

Rapport annuel 2012

Clinique romande de réadaptation

Av. Grand-Champsec 90
Case postale 352
CH-1951 Sion

Téléphone +41 (0) 27 603 30 30
Télécopie +41 (0) 27 603 30 31
info@crr-suva.ch
www.crr-suva.ch



suvacare
Prestations et réadaptation

Le modèle Suva

Les quatre piliers de la Suva

- La Suva est mieux qu'une assurance: elle regroupe la prévention, l'assurance et la réadaptation.
- La Suva est gérée par les partenaires sociaux. La composition équilibrée de son Conseil d'administration, constitué de représentants des employeurs, des travailleurs et de la Confédération, permet des solutions consensuelles et pragmatiques.
- Les excédents de recettes de la Suva sont restitués aux assurés sous la forme de primes plus basses.
- La Suva est financièrement autonome et ne perçoit aucune subvention de l'Etat.

Distinctions et promotions

Distinctions
Mme Franca Cataldi, pour la réussite de son certificat d'assistante de direction avec mention « très bien ».
M. Philippe Kaesermann, pour son certificat de formation à la pédagogie professionnelle.
Mme Judith Roggo, pour son CAS HES-SO en assurances sociales.
M. Frédéric Devanthery, pour son CAS IFFP de formateur à la pratique professionnelle ES dans le domaine social.
Dresse Gloria Perez, pour son examen fédéral de médecine humaine.
Mme Aurélie Formaz, pour son certificat en réflexologie.
Mme Rachel Borgeat, pour son CAS HES-SO en physiothérapie cardio-respiratoire.
M. Fabrice Quellet, pour son CAS HES-SO en neuro-réhabilitation.

Promotions
Mme Alexandra Bornet, collaboratrice administrative aux ateliers de réadaptation professionnelle, prend le poste de maître socio-professionnel.
Dr Pierre-Etienne Fournier devient chef de service, service de médecine du sport.
Dr Cyrille Burrus passe chef de clinique adjoint au sein des médecins cadres du service de réadaptation de l'appareil locomoteur.
M. Patrick Monnier, infirmier, passe ICUS au L1-L2., service de réadaptation de l'appareil locomoteur
Dresse Maria Iakova devient chef de clinique au sein des médecins cadres du service de réadaptation de l'appareil locomoteur.
Dresse Sylvie Revaz est nommée médecin associée au sein du centre d'évaluation et de consultations.

Table des matières

05	Message du Comité de Direction
	L'année médicale
09	Réadaptation de l'appareil locomoteur Réadaptation ortho-traumatologique Réadaptation rachidienne Réadaptation en orthopédie technique Réadaptation patients brûlés
11	Réadaptation en neurologie et en paraplégie Réadaptation en paraplégie Neuropsychologie
13	Centre d'évaluation et de consultations
15	Médecine du sport
16	Psychosomatique
17	Recherche et contrôle qualité médicale
18	Soins infirmiers
19	Ergothérapie
20	Physiothérapie
21	Réadaptation professionnelle
22	Atelier d'orthopédie technique
23	Atelier technique pied & chaussure
24	Service social
25	Animation & loisirs
26	L'année administrative & logistique
33	Association du personnel
34	Encadrement et effectif
37	Quelques chiffres Finances (compte d'exploitation) Prestations 1. Nombre de patients selon le type de pathologie 2. Durée moyenne de séjour en fonction du type de pathologie 3. Répartition en fonction du type d'assurance 4. Provenance des patients Suva par agence 5. Répartition des patients selon nationalité 6. Répartition en fonction de l'âge 7. Répartition en fonction des groupes professionnels
40	Activités scientifiques Publications, abstracts et posters
42	Distinctions et promotions



Abstracts et posters	
1	Atzori M; Gijsberts A; Heynen S; Hager, AG Mittaz; Deriaz O; van der Smagt P.; Castellini C; Caputo B; Müller H. Building the Ninapro database: A resource for the biorobotics community. 4th IEEE RAS & EMBS International Conference on Biomedical Robotics and Biomechanics (BioRob), June 2012. Published in IEEE Xplore. Page(s): 1258 - 1265 15.
2	Bellmann A, Prise en charge d'un comportement problématique après traumatisme crânio-cérébral : collaboration avec la famille, Journées romandes de Neuropsychologie du 4 octobre 2012 aux HUG
3	Bellmann A, Quelle place pour les tests de validation de symptômes dans l'examen neuro-psychologique ? Journées romandes de Neuropsychologie du 4 octobre 2012 aux HUG
4	Bellmann A, Traitement de l'hémiparésie : la contrainte pour diminuer le déséquilibre interhémisphérique, Journées romandes de Neuropsychologie du 4 octobre 2012 aux HUG.
5	Castillo V, mesure de la réponse cutanée sympathique dans le diagnostic précoce du syndrome douloureux régional complexe suite à une fracture de l'extrémité distale du radius, juin 2012, congrès d'électrophysiologie de Marseille
6	Fanti G, Wynants B, Bertin F, Defreitas F, Klingele V, Konzelmann M. Intérêt du Kinésiotaping dans la prise en charge des pathologies de l'épaule : revue de la littérature. Congrès SOFMER Toulouse.C045-007.
7	Favre Ch. Quand la douleur inquiète gâche la vie. SIPEN, 2012
8	Favre Ch. Douleur et réadaptation de profil de patients. SOFMER TOULOUSE 2012
9	Favre Ch. Supervision en TCC : le modèle suisse. AFTCC Paris, décembre 2012
10	Hilfiker R, Rivier G, Associations of 6 questionnaires with the patient global impression of change in an inpatient rehabilitation for patients with chronic low back pain, 14ème congrès mondial on Pain 2012
11	Hilfiker R, Vaney C, Gattlen B, André M, Lugon-Moulin V, Anchisi-Bellwald A, Palaci C, Foinant D, Deriaz O, Terrier P. Der Lyapunov-Exponent als responsiver Index der Stabilität während des Gehens bei Patienten mit Multipler Sklerose. Swiss Congress for Health Professions (31 May – 1 June 2012), Winterthur. Oral presentation.
12	Hilfiker R, Vaney C, Gattlen B, Meichtry A, Lugon-Moulin V, Anchisi-Bellwald A, Palaci C, Foinant D, Deriaz O, Terrier P. Der Lyapunov-Exponent als responsiver Index der Stabilität während des Gehens bei Patienten mit Multipler Sklerose. Congrès Physioswiss (10-11 May 2012), Genève.
13	Iakova M, Vouilloz A, Luthi Fr. Prévalence des diagnostics posés secondairement en rééducation précoce : un nouveau défi. SOFMER Toulouse 2012
14	Konzelmann M, Gable C, Angel S, Balandras S, Fortel Y, Gauzelin MP, Gusse I, Monereau C, Mulot Coutant E, Samanane V, Echenard V, Tomson O, Pelfini C, Burrus C, Paysant J. Quels sont les items de la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) couverts par le bilan 400 points ? Consensus entre deux équipes de thérapeutes. Congrès SOFMER Toulouse. Abstract C 029-004.
15	Konzelmann M, Hilfiker R, Burrus C. Adaptation transculturelle et validation du questionnaire Hand Function Sort (HFS) dans une population francophone d'accidentés du membre supérieur. Congrès SOFMER Toulouse. Abstract C0 14-003.
16	Leuthold B, Konzelmann M, Mühl A, Luthi F. La toxine botulinique dans la rééducation des raideurs articulaires d'origine orthopédique : un auxiliaire ? Congrès SOFMER Toulouse. Abstract C002-005.
17	Opsommer E, Hilfiker R, Rivier G, Can the cerebro musculoskeletal pain screening questionnaire be used as an evaluative tool ? responsiveness in rehabilitation of patients with chronic low back pain, 14ème congrès mondial on Pain 2012
18	Reynard F, Terrier P, Vuadens P, Dériaz O. Gait stability in paretic patients and its association with tone and strength of the lower limbs. 27e congrès de médecine physique et réadaptation (SOFMER, 18-20 October 2012) Toulouse, France. Oral presentation (by F Reynard). Abstract published in: Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 55, e12
19	Savoy J, Quand l'accident devient traumatisme. EABCT 42nd Annual Congress, Genève, 2012
20	Terrier P, Dériaz O. Effect of rhythmic auditory cueing on gait dynamics in healthy individuals. 16th Congress of the European Federation of Neurological Societies (9-11 September 2012) Stockholm. Abstract published in: European journal of neurology 01/2012; 19:575.
21	Vuadens Ph, Karatzios C, Castillo V, Myosite ossifiante du muscle piriforme_une complication secondaire d'un accident vasculaire cérébral (AVC) avril 2012, société française de neurologie à Cannes
22	Vuadens Ph, Saubade M, Castillo V, Dandy walker syndrome associated with chronic subdural haematoma and syringomyelia_a case report, mai 2012, congrès de médecine physique et réadaptation Grèce
23	Vuadens Ph, Karatzios C, Castillo V, Myositis ossificans (M O) of the psoas muscle_an unusual case report, mai 2012, congrès de médecine physique et réadaptation Grèce

Publications	
1	Balthazard P, de Goumoens P, Rivier G, Demeulenaere P, Ballabeni P, Deriaz O: Manual therapy followed by specific active exercises versus a placebo followed by specific active exercises on the improvement of functional disability in patients with chronic non specific low back pain: a randomized controlled trial. BMC Musculoskelet Disord 2012, 13:162-172.
2	Besson C, Buchheit M, Praz M, Deriaz O, Millet GP: Cardiorespiratory responses to the 30-15 intermittent ice test. Int J Sports Physiol Perform 2012, 8:173-180.
3	Borloz S, Trippolini MA, Ballabeni P, Luthi F, Deriaz O: Cross-cultural adaptation, reliability, internal consistency and validation of the Spinal Function Sort (SFS) for French- and German-speaking patients with back complaints. J Occup Rehabil 2012, 22:387-393.
4	Degache F, Larghi G, Faiss R, Deriaz O, Millet G: Hypobaric versus normobaric hypoxia: same effects on postural stability? High Alt Med Biol 2012, 13:40-45.
5	Diserens K, Moreira T, Hirt L, Faouzi M, Grujic J, Bieler G, Vuadens P, Michel P: Early mobilization out of bed after ischaemic stroke reduces severe complications but not cerebral blood flow: a randomized controlled pilot trial. Clin Rehabil 2012, 26:451-459.
6	Eggel Y, Leger B: How much pain is acceptable in rehabilitation? Rev Med Suisse 2012, 8:1508-1512.
7	Engelger ST, Urscheler N, Baronti F, Vuadens P, Koch J, Frank M, Disserens K, Jenni W: Frequency and determinants of using pharmacological enhancement in the clinical practice of in-hospital stroke rehabilitation. Eur Neurol 2012, 68:28-33.
8	Faiss R, Pialoux V, Sartori C, Faes C, Deriaz O, Millet GP: Ventilation, oxidative stress, and nitric oxide in hypobaric versus normobaric hypoxia. Med Sci Sports Exerc 2012, 45:253-260.
9	Fournier PE: Prise d'anti-inflammatoires chez le sportif: limitons les abus. Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie 2012, 60:147-149.
10	Fournier PE: Prise d'anti-inflammatoires chez le sportif: limitons les abus. Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie 2012, 60:147-149.
11	Iakova M, Ballabeni P, Erhart P, Seichert N, Luthi F, Deriaz O: Self perceptions as predictors for return to work 2 years after rehabilitation in orthopedic trauma inpatients. J Occup Rehabil 2012, 22:532-540.
12	Lippuner K, Buchard PA, De Geyter C, Imthurn B, Lamy O, Litschgi M, Luzuy F, Schiessl K, Stute P, Birkhauser M: Recommendations for raloxifene use in daily clinical practice in the Swiss setting. Eur Spine J 2012, 21:2407-2417.
13	Luthi F, Eggel Y, Theumann N: Premature epiphyseal closure in an adolescent treated by retinoids for acne: an unusual cause of anterior knee pain. Joint Bone Spine 2012, 79:314-316.
14	Millet GP, Faiss R: Hypoxic conditions and exercise-to-rest ratio are likely paramount. Sports Med 2012, 42:1081-1083; author reply 1083-1085.
15	Millet GP, Faiss R, Pialoux V: Last word on Point: Counterpoint: Hypobaric hypoxia induces different responses from normobaric hypoxia. J Appl Physiol 2012, 112:1795.
16	Millet GP, Faiss R, Pialoux V: Point: Hypobaric hypoxia induces different physiological responses from normobaric hypoxia. J Appl Physiol 2012, 112:1783-1784.
17	Russell AP, Crisan M, Leger B, Corselli M, McAinch AJ, O'Brien PE, Cameron-Smith D, Peault B, Castella L, Giacobino JP: Brown adipocyte progenitor population is modified in obese and diabetic skeletal muscle. Int J Obes (Lond) 2012, 36:155-158.
18	Russell AP, Wada S, Vergani L, Hock MB, Lamon S, Leger B, Ushida T, Cartoni R, Wadley GD, Hespel P, et al: Disruption of skeletal muscle mitochondrial network genes and miRNAs in amyotrophic lateral sclerosis. Neurobiol Dis 2012, 49C:107-117.
19	Terrier P: Step-to-step variability in treadmill walking: influence of rhythmic auditory cueing. PLoS One 2012, 7:e47171.
20	Terrier P, Deriaz O: Persistent and anti-persistent pattern in stride-to-stride variability of treadmill walking: influence of rhythmic auditory cueing. Hum Mov Sci 2012, 31:1585-1597.

