

## **ASSEMBLEE GENERALE DU 20 JUIN 2012**

### **AU CENTRE DE REEDUCATION MOTRICE POUR TOUT PETITS D'ANTONY**

Le quorum étant atteint par le nombre des membres présents additionné du nombre des pouvoirs, la séance est ouverte à 17 heures sous la Présidence du Docteur Jeanne-Charlotte Carlier, assistée de Madame Porché, Vice-Présidente, Monsieur le Professeur Gabilan, Vice-Président, Monsieur Rouchié, Trésorier, Madame Deloche de Noyelle, Secrétaire Générale, Madame Foulques, Madame Cathie Porché, Madame le docteur Trocellier, Monsieur le docteur Guillaumat, Monsieur Noël, Monsieur le Professeur Rappaport, Monsieur Watier.

Absents ou excusés : Madame le docteur Bergerol, Madame Delpit, Madame le docteur Kalifa, Monsieur le docteur Rouessé, Monsieur le Professeur Wicart, Monsieur le docteur Zucker.

Les Etablissements de la SESEP étaient également représentés par Madame le docteur Simon-Bouy, Médecin Directeur pour le laboratoire, Madame Bonnet, Directrice, Monsieur le docteur Brunco, Médecin psychiatre, Madame Benali, gestionnaire pour le Centre d'Accueil Familial Spécialisé, Monsieur Jamet, Directeur, Madame Vérines, gestionnaire, Madame Benakli, auxiliaire de puériculture et Madame Mensour, kinésithérapeute représentantes du Comité d'Entreprise pour le Centre de Rééducation Motrice pour Tout Petits, Monsieur Desailly, Ingénieur en biomécanique pour la Fondation Ellen Poidatz, Monsieur Le Sciellour pour le Cabinet comptable BPL.

---

Le docteur Carlier ouvre la séance et remercie toutes les personnes présentes.

Point 1 : approbation du procès verbal de l'Assemblée Générale du 29 juin 2011. Ce procès-verbal est approuvé à l'unanimité.

Point 2 : renouvellement des membres du Conseil d'Administration.

Madame Deloche de Noyelle

Madame Cathie Porché

Monsieur le Professeur Rappaport

et Monsieur le Docteur Rouessé sont à renouveler et proposent leur candidature, le Conseil d'Administration les a renouvelés mais il faut l'approbation de l'Assemblée Générale, en l'absence de toute opposition ou abstention, ils sont renouvelés à l'unanimité.

Le Professeur Gabilan ne souhaite pas être renouvelé, nous le remercions beaucoup pour son aide pendant toutes ces années surtout quand il faisait partie du bureau.

Point 3 : élection d'un nouveau membre

Nous avons un nouvel élu Monsieur Desailly ici présent, qui est spécialiste de bio mécanique à la Fondation Ellen Poidatz et qui fait de la recherche, il a été élu au conseil et l'assemblée doit le confirmer, aucune opposition, aucune abstention, il est élu.

Monsieur Desailly se présente :

- bonjour à tous : je suis responsable de la recherche et du développement à La Fondation Ellen Poidatz, je suis également responsable de l'unité d'analyse du mouvement. Mon cursus initial est très axé sur l'aspect biomécanique pour la section physique, je suis également masseur kinésithérapeute. Je suis très honoré de rejoindre le conseil d'administration de la SESEP et je m'efforcerai de participer à l'ensemble des débats de son conseil.

Docteur Carlier : cette élection nous rapproche encore un peu plus de la Fondation et nous aidera pour nos activités futures de soutien à la recherche.

Point 4 : rapport financier

La parole est maintenant à Monsieur Rouchié pour le rapport financier.

***Rapport financier de monsieur Rouchié sur le bilan 2011***

Monsieur Rouchié souligne qu'il a présenté les comptes de la SESEP et de ses établissements pour la première fois l'année dernière en tant que trésorier et que c'est la dernière fois cette année, puisque l'année prochaine, il ne restera que la SESEP mais les montants seront bien moins importants et la responsabilité moins lourde.

La présentation va se faire par établissement :

**Le CRMTP d'ANTONY**

Les années se suivent et se ressemblent au niveau financier : l'établissement est bien géré, bénéficiaire et a une trésorerie largement positive et si on maintient ce type de performance financière, on sera tout à fait capable de supporter les charges supplémentaires dues au titre des travaux de rénovation et d'extension.

Ces bons résultats sont dus à la fois – au sérieux et à l'efficacité de l'ensemble des équipes à l'intérieur de l'établissement mais aussi – à la rigueur (dans le bon sens du terme) des gestionnaires que sont madame Carlier et monsieur Jamet.

Pour être complètement honnête, il faut cependant ajouter un petit bémol et une légère inquiétude :

- un bémol : le résultat largement positif est dû comme l'année dernière à un élément aléatoire, l'activité hors DAF (hors sécurité sociale) qui représente pratiquement 10% de l'activité
- une légère inquiétude sur le futur : quel sera le résultat de la modification des méthodes de paiement des services rendus dans l'établissement, le fameux passage de la dotation annuelle à la TAA ou T2A. En principe, selon les calculs de monsieur Jamet, cela devrait nous être favorable, mais .....

Quelques chiffres :

	2011	>2010	>budgété
<b>Total recettes :</b>	4 889.000	114.000	489.000
Dotation annuelle :	4 036.000	61.000	----
Hors DAF	569.000	120.000	295.000

On peut relier ces chiffres à l'activité réelle de l'établissement qui était de 13.273 journées l'année dernière, très légèrement inférieur à ce qui avait été prévu dans le budget (-200), ce qui représente un taux d'occupation de 80% tout à fait comparable à celui des autres années. La répartition en 2011 était de 5.469 d'hospitalisation complète et 7.104 d'hospitalisation de jour.

La part de hors DAF représentait 1250 journées, 849 en hospitalisation complète et 401 en hospitalisation de jour, activité soutenue dans l'ordre de ce qui avait été prévu.

Au niveau des charges : en euros

	2011	>2010	>budgété
Total charges :	4 560.000	25.000	160.000
Personnel :	3 604.000		

+3,3% en conformité avec ce qui avait été budgété

Cela donne un résultat de 329.000 € soit + 90.000 de plus qu'en 2010 et si on prend les principaux ratios de mesure de la qualité du bilan et de l'activité, tous sont au vert :

- l'excédent de financement d'exploitation : 1 563.000
- fonds de roulement de d'investissement : 305.000
- fonds de roulement : 898.000

- trésorerie globale : 2 766.000 €

Bien entendu, ce bilan sera détérioré par la prise en charge des travaux à venir, mais la qualité d'un bilan n'est pas pour notre secteur un objectif en soi, c'est plutôt un moyen pour permettre un développement sain. Nous sommes fiers de l'établissement que nous confions à la Fondation.

### **Le CENTRE D'ACCUEIL FAMILIAL SPECIALISE DE SARCELLES**

Les choses sont nettement plus difficiles.

Cet établissement est en difficulté, l'activité qui est en baisse a entraîné une détérioration financière. L'activité en 2011 a continué à se détériorer et les comptes ont suivi.

De très gros efforts de reprise en main sont en cours, ils sont indispensables car on ne pourra plus gérer longtemps un établissement avec de tels déséquilibres.

