorables de la direction commune sur les deux établissements

- Une assise territoriale renforcée

La convention de direction commune peut permettre de mieux asseoir les spécialités des établissements de la Côte sous le vent. En effet, instaurer une synergie des deux établissements par une simple convention permet de mieux fluidifier le parcours du patient en mettant à sa disposition une plateforme multi filières de soins.

- Le maintien des deux structures dans le paysage sanitaire de la Guadeloupe

L'instauration de la direction commune permet à chaque établissement de conserver son autonomie juridique et financière. Cet aspect est essentiel car il permet de ne pas fragiliser budgétairement les deux établissements.

Cette coopération permet de réaliser des économies d'échelle non négligeables. En effet, les structures hospitalières sont sujettes à de nombreux coûts cachés dus à des organisations non optimales. La mise à disposition de la technicité disponible au sein des deux établissements favorise la modernisation de la gestion des deux sous-ensembles. Les domaines de l'informatique, où les établissements disposent du même logiciel, ou encore de la restauration avec des expériences complémentaires peuvent considérablement évoluer

Dans le cadre de la certification par la Haute Autorité de Santé (HAS), la direction commune offre la possibilité de réaliser sans délai la mise en conformité de différentes fonctions logistiques par rapport aux normes actuelles. Cette condition est nécessaire pour une prise en charge de qualité des patients et un exercice professionnel sécurisé.

- Une représentativité renforcée face aux tutelles

Dans le cadre d'une direction commune, l'harmonisation des pratiques au sein des établissements coopérant confère un poids plus important en matière de négociation face aux tutelles. C'est aussi l'occasion de conforter l'offre de soins des structures sur le territoire de manière concertée et de renforcer les équipes.

La direction commune offre un cadre juridique souple et constitue une véritable opportunité pour les établissements de la côte sous le vent dans une logique de renforcement de leur position dans le paysage sanitaire et médicosocial sur le territoire de santé.

Philippe RACON,
DRH

Un groupement hospitalier d'achats

Augmenter le niveau de performance des hôpitaux de la Guadeloupe

Dans la continuité de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), la communauté hospitalière poursuit sa modernisation. Les pouvoirs publics ont pris conscience du fait que les achats, qui constituent aujourd'hui le deuxième poste de dépense des établissements après celui de la masse salariale, jouent un rôle essentiel à l'hôpital.

Selon le ministère chargé de la Santé, les achats effectués par les hôpitaux représentent 18 milliards d'euros par an, dont 60 % d'achats médicaux.
Les services publics vivent aujourd'hui à l'heure des économies. Dans une situation de contraintes budgétaires accrues, il faut trouver de nouveaux relais et travailler sur l'organisation de la fonction achats.

Le programme national PHARE

Pour aider et accompagner la structuration de la fonction achats au sein des hôpitaux, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a lancé un programme national en octobre 2011 baptisé « Performance Hospitalière pour des Achats REsponsables » (PHARE).

L'objectif de ce programme est de dégager des « économies intelligentes », c'est-à-dire, mieux acheter pour donner des marges de manoeuvre supplémentaires aux hôpitaux, dans un contexte général de réduction budgétaire. Tout cela, en conservant le niveau actuel de prise en charge des patients.

La maîtrise des coûts dans un contexte budgétaire contraint devrait favoriser des marges de gain non négligeables pour les hôpitaux. A l'horizon des 3 ans, 910 millions € de gains achat sont attendus.
Pour la Guadeloupe et les Iles du Nord, l'objectif théorique de gains achat est globalement de 6% des achats des Etablissements Publics de Santé (EPS), en exploitation comme en investissement.

Un axe de progrès

A l'hôpital, beaucoup d'acteurs sont concernés. La fonction achat est le plus souvent éclatée entre la direction des services économiques, les médecins et les pharmaciens, le responsable des travaux, du responsable informatique, du système d'informations, de la direction des ressources humaines….
Le programme PHARE ne vise pas seulement à la réalisation de gains par les hôpitaux mais également à augmenter leur niveau de performance.
A l'échelle régionale, une réflexion commune est menée depuis plusieurs années pour élaborer un plan d'actions sur les différents segments d'achats susceptibles de générer des économies.
Une convention constitutive d'un groupement d'achat est en cours d'élaboration. Il intégrera l'ensemble des hôpitaux de Guadeloupe avec un domaine de compétence pour chacun – DASRI, fret aérien et maritime, produits absorbants etc…- Sa signature devrait intervenir lors d'une réunion avec la Fédération Hospitalière de Guadeloupe (FHG)

Concrètement, il s'agit d'activer l'ensemble des leviers d'un achat « réussi » par :

- la négociation des prix des produits achetés, en vue d'obtenir des prix raisonnables et justifiés ;
- la standardisation des produits achetés, qui évite généralement les surcoûts liés à des produits trop spécifiques ou trop pointus ;
- le raisonnement en coût complet, favorisant l'anticipation sur le cycle de vie des produits achetés, sur leurs conditions précises d'utilisation ou d'installation et sur leur maintenance ;
- l'activation du marché fournisseurs, qui nécessite une bonne connaissance des produits disponibles sur le marché et permet de faire jouer la concurrence entre fournisseurs, de détecter les innovations…

Gilberte EUGENIE,
Assistante de communication

Hospitalisation à domicile :
La journée portes-ouvertes a tenu toutes ses promesses

De nombreux professionnels étaient présents à cette journée du 2 octobre 2014 pour apporter au public des informations sur les services proposés par l'Hospitalisation A Domicile (HAD).

En partenariat avec le CCAS de Ste-Rose, la question de la collaboration avec l'HAD pour allier le soin et le social, était le fil conducteur de la journée.
Des partenaires oeuvrant pour la prise en charge et la promotion du confort du patient à son domicile, ont fait la démonstration de leur professionnalisme dans des domaines variés.
Les nouvelles techniques de traitement des plaies (diabète, problèmes de vascularisation), ont été présentées avec la Vacthérapie.
La société Vitalaire a montré toute la technicité et le suivi de ses prestations auprès des patients concernés par la mise en place de l'Oxygène au domicile.

Des informations de prévention ont été données sur l'hypertension artérielle par l'équipe d'HTA-GWAD, du CHLDB, avec des prises de tension et des conseils tout au long de la journée.
Des informations sur l'hygiène alimentaire, les produits et matériels utilisés en HAD, ont été présentés par un laboratoire partenaire et une diététicienne. Des contrôles de la glycémie capillaire ont été effectués au cours de la journée.
Les démarches à suivre pour l'admission et la prise en charge du patient en HAD, ainsi que le parcours du patient, de son admission à sa sortie, ont été explicités par les professionnels composant l'équipe du service HAD : infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, psychologue, assistantes sociales, cadre de santé, diététicienne….
Le centre de vaccination récemment ouvert au CHLDB a été présenté.
L'association de SAD KERABON Soins de Baillif a fait part de son expérience sur la prise en charge non médicamenteuse des patients Alzheimer à domicile.
Les consultations avancées de Gynécologie-Obstétrique, pratiquées depuis peu au CHLDB, ont fait l'objet d'une communication et s'avèrent être une réponse à un besoin de santé publique sur le Nord Basse-Terre et la Côte sous le Vent .

Brigitte JEAN,
Cadre supérieur de santé en HAD

Anniversaire
M. Lazare Bertin GARNIER : Un centenaire heureux

Hébergé dans l'Unité de Soins Longue Durée (USLD) depuis février 2012, M. Lazare Bertin GARNIER a fêté ses 100 ans le 2 septembre 2014.
C'est en présence du maire de Pointe-Noire et de sa 1ère adjointe, de la Conseillère Générale du canton représentant le Président du Conseil Général, de Mr le curé, de Mme la représentante du Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées de la Guadeloupe (CODERPAG), du médecin de l'unité et de la Direction de l'établissement que s'est déroulée cette cérémonie en son honneur.
M. GARNIER s'est dit heureux d'avoir pu partager ce moment en compagnie de sa grande famille et du personnel.

Des consultations avancées de gynécologie obstétrique au CHLDB : Une réponse à un besoin de la population

Dans le cadre de la convention de coopération signée entre le CHBT et le CHLDB, Mme Mireille ICHECK, sage-femme au Centre Hospitalier de la Basse-Terre, assure depuis le 2 octobre 2014 des consultations avancées en complémentarité avec les gynécologues du CHBT au centre bourg de Pointe-Noire.

Elle félicite la pertinence de cette installation qui répond à un besoin de la population de notre région du fait de la pénurie de professionnels médicaux et, singulièrement dans la spécialité gynécologie.
La sage-femme exerce ses compétences auprès des femmes en bonne santé et travaille en complémentarité avec le gynécologue. En cas de problème, la patiente est orientée vers le médecin.
Par la suite, elle peut continuer à être suivie selon les prescriptions du médecin, si son état le nécessite.

