

## EDITO

Observatoire privilégié, Réseau CHU témoigne des évolutions marquantes pour les Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires au cours du premier semestre 2003.

L'innovation reste la spécificité de ces établissements et les articles réunis dans le chapitre « Médecine et Progrès » traduisent la vitalité des équipes hospitalo-universitaires.

D'autres sujets renvoient à l'actualité : le plan hôpital 2007 et la relance de l'investissement trouvent une illustration concrète sous les rubriques « projet d'établissement » et « modernisation ».

La prise en charge des personnes âgées, à la une ces derniers mois avec le salon Géront expo en mars et la sortie du dossier de Sciences et Avenir en avril, est au coeur des préoccupations des CHRU comme l'attestent les articles sur la gériatrie.

Enfin, le 22 juin 2003, journée nationale de réflexion sur le don d'organes et la greffe sera l'occasion pour la Conférence des Directeurs Généraux de signer la première charte en faveur du prélèvement et de la greffe avec l'Établissement Français des Greffes.

A tous bonne lecture.

### Directrice de la publication : Réseau CHU

Marie-Georges Fayn  
Domaine de Bellevue  
36290 Saint-Michel-Brenne  
Tél. : 02.54.38.06.59  
Fax : 02.54.38.19.82  
Mel : resochu@club-internet.fr

Réalisation : PI@net-Copy  
10, rue du Chaumiau  
36000 CHATEAUROUX  
Tél : 02 54 61 04 44

## SOMMAIRE

### Conférence des Directeurs

#### Généraux de CHRU 3

#### Société 4

Santé publique  
Événement  
Prévention  
Communication

#### Médecine et Progrès 7

Innovation  
Recherche  
Chronique médicale  
Greffes  
Gériatrie  
Qualité  
Equipements High Tech

#### Management 20

Projet d'établissement  
Projet médical  
Coopérations  
Ressources humaines  
Qualité-Accréditation  
Modernisation  
International

#### Culture 30

### Comité de rédaction

#### Président :

Guy Vallet, Directeur Général de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille

#### Membres :

Anne Boiteux : Directeur des rédactions internes des revues Masson

Nicolas Brun, Chargé de mission à l'Union Nationale des Associations

Familiales

Dr Stefan Darmoni, Master Web du CHU de Rouen

Alain Hériaud, Directeur Général du CHU de Bordeaux

Hélène Quancard Miel, Service de Communication du CHU de Bordeaux

Marie-Claude Sudre, Déléguée à la Communication du CHU de Toulouse.

# Index Thématique

## INDEX THÉMATIQUE

### Conférence des Directeurs Généraux de CHRU 3

*Les CHRU se mobilisent en faveur du prélèvement et de la greffe*

### Société

#### Santé publique

Les 10 ans du pôle info santé / Poitiers 4

Le téléphone portable, nouveau relais santé / Niamey 4

#### Événement

Capitale mondiale du don d'organes / Nancy 5

#### Prévention

Plan blanc / Lyon 5

#### Communication

Caméra cachée : procès gagné contre France 3 / Rennes 6

### Médecine et progrès

#### Innovation

Pôle aquitain de l'adolescent / Bordeaux 7

Diagnostic à distance / Brest 8

Thérapie génique / Lille 8

Transferts périnataux / Lyon 9

Pleins feux sur l'innovation / Orléans 9

#### Recherche

Cancer du poumon / Grenoble 9

Les troubles de la mémoire / Caen 10

#### Chroniques médicales

Nutrition : 3 recettes et un livre / Angers 11

Accident Vasculaire Cérébral / Nice 11

Colonoscopies avec hypnose / Rennes 11

Suicide / Angers 12

#### Greffes

Prélèvement d'organes : une charte / Montpellier 13

Centre de transplantation rénale / Pointe-à-Pitre 13

Augmenter le taux de prélèvement / Rouen 14

#### Gériatrie

Maladie d'Alzheimer : une priorité / Paris 15

Réseau vieillissement cérébral / Marseille 16

Gériatrie à la une / Poitiers 16

Fédération de 3 centres mémoire / Toulouse 16

#### Qualité

La santé en Langue des Signes Française / Marseille 17

Est-ce qu'on peut mourir du cancer / Orléans 17

#### Équipement High Tech

Un TEP en médecine nucléaire / Brest 18

4 patients/jour pour le 1er Petscan de France / Nancy 19

Nouvelles Technologies en santé / Lille 19

### Management

#### Projet d'établissement

Dynamisme et Ambition / Nantes 20

Projet validé, contrat ratifié / Amiens 20

Restructuration : tout un programme / Pointe-à-Pitre 21

Signature du pré-contrat d'objectifs et de moyens / Reims 21

#### Projet médical

Réorientation fondamentale / Caen 22

#### Coopération

Ouverture d'une maison médicale / Saint-Etienne 22

G4 : coopération inter-CHU / Amiens, Caen, Lille, Rouen 23

GIE pour l'IRM Nord / Lyon 24

#### Ressources Humaines

Service Infirmier de Compensation / Fort-de-France 24

#### Qualité-Accréditation

Certification des prestations informatiques / Bordeaux 25

Hôpital marin de Hendaye accrédité / Paris 25

#### Modernisation - restructuration

Passage de 5 à 2 sites de soins / Saint-Etienne 26

Maison de la femme, de la mère et de l'enfant / Fort-de-France 26

Nouvel espace bloc / Reims 27

Nouvel hôpital civil / Strasbourg 27

Nouvel hôpital Paule de Viguier / Toulouse 27

#### International

Coopération sanitaire aux Caraïbes / Fort-de-France 28

Coopération hospitalière transnationale / Strasbourg 29

### Culture

#### Présence de l'art

Vies quotidiennes à l'hôpital pour enfants / Nantes 30

Jumelage avec le théâtre du Merlan / Marseille 30

# Conférence des Directeurs Généraux

## Les CHRU se mobilisent en faveur du prélèvement et de la greffe

**Jeudi 12 juin 2003, Paul Castel, Vice-Président de la Conférence des Directeurs Généraux de Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires, représentant Daniel Moinard, Président et le Professeur Didier Houssin, Directeur Général de l'Etablissement français des Greffes signeront une charte en faveur du don d'organes et de la greffe. L'enjeu : sauver la vie ou améliorer la santé de milliers de patients en attente de greffe d'organes, de cellules ou de tissus.**

Acteurs majeurs dans l'activité de prélèvement et de greffe, les CHRU expriment dans cette charte leur volonté de lutter, aux côtés de l'EFG, contre la pénurie de greffons.

Il mesureront concrètement ce qui vise à renforcer la formation, la mobilisation et la coordination des équipes, à établir un recensement exhaustif des personnes en état de mort encéphalique, à développer les échanges au sein des réseaux, à harmoniser les pratiques et à mutualiser les moyens en valorisant la contribution de chaque intervenant dans la chaîne de la greffe.

La Conférence des Directeurs Généraux de CHRU a émis le souhait que la Conférence des Présidents de Commissions Médicales d'Etablissement des CHRU soit également signataire de ce texte fédérateur, après l'élection de ses nouvelles instances dirigeantes.

**Les CHRU s'engagent à mener ces actions dans le respect de la volonté des personnes, de la dignité humaine et de la souffrance des familles.**

Aux avant-postes de l'innovation, les CHRU développeront l'évaluation et la recherche sur les greffes d'organes, de tissus et de cellules. Ils dispenseront un enseignement qui, naturellement, tiendra compte de l'avancée des connaissances médicales en matière de prélèvement et de greffe mais aussi de la complexité de ces notions sur les plans culturel ou éthique.

Solidaires des programmes développés par l'EFG, les CHRU sont également partie prenante de la journée nationale de réflexion sur le don d'organes et la greffe du 22 juin 2003.

En effet, à cette occasion, de nombreuses animations seront organisées par les CHRU : expositions, conférences, permanences avec les associations en faveur de la greffe, diffusion de plaquettes auprès du grand public, information du personnel sur l'activité de prélèvement et de greffe, affichage de la charte... Ces manifestations seront annoncées à la presse régionale et relayées sur les sites internet des CHRU.

### L'activité de prélèvement et de greffe des CHRU Prélèvements :

**Les CHRU représentent environ 30% des établissements ayant une autorisation de prélever et réalisent environ 77% de l'activité de prélèvement notamment à partir de donneurs identifiés et transférés par les Centres hospitaliers.**

Pour les établissements hospitalo-universitaires, le challenge dans les années à venir réside dans leur capacité à renforcer les réseaux de prélèvement avec les centres hospitaliers de manière à permettre d'augmenter l'activité de prélèvement et à améliorer le recensement des donneurs potentiels dans leurs services.

**Nombre total de prélèvements en France, dans l'ensemble des établissements hospitaliers autorisés : 1 198 en 2002 contre 1 016 en 2000 soit une augmentation de 17%.**

### Greffes :

La quasi totalité des greffes d'organes (rein, foie, coeur, poumon, pancréas, intestin) sont faites dans les CHRU. **Ainsi, sur les 3 632 organes greffés en 2002, 3 519 (97%) ont réalisées par les CHRU dont 154 à partir de donneurs vivants, soit une augmentation de près de 12% par rapport à 2000 (3137 greffes d'organes).**

### Les CHRU se mobilisent en faveur du prélèvement et de la greffe

Dans le respect de la volonté des personnes et de la dignité humaine,

#### les CHRU se mobilisent pour :

- Sauver la vie ou améliorer la santé de milliers de patients en attente de greffe d'organes, de cellules ou de tissus.
- Soutenir les campagnes nationales d'information en faveur du don d'organes, de cellules et de tissus et les relayer sur le plan régional.
- Favoriser l'adhésion des professionnels de santé au principe du prélèvement - activité de soins à part entière - en organisant des actions de sensibilisation, de formation en interne, en rapprochant tous les acteurs et en coordonnant mieux leurs interventions.
- Donner un maximum de chances aux patients en attente de greffe, en veillant à établir un recensement exhaustif des personnes en état de mort encéphalique, et en alertant de façon systématique la coordination hospitalière.
- Accompagner, informer les familles des défunts dans le respect de leur souffrance.
- Inscrire le prélèvement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de manière à harmoniser évaluer les pratiques médicales et à en faire progresser les résultats.
- Animer des réseaux intra et inter régionaux en développant les échanges entre les équipes de coordination, en mutualisant les moyens, en précisant le rôle et la mission de tous les intervenants et en valorisant la contribution de chacun.
- Favoriser la recherche dans le domaine des greffes.
- Dispenser un enseignement sur le prélèvement et la greffe, en tenant compte de toute leur complexité (médicale, culturelle, éthique...)
- Participer aux débats sur les questions d'éthique que soulèvent les pratiques de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus.
- Contribuer à la réflexion nationale sur l'organisation générale du prélèvement et de la greffe en France.

Professeur Didier HOUSSIN  
Directeur Général de  
l'Etablissement français des Greffes

Monsieur Daniel MOINARD  
Président de la Conférence des  
Directeurs Généraux des Centres  
Hospitaliers Régionaux et Universitaires

VIII Assises nationales hospitalo-universitaires  
Les actes et les vidéos des interventions sont  
désormais en ligne sur le site : [www.anhu.org](http://www.anhu.org)

# Société

## SANTÉ PUBLIQUE

### POITIERS

#### **Les 10 ans du pôle info santé**

**60 rencontres, plus de 200 médecins conférenciers hospitaliers ou libéraux, plus de 10 000 auditeurs, tel est le prestigieux palmarès du pôle info-santé qui fête ses 10 ans en mai 2003.**

Depuis 1993, le CHU de Poitiers et l'Espace Mendes France, centre de culture scientifique et technologique, organisent en ville des conférences sur la santé pour expliquer comment prévenir certaines pathologies ou comment les traiter. Pour le public, c'est l'occasion de rencontrer des médecins dans un lieu neutre où la relation est dédramatisée, de lui permettre de poser les questions qui, par omission ou timidité, ne sont pas abordées en consultation. Pour l'hôpital, c'est l'occasion de s'intégrer davantage dans la cité pour concrétiser la mission de prévention et d'éducation à la santé qui lui incombe.

Pour toutes ces raisons, mais aussi pour la qualité des échanges et la convivialité des relations, ces conférences sur la santé sont devenues le rendez-vous apprécié des poitevins : chaque thème est suivi par 200 personnes environ, principalement des femmes de 50 à 65 ans et des étudiants du secteur sanitaire qui trouvent là un précieux complément à leur formation.

#### **Ils ont dit :**

« Le pôle info-santé doit sa longévité à une approche simple, de proximité et pas trop médicalisée ! » *Jean-Pierre Dewitte, Directeur général du CHU de Poitiers.*

« Traduites en langue des signes, les conférences sont très importantes pour la communauté des sourds qui prennent ainsi connaissance des informations courantes diffusées à la télévision » *Magali Menu, membre de l'Amicale des sourds anciens élèves de Poitiers-Larnay.*

« Le pôle info-santé est un élément dans la ville qui contribue à apporter des informations importantes sur les grands

problèmes de santé publique... Au même titre que certains spots télévisés, il entre dans le cadre des campagnes de sensibilisation ou de dépistage... » *Pr Guillaume Magnin, chef du service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction du CHU.*

« A ma grande surprise, ce n'est pas forcément de l'espoir que viennent chercher ici des gens qui souffrent depuis longtemps. Je pensais naïvement que les questions tourneraient essentiellement autour des nouveaux traitements, des solutions miracles. Non, en fait, ce que viennent chercher tous ces gens, c'est simplement de l'information. Je suis toujours surpris de constater à quel point ils ne connaissent rien de la maladie dont ils souffrent, ou dont souffrent leurs proches. » *Hervé Brèque, journaliste, animateur des pôles info-santé depuis 1993.*

#### **Prochaines conférences :**

**jeudi 9 octobre 2003 : "la méningite"**

**jeudi 4 décembre 2003 :**

**"la polyarthrite rhumatoïde"**

### NICE

#### **Le téléphone portable : nouveau relais de santé**

Le téléphone mobile comme outil de prévention, comme support d'information individualisée en matière de santé... Un défi pour Orange et le CHU de Nice ! Ils se sont associés pour examiner si le téléphone portable peut devenir un relais efficace entre les équipes de soins et les patients. De nouvelles fonctionnalités sont à l'étude qui, bientôt, changeront la vie des patients.

#### **Le téléphone mobile : en interdire ou en limiter l'usage au sein des hôpitaux**

L'utilisation du téléphone mobile est strictement réglementée dans les hôpitaux français. L'interdiction généralisée du téléphone mobile à l'hôpital est cependant rarement respectée. Dès lors, un assouplissement de la réglementation ou un ciblage plus précis des zones où l'usage du GSM ne créerait aucun préjudice aux appareils répondrait sans doute mieux à la problématique. Pour cela, Orange a choisi le

CHU de Nice pour réaliser une étude visant à établir techniquement l'impact réel des portables sur les équipements biomédicaux et les dispositifs implantables. Elle sera suivie de recommandations en terme d'usage, qui seront soumises au Ministère de la Santé afin de faire évoluer la réglementation en vigueur.

#### **Le téléphone mobile : un outil moderne pour mieux gérer les rendez-vous**

Le nombre de patients qui ne viennent pas à leur rendez-vous est un réel problème pour les services de soins. En vue d'assurer une meilleure organisation des consultations, un SMS (message écrit envoyé automatiquement sur le téléphone portable) sera adressé au patient quelques jours avant le rendez-vous afin de le lui rappeler. Ce système devrait contribuer à assurer une optimisation dans la gestion des rendez-vous de consultations et à diminuer in fine les délais de prise de rendez-vous.

