Zeitschrift: Le messager suisse : revue des communautés suisses de langue française

Herausgeber: Le messager suisse

Band: 35 (1989)

Heft: 5

Artikel: Enquête : l'Hôpital suisse de Paris

Autor: L'Hortet, Collin de / Gueissaz, Charles / Dalayeun, Jean

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-848026

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 05.07.2025

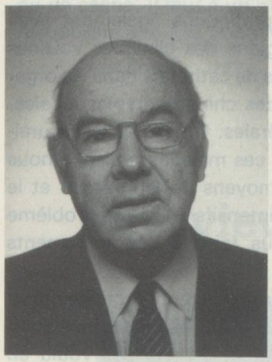
ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

ENQUETE

L'HOPITAL SUISSE DE PARIS

Avant-propos de Monsieur Charles Gueissaz

Président du Conseil d'Administration



Un reportage sur l'Hôpital Suisse et ses diverses activités :

J'ai accepté avec empressement la proposition de Madame Silvagni-Schenk, car je crois qu'il est nécessaire que la colonie suisse de Paris et de sa région, connaisse mieux notre établissement, propriété de l'Association. C'est l'une des composantes importantes de la présence suisse à Paris, à côté de la Chambre de Commerce ou de la Maison Suisse de Retraite et de la S.H.B., etc...

Mieux faire connaître notre Hôpital dont nous nous efforçons constamment d'améliorer les qualités et l'image, c'est, je l'espère, inciter quelques-uns de nos compatriotes à venir en consultation ou à se faire soigner dans nos services, ou à faire partie de notre Association et, pourquoi pas, de notre Conseil : nous avons besoin de forces nouvelles et jeunes. L'Association compte actuellement près de 700 membres cotisants (100 F par an minimum), le Conseil est constitué de 14 membres (moyenne d'âge supérieure à 60 ans !).

L'an prochain, en octobre, nous fêterons le 20e anniversaire de la mise en service de l'Hôpital. Je souhaite accueillir, avant cette date, de nombreux nouveaux adhérents qui, par leur participation, nous aideront à renforcer notre œuvre.

Un mot encore pour remercier les membres fidèles de notre Association : certains le sont depuis près de 40 ans. C'est en partie grâce à leur appui, aux nombreux legs reçus, que l'Hôpital a pu se développer et atteindre une excellente réputation dans la région parisienne.

Le présent reportage n'a pas la prétention d'être complet. Il comporte principalement les interviews des quatre médecins permanents de l'Hôpital, lesquelles traitent des activités essentielles de l'établissement, puis celles des deux responsables administratifs, le Directeur et son Assistante.

Enfin, pour illustrer un autre aspect de l'Hôpital, l'interview d'un médecin responsable des séminaires de formation en médecine physique qui sont organisés dans nos locaux.

Les interviews dépassent largement le cadre que nous avait accordé « Le Messager Suisse », aussi certains services importants pour la vie de l'Hôpital ont-ils été mis de côté. Il s'agit du laboratoire équipé de façon très moderne (Dr Morette), de même la radiologie avec échographie (Dr Hallard), toutes les consultations spécialisées (au total une douzaine), le service de kinésithérapie (Mlle Laval), les équipes soignantes (Mlle Couderc), etc...

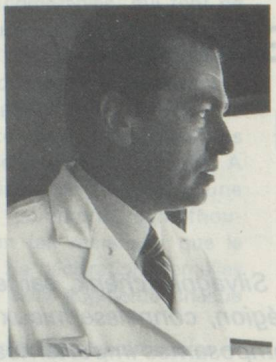
J'espère que dans quelques mois, « Le Messager Suisse » nous accordera à nouveau ses colonnes, pour compléter ces informations.

Dans les pages centrales du Messager numéro 4 d'avril 1989, est représenté l'ensemble des bâtiments de l'Association Suisse médico-sociale, sur la gauche l'Hôpital, à droite, la Maison Suisse de Retraite.

Bien que de statuts différents, ces établissements collaborent de façon étroite et les avantages de leur complémentarité sont de plus en plus reconnus.

Entretiens avec le corps médical et la direction de l'Hôpital Suisse

Interview du Professeur Jean Dalayeun, Médecin-Chef



M.S. : Professeur Dalayeun, quand êtes-vous entré à l'HSP ?

Professeur Dalayeun : Cela fait 19 ans, puisque j'ai pris mes fonctions à l'ouverture de l'HSP, en 1970.

M.S. : Quelle était votre ambition à ce moment là ?

Professeur Dalayeun : C'est simple. J'étais à ce moment là, chef de clinique, à l'Assistance publique, et je voulais devenir chef de service hospitalier (désir qui remonte en fait au tout début de mes études). Cela me paraîssait, me paraît toujours la chose la plus importante.

M.S. : Et pour quelles raisons ?

Professeur Dalayeun : Parce que c'est là que l'on peut faire une médecine de haut niveau, que l'on a des responsabilités importantes, que l'on a une équipe autour de soi. C'est ce que j'avais admiré étant étudiant, puisque j'ai passé toute mon « enfance » médicale dans les hôpitaux de Paris avec des maîtres qui m'ont appris la médecine et en même temps montré ce qu'ils avaient fait. Alors, j'ai eu envie de faire pareil.

M.S. : C'est une vocation pédagogique, alors ?