Ses champs d'intervention concernent :
- Préparation à la grossesse, suivi de la grossesse
- Consultations prénatales
- Préparation à la parentalité
- Entretien du 4è mois de grossesse
- Suivi social : relation avec les services sociaux pour la prise en charge des dossiers
- Regard sur l'environnement à la maison en relation avec les sages-femmes de la PMI ou libérales
- Consultations post-natales : allaitement, recadrage avec les mères.
- Orientation vers les professionnels de santé : dentiste, cardiologue, IDE scolaire
- Contraception : injections intramusculaires, pose de patch

Elle précise qu'elle intervient en complémentarité des sages-femmes libérales.
Cette initiative a été très bien accueillie par la population et son adhésion a été immédiate. Ce constat est corroboré par le nombre de personnes reçues, avec ou sans rendez-vous, depuis la mise en place de ces consultations. Les consultations avancées répondent à une forte demande d'informations d'une part et d'autre part, l'occasion d'effectuer de nombreux dépistages.

Les demandes de renseignement portent principalement sur les frottis, les examens du sein et la contraception. Mme ICHECK souligne que l'implantation de cette consultation participe à une meilleure accessibilité des soins et de la prévention à un public de jeunes filles.
Devant les nombreux besoins émergeant du terrain, elle manifeste le souhait que la pratique de la consultation avancée se pérennise et continue à se former pour mieux accompagner la population.

Les consultations ont lieu le jeudi :
La sage-femme de 8 h à 12 h
Le gynécologue de 14 h à 17 h
Pour tout rendez-vous, appelez au 0590 80 54 03 – 0590 80 54 04.

Gilberte EUGENIE
Assistante de communication

Semaine bleue : Une journée pour la mémoire

Durant la Semaine Bleue 2014, en dehors des manifestations habituelles organisées à l'intention de nos aînés de l'USLD, une journée a été consacrée à un travail sur la mémoire en permettant à nos résidents de mettre en pot diverses variétés de plantes médicinales. Une manière aussi de les mettre en contact avec la terre, raviver leurs souvenirs, réveiller leurs sensations : toucher, odorat, soutenir leur attention sur un projet. Une belle journée qui a mobilisé agents et résidents.

Assemblée Générale du personnel :
Un exercice de démocratie

Le 23 février 2015, l'ensemble du personnel était convié par le Directeur M. Eugène GUIRIABOYE à participer à une assemblée générale.

Plus de quatre-vingt-dix agents ont répondu à cette invitation dont le but était d'informer sur la situation de l'établissement. C'était l'occasion d'impulser un autre mode de communication, plus participatif *« Un vrai exercice de démocratie » s'est plu à dire M. GUIRIABOYE.*

A l'aide d'un diaporama, il a fait le tour de la situation de l'établissement et brossé le tableau des perspectives s'offrant à celui-ci :

Activités autorisées

Situé sur le territoire de santé Sud Basse-Terre, l'activité du CHLDB est déterminée dans le Programme Régional de Santé (PRS) selon les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoire prévus au Schéma Régional de l'Organisation des Soins (SROS) 2012-2016.

Situation budgétaire et financière

Pour un budget de 20,8 millions d'euros, l'établissement présente une situation déficitaire de 365 909 €

Effectif

L'hôpital a un effectif de 220,01 emplois temps plein avec une augmentation de 9,84% constatée de 2013 à 2014

Dossiers en cours

• Etude et organisation des services suite à l'audit de la charge de travail, en HAD notamment
• Informatisation du dossier de soins
• Mise en place d'un nouvel outil de gestion du temps de travail (CLEPSYDRE)
• Levée des réserves et des recommandations HAS.

PERSPECTIVES

La reconstruction :

Le délai d'exécution des travaux de la 1ère tranche n'étant pas respecté (plus de deux ans de retard), on espère, sans en être certain, que le déménagement des services aura lieu au début du dernier trimestre 2015.

Sur le plan financier, le budget prévisionnel du PROgramme Structurant Pluriannuel d'Extension et de Reconstruction (PROSPER) est dépassé. Les surcoûts dus au retard contraignent à la réduction du programme architectural.

Coopération territoriale :

Dans le nouveau projet de loi de santé, le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) ayant remplacé la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) dans laquelle l'établissement était engagé, le CHLDB adhère désormais à un groupement de commande qui regroupe l'ensemble des hôpitaux de Guadeloupe avec un domaine de compétence pour chacun.

Zoom sur la coopération de proximité :

La rencontre avec l'ARS et le CHM Selbonne du 16/01/2015 confirme :
• la politique de mutualisation entre les deux établissements
• La direction commune demeure un axe essentiel même si sa mise en place ne constitue pas un préalable aux opérations de rapprochement
• la mutualisation des fonctions logistiques et techniques (Restauration, Blanchisserie et Transports)
• les domaines de mutualisation retenus :
- Projet médical partagé, Plan de formation, Imagerie médicale, Système d'information, DIM, Fonction achats, Gestion de la qualité et des vigilances.

Une séance de questions/réponses a suivi l'exposé du Directeur.

Les interrogations du personnel portaient essentiellement sur des questions de planning, d'effectif, des travaux, le déménagement des services, les CAPL, la mutualisation avec le CHM Selbonne…

Le Directeur, le DRH, le Président de la CME, Dr CANOPE, les responsables des services techniques et informatique, financiers et qualité, le Dr PERARD et les Cadres de santé y ont apporté des réponses.

Plutôt satisfait de cette rencontre le Directeur promet d'instaurer ce type d'échanges avec le personnel une ou deux fois par an.

La Cellule de communication

Retour d'expériences : Synthèse des interventions des agents du CHLDB aux 4è Rencontres « Au coeur du parcours de soins » - Avignon 2014

Le 20 juin 2014 Dr Jean-Yves RAKOTOMALALA et Tania ALBINA IDE du service HAD, sont allés à Avignon pour partager leurs expériences lors des 4èmes rencontres « Au coeur du parcours de soins ».
Cet évènement annuel permet d'expliquer et faciliter la compréhension des grandes orientations en termes de qualité et de sécurité des soins et de prise en charge des patients.
Les thématiques abordées se sont déclinées sous forme d'ateliers traitant de divers aspects du **Parcours de soins et de la prise en charge des patients**
LES INTERVENANTS :
Dr Jean-Yves RAKOTOMALALA et Tania ALBINA, Centre Hospitalier de Pointe Noire (HAD)
Parcours de soins palliatifs et fin de vie : Plan de soins personnalisés (PSP)
Début du projet en 2013. Une réflexion a été menée sur le parcours de soins en fin de vie, après évaluation des pratiques professionnelles en ce domaine.

L'Hospitalisation à Domicile se développe de plus en plus et le nombre de personnes qui souhaitent mourir à domicile est en constante augmentation. Notre HAD se trouve confrontée à l'accompagnement des personnes en fin de vie et à l'attitude réglementaire pour faire face et éviter l'acharnement thérapeutique (la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie).

Le groupe de travail a ainsi concentré ses réflexions sur une harmonisation de la prise en charge dans le parcours de soins des personnes en fin de vie en HAD, après avoir réalisé une pertinence d'entrée dans le parcours, suivie d'un PSP.

L'accord du patient, l'acceptation de la famille et la validation du médecin traitant et du médecin coordonnateur de l'HAD, sont nécessaires pour son entrée dans le parcours. Il ne pourra en sortir qu'après réévaluation par l'équipe pluridisciplinaire de l'atteinte, ou non, de l'objectif.

L'objectif médical principal est le soulagement des douleurs physiques et autres symptômes, psychologiques et les souffrances sociales relationnelles et spirituelles. Mais il s'agit aussi de rassurer le patient et sa famille. Le PSP prend en compte diverses thématiques : la douleur, l'alimentation, l'état cutané, l'élimination fécale et urinaire, la respiration, mais aussi la souffrance morale. Le dossier du patient contient plusieurs fiches spécialisées dans tous ces domaines, qui permettent de prescrire l'alimentation adéquate à l'état du patient, des coussins de positionnement, des soins de support et de confort

Le but de ce parcours est de sauvegarder en même temps la dignité du mourant et sa qualité de vie. Nous ne pouvons faire de statistiques car à ce jour, très peu de patients sont entrés dans un PSP. Voir l'article L. 1110-10 de la loi Léonetti qui exclut explicitement l'acharnement thérapeutique.

D'autres expériences à souligner :

Présentation de l'unité péri-opératoire gériatrique (UPOG)
Pr Jacques BODDAERT, de l'hôpital La la Pitié – Salpêtrière,
Le projet de filière péri-opératoire gériatrique a débuté en 2009. Cet établissement a travaillé sur certains critères qui aujourd'hui ont pu déjà faire l'objet de statistiques
Parcours de soins et prise en charge des patients en psychiatrie
David BOUILLOT Centre hospitalier de Bélair, Charleville – Mézières
Début du projet en 2011. Le projet médical met en avant une nécessité de réorganiser la prise en charge du patient etc. Le rôle de l'équipe est toujours d'évaluer ce qui a été prescrit et de rassurer autant que possible, en plaçant la consultation CMP comme pivot de la prise en charge et l'hospitalisation complète,
TEMPS FORTS
en tenant compte de la clinique du patient. Les impacts sur la continuité des soins et la gestion des risques ont montrés une amélioration des pratiques

Dans l'atelier n°5, le **Dr Bruno BARBIN**, notre consultant pour la certification, a parlé du **patient traceur,** un nouvel outil de certification 2014-2015
Thème développé : La méthodologie d'évaluation de la maitrise des risques, des processus et des parcours de soins.
La méthode du patient traceur a pour but d'évaluer la prise en charge globale du patient dans le cadre de son parcours de soins.
Il s'agit d'une analyse rétrospective du parcours d'un patient donné au sein de l'établissement afin d'évaluer les processus de prise en charge, les interfaces entre les secteurs, la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire tout en intégrant activement le vécu du patient.
Elle participe à l'évaluation des pratiques par rapport à des référentiels de prise charge.