#### **Le téléphone mobile : pour une information individualisée en matière de santé**

Le mobile pourra également constituer un outil d'aide à l'observance thérapeutique. L'inefficacité d'un traitement est souvent due à des problèmes de prise en charge par le patient de son propre traitement. Tel est le cas de thérapies particulièrement lourdes, comme celles dont sont tributaires les patients atteints du VIH. Un oubli de médicaments peut se révéler désastreux. Dès lors, un ou plusieurs SMS élaborés en fonction du profil du patient lui rappelleront de prendre ses médicaments et d'en confirmer la prise afin de s'assurer du résultat escompté. Ceci permettra d'améliorer l'efficacité des traitements, d'éviter d'éventuelles complications et donnera au médecin une meilleure visibilité sur l'observance thérapeutique de son patient.

Enfin, selon une étude récente publiée dans le « New England Journal of Medicine », l'envoi de messages de motivation aux personnes qui tentent d'arrêter de fumer améliore sensiblement les chances de succès. Ce soutien est également envisageable au bénéfice des personnes qui entreprennent un régime amaigrissant. Orange et le CHU de Nice pourront expérimenter ce procédé, étudier la forme et la fréquence de ces messages, et apporter ainsi leur contribution aux efforts du patient dans ces moments souvent difficiles.

# Société

## **Le téléphone mobile : outil d'éducation et de prévention**

Le téléphone mobile peut contribuer à améliorer la qualité de vie du patient atteint d'une pathologie chronique (diabète, maladies cardiaques ou asthme...). L'utilisation du SMS comme outil de prévention pourra ainsi se traduire par l'envoi de messages informant par exemple, les asthmatiques de pics de pollution ou les personnes atteintes d'allergie au pollen des données locales de pollinisation.

Il est également possible d'envisager le transfert de données médicales (taux de glycémie quotidien, ECG, réaction aux anticoagulants...) du patient au médecin de ville et/ou au médecin hospitalier. Ce suivi à distance permet un enregistrement systématique des données du patient et donc, un suivi plus précis de l'évolution de sa maladie et une amélioration de sa prise en charge.

## **Un partenariat original entre le CHUN et Orange.**

Le CHU de Nice se veut pôle d'excellence où les patients peuvent accéder aux dernières technologies diagnostiques et thérapeutiques. Le partenariat avec Orange participe à son objectif d'adaptation continue à l'évolution technologique grâce à l'expérimentation d'outils favorisant les échanges d'information interactifs entre les partenaires de santé et entre les acteurs de santé et leurs patients.

Par ailleurs, le partenariat concourt au projet du CHUN de devenir un « pôle de référence en santé publique » à l'horizon 2006 au sein duquel la téléphonie mobile peut devenir un outil au service d'une plus grande implication du patient dans la gestion de sa maladie. Enfin, le développement d'une politique de réseaux ne pouvait s'envisager sans l'appui de techniques de communication performantes entre les acteurs des réseaux de soins.

## **EVENEMENTS**

### **NANCY**

## **Capitale mondiale du don d'organes**

Du 19 au 27 juillet 2003, la France accueille pour la première fois, le seul événement

mondial rassemblant les personnes greffées d'organes. La ville de Nancy associée à la Communauté Urbaine du Grand Nancy, au conseil général de Meurthe-et-Moselle et au Conseil Régional de Lorraine, sera l'hôte des 14èmes JEUX MONDIAUX DES TRANSPLANTES.

Ces Jeux sont organisés avec le concours de Trans-Forme (Fédération Française des sportifs transplantés et dialysés). Une mobilisation sans précédent des universités, des associations et acteurs économiques locaux, d'une cinquantaine de partenaires financiers, avec le soutien de l'Etablissement français des Greffes (E.F.G.), est en cours pour réussir les Jeux.

## **Un événement pour sensibiliser au don d'organes**

Programmés tous les deux ans, ces Jeux sont des compétitions sportives dédiées aux personnes de tous âges, transplantées d'organes vitaux. Ainsi un millier d'athlètes originaires de 70 pays concourront sous les yeux de Michel Platini, parrain des Jeux et de Larry Hagman, le célèbre JR de « Dallas », lui-même greffé du foie, venu spécialement pour soutenir les compétiteurs.

Les greffés témoignent du succès de la médecine de la transplantation et de la possibilité de mener une vie normale après la greffe. Mais avant tout, l'objet de ces Jeux est bien « de créer un fort impact auprès du public pour accroître les dons et prolonger les vies des malades en attente » rappelle Maurice Slapak, Président de la World Transplant Games Federation (W.T.G.F.), organisme créateur et organisateur de cette confrontation sportive unique en son genre.

## **Un grand rendez-vous international**

« Nous hisserons ces 14èmes Jeux mondiaux à la hauteur d'un grand rendez-vous international » assure François Pélissier, Président du Comité Organisateur Local (C.O.L.). Les compétitions dans les 12 disciplines officielles(1) s'y dérouleront selon les règlements des fédérations internationales et seront jugées par des arbitres officiels.

2 000 personnes attendues : 1 000 compétiteurs, nombre record de participation et 1 000 accompagnateurs. 500 volontaires encadreront en permanence les Jeux et animeront le Village des Jeux. Pour la première fois, 100 enfants transplantés, invités, pourront participer aux Jeux et un millier d'enfants de Nancy

rencontreront chacun leur athlète parrain au cours de la soirée « Transplant games ».

## **Des événements**

Au delà de ce grand rassemblement sportif, Nancy vivra à l'heure du don d'organes en offrant une douzaine de temps forts à ses habitants, aux athlètes et au public présents, parmi lesquels :

Un concert luminographique pour la cérémonie d'ouverture le 20 juillet

Deux soirées conférence-débat, les 23 et 24 juillet sur le don d'organes et la greffe.

Un forum d'informations permanent sur le don d'organes et la greffe Village des Jeux, Place Carnot

La publication de la première charte éthique universelle du don d'organes. Rédigée à l'initiative du Conseil Général de Meurthe et Moselle et sous l'égide de l'Etablissement français des Greffes, la Charte est l'aboutissement d'un travail de réflexion mené par les collégiens de Meurthe-et-Moselle et des scientifiques. La Communauté Urbaine du Grand Nancy en fera graver les mots-clés sur la sculpture « le Cœur du Grand Nancy », installée Place de la République ; symbole pérenne du passage des Jeux à Nancy.

(1) athlétisme, golf, kayak et mini-raft, natation, tennis, badminton, bowling, cyclisme, tennis de table, volley-ball, tir à la carabine, squash

## **PREVENTION**

### **LYON**

## **Plan Blanc :**

**Exercice de simulation au Centre Hospitalier Lyon Sud, à quelques kilomètres du "Couloir de la Chimie"\***

En tant que deuxième site d'urgence des HCL, le Centre Hospitalier Lyon Sud est à ce titre fortement impliqué dans le dispositif de secours régional, et ce d'autant plus que sa localisation, à proximité des industries du "Couloir de la Chimie", constitue pour cet établissement de près de 1 000 lits un facteur majorant le risque d'afflux de victimes blessées ou contaminées.

L'exercice du 4 mai 2002 a nécessité plusieurs semaines de préparation. Il avait

# Société

pour objectif de tester les capacités de réponses du CHLS à un afflux massif de victimes. Scénario retenu : explosion dans un immeuble au sud de Lyon à 8h10, provoquant l'afflux de 200 victimes dans les hôpitaux lyonnais dont 50 victimes pour Lyon Sud.

Les capacités d'accueil du CHLS, selon le Plan Blanc de l'établissement, ont été testées de l'arrivée inopinée de victimes directement du fait de la proximité de l'accident, jusqu'aux services d'hospitalisation.

**Le SAMU a pu évaluer sa capacité de médecine de catastrophe pour la prise en charge pré-hospitalière (ramassage, tri des victimes, installation d'un poste médical avancé, et transports ambulanciers). L'exercice intra hospitalier a, quant à lui, validé l'épreuve pratique du diplôme inter-universitaire de traumatologie viscérale.**

A 8h10, le départ a été donné. Une cellule de crise locale s'installe alors dans des locaux administratifs. Les premières « victimes » arrivent et sont dirigées par les équipes de sécurité intérieure vers le tri dans le hall central du bâtiment médico-technique. Les équipes de tri sont à l'œuvre : agents administratifs et équipes médicales identifient et orientent conjointement les victimes vers les zones de soins appropriées en fonction de la gravité des blessures.

Le SAU accueille la zone de soins des urgences relatives (UR). Les urgences chirurgicales, initialement dans le secteur du déchocage, accueillent les urgences absolues (UA). Enfin, les Urgences Psychologiques (UP) sont dirigées vers une consultation spécifique.

Parallèlement le service d'imagerie, les laboratoires de biochimie et d'hémostase assurent les examens paramédicaux. L'EFS contribue à la gestion simultanée de demandes de transfusions de produits sanguins avec les problèmes inhérents aux conditions particulières d'un afflux massif de victimes, en particulier l'identification des victimes. La pharmacie et la stérilisation pourvoient à l'accroissement des besoins. Deux unités des urgences chirurgicales ont été évacuées puis rééquipées en lits pour accueillir les blessés devant rester hospitalisés.

A 11h50, l'exercice prend fin : 50 victimes ont réellement été accueillies et prises en

charge, parmi lesquelles 20 blessés graves et 30 légers.

Plus de 350 personnes volontaires ont permis sa réalisation. L'audit a mis en évidence les points perfectibles du Plan, soit essentiellement : le cheminement de l'alerte, la traçabilité des victimes, les moyens de communication et de brancardage.

La réactualisation du Plan, actuellement en cours, s'appuie sur les résultats de cette expérience.

Un plan n'est efficace que s'il est connu de tous et adopté par tous. Il doit être testé et régulièrement réactualisé. Seule une répétition régulière au travers d'exercices permet sa validation. Le coût et la mobilisation des énergies nécessaires à la mise en œuvre et la réalisation d'un tel entraînement sont largement compensés par une diffusion des savoir-faire, l'implication des personnels et une amélioration de la coordination entre les hommes et les femmes du terrain et les directions.

\* "Couloir de la Chimie" :  
Axe LYON/FEZIN sur l'A7

## COMMUNICATION

### RENNES

#### **Caméra cachée: le Professeur EDAN gagne le procès contre France 3.**

**Une caméra cachée dans le bureau d'un médecin !** Le professeur Edan a été filmé à son insu dans son bureau par un journaliste accompagnant le conjoint d'un malade traité dans le service et qui lui avait été présenté comme un membre de la famille. Ce « reportage » était diffusé dans l'émission « Pièces à conviction » consacré à la maladie de Creutzfeldt - Jacob, le 18 avril sur France 3. Le médecin, très choqué par ce procédé, a décidé, conjointement avec le CHU de Rennes, de porter l'affaire devant le tribunal de Grande Instance de

Rennes qui a rendu son jugement le 30 septembre 2002. France 3 a été condamnée à verser un euro symbolique au Professeur Edan et au CHU de Rennes ainsi qu'à la publication du jugement.

#### **Une violation grave des règles déontologiques**

Le Professeur Edan a saisi le comité de réflexion bioéthique de Rennes qui a prononcé l'avis suivant : « le comité de réflexion bioéthique de Rennes dénonce fermement la diffusion publique de propos tenus dans le cadre d'une conversation privée, comme participant à une sorte de viol de confiance. La diffusion contrevient gravement aux exigences de l'éthique et du respect des personnes (en l'occurrence, celle du médecin). Une information claire et une autorisation préalables sont nécessaires : elles doivent pouvoir être confirmées avant la diffusion. Le comité a considéré qu'il fallait absolument préserver la consultation et le colloque singulier des invasions médiatiques et éviter de nuire à la qualité des échanges entre médecins et patients ou familles de patients. Le règne de la suspicion envers des personnes inconnues, autres que le patient lui-même, risque de mener à l'échec de la confiance et à la perte de la confiance. La faculté de savoir rend chacun de nous dépositaire d'une responsabilité : celle de faire du savoir le fondement d'un bien. C'est là un souci éthique que les médecins et les patients souhaiteraient partager avec la presse. »

**Le préjudice du médecin et de l'hôpital reconnu par le tribunal**

**Le tribunal dans sa décision du 30 septembre 2002 a confirmé le préjudice subi par le professeur Edan: le journaliste a, selon les termes du jugement « surpris la bonne foi du médecin, détournant toutes les règles déontologiques d'une profession et les principes fondamentaux de la démocratie sans que ce comportement puisse être justifié par un droit à l'information qui n'est aucune façon supérieur aux droits qui ont été bafoués : le secret médical, le respect de la vie privée, le respect de l'individu. »**

# Médecine et Progrès

## INNOVATION

### BORDEAUX Pôle Aquitain de l'Adolescent

**Vendredi 24 janvier 03, le CHU de Bordeaux a inauguré le « Pôle Aquitain de l'adolescent » en présence de Christian JACOB, Ministre délégué à la famille et d'Alain JUPPE, Député Maire de Bordeaux.**

Expérience originale en France, le Pôle Aquitain de l'Adolescent illustre la volonté d'adapter le service public aux besoins des différentes populations. Après la création d'hôpitaux mère-enfants, de centres d'accueil pour personnes âgées, c'est au tour des 10-25 ans d'être accueillis dans des structures spécifiques.

#### Un hôpital pour adolescents

Le Pôle Aquitain de l'Adolescent est un ensemble hospitalier qui associe sur un même site, au sein du CHU de Bordeaux et en partenariat avec le Centre Hospitalier de Charles Perrens, des modalités d'accueil et de prise en charge des 10-25 ans articulant prestations médico-psycho-sociales, activités d'expression éducatives et sportives, soutien scolaire et assistance juridique.

L'intérêt et l'originalité d'un tel dispositif résident notamment dans les aspects suivants :

- une unité de lieu avec une situation en centre-ville et une accessibilité facilitée par l'implantation du pôle hors des structures psychiatriques traditionnelles ;
  - une reconnaissance de la spécificité que requièrent aujourd'hui l'accueil et la prise en charge des 10-25 ans ;
  - une approche médicalisée à dimension pluridisciplinaire et une offre de soins diversifiés et complémentaires incluant la prise en compte des besoins non médicaux des adolescents en souffrance ;
  - la cohérence d'un ensemble intégrant sur un même site une consultation polyvalente à « large entrée » et des unités d'hospitalisation spécialisées en fonction de l'âge des patients et/ou de la nature des troubles présentés ;
- l'insertion du pôle comme maillon d'un réseau loco-régional constitué par les intervenants et les diverses structures des champs sanitaires, socio-éducatifs et judiciaires en charge des jeunes, évitant l'hospitalo-centrisme au profit de prestations partenariales ouvertes en amont et en aval ;
  - une composante universitaire faisant du pôle un site de formation et de recherche en lien étroit avec les divers organismes dévolus à ces missions.

#### Organisation du Pôle Aquitain de l'Adolescent

Le Pôle Aquitain de l'Adolescent est implanté au centre Jean Abadie, structure appartenant au CHU de Bordeaux et rattachée au groupe hospitalier Saint-André.

Le pôle associe de manière complémentaire et synergique deux équipes hospitalières : celle du Dr Xavier Pommereau et celle du Pr Manuel Bouvard. Il est composé de quatre unités fonctionnelles articulées entre elles, à savoir :

- la Consultation polyvalente pour adolescents mise en place conjointement par le CHU de Bordeaux et le CH Charles Perrens. Ouverte aux 10-25 ans, elle est assurée par des consultants somaticiens (neuropédiatre, gynécologue, dermatologue, nutritionniste), psychiatres et pédopsychiatres, psychologues, assistantes sociales, diététiciennes, orthophonistes et psychomotriciens. La Consultation comporte également une assistance juridique gratuite tenue par des avocats ;
- le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Pr Bouvard) constitué de 10 lits à temps complet et de 5 lits de jour spécifiquement destinés aux 8-16 ans souffrant notamment de dépressions sévères, de troubles graves des conduites à début précoce, d'altération majeure du sommeil ;
- l'Unité médico-psychologique de l'adolescent et du jeune adulte (UMPAJA) dirigée par le Dr Pommereau et constituée elle-même de deux unités distinctes : une unité pour troubles des conduites alimentaires (UTCA) composée de 8 lits à temps complet et de 4 lits de jour, pour les 14-25 ans souffrant d'anorexie-boulimie ; une unité pour les adolescents suicidaires composée de 15 lits à temps complet, destinée aux 14-25 ans ayant effectué une tentative de suicide ou se signalant par des conduites de risque répétées.