Professeur Dalayeun : C'est une vocation pédagogique, car, parallèlement, je me suis présenté à l'agrégation de médecine. Depuis 1976, je suis à la fois Professeur à l'Université Paris V (Université René Descartes, dans la faculté de médecine qui s'appelle « Paris Ouest ») et par ailleurs Chef de service à l'HSP.

M.S. : Formez-vous des internes ici ?

Professeur Dalayeun : Oui, bien sûr. Ils exercent des fonctions thérapeutiques, sous ma surveillance. Nous avons aussi un médecin résident helvétique que nous assimilons à un interne, mais qui possède souvent un niveau supérieur. Je le recrute moi-même, en vertu d'accords passés entre l'HSP et les universités suisses.

M.S. : De combien de lits dispose le service de médecine interne ? Et quelles sont leurs attributions ?

Professeur Dalayeun : a) C'est assez complexe. Je suis d'une part Médecin Chef, responsable pour la totalité de l'hôpital, mais comme je ne peux suivre les 132 lits seul, l'on a donc divisé l'hôpital en quatre secteurs. L'un est sous la responsabilité du Médecin Chef Adjoint, le Docteur Collin de l'Hortet, qui a 36 lits de médecine et 12 lits de moyen séjour ; j'ai moi-même 42 lits sous ma responsabilité directe. Il y a 36 lits sous la direction d'un deuxième adjoint, le Docteur Bonnin qui s'occupe du moyen séjour et 6 lits de soins intensifs sous l'autorité des Docteurs Korach et Templier.

M.S. : Quelles maladies soignez-vous principalement ?

Professeur Dalayeun : b) Nous avons toutes les maladies graves qui surviennent sur le plan des maladies infectieuses : en hiver, de très nombreux cas de pneumopathie, de bronchopneumonie, d'infection des voies respiratoires en général ; ou bien des infections des voies urinaires. A l'heure actuelle, nous sommes assez à l'aise face à ces maladies, car nous disposons d'une batterie de traitements extrêmement puissants.

Nous avons aussi, et surtout, des maladies dites vasculaires, c'est à dire les conséquences des artériopathies, des artérites diverses, localisées soit au niveau des membres inférieurs ou au niveau du cœur. Lorsqu'il s'agit d'un infarctus du myocarde constitué, quand le diagnostic est fait très vite, on ne garde pas le malade. Nous l'envoyons dans un centre de cardiologie intensif : il en existe plusieurs autour de nous et qui traitent, dans l'atteinte cardiaque aiguë, de façon très précise. Mais nous soignons tous les autres cas d'atteinte coronarienne et aussi d'artériopathie cérébrale, qui donnent toutes sortes de manifestations neurologiques qui sont en partie liées à l'âge. Cependant l'âge peut être 60, 65 ans, c'est pourquoi nous avons adjoint dans notre hôpital un gros secteur de kinésithérapie fort bien équipé.

Autre « gros » secteur : celui de la diabétologie, dont s'occupe plus particulièrement le Docteur Collin de l'Hortet. Existe également le secteur de soins intensifs qui s'occupe des malades suraigus.

Il reste une chose qui me tient plus à cœur. A l'origine, outre ma formation en médecine interne, j'étais gastro-entérologue, spécialisation que j'ai dû laisser un peu de côté en prenant en charge cet hôpital. Mais je fais un certain nombre de recherches et d'examens spécifiques en gastro-entérologie. J'ai ainsi une filière de recrutement, surtout en consultation externe, concernant les maladies du tube digestif pour lesquelles nous avons un secteur d'endoscopie digestive. Pour ce faire, nous avons recruté un spécialiste, mais il nous arrive aussi d'utiliser le scanner de Saint Michel dont nous sommes, en partie, propriétaires.

M.S. : Traitez-vous aussi le cancer ?

Professeur Dalayeun : Oui, nous avons un secteur de cancérologie avec un spécialiste qui nous assiste pour les soins de chimiothérapie (Docteur Meyer), il pratique dans sa clinique les traitements de radiothérapie.

Il existe d'autre part à Paris des centres très spécialisés de cancérologie et nous travaillons avec eux, en particulier avec celui de Créteil. Nous sommes ainsi au courant de toutes les nouvelles techniques de chimiothérapie. Nous pratiquons également avec nos amis chirurgiens des cliniques voisines des implantations de cathéters dans les organes, pour faire des chimiothérapies locales, et non plus générales. On sait aussi naturellement surveiller ces malades, puisque nous avons tous les moyens de laboratoire et le service de soins intensifs en cas de problème aigu. Donc, nous faisons des traitements très pointus.

Nous avons un autre secteur d'activité qui va vous surprendre : nous nous occupons aussi de neuro-psychiatrie. Je n'ai pas voulu en effet que l'on exclue d'un service de médecine générale, de médecine interne, tous les problèmes de neuro-psychiatrie. Sinon, on a l'impression de ne pas jouer tout à fait son rôle si l'on renvoie tous ces gens vers des centres de neuro-psychiatrie, ce qui n'est pas toujours bien accepté par les patients. Alors, on a essayé de les réintégrer dans la médecine interne.

M.S. : Vous vouliez en quelque sorte banaliser leur problème.