Entre 2007 et 2009, la moyenne du total des journées tournait autour de 15.500 journées. Ce chiffre est descendu à 14.550 en 2010 et à 14.320 en 2011, ce qui donne 95% de l'objectif négocié avec l'administration et 78% de la capacité théorique de cet établissement. Pour un agrément de 50 enfants, le chiffre est descendu jusqu'à 39 et il est en moyenne de 41 en 2011. Monsieur Watier espère être à 46/47 enfants à la fin de ce semestre et il maintient l'objectif de 50, cela donne une idée du travail qui est en cours et qui reste à faire pour cet établissement.

En ajoutant à ce problème d'activité, un problème de prix moyen de journée de 134,4 € contre 150 € l'année antérieure, cela donne un mauvais résultat comptable.

	2011	2010	
Recettes	1 924.000	2 193.000	-12,2%
Charges	2 210.000	2 300.000	
	- 268.000	-110.000	

Le total des charges baisse mais pas suffisamment pour compenser la baisse d'activité. Cette perte de 268.000 est très importante puisqu'elle représente 10% des recettes de l'année.

En dehors de l'établissement d'un prix de journée plus réaliste mais difficile à négocier avec une administration toujours plus pauvre, le trésorier ne peut que soutenir pleinement les efforts de rééquilibrage qui sont accomplis actuellement. Ils permettront la survie, d'un établissement dont l'utilité n'est remise en cause par personne.

### **LE LABORATOIRE**

Les difficultés sont maintenant derrière puisqu'il va poursuivre maintenant son activité à l'intérieur d'un établissement plus puissant que la SESEP : l'hôpital MIGNOT. La répétition des pertes du montant de celles de 2011 soit 168.000 € aurait vite eu raison de la capacité de la SESEP.

Chiffres 2011 :

Le total des produits ou recettes est passé de 816 à 680.000 € soit une baisse de 136 000 € ou 17%.

Au niveau des charges, les achats et consommations sont restés stables à 1% et le personnel a légèrement baissé de 640 000 à 600 000.

Au total et compte-tenu de quelques pertes complémentaires dues au transfert, le résultat passe de - 28 000 à - 168 000.

Dernier élément pour le laboratoire : bien que le transfert de toute l'activité ait été effectif au 31/12, il y aura encore des comptes pour l'année 2012 qui reprendront le paiement de quelques factures de 2011 payées en 2012, et le recouvrement de factures antérieures à 2012 mais non réglées au 31.03.2012 que nous allons nous acharner à récupérer.

### **SESEP SIEGE**

C'est un tout petit compte d'exploitation à côté des établissements de la SESEP mais il sera la base de l'activité de demain.

En 2011, le total des revenus se montait à 72.000 € contre 90.000 € en 2010, toujours composé de frais de siège entre 60 et 65.000 € et la différence vient essentiellement d'un don de 15.000 € en 2010 (la compagnie des Tréteaux lyriques).

Les charges sont de deux ordres, des honoraires principalement ceux des commissaires aux comptes, et de personnel autour de 45 à 50.000 €.

Le résultat est légèrement négatif mais cela reste anecdotique à côté de la conséquence des transferts d'actifs à la fondation Poidatz et à l'Hôpital Mignot.

En conclusion pour 2011, une belle année pour l'établissement d'Antony, une année difficile à très difficile pour Sarcelles et le laboratoire. Une situation globale saine, un peu inquiétante quand même pour Sarcelles et de nouveaux challenges pour la SESEP.

Pour conclure sur la SESEP : les autres éléments financiers importants à communiquer aujourd'hui concernent la SESEP de demain. La SESEP perd donc son rôle de gestionnaire d'établissement et nous sommes en train de réfléchir avec le conseil d'administration sur les activités futures de la SESEP et en tant que trésorier je me dois de vous dire de combien d'argent vous allez disposer pour cela. Vous devez pour cela retenir deux ordres d'idée :

- 5 -

- le bilan sera composé à l'actif d'une immobilisation, le terrain d'Antony valorisé (très bas) à 275.000 € et divers placements estimés à 550.000 € à 600.000 €.

- le passif sera composé d'une dette bancaire d'un peu moins de 50.000 € correspondant à un crédit pour l'achat du terrain complémentaire et de nos fonds propres. Ces chiffres sont des arrondis pour vous donner une idée de la taille et de la solidité de notre futur bilan.

Le bilan sera de l'ordre de 875.000 € contre un bilan consolidé aujourd'hui de 5.700.000 €.

**La SESEP aura donc une capacité de manoeuvre autour de 500.000 €, (je tiens à signaler que ce chiffre tient compte de l'avance de 280.607 € dont la SESEP a fait l'avance à son laboratoire et qui est complètement neutralisé dans les comptes consolidés).**

Le compte d'exploitation générale pour 2012 sera très simple et se composera d'un loyer de 40.000 € de notre terrain à la fondation Poidatz pour une période de 5 ans, + des dons donc un total autour de 45.000 €. En face des dépenses dites de structure et des remboursements de frais autour de 20.000 €.

**Il restera donc entre 20 et 25.000 € pour des actions nouvelles chaque année. C'est la situation qui sera celle de la SESEP au 31.12.2012, ce sera à la SESEP de faire de ce bilan un nouveau départ.**

Pour 2012, un traité d'apport partiel d'actifs a été signé avec la fondation Ellen Poidatz ainsi qu'un mandat de gestion qui, lui, prendra fin lorsque le traité d'apport partiel sera effectif. En attendant même si la gestion directe n'est plus assurée par la SESEP, elle reste responsable de cette gestion.

Pour simplifier le transfert, le contrôle des comptes va être confié à monsieur Lagueyrie du cabinet Foucat et Associés qui suit l'ensemble des comptes de la Fondation Poidatz.

La collaboration avec le cabinet BPL va donc s'arrêter, il va donc certifier les comptes pour la dernière année. Le budget annuel de la SESEP quand elle n'aura plus les établissements ne justifie en effet plus d'avoir un Commissaire aux Comptes.

**Docteur Carlier** : j'en profite pour remercier le cabinet Cannac que j'ai connu quand je suis arrivée, cela fait plus de 30 ans que ce cabinet nous a accompagnés comme expert comptable puis comme commissaire aux comptes, je veux rappeler le souvenir d'Elisabeth Brégéras qui a été très proche de nous et des établissements, merci aussi à monsieur Perrin et à monsieur Baumel, puis à monsieur Le Sciellour.

Le docteur Carlier remercie Monsieur Rouchié.

Madame Deloche remercie Monsieur Jamet pour sa gestion rigoureuse et madame Bonnet pour son action courageuse afin de rétablir la situation à Sarcelles.

Madame Carlier demande à l'Assemblée de voter le rapport financier, aucune opposition, aucune abstention, le rapport est voté et Madame Carlier passe la parole à monsieur Le Sciellour pour certifier les comptes.

Point 5 : rapport du commissaire aux comptes

**Monsieur Le Sciellour** : cela fait effectivement 30 ans que le cabinet a été votre commissaire aux comptes et n'en déplaie à la modestie de monsieur Jamet, j'ai rencontré chez monsieur Jamet, madame Benali et madame Vérines, des gens d'une grande compétence et d'une grande sympathie et c'est indispensable de travailler dans ces conditions.