Dr Jean-Yves RAKOTOMALALA
Médecin référent en HAD
Tania ALBINA, IDE en HAD

DES FORMATIONS SUR LA DOULEUR ET LA DÉMARCHE PALLIATIVE

Karine PETRUS est IDE en hospitalisation à domicile, (détentrice du DU Douleur depuis 2010, Référente douleur en HAD) elle a proposé plusieurs formations dans le cadre de la prise en charge de la douleur et de la démarche palliative.

A l'occasion de la semaine du médicament en novembre 2013, j'ai préparé une intervention sur le thème : « Soulager la douleur » que je pensais être destinée aux agents, en fin de compte, je me suis retrouvée face aux usagers notamment ceux de l'USSUD qui m'attendaient de pied ferme. En effet, ces derniers trouvaient que la prise en charge de la douleur à l'hôpital n'était pas satisfaisante.

Je me suis donc retrouvée face à deux problèmes :

- revoir mes diapositives qui étaient trop médicales afin de les réexpliquer dans un langage plus adapté au public présent.
- faire comprendre qu'il y a plusieurs types de douleur, que les traitements pour y remédier sont aussi très différents et qu'en ce qui les concernait le traitement premier étaient les thérapies comportementales et non les médicaments.

Cette formation interactive avec usagers et professionnels, était une expérience très enrichissante pour eux comme pour moi.

Au cours de la certification, il m'avait été demandé de présenter des formations en lien avec la douleur et qui participent à l'évaluation des pratiques par rapport à des référentiels de prise charge :

- « Améliorer la prise en charge de la douleur induite par les soins » (critère 12a)
- « La démarche palliative » (critère 13a)

En effet, au cours de la phase d'auto évaluation, il est apparu que l'établissement n'était pas bien côté dans ces critères.

Nous avons donc redémarré le Comité de lutte contre la douleur (CLUD) et J'ai dû présenter ces formations dans tous les services.

Emaillées de débat et de questionnement, J'ai senti un grand investissement de chacun, une grande réflexion personnelle.

La démarche palliative a été pour moi un vrai challenge car ne connaissant pas ce terme, j'ai dû faire de nombreuses recherches.

Des formations sur la douleur et la démarche palliative

Il faut savoir que la démarche palliative est non seulement un projet de service mais elle doit également s'inscrire dans le projet médical et le projet d'établissement. Elle a pour objectif l'amélioration de la prise en charge et le respect des droits des patients en fin de vie tout en prenant en compte l'épuisement professionnel face aux soins palliatifs.

C'est pour cela que tout le corps médical et la direction ont été conviés à cette formation.

Tout le personnel a reçu au moins une des formations présentées. Cela a contribué à ce que l'établissement change de cotation. Il est passé de C en B au niveau du critère 12 a, et de C en B pour le service HAD.

Je sais que la bataille ne fait que commencer car le CHLDB est toujours soumis à une réserve concernant les soins palliatifs. La prise en charge des douleurs induites par les soins n'est pas encore systématique mais l'investissement du personnel à vouloir changer et améliorer ses habitudes est perceptible.

Karine PETRUS,
IDE en HAD

18È CONFÉRENCE DES FÉDÉRATIONS HOSPITALIÈRES

Le Palais des congrès de Madiana à Schœlcher en Martinique a accueilli les 23, 24, et 25 Avril 2014 la 18ème conférence des Fédérations Hospitalières des Antilles Guyane avec comme thème central « Le Parcours de soins »
Les trois régions des Antilles Guyane étaient représentées ainsi que le Québec et une délégation de la Fédération Hospitalière de France.
Une délégation composée du Directeur M. GUIRIABOYE, du Dr PERARD-BAH, de Mmes ZENON Rolande Cadre de santé, ABENAQUI-DEPORCQ Nicole déléguée syndicale, BIGOR Karine Assistante Sociale, DEHAS Katia et QUERRIN Jessica IDE, ainsi que RACON Franceline et Modeste Virginie Aides-Soignantes, représentait le CHLDB

Le Parcours de soins, notion fondamentale pour la prise en charge des patients, vise à promouvoir un parcours de l'usager respectueux des bonnes pratiques, adapté à chaque situation et dont les différentes interventions se coordonnent. L'objectif est que l'usager reçoit les bons soins par les bons professionnels, au bon moment.
On ne peut parler de parcours de soins sans y associer le parcours de santé et le parcours de vie.
Les grands thèmes évoqués ont été le parcours de soins en cancérologie et en gériatrie notamment. Dr PERARD-BAH pour le CHLDB et Dr MASSINA pour le centre MANIOUKANI ont présenté le parcours de soins en Gériatrie.
Un des temps forts de ce congrès a été l'exposé remarquable de M. Pascal SAFACHES, président honoraire de l'UAG sur le développement durable, lors de la conférence inaugurale à l'hôtel La Batelière, car la santé est au cœur du développement durable dont l'enjeu est l'interdépendance entre dégradation de l'environnement, respect des aspects sociaux, processus de développement de santé.

Rolande ZENON
Cadre de santé

CULTURE ET SANTÉ

Semaine du Livre en établissements de santé
20 novembre 2014 au CHLDB
Invité spécial Lémy Lémane COCO : écrivain, conférencier, poète
Présentation de son roman : « Grand café »
Lectrice : Fleurtide BASSES - Musiciens : Philippe BLAZE, Christian DAHOMAY et Jean NOEL
Un bel après-midi de novembre sur la terrasse de l'alcoologie. Lecture de poésie déclamée admirablement par une comédienne accompagnée par des musiciens au son du ka et de la flûte. Un vrai moment de douceur offert à ce public nombreux, des patients pour la plupart, qui ont goûté avec bonheur cet instant entre parenthèses.

Le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) 2015

Réel outil de management, le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins décline la politique globale. Il prend en compte :

- l'analyse des évène
- l'analyse des évènements indésirables
- les actions à mettre en place suite aux recommandations et décisions de la certification HAS V2010
- les engagements fixés dans le CPOM1 et le CBUM2
- les résultats des IPAQSS3.
- L'analyse des plaintes et réclamations.

Ce programme est géré comme une démarche projet. Il a été élaboré sous forme de fiche projet présentant la problématique, les objectifs, le responsable de projet et l'échéancier prévu. De plus, il est assorti d'indicateurs de suivi (Art. R6144-2-2 du Code de la Santé Publique). Ces fiches elles-mêmes sont présentées par thématique.

Le programme 2015 du CHLDB a été validé le 03 mars 2015 par la Commission Médicale d'Etablissement. Il est composé de 14 thématiques et 21 actions, présentées ci-après :

Thématique 1	**Développement durable**
Action n°1	Mettre en place une démarche de développement durable
Thématique 2	**Gestion documentaire**
Action n°2	Organiser la gestion documentaire du système de management de la qualité
Thématique 3	**Sécurité des biens et des personnes**
Action n°3	Améliorer la sécurité des biens et des personnes
Thématique 4	**Management de la qualité et des risques**
Action n°4	Mettre en place l'outil de management de la qualité et sécurité des soins
Action n°5	Structurer la fonction gestion des risques associés aux soins
Action n°6	Evaluer les risques à priori des différents secteurs activités des soins
Action n°7	Améliorer la gestion des évènements indésirables
Thématique 5	**Fin de vie et soins palliatifs**
Action n°8	Améliorer l'organisation de la prise en charge et le droit des patients en fin de vie ou en soins palliatifs
Thématique 6	**Médicaments**
Action n°9	Construire le système documentaire relatif à la qualité de la prise en charge médicamenteuse
Action n°10	Former et/ou sensibiliser les professionnels aux bonnes pratiques tout au long du circuit du médicament
Thématique 7	**Dossier patient**
Action n°11	Poursuivre l'informatisation du dossier patient
Action n°12	Veiller à la qualité de la tenue du dossier patient afin d'améliorer les résultats de l'IPAQSS
Thématique 8	**Accueil du patient**
Action n°13	Actualiser et améliorer le contenu du livret d'accueil du patient
Action n°14	Améliorer le processus d'accueil du patient en service
Thématique 9	**Urgences vitales**
Action n°15	Améliorer la gestion du chariot d'urgence vitale
Action n°16	Maîtriser les gestes d'urgence
Thématique 10	**Douleur**
Action n°17	Mieux prendre en charge la douleur des patients
Thématique 11	**Identification patient**
Action n°18	Poursuivre des actions de formation et/ou sensibilisation des professionnels à l'identitovigilance
Thématique 12	**Gestion des risques infectieux**
Action n°19	Améliorer le bon usage des antibiotiques
Thématique 13	**Chute**
Action n°20	Prévenir les chutes chez la personne âgée
Thématique 14	**Fonction support**
Action n°21	Elaborer le plan de maîtrise sanitaire de la cuisine centrale

[1]*Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens*
[2]*Contrat de Bon Usage des Médicaments*
[3]*Indicateur pour l'amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins*

José BIABIANY, ***Qualiticien hospitalier***

PRISE EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE :

THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES DANS LES CONDUITES D'ALCOOLISATION

L'unité d'alcoologie du Centre Hospitalier Louis Daniel Beauperthuy est le seul établissement du service public de Guadeloupe à assurer la prise en charge spécifique des patients en difficultés avec l'alcool. Elle fonctionne depuis près de 15 ans sur le mode des thérapies comportementales et cognitives.