Professeur Dalayeun : Tout à fait. Quand les problèmes restent modérés (il est évident que nous confions les cas vraiment graves aux services neuro-psychiatriques spécialisés), je ne vois pas pourquoi l'on irait faire une entrée en grande pompe dans un centre neuro-psychiatrique où il y a là des malades très graves. Donc, nous prenons ces malades en charge avec l'aide d'un médecin neuro-psychiatre, qui est un médecin des hôpitaux de neuro-psychiatrie et qui est là 4 ou 5 jours par semaine. Nous avons d'excellents résultats : environ 80 % des cas sont guéris, du moins peut-être transitoirement (il faut garder quelque prudence), mais il y a une surveillance assurée par la suite par le neuro-psychiatre, en consultation externe alors.

M.S. : S'agit-il d'une population relativement jeune ?

Professeur Dalayeun : Ce sont des cas situés entre 18 et 50 ans, bien que l'on commence à voir, étant donné l'augmentation du nombre des sujets âgés, des personnes plus âgées qui présentent de réels troubles neuro-psychiatriques (indépendamment de détérioration mentale).

M.S. : Soignez-vous aussi des toxicomanes ?

Professeur Dalayeun : C'est un très gros problème. Ces malades en effet sont très difficiles. Très difficiles à canaliser, à soigner, à surveiller, avec des risques de délinquances, de vol, fugue, etc., etc... D'autre part, on n'est jamais très sûr qu'ils viennent à l'hôpital pour se faire vraiment désintoxiquer. Ils peuvent venir pour toutes sortes de raisons (par exemple pour échapper à la police). Nous n'avons pas supporté de servir d'alibi, ou de cache. Il faut à un moment donné, les responsabiliser. Ils viennent d'un Centre d'aide aux toxicomanes (le Centre Chimène), situé non loin de l'hôpital, où travaillent 2 psychiatres ainsi qu'un certain nombre de personnes dont des bénévoles, qui leur font signer un contrat. Vous savez que ce n'est pas toujours bien pris, mais ce sont eux qui nous l'ont proposé.

Nous avons d'autre part exigé un dépistage, pour le SIDA. La fréquence d'atteinte sidaïque pour toxicomane représentait un danger trop certain pour notre personnel : c'est une surveillance utile, mais qui n'a pas été facile à obtenir. Ceci dit, le principal du contrat est que le sujet s'engage à ne pas recevoir de visites pendant 3 jours, à rester sans contact avec l'extérieur et ce, pour des raisons aisées à comprendre. Grâce à ce contrat, à cet engagement volontaire, cela se passe beaucoup mieux aujourd'hui : ceux qui viennent ici sont décidés et respectent en général leur engagement. Nous avons donc de bons résultats, mais cela ne veut pas dire que tout est gagné. Car, que se passe-t-il à la sortie ? C'est pourquoi le Centre Chimène a mis en place et cela me paraît être une des choses les plus importantes, des familles d'accueil, à travers toute la France.

Interview du Docteur Collin de l'Hortet, Diabétologue

M.S. : Comment et pour quelles raisons hospitalise-t-on les diabétiques ?

Docteur Collin de l'Hortet : On hospitalise moins les diabétiques pour des séjours de longue durée, mais encore assez souvent pour des séjours de courte durée qui sont motivés par une complication métabolique aiguë de type céto-acidose ou hypoglycémie ou par des complications chroniques comme par exemple, une gangrène par artérite.

M.S. : A ce titre, qu'est-ce qu'un coma diabétique ?

Docteur Collin de l'Hortet : Un coma diabétique, c'est un déséquilibre aigu du diabète dont la cause principale réside dans le manque d'insuline. La cause la plus fréquente chez les diabétiques déjà sous insuline, c'est l'arrêt intempestif d'insuline.

Le coma hypoglycémique est lié à un surdosage en insuline. Pratiquement aucun malade insuliné n'échappe aux incidents hypoglycémiques. Cela peut aller jusqu'au coma clinique.

M.S. : Quels sont les soins employés pour soigner le coma diabétique ?

Docteur Collin de l'Hortet : Cela s'apparente un peu à la réanimation. Il faut d'une part apporter beaucoup d'eau et d'électrolyte (c'est à dire du sodium et du potassium) dans les premières 24 heures, en apports strictement mesurés. D'autre part, il faut mesurer toutes les heures les urines et faire toutes les heures également des injections d'insuline en faisant assez fréquemment des prélèvements sanguins. Ces malades sont donc effectivement mieux traités en service de soins intensifs que dans un service de médecine générale.

M.S. : Quelle est l'évolution des soins ?

Docteur Collin de l'Hortet : Il y a eu beaucoup de progrès, au moins théoriques en diabétologie, notamment pour ce qui est de la génétique de la maladie, de ses modes de déclenchement habituels et de ses causes. Sur le plan pratique, cela n'a pas été une révolution. Il y a eu pendant un certain temps un engouement pour une sorte de réservoir d'insuline que l'on appelle pompe à insuline et qui a la forme d'un petit transistor. Le réservoir a un petit tuyau (cathéter) qui se termine par une aiguille fichée dans la peau du ventre. C'est une bonne méthode de traitement du diabète, le seul inconvénient étant que les gens, d'un point de vue psychologique, supportent mal cette prothèse. Maintenant, le gros progrès a été réalisé par ce que l'on appelle le stylo à insuline, qui se présente comme un stylo, sauf que le réservoir d'encre est remplacé par un réservoir d'insuline, et la plume par une aiguille. Dans l'état actuel des choses, les malades qui nécessitent l'utilisation de ce stylo ont une injection traditionnelle le soir et ils utilisent, avant chacun des trois repas, ce stylo pour ce que l'on nomme des petits « bonus », pour couvrir les repas.