- 6 -

Le point important qui est un point d'ordre comptable, Monsieur Rouchié l'a rappelé : des avances assez significatives ont été faites au laboratoire en 2011, l'argent a été dépensé. Dans les comptes consolidés, cela ne se voit pas mais en 2012 quand on va sortir comptablement les établissements et qu'il ne restera que le siège SESEP, cette créance qui est devenue irrécouvrable et qui se monte à environ 280.000 € va constituer une charge exceptionnelle dans les comptes SESEP, c'est pour cela que l'année prochaine, il est très improbable que le résultat de la SESEP soit positif, le résultat courant sera positif très certainement mais le résultat net ne pourra pas l'être.

Je certifie que les comptes annuels sont réguliers et sincères, je n'ai pas d'observation à formuler ni sur les comptes ni sur le rapport de monsieur Rouchié, étant entendu que le résultat net est un déficit de 52.311 €.

**Monsieur Rouchié** : je tiens à rajouter sur l'imputation du déficit du laboratoire sur les comptes de 2012 de la SESEP, que quand je vous ai parlé de notre trésor de guerre, la dépense a déjà été faite.

**Monsieur Le Sciellour** : en effet la trésorerie dont parle monsieur Rouchié a déjà été obérée des 280.000 €.

#### Point 6 : décision d'affectation des résultats

La décision d'affectation des résultats : l'excédent et le déficit d'Antony et de Sarcelles seront affectés selon la décision des tutelles et pour le laboratoire et le siège les résultats seront mis en report à nouveau.

#### Point 7 : Rapport moral de madame le docteur Carlier, Présidente de la SESEP et des Directeurs des Etablissements.

**Docteur Carlier** : rapport moral, que nous ferons ensuite comme d'habitude établissement par établissement. Mais le premier élément est quand même le point sur le transfert partiel d'actifs, qu'a évoqué monsieur Rouchié, et que vous avez voté je le rappelle, l'année dernière. L'ensemble des conditions suspensives à la réalisation de l'accord de transfert devrait être réuni rapidement : l'ARS pour la partie sanitaire c'est-à-dire Antony a déjà donné une réponse positive en Commission (CRSA), la lettre officielle nous arrivera début juillet. Pour Sarcelles c'est-à-dire le médico-social, il y a un arrêté qui doit être signé par le directeur de l'ARS, monsieur Claude Evin, on peut espérer que cela intervienne à peu près en même temps mais l'incertitude est un peu plus grande.

**Monsieur Rouchié** : un autre évènement important va être la signature de deux baux, un bail emphytéotique et un bail à construction qui sont en principe prêts chez le notaire d'Antony et que nous signerons dès que nous aurons l'accord de l'ARS.

**Docteur Carlier** : par contre il restera ensuite à demander l'accord de l'autorité de tutelle de notre association reconnue d'Utilité Publique qui est le Ministère de l'Intérieur, ou par délégation la Préfecture de Paris puisque notre siège social demeure au Château de Longchamp Paris 16<sup>ème</sup>. On ne peut la saisir que lorsque tout le reste sera réglé, nous le ferons le plus tôt possible.

*Rapports moraux des établissements*

**LE LABORATOIRE : Docteur Simon-Bouy :**

Depuis le 1<sup>er</sup> Janvier, nous avons intégré l'hôpital Mignot. Les dernières semaines avaient été marquées par les inévitables tractations concernant salaires et statuts divers. Certains rentrant facilement dans le cadre requis par l'hôpital et d'autres pas. Il a fallu élargir les congés annuels SESEP. Il faut dire que l'hôpital a bien fait les choses vis-à-vis de chacun pour trouver des solutions satisfaisantes.

Les premières semaines de Janvier ont été marquées par les interrogations de nos correspondants étonnés, bien que prévenus, de voir changer l'en-tête sur laquelle on envoie les résultats, s'interrogeant sur le fait qu'en perdant notre statut de laboratoire privé SESEP réputé, nous devenions un moins bon laboratoire public sur lequel risquaient de peser les contraintes de l'hôpital et que l'on perde alors notre label de qualité. Au bout de quelques semaines, je pense que tout le monde a été rassuré.

Le travail n'a pas changé au quotidien, c'est même une consigne qui avait été donnée par la directrice adjointe.

Nous sommes entrés dans les indispensables procédures d'accréditation. Actuellement il est même question de nous équiper (2 incubateurs neufs sont arrivés), un séquenceur haut débit est envisagé à court terme pour suivre l'évolution des nouvelles technologies.

Notre activité s'est maintenue mais au regard des exigences de l'hôpital, elle apparaît bonne.

En ce qui concerne les SROS (schéma régional d'organisation sanitaire), nous dépendons de celui de biologie, génétique et périnatal et nous avons présenté un très gros intérêt pour Mignot en apportant une activité toute prête.

Le bilan est donc très positif et je veux terminer en remerciant tous ceux qui nous ont soutenus au sein de la SESEP et surtout madame Carlier.

Je voulais aussi dire à tout le monde que le Professeur André Boué qui a été avec sa femme un des fondateurs dans le monde du diagnostic prénatal, est décédé au mois de février.

**Monsieur le Professeur Rappaport** propose qu'étant donné que l'hôpital Mignot a trouvé aussi son intérêt dans l'intégration du laboratoire SESEP, une plaque soit apposée à l'entrée du laboratoire de génétique de l'hôpital pour garder la mémoire de la SESEP et de ses fondateurs.

**Madame Carlier** s'engage à faire la démarche auprès de la Direction de l'hôpital car c'est une très bonne idée, puis elle remercie le docteur Simon-Bouy et passe la parole à madame Bonnet.

**LE CENTRE D'ACCUEIL FAMILIAL SPECIALISE DE SARCELLES : madame Bonnet :**

Je suis donc madame Bonnet, j'ai pris mes fonctions de chef de service au Placement le 12 septembre 2011 et je vais plus vous présenter un état des lieux, un constat et puis une projection sur la nouvelle organisation que nous avons mise en place notamment avec monsieur Watier.

Je vous remercie de vos encouragements et j'espère que l'année prochaine, je vous présenterai un placement qui va bien.

Quand je suis arrivée en septembre, j'ai constaté avec beaucoup de désarroi que les assistantes familiales qui sont au nombre de 26 étaient considérées plus comme des nourrices que comme des professionnelles de la protection de l'enfance, chargées de l'éducation des enfants, et que l'on perdait la mission première de l'établissement qui est quand même d'accueillir des enfants et correctement.

J'ai essayé de comprendre comment fonctionnait le placement, ce qui ne m'est pas apparu tout de suite. J'ai eu la notion de « répondance » qui ne correspondait pas à ce que j'avais connu en tant qu'éducatrice dans des établissements purement sociaux et à partir de cela avec monsieur Watier et le docteur Carlier, nous avons essayé de ré-imaginer une nouvelle organisation en donnant à chacun la place qui lui revient, aux enfants, aux assistantes, et à l'équipe technique composée de soignants et d'éducateurs et d'assistante sociale. Car en fait avec cette notion de « répondance » tout le monde exerçait tous les postes sans avoir une place spécifique dans sa fonction. On a décidé ainsi de remettre les « psy » à leur poste de soignants, ils n'assureront plus de « répondance » d'ailleurs rebaptisée selon la loi « référence éducative ». Cette « référence » sera partagée par les éducatrices au nombre de 2 et l'assistante sociale qui à elles 3, accompagneront les projets individuels des enfants et leur chemin non seulement chez nous mais surtout dans les établissements spécialisés et les écoles dans lesquels ils se trouvent.