Avec son offre unique de prestations (prévention, assurance, réadaptation) la Suva propose à ses assurés une protection globale de la santé. Les cliniques de réadaptation de la Suva jouent un rôle fondamental dans cette approche et en particulier dans la réinsertion sociale et professionnelle des personnes victimes d'accident. Des mesures de réadaptation ciblées et mises en œuvre rapidement après la phase aiguë ont une incidence positive, à la fois sur le succès du traitement et sur les coûts d'assurance. C'est pourquoi les cliniques de réadaptation constituent un élément important du « Produit-mix » Suva, non seulement pour les patients, mais également pour les payeurs de prime qui financent les coûts de traitement, et qui voient ainsi se réduire le montant de leur contribution. Du fait de leur appartenance à la Suva, les cliniques suivent attentivement l'évolution du dossier de révision de la Loi fédérale sur l'assurance accidents (LAA). Le projet de révision devrait permettre d'ancrer la gestion des deux cliniques Suva dans cette Loi.

Occupation record en 2012

Pour la Clinique de Sion, l'année 2012 fut exceptionnelle. Pour la première fois elle a atteint un taux d'occupation de 100% et dépassé la barre des 40'000 journées d'hospitalisation. Le taux d'occupation est resté constamment très élevé durant toute l'année. La nécessité d'agrandir la Clinique est d'autant plus évidente.

Projet d'agrandissement de l'établissement : un nouveau grand défi

La Clinique romande de réadaptation est devenue la principale clinique de Suisse romande, spécialisée dans la rééducation des accidentés et dans la réinsertion professionnelle. L'analyse du marché et de son environnement a démontré que l'on doit s'attendre à une forte progression du nombre et de la lourdeur de prise en charge des patients et à une augmentation du nombre de jours d'hospitalisation. Avec un taux d'occupation de 97% à 100% ces dernières années, la Clinique est contrainte de gérer des longues listes d'attente et de refuser des patients, répondant toutefois à ses critères d'admission. Ceci provoque

une augmentation des coûts globaux d'assurance et de réinsertion, influence négativement les chances de succès des traitements et induit une insatisfaction croissante des assurances, des hôpitaux envoyeurs et des patients. C'est dans ce contexte que la Clinique romande de réadaptation souhaite se développer et s'agrandir, pour augmenter sa capacité de 110 à 150 lits. Ce projet de construction lui permet en même temps de réaménager son centre de recherche et renforcer son infrastructure de formation. Par ailleurs, des surfaces de réserve (laboratoires et bureaux) ont été intégrées dans le projet, de manière à pouvoir concrétiser des partenariats avec les hautes écoles (HES et EPFL). Les premières étapes suivantes ont été franchies : businessplan, étude de faisabilité et projet définitif. L'autorisation de construire a été accordée fin octobre par le Canton et la Ville. Le crédit de construction a été accordé en novembre par le Conseil d'administration de la Suva. Le chantier doit durer environ 2 ans et il est prévu que le nouveau bâtiment soit livré pour janvier 2015.

Requalification SW!SSREHA et ISO 9001 : la Clinique réalise deux « sans faute »

SW!SSREHA est l'association qui regroupe les cliniques de réadaptation de pointe en Suisse. La Clinique en fait partie depuis 2008. Toutes les cliniques membres de SW!SSREHA se sont engagées à travailler selon les méthodes de traitement et les normes de qualité les plus modernes. Elles doivent se soumettre tous les 4 ans à l'examen d'une commission de contrôle de la qualité pour renouveler leur certification. Ces directives exigeantes et obligatoires garantissent une qualité de prise en charge élevée. La Clinique de Sion a reçu la visite de quatre professionnels de la réadaptation en octobre, en vue d'obtenir la requalification. Les experts mandatés ont examiné les 120 critères qui forment le catalogue des exigences à remplir et aucune non-conformité n'a été identifiée. L'équipe des auditeurs a particulièrement relevé un degré élevé de maturité de l'organisation, du management de la qualité dans tous les domaines, et de l'amélioration continue, la qualité du travail interdisciplinaire et un excellent esprit d'équipe. Dans la foulée, la Clinique a également obtenu en novembre, le renouvellement pour 3 ans de son certificat ISO 9001 : 2000 (label Healthmark) avec les félicitations de deux auditeurs de la société SGS.

Collaboration avec le CHUV

Le projet de partenariat entre la Clinique et le CHUV a bien avancé. Les discussions en 2012 ont permis de planifier l'avènement d'un centre de médecine physique et réadaptation du CHUV en collaboration avec la CRR qui devrait être créé le 01.01.2014. Ce centre de 14 lits devra obtenir la reconnaissance A de la FMH pour la réadaptation de l'appareil locomoteur. Il fera partie du grand Département de l'appareil locomoteur (DAL) dirigé par le Professeur Pierre-François Leyvraz. Le DAL comprend déjà 3 services : la traumatologie/orthopédie, la chirurgie

plastique et reconstructrice, et la rhumatologie. Le CHUV et la CRR financeront ensemble le poste du Professeur chef de service. Les avantages pour la CRR et la Suva sont multiples : création de filières incluant la CRR pour les patients polytraumatisés ou amputés du CHUV, participation aux activités et à l'orientation de ce service en compagnie de la direction médicale du DAL, renforcement de la collaboration dans les activités d'enseignement et de recherche.

Partenariat avec l'EPFL

Le projet de partenariat avec l'EPFL a été initié dans le courant de l'année 2012. Il s'inscrit dans le cadre du pôle EPFL-Valais. Parmi les 11 chaires de ce pôle, 2 chaires viendront s'installer à la CRR. Les chaires prendront place dès 2015. Il s'agit du domaine des neuroprothèses/neuroingénierie clinique et de l'interaction homme-machine : interfaces cerveau-machine, robots de rééducation, stimulation et rééducation à la marche, réalité virtuelle, douleur, etc. L'EPFL désire pouvoir développer ses projets de recherche dans ce domaine, avec les compétences, les patients et les collaborateurs de la Clinique. Ces travaux de recherche ont pour but de permettre aux patients handicapés de contrôler leur environnement par la pensée (interfaces) ou à l'aide d'électrodes implantées au niveau spinal ou cérébral. Les études expérimentales sur la réparation des lésions de la moelle épinière entrent aussi dans ce partenariat et devraient se concrétiser par des études avec les patients para-ou tétraplégiques. L'EPFL veut développer les collaborations entre la CRR et les chaires existantes du Centre des Neuroprothèses, dès 2013 déjà. La CRR serait le partenaire privilégié pour la recherche de l'EPFL dans ce domaine très prometteur. Non seulement, la CRR renforcera sa notoriété et sa visibilité en Suisse mais surtout elle participera à des travaux qui à terme, permettront d'offrir de nouveaux traitements pour les patients.

Répartition des patients selon nationalité

	2012	%
Albanie	32	2.99
Allemagne	5	0.47
Bosnie	11	1.03
Espagne	18	1.68
France	90	8.41
Italie	45	3.64
Portugal	219	20.47
Suisse	534	49.91
Turquie	5	0.47
Serbie	39	3.64
Macédoine	16	1.50
Autres	56	5.79
Total	1'070	100

Répartition en fonction de l'âge

	2012	%
- de 19 ans	22	2.06
de 20 à 29 ans	142	13.27
de 30 à 39 ans	196	18.32
de 40 à 49 ans	303	28.32
de 50 à 59 ans	273	25.51
plus de 60 ans	134	12.52
Total	1'070	100
Age moyen (global)	46.48	

Patients par groupes professionnels

	2012	%
Apprentis	9	0.84
Cadres	2	0.19
Chômeurs	8	0.75
Employés non qualifiés	13	1.21
Employés qualifiés	824	77.01
Employés semi-qualifiés	4	0.37
Etudiants	3	0.28
Indépendants	37	3.46
Ménagères	33	3.08
Rentiers AI	58	5.42
Retraités	56	5.23
Sans travail	20	1.87
Autres	3	0.29
Total	1'070	100

Nombre de patients selon le type de pathologie

	2012	%
Traumatisme crânien	78	7.29
Rachis	96	8.97
Paraplégie	71	6.64
Ortho-traumatologie	657	61.40
Patients brûlés	7	0.65
Réadaptation neurologique	143	13.36
Orthopédie-technique	18	1.69
Total	1'070	100

Durée moyenne de séjour en fonction du type de pathologie

	Moyenne 2012	Nbre de jours 2012
Réadaptation neurologique	48.13	5'777
Orthopédie-technique	51.56	1'088
Ortho-traumatologie	34.21	22'145
Paraplégie	68.46	4'930
Rachis	28.11	2'688
Patients brûlés	100.80	497
Traumatisme crânien	46.84	3'193
Moyenne globale	39.25	40'318

Répartition en fonction du type d'assurance

	2012	%
Accidents professionnels Suva	362	33.83
Accidents non-professionnels Suva	413	38.60
LAA/AI/AMF	47	4.39
LAMal	248	23.18
Total	1'070	100

Provenance des patients Suva par agence

	2012	%
Chaux-de-Fonds	63	8.13
Delémont	17	2.19
Fribourg	78	10.06
Genève	130	16.77
Lausanne	321	41.42
Sion	136	17.55
Autres	30	3.88
Total	775	100

Espace Info-conseil sport handicap

En juin a été créé le service de médecine du sport et en décembre, la Clinique a inauguré son nouvel espace-conseil sport handicap. Cette démarche s'inscrit dans une volonté de prise en charge globale de patients liée à la promotion de l'activité physique pour tous. En avril déjà, la Clinique confortait son engagement en faveur du sport et plus particulièrement du sport handicap en concluant un partenariat avec PluSport et Swiss Paralympic. Par ailleurs, des liens étroits ont été noués avec l'Association suisse des paraplégiques depuis de nombreuses années. Cet espace sera animé par des spécialistes de la pratique sportive auprès des personnes handicapées. Il sera à disposition des patients de la Clinique ainsi que des membres des différents clubs affiliés à PluSport et à l'Association suisse des paraplégiques.

Remerciements

Nous aimerions remercier chaleureusement l'ensemble des collaboratrices et des collaborateurs pour leur contribution et leur dévouement. La somme des activités de nos collaborateurs représente une masse considérable de travail, de responsabilités, d'organisation et de création. Chacun, à la place qu'il occupe, est concerné et impliqué. Merci à toutes et à tous.