M.S. : Quelle est la part de l'information ?

Docteur Collin de l'Hortet : A chaque fois que l'on voit le malade en consultation, il faut, si j'ose dire, enfoncer le clou, réexpliquer comment marche l'insuline, expliquer les signes annonciateurs d'un malaise à l'insuline, montrer comment modifier les repas ou les doses d'insuline suivant les activités physiques.

M.S. : N'est-ce pas un plus d'informer mieux les malades ?

Docteur Collin de l'Hortet : Effectivement. Beaucoup d'équipes insistent sur ce sujet et ont mis au point des programmes d'enseignement qui, je pense, devraient dans l'avenir limiter le nombre des acidocétoses notamment.

M.S. : Nutrition et diabète : où en sommes-nous aujourd'hui ?

Docteur Collin de l'Hortet : Comme vous le savez, les Français ont des habitudes alimentaires difficiles à faire changer. Les idées ont beaucoup évolué et, grosso modo, les diabétiques peuvent aujourd'hui manger comme les non-diabétiques, à condition d'avoir une répartition équilibrée entre les 3 grands types de nutriments (protides, glucides et lipides) d'une part, et d'autre part, à condition de respecter une certaine régularité dans les apports.

M.S. : Votre service assume-t-il des cours de diététique ?

Docteur Collin de l'Hortet : On en a fait. Mais nous avons une population âgée : au-delà d'un certain stade, l'on n'apprend plus. Donc, nous faisons des cours individuels, au coup par coup, mais nous ne faisons plus de cours ex-cathedra, car nous avons un public trop hétérogène pour faire un enseignement collectif.

M.S. : Combien de personnes sont-elles touchées par la maladie ?

Docteur Collin de l'Hortet : On considère qu'en France entre 1 et 2 % de la population

est touchée. Mais, sur ce pourcentage, il y a au moins 80 % de diabétiques qui ne sont pas insulino-dépendants : on peut du moins pendant un certain temps, les traiter par comprimés. Puisqu'on aborde ce sujet : cette proportion de 80 % est certainement exagérée, l'on devrait insuliner plus souvent les malades. C'est une des idées que je défends depuis un certain nombre d'années, et je ne suis pas le seul, du reste.
En clair, on laisse trop longtemps des gens sous comprimés pour des raisons, disons, démagogiques (un malade accepte plus facilement l'idée du comprimé que celle de la piqure).

M.S. : Le diabète est-il incurable ?

Docteur Collin de l'Hortet : Il n'y a jamais de guérison. Il y a parfois des rémissions, mais l'on reste toute sa vie diabétique.

M.S. : Sait-on d'où vient le diabète ?

Docteur Collin de l'Hortet : On ne sait pas, encore que l'on pense que tous les diabètes insulino-dépendants sont dus à des phénomènes d'auto-immunité : l'organisme secrète contre son propre pancréas les anticorps qui abiment les cellules qui secrètent de l'insuline et qui donc, finissent par les tuer et aboutissent à une forte diminution ou à un tarissement complet de la secrétion d'insuline.
Quant aux diabètes sous comprimés, la cause est complètement inconnue.
Ce que l'on sait de plus, c'est que pour ces derniers, cette maladie est héréditaire, ce facteur étant moins certain pour les insulino-dépendants.

M.S. : On en retire alors l'impression que ce sont des maladies tout à fait différentes ?

Docteur Collin de l'Hortet : C'est possible, je ne peux pas vous en dire plus.

Interview de Monsieur le Docteur Bonnin

M.S. : Docteur Bonnin, quelles sont exactement vos fonctions à l'Hôpital Suisse ?

Docteur Bonnin : Je suis médecin adjoint de l'hôpital, responsable du service moyen séjour. J'exerce à la fois cette fonction et celle de rhumatologue.

M.S. : En moyen séjour, quels malades traitez-vous ?

Docteur Bonnin : A l'origine ce service avait été ouvert de façon à faire face aux cas qui voyaient leur hospitalisation se prolonger pour divers motifs. Peu à peu, nous nous sommes aperçus qu'il y avait une demande de plus en plus importante provenant en particulier des services de chirurgie orthopédique et concernant une population relativement âgée. Le service s'est donc orienté plus spécifiquement vers les affections de l'appareil locomoteur. Il regroupe actuellement des malades présentant des complications rhumatologiques et surtout des patients qui posent des problèmes de post-orthopédie, principalement des personnes ayant eu une fracture du col fémoral opérées dans les services de chirurgie de la région.
Le service moyen séjour comporte depuis peu 48 lits (précédemment 36 lits). On y reçoit également des malades de médecine qui ont besoin de rééducation pour retrouver leur autonomie : à plus de 70 ans un alitement d'une dizaine de jours, consécutif à une grippe par exemple peut conduire à une perturbation de la déambulation qui nécessite une rééducation.

M.S. : Vous avez aussi un rôle d'encadrement ?