Cela a créé quelques tensions de passer de « répondant » à « référent ». En fait cette « répondance » consistait à répondre aux assistantes familiales. Chacun a repris son poste, les psychologues au profit de thérapies, la psychomotricienne et le psychiatre également.

On a pris également une décision sur le traitement des jeunes majeurs, encore chez nous à 22 ans alors qu'on ne touche plus de prix de journée, donc je pense qu'il faut leur faire un projet de vie et de travail.

Je pense qu'il faut aussi redonner au placement son rôle premier qui est d'accueillir des pathologies plus lourdes notamment somatiques et pas seulement des troubles du comportement (troubles envahissants du développement) qui ne correspondent pas forcément aux demandes d'admission qui nous sont envoyées.

Nous avons 41 enfants en septembre, nous en avons 47 aujourd'hui et nous avons actuellement 10 enfants en liste d'attente dont 3 ont déjà trouvé une famille d'accueil mais nous allons trouver aussi pour les 7 autres et sur les 3 ce sont des enfants malades avec un problème social derrière, vocation première du placement. L'autre problème des enfants avec troubles du développement c'est qu'ils font exploser les familles d'accueil parce que cela ne correspond plus au bout d'un moment à ce pourquoi ils sont arrivés au placement. Donc je pense qu'il faut que nous repositionnions auprès des hôpitaux notamment Necker et la fondation Paul Parquet ou Bullion pour voir quel type d'enfants nous pouvons accueillir.

Nous en avons 47 aujourd'hui mais avec 5 qui vont sortir.

Je pense que nous allons y arriver mais je crois aussi que ce poste était difficilement tenable pour un médecin. Et nous avons surtout le travail de ces assistants familiaux qui reçoivent chez eux des enfants brisés, qui font un travail remarquable mais qui nous assurent de leur appui pour reconstruire le placement.

**Docteur Carlier** : merci beaucoup madame Bonnet.



Je vais donner la parole à monsieur Jamet pour le **centre de rééducation d'Antony** mais je tiens d'abord à souligner les grands changements intervenus dans l'équipe médicale : le départ, assez brutal, en Janvier, du docteur Hervé Carlier qui m'avait succédé en Octobre 2008 comme médecin-directeur. Le poste de médecin-directeur est donc devenu vacant presque du jour au lendemain (annoncé le Lundi pour le Vendredi) ce qui n'est pas sans poser quelques problèmes.

Et le départ du docteur Marie-France Capponi, attendu celui-là puisqu'elle avait atteint et dépassé l'âge habituel de la retraite, mais elle avait tellement su se rendre indispensable et omniprésente dans cet établissement depuis 38 ans que sans doute on n'y croyait pas... Elle n'a pas souhaité être présente aujourd'hui ni que je fasse son éloge, mais elle mérite un grand merci pour toutes ces années de travail infatigable de terrain, sa compétence, son dévouement à tous et toutes : enfants, familles, personnel... Nous lui souhaitons une bonne et longue retraite.

## **CENTRE DE REEDUCATION MOTRICE POUR TOUT PETITS D'ANTONY :**

### **monsieur Jamet**

#### **L'activité**

L'activité 2011 a marqué le pas par rapport à la dynamique qui s'était instaurée depuis la contractualisation des objectifs et des moyens avec l'A.R.S., relative à la période 2007/2011.

En effet, cette activité a progressé de plus de 20% entre 2007 et 2010, soit une augmentation moyenne annuelle de 770 journées sur une base de 11.400 journées en 2007 (+ 2.300 journées).

Les 6 premiers mois de l'année 2011 se sont inscrits dans la même mouvance ce qui semblait satisfaisante puisque l'avenant au contrat imposait un objectif annuel de journées légèrement plus faible qu'en 2010 (13270/13700).

Après les deux mois d'été dont les résultats sont traditionnellement plus faibles et d'ailleurs de façon plus appuyée depuis 2008 - 1<sup>ère</sup> année de fermeture de l'H.J. durant 3 semaines - la rentrée de septembre s'est effectuée de manière échelonnée, tout particulièrement en hôpital de jour. C'est aussi une tendance qui s'est installée récemment.

Le problème réside donc dans le constat que l'activité ne s'est jamais rétablie au niveau de celle du 1<sup>er</sup> semestre pour s'établir à un peu moins de 13.100 journées, la raison en étant multifactorielle :

- Une demande notamment, en hospitalisation de jour qui s'est amoindrie ne permettant pas de compenser durablement les sorties
- Une erreur sur l'appréciation de l'objectif fixée dans l'avenant au C.P.O.M.
- Une dynamique interne, peut-être plus à un niveau suffisant pour retrouver un rythme adapté au challenge annuel imposé.

Le début de l'année 2012 a connu des changements, plus ou moins attendus mais pas sans conséquences quant au niveau d'activité généré.

- Le 1<sup>er</sup> changement, **le renouvellement profond de l'équipe médicale** qui a vécu une « immersion » en 2 temps :

- ▶ En janvier, avec le bénéfice du parrainage du Dr Capponi et du Dr Hervé Carlier
- ▶ Puis en février, après le départ de ces derniers pour des motifs différents. De ce fait il a été nécessaire pour les nouveaux arrivants :

- de s'intégrer dans l'institution avec les difficultés inhérentes au poids de son histoire et de sa culture (particulièrement prégnantes) et plus traditionnellement de son fonctionnement propre.

- de gérer une situation temporaire de sous-effectif médical,
- de faire face à des situations médicales ponctuellement difficiles nécessitant parfois des ré hospitalisations d'enfants en M.C.O., admis récemment mais pas toujours stabilisés (durée moyenne de séjours en M.C.O. oblige).

La liste n'est exhaustive mais elle souligne la difficulté de maîtriser sereinement des flux dans un contexte de transition.

➤ **La seconde difficulté relève de la demande d'admission** dont le niveau et la fréquence ne sont pas toujours adaptés au service que l'on est à même de rendre à l'instant « T ».

L'ARS reconnaît l'expertise de l'établissement dans les domaines neuro-cognitifs et neuro-orthopédiques et les autorisations d'activité délivrées en 2010 délimitent restrictivement notre champ d'actions (les affections de l'appareil locomoteur et/ou du système nerveux), même si nous sommes habilités également pour les SSR indifférenciés.

Nous nous sommes interrogés sur l'existence d'un déficit d'image auprès des adresseurs traditionnels ou potentiels :

- par simple défaut d'une communication récurrente efficace
- par les changements d'interlocuteurs médicaux
- par une identification de nos compétences qui se serait délitée au fil du temps. N'avons-nous pas privilégié la statistique de journées, au risque de brouiller la perception qu'ont nos partenaires de notre cœur métier ?
- nous ne sommes-nous pas aventurés sur des orientations de prise en charge s'éloignant des fondamentaux du SSR, au détriment de l'expertise qui nous a porté jusqu'à présent ?

Nous avons transmis largement un mailing auprès des décideurs ou de leurs collaborateurs pour recentrer cette image. C'est en quelque sorte une première action conservatoire dont nous mesurons difficilement l'impact, pour l'instant.