Ce mode de prise en charge découle des théories de l'apprentissage. Le principe en est que tous nos comportements sont acquis, et qu'il est possible d'acquérir des comportements alternatifs.

La prise en charge est personnalisée et individualisée et s'organise autour des stades de dépendance de Prochaska et Di Clemente (Cf. classification). Schématiquement, la prise en charge est structurée en cinq modules :

1. Patients pré-contemplatifs

• Aide à la prise de conscience du patient de ses difficultés avec l'alcool

2. Patients contemplatifs

• Entretiens motivationnels

• Comparaisons avantages/inconvénients des alcoolisations et de l'arrêt des alcoolisations.

• Synthèse de ces différents éléments

Le point essentiel à ce stade est le fait que nous aidons le patient à faire le point sur ses rapports à l'alcool, mais qu'en aucun cas nous ne lui présentons l'abstinence comme l'unique possibilité. Le patient doit garder la conviction qu'il est seul maître de ses choix. Dès lors où il fait le choix d'une abstinence, il est intégré dans les modules suivants.

Dans tous les cas, le but qui leur est proposé est une meilleure qualité de vie, tant sur le plan somatique, que professionnel ou familial, et l'abstinence alcoolique ou la consommation contrôlée ne sont que le moyen d'y parvenir.

3.Patients au stade de l'action :

1er module

Ce premier temps de l'action est celui de **l'analyse fonctionnelle** qui permet au patient de réfléchir à ses rapports à l'alcool, à ses habitudes de consommation, à ses « situations à risque ». Il lui permet d'être plus discriminant et de mieux cibler ses difficultés.

Cinq types de situations peuvent être décrits :

• Alcoolisations dans le cadre de contacts sociaux

• Par habitude ou pour le goût

• À l'occasion de difficultés psychologiques

• Pour éviter des signes de sevrage

• Comme stimulant et aide à une meilleure assertivité.

Ce travail lui permet de mieux cerner les situations dans lesquelles s'est mis en place le comportement, en lui permettant de prendre conscience du rôle de l'alcool dans la gestion de ces situations (anxiolyse, meilleure assertivité, gestion de la colère…). Le phénomène de la tolérance avec l'augmentation progressive et inéluctable des doses pour faire face à ces situations lui est expliqué ainsi que celui de la dépendance.

2ème module

Une fois l'analyse fonctionnelle réalisée, le patient a une vision plus claire du rôle de l'alcool dans sa vie comme « béquille comportementale », pour suppléer à certains déficits comportementaux. Au cours de ce second temps de l'action, l'équipe lui fera des propositions de **prises en charge spécifiques**, visant à l'acquisition d'alternatives comportementales permettant de remplir les mêmes fonctions.

Le traitement proposé a pour but d'augmenter le contrôle du comportement ainsi qu'à l'utilisation de stratégies efficaces de gestion des situations à risque. Ces prises en charge peuvent être :

➪ Apprentissage de la relaxation

➪ Jeux de rôle

➪ Techniques d'affirmation de soi

• **Sortie thérapeutique**

Cette sortie est une étape essentielle de cette prise en charge. Elle permet au patient de sortir de l'univers protecteur de l'hôpital et de se mettre en situation :

• Exposition aux situations déclenchantes (à risque)

• Préparation de la sortie définitive

• Reprise progressive de contact avec le milieu extérieur

• Mise en situation

• Réalisation de tâches comportementales

• Pratique des techniques d'affirmation de soi

➪ **3ème module**

Ce dernier module permet de faire le point sur le déroulement de la sortie thérapeutique, et sur la gestion par le patient des situations à risque. Il permet également de préparer le patient au maintien d'une abstinence à long terme en le préparant à la gestion des situa-

tions de crise et en l'informant sur le concept d'effet de violation de l'abstinence. Il s'agit d'une notion récente, développée par Marlatt et Gordon en 1985, qui met l'accent sur une nouvelle approche des mécanismes de la rechute. Il permet, en effet, de mieux comprendre le lien ou le « passage » de la chute (en anglais : lapse) à la rechute (relapse). Il s'agit du processus cognitif, émotionnel et comportemental qui, à partir d'une première reprise d'un comportement addictif, aboutit à une rechute complète. Cet effet de violation de l'abstinence est lié à la dissonance cognitive reposant sur la contradiction entre l'engagement fort dans l'abstinence et la reprise d'un verre. Il est également entretenu par la confusion fréquente entre les termes réalcoolisation et rechute. La compréhension de ce concept est un outil essentiel dans la démarche de maintien de l'abstinence.

CONCLUSION

Le programme thérapeutique est personnalisé et individualisé. Cependant, il existe une trame autour de laquelle s'articulent la plupart des prises en charge et qui permet de fixer des repères, de schématiser la prise en charge.

En pratique, il est extrêmement difficile de faire coïncider les semaines de présence du patient et son stade d'évolution. En effet, certains patients sont, dès l'admission, dans une dynamique positive de changement, au stade d'action, et d'autres restent après une, voire deux semaines, très ambivalents, à un stade de contemplation ou de pré-contemplation. La progression d'un module à un autre n'est donc pas linéaire ni stéréotypée d'un patient à un autre. Ces modules sont donc un guide pour l'équipe, une « progression virtuelle » qui permet de suivre une logique, mais ne correspondent pas toujours à une réalité chronologique.

Par ailleurs, l'accompagnement d'un patient en situation d'addiction doit se comprendre dans une prise en charge longue qui débute (le plus souvent) en amont de l'hospitalisation et se poursuit (systématiquement) par un accompagnement d'aval (dans l'établissement ou avec nos partenaires ambulatoires des Centres de Soins et d'Accompagnement en Addictologie (CSAPA).

Dr Frédéric BROUZES

Les stades de la dépendance de Prochaska et Di Clemente

Une classification des différents stades de la dépendance a été préposée par Prochaska et Di Clemente. Cette classification, adoptée à ce jour par la plupart des intervenants en addictologie, permet une approche plus pratique des rapports du patient au produit. Pour chacun de ces stades, des mesures spécifiques d'accompagnement sont décrites.

- ***Stade de pré-contemplation***

A ce stade, le patient estime ne pas avoir de problème, et la demande d'aide, quand elle existe, vient surtout de l'entourage qui est désemparé face au déni d'un problème qui semble évident à tous sauf à la personne concernée.

- ***Stade de contemplation***

A ce stade, le patient a conscience qu'un problème existe, mais n'envisage pas de changement possible et n'a pas encore la capacité à s'engager dans l'action nécessaire. Il est animé par deux envies contradictoires : boire et ne pas boire. L'ambivalence est à son maximum.

- ***Stade de décision***

A ce stade, le patient projette un changement dans le futur à moyen terme.

- ***Stade de l'action***

A ce stade, le patient est fortement motivé pour faire face à son addiction et dispose pour cela de moyens psychologiques, émotionnels comportementaux et matériels. Les situations à haut risque et les conditions favorisant les rechutes ont été bien comprises.

Il est par ailleurs important de comprendre que l'évolution ne se fait pas de façon linéaire d'un stade vers le niveau immédiatement suivant, mais qu'il existe le plus souvent des mouvements d'un stade à l'autre, le patient pouvant fréquemment, en fonction des situations, « faire machine arrière », de l'action vers la contemplation ou de la contemplation vers la pré-contemplation.

Organisation de la prise en charge

Patients au stade de pré-contemplation
•Exploration des habitudes
•Exploration de la situation perçue
•Accueil de la famille
•Information sur le produit (le plaisir apporté et les conséquences possibles)

Patients au stade de contemplation
•Entretiens motivationnels :
•Comparaisons avantages-inconvénients des alcoolisations
•Comparaison avantages-inconvénients de l'arrêt des alcoolisations
•Synthèse de ces évaluations et aide à la prise de décision

Patients au stade de l'action
1er module
•Analyse fonctionnelle
•Bilan des troubles associés
•Information sur la maladie et les TCC (Thérapies Comportementales et Cognitives)
•Propositions thérapeutiques individualisées

2ème module
•Préparation de la sortie thérapeutique
•Gestion des envies d'alcool
•Identification des situations déclenchantes
•Explication du phénomène d'exposition
•Prise en charge spécifique (selon l'analyse fonctionnelle)
•Jeux de rôle
•Affirmation de soi
•Relaxation
•Week end thérapeutique
•Exposition aux situations déclenchantes (à risque)
•Préparation de la sortie définitive
•Reprise progressive de contact avec le milieu extérieur
•Mise en situation
•Réalisation de tâches comportementales
•Pratique des techniques d'affirmation de soi

3è Module
•Analyse de la sortie thérapeutique
•Feed back
•Renforcement positif
•Préparation sortie définitive
•Concept d'effet de violation de l'abstinence
•Gestion de crise

L'EVALUATION PSYCHO-THERAPEUTIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE ALCOOLIQUE

Les Thérapies Comportementales et Cognitives constituent un outil thérapeutique efficace dans le champ des addictions ainsi que dans les troubles de l'humeur tels que l'anxiété, la dépression, les phobies, etc. Leur efficacité a également été démontrée chez des patients psychotiques chroniques.