Docteur Bonnin : Effectivement, le service dispose de deux internes. Il faut souligner également le rôle important des kinésithérapeutes qui sont particulièrement performants. Nous travaillons en étroite collaboration. Chaque semaine un « staff » réunit l'ensemble du personnel soignant du service et les stagiaires de kinésithérapie pour faire le point sur certains dossiers ou sur un problème médical.

M.S. : Pensez-vous que ce secteur va se développer ?

Docteur Bonnin : C'est évident. D'une part pour des raisons démographiques de vieillissement de la population tout à fait prévisibles, d'autre part parce que la demande est pressante. Nos 48 lits sont juste suffisants pour y faire face et nous avons pratiquement en permanence une liste d'attente d'une dizaine de malades.

M.S. : Ce qui veut dire un certain nombre de difficultés ?

Docteur Bonnin : Nous avons des problèmes spécifiques ; il faut admettre les malades rapidement mais aussi les soigner rapidement et les faire sortir rapidement, cela avec des moyens qui ne bougent pas. Pour vous donner une idée nous avons assisté par équipe une infirmière et 3 aides soignantes, le personnel infirmier est dont très chargé.

M.S. : La moyenne d'âge de vos patients doit compliquer d'autant plus les choses ?

Docteur Bonnin : Exactement. Ils demandent plus d'attention, de soins et présentent souvent des complications post-opératoires qui sortent du domaine chirurgical.

M.S. : l'HSP a donc créé un service médical très recherché, puisqu'il y a peu de centres hospitaliers comme le vôtre ?

Docteur Bonnin : Absolument. Nous avons à la fois l'expérience de la pathologie du sujet âgé et l'avantage d'un bon plateau technique de kinésithérapie qui n'existe pas partout. C'est ce qui fait notre « plus ». Ajoutons à cela la qualité des locaux, de l'hôpital et de l'environnement.

M.S. : Et la rhumatologie ?

Docteur Bonnin : C'est une science en plein essort. Elle regroupe schématiquement l'étude des affections mécaniques et inflammatoires. Nous voyons ici surtout les premières et les conséquences évoluées des secondes (les arthrites). L'arthrose et l'ostéoporose sont les principales maladies rencontrées. Je vois en consultation des sujets qui posent ces problèmes mais qui ne nécessitent pas obligatoirement une hospitalisation. La rhumatologie me permet d'appréhender ces cas et ceux qui ont présenté des complications plus importantes ayant dû être opérées. Par exemple on doit suivre désormais des malades atteints d'ostéoporose mais également ceux qui en raison de cette maladie ont été victimes d'une fracture du col fémoral. On dispose actuellement de nombreux traitements pour faire face à la douleur. La kinésithérapie est souvent utile. Mais il reste énormément à découvrir. Ainsi les mécanismes à l'origine de l'arthrose (dégénérescence du cartilage des surfaces articulaires) sont encore incomplètement connus. Toutes ces raisons ont motivé mon choix dans cette spécialité.

Interview du Docteur J.-M. Korach
Chef du service des Soins Intensifs

M.S. : Depuis quand le service de soins intensifs fonctionne-t-il ?

Docteur Korach : Il a été ouvert le 7 novembre 1988. Le Conseil d'Administration de l'Hôpital s'est rendu compte que, dans l'évolution de la médecine actuelle, il était absolument indispensable de disposer à l'hôpital d'une Unité de soins intensifs et de réanimation qui apportait en outre une nouvelle dynamique très motivante pour le personnel soignant.
Précédemment, de nombreux malades en traitement à l'hôpital devaient, en cas d'aggravation de leur état, être transférés dans d'autres centres de soins.

M.S. : Justement, quelle est la différence entre soins intensifs et réanimation ? Car, l'on fait souvent l'amalgame.

Docteur Korach : Je crois qu'honnêtement, l'amalgame est simple, car on ne peut réellement parler de soins intensifs sans parler de réanimation. La structure ici s'appelle « Soins Intensifs », mais est en réalité un service de réanimation. La terminologie « soins intensifs » a été créée pour faire une sorte d'intermédiaire entre la médecine aigüe et la réanimation, mais en fait, tout service de soins intensifs devient un service de réanimation par les méthodes et techniques employées.

M.S. : Outre les malades qui proviennent de l'hôpital lui-même, d'où viennent les autres patients ?

Docteur Korach : Ils viennent d'un recrutement externe, par l'intermédiaire du SAMU des Hauts-de-Seine ainsi que par le SAMU de Paris. Maintenant, après presque 6 mois, l'existence du service commence à être connu par un certain nombre d'hôpitaux parisiens qui, lorsqu'ils n'ont plus de place, nous appellent directement. Mais, il faut considérer que 70 % des malades qui rentrent dans le service sont adressés par le SAMU.

M.S. : Comment fonctionne la répartition des malades ?

Docteur Korach : La majorité des services de réanimation dans la structure parisienne est scindée en 2 types : il y a les services de réanimations médicaux et les services de réanimations chirurgicaux (ceux-ci se trouvent en général dans une structure hospitalière chirurgicale). Ici, l'on se trouve dans un service de réanimation médicale.

M.S. : De combien de lits dispose ce service ?