Par ailleurs, nous ne pouvons pas vraiment compter sur l'outil internet dénommé « trajectoire », destiné à gérer le parcours du patient d'une structure à l'autre, de manière relativement objectivée, car celui-ci n'est pas vraiment opérationnel.

Nous devons focaliser nos efforts également :

- sur la réactivité à la demande d'admission et à la prise de décision ; Ce qui revient à revoir l'organisation de la Commission d'admission et des critères de ces admissions. Ce dernier point devra tenir compte des décisions qui ressortiront du Projet médical, en cours de préparation.
- sur la déperdition de journées liée à des séjours itératifs, des absences perlées mais aussi parfois trop longues pour ne pas mettre à mal l'efficacité même du séjour d'un enfant au Crmtp et la performance dans la gestion des flux de patients : cette démarche repose indubitablement sur la relation entre les familles et l'équipe médicale, au premier chef.

Pour autant, nous imaginons volontiers que cette équipe médicale remaniée va progressivement consolider le réseau de prescripteurs existants mais aussi l'étendre et que la coopération avec l'équipe du CRF de St Fargeau ne pourra que créer une synergie propice à conforter notre positionnement.

Au terme des 5 premiers mois de 2012, le déficit cumulé de journées se situe à 280 par rapport à l'objectif mensuel fixé. Il est inégalement réparti puisque nous constatons une inversion de tendance en faveur de l'hospitalisation complète (+175 journées) au détriment de l'hospitalisation de jour (-455 journées). Toutefois, malgré un mois de mai morcelé par les

jours fériés, l'activité s'est bien tenue à la faveur d'un effectif global souvent proche de 56 patients notamment grâce à l'hospitalisation complète dont l'effectif a dépassé notre agrément de 25 lits.

Rappelons qu'il nous est nécessaire d'avoir 58 à 60 patients sur les mois clés de l'année pour tenir notre engagement, aussi sera-t-il compliqué de l'atteindre malgré quelques mesures d'anticipation et de régulation sur les absences possibles en été, alors que les 4 premiers mois oscillaient autour de 50 présences journalières.

Cette année qui sera en ce domaine une année de transition verra l'émergence du projet médical dont les orientations ne manqueront pas de marquer des choix quant à la politique de soins à conduire et notamment le profil des patients à traiter, ce qui aura pour vertu de repositionner nos objectifs essentiels tant au regard des partenaires qu'à celui des équipes du Crmtp.

### **Le rapprochement avec la Fondation Poidatz**

L'année 2011 a été aussi une année de transition, axée essentiellement sur le traitement des aspects juridiques destinés à unir les deux entités.

Ce rapprochement n'a pas impacté le fonctionnement de l'établissement, le transfert financier qui concrétisera la restitution de ses apports initiaux à la Sesev devrait avoir lieu au 30 juin prochain. La trésorerie saine du Crmtp absorbera sans réel problème le versement des quelques 452.000 € à l'association.

Pour autant cette opération a momentanément affaibli notre capacité à investir, la réduisant de ce fait à 66.000 € au 31 décembre 2011. Toutefois l'excédent de gestion de l'année écoulée, de 329.000 € s'avère éminemment opportun pour reconstituer nos fonds propres à hauteur de 395.000 € au début de l'exercice 2012. C'est le sens de la décision du dernier Comité de gestion du Crmtp.

Ce dernier montant abondé des recettes d'investissement habituelles permettra de faire face aux investissements courants des années à venir, sachant que le projet d'agrandissement et de rénovation doit nécessairement faire l'objet d'un financement spécifique tant dans l'investissement initial que pour assumer les charges annuelles qui en découleront. Dans ce contexte, le support technique et financier de la Fondation se positionne comme un atout majeur.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier, plusieurs chantiers de coopération se sont ouverts entre les structures d'Antony et de St Fargeau.

- 1) **Le projet d'établissement et plus exactement le projet médical**, avec l'assistance d'un cabinet conseil missionné par la Fondation qui a entamé une série d'entretiens avec le personnel d'encadrement.
- 2) L'intervention régulière in situ d'un collaborateur de la Fondation qui rencontre les différentes catégories professionnelles chargés de **renseigner et collecter l'activité médicale et para médicale avec l'outil PMSI**, afin d'adapter les pratiques à l'évolution des données à recueillir et tendre vers l'exhaustivité.  
Rappelons que bien que nous ne soyons pas encore à la tarification à l'activité, dite T2A, le système transitoire de financement entre la dotation globale et la T2A (basé sur un indice de valorisation de l'activité) porte en partie sur le recueil PMSI qui peut produire des ressources supplémentaires en améliorant la qualité de celui-ci.  
Quatre séances de travail sont prévues avant la fin juillet.

- 3) **La reconstruction de notre système d'information hospitalier (S.I.H.)** qui ne se limite pas aux aspects informatiques, est également en cours avec le support d'une informaticienne de la Fondation. Elle se livre actuellement à l'audit de notre parc informatique et de l'organisation qui l'entoure.

Dans un second temps et pour des raisons de planification, ayant pour échéance ultime la visite de certification de novembre 2013, nous allons travailler sur l'informatisation du dossier du patient qui nécessite un niveau pertinent d'investissement - priorité du programme 2012 - mais également une action transversale de formation dont le coût s'avère au moins aussi important que l'acquisition du produit. Néanmoins, cette formation pourrait être pour partie dispensée par l'équipe de la Fondation qui dispose, d'ores et déjà, d'une expérience sur l'utilisation de ce logiciel.

Cette phase de programmation devrait être terminée à la mi-juillet.

Dans un troisième temps, nous établirons le schéma directeur du S.I.H. qui est le moteur de la cohérence du système d'information et de son alignement par rapport à une stratégie d'établissement. C'est un exercice qui permet de répondre aux enjeux réglementaires, fonctionnels, techniques, organisationnels et de s'ouvrir vers l'extérieur.

- 4) **La contractualisation en matière de Ressources Humaines** va s'engager dès que le transfert partiel d'actif sera effectif. En coordination avec la direction des ressources humaines de la Fondation, il s'agira :

➤ d'informer individuellement les salariés de leur intégration dans la Fondation Poidatz qui aura pour suite logique l'élaboration d'un nouveau contrat de travail, sous son égide.

➤ de dénoncer le contrat de prévoyance auprès de l'organisme auquel adhèrent les deux établissements de la Sesep pour rattacher ces derniers à celui de la Fondation.

➤ de rattacher également le régime de frais de santé à celui de notre partenaire.

L'ensemble des accords d'établissement connaîtront leur terme de facto et une harmonisation des pratiques sera mise en œuvre, sachant que lors de l'audit relatif à la gestion des ressources humaines des deux entités, le cabinet chargé de cette mission n'avait pas relevé de différences notoires entre les institutions qui adhèrent à la même convention collective.

Bien évidemment ce parcours s'effectuera en lien permanent avec les représentants du Personnel à la Délégation Unique qui pourront formuler leurs avis tout au long des consultations.

Cette instance fera l'objet d'un nouveau scrutin pour élire des représentants par anticipation de deux ans, en novembre prochain et pour 4 ans, en même temps que ceux de la FEP. L'équipe actuelle qui n'a pas démérité depuis 2 ans et dont le travail est reconnu par ses électeurs pourra tout à fait se représenter dans une configuration renouvelée.