Si l'unité pour jeunes suicidaires a eu dix ans d'existence en novembre 2002, les trois autres composantes du Pôle ont été progressivement mises en place au cours de cette même année. Leur fonctionnement est opérationnel depuis septembre 2002. D'ores et déjà, les unités fonctionnelles du Pôle Aquitain de l'Adolescent bénéficient, en fonction de leurs besoins et de leurs orientations, de l'intervention in situ de professionnels n'appartenant pas au champ sanitaire : professeurs bénévoles de l'Association de Soutien Scolaire aux Enfants Malades (ASSEM), éducateurs sportifs de la Ville de Bordeaux, avocats du Centre de Recherche d'Information et de Consultation sur les Droits de l'Enfant (Association CRIC).

L'étude et l'évaluation de ce dispositif peuvent aider d'autres CHU et grandes métropoles françaises à développer des modalités thérapeutiques similaires.

#### La souffrance psychique des adolescents

On estime actuellement que 15 % des adolescents présentent des signes tangibles de souffrance psychique s'exprimant à travers des troubles et/ou des comportements variés (pathologies psychosomatiques, troubles des conduites alimentaires, consommation de substances psycho-actives, épisodes dépressifs, comportements suicidaires, prises de risque inconsidérées).

#### La nécessité de proposer un lieu de soins adapté aux exigences des adolescents

Les signes de souffrance psychique doivent être reconnus, explorés et traités en regard de trois impératifs majeurs : intervenir le plus tôt possible, proposer des soins adaptés à l'âge et aux troubles observés, rechercher l'alliance thérapeutique avec les parents. : crainte du jugement ou de la stigmatisation à travers les signes exprimés, évitement des lieux trop marqués par la maladie mentale, défiance vis-à-vis des soins à médiation exclusivement individuelle et verbale, besoin d'appartenance à un groupe de pairs perçus comme « semblables », aspiration à une prise en charge globale de l'état de mal-être incluant les problèmes relationnels, les difficultés scolaires et sociales, les préoccupations corporelles, la nécessité de « bouger »...

Dans un tel contexte, il est apparu essentiel

# Médecine et Progrès

d'adapter les conditions hospitalières en termes d'accueil, d'évaluation et de soins pour les jeunes (en ambulatoire et/ou en hospitalisation à temps complet ou partiel), afin de prendre en compte ces différents aspects. Bien plus, il s'agit de réaliser un véritable « plateau technique relationnel » vers lequel et à partir duquel peuvent s'établir des passerelles reliant les champs sanitaires, socio-éducatifs et judiciaires.

Adresse :  
Pôle Aquitain de l'Adolescent  
CHU de Bordeaux  
Centre Jean ABADIE  
89 rue des Sablières  
33000 Bordeaux

## BREST

### Diagnostic à distance

#### L'expertise en 3 D au service des patients

4 praticiens situés à des centaines de kilomètres de distance ont expérimenté une nouvelle plate-forme de diagnostic à distance. Cette 1<sup>ère</sup> expérience s'est déroulée le 5 novembre 2002 simultanément à Brest, Lannion, Paris et Strasbourg. Le dossier du patient, reconstitué en 3 D, a été transmis par visioconférence aux experts qui l'ont examiné et décidé ensemble de la meilleure stratégie opératoire à adopter.

ARGONAUTE 3D est la nouvelle plate-forme expérimentale lancée par France Telecom en partenariat avec l'IRCAD (Institut de Recherche contre les cancers de l'appareil digestif). Elle permet à des praticiens exerçant dans des lieux différents d'analyser et de traiter ensemble, en temps réel, le dossier d'un patient reconstitué en 3 D.

**Le scénario :** le Docteur Christine VIDAL, médecin généraliste à Lannion, souhaite soumettre à des confrères spécialistes, le cas d'un de ces patients, sur lequel elle a décelé une tumeur. Avant concertation, le Docteur VIDAL a demandé à un laboratoire spécialisé de reconstituer en 3 dimensions le corps du patient à partir de ses examens radiologiques. La reconstitution est alors transmise aux différents experts.

#### Le 5 novembre 2002, 3 experts sont en ligne avec le Docteur VIDAL :

- à Brest, le Professeur Patrick LOZACH,

chef du service de chirurgie générale au CHU de BREST, assisté du Docteur Franck VANDENBROUCKE,

- A Paris, le Professeur Jacques MARESCAUX, expert en chirurgie des cancers de l'appareil digestif,

- A Strasbourg, le Professeur Luc SOLER, de l'IRCAD, expert en imagerie médicale 3D.

#### Les bénéficiaires attendus

Ce premier essai mené en direct sur un patient virtuel, a permis d'envisager les bénéfices d'une expertise coopérative à distance. Le patient pourra ainsi bénéficier rapidement et sans déplacement de l'avis d'experts médicaux. Une stratégie chirurgicale adaptée lui sera proposée par l'intermédiaire de son généraliste avec lequel il entretient des relations de proximité.

L'expérience montre également qu'un médecin généraliste, même isolé, peut obtenir, rapidement et à moindre frais (simple abonnement ADSL à Internet) l'avis de spécialistes sur les examens radiologiques de son patient.

#### Une technologie déjà opérationnelle en chirurgie générale

Le CHU de BREST, acteur de la validation de ce nouveau dispositif, se dit très satisfait. Le service de chirurgie générale dispose à titre expérimental et pendant un an du scanner mis à disposition par l'IRCAD, permettant la reconstitution des images en 3 D.

30 patients ont déjà bénéficié de cet équipement qui permet d'affiner le diagnostic avant l'intervention. L'IRCAD espère une mise en service définitive en 2004.

## LILLE

### La thérapie génique pour traiter une pathologie vasculaire

Plusieurs centres en France pratiquent la recherche en thérapie génique. Au Nord de Paris, le CHRU de Lille est le seul à pratiquer des essais cliniques visant à évaluer l'efficacité de ces traitements novateurs. Ces essais se déroulent dans le cadre d'un

protocole de recherche et d'évaluation

A l'hôpital Cardiologique du CHRU, le Pr. Van Belle engage en collaboration avec l'équipe de chirurgie vasculaire du Dr. Koussa un protocole d'évaluation du traitement des artérites des membres inférieurs par la thérapie génique.

3 patients ont déjà débuté ce traitement dans les hôpitaux parisiens. Mardi 17 décembre, un premier patient nordiste recevra sa première injection : il s'agira de la quatrième personne en France à bénéficier de la thérapie génique pour cette indication médicale.

Le protocole d'évaluation mené par l'équipe coordonnée par le Pr. Van Belle vise à évaluer le traitement, qui pourrait prochainement bénéficier à plusieurs milliers de personnes de la région souffrant d'artérite des membres inférieurs, c'est à dire dont les artères des jambes sont bouchées.

Deux types de traitements sont habituellement utilisés face à cette pathologie : la chirurgie avec la technique de pontage, et la dilatation, à l'aide de petits ballons insérés dans les artères. Cependant la situation d'un certain nombre de patients ne peut pas être améliorée par ces techniques.

La thérapie génique, si les évaluations sont concluantes, permettra de traiter des patients pour lesquels il n'existe pas d'autre solution thérapeutique : elle consiste à injecter par voie intra-musculaire un gène qui permet la fabrication locale d'un facteur permettant une reprise de la croissance vasculaire (facteur de croissance angiogénique). Plus clairement, si ce traitement n'est pas spectaculaire à vue d'œil, il agit sur la croissance des artères au travers de 4 cures effectuées à 1 mois d'intervalle (4 injections).

Pour s'inscrire dans ce protocole d'évaluation et bénéficier du traitement par thérapie génique, les patients souffrant d'artérite des membres inférieurs peuvent s'adresser au

Professeur Van Belle - Service de  
Cardiologie B et hémodynamique  
Hôpital Cardiologique. Tel 03 20 44 50  
43. Email : ericvanbelle@aol.com et au  
Docteur Mohamed Koussa  
Service de Chirurgie Vasculaire  
Hôpital Cardiologique.  
Tel : 03 20 44 58 11.

# Médecine et Progrès

## LYON

### **Cellule d'orientation des transferts périnataux expérimentation et évaluation en région Rhône-Alpes**

Depuis le 15 octobre 2002 la cellule régionale d'orientation des transferts périnataux de la région Rhône Alpes est accessible aux professionnels 24h sur 24, 365 jours par an en composant un simple numéro de téléphone.

Afin de concourir à l'amélioration du dispositif de soins les Hospices Civils de Lyon ont proposé à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation la mise en place de cette cellule unique en France. Elle répond à la demande des professionnels exprimée dans le cadre de la Commission Régionale de la Naissance.

Située dans les locaux du SAMU, Pavillon R de l'Hôpital Edouard Herriot, la structure repose sur une permanence téléphonique assurée 24h/24 par des sages-femmes affectées spécialement à cette cellule, sous la responsabilité du Dr O. Dupuis et du Pr P. Gaucherand, gynécologues-obstétriciens.

**Sollicitée de façon systématique pour les transferts in utero et néonataux, la cellule s'est fixée les objectifs suivants selon les disponibilités :**

- faciliter l'organisation des transferts in utero et transferts néonataux selon les disponibilités des services susceptibles d'accueillir une grossesse à risque ou une complication néonatale ;
- améliorer la prise en charge périnatale en Rhône Alpes ;
- assurer l'optimisation de l'occupation des lits de néonatalogie, de soins intensifs et de réanimation néonatale de la région ;
- mener une évaluation des pratiques dans le domaine des transports et des soins néonataux et obstétricaux afin d'améliorer les soins apportés aux femmes enceintes et aux nouveau-nés.

Au terme de ces premières semaines de fonctionnement, on constate déjà que la cellule est parfaitement assimilée par les acteurs régionaux qui la sollicitent à hauteur de près de 9 appels quotidiens (1.472 appels relevés au 9 avril 2003).

## ORLÉANS

### **Pleins feux sur l'innovation**

**Le jeudi 20 mars 2003, le Zénith d'Orléans a accueilli la 8ème journée innovations du CHR. 7 heures non stop de zapping sur les avancées thérapeutiques, les initiatives prises en matière de prévention, les nouveaux modes d'accompagnement et d'information mais aussi sur les efforts des services pour améliorer l'accueil et distraire les malades.**

Au programme un florilège de séquences où les démonstrations scientifiques alternent avec les instants d'émotion et de rire. Les équipes sont venues expliquer les nouveaux traitements de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, du cancer de la prostate, de l'obésité, le dossier médical unique, le cœur en 4 dimensions, les approches pédagogiques qui aident le patient à participer activement à la gestion de sa maladie : comme l'école de l'ostéoporose ou les ateliers Diabolo pour le diabète, l'écoute plus attentive de la souffrance des enfants dont l'un des parents est atteint de cancer, les pistes explorées par une équipe multidisciplinaire clinique et biologique pour lutter contre le PXE, une maladie orpheline, le suivi des sportifs...

L'assistance a retenu son souffle quand Jessica Gilson, jeune malade de 14 ans atteinte de mucoviscidose, a interprété « On air » accompagnée au synthétiseur par son complice et kinésithérapeute Christophe Millet. Les 950 orléanais ont ensuite ri avec la troupe de théâtre qui s'introduit régulièrement dans les chambres du service de cardiologie.

L'innovation c'est aussi le projet du futur CHR. Au cours de l'après-midi, Serge Grouard maire d'Orléans a annoncé qu'en 2010 un nouvel hôpital verrait le jour. Les études ne font que débuter.

«Au CHR d'Orléans, l'innovation ne se limite pas à la recherche mais se décline au quotidien, une preuve du dynamisme et de la vitalité de nos équipes.» se réjouit Jean-Pierre Gusching, Directeur Général. En 2002, le CHR a d'ailleurs reçu le 1er prix de l'innovation pour son plan culturel.

Dans la salle, un spectateur plus attentif que les autres se rappelait la première journée innovations lancée voici 15 ans. En 1988, Jean Hue, Directeur Général avait constaté

que les services développaient des initiatives qui méritaient d'être valorisées, « ne serait-ce que pour en informer l'ensemble des médecins hospitaliers ». Ainsi est née la journée innovations, d'abord outil de promotion interne réservé aux praticiens, la journée s'est vite ouverte à tous les personnels, chacun dans son domaine pouvant faire évoluer sa pratique et venir en parler. Au fil des ans la programmation s'est étoffée et le public a suivi, faisant de cette rencontre un succès.

Désormais, le Zénith accueille un grand spectacle : la fête du Centre Hospitalier Régional qui célèbre le progrès médical et technologique et rend hommage aux qualités humaines et à la créativité de ses personnels.

« La journée innovations, c'était un peu une revanche sur ce « U » de universitaire qui manque tant au CHR. » reconnaît Jean Hue.

**Rendez-vous est pris pour 2005, la 9ème journée innovations et le 4ème Zénith du CHR !**

## RECHERCHE

## GRENOBLE

### **Détection précoce du cancer du poumon : un projet européen**

Grenoble et Nancy ont été retenus avec 10 autres sites européens pour coordonner un vaste protocole de suivi à long terme de 1 200 patients guéris d'un premier cancer du poumon par chirurgie mais présentant un risque important de développer un deuxième cancer. Ce consortium, qui associe laboratoires et centres hospitaliers universitaires, vient d'être doté d'un crédit de 3 millions d'euros par la Commission européenne.

Cette étude est le projet le plus important développé en Europe sur le cancer du poumon. Grenoble et Nancy ont été retenus avec 10 autres sites européens pour coordonner un vaste protocole de suivi à long terme de 1 200 patients guéris d'un premier cancer du poumon par chirurgie

# Médecine et Progrès

mais présentant un risque important de développer un deuxième cancer. Ce consortium, qui associe laboratoires et centres hospitaliers universitaires, vient d'être doté d'un crédit de 3 millions d'euros par la Commission européenne. Cette étude est le projet le plus important développé en Europe sur le cancer du poumon.

## Composition du Consortium

- 2 équipes françaises (Grenoble et Nancy)
- 3 équipes anglaises coordonnées par l'Université de Liverpool
- 3 équipes Néerlandaises
- 1 équipe Danoise
- 1 équipe Italienne
- 1 équipe Allemande

La détermination des biomarqueurs moléculaires sera faite sur une banque de tissus européenne avec distribution d'ADN aux différents laboratoires experts membres d'EULCED (European Lung Cancer Early Detection)

## Grenoble : centre de référence pour la validation des biomarqueurs moléculaires pour la détection du cancer du poumon

Dans ce réseau d'experts européens, l'équipe INSERM, dirigée par le Pr. Christian Brambilla à Grenoble, dispose de plusieurs atouts : Elle forme un noyau homogène de cliniciens, de radiologues et d'anatomo pathologistes rodés à la recherche clinique et à la recherche biologique moléculaire. Cette équipe dispose notamment de la plus grande banque de tumeurs pulmonaires validée par l'INSERM : plus de 4 000 prélèvements congelés.

Grenoble est aussi le centre coordinateur pour le Cancer du Poumon du projet « Carte d'identité tumorale » de la Ligue Nationale (Pr. Elisabeth Brambilla).

Enfin, Grenoble est également reconnu comme centre de référence pour l'étude des lésions préneoplasiques bronchiques, le développement de vecteurs et la thérapie génique (Pr Marie Favrot).