Jean-Raphaël Kurmann
Directeur

Gilles Rivier
Directeur médical

Felix Weber
Membre de la Direction Suva

Finances



Compte d'exploitation

	2012		2011	
	Charges	Produits	Charges	Produits
Charges de personnel	31'452'312		30'415'179	
Matériel médical d'exploitation	4'058'952		3'729'076	
Charges de produits alimentaires	739'258		687'445	
Charges de ménage	565'587		407'343	
Entretien et réparations	569'617		505'937	
Charges d'utilisation des immobilisations	4'188'892		4'421'723	
Charges d'énergie et eau	636'580		608'712	
Charges financières	3'720		6'301	
Charges de l'adm. et de l'informatique	1'915'648		1'856'890	
Autres charges liées aux patients	416'110		438'498	
Autres charges non liées aux patients	623'644		570'479	
Total charges d'exploitation	45'170'320		43'647'583	
Taxes d'hospitalisation et de soins		33'323'458		32'879'796
Honoraires des médecins		3'276'664		2'698'227
Autres prestations médicales et services spécialisés		6'286'595		6'069'391
Autres produits de prestations aux patients		78'752		34'929
Produits financiers		19'886		25'867
Prestations au personnel et à des tiers		2'190'740		1'992'153
Contributions et subventions		204'708		157'613
Total produits d'exploitation		45'380'802		43'857'976
Résultats cafétéria, kiosque (excédent de charges)		-107'281		-104'534
Résultat d'exploitation (excédent de produits)	103'201		105'859	
	45'273'521	45'273'521	43'753'442	43'753'442

Réadaptation de l'appareil locomoteur



La grande diversité des situations et des pathologies représente un défi pour le service. Des Programmes Standards (PS) ont été mis en place en juin de cette année de manière à répondre encore mieux à cette diversité tout en rationalisant l'utilisation des ressources à disposition. Trois principes régissent ces PS : premièrement l'existence d'un continuum des prestations thérapeutiques qui va de la rééducation fonctionnelle intensive pour les patients transférés des hôpitaux aigus (141 cette année) à la réadaptation dont l'objectif est d'améliorer la participation sociale et professionnelle. Deuxièmement, la mesure systématique du degré de complexité biopsychosociale de chaque patient qui permet, dès les premiers jours, d'identifier celles et ceux dont la problématique complexe impose une prise en charge interdisciplinaire particulièrement soutenue pour atteindre les objectifs fixés. Troisièmement, une évaluation hebdomadaire des besoins en thérapies individuelles intensives de chacun, de façon à les dispenser en priorité aux patients susceptibles d'en bénéficier le plus. Plus de 90 % des patients hospitalisés peuvent être inclus dans un des PS dits généraux. Les patients brûlés, les patients amputés et les patients atteints d'un syndrome douloureux régional complexe (algodystrophie) doivent quant à eux suivre des programmes très spécifiques à leur pathologie, afin de répondre à leurs besoins particuliers. Ces programmes dispensent des prestations hautement spécialisées tout en conservant les 3 principes des PS mentionnés plus haut.

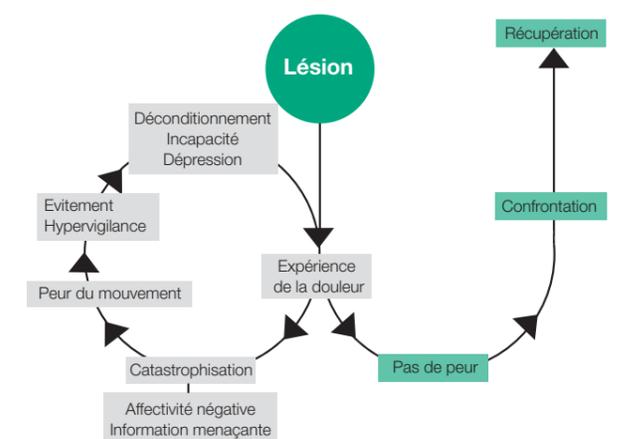
Après 7 mois de pratique, les premiers constats sont les suivants. D'abord, les PS simplifient la tâche du service de planification hospitalière. Ensuite, en dépit d'un nombre croissant de patients (778 en 2012) et de situations toujours plus complexes, il a été possible de diminuer un peu la durée de séjour de la plupart des patients, celle-ci étant passée de 36 jours en moyenne en 2011, à 34 jours en 2012.

Le service mène depuis des années en collaboration avec les services de psychosomatique et de recherche de la CRR, ainsi que l'Institut de Recherche en Réadaptation-réinsertion (IRR), une réflexion autour de la douleur et des représentations qui lui sont associées. En effet, celles-ci peuvent, lorsqu'elles sont très négatives, contribuer à entretenir le déconditionnement physique, retarder la reprise du travail et réduire la qualité de vie. Ces obstacles psy-

chologiques à la récupération sont par exemple la peur du mouvement, la peur de la douleur, la dramatisation ou catastrophisation. Il a été démontré que leur identification et leur traitement peut s'accompagner d'une baisse de la douleur d'origine musculo-squelettique et d'une augmentation du niveau d'activité. Ceci est illustré dans le modèle de « peur-évitement » développé par Vlaeyen (cf. figure).

En 2012, le dépistage systématique de ces obstacles psychologiques par des auto-questionnaires a été introduit. Chaque membre de l'équipe thérapeutique interdisciplinaire dispose dans sa poche d'une fiche lui rappelant le modèle ainsi que les scores aux différents questionnaires à partir desquels il s'agit de prendre en compte ces facteurs. Il est maintenant prévu d'appliquer plus systématiquement ce modèle et d'améliorer notre savoir-faire.

En raison d'un nombre toujours croissant de patients souffrants de pathologies complexes de la main, une unité spécialisée a été créée avec comme but l'excellence des soins et le développement des liens avec d'autres institutions concernées, notamment l'Hôpital du Valais et le CHUV. Dans la continuité de la prise en charge hospitalière des patients brûlés, une consultation ambulatoire des plaies a été ouverte dont le succès a été immédiat. De récentes publications sur l'effet favorable de l'acupuncture sur les douleurs musculo-squelettiques ont conduit à l'introduction d'une consultation supervisée par un médecin spécialiste.



D'après Vlaeyen JW 2000



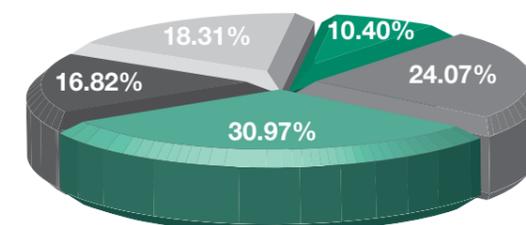
Services paramédicaux & médico-techniques

Anne Bellmann	Dr en psychologie	Responsable de l'unité de neuropsychologie
Philippe Ryckx		Infirmier-chef
Raymond Mottier		Chef physiothérapeute
Pierre-Alain Comte		Chef ergothérapeute
Philippe Kaesermann		Chef atelier technique pied & chaussure
Fabio Simona		Chef atelier orthopédie technique
Dorothee Spahr		Responsable animation & loisirs
Judith Roggo		Responsable service social

Services administration et logistique

Jean-Raphaël Kurmann		Directeur
Yves Delalay		Directeur adjoint
Pascale Delaloye		Responsable RP & Marketing
Isabelle Gessler		Adjointe de direction, chef des Ressources Humaines et de la formation
Patrick Antonin		Chef du service informatique
Richard Déléroz		Chef du service gestion des patients
Tomas Bucher		Chef du service technique & sécurité
Gérald Cordonier		Chef de cuisine
Nathalie Marti		Gouvernante
René Luyet		Responsable Management de la Qualité

Effectif au 31.12.12



- 26.50 Médecins
- 59.90 Personnel soignant
- 78.90 Personnel autres disciplines paramédicales
- 42.85 Personnel administratif
- 46.65 Personnel hôtelier et technique

Total= **254.80 EPT** (équivalents plein temps)

Encadrement et effectif

Le comité de Direction		
Felix Weber		Chef de Département, membre de la direction de la Suva
Jean-Raphaël Kurmann		Directeur
Dr Gilles Rivier	Spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et FMH en rhumatologie	Directeur médical

La Direction		
Jean-Raphaël Kurmann		Directeur
Dr Gilles Rivier	Spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et FMH en rhumatologie	Directeur médical

Service médical		
Dr Gilles Rivier	Spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et FMH en rhumatologie	Directeur médical
Dr Pierre-Alain Buchard	Spécialiste FMH en médecine interne et FMH en rhumatologie	Directeur médical adjoint et Chef de service Centre d'évaluation et de consultations
Dr François Luthi	Spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et FMH en chirurgie orthopédique	Chef de service Service de réadaptation de l'appareil locomoteur
Dr Philippe Vuadens	Spécialiste FMH en neurologie	Chef de service Service de réadaptation en neurologie et paraplégie
Dr Jean Savoy	Spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie	Chef de service Service de psychosomatique
Prof. Olivier Dériaz	Prof. Dr en médecine et sciences (PhD)	Chef de service Service de recherche et de contrôle qualité médicale
Dr François Provitolo	Médecin praticien	Chef de service Service de réadaptation professionnelle
Dr Pierre-Etienne Fournier	Spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, Médecine du sport SSMS	Chef de service Service de médecine du sport
Dr Michel Konzelmann	Rhumatologie	Médecin adjoint Service de réadaptation de l'appareil locomoteur
Dr Abdul Al-Khodairy	Spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et FMH en rhumatologie	Médecin adjoint, chef du service de réadaptation en paraplégie
Dresse Véronique Favre-Schlaepfer	Spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie	Médecin associé Service de psychosomatique
Dr Andreas Mühl	Spécialiste FMH en neurologie	Médecin associé Service de réadaptation en neurologie
Dresse Sylvie Revaz	Spécialiste FMH en médecine interne et FMH en rhumatologie	Médecin associé Centre d'évaluation et de consultations
Dresse Veronica Castillo Cruz	Médecin praticien	Chef de clinique
Dr Yan Eggel	Spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, Médecine du sport SSMS	Chef de clinique Service de réadaptation de l'appareil locomoteur
Dresse Isabelle Haase		Chef de clinique Service de psychosomatique
Dresse Eugenia Luca	Médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation	Chef de clinique Service de réadaptation en paraplégie
Dresse Maria Iakova	Médecin spécialiste en médecine interne générale	Chef de clinique Service de réadaptation de l'appareil locomoteur
Dr Cyrille Burrus		Chef de clinique adjoint Service de réadaptation de l'appareil locomoteur

Réadaptation en neurologie et en paraplégie

Durant l'année 2012, le Service de réadaptation en neurologie et en paraplégie a accueilli 388 patients, dont 71 dans la division de paraplégie. 2314 consultations spécialisées ambulatoires ont été effectuées, dont 654 pour des patients admis dans le service de réadaptation de l'appareil locomoteur. Du point de vue électrophysiologique, nous avons pratiqué 328 ENMG. 141 patients sont suivis régulièrement pour des injections de toxine botulique et 101 autres pour le contrôle et le remplissage d'une pompe à baclofène. Nous avons pratiqué 104 analyses de la marche, 56 consultations spécialisées du pied neurologique, environ 200 investigations urodynamiques et vésicosphinctériennes. En collaboration avec les services de la circulation routière de la Suisse romande, nous avons évalué les aptitudes à la conduite automobile de 178 patients. Dans le cadre de notre centre d'évaluation pluridisciplinaire, nous avons pratiqué 20 expertises Comai et participé comme co-expert à 29 expertises AI et à 65 évaluations SUVA.

L'étude multicentrique européenne « Tools For Brain-Computer Interaction TOBI », sous la direction de l'EPFL (<http://www.tobi-project.org/>) et à laquelle le service a participé, s'est terminée en janvier 2013. 6 patients de la CRR ont été inclus. Quatre patients hémiplegiques se sont exercés au protocole de réadaptation moyennant un prototype hybride (contrôle par la pensée d'un stimulateur électrique pour l'extension des doigts). Au terme des séances, le contrôle est acquis avec même une amélioration fonctionnelle de la main paralysée. Deux patients tétraplégiques ont aussi participé. L'un d'eux a réussi à utiliser par la pensée un logiciel de traitement de texte et un robot.

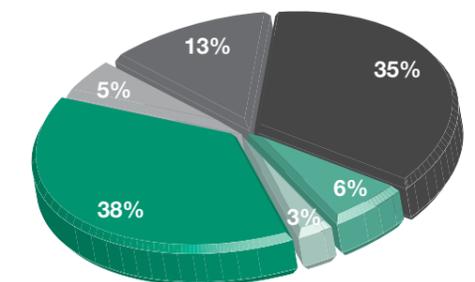
En collaboration avec le service des soins infirmiers et l'association ParaHelp (soins infirmiers spécialisés à domicile), s'est tenu en janvier le 2ème cours de formation pour le personnel paramédical sur le thème du handicap physique neurologique - Le modèle du paraplégique.

L'étude SwiSCI (Swiss spinal cord injury study) sous la direction du centre de recherche en paraplégie à Nottwil (<https://www.swisci.ch/>) s'est poursuivie. Cette étude a notamment pour but de créer une banque de données puis de fournir des données épidémiologiques fiables concernant les personnes paralysées en raison d'une atteinte malade ou traumatique de la moelle épinière. Les premiers résultats seront publiés prochainement.

L'équipe médicale du service de réadaptation en paraplégie a été renforcée par l'engagement d'une cheffe de clinique et a poursuivi sa mission qui est d'offrir une réadaptation hautement spécialisée aux patients atteints de para- ou tétraplégie.