Docteur Korach : Actuellement, 4 lits sont en service. En accord, avec le Conseil d'Administration et la Direction, et pour de multiples raisons, nous nous limiterons pendant quelques mois à ces 4 lits (personnel, coût de fonctionnement, etc...).
Le conseil et la direction sont en pourparlers avec la D.D.A.S.S., pour admettre le surcoût de ce service dans le budget global. Cela prendra encore du temps avant d'obtenir satisfaction.

M.S. : Quels sont les équipements spécifiques à ce service ?

Docteur Korach : Chaque lit est équipé :
a) d'un **monitoring** Hewlett Packard qui contrôle en permanence divers paramètres, tels pulsations, tension artérielle, etc..., enregistre et donne l'alarme en cas d'anomalie ;
b) d'un **respirateur artificiel** CPU1 ;
c) d'une **nutripompe** réfrigérée pour l'alimentation antérale par sondes ;
d) de **« pousses seringues »** automatiques pour l'injection continue de médicaments, ainsi que de **pompes à perfusion** automatiques programmables.

Le service comprend en outre divers appareils mobiles, tels **pèses-malades** de précision, **radiographie, analyseur de gaz du sang,** etc...

Les lits sont équipés de matelas spéciaux anti-escarres.

M.S. : Les infirmières sont-elles spécialisées ?

Docteur Korach : Non. Il n'existe pas de spécialité d'infirmière de réanimation. Elles ont été recrutées, de même que les aides soignantes, parmi le personnel de l'hôpital et formées par des stages extérieurs, et ici même à l'hôpital.

M.S. : Vous travaillez ici à mi-temps. Est-ce que cela ne pose pas de problèmes ?

Docteur Korach : Je travaille ici à mi-temps en tant que chef de service, mais j'ai également un assistant qui travaille à mi-temps, les jours où je ne suis pas là. D'autre part, une fois par semaine, nous sommes tous les deux présents dans l'Unité.

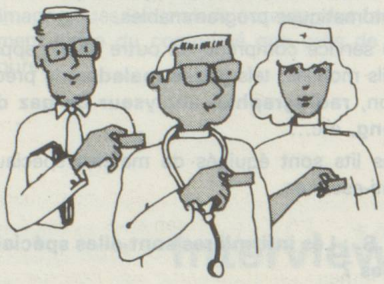
De plus, il y a un interne en permanence et, la nuit, un interne de réanimation. C'est donc quelqu'un qui a l'expérience de la réanimation, et qui prend la garde tous les soirs à 18 heures, jusqu'au lendemain 9 heures.

En ce qui me concerne, je tiens à conserver ce système de mi-temps. Lors de mon entrée à l'Hôpital Suisse de Paris, j'ai démissionné du SAMU. Mais, je garde un poste à mi-temps dans le service de réanimation de l'Hôpital de Garches. Ceci est important, parce que Garches comporte 24 lits, et est un centre hospitalier universitaire qui me permet, et ceci est vital pour un médecin réanimateur, d'avoir accès à un recyclage permanent. La technologie, la thérapeutique sont en évolution constante et un médecin réanimateur est obligé de suivre ce développement.

Interview de Monsieur le Docteur Rageot

M.S. : Monsieur le Docteur Rageot*, expliquez-nous ce qu'est le GEMMIF et quels sont ses rapports avec l'Hôpital Suisse de Paris ?

Docteur Rageot : Depuis 6 ans le Groupe d'Etudes de Médecine Manuelle de l'Ile-de-France dispense un enseignement pratique des manipulations vertébrales et des membres à une soixantaine de médecins généralistes et spécialistes dans les locaux de l'Hôpital Suisse de Paris.



Les études durent trois ans et comportent cinq séminaires annuels d'un week end de deux jours. Les cours ont lieu dans la Salle de Conférence et la Salle de Gymnastique, spécialement aménagées et gracieusement mises à notre disposition par la Direction de l'Hôpital.

Des médecins de l'Ile-de-France, mais aussi des autres régions de France viennent suivre les cours et les travaux pratiques dispensés par le Dr. Le Corre* et moi-même, cofondateurs de l'Enseignement, ainsi que par des moniteurs formés dans leurs enseignements universitaires antérieurs de l'Hôtel Dieu de Paris. C'est ainsi que les Docteurs Jacques Balian, Joëlle d'Albuti le Floch, Jean Le Cacheux et Jean Majoue dans un premier temps, puis les Docteurs Pierre Grellat et Pascal Koch dans un second temps sont venus se joindre à nous. Chaque année, en fin d'études est remis un diplôme délivré par la Fédération Française et Francophone de Médecine Manuelle qui comprend les autres groupes régionaux : Groupes d'Etudes de Médecine Manuelle des régions Ouest-Bretagne, Ouest-Normandie, Franche Comté, Bourgogne, Rhône-Alpes, Aquitaine et bientôt la Région Est, ainsi que des groupes parisiens (Sté Française d'Ostéopatie).

Cette année, j'ai été désigné pour présider cette Fédération d'Enseignements Privés.

Mais l'activité de ce groupe s'étend à d'autres régions, et les membres du GEMMIF se déplacent en province pour faire des démonstrations des techniques manuelles auprès des Syndicats de Rhumatologues de Lille et de Nantes qui sont demandeurs de manifestations de ce genre.

---

* Docteur Rageot, Docteur Le Corre, Spécialistes de Médecine Physique, Attachés de consultation à l'Hopital Suisse de Paris.