Pour plus d'information se connecter sur <http://www.roycastle.org/EUColl>

## Le Cancer du poumon en Europe est lié à la forte consommation de tabac

1ère cause de mortalité par cancer chez l'homme, le cancer du poumon tue à lui seul plus de personnes que le cancer du

sein, du colon et de la prostate réunis. Selon l'OMS, le tabac est la cause unique la plus importante de maladies évitables et de mort à travers le monde : 80 à 90% des cancers du poumon sont attribuables au tabagisme actif ou passif.

36 % des européens fument. Dans les 15 pays membres de l'Union Européenne, 370 millions de personnes fument. Les fumeurs sont plus nombreux en Europe de l'Est (44%) contre (30%) en Europe occidentale. 1,2 millions de morts sont directement liés au tabac.

Les prévisions font état de 2 millions en 2020 si des mesures drastiques ne sont pas mises en place.

En 1995, l'incidence du cancer du poumon dans la Communauté Européenne était de 79,3 pour 100 000 chez l'homme avec un taux particulièrement élevé en Belgique (122). Chez la femme l'incidence est de 16 pour 100 000 avec un taux de 42,6 au Danemark. « En France la prévalence chez la femme reste la plus basse d'Europe mais on peut craindre de ne pas rester à cette place » déplore Christian Brambilla, pneumologue, département de médecine aiguë spécialisée au CHU de Grenoble.

## Un diagnostic souvent tardif

Des symptômes souvent banals, toux, expectorations, expliquent pourquoi le cancer est diagnostiqué trop tard au moins trois fois sur quatre. Moins de 25% des malades peuvent alors être confiés à un chirurgien et les ravages atteignent des couches de population de plus en plus jeunes.

La réduction effective de mortalité par cancer du poumon surtout à court terme ne demande pas que des mesures de prévention primaire comme la suppression du tabagisme car même après l'arrêt du tabac, le risque persiste de nombreuses années ; en effet les anomalies génétiques et moléculaires induites par le tabac sont très longues à disparaître.

Cette période de latence laisse la possibilité de développer des outils de détection précoce avec les biomarqueurs moléculaires une chimioprévention peut alors être proposée.

## CAEN

### Les troubles de la mémoire

Les troubles de la mémoire augmentent considérablement avec l'âge. Plus de 900 consultations de neurologie pour un trouble de mémoire ont été assurées au cours de l'année 2002 par les neurologues au CHU de Caen. Ce symptôme clinique peut être révélateur d'une démence, particulièrement d'une maladie d'Alzheimer. Or certaines médications peuvent ralentir l'apparition des troubles les plus invalidants d'où l'intérêt des diagnostics précoces.

Toute la difficulté est donc de savoir si un trouble discret de la mémoire est ou pas annonciateur d'une pathologie plus lourde.

15% des « déficits cognitifs minimes » évoluent vers une authentique démence.

La mise en évidence de marqueurs prédictifs précoces permet de visualiser à l'aide d'IRM ou de PET-scan l'atrophie et la diminution d'activité des neurones de certaines zones du cerveau au cours des maladies dégénératives.

L'équipe Inserm E0218 dirigée par le Pr Francis Eustache du CHU de Caen effectue des examens périodiques de la mémoire sur des patients suivis sur plusieurs années et a montré que l'état de santé s'est le plus rapidement détérioré chez ceux qui présentaient dès le début des anomalies du métabolisme cérébral.

La poursuite de ce travail sur une série de patients plus étendue devrait permettre de confirmer ces résultats et d'aboutir à la mise au point de méthodes de détection plus précoces des atteintes cérébrales dégénératives préjudiciables à l'apparition d'un état démentiel.

Ces premiers résultats montrent toute l'efficacité d'une coopération entre le CHU, l'Université, l'Inserm et le Centre Cycéron mais ils ne pourront être poursuivis que si ces liens sont renforcés.

# Médecine et Progrès

## CHRONIQUE MÉDICALE

### ANGERS

#### **Nutrition : 3 recettes et un livre**

Créé en février 2001 le Comité de Liaison Alimentation et Nutrition d'Angers élabore et met en œuvre une démarche de qualité pour la fonction restauration - nutrition au CHU. L'objectif à 3 ans est d'établir des procédures relatives à l'alimentation et la nutrition de tous les patients. En 2002, le CLAN d'Angers a mené un travail spécifique sur l'alimentation de la future maman, de la personne âgée, des patients atteints de cancer...

**Alimentation et grossesse :** Le CLAN mène une enquête auprès des femmes enceintes sur les modalités d'information de la relation « alimentation- grossesse ».

**Partenariat avec le groupe escarres :** Le groupe de réflexion sur la prévention et le traitement des escarres a mis en exergue des anomalies de cicatrisation et des fonctions immunitaires chez les patients dénutris. A partir de ce travail le CLAN étudie comment prévenir les escarres ou accélérer leur guérison grâce à une alimentation spécifique en qualité et en quantité. A l'aide d'outils d'évaluation nutritionnelle (fiche de consommation, mesures des besoins...), le CLAN évalue les pratiques alimentaires et proposera une stratégie complémentaire aux soins déjà recommandés.

#### **Stratégies alimentaires et nutritionnelles pour les patients atteints de cancer**

Chez les patients atteints de cancer, des symptômes tels que la sécheresse de la bouche, la satiété précoce, la douleur, les nausées, les modifications du goût et de l'odorat participent à l'amaigrissement. Les traitements sont alors retardés ou interrompus et la qualité de vie des malades est altérée. Le CLAN tente d'établir des stratégies alimentaires et nutritionnelles adaptées à ces patients recommandant de simples mesures alimentaires ou une nutrition artificielle.

**Evaluation du manuel :** dans le cadre de l'évaluation des protocoles de la nutrition artificielle, un manuel de référence pour l'alimentation parentérale et entérale, réalisé

par le Docteur Marie-France Quentel-Soroko et Martine Urban, pharmacienne, a été soumis au CLAN. Financé par un laboratoire, ce dépliant, destiné aux soignants, informe sur la prescription d'une nutrition parentérale et fournit des repères sur les apports nutritionnels indispensables

### NICE

#### **L'Accident Vasculaire Cérébral, une priorité de santé publique**

En France l'incidence des AVC est de 145 pour 100 000 habitants : 80% sont des infarctus cérébraux, 15 % des hémorragies cérébrales, et 5% des hémorragies méningées. Les unités de soins spécialisés prennent en charge 5% des AVC contre 70% dans les pays scandinaves.

Dans le département des Alpes-Maritimes la sur représentation de la tranche d'âge des plus de 60 ans engendre un recours à l'hospitalisation pour les AVC deux fois supérieur à la moyenne nationale.

Un audit sur la trajectoire des patients a été réalisé afin d'optimiser leur prise en charge au CHU de Nice.

Cette étude du circuit des patients présentant un AVC a suscité chez les professionnels une réflexion à la fois sur les pratiques, l'organisation et les coûts générés par la prise en charge.

L'audit a mis en évidence plusieurs dysfonctionnements, dont :

- un éclatement des filières de prise en charge,
- une durée excessive des délais de réalisation des investigations et explorations,
- une évaluation des déficiences fonctionnelles et une coordination des soins précoces non assurées systématiquement,
- une filière d'aval non optimale,
- une disparité des pratiques.

#### **Les recommandations portent sur trois axes :**

- Mettre en place une véritable filière d'admission en urgence des patients
- Fournir une expertise neurologique et pluridisciplinaire coordonnées
- Renforcer et organiser une filière en réadaptation fonctionnelle et soins de suite, partie intégrante d'un réseau.

Inclus dans le projet médical, certaines de ces propositions ont d'ores et déjà été mises en œuvre. Une unité dédiée, située à l'hôpital Pasteur, comprend 6 lits de soins aigus et 13 lits conventionnels. Cette structure préfigure l'Unité NeuroVasculaire (UNV) prévue, à proximité des urgences, sur le site de l'hôpital St Roch fin 2004.

A Nice un partage d'expérience autour de la prise en charge de l'AVC a réuni des professionnels de santé (médecins, soignants), des directeurs d'hôpitaux et de représentants de l'ANAES le 28 mars dernier.

Prendre acte des avancées en la matière; comparer les solutions mises en place dans divers centres et divers pays ; analyser les multiples situations possibles, les difficultés ; suggérer leur contournement et les actions à entreprendre ; tels étaient les objectifs de ce colloque.

Lors de ces journées, les participations de l'EUSI (European Stroke Initiative), de la Société Française Neuro Vasculaire, de l'ANAES, d'équipes françaises et européennes ont permis une mise en perspective factuelle, résolument déterminée à planifier le futur immédiat.

La parution imminente de recommandations pour la pratique clinique émises par l'ANAES, « Prise en charge pluridisciplinaire initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral » - Aspects médicaux et paramédicaux, témoigne de la pertinence de cette thématique et du champ d'investigation qu'elle ouvre sur l'évaluation des Unités Neuro Vasculaires

### RENNES

#### **Des colonoscopies avec hypnose**

Bénéficier d'une colonoscopie avec hypnose est possible au CHU de Rennes. Depuis maintenant 2 ans, une équipe déterminée permet aux patients motivés de bénéficier de cet examen désagréable dans des conditions de confort satisfaisant. Service des Maladies de l'Appareil Digestif : "Vous avancez sur cette plage ... ensoleillée, votre regard se fixe sur une voile blanche, est doux". Avec une voix particulière, monocorde, chaleureuse, l'anesthésiste guide le patient et l'invite à retrouver des sensations agréables. Dans une ambiance feutrée, le médecin accompagne son patient pendant que l'examen progresse régulièrement.

# Médecine et Progrès

Depuis maintenant 2 ans, une cinquantaine de patients ont pu bénéficier d'une colonoscopie dans de telles conditions. "C'est une victoire sur moi-même" dira ce patient à la fin de son examen.

## Une faculté naturelle

"L'état hypnotique est un état naturel, familier à chacun d'entre nous" explique le Dr Rault "c'est bien de cela dont il s'agit lorsque, focalisé sur une idée, un projet, vous gardez votre véhicule sur le parking de l'hôpital sans vous souvenir de façon claire du parcours que vous avez effectué". L'analgésie n'est pas toujours parfaite mais les sensations douloureuses sont plus analysées comme un inconfort que comme une douleur.

"L'hypnose permet au patient de devenir acteur de son propre destin. Actif, le patient mobilise des capacités insoupçonnées pour atteindre un but fixé au préalable avec l'hypnothérapeute".

La durée de l'examen est sensiblement identique et une fois ce dernier terminé, le patient regagne sa chambre pour savourer un petit déjeuner bien mérité. Le sourire de chacun des intervenants indique que l'examen s'est bien déroulé.

## Des indications qui s'étendent

Au CHU de Rennes l'hypnose est utilisée au bloc opératoire de chirurgie infantile par le Docteur MM Lucas Poloméni dans des indications aussi différentes que l'exérèse de naevus, des otoplasties, des biopsies osseuses et musculaires, des cures de hernie inguinale, des réductions de fracture et des ablations de matériel (liste non exhaustive).

La consultation de la douleur chronique propose 2 demi-journées de consultation d'hypno-analgésie par le Docteur D.Vesvard et le Docteur Rault.

Enfin, l'hypnose trouve une place originale dans la gestion de l'anxiété des patients et/ou de leur famille confrontés à des urgences que ce soit lors des interventions SMUR ou lors des appels téléphoniques au SAMU 35.

D'autres équipes proposent la réalisation de thyroïdectomie sous hypno-analgésie suivant en cela l'exemple d'une équipe du CHU de Liège où plus de 2000 de ces interventions ont déjà été pratiquées. Des cures de cholécystectomie ont également été réalisées sous hypno-sédation.

"Non seulement les patients peuvent éviter une anesthésie générale, mais les suites sont généralement simples et la reprise du travail intervient plus rapidement".

## Des applications à inventer

L'hypnose "un outil (parmi d'autres) à la disposition d'un praticien qui va l'utiliser dans son domaine de compétence habituel". Il est important de noter que l'hypnose est utilisable par tout professionnel de santé qui a un projet thérapeutique. De nouveaux champs d'application sont à explorer que ce soit en salle d'opération mais aussi au lit des patients lors des pansements en médecine et en chirurgie, pour les soins d'escarres, de même que lors de la préparation psychologique à un examen douloureux. C'est enfin un outil intéressant pour optimiser la gestion des relations avec les patients et les familles car "l'hypnose est également une école de la communication".

## ANGERS

### Suicide : Ne plus entendre «Je n'avais personne à qui parler»

Le suicide en Pays de la Loire est 25% plus élevé que dans le reste du pays. Ce chiffre pourrait diminuer si les signes précurseurs de passage à l'acte étaient repérés par l'entourage ou lors de consultations médicales. La prévention est primordiale. C'est dans cette optique que le CHU d'Angers s'investit.

#### 3 jours pour gérer la crise et commencer à se reconstruire

Au CHU, selon des recommandations de bonnes pratiques cliniques, les patients admis pour tentative de suicide sont hospitalisés pendant 3 jours. Temps pendant lequel l'équipe de psychiatrie et de psychologie médicale, les infirmières de l'UPAP(1) et les personnels de l'unité Flessinger 3 de médecine E s'emploieront à aider la personne durant ce temps de crise, à préparer son suivi et à prévenir toute récurrence.

« Les plus nombreux passent à l'acte de manière impulsive sans intention réelle de mourir. D'autres mettent en place des éléments pour être découverts à temps par leurs proches ou appellent auparavant le 15 » constate Viviane Plet, Cadre de santé. Les personnes sont accueillies dans un des 6 lits de psychiologie ouverte en médecine E. Durant le 1er jour l'équipe tente d'identifier les intentions réelles du patient. Le 2ème jour permet de déterminer les ressources familiales ou sociales. Un rendez-

vous avec le patient et ses proches est programmé sous 8 jours. Cette rencontre aidera à situer le patient dans l'entourage et à revenir sur le choc causé par le passage à l'acte et sur le sentiment de culpabilité des parents.

Le 3ème jour est consacré à la prise de contact avec les personnes-relais choisies par le patient. Malgré cet accompagnement, 50% des personnes récidivent dans les 6 mois à un an.

#### Existe-t-il un profil-type chez les suicidants

Les suicidants sont des personnes dépressives présentant des attitudes significatives : dépréciation de soi, trouble de l'humeur, asthénie (manque de force, de vitalité physique et morale), perte d'appétit et de sommeil. Il faut distinguer cette véritable dépression avec l'état passager de déprime qui affecte tout le monde, un jour ou l'autre.

#### Les chiffres

En 2001, 1055 suicidants ont été accueillis au CHU d'Angers. La plupart sont des adultes de 35 à 45 ans, plutôt des femmes. Toutefois adolescents et personnes âgées sont également touchés. Bien souvent, ces personnes n'ont pas pu mettre en mots leur douleur morale, qui comme la douleur physique, est souvent niée.

#### Prévenir le suicide

La prévention du suicide se fait par l'écoute. L'attention portée par la famille ou les collègues est importante tout comme celle des médecins généralistes. « Il faut regretter la brièveté de leur consultation qui ne permet pas toujours de repérer un état dépressif... Il faut du temps pour évoquer ses intentions suicidaires. » déplore Viviane Plet qui rappelle que la prévention se mène au quotidien, 365 J/an.

Une campagne nationale de sensibilisation a été lancée le 5 février dernier.

#### Projet

Le CHU d'Angers va ouvrir une unité médico-psycho-toxicologique, à proximité des urgences et organise sur deux jours une formation à l'intervention auprès des personnes en crise suicidaire. Cette formation est ouverte à l'ensemble de son personnel.

# Médecine et Progrès

## GREFFES

### MONTPELLIER Prélèvements d'organes : une charte pour un changement culturel en Languedoc-Roussillon

Sauver des vies ! Améliorer l'état de santé des personnes ! Telles sont les valeurs thérapeutiques unanimement reconnues aux transplantations d'organes et aux greffes de tissus.