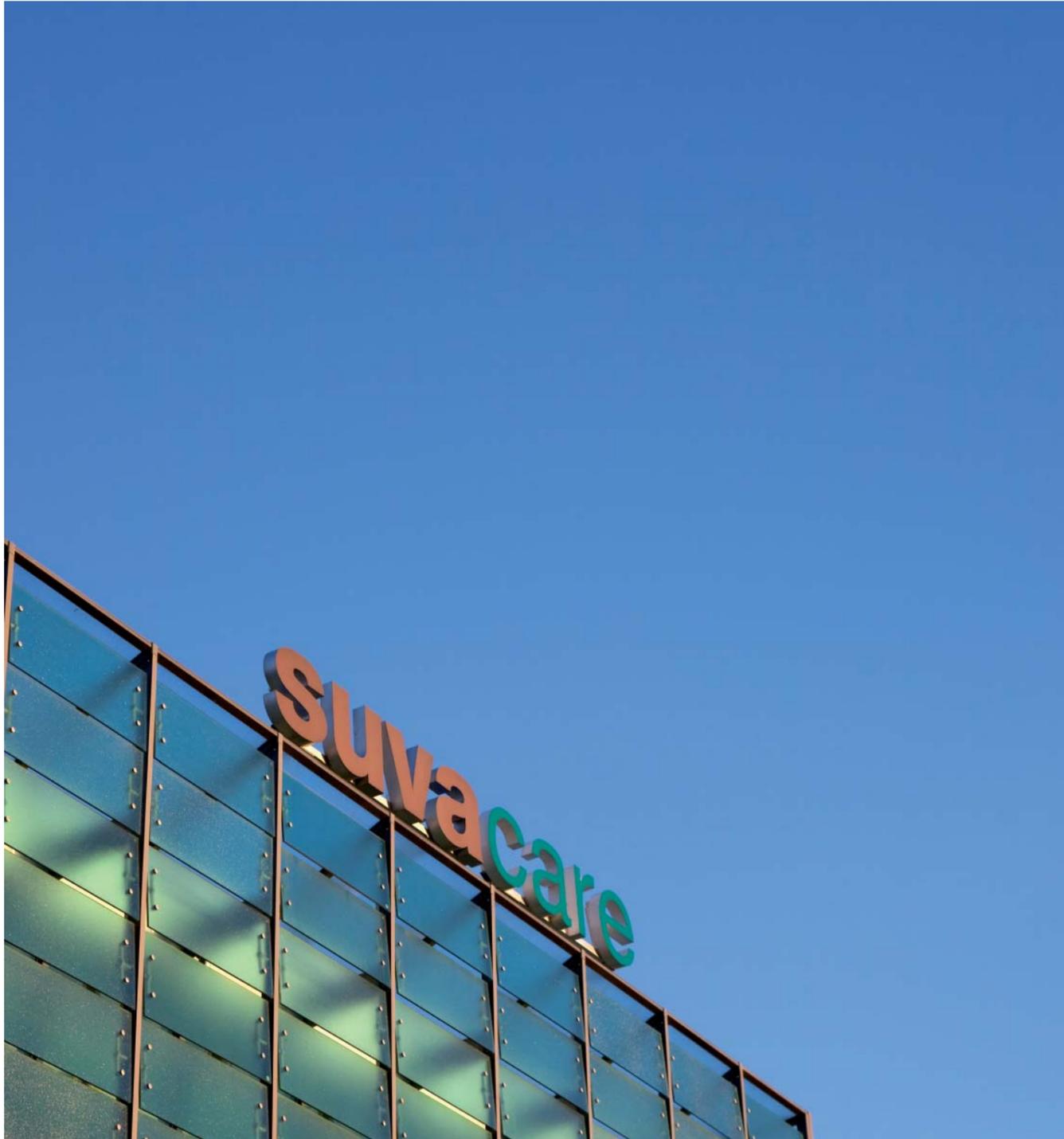
Unité de neuropsychologie

Plus de 700 patients ont été examinés par l'unité de neuropsychologie, chiffre légèrement supérieur à 2011 en raison d'une augmentation des examens auprès de patients CRR. En ce qui concerne la rééducation neuropsychologique, logopédique ou de musicothérapie, le nombre de prises en charge est légèrement supérieur également (291 rééducations pour 269 en 2011). Nous constatons une nette augmentation des demandes d'évaluation détaillée pour le compte de l'Assurance invalidité (32 évaluations en 2012, 20 en 2011 et 17 en 2010). Depuis cette année, nous réalisons encore des évaluations spécifiquement neuropsychologiques pour les agences Suva.



- Consultation externe (médecins du canton)
- CRR
- CHCVs
- Permis de conduire
- Demandes externes AI / Suva
- Expertises pluridisciplinaires (COMAI/ESUV)

Association du personnel



En 2012, l'Association du personnel (AP) poursuit ses ambitions d'attirer davantage de candidats en restant fidèle à ses objectifs de défendre les intérêts de ses membres aussi bien vis-à-vis de l'employeur qu'auprès des institutions externes. Le nombre de collaborateurs est relativement stable (215 membres à la fin 2012) avec un nombre satisfaisant d'entrées (8). D'autre part, 7 personnes ont quitté l'AP suite à leur départ de la CRR et seulement 1 a démissionné.

En tenant compte des résultats de l'enquête de satisfaction auprès de ses membres, l'AP a continué à organiser ses traditionnelles activités de loisirs telles que :

- le rallye
- le souper annuel de l'ensemble des collaborateurs de la Clinique

Parallèlement, elle a proposé de nouvelles animations et activités récréatives :

- Curling
- Cours impôts
- Chasse aux œufs
- Cours de sport une fois par semaine (badminton et zumba)
- Création d'un groupe de musique
- Création d'une troupe de théâtre
- Marché de Noël afin de mettre en valeur les fruits de l'esprit créatif des collaborateurs de l'institution.

Sur le plan administratif, le comité a proposé un changement des statuts : prolongation du mandat des membres du comité AP-CRR pour 1 an, renouvelable, dès leur 2ème mandat (à la place des 2 ans actuellement). Ceci dans un souci de rendre plus flexible la structure du comité et d'éviter des contraintes auprès des membres du comité liée à la durée du mandat. Cette dernière a été approuvée par la majorité de l'assemblée générale.

Cuisine et restaurant

Cette année a été une période de très forte activité dans le service de cuisine et restaurant. Les principales raisons sont : un taux d'occupation élevé, la présence plus nombreuse de patients demandant une alimentation spéciale, ainsi que la fréquentation importante au restaurant des collaborateurs et visites. Dans le même temps, la rénovation partielle du restaurant (tout en continuant son activité durant les travaux !) a engendré quelques désagréments et difficultés. Mais c'est finalement un magnifique outil de travail que nous avons obtenu. Ces transformations offrent d'avantage de fluidité aux clients, ainsi qu'une offre de prestations élargie. Le but était également d'anticiper l'augmentation de fréquentation envisagée dès 2015, à l'ouverture du nouveau bâtiment de 40 lits.



Dans le domaine des repas aux patients, et dans le but de limiter au maximum les risques liés aux allergies alimentaires, une nouvelle carte de repas informatisée a vu le jour. Une procédure précise permet de vérifier dès l'entrée du patient si un problème d'allergie existe. La phase définitive de déploiement se fera début 2013.

Le projet de transformation et d'agrandissement de la cuisine se met doucement en place. Les premières esquisses ont vu le jour et les détails sont encore à évaluer. Les travaux devraient démarrer tout début 2014.



La mission du centre d'évaluation et de consultation de la CRR est double : d'une part émettre des avis spécialisés concernant le diagnostic et le traitement des maladies ostéo-articulaires; d'autre part réaliser des bilans interdisciplinaires sur mandat de diverses assurances sociales et privées. La notion de service est inhérente à ce type d'activités et, pour prétendre à l'excellence, il est indispensable d'adapter continuellement les prestations aux besoins des patients d'abord, aux exigences des mandants ensuite, aux standards de qualité enfin. Au cours de l'année 2012, d'importantes mises à jour ont été réalisées.

A partir du 1er mars 2012 est entré en vigueur un nouvel article du règlement sur l'Assurance Invalidité (art. 72bis). Ne sont dorénavant habilités à établir des expertises pluridisciplinaires pour l'AI que les centres répondant à des critères définis dans une convention avec l'OFAS. Ces nouvelles dispositions prévoient notamment qu'au moins 3 médecins de disciplines différentes participent à chaque expertise. L'un de ces médecins doit disposer d'un titre FMH de médecine interne / générale, ce qui ne va pas sans poser des problèmes de compétence au sein d'une clinique comme la CRR, principalement dédiée à l'appareil locomoteur. Il a ainsi fallu recruter de nouveaux médecins pour pallier l'insuffisance de ressources dans le domaine de la médecine interne. L'équipe médicale participant aux expertises a pu être étoffée et, au total, 28 médecins ont collaboré régulièrement avec notre centre : pour un tiers environ, la CRR fait appel à des collaborateurs externes (5 psychiatres, 4 spécialistes en médecine interne, un pneumologue et un cardiologue). Tous gardent une activité clinique à côté du temps qu'ils consacrent à l'évaluation. Lorsque l'analyse du cas l'exige, le centre d'évaluation peut également recourir à des neuropsychologues, à un ophtalmologue et, pour des évaluations fonctionnelles, à des physiothérapeutes.

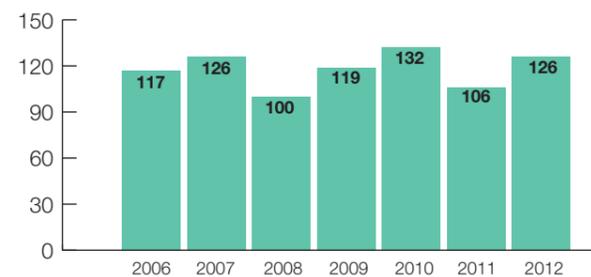
Par ailleurs, les médecins-assistants désirant obtenir un titre FMH sont tenus d'effectuer, au cours de leur formation post-graduée et selon la discipline qu'ils ont choisie, un certain nombre d'expertises. La CRR a obtenu de l'OFAS l'autorisation de répondre à cette exigence et offre maintenant aux médecins en formation la possibilité de réaliser des expertises pour autant qu'un médecin-cadre en supervise toutes les étapes. Quatre médecins ont ainsi pu avancer dans leur cursus au cours de l'année écoulée.

Autre innovation qui implique un bouleversement organisationnel : les mandats d'expertise AI ne sont plus attribués par les offices cantonaux comme c'était le cas jusqu'ici ; ils sont maintenant distribués de façon aléatoire par une plateforme informatique centralisée à Berne. La procédure est destinée à garantir l'indépendance des centres vis-à-vis des mandants. Malgré son apparente simplicité, cette nouveauté constitue une surcharge administrative considérable, l'absence d'interlocuteur direct obérant la mise sur pied des expertises. L'exercice 2012 dans le secteur de l'évaluation médicale n'a pas souffert de ces nouvelles contraintes, comme en témoigne l'évolution du nombre annuel de dossiers instruits depuis 7 ans (voir fig. 1 / page 14). Ainsi, 126 mandats d'expertises ont été réalisés à la demande de l'AI en 2012.

Les autres formes d'évaluation interdisciplinaire, au profit soit de la suva (assessments précoces) soit d'assureurs privés, ont continué au même rythme que par le passé si bien que les expertises AI représentent, avec une certaine constance depuis 1999, la majeure partie du volume d'activité du centre d'évaluation (65 %).

Fig 1 : Ce tableau montre l'évolution du volume d'activité dans le domaine des expertises pluridisciplinaires réalisées au profit de l'assurance invalidité. L'exercice 2012 n'a pas été affecté par l'entrée en vigueur de l'article 72 bis du règlement sur l'AI.

Fig.1: Nombre de patients



Le secteur dédié à l'ostéoporose a bénéficié des avancées technologiques récentes. Jusqu'ici, l'appareil destiné à établir le diagnostic d'ostéoporose, appelé densitomètre, ne permettait de mesurer que la masse osseuse, autrement dit « la quantité d'os ». Depuis quelques mois, la CRR dispose d'un nouvel instrument, le TBS (Trabecular Bone Score), qui s'intéresse à « la qualité de l'os » et permet d'apprécier l'architecture osseuse, à savoir l'organisation dans l'espace 3D des trabécules. Il s'agit là d'un facteur essentiel de la résistance osseuse. Le TBS améliore la prise en charge des patients souffrant d'une ostéoporose en affinant le seuil d'intervention thérapeutique ; il permet de mieux prédire le risque de fracture et de mieux contrôler l'effet des traitements.