Interview de Monsieur Pommarez, Directeur

M.S. : Monsieur Pommarez, parlez-nous de votre poste ?

M. Pommarez : Un directeur d'hôpital gère une entreprise, du personnel, travaille en collaboration avec le Conseil d'Administration (surtout son Président), avec les médecins, doit accepter les décisions des autorités de tutelle (D.D.A.S.S.)*, faire face à toutes ces contraintes et malgré tout respecter l'objectif de l'hôpital : assurer la qualité des soins et le bien-être des malades, tout en restant dans l'enveloppe budgétaire.

M.S. : Quels sont vos rapports avec les services publics ?

M. Pommarez : Je suis en rapport étroit avec la D.D.A.S.S. des Hauts de Seine : le Directeur et ses adjoints administrateurs, le Médecin-Inspecteur, de même qu'avec la C.R.A.M.I.F. (Caisse Régionale d'Assurance Maladie de l'Ile-de-France), qui exerce en particulier le contrôle des malades hospitalisés (adéquation ou inadéquation par rapport à nos spécialités médicales et durées de séjour).

Dans le cadre du budget global, il ne me reste que peu de liberté, ainsi tout investissement supérieur à 500 000 F doit recevoir l'accord de la D.D.A.S.S., de même, il n'est pas possible de modifier l'affectation des lits, le nombre du personnel sans autorisation.

M.S. : Comment avez-vous procédé pour les soins intensifs ?

Il ne s'agit pas, dans ce cas, de création de nouveaux lits, mais du renforcement des moyens de soins sur six lits de médecine. Il n'est plus possible de pratiquer de la médecine aiguë, sans avoir à disposition quelques lits où recevoir des malades « lourds ». Ce mini service coûte plus cher que les lits normaux (matériel, personnel, médicaments, etc...). Actuellement, l'hôpital supporte ce surcoût, mais nous négocions avec la D.D.A.S.S. pour faire admettre ces dépenses nouvelles, qui seront en outre compensées partiellement par des économies faites dans d'autres services.

M.S. : C'est le gestionnaire qui parle ?

M. Pommarez : C'est plus que de la gestion. Il faut vivre avec une enveloppe budgétaire qui n'augmente que de 2 à 3 % par an. En ce sens là, le directeur doit faire preuve de beaucoup d'imagination et de patience : il faut créer de l'activité, augmenter la densité de travail sans dépenser plus. C'est la quadrature du cercle !

M.S. : Quels sont les moyens financiers de l'hôpital ?

M. Pommarez : L'hôpital reçoit chaque mois environ 3 millions (dotation globale) ce, quelque soit le nombre de malades et le coût des soins. Notre prix de journée est actuellement le plus bas, et de loin, par rapport à celui d'établissements similaires de la région parisienne : nous luttons donc pour que ce prix de journée corresponde à celui des hôpitaux similaires au nôtre.

M.S. : Quels sont vos rapports avec les autres hôpitaux ?

M. Pommarez : J'ai des rapports étroits, de même que certains de mes collaborateurs, avec le Groupement des Hôpitaux Privés à but non lucratif de la région parisienne. C'est ainsi qu'a été mis au point l'achat en commun d'un Scanner. D'autres sujets sont mis en études communes, tels achats, entretien-maintenance, politique du personnel, équipements médicaux, etc...

M.S. : Quels sont vos relations avec la municipalité ?

M. Pommarez : Elles sont excellentes et nous souhaitons les voir se développer encore davantage.

M. S. : Et vos rapports avec la Maison Suisse de Retraite ?

M. Pommarez : Ils sont très bons. Je rencontre fréquemment Monsieur Grasset, Direc-

* Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

teur de la M.S.R., nous examinons et résolvons ensemble les problèmes communs.

M.S. : Quel avenir voyez-vous pour l'hôpital ?

M. Pommarez : Ce problème capital est étudié avec les médecins et le Conseil. Pour ma part, je pense que l'hôpital doit bien couvrir les besoins de son secteur géographique, maintenir et développer la médecine aiguë à côté du très bon service de réadaptation existant. Il faudrait également remettre à l'étude, la création de quelques lits de long séjour, en étroite collaboration avec la Maison Suisse de Retraite. Enfin, nous étudions la possibilité de créer un centre médical de diagnostic (sorte de dispensaire de dépistage).

Interview de Mme Debos, Chef des services généraux

M.S. : Mme Debos, comment définissez-vous votre poste ?

Mme Debos : D'une part, je suis l'assistante du Directeur, j'ai donc un rôle à la direction de cet établissement, et d'autre part, j'assume la fonction de Chef des Services Généraux, c'est-à-dire, entre autre, la gestion administrative du personnel. Environ 150 personnes, dont une certaine partie à temps partiel auxquelles il faut ajouter un nombreux personnel temporaire qui assure le remplacement du personnel permanent pendant ses absences pour maladie ou congé. Cela implique un grand mouvement de dossiers (établissement des contrats d'embauche, suivi des carrières, application de la Convention Collective, accident, maladie, congés, assurance, retraite du personnel...) De plus nous recevons de nombreux stagiaires issus de l'Université et d'écoles paramédicales. Les stagiaires sont formés et encadrés par le personnel des Services auxquels ils sont rattachés.

M.S. : Y-a-t-il une part de personnel suisse ?