Partant du comportement problématique du patient maintenu par divers facteurs ou événements, le patient définira avec le thérapeute les objectifs à atteindre. Au vu des stratégies proposées, un nouvel apprentissage se mettra en place, permettant ainsi au patient de se désensibiliser par rapport au comportement-problème et ce, pour parvenir à un comportement plus adapté.

La première rencontre se construit sur le fondement d'une relation empathique, chaleureuse et professionnelle, à savoir l'alliance thérapeutique. En effet, une bonne alliance thérapeutique est prédictive d'un travail collaboratif entre le psychologue et le patient. C'est à l'occasion de ce premier entretien que tout se joue dans la relation avec le patient, le climat de confiance favorisant la verbalisation.
Cette première prise de contact met en lumière les attentes du patient, sa demande.
A l'unité d'alcoologie, l'absence de demande d'aide du patient dans « l'ici et maintenant » n'exclut cependant pas le désir implicite d'un étayage. Outre son addiction à l'alcool, sa souffrance psychique est telle qu'il est en quête d'un espace rassurant et soutenant afin de décrire explicitement ce qu'il vit et y déposer son mal-être. Le psychologue, quant à lui, permet au patient de trouver un équilibre. Il est celui qui aide le sujet sur son chemin de maturation et d'individuation.

L'étape capitale de la démarche d'évaluation est l'analyse fonctionnelle. Elle étudie les relations entre les comportements problèmes, les pensées, les émotions et l'environnement social et physique de façon à adapter à chaque patient l'application de principes généraux fondés sur les théories de l'apprentissage et les théories cognitives.
Dans un premier temps, le patient identifie ses situations à hauts risques qu'il gradue en fonction de

leur pouvoir anxiogène. Puis, il est amené à envisager toutes les stratégies de coping* nécessaires pour gérer au mieux la situation. Ainsi, en cours de séjour, des séances de jeux de rôles, constitués de quelques patients, sont organisées. Elles permettent un apprentissage et une immersion émotionnelle indispensables pour toute amélioration durable. Ces séances ont pour but d'aider le patient à développer des stratégies de coping et à s'y entrainer.

Le patient satisfait de sa « prestation » se sent plus combatif et plus confiant dans la perspective de ses sorties thérapeutiques. Il apparaît moins anxieux ; cet exercice permettant par ailleurs un travail sur les pensées dysfonctionnelles.
S'affirmer s'apprend. L'affirmation de soi est une véritable méthode de thérapie, apportant un mieux-être à tous ceux qui souffrent de difficultés relationnelles. Elle permet de prendre du plaisir à mieux vivre avec les autres, augmente la confiance en soi par des compétences relationnelles équilibrées et au final contribue au développement de l'estime de soi par un sentiment d'efficacité personnel accru.
En unité d'alcoologie, il n'est pas rare de composer avec la comorbidité des troubles anxieux tels que la phobie sociale, le trouble d'anxiété généralisée ou bien la dépression. Des petits groupes de travail sont alors constitués pour atténuer le caractère anxiogène de la situation. La technique utilisée, en unité d'alcoologie, est la relaxation musculaire de type JACOBSON. Le but de la relaxation musculaire progressive est d'aider le patient à apprendre à réduire la tension musculaire de son corps à un niveau beaucoup plus bas que son niveau habituel de tension.
Avec l'évolution et la maturation de la pensée du patient vers la décision, un travail de réflexions autour d'un support DVD est présenté, le programme « Phares » programme cognitivo-comportemental d'aide au maintien de l'abstinence. Dans l'éventualité d'une reprise de consommation d'alcool, la situation est analysée avec le patient. Le travail d'accompagnement consiste alors à susciter, chez lui, des réponses alternatives.

*Coping = plan d'actions pour s'adapter au stress.

Muriel PAYA
Psychologue

L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL EN UNITE D'ALCOOLOGIE :
Une prise en charge hétéroclite

Le projet socio-éducatif

Il vise à proposer au patient un accompagnement social individualisé, et des médiations éducatives, en groupe, par l'activité sportive dans une approche globale afin de :
•Recouvrer les droits de base à la couverture maladie et aux minimas sociaux,
•Ecouter les demandes et souffrances liées aux incidences de l'alcool dans le milieu de vie,
•Soutenir les demandes de réinscription sociale à la sortie de l'hôpital (ex : aide à la recherche d'un hébergement, d'une formation, reprise du travail, demandes d'aides et d'allocations spécifiques, identification des parcours santé, recherche d'associations …)
•Faciliter les médiations familiales,
•Orienter les patients vers les partenaires pour un suivi post hospitalisation (établissement social, suivi en ambulatoire…)

Les interventions sociales

L'Assistante de Service social : un acteur multitâches

Les interventions sociales sont multiformes et associées à la répercussion de l'alcool sur l'environnement familial, professionnel et social par un retrait de la personne des espaces de vie sociale.
L'intervention sociale consiste donc à éviter la démission, à restaurer ou

maintenir l'autonomie du patient par l'écoute psycho-sociale, le bilan du vécu professionnel et social, le soutien et l'accompagnement des patients de façon à optimiser leur suivi, leur orientation et la mise en place d'un projet individualisé.

Le suivi dure environ trois semaines durant lesquelles seront réalisées des interventions dont la finalité dépend de l'investissement et de l'engagement du patient comme acteur de son projet.
Il faut cependant noter que ces interventions sociales sont totalement intriquées aux soins et à l'évolution du patient car durant la période d'hospitalisation, les patients font souvent le choix d'axer leur prise en charge sur la résolution de leurs problématiques sociales et ne se centrent pas suffisamment sur leurs soins.

Les Activités Physiques et Sportives (APS) : un médiateur efficace :

Les APS participent à l'accompagnement social des patients et s'intègrent dans la dynamique de restauration des compétences perdues sous l'effet du toxique. Elles visent la réhabilitation corporelle, la restauration des sensations perdues et l'émergence d'un autre plaisir. Les activités sont collectives :
La remise en forme traduit la notion d'effort vers une notion de plaisir, de réhabilitation corporelle vers un mieux-être. L'intégration à un groupe permet de se confronter au respect des autres, à la tolérance, à la règle mais aussi de se détendre, de s'amuser et d'apprendre à s'organiser.
Le Taï Chi Chuan combine un entretien physique, physiologique et nerveux et permet de cultiver un meilleur équilibre.
L'activité améliore la coordination et le contrôle des mouvements tout en favorisant la réconciliation avec le corps.
A la sortie de l'hôpital, les patients qui ont pu maintenir une d'abstinence assez longue témoignent de la poursuite d'une durée activité physique ou sportive (marche, vélo….)

Un public qui évolue

Au cours de ces dernières années, on assiste à une mutation du public accueilli qui se traduit notamment par des patients de plus en plus jeunes, mais aussi des patients davantage âgés.
Cette évolution apporte au fil des années d'autres types de difficultés sociales, tels les enjeux d'insertion pour les plus jeunes, et de placement pour les seniors.
Toutes les interventions sociales se font en lien avec l'équipe médicale et para médicale, en interne et s'appuient sur un réseau de partenaires médico-sociaux externes.
Elles n'ont d'autres buts que de développer des stratégies d'action pour la resocialisation en prévision de la sortie.
Les interventions sociales et éducatives sont inscrites dans le projet socio-éducatif du service des addictions.

L'équipe sociale intervenant à l'UA :
Mme Stéphanie NARANIN, Assistante de service social
Mrs Laurent GARCIA (à gauche) et Dario HELISSEY éducateurs sportifs

Evelyne RAABON,
Cadre socio-éducatif
Unité d'intervention sociale

XXèmes JAGA
Des professionnels de l'addictologie se forment au CHLDB

Dans le cadre des 20èmes Journées Antilles-Guyane d'Addictologie, l'hôpital Louis-Daniel Beauperthuy a accueilli les 17 et 18 novembre 2014 les professionnels du Réseau Addiction Guadeloupe pour une formation autour des complications cérébrales de l'alcoolisme.
Dr François VABRET, chef de service d'addictologie du CHU de Caen, a présenté à un auditoire de médecins et psychologues les dernières connaissances en matière de complications neuropsychologiques des addictions.
Ces deux journées ont été très appréciées par les participants.

Une vue sur les nouveaux bâtiments

L'ERGOTHERAPEUTE

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé.

En effet, nos activités sont le reflet de ce que nous sommes et donnent du sens à notre vie. Si nous sommes incapables d'accomplir les choses que nous souhaitons ou devons réaliser, notre bien-être général et donc notre santé en seront affectés. Nos occupations sont donc étroitement liées à notre qualité de vie et au sens donné à notre existence !

L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Cette discipline prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement.

L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. Il examine non seulement les effets physiques d'une lésion ou d'une maladie, mais se penche également sur les facteurs psychosociaux et environnementaux qui influencent notre capacité d'agir. Par le biais d'entrevues, d'évaluations et de mises en situations concrètes, l'ergothérapeute obtient des informations sur les atouts et les faiblesses de la personne, des renseignements sur la manière dont ses activités se déroulent et sur le contexte environnemental dans lequel elles s'exercent. Enfin, il s'enquiert de ses rôles sociaux et tâches particulières en ce qui concerne les soins personnels, la vie domestique, l'école, les loisirs, la famille et le travail.