L'année 2012 nous a également permis de participer à la formation Curriculum mise sur pied par l'ASCO (Association Suisse contre l'Ostéoporose). Il s'agit d'un cours académique comportant 37 modules répartis sur une année universitaire et visant à assurer la qualité de la prise en charge diagnostique, thérapeutique et de suivi des patients atteints de maladies métaboliques osseuses en Suisse.

Centre d'évaluations et consultations	
Prestations principales	Nbre
Consiliiums	1113
Consultations	2295
Ponctions articulaires	323
Examens sonographiques	59
Densitométries	514
Expertises pluridisciplinaires	126
Evaluations pluridisciplinaires	80

Intendance

Après plus de 10 ans de bons et loyaux services, il était temps de changer les tenues vestimentaires des collaborateurs de la clinique. Tenant compte des besoins pratiques et esthétiques des utilisateurs, un petit groupe pilote, formé de physiothérapeutes s'est inspiré de notre consoeur, la Rehaklinik de Bellikon, pour proposer une tenue sportive, élégante et pratique. Après les choix du modèle, des couleurs, essayages, calibrages, la commande a enfin été livrée. En parallèle à l'arrivée de ces tenues, il a fallu réfléchir à un nouveau mode de distribution, la qualité et la valeur de celles-ci étant nettement plus élevées. Le self-service utilisé jusque-là devenant impossible, il était donc nécessaire d'avoir un certain contrôle sur l'ensemble de l'assortiment. Gérer une telle



quantité de vêtements, de tailles et de longueurs différents devient un vrai casse-tête. La solution a été l'investissement, grâce à notre partenaire de blanchisserie industrielle, dans un « Distributeur Automatique de Vêtements », le « DAV ». Fonctionnant 24/24 heures et 7/7 jours, il permet à chacun de se fournir en vêtements propres et correspondant à ses taille et fonction.

Chaque vêtement contient une puce électronique donnant sa carte d'identité (p.ex : pantalon femme gris, taille 38, longueur 80). Lorsqu'il est chargé sur le DAV, le système informatique identifie la case dans laquelle le cintre est glissé. Chaque collaborateur effectue lors de son arrivée des essayages afin de déterminer la taille de ses vêtements, remplissant ainsi une fiche dans le système informatique. Lorsque le collaborateur présente son badge au guichet du DAV, ce sont directement les vêtements adéquats qui lui sont proposés. Ce système, moderne et fiable, permet un fonctionnement permanent, servant ainsi tous les horaires. Sur une semaine de 5 jours, nous avons comptabilisé 148 utilisateurs, pour lesquels 850 articles ont été distribués. Le temps moyen d'une livraison était de 28 secondes.

Technique et transport

Partant d'un budget avoisinant les 2 millions de francs, Fr. 700'000.- ont été investis en 2012 pour diverses transformations, puis env. Fr. 400'000.- pour la remise en état. Le solde (env. Fr. 800'000.-) est utilisé pour les contrats, les inspections et les réparations.

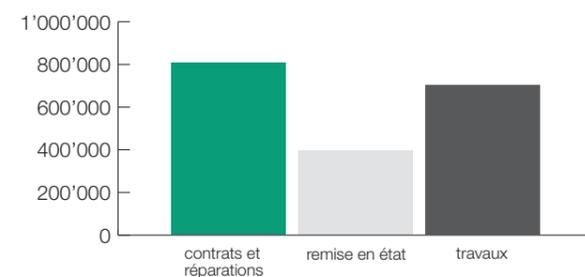
Durant les trois dernières années, nous avons été occupés par la migration du système de supervision technique du bâtiment (GMAO). Après quelques problèmes de jeunesse, le système fonctionne maintenant à notre satisfaction. Les utilisateurs ont été formés sur ce nouvel outil de travail.

Avec le déménagement de notre buanderie nous avons profité pour changer les appareils industriels. Afin d'améliorer la consommation d'énergie, le sècheur a été choisi avec pompe-à-chaleur, ce qui nous a permis également de faire des économies sur les installations de ventilation. L'éclairage des cages d'escaliers et des locaux centraux du bâtiment des thérapies, tous avec un accès difficile, sont arrivés en fin de vie. Nous avons choisi de les remplacer par un éclairage LED consommant un quart de l'énergie pour un éclairage similaire. Autre avantage essentiel, la longue durée de vie qui diminue ainsi l'impact des interventions sur cette installation. Dans les cabines des ascenseurs, l'éclairage a également été remplacé par un éclairage LED pour des raisons similaires.

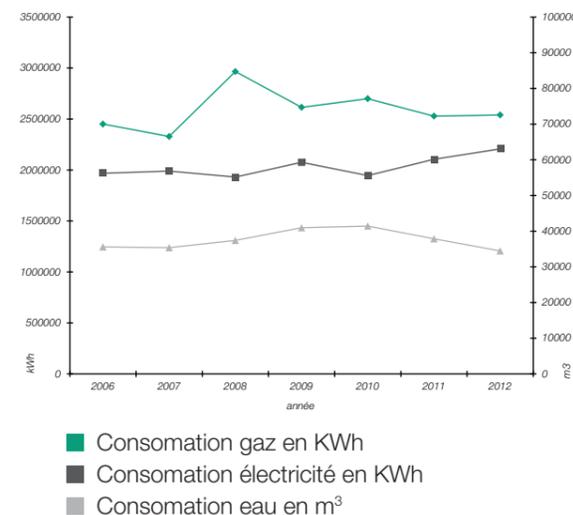
Nos chauffeurs indépendants, travaillant à l'heure, ont été intégrés comme salariés à la CRR. En même temps, nous avons pu compléter cette équipe par un nouveau chauffeur. Le besoin de compléter ce groupe de jeunes retraités continue et s'accroîtra encore avec l'agrandissement de la Clinique. Afin d'améliorer la prise en charge des patients à mobilité réduite, une formation des chauffeurs internes et externes a été organisée avec les thérapeutes.

L'année dernière, le concept d'évacuation a été formalisé, et amélioré grâce à la formation d'un groupe d'évacuation. Pour la sécurité générale, nous avons mis en place une formation à tous les collaborateurs CRR, incluant aussi les nouvelles consignes pour l'évacuation.

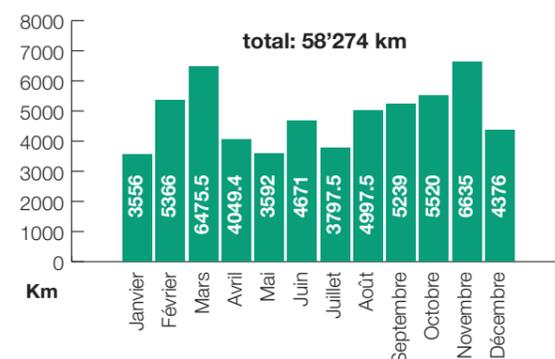
Répartition des coûts de maintenance et travaux



Evolution de la consommation d'énergie et d'eau



Kilomètres parcourus par les véhicules de la CRR en 2012



2012 coïncide avec la réorganisation de la médecine du sport et la création d'un service distinct. Les activités en lien avec cette spécialité étaient précédemment réparties entre le service de réadaptation de l'appareil locomoteur pour les consultations et celui de recherche pour les bilans de physiologie de l'effort. Si, par le passé et c'est toujours le cas, l'activité du laboratoire de tests est restée importante, les consultations de médecine du sport étaient relativement peu nombreuses par faute de moyens et de temps disponible. La mise à disposition de temps à ces fins a permis une croissance dans ce domaine.

Cette année, un accent particulier a été mis sur le Sport Handicap. Des conventions ont été signées avec PluSport et Swiss Paralympic. Un « espace info et conseil sport handicap » a été ouvert au sein de la clinique, de manière à fournir toutes les informations nécessaires aux patients intéressés à se mettre aux activités sportives.

Plusieurs contrats existent avec des entreprises dans le but d'évaluer l'état physique de leurs collaborateurs. Ils ont pour objectifs, hormis le constat de leur état de fitness, d'imprimer une culture d'entreprise afin de susciter un intérêt pour l'activité physique. Plus de 1500 collaborateurs du corps des gardes-frontière ont été testés et examinés dans

les différents centres Swiss Olympic de Suisse. La CRR pilote le projet et collecte les données. Les premiers résultats de cette « photographie » de leur condition physique seront connus dès la fin 2013. Le projet va se poursuivre avec la volonté d'actions afin de stimuler la pratique d'activités physiques dans un but clair de bien-être. Un projet analogue est en cours avec les policiers valaisans, des discussions ont lieu avec d'autres corps de métier pour des suivis analogues.

Hormis le suivi régulier de sportifs d'élite issus du ski alpinisme, du ski alpin ou du basket-ball, un autre projet s'est concrétisé en 2012 : le suivi médico-sportif des arbitres de football des deux premières divisions et de leurs assistants. Indépendamment d'un check-up médical, ils ont bénéficié de tests de condition physique, de force, nous permettant d'établir des programmes individualisés pour qu'ils puissent corriger leurs points faibles et améliorer leur performance. Leur suivi sera intensifié en 2013.

Nous avons été également actifs dans le suivi de juniors, soit sur le plan médical ou physiologique, ce fut le cas avec Ski Valais, avec les meilleurs cyclistes et les golfeurs juniors du canton ainsi que les équipes suisses juniors de basket-ball. Ce travail devrait se poursuivre dans les années à venir.

Service de psychosomatique

Le service de psychosomatique offre des espaces favorables à l'expression des émotions et de la subjectivité de la personne qui a vu sa vie changée, souvent dramatiquement, suite à l'accident ou à la maladie. Nous identifions avec le patient sa propre vision de ce qui lui arrive et l'aïdons à mobiliser ses ressources adaptatives pour favoriser son engagement dans la réadaptation.

Le service de psychosomatique se constitue de 3 psychiatres (2,3 EPT) et 4 psychologues cliniques (2,6 EPT).

Activités hospitalières

En 2012, deux-tiers des patients hospitalisés (65.7 %, soit 703 patients) ont bénéficié de prestations du service de psychosomatique ; 626 patients ont été évalués d'abord par un psychiatre et 77 ont été adressés directement aux psychologues.

Consiliums psychiatriques: le psychiatre aborde le parcours de vie de manière large, ainsi que les aspects concrets de l'état psychique actuel (humeur, angoisses, inquiétudes, souvenirs traumatisants, pensées négatives, sommeil perturbé, ...etc). Il peut ensuite proposer une médication et/ou adresser le patient aux psychologues pour un suivi individuel ou en groupe.

Tableau 1: Consiliums et consultations psychiatriques des patients hospitalisés

	Patients vus pour consilium psychiatrique ou consultation de suivi	% des hospitalisés CRR
2011	553 patients	56 % (de 981)
2012	626 patients	58.5 % (de 1070)

Entretiens psychologiques individuels: les principaux thèmes abordés sont la douleur, les limitations physiques, les pertes (de la santé, du travail, de sa place dans la société, des loisirs, pertes encore dans les relations avec les autres), les peurs (de se blesser à nouveau ou d'avoir plus mal s'il fait de l'exercice physique).

Groupe « Douleurs et changements » : notamment par le biais d'exercices d'attention et d'activités de plaisir, nous aidons les patients à découvrir différents moyens pour mieux vivre avec leurs douleurs.

Groupe de relaxation: les patients expérimentent différentes techniques pour relâcher un peu la pression et vivre un moment de détente.

Le travail de liaison auprès des équipes soignantes, des divers thérapeutes, et la collaboration interdisciplinaire sont des préoccupations quotidiennes et une part importante de notre activité. L'objectif est de trouver ensemble les meilleurs moyens de rassurer le patient et de l'engager activement dans sa réadaptation.

Tableau 2: Consultations psychologiques des patients hospitalisés

	Nombre de consultations	Nombre de patients évalués et traités (% des patients hospitalisés)	Nombre de patients « groupe douleur et changement » (% des patients hospitalisés)	Nombre de patients « groupe relaxation » (% des patients hospitalisés)
2011	1168	37%	15%	16%
2012	1181	34%	16%	16%

Activités ambulatoires

Co-expertises AI : 25 expertises ont été assurées par les psychiatres du service

Evaluations courtes (ESUV) : 40 évaluations courtes ont été assurées par les psychiatres du service

Traitements psychothérapeutiques (par psychiatres-psychothérapeutes) et traitements psychothérapeutiques délégués (par psychologues) : cf tableau 3

Tableau 3: Consultations ambulatoires

	Psychiatres	Psychologues	Total
2011	430 pour 86 patients	430 pour 58 patients	860 consultations
2012	455 pour 102 patients	459 pour 60 patients	914 consultations

Groupe « Gestion du stress » pour le programme de réadaptation cardiaque de l'Hôpital du Valais : 70 patients, 31 séances de 1h30.