Mme Debos : Beaucoup moins aujourd'hui. A l'ouverture de l'Hôpital, et pendant les années qui ont suivi, nous recevions des infirmières et des aide-infirmières diplômées suisses pour des périodes de 6 à 18 mois, il y avait un roulement, mais aujourd'hui, le personnel hospitalier est beaucoup plus stable, et les postes se libèrent de moins en moins, de plus les formalités administratives n'ont pas été simplifiées.

Il y a des Suisses et des doubles nationaux parmi le personnel, mais ils sont résidents en France soit parce que mariés à des Français ou de parents suisses habitant la France depuis longtemps.

Enfin nous avons toujours, depuis 1972 un médecin résidant suisse en fonction d'interne. Ce sont des médecins qui font leur internat, dont le stage de 6 mois à un an dans notre Service de médecine Interne est reconnu validant pour la Suisse suite à un accord passé entre l'Hôpital Suisse de Paris et les universités suisses.

M.S. : Et les malades suisses ?

Mme Debos : Nous recevons les pensionnaires de la Maison Suisse de Retraite. Le Service Social de l'Ambassade nous adresse parfois des Suisses qui se sont adressés à eux. N'oublions pas que M. le Professeur Dalayeun est le médecin de confiance de l'Ambassade. Nous recevons également un certain nombre de ressortissants helvétiques qui viennent en consultation, en radio, au laboratoire, en kinési...

M.S. : Quels sont les autres secteurs où vous intervenez encore directement ?

Mme Debos : Les Services Généraux, c'est aussi : la cuisine, la lingerie et tout ce qui touche à l'entretien des locaux. La cuisine et la lingerie ont été données en gérance à des entreprises spécialisées, mais il me reste à surveiller le bon fonctionnement de ces services et à intervenir pour apporter d'éventuelles modifications, voire améliorations.

Pour ce qui concerne les locaux, nous avons une équipe d'entretien, qui s'occupe en permanence des travaux : trois ouvriers spécialisés et un manœuvre interviennent quotidiennement à chaque problème signalé par les utilisateurs ; mais il y a aussi la maintenance du gros matériel (ascenseurs, chaufferie, téléphone, radiologie...) qui est assurée partiellement par notre personnel, partiellement par des entreprises spécialisées placées sous notre contrôle.

Dans les grands hôpitaux aujourd'hui la maintenance justifie la présence d'un ingénieur pour traiter ces problèmes techniques. Notre taille ne nous permet pas de pourvoir un tel poste, mais nous bénéficions de l'assistance bénévole des ingénieurs membres de notre Conseil d'Administration.

M.S. : Pour résumer votre rôle : vous gérez le personnel, l'entretien et les travaux de l'hôpital, et puis il y a ce journal de communication interne que vous réaliser.

Mme Debos : L'Echo de l'hôpital Suisse de Paris, qui paraît deux fois par an, et qui est envoyé à tous les membres de l'Association. Je m'occupe en outre, du fichier informatisé de l'Association, réceptionne et enregistre les chèques, assure les rappels de cotisation, etc...

Je crois utile de rappeler que les cotisations et dons peuvent être déduits fiscalement, puisque nous sommes une Association reconnue d'utilité publique. Tout versement fait donc l'objet d'un reçu fiscal. Je participe également à la réalisation des legs faits en faveur de l'Hôpital.

Il y aurait encore bien des choses à dire, le travail est très diversifié. L'Hôpital est comme un navire qui doit toujours être en état de marche, et c'est la responsabilité de la Direction d'assurer ce bon état de fonctionnement.

Propos recueillis par Francine Bruhin

Photos : Eddy Cervo

Hôpital Suisse de Paris

Votre admission

En cas d'**admission en urgence**, vous devez vous présenter — ou votre famille doit vous présenter — à l'interne de garde avec un certificat de votre médecin traitant. Après examen, vous serez installé directement dans votre chambre.
Les formalités administratives seront faites, soit par un membre de votre famille qui devra se rendre au « Bureau des Admissions », soit par vous-même. En cas d'incapacité, un agent de ce bureau viendra auprès de vous pour recueillir les informations nécessaires.
Si votre hospitalisation a été prévue depuis quelque temps déjà, vous devez vous rendre au Bureau des Admissions, muni des pièces suivantes :

Dans tous les cas :
- votre carte d'identité.

Si vous êtes assuré social :
- votre carte d'immatriculation,
- vos bulletins de salaires des 3 mois précédents, ou une attestation d'employeur.

Si vous êtes étudiant :
- votre attestation de cotisation pour l'année scolaire en cours, en Faculté ou dans un Etablissement d'Enseignement Supérieur.

Si vous êtes retraité ou en invalidité :
- votre titre de pension,
- le talon du dernier mandat de versement de votre pension de retraite.

Si vous êtes, de plus, mutualiste :
- votre carte d'affiliation.

Si vous êtes pris en charge à 100 % :
- la notification de décision de votre Caisse.

Si vous êtes indemnisé par les ASSEDIC :
- les avis de paiement.

Lorsque les formalités administratives d'admission seront terminées, une infirmière ou une aide-soignante vous conduira dans votre chambre.

Le **Bureau des Admissions** est situé au rez-de-chaussée. Il est ouvert du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 30 et le samedi matin de 9 h à 12 h.