Une relation thérapeutique adaptée

C'est dans le cadre d'une relation thérapeutique et par l'intermédiaire d'activités adaptées, d'enseignements et d'apprentissages, que l'ergothérapeute intervient. Il conçoit les milieux de vie de manière à respecter la sécurité, l'accessibilité et l'adaptation aux besoins : aides techniques et assistances technologiques, aides humaines, aides animalières et modifications matérielles. Il peut aussi permettre de prévenir un problème ou d'en réduire les effets. Il est associé au projet architectural des établissements recevant les personnes présentant un handicap. Il participe aussi aux actions de promotion de la santé, de prévention ou d'enseignement concernant les populations à risque de perte d'autonomie.

L'ergothérapie au Centre Hospitalier L. D. Beauperthuy :
Une ergothérapeute expérimentée intervient de manière transversale dans les différentes unités :

Au sein de l'USSR-gériatrique

- Evaluation de l'autonomie physique et cognitive de la personne âgée
- Soins de rééducation et de réadaptation
- Education thérapeutique en particulier en limitant les risques liés à l'immobilisation et aux chutes
- Conseil pour l'achat de moyens de compensation
- Préparation du retour au domicile avec famille et intervenants extérieurs (IDE, SSIAD, HAD et SAAD)

Au sein de l'USLD

- Action pour la prévention des escarres et phlébites
- Optimisation de l'installation au fauteuil roulant ou de confort
- Conseil sur les aides techniques favorisant l'autonomie
- Bientraitance et accompagnement des personnes âgées en fin de vie

Au sein du service HAD

- Rapport privilégié avec le malade, son entourage et le reste de l'équipe soignante pour le maintien à domicile
- Diagnostic, conseil, mise en oeuvre des aménagements au domicile et choix des aides techniques (douche, repas…)
- Maintien du niveau d'autonomie (toilette, habillage, repassage) avec poursuite de la réadaptation du patient dans un environnement familier.

La valorisation de ces activités de rééducation-réadaptation est inscrite dans le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)
Cette activité administrative permet aux tutelles de mesurer l'étendue de la prise en charge des patients.

Emmanuelle WACK-MOLINA
Ergothérapeute au CHLDB

FICHE METIER

Les études pour devenir ergothérapeute
Pour accéder à la formation d'une durée de 3 ans – 6 semestres de 20 semaines chacun- les étudiants doivent présenter :

•soit un concours d'entrée organisé par un établissement de formation : épreuve écrite de tests psychotechniques, de contraction de texte et de biologie physique

•soit une Première Année Commune aux études de Santé (PACES). Les étudiants reçus en rang utile sont admis en 2ème année dans les instituts de formation en ergothérapie dépendant de cette université.

L'organisation des études est construite par alternance : formation théorique et pratique en institut de formation et formation clinique ou situationnelle sur les lieux d'intervention des ergothérapeutes.

L'évaluation des connaissances /compétences se fait par contrôle continu et examen terminal qui amènent au diplôme d'Etat d'Ergothérapeute.

Il existe 20 écoles ou instituts de formation agréés dont une à la Réunion.

REPRÉSENTATION DU PERSONNEL DANS LES INSTANCES

Secrétaire du CTE : Mme Nucia KALI
Représentant du CTE à la Commission Médicale d'Etablissement (CME) : Mme Ursula LAURENTIN

COMMISSIONS ADMINISTRATIVES PARITAIRES LOCALES				
CAPL	SYNDICAT CGTG		SYNDICAT UTS/UGTG	
	Titulaires	Suppléants	Titulaires	Suppléants
CAPL n° 2	PETRUS Karine	BIABIANY Marianne	GREGOIRE Guylène	LAURENTIN Ursula
CAPL n° 5	ALBINA Tania	ABENAQUI-DEPORCQ Nicole	DECEBALE Michel	JOMIE Marie-Louise
CAPL n° 7	LARISSE Marlise	ANNEROSE Daniel	BELAIR Prosper	ANGOLE Jacques
CAPL n° 8	-	-	KALI Nucia HOUBLON Roselise	TRAFFOND José FARESCOUR Eddie
CAPL n° 9	BELAIR Anny-Laure	LUBIN Nathalie	-	-

COMITE TECHNIQUE D'TABLISSEMENT (CTE)			
SYNDICAT CGTG		SYNDICAT UTS/UGTG	
TITULAIRES	SUPPLEANTS	TITULAIRES	SUPPLEANTS
SALIBUR Annette	LAURENT Lydia	LAURENTIN Ursula	GREGOIRE Guylène
ALBINA Tania	ELIE Annick	KALI Nucia	TRAFFOND José
-	-	DECEBALE Michel	ANGOLE Jacques
-	-	HOUBLON Roselise	BELAIR Prosper

MOUVEMENT DU PERSONNEL

Après des années de bons et loyaux services, l'heure de la retraite a sonné pour nos collègues :
Esther ADIN, Infirmière a servi en métropole et a terminé en addictologie du CHLDB
Alain THEOBALD, Infirmier a servi au CH de Montéran puis en service de nuit au CHLDB
Louise LESUEUR « ZOUZOU », ASH a travaillé dans diverses unités du CHLDB et a terminé à l'USLD
Michelle JUDITH, Aide soignante a passé une grande partie de sa carrière en métropole ; a terminé à l'USLD du CHLDB
Ils ont quitté l'établissement pour troquer une autre tenue, plus décontractée, celle du parfait retraité.

NOS RETRAITES RACONTENT

Mme Flora GUILLAUME : La retraite ne me pèse pas

Employée dans le service administratif du CHL. D. Beauperthuy, je suis à la retraite depuis le 24 novembre 1998.

Après bien des péripéties – entre 1960 et mon embauche j'ai travaillé pendant 5 mois sans être payée - puis de petits contrats en petits contrats entrecoupés par un détour à la mairie de Pointe-Noire, Je suis recrutée définitivement le 23 juillet 1962 en tant qu'agent de bureau.
J'avais à cette époque la charge du bureau des admissions, le salaire des personnels, l'encaissement des frais de séjour des hospitalisés et le mandatement des factures sous la responsabilité de Melle TONTON Arsène. Cette dernière s'occupait de la distribution des denrées à la cuisine, des commandes et des stocks. Cheville ouvrière de l'établissement, c'est elle qui m'a appris à faire la paie. Entre temps, en 1964 je me suis mariée et après une période de 4 ans, j'ai été titularisée en tant qu'agent de bureau dactylographe. J'étais alors enceinte de mon 1er enfant.
Le personnel était pour la plupart originaire de la Désirade. Les patients étaient d'anciens lépreux qui n'étaient plus contagieux mais ne pouvaient rentrer chez eux soit, n'ayant plus de parents soit trop longtemps coupés de leur milieu familial pour y retourner.
C'était la période où tout (paie, dépenses, factures) était envoyé à la préfecture puis au Trésor qui en retour remettait deux chèques : un chèque pour la paie du personnel et les dépenses courantes car la loi ne permettait pas encore les virements bancaires. Il fallait faire les décomptes pour la monnaie à rendre, les fiches de paie se faisaient à la main ; la paie était distribuée en espèces dans une enveloppe. Un 2ème chèque était pour rémunérer les hospitalisés car certains d'entre eux effectuaient des petits travaux (nettoyage, sarclage) pour l'hôpital malgré leur handicap. Un peu d'argent pour leurs cigarettes ou autres besoins leur était attribué. Les agents et les patients devaient signer un état nominatif attestant de la somme reçue. Les malades qui ne pouvaient pas signer devaient chercher deux témoins pour les représenter. L'état était ensuite renvoyé au Trésor de Basse-Terre comme pièce justificative.
Pour les personnels soignants, les conditions de travail étaient difficiles. Les malades étaient durs, intransigeants, leurs conditions de vie étaient difficiles. C'était triste. Ils habitaient les petits pavillons individuels et étaient « nourris et blanchis » au frais de l'hôpital.
Les agents n'étaient pas nombreux, l'hôpital comptait environ une vingtaine d'agents. Il existait une certaine séparation entre le personnel de bureau et les soignants. Il y avait beaucoup de suspicion.
En 1981, la grève qui dura plusieurs semaines a permis de faire changer la situation notamment en ce qui concerne la reconsidération des carrières des agents. L'hôpital a connu ensuite une période de modernité. De nombreux patients anciens lépreux, ceux qui le pouvaient, sont partis. Des services nouveaux ont été créés, d'autres collègues sont arrivés.
Les conditions de travail sont devenues plus faciles. J'étais toujours au service de la paie avec Josèphe ROUSSEAU qui s'occupait de la gestion des carrières. Suite à la signature d'une convention, la paie s'est faite au CH M. Selbonne. Chaque mois il fallait donc rejoindre l'hôpital de Pigeon pour faire la paie du personnel sur ordinateur. Par la suite, j'ai été formée et l'hôpital Beauperthuy a pu assurer lui-même la paie de son personnel.
C'est avec un sentiment du devoir accompli que j'ai cessé toute activité au CHLDB en 1998 dans le grade d'Adjoint administratif principal.
La retraite ne me pèse pas, seule ma santé laisse un peu à désirer. Merci au Seigneur qui me fait grâce.