Le futur

Poursuivre le développement de compétences nouvelles et l'utilisation de techniques psychothérapeutiques plus spécialisées pour des patients à la problématique complexe (amputés, brûlés, para-tétraplégiques, polyfracturés, traumatisés cranio-cérébraux, traumatisés psychologiques).

Management de la qualité

Toutes les cliniques membres de SWISS REHA (4'000 professionnels qualifiés dans les différentes spécialités de la réadaptation) se sont engagées à travailler selon les méthodes de traitement et les normes de qualité les plus modernes. Elles s'engagent à se soumettre tous les 4 ans à l'examen d'une commission de contrôle de la qualité pour renouveler leur certification. Ces directives exigeantes et obligatoires garantissent une qualité médicale élevée en même temps qu'elles contribuent à assurer le bon fonctionnement des établissements.

La Clinique a reçu la visite de 4 professionnels de la réadaptation le 05.10.2012 en vue d'obtenir la requalification pour une période de quatre ans. Les experts mandatés (un médecin, une infirmière, une physiothérapeute et un manager de la qualité) ont passé à la loupe les 120 critères qui forment le catalogue des exigences à remplir et aucune non-conformité n'a été identifiée.

L'équipe des auditeurs a tout particulièrement relevé : un degré élevé de maturité de notre organisation et du management de la qualité dans tous les domaines ; une visibilité prononcée de l'optimisation des processus et de l'amélioration continue ; la qualité de notre travail interdisciplinaire ; un excellent esprit d'équipe ; une culture ouverte du traitement des erreurs.

Dans la foulée, la Clinique a également obtenu, le 20.11.2012, le renouvellement pour 3 ans de son certificat ISO 9001 : 2000 (label Healthmark) avec les félicitations

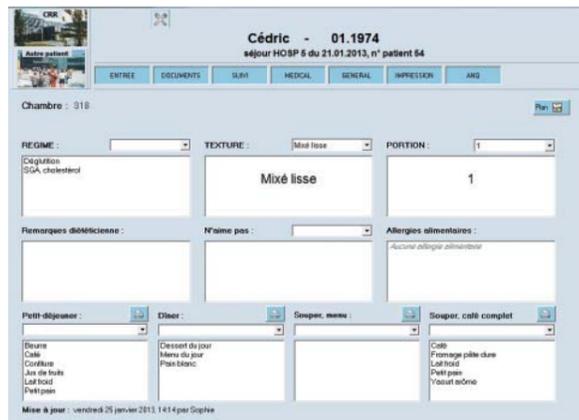
des 2 auditeurs SGS : « Les collaborateurs de la CRR ont droit à un grand compliment pour leur travail. D'année en année l'on peut constater une amélioration continue de la qualité, ce qui se reflète dans la statistique de la satisfaction des patients ».

La volonté d'améliorer sans cesse les prestations de notre établissement est visible par l'émission des messages qualité transmis par le personnel, les patients et nos partenaires. Les propositions d'amélioration de notre organisation ne faiblissent pas et ce ne sont pas moins de 230 messages qui ont été traités en 2012, en progression de 10% par rapport au volume déjà élevé d'annonces de l'année précédente.

Le groupe d'analyse des signalements des incidents a permis de réaliser les actions préventives suivantes : introduction de la prescription informatisée des médicaments (opérationnelle à 80% au L1 et L2 et planifiée dans les autres étages) ; réalisation d'un module supplémentaire dans le dossier électronique du patient permettant de gérer le risque d'allergie tant alimentaire que médicamenteux; introduction dans le guide du séjour de quelques principes simples de participation du patient à sa propre sécurité ; acquisition d'un nouveau dispositif technique qui permettra de gérer plus simplement les alertes des collègues en cas d'incivilités des patients ; un accès couvert a été prévu pour les personnes à mobilité réduite dans le cadre de notre projet d'agrandissement.

Informatique

Le module «commande de repas» a été sensiblement amélioré dans le dossier électronique du patient pour faciliter la saisie des commandes et pallier aux problèmes liés aux allergies alimentaires. La commande des repas permet à la cuisine de planifier et de gérer la préparation et la prise des repas des patients en collaboration avec les soignants qui notent les préférences des patients. La saisie des allergies alimentaires est un prérequis indispensable au remplissage de la carte des repas. Si la saisie de l'allergie n'a pas été faite, la saisie de la carte des repas est bloquée et un message correspondant est affiché.



La Suva met à disposition de la Clinique un export du dossier des patients (dossier médical complet, correspondances avec assurances et AI, etc...) sous forme de fichiers PDF. Un outil permet d'intégrer tous ces documents dans le dossier électronique et donc d'avoir pour les médecins une vue d'ensemble de chaque dossier patient avant l'arrivée du patient.

Un grand pas en avant a été fait au niveau du projet PACS (système de gestion et de stockage des images radiolo-

giques médicales), l'installation d'une salle de colloque complètement équipée afin de pouvoir effectuer les rapports radiologiques dans les meilleures conditions : possibilité d'afficher/comparer sur des écrans géants les différentes images radiologiques projetées par plusieurs beamers. L'introduction du logiciel Merlin a également amélioré la qualité de visibilité et de traitement de ces images. La mise en place d'une nouvelle passerelle permet maintenant d'obtenir les images radiologiques réalisées à l'hôpital voisin faites sur le site de Champsec dans les 15 minutes suivant l'examen.



Pendant l'été 2012, nous avons effectué le changement de tous nos appareils multifonctions (système d'impression centralisé). Ces nouveaux appareils apportent plusieurs nouveautés : possibilité d'impression en format «cahier», impression couleur, scanner des documents en format PDF et transfert sur notre réseau informatique dans un dossier par service.

L'année 2012 a également été une année de migration. En effet, environ le 75% des postes ont été migrés avec le système d'exploitation Windows 7 et office 2010.

Fin 2012, notre serveur Exchange a également été migré à la version 2010.

Analyse du Mouvement. Une centaine d'évaluations cliniques de la marche ont été effectuées. L'analyse des résultats de ces tests montre que la spasticité des membres inférieurs est liée à la stabilité à la marche et, par conséquent, au risque de chutes. Ces résultats permettent de mieux prévoir le risque de chutes chez les patients.

L'effet de la vision sur la stabilité posturale et de la marche a été analysé sur 100 sujets sains. Les résultats préliminaires indiquent que les individus trouvent des stratégies compensatoires pour maintenir une marche stable malgré l'absence de vision.

Biologie moléculaire et physiologie de l'exercice. En collaboration avec la clinique de Nottwil, nous terminons une étude qui consiste à analyser l'efficacité d'un traitement par «MotionMaker» (robot assistant le mouvement des membres inférieurs par une aide mécanique et une électromyostimulation). L'analyse des adaptations moléculaires et biologiques dans le muscle de ces patients nous permettra d'optimiser par la suite les traitements.



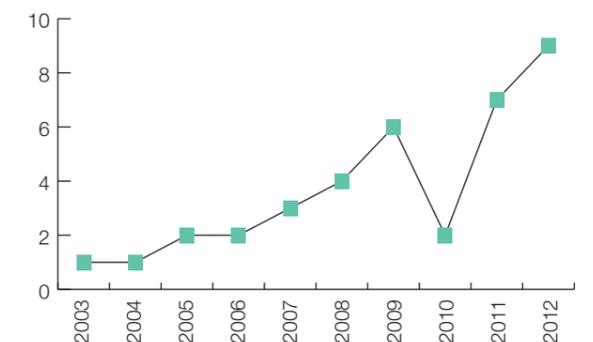
Notre collaboration avec l'Institut des sciences des sports de Lausanne a débouché sur une publication dans une revue de renom (Faiss et al. Plos, 2012). Les résultats de ces travaux indiquent que des micro-expositions en altitude sont suffisantes pour accroître les effets bénéfiques d'un entraînement en résistance. Ces entraînements brefs en altitude simulé en chambre hypoxique pourront probablement être utilisés en réadaptation pour améliorer les effets des traitements.

Un projet, en collaboration avec le Prof Daniel Birrer de l'office fédéral du sport de Macolin, visant à mesurer le stress physiologique et psychologique chez des sportifs d'élite a été subventionné par la société suisse de médecine du sport.

Epidémiologie. Une étude, effectuée en collaboration avec la seconde clinique Suvacare, la Rehaklinik Bellikon, montre que le retour au travail n'est pas seulement prédit au début d'un programme de réadaptation par ce que les patients perçoivent de leur santé et de leur douleur, mais aussi par les améliorations de ces perceptions pendant l'hospitalisation. Les résultats de cette étude permettent de mieux adapter les traitements pour améliorer le retour au travail des patients.

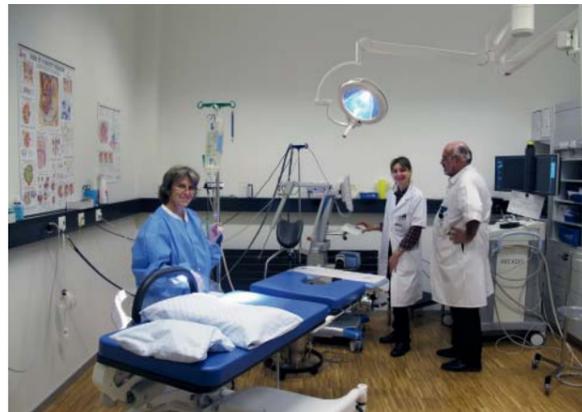
Nous avons également débuté un protocole Outcome III qui a pour but de voir si les réactions de l'organisme au stress (mesurées par exemple au moyen du cortisol salivaire), peuvent prédire ce que deviennent les patients après l'hospitalisation.

Nombre d'articles publiés par année dans des revues scientifiques internationales



Le contexte dans lequel les soignants exercent leur profession est en constante évolution. Des facteurs externes définissent en grande partie notre quotidien, ce qui nous oblige à rester une organisation apprenante. L'informatique, la recherche et les actes techniques représentent une part importante de notre travail, mais c'est toujours la qualité des soins prodigués à nos patients qui est au centre de nos préoccupations. Tout est mis en place pour répondre aux exigences posées par les partenaires qui nous adressent les patients. En particulier, les connaissances techniques sont maintenues à un haut niveau par la formation continue.

Le service ambulatoire a connu des changements fondamentaux. Le nombre des patients suivis est en augmentation, spécialement en ce qui concerne les soins de plaies et cicatrisations. Dans ce domaine, le travail est interprofessionnel et les échanges avec les institutions externes sont très intenses. Dès le premier trimestre, les examens urodynamiques ont eu lieu pour la première fois au sein du service, dans les locaux aménagés à cet effet. (voir illustration ci-dessous)



La conséquence positive est la suppression des transports des patients et de matériel de la clinique vers l'hôpital voisin, autrement dit un gain en confort pour les patients et les soignants.

Les projets de recherche et les programmes standards mis en place ont augmenté la charge de travail dans le service de réadaptation de l'appareil locomoteur. Les méthodes de travail ont évolué et l'approche bio-psychosociale des patients est au centre de nos activités.

Le service de réadaptation en neurologie et en paraplégie ainsi que le service de réadaptation de l'appareil locomoteur se profilent toujours davantage comme des centres de haute compétence dans leur domaine respectif, avec comme conséquence une hausse des demandes de transfert des hôpitaux aigus. Pour répondre le plus rapidement possible aux demandes, il a fallu trouver, par une politique de transferts internes, le moyen de libérer au plus vite les lits les plus médicalisés, de façon à pouvoir accueillir sans interruption des patients gravement touchés. Lorsque les objectifs du séjour sont atteints, il est encore difficile de programmer le retour au domicile ou dans une institution adaptée, celle-ci faisant souvent défaut.

Face à une occupation des lits très élevée, les équipes ont montré une grande flexibilité, un engagement exemplaire et un esprit d'ouverture remarquable. L'intégration des étudiants et des stagiaires dans notre quotidien est une nécessité pour une organisation qui s'engage pour la formation, mais elle impose une organisation sans faille. La tendance vers l'ouverture et l'échange avec les autres institutions est perceptible dans toutes les disciplines. Ce sont des vecteurs indispensables pour une dynamique positive dans le monde soignant.