*Personnellement, je tiens à souligner la qualité relationnelle entretenue, jusqu'à présent, avec les instances représentatives du Personnel - DUP et CHSCT – qui remplissent leurs fonctions avec conscience et bienveillance tant envers le Personnel dans son ensemble que dans l'intérêt de l'institution.*

## **Le projet d'infrastructure**

*Rappelons simplement que ce projet s'inscrit dans le contexte d'une obligation qui est faite aux établissements de SSR de répondre au cadre normatif d'un cahier des charges qui régit notamment les conditions d'accueil, d'hébergement et de prise en charge du patient.*

Lors de la délivrance au Crmtp de l'autorisation de fonctionnement en 2010, il a été stipulé que l'établissement avait l'obligation de mise en conformité avec les conditions techniques fixées par les dispositions du Code de la Santé Publique.

Compte-tenu que la configuration actuelle des locaux n'est pas suffisamment évolutive pour permettre les transformations imposées, une nouvelle extension, à vocation essentiellement d'hébergement s'est avérée incontournable.

*Son financement constitue l'une des raisons du rapprochement de la Sesep avec une entité offrant des garanties financières plus importantes.*

Ce projet a donné lieu d'abord à des séances de travail en Comité de direction, assisté par un cabinet conseil, puis à des consultations des différentes instances au fur et à mesure de l'avancement du projet, permettant ainsi de définir une organisation future de prise en charge impactant la destination des locaux par niveaux et par unité d'hospitalisation.

Les objectifs principaux reposent :

- sur la nécessité de créer une nouvelle dynamique de travail décloisonnée au niveau des personnels soignant, rééducateur et éducateur.
- sur la prise en considération des modalités différentes de fonctionnement des deux unités d'hospitalisation
- sur une meilleure maîtrise des flux et une limitation des transferts entre niveaux des bâtiments.
- sur une accentuation de l'activité potentielle, voire souhaitable, en hospitalisation complète.

Après plusieurs rencontres avec l'architecte de la Fondation, nous sommes parvenus à rationaliser le volume des surfaces – économie oblige – (1.046 m<sup>2</sup> nouveaux + 1.009 m<sup>2</sup> restaurés), la principale difficulté résidant évidemment dans la transformation de l'existant.

Le calendrier de mise en œuvre et de réalisation s'échelonne de janvier 2012 à juin 2014. En substance, 2013/2014 pour la construction et 2014 pour la rénovation du bâtiment principal, le permis de construire devant être déposé dans le dernier trimestre 2012.

Le plan de financement est arrêté en fonction :

- de l'estimation établie par le cabinet d'architectes,
- d'une simulation d'emprunt et de taux d'intérêt, *transmis le Direction des Affaires Financière de la Fondation,*
- des apports issus du budget de fonctionnement du Crmtp, projeté sur 5 ans,
- de participations externes : ARS et donateurs potentiels, pour l'instant.

Exposé sur le plan de financement (tableaux excel).

## **La démarche de certification**

La visite des experts-visiteurs de l'HAS (Haute Autorité de Santé) aura lieu en novembre 2013 dans le cadre du 3<sup>ème</sup> opus de la certification de l'établissement.

Au terme d'un audit blanc, nous avons pu constater que sur les 74 critères à satisfaire 57 peuvent être considérés comme satisfaisants et que 17 seulement nécessitent des actions correctives.

Il faut préciser qu'il s'agit de notre appréciation et qu'il conviendra de repasser les 57 critères au crible des réalités afin que nous n'ayons pas de différences, dans le sens péjoratif, avec le jugement qu'apporteront les experts visiteurs.

Sur les actions principales à conduire, nous retiendront :

- L'élaboration d'un nouveau projet d'établissement.
- La formalisation et la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
- La révision et la formalisation du schéma du système d'information hospitalier.
- L'audit/conseil du circuit du médicament et son informatisation.
- La structuration du fonctionnement des instances réglementaires.
- L'organisation de la veille réglementaire dans un dispositif intégré et coordonné en matière de vigilance et de risque.
- Le diagnostic expert et un plan d'action pluriannuel de développement durable.

Sur les 7 points indiqués 4 sont mis en œuvre mais comme vous pouvez le constater le programme en ce domaine comme dans les autres reste dense dans un timing serré.

Je voudrais remercier Monsieur Rouchié pour ce court parcours qui s'est fait dans le même souci des intérêts que nous servions.

Je remercie aussi le cabinet BPL Audit et monsieur Baumel qui avait une rigueur absolue et qui m'a appris beaucoup de choses, mademoiselle Brégéras qui était très impliquée avec un dévouement remarquable et le petit côté fun de monsieur Le Sciellour.

Il faut maintenant que je remercie le docteur Capponi qui vient de partir à la retraite, elle est entrée au CRMTP en 1974, elle s'est donnée pendant 38 ans au CRMTP et surtout aux enfants. Je laisserai le mot de la fin au Professeur Wicart qui m'a dit « elle m'a énormément appris ».

Je laisse maintenant la parole à monsieur Desailly.

Point 9 : Activités et actualités de l'Unité d'Analyse du Mouvement de la Fondation Ellen Poidatz : objectifs/historique du partenariat SESEP-UNAM/Activité clinique/Recherche et développement/Projets scientifiques

**Monsieur Eric Desailly :**

Je suis très content de venir vous parler de l'avancée des travaux de l'UNAM (Unité d'Analyse du Mouvement), j'étais déjà venu en 2009 vous rapporter le fruit de ma thèse de doctorat que la SESEP avait financé en partenariat avec la fondation Ellen Poidatz. Ces travaux ont permis de réaliser des choses mais aussi d'initier d'autres travaux au sein de l'analyse du mouvement.

L'UNAM c'est bien sûr un dispositif technique multiple qui permet de mener une analyse biomécanique de la locomotion pathologique par fusion de données multiples et c'est surtout une équipe – un chirurgien très investi le docteur Nejib Khouri de Trousseau – 3 médecins, le docteur Hareb, le docteur Yéprémian et le docteur Spirito – 1 orthoprothésiste M. Jarrige – 1 technicien L. Lejeune et 1 infirmier D. Bouchakour.

Cette structure a un historique de partenariat avec la SESEP qui remonte assez loin. La structure a commencé à émerger avec le docteur Lespargot en 1993 et en 1999 la SESEP a aidé au transfert du docteur Lespargot et de ce qu'il avait commencé à faire à l'hôpital Saint Joseph.

A la fermeture de Saint Joseph, la SESEP a aidé au transfert de l'UNAM à la FEP.

J'ai bénéficié du soutien de la SESEP pour ma thèse de doctorat en 2005.

En 2008, la SESEP avec plusieurs autres partenaires a permis l'équipement beaucoup plus moderne et performant du laboratoire.

En 2009, on a été lauréat de la Fondation Motrice sur un projet de recherche, c'est encore la SESEP en tant que membre fondateur qui est aussi à remercier.

Nous avons aussi et je vous en parlerai un projet de recherche que nous sommes en train de structurer en partenariat avec la SESEP également.

L'activité de l'UNAM est double, il y a une activité de consultation et une activité de recherche et développement qui est très clinique et appliquée avec une petite part fondamentale.