Propos recueillis par
Gilberte EUGENIE

CLIN D'OEIL

NOURA SNACEL A UNE BIEN PIQUANTE PASSION

Lorsque j'évoque ma passion pour les cactus, les réactions sont toujours très vives : surprise, perplexité, plaisanterie, taquinerie… cela laisse très peu de personnes indifférentes ! « Quelle drôle de passion pour une psy » me dit-on souvent : beaucoup y voit une représentation phallique qu'ils m'attribuent, trahissant ainsi leurs propres projections !

Très jeune, je portais déjà un intérêt particulier aux cactus : à l'époque dans mon pays d'origine ils servaient surtout à délimiter et protéger les propriétés. Nous les cultivions également pour les fruits qu'ils nous offraient en été, notamment les figuiers de barbarie.

J'étais comme fascinée par ces plantes à l'apparence plutôt hostile et qui pourtant en fleurissant se paraient de fleurs aux formes et couleurs extraordinaires ! Il y a quelques années, j'ai commencé à me constituer ma propre collection et à entamer des recherches plus approfondies sur les cactées. J'ai eu alors l'énorme surprise de découvrir qu'il existe en Guadeloupe une espèce endémique des Petites Antilles, le MELOCACTUS Intortus, plus connu sous le nom de « tête à l'anglais » ou « coussin de belle-mère ».

Je le connaissais mais ignorais ses origines et surtout le fait qu'il s'agit d'une espèce en voie de disparition... Je me suis donc mise en tête d'en trouver mais dans leur habitat naturel. Grâce à internet je découvre alors l'existence d'une association de sauvegarde de l'Intortus, LES CACTOPHILES DES ANTILLES, à la recherche de bénévoles pour les aider à développer leurs projets à la Désirade.

Je me suis donc empressée de les contacter pour leur proposer mon aide : me voilà quelques jours plus tard à la Désirade et 1ère bénévole de l'association accueillie par Aline et Jörg, les membres fondateurs!

Cette association à but non lucratif a notamment pour projet la sauvegarde de ce cactus par la création d'une pépinière de reproduction à partir de graines offertes par des habitants de l'île et leur réintroduction en milieu naturel. Elle a également pour projet l'ouverture en décembre 2015 du « Jardin botanique du Désert » qui accueille déjà des centaines de cactus et autres succulentes que nous avons plantés sur des parterres représentant chaque continent.

Je me souviens du plaisir immense que ce fut pour moi d'avoir constitué pierre par pierre le parterre dédié à l'Afrique ! Jörg me disait : « Noura fais-en ce que tu veux de ce continent ! Laisse-toi aller, écoute la terre et chacune de ces pierres et cela ne pourra être que beau ! ». J'en suis très fière ! Ce fut très dur physiquement mais j'en garde un très bon souvenir!

Aujourd'hui l'association se développe et poursuit ses actions. De mon côté je m'investis notamment dans la gestion de la page Facebook de l'association «Jardin Botanique du Désert-la Désirade » sur laquelle vous découvrirez le jardin en devenir et la pépinière mais également toutes nos actions et nos projets (près de 500 abonnés nous suivent !).

Enfin, l'association a également la volonté de s'inscrire dans une démarche d'entraide et de réinsertion… La psy n'est jamais très loin… J'aime mon métier et il me passionne alors parfois je pense à vous et à nos patients…qui sait ? Peut-être qu'un jour aurais–je le plaisir de vous y accueillir ?

Noura SNACEL,
Psychologue en Addictologie
Cactophile des Antilles

Allez, à l'EAU !

L'EAU RESSOURCE PRECIEUSE

Impossible d'y échapper, l'eau est présente partout : dans notre corps, dans notre vie, dans notre monde... et heureusement car, comme l'air, l'eau est indispensable à notre survie !

L'EAU DANS LE CORPS

Notre corps est constitué d'environ 65% d'eau (55% pour les personnes âgées, 75% pour les nourrissons). On la trouve bien sûr dans les liquides circulants (sang, lymphe..) mais aussi et surtout à l'intérieur de nos cellules (organes, tissus..). Cette eau sert à maintenir constante la température de notre organisme à 37°C (la transpiration est une sorte de « système de refroidissement » qui permet d'abaisser la température centrale du corps) ; à véhiculer les nutriments (provenant de la digestion des aliments) et l'oxygène (via les globules rouges) vers les différents organes utilisateurs; à récupérer les déchets résultant du travail des cellules pour les acheminer vers la sortie (urines, selles).

Nous perdons naturellement environ 2,5 L d'eau par jour. Il nous faut donc en apporter autant, tout au long de la journée, pour compenser ces pertes et maintenir le bon équilibre de notre milieu intérieur. Il faut boire régulièrement, avant d'avoir soif, car la sensation de soif survient quand le processus de déshydratation est déjà bien amorcé. La déshydratation entraîne des troubles graves et est rapidement mortelle si elle n'est pas traitée : baisse de tonus, fatigue, maux de tête, perte de réflexes, vertiges, hallucinations, voire vomissements… Le nourrisson y est particulièrement sensible.

Lors d'activité sportive, il est recommandé de boire un peu, régulièrement, sans oublier de s'hydrater après l'effort pour limiter les courbatures.

Pour mieux dormir quand il fait très chaud, rafraîchissons-nous: un grand verre d'eau, une douche fraîche... Boire avant le coucher limite la concentration des déchets urinaires et peut prévenir l'apparition de crampes musculaires pendant la nuit. Pensons aussi à boire au réveil pour réhydrater l'organisme et stimuler les sécrétions digestives avant le petit-déjeuner.

L'eau, c'est 0 calorie : même glacée, elle ne fait pas grossir !

L'eau dans la vie quotidienne

L'eau subit des traitements pour être rendue potable avant d'être distribuée. Les résultats des analyses de l'eau du réseau public doivent être affichés en mairie. Après quelques jours d'absence de chez vous, laissez couler l'eau jusqu'à ce qu'elle soit fraîche avant d'en boire. L'eau chaude du robinet est déconseillée pour préparer les boissons instantanées. La tiédeur favorisant le développement microbien, il vaut mieux faire chauffer de l'eau froide. Les eaux usées domestiques et industrielles sont, elles-aussi, dépolluées avant d'être rejetées dans la nature. Que les habitations soient raccordées ou pas à un réseau public de collecte des eaux usées, les communes ont la charge de vérifier la conformité et le bon fonctionnement des systèmes d'assainissement utilisés.

Seule boisson qui nous soit indispensable, l'eau est aussi nécessaire aux diverses activités de tous les jours : hygiène corporelle, entretien des lieux de vie et lavage du linge, préparation des repas…

L'eau est le produit alimentaire le plus contrôlé

Pertes en eau :

Excrétion (urines, sueur, larmes), selles, respiration (poumons) perspiration (peau), et davantage encore en cas de fièvre, diarrhées, vomissements

Apports en eau :

Boissons, aliments, (tous sauf le sucre et l'huile), eau métabolique (provenant des réactions chimiques internes)…

« Je rêve d'eau… mais d'océan…
Ah, l'océan… ! » (Laurent Voulzy)

L'eau sur Terre :

L'eau recouvre 70% de la surface de la terre. Elle y circule sous 3 formes différentes : liquide (lacs, rivières, mers et océans, nappes phréatiques : réservoirs naturels souterrains), solide (neige et glace) et gazeuse (nuages), en un cycle immuable : Evaporation… Nuages… Pluie… Ruissellement et infiltration… Fleuves… Mer… Evaporation… Nuages… De toute cette eau, seul 1% est constitué d'eau douce utilisable (lacs, rivières, nappes phréatiques); le reste (eau salée des océans : 97%, glace des Pôles : 2%) ne peut être directement exploité. Sans eau, pas de vie. Or, la moitié de la population mondiale ne dispose pas d'eau potable à sa portée immédiate. Ainsi, les maladies liées à une eau insalubre (diarrhées, choléra…) constituent la 1ère cause de mortalité au monde : 3,6 millions de morts/an, dont 90% ont moins de 14 ans. En outre, cette ressource précieuse est de plus en plus mise à mal par les problèmes d'accroissement rapide de la demande (pompage excessif pour les réserves urbaines, l'irrigation agricole, l'industrie…), et de pollution (produits chimiques, fèces humains ou animaux, océans-poubelles..).

Il nous faut absolument, et à l'échelle planétaire, assurer la sauvegarde de la qualité de cette eau, seule garantie de notre survie.

« Si l'eau non potable est la 1ère cause de mortalité au monde, c'est parce que des millions de gens n'ont que çà àboire. »
Slogan de Solidarités International (ONG)

Boire !

« De l'eau fraîche… Vivre d'amour…
Vivre d'amour et d'eau fraîche…

•**L'eau du robinet**, « destinée à la consommation humaine », est mise à la disposition de tous par un système de distribution publique. Obligatoirement potable, elle subit des traitements visant à lui assurer une qualité sanitaire irréprochable et une qualité gustative convenable.

•**L'eau de source** est naturellement potable, avec une composition constante.