Ressources humaines et formation

L'effectif de la Clinique au 31 décembre 2012 est en augmentation de 2.35% par rapport à celui enregistré au 31 décembre 2011, soit une progression nettement moins marquée que les trois années précédentes. Cette augmentation de 5.85 Equivalents Plein Temps (pour atteindre 254.80 EPT fin 2012) est majoritairement due à une plus grande dotation accordée au sein du corps médical et dans les ateliers d'orthopédie technique.

Le taux de rotation continue à baisser, cette fois-ci plus nettement pour s'établir à 5.12% en 2012, contre 7.23% en 2011 et 7.96% en 2010. Nous sommes quasiment à un niveau plancher de rotation du personnel dans un établissement hospitalier, les chiffres usuels se situant plutôt entre 10 et 13%.

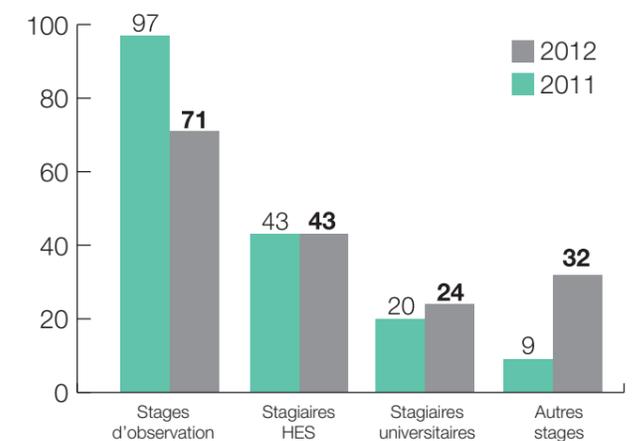
Cette baisse peut s'expliquer par le haut niveau de satisfaction des collaborateurs de la CRR, conforté par la volonté de participer au projet d'agrandissement et l'engagement que ce dernier provoque. Mais il faut également tenir compte d'un marché du travail de la santé qui, certes momentanément, est beaucoup moins tendu du fait de l'arrivée massive de personnel soignant formé en provenance des pays d'Europe du sud actuellement en crise, ce qui rend immanquablement plus sédentaires les collaborateurs actuels.

L'année 2012 a vu se poursuivre la collaboration avec la division du personnel de la Suva sur différents projets RH, en particulier sur la gestion du projet Marketing RH pour l'ensemble de la Suva, projet lancé en prévision du grand défi qui attend de manière générale les entreprises suisses dans les dix prochaines années : le départ à la retraite de la génération des « baby-boomers » et leur remplacement dans un marché du travail, malgré l'apport actuel de main-d'œuvre étrangère, de plus en plus en pénurie de spécialistes à moyen et long terme.

Le Centre de Formation Continue, lancé en 2010, a agrandi son champ d'action fin 2012, en prenant en charge, en plus de toutes les actions de formation continue, l'intégralité des manifestations, congrès et colloques se déroulant à la CRR, quels qu'en soient les initiateurs.

Comme l'année passée, et malgré une charge de travail très conséquente, les services ont maintenu leur effort dans l'accueil régulier de stagiaires, futurs professionnels de la santé ou des services supports. En 2012, nous avons ainsi suivi 170 stagiaires, une proportion identique à l'implication déjà consentie en 2011. Par contre, si le nombre de stagiaires HES reste stable, nous pouvons observer, dans le graphique ci-dessous, une nette baisse des stages d'observation (stages de très courte durée), au bénéfice de stages liés à la réinsertion ou la réorientation professionnelle, en fonction d'un nouveau partenariat avec l'OSEO et d'une collaboration régulière avec l'Assurance-Invalidité.

Evolution du nombre de stages organisés au sein de la CRR



Gestion des patients et finances

Le sourire, mot d'ordre cette année à la réception, a profité aux 1070 patients hospitalisés, 5250 nouveaux patients ambulatoires, nombreux clients et visiteurs de cette année 2012. En particulier, le sourire apprécié de Michèle Fellay rayonnera encore pour quelques mois seulement, avant son prochain départ à la retraite.



Le secrétariat médical a répondu aux exigences liées au démarrage du service du sport. Parallèlement, l'effort entrepris pour respecter les délais de frappe dans le processus des rapports de sorties a été réussi. Le surcroît d'activité de cet exercice historique produit une augmentation de plus de 5% en planification, avec globalement une saisie de 187'000 rendez-vous. La facturation, avec une part toujours plus élevée d'e-factures dans le système du tiers payant, contient cette augmentation de volume tout en réduisant de manière significative nos coûts administratifs.

Par ailleurs, le service a participé activement cette année à plusieurs projets externes avec nos collègues de la Suva. De nouvelles rencontres et relations humaines se sont développées, passant de la visite très sympathique des secrétaires médicales des agences, aux contrôles plus formels liés à la protection des données. Cependant, la collaboration s'est renforcée principalement à travers deux projets d'importance pour les agences.

Premièrement le projet EEV, traitement électronique du courrier entrant. Le bureau sans papier est devenu une réalité à la Suva et les répercussions sur la manière de travailler se manifestent pour notre établissement dans la communication du dossier accident, livré maintenant sous forme numérique à l'admission. Mis en service en début novembre, un processus garantit la reprise et mise à disposition de ces données par un mécanisme d'import dans notre dossier patient.

Le projet « CRM » CP360, gestion des relations avec la clientèle, a pour sa part apporté des changements essentiellement dans le secteur ambulatoire des admissions. Les collaboratrices de ce domaine se sont familiarisées sur le vif avec une nouvelle application Web. La gestion centralisée de nos patients se partage de manière commune avec celle des assurés, avant transfert dans notre système administratif.

Des actions concertées avec nos clients « agences Suva » ont permis, en juillet et août ainsi qu'en fin d'année, de conserver un taux d'occupation très élevé et constant de nos lits durant toute l'année. Par rapport à 2011, 30 patients supplémentaires ont pu être transférés au sein de notre Clinique, grâce à une organisation qui allie rigueur et souplesse.

Les premiers travaux menés dans le cadre du projet REKOLE (comptabilité analytique par patient) ont été audités et validés par la société KPMG afin que les objectifs de certification à fixer puissent être atteints.

La Clinique a déclaré son intention de participer au projet pilote ST REHA (Système Tarifaire de Réadaptation suisse) qui vise une utilisation uniforme en Suisse, à partir de 2015-2016, d'un système de facturation par les établissements de réadaptation. Notre participation nécessite la saisie et la livraison de nouvelles données médico-économiques en cours d'identification et d'élaboration. Les résultats obtenus lors des négociations tarifaires avec tarifsuisse SA pour les patients LAMal permettent de pratiquer des prix identiques pour les 2 prochaines années, c'est-à-dire pour 2013 et 2014.

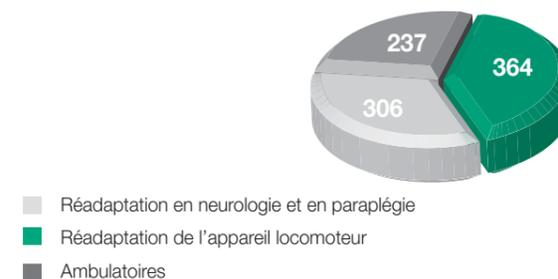


Enfin pour résumer le futur proche en image, la trace effectuée au col de la Flüela lors des joutes sportives de Davos, montre clairement le chemin à tracer jusqu'à l'agrandissement de la Clinique en 2015.

L'ergothérapie est une profession centrée sur le développement et le maintien de la capacité d'agir des personnes. Elle contribue à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie. Elle facilite la participation à la société en permettant de prendre part aux activités quotidiennes.

La planification et l'exécution des activités finalisées, qui constituent un programme de traitement, ne sont réalisables que grâce à une compréhension globale de la personne.

Répartition des patients pris en charge en ergothérapie en 2012



Une évaluation continue du déroulement du traitement, permet à l'ergothérapeute d'adapter les activités finalisées aux exigences et aux progrès du patient.

Durant l'année 2012, le service a répondu à une forte demande dans les domaines stationnaire et ambulatoire. Les thérapies qui ont été dispensées se répartissent ainsi : 84% pour le stationnaire et 16% pour l'ambulatoire.

Le nombre de patients pris en charge s'est élevé au total à 907 (+6.5%) selon la répartition indiquée sur le graphique ci-dessus. La clientèle ambulatoire cette année a encore été réduite de manière à mettre davantage l'accent sur le traitement des patients hospitalisés, dont la complexité des situations ne cesse de croître.

En moyenne, soixante patients hospitalisés ont été traités chaque semaine par le service, 43% de réadaptation de l'appareil locomoteur (+4%), 35% de réadaptation neurologique (+8.6%) et 22% de traumatisés médullaires.

L'année s'est caractérisée notamment pour des patients stationnaires, par la réalisation de 22 évaluations du domicile effectuées par les ergothérapeutes de la Clinique alors que 6 ont été déléguées à des organismes externes. Ces démarches permettent de mettre à jour les éventuelles barrières architecturales, les ressources disponibles, et de proposer, lorsque cela est possible, des solutions d'aménagement.

De plus, 109 patients ont été pris en charge pour des orthèses, et 135 évaluations pour la conduite automobile ont été réalisées. 233 patients ont été suivis en rééducation de la sensibilité. 32 évaluations de l'assise ont été accomplies. Ces évaluations ont pour objectif de déterminer quel type de coussin et de positionnement est davantage conseillé pour les personnes au bénéfice d'une chaise roulante. Elles permettent également de sensibiliser les patients à la prévention cutanée et ainsi de réduire les risques d'escarre. Le nombre de consultations avec les chirurgiens de la main et plasticiens s'est élevé quand à lui à 181(+20%).

Le service d'ergothérapie a également acquis un nouvel appareil de stimulation vibratoire transcutanée de la toute dernière génération pour la rééducation de la sensibilité (c.f. photo).



Les ergothérapeutes rattachés au secteur de la réadaptation de l'appareil locomoteur ont organisé, pour la deuxième année consécutive, une journée de formation concernant le « Bilan 400 Points » (moyen d'évaluation des capacités fonctionnelles d'une main lésée). Différents collaborateurs du service sont également intervenus de manière active à plusieurs formations organisées à la Clinique romande de réadaptation.

Physiothérapie

Pour le service de physiothérapie, il s'agit d'assurer, tout au long de l'année, des prestations du niveau attendu tant en milieu de médecine aiguë, qu'en réadaptation ainsi qu'en faveur de patients ambulatoires présentant les pathologies les plus diverses. Tous les secteurs du service sont en constante recherche de maintien et surtout d'amélioration de la qualité des soins octroyés.

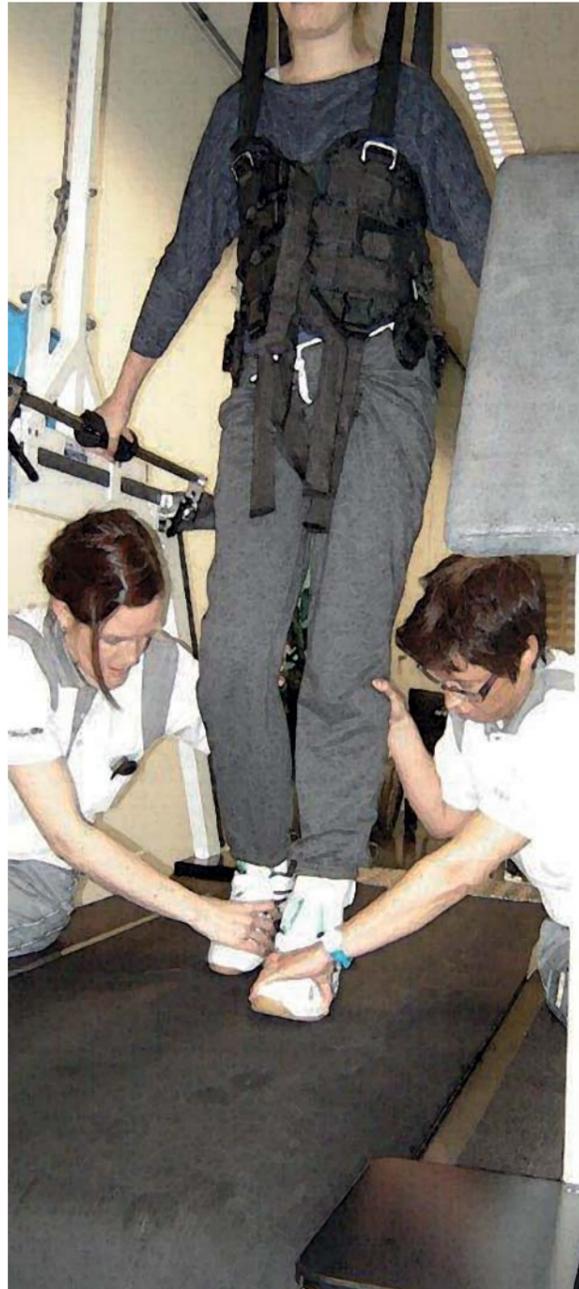
Dans le même temps, il faut veiller au développement de bon nombre d'activités spécialisées. En 2012, il convient de relever notamment un développement important de la physiothérapie du sport avec un accroissement du secteur ambulatoire. L'analyse de la marche et les implications cliniques qui s'y rapportent prend de plus en plus d'importance. Les traitements sont adaptés en fonction des données acquises au moyen de cet outil.