En 2001, 3211 greffes d'organes ont été effectuées en France mais, avec une liste d'attente de 6 036 patients, ces interventions sont loin de satisfaire les besoins. Il existe donc un déséquilibre fort entre le nombre de greffons susceptibles d'être proposés et le nombre de malades en attente de greffes.

Or, l'offre de greffons résulte de l'activité particulière de prélèvement d'organes et de tissus, qui est l'étape initiale essentielle de la transplantation. Pour renforcer cette activité en Languedoc-Roussillon, quatre centres hospitaliers ont décidé d'unir leurs efforts.

Sous l'impulsion de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et en adéquation avec la politique de l'Etablissement Français des Greffes (EFG), un réseau a été créé entre les CHU de Montpellier et de Nîmes et les centres hospitaliers de Perpignan et de Béziers : RE-PRE-LAR, le Réseau de Prélèvements multi-organes et tissus Languedoc-Roussillon dont la vocation est de soutenir l'action des établissements publics de santé en matière de prélèvement. Ce nouveau mode de fonctionnement a permis d'augmenter significativement les taux de prélèvements et de greffes : De 1999 à 2001 le taux de prélèvement par million d'habitants en Languedoc Roussillon est passé de 10,5 à 18,7 dépassant de près d'un point la moyenne nationale : 17,8.

Forts de ce succès, les 4 établissements ont souhaité formaliser leur démarche dans une charte, unique en France, qui témoigne d'un véritable changement culturel. Cette charte est fondée sur une approche globale du prélèvement en tant qu'enjeu de santé publique, sur un encouragement à unir les efforts et à partager les résultats, dans une conception non hiérarchique du travail et

selon le principe d'une libre adhésion. La charte a été signée le 6 novembre 2002.

#### La greffe en France et en Languedoc Roussillon en 1999 :

Jusqu'en 1999, le taux de transplantation d'organes et tissus en Languedoc Roussillon se situait dans la limite inférieure de la moyenne Nationale. Cette situation pénalisait les patients. Les délais d'attente de transplantation lourde étaient plus longs et de nombreux patients inscrits sur la liste d'attente décédaient. A ces terribles conséquences sanitaires s'ajoutaient des considérations économiques non négligeables représentées par le coût de la prise en charge de l'insuffisance rénale terminale par exemple.

A cette époque l'activité de prélèvement reposait entièrement sur le CHU Montpellier. Par ailleurs, le manque de sensibilisation et d'information du grand public, induisait un taux important d'opposition au don d'organes : 40% en Languedoc-Roussillon contre 32% au niveau national. En 2001 ce taux a été ramené à 29%.

#### Après 1999, un réseau de soins s'est activé en Languedoc-Roussillon :

A partir de 1999, le CHU de Montpellier, en tant que "tête de pont du Réseau", a organisé une coopération inter régionale en réseau qui a permis aux CH de Béziers et de Perpignan puis au CHU de Nîmes d'obtenir l'autorisation de prélèvement. Chaque établissement a institué un Comité de Prélèvement, défini des objectifs en matière de recensement et de Prélèvement de donneur potentiel, et mis en place, grâce au plan greffe, le personnel chargé de l'activité de prélèvement.

Depuis 2002 ce réseau s'élargit aux cinq autres établissements publics de santé de la région : les centres hospitaliers de Mende, d'Alès, de Bagnols/céze, de Sète et de Narbonne. Ces établissements sont habilités à prendre en charge les donneurs potentiels et leur famille et à assurer le transfert du donneur dans un établissement du réseau autorisé à prélever.

## POINTE A PITRE

### Bientôt un centre de transplantation rénale Antilles-Guyane ?

**Pour corriger l'inégalité d'accès à la greffe rénale des malades d'Antilles et de Guyane, le CHU de Pointe-à-Pitre, soutenu par l'Etablissement Français des Greffes, demande l'autorisation de créer une équipe médico-chirurgicale de greffe rénale.**

Le projet greffe rénale Antilles-Guyane a été finalisé et validé le 18 janvier 2003 par les responsables sanitaires de Guadeloupe, Guyane et Martinique et en présence du Directeur de l'Etablissement Français des Greffes (EFG). Les participants ont reconnu que le CHU de Pointe-à-Pitre disposait des structures, des moyens humains et des réseaux nécessaires pour devenir centre de transplantation rénale Antilles-Guyane. Aujourd'hui le CHU de Pointe-à-Pitre attend l'autorisation ministérielle qui lui permettrait de débiter les greffes rénales en septembre 2003.

En 2001, une étude de l'EFG mettait en évidence un handicap d'accès à la liste nationale d'attente de greffe pour les malades des DOM non pourvus d'un centre de greffe. Leur origine géographique représente un facteur discriminatoire, en

#### Des patients en attente de greffe rénale doublement pénalisés

Aux Antilles-Guyane, 1 personne sur 1 000 est insuffisante rénale chronique dialysée, soit 1 000 personnes sur une population totale d'un million. Parmi eux 200 patients sont candidats à une transplantation rénale mais leur éloignement des sites assurant la greffe de rein réduit leur chance d'être un jour greffés.

effet, les patients résidant dans la zone Antilles-Guyane sont majoritairement inscrits auprès des équipes de greffe d'Ile-de-France. Les délais d'attente de la région parisienne sont les plus longs de la métropole et les malades d'outre mer attendent en moyenne 41,7 mois alors que pour les métropolitains le délai est de 23,8 mois. Dans un avis publié au Journal Officiel du 7 décembre 2002, le comité national de l'organisation sanitaire et sociale reconnaissait les besoins exceptionnels en matière de transplantations rénales pour les populations de ces trois territoires et la

# Médecine et Progrès

nécessité d'éviter leur transfert vers des unités plus éloignées de leur domicile.

« La création d'une équipe médico-chirurgicale de greffe rénale à Pointe-à-Pitre qui développerait une activité de greffe à partir de donneurs vivants et de sujets en état de mort encéphalique permettrait de réduire les disparités entre patients d'Antilles-Guyane et de métropole. » espère le Pr Pascal Blanchet, Chef de service d'Urologie du CHU de Pointe-à-Pitre « Nous attendons l'autorisation du Ministère pour pouvoir remplir pleinement notre mission et garantir à chacun une égalité d'accès aux meilleurs soins »

## ROUEN

### **Greffes : Des pistes pour augmenter le taux de prélèvements**

Un état des lieux des pratiques du prélèvement d'organes en Haute-Normandie a été réalisé durant une période de 10 mois sur les sites du Groupe hospitalier du Havre et du CHU de Rouen. Les résultats montrent qu'il est possible d'augmenter le taux de prélèvement en signalant de façon systématique les morts encéphaliques, en faisant appel à la coordination, en formant les équipes à la prise en charge des donneurs et de leur famille...

#### **Méthodologie**

L'étude a porté sur les pratiques de recensement et d'approche des personnes en mort encéphalique et leur "inscription" dans une procédure de prélèvement. Elle a été effectuée grâce au programme Donor Action (programme européen destiné à apporter une aide aux hôpitaux pour améliorer leur pratique, la détection et la prise en charge des donneurs potentiels) et avec le soutien de l'Établissement Français des Greffes.

L'enquête a été menée dans les services de réanimations chirurgicales et médicales de Rouen et du Havre et dans l'unité de soins intensifs de neurochirurgie de Rouen. Elle a été conduite selon 2 axes :

- La revue des dossiers médicaux afin de rechercher trois éléments essentiels pour les donneurs potentiels : identification de

la personne en mort encéphalique et confirmation de ce diagnostic, alerte appropriée de la coordination locale des prélèvements d'organes, processus de consentement et de déroulement du prélèvement d'organes.

- L'enquête d'opinion hospitalière pour évaluer l'attitude personnelle des membres de l'équipe et leurs connaissances à propos du processus du don d'organes et de transplantation et pour juger le degré de confiance dans le processus, l'impact des formations reçues, les besoins de formation théorique et pratique exprimés par les personnels.

#### **Des résultats précieux**

Sur les dix mois de l'étude 256 patients sont décédés dans un des cinq services de réanimation.

La première remarque qui s'impose est le grand nombre de donneurs potentiels : 199 personnes sur les 256 inclus soit 77 %. Ceci justifie tout l'intérêt apporté à cette population des patients des services de réanimation.

La seconde remarque est le nombre élevé de patients ayant présenté des signes cliniques de mort encéphalique alors que seulement 46 % d'entre eux bénéficient d'une confirmation du diagnostic. Dans plus de la moitié des cas (54 %), la mort encéphalique n'est pas confirmée.

#### **On constate ensuite que 11 patients ayant une mort encéphalique confirmée ne font pas l'objet d'un signalement à la coordination des prélèvements et des greffes.**

Il serait intéressant de connaître de façon précise les raisons pour lesquelles il n'y a pas eu d'appel de la coordination. C'est probablement l'un des domaines où des progrès plus sensibles pourraient être faits. Les explications diffèrent selon l'unité et ses habitudes de fonctionnement. De tels renseignements sont susceptibles de guider au mieux des mesures correctrices qui pourraient être envisagées en concertation avec les différents intervenants au sein de ces unités.

#### **L'enquête d'opinion hospitalière montre une adhésion importante des soignants au principe du prélèvement d'organes.**

Elle fait cependant apparaître un certain nombre de dysfonctionnements qui doivent être l'objet d'interrogations. L'un des plus évidents est la différence qui existe entre une approbation personnelle globale des

soignants et la difficulté des équipes face à la prise en charge des donneurs. Par ailleurs, apparaît de façon évidente la difficulté qu'ont les soignants à aborder les problèmes de mort encéphalique et les demandes de don d'organes auprès des familles.

De façon concomitante apparaît une demande de formation et de réactivité de la coordination des prélèvements et des greffes. Ces deux éléments doivent conduire à poursuivre et à renforcer, de façon peut-être plus adaptée à chacune des unités, des actions d'information et de formation à ces différents problèmes.

Aujourd'hui le travail se poursuit avec un soutien fort de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation dans le but de mettre en place de façon pérenne le réseau de prélèvement entre Rouen et Le Havre puis de l'étendre à Dieppe et Evreux.

Si l'on fait l'hypothèse (basse) d'un taux de consentement restant constant à 50 %, il est intéressant de noter que si les 73 personnes en état de mort encéphalique repérées par cette étude avaient bénéficié d'une confirmation diagnostique, d'un appel, d'un signalement à la coordination des prélèvements et des greffes et d'une approche systématique de la famille, c'est 36 ou 37 prélèvements d'organes qui auraient pu être réalisés sur la période. La Haute-Normandie ayant une population de 1,7 millions d'habitants, le taux de prélèvements de la région aurait donc été de 20 prélèvements par millions d'habitants. C'est précisément le chiffre objectif que s'est fixé l'Établissement Français des Greffes, ce qui supposerait un fonctionnement idéal de l'ensemble du processus. Docteur Edgar Menguy, Médecin des hôpitaux Réanimation chirurgicale CHU de Rouen

#### **Le prélèvement : bientôt une pratique courante au sein des établissements hospitaliers**

Plusieurs mesures peuvent contribuer à faire progresser la pratique du prélèvement d'organes en France :

- Harmoniser les organisations et les pratiques entre les différents établissements
- Fournir des indicateurs d'activité plus proches de la réalité et des attentes du système de prélèvement d'organes

# Mémoire et Progrès

- Inscrire la pratique du prélèvement d'organes dans une démarche continue d'amélioration de la qualité au niveau des acteurs de terrain eux mêmes.
- Améliorer la communication entre les différentes équipes impliquées dans la démarche transversale par excellence qui représente le prélèvement d'organes au sein des établissements hospitaliers

L'expérience Normande initiée par le CHU de Rouen sera reprise par l'Établissement Français des Greffes sur l'ensemble des centres de prélèvements !

D'après un texte du Dr Edgar Menguy

## GERIATRIE

### PARIS

#### **Maladie d'Alzheimer : une priorité pour l'AP-HP**

Pour optimiser le diagnostic et la prise en charge des patients présentant des troubles cognitifs, l'AP-HP dispose déjà de deux structures complémentaires : l'Unité Alzheimer et le centre de diagnostic et de traitement de l'Hôpital de jour Alzheimer toutes deux situées à l'hôpital universitaire Paul-Brousse. Ce dispositif sera étoffé par la création d'un Centre d'Accueil de Jour Alzheimer de Villejuif. Les patients et leur famille bénéficieront ainsi d'une diversité de prise en charge complète et adaptée au suivi et à l'évolution de la maladie d'Alzheimer.

**L'Hôpital de Jour Alzheimer**, inauguré en janvier 2003 assure les diagnostics précoces des personnes âgées vivant à domicile et présentant des troubles des fonctions intellectuelles. Il permet d'engager un traitement approprié par les nouvelles molécules et complète ainsi l'offre de soins déjà existante en hospitalisation complète de l'unité spécialisée Alzheimer de l'hôpital. L'Unité spécialisée Alzheimer de 22 lits assure, depuis 1994, l'évaluation globale des patients et procède à une mise au point diagnostique. L'équipe répertorie également les maladies intercurrentes liées à l'âge (problèmes cardiovasculaires, digestifs, ostéo-articulaires...), et détermine les différents

traitements nécessaires. La famille est aussi prise en charge dans le cadre d'un véritable programme d'information afin qu'elle poursuive la prise en charge de son parent à domicile dans les meilleures conditions. L'Unité a également pour vocation d'étudier la structure la plus adaptée pour s'occuper ultérieurement du patient (maison de retraite ou soins de longue durée).

**La création du Centre d'Accueil de Jour Alzheimer à Villejuif** constituera le troisième volet de la prise en charge à domicile, des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Le centre assurera un meilleur maintien à domicile des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer grâce à une évaluation et une prise en charge médico-psycho-sociale, et par un soutien apporté à leur entourage.

Il pourra recevoir une quinzaine de personnes dans la journée, deux à trois fois par semaine. Les malades se verront proposer une rééducation de leurs fonctions intellectuelles et un soutien matériel et psychologique sera apporté aux familles. Enfin des conseils pratiques seront dispensés aux médecins traitants.

Il s'agira d'une structure de proximité, parfaitement intégrée en centre ville qui répondra aux besoins des patients atteints de la maladie d'Alzheimer vivant à domicile, à Villejuif ou dans les communes limitrophes.

#### **Ces trois structures**

**- Unité Alzheimer, Hôpital de Jour et Centre d'Accueil de jour - répondent à des besoins très différents de prises en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Elles vont intervenir en étroite collaboration avec les autres structures sanitaires et médico-sociales du département et les médecins de ville.**

Ce projet novateur, le premier de ce type à l'AP-HP, a été défini par l'équipe du Dr Renée Sebag Lanoë de l'hôpital Paul-Brousse et soutenu par le Conseil Général du Val-de-Marne, la ville de Villejuif, l'association Delta 7 et l'Hôpital Universitaire Paul-Brousse. Il sera présenté à l'occasion de cette inauguration.

#### **La maladie d'Alzheimer en France et dans le Val-de-Marne**

La maladie d'Alzheimer constitue une pathologie de plus en plus fréquente, du fait du vieillissement de la population. Cette maladie dégénérative du cerveau rend le patient progressivement dépendant d'une tierce personne avec désinsertion de son milieu social.

Le diagnostic précoce et une prise en charge pluridisciplinaire adaptée permettent de retarder l'apparition de la dépendance et d'améliorer la qualité de la vie quotidienne de ces patients et de leur famille.

La population âgée de + 65 ans atteinte de la maladie d'Alzheimer, est évaluée à plus de 435 000 personnes en France. Elle atteint environ 10 à 15 % de personnes au-delà de 85 ans. D'ici 2020, ces chiffres auront doublé.

A partir du recensement 1999 de la population du Val-de-Marne, la projection de ces chiffres de prévalence permet d'estimer le nombre de patients atteints par la maladie d'Alzheimer et les démences apparentées à 10 800 cas. En termes d'incidence, la fréquence augmente de façon exponentielle avec l'âge, de sorte que le nombre de personnes atteintes double tous les 5 ans entre 65 et 85 ans.