Notre travail c'est d'examiner des patients dans un état donné de déficience motrice à partir de multiples mesures, pour autant de sources d'information, afin d'aider au choix de traitements susceptibles d'améliorer leurs fonctions de locomotion ou leurs fonctions motrices si on s'intéresse aux membres supérieurs.

Globalement en 2011, nous avons suivi 375 enfants pour 457 journées d'hospitalisation.

Au niveau des bilans, bilan clinique, bilan vidéo, bilan électromyographique, bilan 3D, on a une progression constante très importante de +33% par an sur les examens vidéos, les examens EMG restent autour d'une centaine par an et sont stables, et l'activité de bilan 3D, elle, est en croissance de 15% par an.

Il y a également une activité de traitement des raideurs musculaires avec de la toxine botulique et de la prescription de bottes plâtrées réalisées au sein de l'UNAM.

Pour ce qui est de l'activité scientifique, il y a plusieurs axes, un axe sur l'expertise des troubles de la motricité, ce qui paraît très naturel, un sur la quantification des effets des traitements, un autre sur l'aide à la décision thérapeutique. On commence à travailler à l'amélioration et à l'évaluation des techniques de rééducation et on a des collaborations sur les thématiques de l'appareillage et des développements robotiques.

Je vais vous présenter ces 5 points successivement et j'en détaillerai un sur un exemple concret de réalisation.

Sur l'expertise des troubles de la motricité, depuis mon doctorat on a pas mal travaillé au développement et à la validation d'un nouveau modèle cinématique adapté à la population que l'on reçoit.

Il y a beaucoup de recommandations dans la littérature qui sont difficilement suivables parce que non adaptées aux populations déficientes motrices. Le but est de mieux identifier le centre de la hanche, mieux identifier les localisations et les orientations des axes mécaniques du genou, d'avoir des modèles cinématiques construits sur la base de procédures qui permettent des calculs beaucoup plus précis et donc d'accéder à une mesure plus fiable de la motricité de l'enfant.

Sur l'axe étude de l'effet des traitements, on a travaillé beaucoup avec l'hôpital Armand Trousseau à l'étude de l'effet de la chirurgie multi sites chez l'enfant atteint de paralysie cérébrale, on a étudié l'effet du transfert du rectus fémoris, l'effet de la dérotation fémorale, l'effet de l'allongement des ischio-jambiers je vais vous détailler un peu ce travail :

- c'est un travail que l'on a pu faire grâce au financement de la Fondation Motrice à l'inverse des autres travaux publiés dans des revues internationales. C'est un travail encore en cours de rédaction, travail très intéressant parce qu'avec les fonds que l'on a pu avoir, on a recruté sur un master 2 un étudiant qui venait d'un horizon complètement différent de celui de la biomécanique, un horizon plus intelligence artificielle-sciences informatiques, et on a mis en place une procédure pour caractériser l'effet de l'allongement des ischio-jambiers réalisé dans un contexte multifocal. La chirurgie multi sites, c'est la chirurgie du bassin, des hanches, des genoux, des pieds, de différents groupes musculaires et isoler l'effet d'une des actions au sein de cet ensemble paraît très délicat. Il y a d'autres approches, une approche simplement d'observation, qui est que les cliniciens experts quand ils voient l'enfant en consultation post-opératoire, sont capables de qualifier l'effet, positif ou non, de façon totalement subjective, de l'allongement chirurgical. On a essayé par intelligence artificielle de reproduire ces jugements, on a appris auprès d'un collègue d'experts et on a mis en place une procédure qui montre de très bons résultats pour caractériser l'effet isolé de cette chirurgie au sein d'un ensemble, cela nous a beaucoup servi pour valider une procédure que je vous présenterai après. Ce travail a été fait en partenariat avec l'hôpital A. Trousseau mais aussi avec le laboratoire IBISC de l'université d'Evry.

Sur l'étude de l'effet des traitements, nous nous sommes intéressés aussi, dans le cadre d'une collaboration, à l'effet de la stimulation électrique fonctionnelle chez l'adulte et l'enfant mais c'est un travail qui reste anecdotique dans nos thématiques.

Il y a aussi des travaux sur l'évaluation des séquelles des traitements des pieds bots varus équins. Ce travail se fait en partenariat avec le professeur Wicart de l'hôpital Necker. Nous avons ensemble encadré un jeune chirurgien dans le cadre de son DU de chirurgie du pied et on a des projets de dépôt de PHRC pour poursuivre ce travail.

Nous nous sommes également intéressés à l'évaluation de la rééducation neuromotrice avec les kinésithérapeutes.

Je passe maintenant au point relatif à la recherche sur l'aide à la décision thérapeutique : en partenariat avec le docteur Khouri de Trousseau, nous avons travaillé sur la modélisation musculo-squelettique, l'apport qu'elle pouvait nous donner sur l'aide à la décision du transfert du rectus fémoris. C'est un muscle qui est transféré chez les enfants pour essayer d'améliorer l'oscillation de leurs genoux, la flexion du genou en phase oscillante pendant la marche. Et on a montré que des paramètres cinématiques dans la longueur de ce muscle et dans la vitesse d'allongement de ce muscle en pré-opératoire, pouvait être prédictif d'un bon résultat, cela a fait également l'objet de publications.



- 17 -

Nous avons aussi travaillé à un outil d'aide à la décision d'allongement des ischio-jambiers. L'allongement des ischio-jambiers a une autre vocation, c'est de permettre l'amélioration et la correction de la marche genoux fléchis ; les enfants marchent genoux fléchis et pour un certain nombre d'entre eux, la cause c'est la rétraction des muscles postérieurs de la cuisse, c'est l'aspect de nos travaux que je vais vous détailler.

*Démonstration, avec images à l'appui, de l'étude sur extensibilité clinique maximale/longueur musculaire fonctionnelle en analyse quantifiée de la marche couplée à une modélisation musculo-squelettique, afin de mettre au point une procédure et d'évaluer cette procédure.*

Pour cela on a étudié 60 membres inférieurs chez 42 patients en prenant les examens pré et post-opératoires.

La question est donc comment savoir si longueur fonctionnelle et longueur clinique sont suffisantes ou insuffisantes ? Pour cela il a fallu déterminer des seuils pour qualifier la longueur suffisante des ischio-jambiers, tant en clinique que fonctionnellement suffisante. Quand la longueur clinique et la longueur fonctionnelle sont toutes les deux déficitaires, il est alors pertinent d'allonger les muscles ischio-jambiers.

Si on applique rétrospectivement cette procédure à notre base de données, on met en évidence une sensibilité et aussi une spécificité de l'ordre de 80%, ce qui signe un très bon résultat, une vraiment bonne capacité de prédiction. C'est donc un outil qui apporte beaucoup de confort dans la discussion entre les médecins et les chirurgiens.

Ensuite sur la base des modélisations musculo-squelettiques, ont pu être développés des modèles permettant l'évaluation des techniques de rééducation.

Nous nous sommes intéressés aussi à l'appareillage et au développement robotique. L'appareillage car nous avons un appareilleur intégré, M.Jarrige, au sein de la FEP. Il a développé des orthèses suro-pédieuses assez intéressantes.

On s'est intéressés au K Walker : Est-il pertinent de prendre des décisions thérapeutiques sur une marche libre pour des patients utilisant parfois une aide de marche ? Quel est l'effet du k walker sur la décision thérapeutique résultant de l'analyse des données d'analyse du mouvement ? Les résultats de ce travail montrent des effets certains précisant l'importance des conditions d'examen.