L'application au quotidien du concept de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'OMS a concerné bon nombre de collaborateurs du service.

Dans certains domaines, des liens sont établis avec des partenaires extérieurs. Ceci vaut, en particulier, pour la prise en charge des patients grands brûlés avec le CHUV. C'est également le cas en ce qui concerne les patients traumatisés médullaires dont les thérapeutes référents se sont mis en contact avec les représentants des autres centres spécialisés de Suisse. De manière générale, les relations extérieures sont bien établies et encouragées.

Parallèlement à cela, des physiothérapeutes ont été ou sont encore engagés dans des projets qui mettent en jeu les technologies les plus récentes. On peut qualifier de considérable la contribution de nos collègues au projet TOBI (tools for brain computer interaction) piloté par l'EPFL. Il en va de même pour l'apport de nos spécialistes à la mise en œuvre, pour nos patients, des cyberthèses.

Enfin, quelques-uns de nos thérapeutes ont eu l'occasion de s'exprimer et de présenter leur travail en Suisse et à l'étranger.



Animation & loisirs

Les sorties thérapeutiques

Durant l'année 2012, le service d'Animation & Loisirs a organisé 22 sorties thérapeutiques pour personnes para ou tétraplégiques touchant une bonne quarantaine de patients.

L'animation et les patients cérébro-lésés

L'atelier de neuro-animation (1 animateur, 1 soignant) est à présent bien établi et réunit tous les mardis entre 2 et 5 patients cérébro-lésés pour une séance de réapprentissage par le jeu et les activités de groupe.

Une formation a été mise sur pied en collaboration avec la HES de Sierre, secteur Animation socioculturelle, pour sensibiliser les soignants à l'utilité et aux bienfaits de l'animation. Cette formation se poursuivra en 2013 et vise à améliorer la collaboration entre le service d'animation et les soignants en réadaptation neurologique.

De nouvelles animations venant des patients

Danse country, récital d'accordéon classique, contes : les patients et leur famille ont eu à cœur de proposer dans la cafétéria des productions vives, chaleureuses et fort appréciées.



Quand l'animation rejoint la recherche

Les jeux intercentres (les 4 centres suisses de paraplégie) organisés dans la Clinique en juin 2010 nous ont permis de tester un nouveau sport intéressant pour les patients avec traumatisme médullaire : le curling en salle. Il s'agissait de projeter des disques sur coussin d'air à l'aide de cannes adaptées dans une cible de papier découpé posée à même le sol. L'idée a fait son chemin et en 2012, notre service a perfectionné le matériel pour réaliser des « pierres » en bois de 3,9Kg, 30cm de diamètre et 12cm de hauteur montées simplement sur de performants roulements à billes. Des capots servant pour le curling sur glace ont été offerts par le Club de curling de Sion pour coiffer ces pierres. A l'aide de cannes adaptées, les para et tétraplégiques peuvent s'exercer à ce sport de précision.

Une recherche sérieuse visant à évaluer l'amélioration de l'équilibre assis chez les paraplégiques par la pratique du curling adapté va débuter dans la clinique. Notre service y participera de manière concrète et pratique.



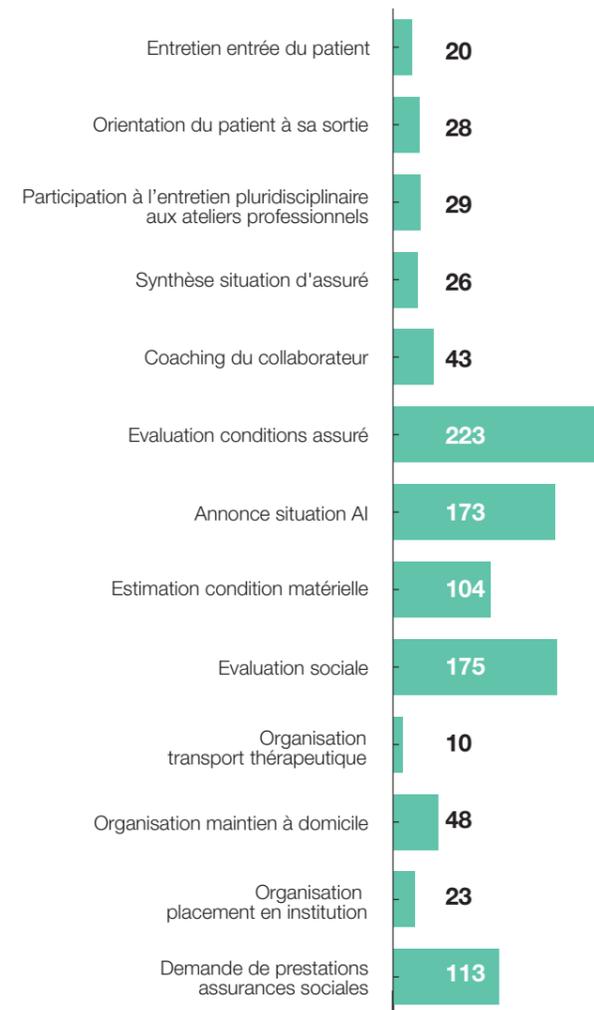
Service social

Le service social est toujours autant sollicité. Durant l'année 2012 il a soutenu, conseillé, orienté et aidé 483 patients (45% des patients hospitalisés) en situation temporaire ou permanente de handicap, quelles que soient leurs difficultés: 46 proviennent du service de paraplégie, 96 du service de réadaptation en neurologie et 335 du service de l'appareil locomoteur comprenant notamment des patients amputés et grands brûlés. Ces patients à problématiques complexes et singulières demandent de nouvelles compétences, de participer aux groupes de travail les concernant au sein de notre institution, et une adaptation continue aux changements.

Des cantons romands ont nouvellement introduit un dispositif d'indication et de suivi qui s'adresse aux personnes en situation de handicap et à leur entourage. Ces instances informent, orientent, valident l'évaluation des besoins et suivent chaque situation. Afin de maintenir l'adéquation de nos prestations, ou de les corriger, nous devons rechercher les définitions des tâches attribuées à ces commissions, leur organisation, et leurs procédures.

Durant cette année, une nouvelle brochure de présentation des prestations du service a été réfléchiée et finalisée. Elle est disponible pour les patients, leur entourage et les collaborateurs.

Service social - Les prestations 2012



Réadaptation professionnelle

Les éléments déterminants et significatifs au service de réadaptation professionnelle ont été :

- L'intégration à la pratique d'un système d'évaluations des capacités physiques de patients (ERGOS simulator) en perspective des exigences concrètes et physiques des profils professionnels. Ce système repose sur une analyse statistique des contraintes des métiers. En corolaire, le programme d'évaluation ERGOS a été standardisé avec la réalisation de tests systématiques par sites lésionnels (appareil locomoteur).
- L'intégration à la pratique évaluative du système d'évaluation standardisé Valpar, système d'aide à l'évaluation des capacités cognitivo-comportementales des patients, tout particulièrement des cérébro-lésés.



Le service a mis au point un test des « errances multiples en milieu professionnel ». Une phase de validation aura lieu en 2013, puis les résultats seront présentés en octobre 2013, lors du congrès de la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER) à Reims.

Un gros travail a été accompli dans le domaine de l'application du concept de classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'OMS. Un « core-set » court de 17 items en lien avec la sphère professionnelle et de réinsertion socio-professionnelle a été créé et intégré dans les comptes-rendus des évaluations professionnelles de certains de nos patients.

Les négociations conventionnelles initialisées dès juin 2011 avec les Offices AI romands ont abouti, en décembre 2012, à la signature d'une convention spécifique liant ces Offices à la CRR. Cet accord prévoit la réalisation par le service de réadaptation professionnelle de 48 phases I/an et 24 phases II/an.

Phase I = phase de pré-orientation professionnelle de quatre semaines.

Phase II = phase d'endurance au travail en milieu écologique d'une période prévisionnelle de trois mois.

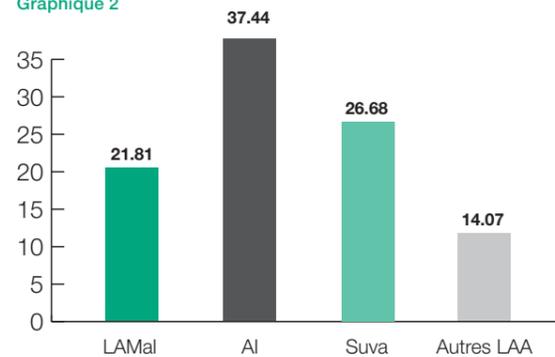
Atelier d'orthopédie technique

L'activité globale du service est restée stable par rapport à l'année précédente, atteignant un très bon résultat.

Durant l'année 2012, le service a pris en charge en moyenne chaque semaine 19 patients hospitalisés (20 en 2011) et 28 patients ambulatoires (27 de l'année précédente) pour un total de 2485 rendez-vous. La clientèle ambulatoire représente l'activité la plus importante de l'atelier. La proportion de patients ambulatoires est de 57% par rapport graphique 1.

Les réalisations ont été facturées comme suit selon le garant (graphique 2)

Graphique 2



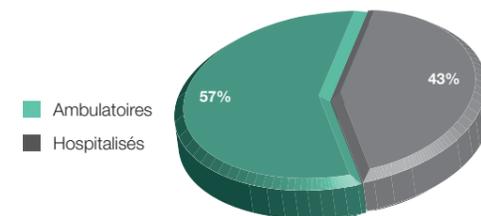
% montants facturés des patients ambu + hosp par genre
Période : du 01.01.12 au 31.12.12

Les prestations suivantes ont été réalisées au sein de l'atelier OT

Genres de prestations fournies	2012	2011	2010	2009
Prothèses membres inférieurs et membres supérieurs	20	23	32	29
Adaptations /modifications prothèses	77	74	74	62
Orthèses membres inférieurs	142	135	87	82
Orthèses de tronc	107	108	80	88
Orthèses membres supérieurs	19	30	27	27
Orthèses cervicales	33	41	27	24
Vêtements de compression sur mesure	137	79	54	
Fauteuils roulants manuels	42	36	22	33
Modules de propulsion électrique	6	4	5	6
Réparations sur fauteuils	61	53	48	45
Nombre de prestations facturées	1026	1005	970	1112

Graphique 1

% du nombre de patients ambu + hosp
Période : du 01.01.12 au 31.12.12



Nombre de consultations pluridisciplinaires

Libellé	Nombre
Consultations patients amputés	407
Consultations pieds neurologiques	58
Consultations patients brûlés	12

Atelier technique pied et chaussure

L'objectif principal de ce service est la réalisation de moyens auxiliaires simples ou complexes relatifs à un problème orthopédique des pieds. De la chaussure orthopédique sur mesure en passant par des adaptations orthopédiques et la réalisation de supports plantaires, un large éventail de moyens auxiliaires podologiques est proposé et réalisé au sein de cet atelier.

Notre service dispose du soutien ainsi que des conseils avisés de médecins spécialistes en orthopédie, en rhumatologie ainsi qu'en neurologie. Des consultations pluridisciplinaires ont lieu chaque semaine. Notre atelier dispose de moyens modernes d'analyse de la marche et des pressions.



Toutes ces prestations sont dispensées aux patients hospitalisés et ambulatoires des médecins de la clinique, et aussi, selon les disponibilités du service, aux patients ambulatoires envoyés par des médecins externes.

Réaliser, à l'aide de techniques modernes, de A à Z une chaussure orthopédique sur mesure tel est notre plaisir et notre savoir-faire.

228 patients ont été vus en pluridisciplinaire en 2012 dans le cadre du bilan podologique. 51 patients ont été examinés en pluridisciplinaire en 2012 au bilan du pied neurologique.