En dépit de progrès importants réalisés depuis quelques années, tant dans le domaine du traitement que de la prise en charge, la maladie d'Alzheimer reste encore malheureusement incurable.

Les patients atteints ont besoin d'un diagnostic précoce et aussi précis que possible, d'un traitement et d'une prise en charge adaptés à chaque cas et ce, jusqu'à la fin de leur vie. Par ailleurs les familles se trouvent souvent dans des situations difficiles qui nécessitent une aide et un accompagnement. Des lieux de prise en charge spécialisés et des équipes formées à la spécificité de ces malades sont donc indispensables aujourd'hui.

# Médecine et Progrès

## MARSEILLE

### Réseau vieillissement cérébral

La maladie d'Alzheimer est une pathologie neurologique spécifiquement rattachée au vieillissement cérébral. Cette affection dégénérative du système nerveux centrale apparaît dans 90% des cas après 65 ans. L'évolution naturelle de la maladie conduit à la démence qui s'accompagne souvent d'une désorganisation de la personnalité, entraînant à terme une perte d'autonomie.

#### Développer une politique de prévention

Il est important de reconnaître les signes de la maladie pour dépister le plus tôt possible : les pertes de mémoire, de jugement, de raisonnement, des problèmes de langage, une désorientation dans l'espace, des changements d'humeur ou de comportement...

À l'apparition des signes, il faut consulter un médecin spécialiste mais le nombre de consultations spécialisées est insuffisant : **C'est pour cette raison, qu'un Réseau Régional "Vieillissement cérébral" a été créé.** Il réunit l'APHM, la Ville de Marseille, des Centres Hospitaliers et des maisons de retraite de toute la région.

Ce réseau impulse une dynamique au sein du tissu fédératif et étend ses missions au tissu sanitaire et social. Il favorise l'harmonisation des pratiques diagnostiques et thérapeutiques et contribue à un meilleur accompagnement des personnes. Il valorise les démarches communes dans le domaine de l'enseignement, la formation, la recherche et la prévention.

Ouvert sur les institutions sanitaires publiques de la région, il se place aussi dans un cadre Ville-Hôpital dans la perspective d'une coordination gérontologique libérale de ville. Il entretient des liens étroits avec le monde associatif notamment l'association de familles Provence Alzheimer et l'Institut de la maladie d'Alzheimer.

## POITIERS

### La gériatrie à la une

Dans son numéro d'avril 2003, *Sciences et Avenir* publiait une enquête sur les filières urgences-spécialités-soins de suite-long séjour qui accueillent les personnes âgées. Poitiers arrive en tête du Palmarès.

**Rencontre avec le Dr Jean-Yves Poupet, chef du département de gériatrie.**

Le département de gériatrie, créé en 2002, regroupe les anciens services de médecine et de rééducation gériatriques. « Cette nouvelle organisation permet une harmonisation des pratiques et une cohérence des projets se réjouit le Dr Jean-Yves Poupet. La gériatrie constitue un pôle à elle seule du fait de son importance numérique en lits (plus de 500 !) et de ses particularités. Les personnes âgées accueillies sont polypathologiques, en situation où à risque élevé de dépendance, et nécessitent par conséquent une prise en charge globale, à la fois médicale, psychologique et sociale. C'est d'ailleurs la définition exacte de la gériatrie dont ne relèvent pas les personnes âgées monopathologiques, en bon état général et intellectuel, encore autonomes. Ces dernières relèvent de la même médecine que les adultes plus jeunes. »

#### OUI au maintien à domicile mais pas à tout prix

Le maintien à domicile est la réponse privilégiée des gériatres à la démographie "galopante" des personnes âgées, notamment en Poitou et en Limousin, une des régions les plus âgées de France. En effet, les personnes âgées préfèrent continuer à vivre chez elles mais ce n'est pas toujours possible, pour des raisons médicales quand l'autonomie est trop compromise, ou sociales quand l'environnement affectif ou relationnel est insuffisant. L'inadaptation des dispositifs d'aides techniques et humaines, des structures de soins à domicile et le manque de moyens financiers constituent aussi un frein majeur au maintien à domicile.

**On ne peut faire du maintien à domicile "à tout prix" quand ce n'est pas raisonnable, ni bénéfique à la personne âgée. Chaque cas est différent.**

La difficulté est de pouvoir proposer à tout moment la meilleure organisation à la personne âgée ; c'est-à-dire le meilleur

compromis entre ses souhaits, ses besoins et son environnement.

Les plus de 75 ans, qui représentent l'essentiel des malades gériatriques, seront 6,9 millions en 2020 contre 4,2 millions en 2000.

#### Les atouts du CHU de Poitiers dans le secteur gériatrique

« Quantitativement, le département de Gériatrie est bien pourvu en lits, avec des personnels médicaux et soignants en nombre, même si l'on estime toujours l'effectif insuffisant constate le Dr Jean-Yves Poupet. Mais les principaux atouts sont surtout qualitatifs : des locaux adéquats, presque toute la gamme des structures d'un centre de gériatrie moderne selon les recommandations professionnelles et ministérielles : 2 unités de gériatrie aiguë (A et D, soit 37 lits), 4 unités de soins de suite (A, B, C, D soit 103 lits), 4 unités de soins de longue durée à l'Hôpital gériatrique Louis Pasteur (soit 303 lits), un hôpital de jour gériatrique de 10 places, une unité de consultations gériatriques, une unité "Alzheimer" longue durée.

Il ne manque qu'une unité d'accueil temporaire pour soulagement familial et une unité "Alzheimer" aiguë. Cette dernière sera ouverte en 2004. Les structures les plus actives (gériatrie aiguë, soins de suite, consultations, hôpital de jour) seront alors toutes regroupées sur le site de l'Hôpital de la Milétrie et bénéficieront de l'environnement technique des autres services.

La gériatrie est partie prenante, avec la neurologie et la psychiatrie, dans un "centre expert" de la maladie d'Alzheimer pour lequel le CHU de Poitiers vient de recevoir un agrément recherché. Enfin, la qualité des personnels est essentielle : de plus en plus, médecins et personnels soignants font le choix de la gériatrie et se forment en conséquence.

## TOULOUSE

### Alzheimer : 3 centres de mémoire fédèrent leurs efforts

**Un partenariat inter CHU entre les équipes de Toulouse, Bordeaux, Montpellier**

Une Fédération dénommée Fédération des Centres de mémoire de recherche et de

# Médecine et Progrès

ressource du Sud de la France (F-CMRR-SF) a été créée le 28 Avril 2003 à l'Hôtel-Dieu Saint Jacques, siège des Hôpitaux de Toulouse. Cette Fédération regroupe les centres de Bordeaux, Montpellier et Toulouse qui ont obtenu le label régional de leur ARH respective.

La mise en place de la Fédération s'inscrit naturellement dans le prolongement d'une coopération de longue date entre les trois centres dans le domaine de la recherche fondamentale et de la recherche appliquée.

Les CMRR des trois villes participent aux Programmes Hospitaliers de la Recherche Clinique : travaux coordonnés par Bruno Vellas sur la démence, travaux coordonnés par Bruno Dubois (Paris) sur les Troubles cognitifs légers. Ils représentent trois des sept centres Français de l'European Alzheimer Disease Consortium (EADC) de Bruno Vellas et Bengt Winblad.

Les trois CMRR associent neurologues et gériatres, et sont liés à des Unités ou des équipes INSERM travaillant dans le domaine du vieillissement cérébral, ainsi qu'à des Centres d'Investigation Clinique.

## La maladie d'alzheimer en France

La maladie d'alzheimer atteint aujourd'hui environ 600 000 patients. Cette maladie qui commence par des troubles de la mémoire, évolue peu à peu vers un état démentiel entraînant en général le décès du patient dans un état de dépendance totale en 8 à 12 ans. Elle est responsable pour une large part (plus de 50 %) de la dépendance des personnes âgées, son coût pour la société est considérable. Du fait de son retentissement sur l'entourage (fardeau des aidants), elle devient en fait une véritable maladie de la famille. De très nombreux travaux sont en cours sur une meilleure qualité des soins, les avancées diagnostiques, thérapeutiques et une meilleure compréhension des mécanismes physiopathologiques de la maladie. Pour cela, il est indispensable que les centres experts travaillant dans ce domaine unissent leur force afin de mieux lutter contre cette maladie.

Contact : Professeur Bruno VELLAS Responsable du CMRR de Toulouse Casselardit  
CHU de Toulouse  
Tél. 05 61 77 76 49

## QUALITE

### MARSEILLE

## Dire la santé en « Isf », langue des signes française

### Une incompréhension à lever

Quel accueil des Sourds (1) à l'hôpital ? La lecture labiale ôte tout souci linguistique aux soignants. Moyennant quelques précautions articulatoires, la compréhension du patient est présumée. Alors qu'un excellent lecteur labial ne comprend que 30% du message et que peu de Sourds maîtrisent complètement le français oral ! Le français écrit n'est pas recommandé pour le dialogue que suppose l'information médicale (ANAES mars 2000). Au contraire, les Sourds étant majoritairement illettrés, des dessins, des messages visuels sont généralement moins sujets à confusion que le français écrit.

Demander le concours d'un proche devient le passage obligé. Risque d'une intimité dévoilée. Certitude de l'humiliation - qui marquera durablement les relations avec les soignants - de ne pas être un interlocuteur à part entière.

Les Sourds ne comprennent pas tout, mais ils sourient et produisent quelques mots, l'apparence est sauvée. En réalité une communication « floue », des soignants éventuellement satisfaits, des Sourds sûrement frustrés...

### Le dialogue est possible

Beaucoup de Sourds même s'ils s'expriment oralement dans la vie quotidienne préfèrent quand ils sont malades une langue sans obstacle. Non pas quelques gestes qui suivent la syntaxe du français mais la Isf. Langue entière, elle peut tout penser, tout exprimer. Le service public doit permettre au patient d'être soigné dans la langue qu'il choisit. L'utilisation officielle de la Isf permet la confidentialité, l'autonomie des patients et garantit le niveau linguistique.

### Un pôle bilingue à la conception

Les consultations se déroulent avec un médecin signeur (Médecine Interne Professeur HARLE) et une interprète professionnelle disponible pour les

consultations de spécialités de l'AP-HM. Les soignants ont ainsi l'assurance d'une fidélité au discours et une compréhension approfondie par la traduction de toutes les nuances de la Isf.

L'équipe est mobile. On peut la contacter pour définir avec le patient les moyens nécessaires à la communication. L'équipe est pluridisciplinaire (médecin, médiateur Sourd, interprète, infirmière). Il est possible de lui demander des aides variées : annonce de maladie grave, explication de soins complexes, isolement des patients sourds hospitalisés...

(1) S majuscule en référence aux modes de vie de personnes, généralement sourdes depuis les premières années de leur vie

Permanence d'accueil :  
du lundi au vendredi 10h30 à 12h  
Texto-SMS : 06 89 75 16 24  
Fax : 04 91 38 28 63  
Tél : 04 91 38 28 62

## ORLÉANS

## Est-ce qu'on peut mourir du cancer ?

Le cancer est-il contagieux ? Pourquoi papa maigrir-il et ne me prend-il plus sur ses genoux ? Questions terribles que se posent les enfants des parents traités pour un cancer et qu'ils n'arrivent pas à formuler en famille. Leurs craintes ont été entendues par les équipes médicales et soignantes du CHR d'Orléans qui, à l'instar de l'Institut Gustave Roussy, organisent pour eux un temps de médiation : une rencontre autour du film « Il faut en parler...savoir ».

« Cette rencontre ouvre une possibilité d'échanges sur la maladie. Le cancer crée un déséquilibre au sein de la famille et le débat que nous provoquons aide le parent à entendre les émotions que sa maladie a suscitées chez son fils ou sa fille » confie Raquel Espinosa-Ferrier, psychologue.

Les rencontres se déroulent un mercredi tous les mois, de 14 h à 16 h. L'invitation est diffusée par voie d'affiches et de plaquettes. Les parents inscrivent leurs enfants à une projection qui sera suivie d'une discussion avec un médecin et une psychothérapeute

# Morvan et Progrès

L'après-midi se finit autour d'un goûter partagé. « Nous écoutons les interrogations des tout-petits et de leur grand(e) frère ou sœur ; le dialogue qui s'instaure lève un interdit autour de la maladie, reconnaît Raquel Espinosa-Ferrier. »

**Les adultes entendent leurs enfants dire ce que le cancer signifie pour eux.** « Nous ne répondons pas à leur place, au contraire, nous invitons les parents à nouer un dialogue sur un sujet que chacun sait difficile. » Pour les parents, ces rencontres amorcent une conversation qui pourra se poursuivre en famille.

**Les soignants apprécient cette collaboration inédite.** « Nous les aidons à porter les aspects psychologiques et sociaux de la maladie. Ils savent qu'ils peuvent nous passer le relais, le patient sera suivi dans sa globalité. »

Le projet a été porté par le Dr Pascal Rouby, de l'unité douleur, le Dr Leroy de l'unité mobile de soins palliatifs et par les soignants de ces deux équipes.

Avant de lancer cette initiative en février 2002, une étude a été menée durant 18 mois auprès des services prenant en charge des malades atteints de cancer. 136 personnes ont été consultées. Les résultats ont montré que l'absence d'information des enfants sur la maladie des parents perturbe les relations au sein de la famille. Aussi, la grande majorité des soignants estime nécessaire que les enfants soient informés de la maladie de leur parent, mais en général, les équipes n'ont pas l'occasion d'en parler avec les enfants aussi estiment-ils utile d'organiser temps d'échange afin d'aider les enfants et leur famille.

L'information sur le cancer et ses traitements existe dans des ouvrages ou sur des sites internet, mais il est dur pour un enfant ou un adolescent de gérer seul la rencontre avec des mots qui peuvent faire violence. Pour Raquel Espinosa-Ferrier s'il est important de leur donner des renseignements, il est primordial de recevoir leur témoignage, de savoir relativiser, de leur apporter un soutien... Quand les jeunes sont confrontés à de telles situations, on ne peut pas faire l'économie de la rencontre humaine.

## EQUIPEMENTS HIGH TECH

### BREST

#### Acquisition d'un TEP en Médecine Nucléaire

**Technique incontournable en oncologie la TEP est maintenant disponible à Brest. Avec ce formidable outil, le CHU s'est donné les moyens d'une grande avancée dans la prise en charge de ses patients.**

Le CHU de Brest vient de se doter d'un tomographe à émission de positons (TEP en français ou PET-scan pour les anglo-saxons). C'est l'un des dix premiers appareils de ce type installés en France où, en dehors des centres de recherche, seuls 4 centres étaient équipés pour réaliser des examens au profit des patients. Ces appareils sont considérés comme du matériel lourd et leur installation est très réglementée ; elle nécessite une autorisation ministérielle spécifique, qui n'est accordée que dans le cadre d'une carte sanitaire, comme pour les scanners, les IRM ou les gamma caméras.

#### La TEP permet de réaliser des bilans précis des pathologies tumorales

Associée aux autres modalités d'imagerie, la TEP apporte aux cliniciens des renseignements fonctionnels complémentaires, pertinents et irremplaçables, à tous les stades de la prise en charge des cancers. Elle constitue également un excellent moyen de contrôle de l'efficacité des traitements et ceci de façon très précoce.

Pour répondre aux besoins de la population et combler son retard, la France installera d'ici 5 ans une soixantaine d'appareils sur l'ensemble de son territoire.