Nous nous sommes attachés également dans le cadre d'un partenariat avec l'ISIR (laboratoire de robotique à Paris VI) à leur donner un petit peu d'assistance pour le développement d'un exo squelette du membre inférieur, c'était vraiment une opportunité de collaboration qu'il sera intéressant de poursuivre et qui nous a permis de prendre contact avec le réseau robotique de Paris.

La production scientifique, c'est 47 articles et communications : 6 articles dans des revues internationales avec 3 en cours de révision par des experts et un bon paquet à écrire.

Egalement 3 revues nationales à comité de lecture, et enfin un chapitre d'ouvrage rédigé en partenariat avec le professeur Wicart sur l'analyse du mouvement du pied. On essaye également d'être très présents sur les congrès nationaux et internationaux essentiellement européens dédiés à l'analyse du mouvement de l'enfant et de l'adulte à vocation clinique, la SOFAMEA, l'ESMAC à l'échelle européenne.

On intervient dans des sociétés savantes très régulièrement comme la SOFMER, la SOFCOT qui sont vraiment attachées à des disciplines médicales ou chirurgicales.

Notre réseau collaboratif s'étend petit à petit dans le domaine de la biomécanique, de la robotique, de l'informatique et des sciences et techniques de l'information et de la communication, donc avec le laboratoire de Poitiers, l'ISIR à Paris VI avec le professeur Bidaud, le laboratoire IBISC à Evry avec le docteur F Vigneron et le professeur Hoppenot, et l'école d'ingénieur de Paris sud.

Sur le monde de la santé, nous avons des collaborations, pour certaines passées, d'autres potentiellement en devenir, même si le principal de notre activité de collaboration est internalisée avec les professionnels de la fondation.

Sur la chirurgie, nos deux partenaires très forts sont l'hôpital A. Trousseau avec le docteur Khouri et le docteur Thevenin Lemoine et l'hôpital Necker avec le professeur Wicart.

Nos autres activités sont des activités d'enseignement en Master 2 dans le cadre du DU d'analyse de la marche l'année dernière. Avec l'Institut de Motricité Cérébrale se développe un partenariat de plus en plus étroit en construisant à la fois des enseignements très spécifiques sur 2 ou 3 jours en formation continue, centrés beaucoup sur l'analyse du mouvement, mais également des interventions ponctuelles dans des journées thématiques. Nous intervenons aussi dans le cadre du DU d'IMC polyhandicap sur tous les aspects d'expertise et de diagnostic des troubles de la locomotion.

Nous organisons également des événements scientifiques. Nous avons organisé les 10 ans de l'analyse du mouvement à la FEP il y a 3 ans, et puis nous sommes organisateur des Journées de la SOFRAMEA en 2014 : nous sommes actuellement en phase de déploiement de nos réseaux pour trouver un local prestigieux pour organiser cet événement qui l'année prochaine en janvier aura lieu au parlement européen à Luxembourg, et l'année d'après se tiendra à Genève. Nous espérons faire bonne figure en l'organisant à Paris en 2014.

Nous avons bien sûr de nombreux projets scientifiques : continuer dans l'étude de l'effet de la chirurgie dans la Paralyse Cérébrale, troubles rotatoires (dr Khouri), extension du genou (dr Thévenin Lemoine, jeune chirurgien neuro-orthopédiste que j'ai encadré cette année dans son master II de recherche, spécifiquement dans cette thématique, dont l'objet était de structurer une collaboration et une recherche prospective à long terme). Il y a le pied bot varus équin avec le professeur Wicart. Je m'intéresse en ce moment avec les kinésithérapeutes de la FEP à l'étude de la rééducation du transfert d'appuis.

On a l'ambition de mettre en place une consultation d'actimétrie, on est en recherche de financements pour acheter des petits dispositifs qui nous permettraient de caractériser l'activité physique des patients de façon longue sur une semaine pour évaluer les bénéfices des soins proposés aux patients.

On a également le projet de développer des solutions de mesures cliniques de la spasticité en prenant le test de Tardieu mais de façon instrumentée avec de l'électromyographie, des capteurs de couples etc....

Notre gros projet en ce moment c'est la simulation prédictive de la marche et du bénéfice fonctionnel post-chirurgical dans la paralysie cérébrale. Le but c'est à partir de la marche pré-opératoire d'être capable de simuler quelle sera la marche si on fait tel ou tel acte chirurgical. Cette idée a été rendue possible par le travail que nous avons fait avec l'université d'Evry

- 19 -

l'année dernière à travers le stage de master II. Si on a une base de données suffisamment importante de patients qui ont été opérés et dont on a le résultat, on pense être capable de mettre en place un simulateur construit par « apprentissage » en intégrant des contraintes mécaniques garantissant la réalité physique et mécanique du résultat proposé.

Sur ce projet on a planifié de réaliser 2 thèses, l'une sur la caractérisation des contraintes mécaniques et musculo-squelettiques de la marche, l'autre sur la simulation par apprentissages. C'est un projet avec l'université d'Evry, avec Télécom Paris sud, probablement avec l'ISIR, avec l'hôpital Trousseau et dans lequel on a impliqué la Fondation Motrice, la SESEP, l'Institut de Motricité Cérébrale au titre de soutien institutionnel pour nous accompagner dans ce projet et ses recherches de financement.

Ces recherches de financement nous permettent d'envisager à la FEP avec le soutien de l'ANRT de dégager 40.000 €, qui nous permettent et c'est déjà validé d'obtenir 60.000 € de la Fondation Bettencourt Schoeler. Globalement cette enveloppe rend possible la réalisation d'une thèse de doctorat. Et nous avons d'autres projets en cours d'examen, 1 à la FIRAH et 1 auprès de la région Ile de France dans le cadre des projets PICRI (projet qui vise à promouvoir des projets de recherche impliquant à la fois des partenaires universitaires mais aussi des représentants de la société civile, des associations, des fondations).

Deux mots sur le projet actuel de développement de « la recherche et développement » à la FEP.

Notre projet institutionnel évolue et inclue maintenant un 5<sup>ème</sup> point essentiel, c'est le fait que des actions de nos recherches doivent être favorisées dans les établissements, que ce soit au plan des soins, au plan du suivi sanitaire et social, ou sur tout sujet pouvant amener les prises en charge à évoluer. Et donc dans ce cas, en partenariat avec la direction générale, on ambitionne de mettre en place un système de « direction de la recherche et du développement » au sein de la FEP qui intéressera de façon de façon plus large l'ensemble de la fondation et pas seulement l'Unité d'analyse du mouvement.

-----  
Fin de l'Assemblée Générale

**Sigles utilisés par monsieur Desailly :**

FIRAH – Fondation Internationale pour la Recherche Appliquée au Handicap

SOFAMEA – Société Française d'Analyse du Mouvement de l'Enfant et de l'Adulte

SOFMER – Société Française de Médecine Physique et Réadaptation

SOFMOT – Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

ESMAC – European Society of Movement Analysis for Adults and Children

ISIR – Institut des Systèmes Intelligents et Robotiques

ANRT – Agence Nationale de la Recherche et de la Technologie

Laboratoires IBISC – Laboratoire Informatique, Biologie Intégration et Systèmes Complexes  
-----