•**Les eaux minérales**, par leur richesse en minéraux et oligoéléments, sont dotées de propriétés thérapeutiques. A ce titre, agrées par l'Académie de Médecine, elles ne doivent pas être consommées en continu sans avis médical.

•**Les eaux aromatisées**, elles, ont été créées par les professionnels de l'agroalimentaire pour élargir encore davantage un marché déjà bien vaste. Attention à leurs apports en sucre !

Pour économiser l'eau

•Utiliser la touche « Eco » du lave-linge ou du lave-vaisselle

• couper l'eau pendant le nettoyage des mains, le rasage, le brossage des dents

• récupérer l'eau de rinçage des légumes pour arroser les plantes

•arroser le jardin le soir pour limiter l'évaporation naturelle

•installer une citerne de récupération des eaux de pluie pour une utilisation non alimentaire ou hygiénique

• laver sa voiture dans une station de lavage (60L au lieu de 200L avec un tuyau d'arrosage

L'ARBRE À PAIN, ARBRE DE VIE ... ET DE SURVIE

Artocarpus Altilis (Du grec : artos = pain et karpos = fruit) Famille des Moracées.

Originaire des îles du Pacifique, l'arbre à pain fut introduit aux Antilles à la demande des planteurs souhaitant disposer d'une nourriture moins coûteuse que le manioc pour leurs esclaves ; les 1ers explorateurs européens en Polynésie (*BANKS et COOK, milieu 18ème*) ayant décrit un arbre qui produisait « *du pain sous forme de fruits* ».

En février 1789, un millier de jeunes pieds d'arbres à pain partirent donc pour les Antilles, à bord du navire *Bounty*. Mais ce ne fut qu'en 1793 que 2000 autres plants y parviendront : la fameuse mutinerie des « *Révoltés du Bounty* » ayant entre temps offert un excellent coup de pub au fruit à pain !

Toujours à proximité des habitations, pilier du jardin créole, l'arbre à pain fleurit et fructifie surtout de mars à novembre (*Fructification au bout de 6 ans. Production possible pendant plus de 50 ans*.). Il porte à la fois des fleurs femelles, qui vont donner le fruit à pain, et des fleurs mâles, les popotes. Quand le fruit à pain est mûr, une sève laiteuse coule à la surface du fruit encore dur et vert. Si on le laisse mûrir davantage, une partie de son amidon se transforme en sucre (saveur sucrée) : l'utiliser sans attendre qu'il pourrisse. Autre variété de la même espèce : le châtaignier-pays. Ses fruits donnent les châtaignes, à consommer cuites à l'eau bouillante.

Comme l'explique le Dr Henry JOSEPH*, le fruit à pain a probablement sauvé de la famine les guadeloupéens *an tan SORIN* ; mais sa présentation monotone, quotidienne, associée à la pénurie, à la misère, a lassé et facilement fait place aux produits alimentaires importés, nouveaux, faciles à préparer et pouvant se conserver longtemps. Actuellement, on observe un regain d'intérêt pour les produits locaux et une meilleure diffusion des savoirs, allant dans le sens : mieux connaître pour mieux consommer, mieux produire, mieux protéger… La récolte de fruits à pain est abondante, mais une grande partie est perdue faute de techniques de conservation. Revisiter les méthodes anciennes et nouvelles de préparation et de conservation, permettrait de rendre au fruit à pain son importance en toute saison, en plus d'un intérêt économique certain.

Exemples de préparations culinaires :
Entrées : acras, canapés, feuilletés, tarte, tourte, galettes, velouté…
Plats : Purée, gratin, frites, blaff, bokit, brandade, croquettes, soufflé, migan, bébélé, dombrés, au crabe, avec haricots rouges, farci, etc…
Desserts : gâteau, beignets, bûche, chouquettes, tarte sucrée, confiture, marmelade, crème, flan, glace, sorbet, pâte, popotes cristallisées...
Boissons : nectar (pouvant servir de base au sorbet); punch; chodo…

Intérêt nutritionnel :
Le fruit à pain est un aliment énergétique (80Kcal) par sa teneur en glucides (20g) qui lui confèrent un index glycémique moyen (60) et donc une moindre incidence sur obésité, diabète et maladies cardiovasculaires. Il apporte aussi des fibres (1,8g), nécessaires à un bon transit intestinal, et du fer (1,9mg).

Techniques de conservation artisanales :

-> Faire sécher au soleil ou dans un four à chaleur douce (50°C) de fines tranches de fruit à pain, pelé et débarrassé de son cœur. Conserver les tranches séchées et emballées, à l'abri de l'humidité. On peut faire de même avec la pâte du fruit à pain cuit puis écrasé.

-> Après déshydratation de la pulpe, broyage et tamisage, on obtient de la farine, utilisable comme la farine de froment, à conserver dans un bocal étanche.

-> Conservation en bocaux stérilisés à l'autocuiseur (type appertisation)

-> Congélation de morceaux épluchés et blanchis (plongés 5 mn dans l'eau bouillante). Les emballer dans du papier sulfurisé puis en sachets congélation. Réchauffer à la vapeur avant utilisation.

Insolite : Dans certaines régions du Pacifique, on conserve le fruit à pain en l'enterrant, coupé en petits morceaux, dans un trou tapissé de feuilles de bananier ou d'arbre à pain, recouvert de feuilles, vieux sacs, terre, couche de pierres. Il peut être gardé ainsi pendant 1 an ! Au bout de 2 mois, le fruit à pain fermenté est prêt à être consommé. On le déterre et on le rince pour enlever le liquide fétide. Mélangé à du lait de coco, il est ensuite cuit au four…

Le saviez-vous ?
Le latex de fruit à pain est une excellente colle, utilisée autrefois par les enfants pour la fabrication de cerfs-volants, par les marins pour le calfatage des navires...
La fumée dégagée par la popote que l'on fait brûler sert d'insecticide naturel en chassant les moustiques.

Bibliographie :
La grande encyclopédie de la Caraïbe : Flore (Tomes 1 et 2) Jacques FOURNET. Editions SANOLI. 1990.
100 plantes médicinales de la Caraïbe. Jean-Louis LONGUEFOSSE. GONDWANA Editions. 1996.
**Le fruit à pain. Richesse de la gastronomie*. Lyann (Association guadeloupéenne d'entraide et de solidarité). Editions NESTOR. 2013.
Fiche n°9. 1983. Document FAO. Commission du Pacifique Sud

Lucie RIVIER,
Diététicienne

UN PEU DE DÉTENTE

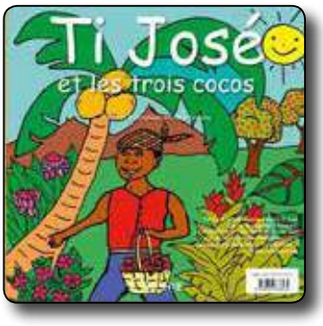
Morceaux choisis - Mots croisés – SUDOKU - Musique

UN LIVRE, UNE HISTOIRE

Marcelle DENECY - aux Editions NESTOR : «Au sein du cancer, un esprit sain»

Auteure guadeloupéenne Marcelle nous livre son combat aux côtés de cette maladie qui «a frappé à sa porte». Son récit, teinté d'humanité, d'amour et de clairvoyance, nous plonge dans l'univers du cancer. Son témoignage révèle sa pugnacité en même temps que son désir de faire de cet ouvrage un chant d'espoir à l'intention d'autres malades, mais également un encouragement appuyé pour leurs proches.

Philippe Delépine : « Ti José et les trois cocos » : Edition bilingue français-créole Album – décembre 2013



On a volé les belles cerises pays de Ti José. Qui est le coupable ? Pourquoi ? La recherche de la vérité entraîne Ti José dans des aventures qui vous feront découvrir la Guadeloupe de Bouillante à Trois-Rivières, la ville aux roches gravées

MUSIQUE

Wosan Monza : une autre idée du Gwoka

Chanteur engagé, Rosan Monza transforme le Gwoka traditionnel en « tambour-ka – évolutif ». Du Gwoka traditionnel dont il dit « san li nou péké sanm ayen » il a été inititié très jeune par son grand-père.

Dans le plus pur de la tradition gwoka, sa volonté de s'ouvrir aux autres, son goût pour les voyages et son tempérament de mélomane, il propose sa propre couleur musicale, un « Gwoka ouvert à tous » qu'il agrémente d'apports extérieurs, de nouvelles sonorités, un nouveau son de Ka, teinté de blues, de jazz et de gospel auxquels il ajoute parfois des touches de merengué et de salsa.

« Je veux un Gwoka qui ne soit pas écouté que des guadeloupéens. C'est une manière de conquérir d'autres espaces et de véhiculer notre identité à travers le monde ».

Découvrez Wosan MONZA

« Kaléïdoscope » « Rexistans »

SUDOKU

		2		6				
1			3	2	9	7	5	
8	7	3			1			9
7		1				4		
3	8		1		4		9	5
		9				3		7
9			2			5	6	3
	3	7	6	8	5			1
				9		8		

Retour en images...

Voeux 2015

CENTRE HOSPITALIER
LOUIS-DANIEL BEAUPERTHUY
202 Mahault - 97116 POINTE-NOIRE
Tél. : 05 90 80 59 59 - Fax : 05 90 80 59 27
Email : contact@chldb.fr – site : www.chldb.fr