#### Le fonctionnement de la TEP

Actuellement, la TEP utilise un seul traceur, le fludéoxyglucose (18FDG). Analogue d'un sucre, ce produit est devenu émetteur de positons par marquage avec du fluor 18. Après avoir été injecté, le 18FDG est capable d'entrer dans les cellules comme son analogue. Il subit ensuite une seule transformation, puis il s'accumule dans les cellules. En pratique, l'utilisation du 18FDG repose sur le fait que les cellules bénignes et les cellules malignes ne le métabolisent pas de la même façon. Il s'accumule en effet de façon préférentielle dans les cellules tumorales et ceci quels que soient l'organe considéré et le type histologique du cancer. Cette accumulation est en relation directe avec le potentiel évolutif des cancers. Ce sont ces propriétés qui expliquent que la TEP au 18FDG ait acquis naturellement un rôle aussi important en cancérologie, toutes tumeurs confondues.

#### Le cyclotron de Rennes fournisseur en fluor 18

Comme tous les produits émetteurs de positons, le fluor 18 n'existe pas à l'état naturel. C'est une substance artificielle que l'on peut fabriquer dans un cyclotron. Mais le fluor 18 a la particularité d'avoir une demi-vie courte, de 109 minutes. Cette dernière caractéristique signifie qu'en moins de 2 heures la radioactivité initialement disponible a diminué de moitié, ce qui a des conséquences pratiques importantes. En effet, le cyclotron le plus proche de Brest est installé à Rennes. Il sera donc possible d'approvisionner le CHU en sachant que systématiquement, la moitié de la substance préparée à Rennes sera perdue du seul fait de son acheminement. Ce facteur limitant explique qu'au maximum 8 examens pourront être réalisés par jour au CHU de Brest (soit 1500 examens par an). D'autre part, le caractère « périssable » du 18FDG impose une gestion stricte des prises de rendez-vous et le respect absolu des horaires prévus.

#### La TEP a nécessité des aménagements et des recrutements

Pour démarrer cette nouvelle activité sur le site de l'hôpital Morvan, le CHU de Brest a dû aménager une salle dédiée au tomographe et des salles spécifiques pour l'accueil et la préparation des patients de façon à respecter les normes de radioprotection très strictes en vigueur. Dans le même temps il a procédé à une rénovation complète du laboratoire chaud

# Médecine et Progrès

où sont stockées et préparées toutes les substances radioactives utilisées. Enfin, le surcroît d'activité généré par la TEP a justifié le recrutement de deux manipulateurs en médecine nucléaire.

## La recherche en médecine nucléaire

Le Service de Médecine nucléaire utilisera la TEP dans le cadre de protocoles de recherche menés sur des thèmes aussi variés que l'étude de la réponse thérapeutique dans différents cancers ou l'optimisation de la planification en radiothérapie.

D'après un article du Dr Cheze-Le-Rest, Maître de Conférence Universitaire – Médecine Nucléaire

## NANCY

### 4 patients par jour pour le 1er Petscan de France

Mis en service fin décembre, le Pet Scan de l'hôpital de Brabois - le premier Pet Scan installé en France - est désormais pleinement opérationnel. Aux commandes de l'appareil, le Pr Gilles Karcher et le Pr Alain Bertrand réalisent quatre examens par jour.

Dans les jours qui viennent, souligne Gilles Karcher, nous devrions augmenter notre capacité d'examens/jour, lorsque nous pourrions disposer du traceur produit par notre cyclotron. Pour l'heure, le précieux liquide est acheminé quotidiennement depuis Paris. Soumis à une procédure stricte d'autorisation, l'appareil nancéien attend toujours l'indispensable feu vert, malgré une parfaite conformité. Ce n'est qu'une question d'heures, assureait Gérard Bouillaguet, chef de projet à Cisbio-international ...

#### Le Pet scan pour quelles indications ?

La tomographie par émission de positons couplée à un scanner, permet de suivre la diffusion d'un traceur radioactif dans l'organisme. Celui-ci se fixant de préférence sur les cellules cancéreuses (à cause de leur renouvellement rapide) c'est "l'image générale de diffusion d'un cancer" que l'on peut observer. Une information essentielle dans de nombreuses situations cliniques, soit pour conforter un diagnostic, évaluer la propagation d'un cancer, ou encore dans le cadre du suivi de la maladie.

Le fludéoxyglucose (18FDG) est indiqué en oncologie, parmi les examens d'imagerie, en permettant une approche fonctionnelle

des pathologies, organes, ou tissus dans lesquels une augmentation de la consommation de glucose est recherchée.

#### Les indications suivantes ont été particulièrement documentées :

##### Diagnostic :

Nodule pulmonaire isolé : caractérisation  
Adénopathie cervicale métastatique d'origine inconnue  
Recherche du primitif

##### Stadification :

Cancer primitif et détection des métastases pulmonaires  
Tumeurs des voies aérodigestives supérieures, Récidive de cancer colorectal  
Lymphome malin  
Mélanome

##### Suivi de la réponse thérapeutique :

Cancer des voies aérodigestives supérieures  
Lymphome malin

##### Détection des récurrences suspectes :

Cancer des voies aérodigestives supérieures  
Cancer primitif pulmonaire  
Cancer colorectal  
Lymphome malin  
Mélanome

## LILLE

### Des soins plus sûrs grâce aux nouvelles technologies en santé

Tester en situation réelle les logiciels informatiques avant de les diffuser dans les services hospitaliers (EVALAB), entraîner les futurs spécialistes en anes-thésie et en réanimation à la prise en charge de l'urgence médicale sur un mannequin high tech (SIMED) ... Voici deux exemples d'application hospitalo-universitaire des nouvelles technologies de l'information et de la communication que les chercheurs ont développés au CHRU de Lille et à la Faculté de médecine de Lille 2.

**Les expériences d'EVALAB et de SIMED démontrent que l'utilisation optimale des nouvelles technologies en Santé facilite et rend plus sûrs les soins administrés aux patients.**

#### Évalab

Né en janvier 2002 de la volonté commune du CHRU et de la Faculté de Médecine de Lille 2, EVALAB est le premier laboratoire

européen d'ergonomie et d'utilisabilité pour les Technologies de l'Information et de la Communication en Santé.

EVALAB analyse et améliore la facilité d'usage des nouvelles applications informatiques. Elle étudie leur intégration dans l'environnement de travail quotidien des professionnels de Santé.

**Les logiciels médicaux dédiés à la gestion informatique des données et à la Télémédecine sont ainsi testés, ana-lysés puis améliorés grâce à un système d'enregistrement audio-vidéo qui permet de garder la trace de tous les comportements émis par les sujets lors de leur interaction avec l'outil à tester.**

Des laboratoires portatifs permettront d'effectuer les mêmes enregistrements sur site (par exemple, dans les services hospitaliers). Un psychologue-ergonome complète l'évaluation pour permettre la meilleure intégration et efficacité possible, sur le terrain (CHRU, hôpitaux ...), d'une nouvelle application informatique. EVALAB est aussi le support de la Faculté de Médecine de Lille 2 pour développer une recherche en santé publique, axée sur l'ergonomie.

#### Simed

Ce laboratoire est l'outil le plus perfectionné au monde pour l'entraînement des futurs spécialistes en anes-thésie, en réanimation et à la prise en charge de l'urgence médicale.

Simulateur bardé d'électronique, prenant la forme d'un mannequin "high-tech" réaliste, implanté dans un environnement opératoire, d'urgence ou de réanimation réel, **SIMED permet de s'entraîner à faire face à des situations d'urgence nécessitant une prise en charge précise, rapide et adaptée afin de limiter les conséquences d'un accident.** Ces situations sont, par nature, difficiles à appréhender et SIMED permet ainsi l'apprentissage des procédures d'urgence et des gestes qui sauvent. Ce simulateur pivot du Centre de simulation médicale de la Faculté de Lille 2, au service des étudiants de la Faculté de Médecine mais aussi de l'ensemble des praticiens de la région et de l'Eurorégion, permet d'améliorer la formation pratique et la prise en charge médicale des patients admis en urgence.

SIMED est aussi, à Lille 2, un outil de recherche remarquable, de modélisation de situations d'urgence et de validation d'approches techniques et thérapeutiques.

# Management

## PROJET D'ETABLISSEMENT

### NANTES

#### *Dynamisme et ambition*

« Durant plus d'une année, 500 professionnels de l'hôpital se sont investis dans l'élaboration du projet d'établissement. Une méthodologie délibérative a permis de recueillir directement et pour la première fois, les préconisations des usagers. La participation des partenaires sociaux, des facultés de santé, de la médecine de ville, du CHU d'Angers, du CH de Saint-Nazaire au comité de pilotage a été un gage de dialogue et d'ouverture » Jean-Paul Guérin, Directeur Général, Pr. Yves Hérouy, Président de la CME.

#### **Le CHU de Nantes, un établissement au cœur d'une agglomération en pleine expansion**

Avec près de 10% de croissance démographique entre 1990 et 1999, l'agglomération nantaise a enregistré la plus forte progression relative des grandes villes de France après Toulouse.

« La communauté urbaine de Nantes se félicite d'avoir un CHU qui accompagne son dynamisme et sa vitalité démographique. »  
Jean-Marc Ayrault, Président du Conseil d'administration du CHU

#### **Les grands axes du Projet d'établissement 2003-2007**

**Les usagers :** le CHU s'attachera à promouvoir les droits et l'information des usagers, à répondre à leur demande d'être écoutés, éclairés et acteurs de leur propre santé. Le CHU va créer un espace usagers et une maison des parents.

**La cancérologie :** La création d'une des principales plates-formes d'onco-hématologie publiques de France l'Institut Régional du Cancer Nantes-Atlantique prolongera la coopération engagée entre le CHU et le Centre René Gauducheau.

**Les personnes âgées :** en collaboration avec le Centre Hospitalier Bellier, le CHU développe différents modes de prise en charge adaptés à leur situation.

**Le projet médical :** juste équilibre entre la consolidation des soins de proximité : urgences, mère et enfant, psychiatrie... et l'essor des soins innovants dits de référence : cardiologie pédiatrique, neurosciences, grands brûlés...

**Les filières :** en affichant un soutien marqué au développement des soins de suite, le CHU a pour ambition de mieux réguler ses filières internes et de mieux répondre aux besoins de prise en charge en aval des urgences et de ses services de médecine aiguë.

**Le schéma directeur projeté à 15 ans** rassemblera l'ensemble des services de court séjour du CHU (1 700 lits) sur une zone située à la fois sur l'Hôtel-Dieu et sur l'île de Nantes. Ce nouveau site intégrera un pôle de santé, de recherche et de biotechnologies de taille européenne. En accord avec l'Inserm, le CHU centrera ses efforts sur la cancérologie, la transplantation, la cardiologie, la thérapie cellulaire et génique, la nutrition et les biomatériaux.

**En interne,** le CHU de Nantes ambitionne de pérenniser l'organisation en pôles et la gestion de proximité, de développer les mécanismes d'intéressement, de généraliser la contractualisation et la culture de projet, de mettre en place un management par projet, impliquant l'ensemble des composantes de la communauté hospitalière, d'individualiser une direction des projets et de la rattacher à la direction de la qualité et des projets.

Le projet d'établissement a été adopté par le conseil d'administration le 14 octobre 2002 et approuvé par l'ARH le 10 décembre 2002. Ce qui a permis l'ouverture de la négociation du nouveau contrat d'objectifs et de moyens

### AMIENS

#### **Projet validé, contrat ratifié !**

**L'avènement du nouveau CHU se décline en 464 actions concrètes avec pour ultime étape le regroupement de l'ensemble de ses activités sur un seul site au sud d'Amiens.**

En affirmant la vocation régionale du CHU, en confortant son rayonnement inter-

régional et national, en renforçant sa dimension universitaire, en assurant son rôle de proximité et en rénovant sa gouvernance, le projet d'établissement marque la volonté de la communauté hospitalo-universitaire de rompre avec des indicateurs sanitaires défavorables, son désir de prendre en main son avenir et son engagement dans la promotion de la santé en Picardie

#### **Un Projet d'Etablissement ambitieux décliné dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens**

Signé le 28 janvier 2003 entre le Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Picardie, le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens reprend les objectifs du Projet d'Etablissement et les exprime en programme d'actions concrètes.

**122 objectifs** sont ainsi déclinés en **464 actions** regroupées en **20 fiches action** portant sur les domaines déterminants pour l'avenir du Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens : pathologies cancéreuses, cardiovasculaires, Technologies de l'information et de la Communication, qualité et sécurité...

#### **Cinq axes prioritaires :**

- **Assurer et contribuer à organiser une réponse durablement adaptée aux besoins de la population dans 11 domaines :** les pathologies cancéreuses, cardio-vasculaires, l'accueil et traitement des urgences, l'environnement de la naissance (femmes-enfants), la gérontologie, la médecine - la chirurgie et les pôles de référence, la psychiatrie, les activités transversales institutionnelles, la prévention et la santé publique, l'accessibilité et la démographie médicale
- **Mettre la gestion au service de l'efficience** au travers d'une démarche qualité et de gestion des risques, par une meilleure diffusion des informations aux patients grâce aux nouvelles technologies, par une prise en compte des innovations sociales, par une architecture, un plan d'équipement et un programme capacitaire adaptés, par le développement des nouvelles technologies biomédicales et en privilégiant les alternatives à l'hospitalisation...
- **Ouvrir le CHU à d'autres espaces dans le cadre de la coopération, du partenariat et des réseaux,**
- **Favoriser la recherche et l'innovation médicales,**
- **Adapter les formations aux besoins universitaires, de santé publique et hospitaliers.**

# Management

## REIMS

### Signature du pré-contract d'objectifs et de moyens

La dernière grande opération du premier projet d'établissement du CHU de Reims s'est achevée en novembre 2002 avec la mise en service du bloc opératoire Robert-Debré.

Aujourd'hui, le CHU prépare son avenir et le planifie dans son second projet d'établissement. Même si celui-ci n'est pas tout à fait finalisé, les grandes lignes sont d'ores et déjà connues : le Comité de Pilotage du Projet d'Etablissement a opté pour une restructuration complète de l'établissement qui conduirait à un ensemble parfaitement homogène articulé autour d'un plateau technique lourd partageable par l'ensemble des pôles.

Mais, dans un premier temps, il apparaît indispensable de programmer des opérations de mise en sécurité ou de rénovation de services vétustes.

**En effet, le diagnostic réalisé en 2001 confirme que la plupart des locaux du CHU nécessitent une restructuration lourde qui prendra du temps :** les études dureront 4 ans pour un plan se déroulant sur une période de 10 ans. Cependant, tous les secteurs d'activité du CHU ne peuvent attendre un délai aussi long ; le pré-contract d'objectifs et de moyens permet d'engager dès à présent et pour cinq ans des opérations essentielles au bon fonctionnement de notre établissement.

Sans dresser un catalogue exhaustif de toutes ces mesures, on peut cependant citer :

#### 1 - Les opérations inscrites au 1er projet d'établissement

- 2ème et 3ème phases du bloc opératoire Robert-Debré (création d'une unité de chirurgie ambulatoire, restructuration du secteur de surveillance post-interventionnelle et des vestiaires et restructuration de la zone accueil - transfert)
- restructuration de l'unité de réanimation polyvalente
- achèvement de la rénovation des consultations externes de l'hôpital Robert Debré

#### 2 - Des opérations programmées à partir de 2003

- rénovation de la psychiatrie et construction d'une unité pour adolescents
- plan d'archivage médical
- restructuration de la pharmacie
- mise en conformité aux normes de sécurité : sécurité incendie pour les résidences pour personnes âgées, prévention contre la légionelle, climatisation du bloc de traumatologie ...
- humanisation des chambres
- équipements : équipements lourds, équipements concourant à la prévention des infections nosocomiales, équipements pour les consultations rénovées
- réalisation du plan d'action du système d'information

#### 3 - Les opérations inscrites au 2ème projet d'établissement à programmer sur la période 2003 /2007

- rapprochement de services en vue de la constitution des futurs pôles d'activité
- mise en conformité des urgences pédiatriques, des blocs de neurochirurgie et d'orthopédie, et du bloc d'urgence
- mise à niveau des équipements médicaux
- investissements liés au schéma directeur du système d'information

Grâce à ce programme le CHU continuera à assurer ses missions auprès des patients dans les meilleures conditions de sécurité et de confort.

Le pré-contract d'objectifs et de moyens attribue au CHU une nouvelle dotation de 800 000 euros par an de 2002 à 2005, soit un cumul pérenne de 3,2 millions d'euros pour réaliser l'ensemble de ces projets.

Ce pré-contract prélude au contract d'objectifs et de moyens. Celui-ci intégrera les autres éléments du projet d'établissement et notamment les opérations et les études dans la perspective de la mise en œuvre du plan directeur à moyen terme.

## POINTE-À-PITRE

### Restructuration : tout un programme

A l'instar des autres établissements, le CHU de Pointe-à-Pitre, édifié de 1978 à 1982, est confronté à l'urgente nécessité de moderniser ses installations. Un ambitieux programme, validé par les instances (CTE, CME, CA, ARH) a été planifié. Il concerne la quasi totalité des services : de l'implantation de l'IRM à la construction d'un pôle logistique (cuisine-buanderie-magasins-archives) en passant par la restructuration complète des blocs opératoires, les salles de réveil et la pédopsychiatrie.

#### Deux contraintes : l'espace et le temps Un manque crucial de place

« le déficit de surfaces est de l'ordre de 40% » explique Philippe Loir, Directeur Général ; les responsables ont donc décidé d'installer à l'extérieur de l'établissement les services qui n'entretennent pas un lien direct avec le coeur de l'hôpital tels que le pôle logistique, le centre de formation, l'hôpital de jour de pédopsychiatrie.

Les surfaces ainsi récupérées seront affectées aux activités soignantes et médico-techniques. Ainsi les urgences occuperont les cuisines actuelles et les laboratoires seront installés à proximité, sur le site de la buanderie. Quant aux urgences pédiatriques, elles remplaceront les services économiques. Enfin, l'extension de la réanimation se fera dans les locaux des services financiers.

#### Des délais incompressibles

Plusieurs années s'écoulent entre l'élaboration d'un avant-projet et l'exécution de l'opération. Une étude réalisée en février 2002 par la Conférence des Directeurs Généraux de CHRU montre que la durée de réalisation de travaux de restructuration en site occupé ne peut être inférieure à 6 ans.

Ce délai correspond à l'enchaînement d'étapes obligatoires et consécutives : concertation avec les utilisateurs, approbation de l'avant projet, consultation des instances, des services de sécurité et d'urbanisme, organisation de concours de maîtrise d'oeuvre et d'architecture, élaboration des dossiers de marchés, des dossiers nécessaires à la tutelle, des études complémentaires par des prestataires extérieurs, respect des délais du code des marchés publics, organisation des commissions d'appel d'offres et des conseils d'administration, programmation financière...

# Management

A Pointe-à-Pitre, la nécessité de respecter les normes de consolidation parasismique (PS 92) représente encore une contrainte supplémentaire.

## **Programme de restructuration**

Au CHU de Pointe-à-Pitre, une dizaine d'opérations de modernisation /restructuration ont été lancées pour un montant de 36 millions d'euros : la restructuration du plateau technique (Blocs opératoires, Stérilisation, Médecine nucléaire), l'IRM, l'hôpital de jour de pédopsychiatrie, le pôle logistique, les urgences pédiatriques, l'extension de la réanimation polyvalente, le site de l'ancien hôpital Ricou et l'IFSI. Certaines seront achevées en 2003 ou en 2004. Actuellement, le CHU recherche en plus d'autres locaux pour installer un second pôle de formation.

## **Achat d'équipements**

**Radiologie** : l'appel d'offres pour du matériel d'imagerie (salle d'angiocoronarographie numérisée, table télécommandée, lecteur de plaques photostimulables) est en cours, le matériel devrait être installé dans le dernier trimestre 2003.

**Médecine nucléaire** : l'appel d'offres pour l'acquisition d'une 2ème Gamma Camera sera lancé fin 2003 (installation 2004)

**Radiothérapie** : l'appel d'offres pour le renouvellement du deuxième accélérateur de particules (20 MEV) sera lancé en 2003 dès retour de l'approbation matériel lourd.

**Service biomédical** : Le programme d'achat d'équipement en matériel médical se poursuit (3 Millions d'euros /an hors matériel lourd).

**Parmi les récentes acquisitions on citera** : 3 amplificateurs de brillance pour le bloc opératoire, un échodoppler en gastro-entérologie, un angiographe numérisé en OPH, un ECG d'effort en cardiologie, 5 respirateurs lourds de réanimation et des équipements de base (pompes, pousses seringues, moniteurs ECG)

## **Mise aux normes**

**Génie civil** : Des études sont en cours pour la réalisation d'un schéma directeur de rénovation et d'extension des installations de production et de distribution de traitement d'air, de climatisation et des installations électriques. Elles permettront de planifier un programme de travaux pluriannuel.

**Sécurité incendie** : La mise en conformité des installations de la tour sud est terminée et les travaux de la tour nord seront effectués courant 2003.

## **PROJET MEDICAL**

### **CAEN**

## **Réorientation fondamentale de l'organisation médicale**

Les contraintes économiques et sociales, les exigences croissantes en matière de qualité et de sécurité, le défi de l'excellence dans les domaines de la recherche, de l'enseignement et des soins imposent à l'hôpital de nouvelles stratégies de concentration et de mutualisation des compétences et des moyens. Le projet médical du CHU de Caen les a synthétisées en 4 axes majeurs.

### **Le projet médical : un programme sur 10 ans des grandes restructurations médicales**

Situé dans une région comptant plus de 1 422 000 habitants et au cœur d'un bassin dynamique de 400 000 personnes, le CHU de Caen figure au 14ème rang sur les 29 établissements hospitalo-universitaires répartis sur le territoire français. Le CHU de Caen est aussi identifié comme ayant une valeur du point « ISA » supérieure de 7% à la moyenne nationale des CHU.

### **Le projet médical tient compte de ce contexte et propose quatre axes stratégiques :**

- Affirmer les activités médicales de référence et de pointe : périnatalité et génétique, neurosciences et mémoire, digestif, cardio-vasculaire, infectiologie, handicap-appareil locomoteur, orthopédie, cancérologie.
- Favoriser les restructurations et les ouvertures du CHU par la création de 8 pôles médicaux-chirurgicaux : femme et enfant, viscéral-digestif, cœur-vasseaux-poumons, tête et cou, appareil locomoteur; médecin, psychiatrie, personnes âgées, mais aussi par la composition de 4 ensembles : imagerie, urgence-anesthésie-réanimation, biologie, santé publique-

prévention-éducation « La création de pôles et d'ensembles permettra de rationaliser l'utilisation des moyens et d'atteindre des masses critiques d'activités à la hauteur des ambitions hospitalo-universitaires » estime le Pr. André Valdazo, Président de la Commission Médicale d'Etablissement. Par ailleurs, le développement de réseaux et de filières, dont le CHU est bien souvent l'instigateur et l'animateur, notamment avec le Centre Anticancéreux, permettra la création d'un Pôle de Santé Régional.

Le coût prévisionnel des regroupements est estimé à 400 millions d'euros, investissements que le CHU espère réaliser dans les 10 à 15 prochaines années.

- Améliorer l'offre de soins de proximité notamment pour les urgences, la filière personnes âgées, la chirurgie ambulatoire, les soins de suite et de réanimation...
- Maintenir la spécificité universitaire et régionale.

## **COOPERATION**

### **SAINT-ETIENNE**

## **Ouverture d'une maison médicale**

Pour renforcer la permanence des soins et améliorer le fonctionnement des urgences le CHU de Saint-Etienne a ouvert, le 17 mars 2003, une maison médicale sur un de ses sites, à proximité du service des urgences de l'hôpital Bellevue.

### **Une réponse appropriée à la nature de l'urgence.**

Pour traiter les affections qui relèvent de la médecine générale les patients seront invités à se rendre à la garde médicale de ville sécurisée assurée par les généralistes dans la maison médicale. Cette offre évitera aux stéphanois de recourir systématiquement aux urgences du CHU qui pourront ainsi recentrer leur action sur leur mission

# Management

première : l'accueil des urgences nécessitant l'accès.

## **Organisation de la maison médicale**

La maison médicale fonctionne comme un cabinet de médecine générale. La garde médicale est assurée par des médecins généralistes libéraux sur la base du volontariat aux horaires suivants

- semaine : du lundi au vendredi de 18h à 24 heures
- samedi : de 14 h à 24 h
- dimanche et jour férié : du 14 h à 24 h.

## **Accueil des patients**

Durant ces horaires, le patient dispose d'un accès direct à la maison médicale. Il peut venir soit après régulation du centre 15, soit de sa propre initiative. Par ailleurs, le patient qui se présente aux urgences du CHU et dont l'état de santé ne requiert pas le recours au plateau technique est réorienté par une infirmière d'accueil et d'orientation vers la maison médicale.

**La création d'une maison médicale s'inscrit dans le cadre du réseau ville-hôpital.** Son ouverture est accompagnée par deux autres mesures :

- un développement du rôle de conseil et d'orientation du Centre 15 : La participation des médecins libéraux à la régulation des appels au Centre 15 a été élargie et renforcée de 18h à 24 h en semaine. Ce dispositif s'ajoute à la co-régulation déjà effective le week-end et les jours fériés.
- le lancement d'une campagne d'information sur la permanence des soins au sein de l'agglomération stéphanoise et sur le bon usage des urgences.

## **Permanence des soins :**

### **financement des nouvelles mesures**

Le Fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville (FAQSV) finance les permanences de régulation des généralistes du centre 15 ainsi que les frais de mise en œuvre de fonctionnement de la maison médicale.

Les praticiens libéraux volontaires sont rémunérés à l'acte selon les tarifs conventionnels en vigueur.

Le CHU de Saint-Etienne contribue, grâce au travail de son infirmière d'accueil et d'orientation du service des urgences, à l'orientation du patient vers la structure la plus adaptée à son état afin d'éviter qu'il ne soit vu deux fois : la première par le

médecin urgentiste du CHU et la seconde par le médecin libéral de la maison médicale. Enfin l'établissement met à disposition les espaces d'accueil du service d'urgences et de réanimation de l'hôpital Bellevue, hors de ses horaires habituels de fonctionnement.

## **Les partenaires du projet**

Le projet a été porté par :

- l'ensemble des médecins libéraux : conseil de l'ordre, médecins de garde, FAPSUM, CSMF 42, MG 42, coordination médicale. Le dossier a été porté par l'association des médecins de garde présidée par le Dr Abbas Khennouf.
- le CHU de Saint-Etienne, représenté par son Directeur Général, Monsieur Guy Richier.

## **AMIENS - CAEN - LILLE - ROUEN**

### **G4 : La coopération inter-CHU puissance 4**

Les CHU d'Amiens, de Caen, de Lille et de Rouen se sont engagés dans un partenariat qui s'est concrétisé en décembre 2001, par la signature d'une charte.

**Ces quatre établissements se donnent ainsi un cadre et des moyens pour mener des actions communes afin de mieux répondre aux besoins des 10 millions d'habitants des régions Basse-Normandie et Haute-Normandie, Picardie et Nord-Pas de Calais.**

L'inter-région Nord, comparable par ses dimensions à l'Île-de-France, positionnerait l'inter-CHU au même rang que les grandes organisations hospitalières internationales. Cette collaboration réaffirme les missions fondamentales des Centres Hospitaliers Universitaires : la formation, les soins, l'innovation et la recherche.

## **La structure du G4**

Un collège composé des quatre Directeurs Généraux, des quatre Présidents de CME, des quatre Doyens de Faculté détermine les choix stratégiques et leurs déclinaisons dans le respect des prérogatives des Conseils d'Administration. Il se réunit au moins deux fois par an, sur convocation de son président -Didier Delmotte, Directeur

Général du CHU de Lille, élu pour ce mandat d'un an. Le Collège fixe la composition des trois commissions (effectifs médicaux, recherche et Charte) et des groupes de travail permanents.

## **Une charte commune**

Le développement de l'activité des CHU s'appuie sur 4 valeurs principales :

**Le partage :** Il se décline sous la forme d'une mise en commun d'informations, de moyens mais aussi de répartitions d'activités ou de spécialisations préalablement définies.

**La préférence :** Chaque établissement s'engage à se tourner préférentiellement, mais non exclusivement vers un de ses partenaires.

**L'action :** Les établissements s'engagent à se doter d'un programme d'actions communes inscrites dans un calendrier et comportant des mesures d'évaluation.

**L'identification :** Un logo commun aux quatre établissements symbolisera ce partenariat.

## **Des objectifs affirmés**

Ce partenariat entre les quatre CHU cible principalement le développement des innovations (tant médicales que médico-techniques), de la recherche, des plateaux techniques et des équipes de haut niveau. Enfin, il vise à apporter des réponses communes à l'infléchissement de la démographie médicale.

Ces objectifs généraux se déclineront concrètement sur le terrain par l'identification des pôles d'excellence et de référence de chaque CHU, le renforcement de la formation du corps médical prioritairement dans les disciplines sinistrées.

## **Des actions en marche**

Le groupe des 4 étudie la possible mobilité des chefs de clinique entre les 4 établissements et réfléchit aux axes de recherches communs. Les grandes orientations d'un programme de recherches commun dans les domaines de la cancérologie, des pathologies cardiovasculaires et digestives, des neurosciences ont été arrêtées. Le 6 février 2003, la mission CHU du plan "Hôpital 2007" dont le rôle est de faire des propositions aux Ministres de la Santé et de l'Education Nationale sur l'évolution des CHU, a rencontré le G4 à Amiens.

## **Consolider la recherche**

Un des objectifs prioritaires du G4 est de développer de façon coordonnée des "pôles d'excellence" autour de thématiques à forte

# Management

valeur de coopération inter-régionale (Cancérologie- cancérpôle (?), Cardio-vasculaire, neurosciences, digestif). Cette initiative décuplera le potentiel de recherche des 4 CHU, ouvrant ainsi des perspectives de participation à des projets d'envergure internationale.

## **Répondre aux enjeux de la démographie médicale**

Une "bourse d'échanges" inter-régionale commune a permis de créer en 2002, 4 postes de chef de clinique des universités-assistants des hôpitaux. 4 autres sont déjà prévus pour cette année. Le G4 veut également renforcer les aspects attractifs liés à une meilleure prise en compte des conditions d'exercice des praticiens.

## **Encourager les initiatives médicales et médico-techniques**

Le G4 appuiera en priorité les projets multicentriques fédérant plusieurs équipes. Pour 2003, deux projets sont proposés : la stimulation du nerf vague dans le traitement des épilepsies pharmaco-résistantes de l'enfant et les Cardio Coated Stents.

## LYON

### **Un groupement d'intérêt économique pour l'IRM Nord**

#### **Un G.I.E. pour acquérir une IRM et mieux prendre en charge des patients au Nord de l'agglomération Lyonnaise**

Afin de partager les coûts d'acquisition et d'optimiser l'utilisation d'une IRM de haute technologie, les Hospices Civils de Lyon et la Société Civile des Praticiens Libéraux de l'I.R.M. Croix-Rousse Nord signent ce jour la création officielle d'un Groupement d'Intérêt Economique : «G.I.E. - I.R.M. Nord».

Cette initiative originale répond au souci de travailler ensemble, de partager des moyens, des ressources et des compétences ; et ouvre la voie au décloisonnement du système de santé régional grâce à une coopération public - privé novatrice.

Concrètement, le G.I.E. - I.R.M. Nord loue des locaux spécialement aménagés à

l'Infirmierie Protestante située à 600 mètres de l'Hôpital de la Croix-Rousse ; ces locaux indépendants de la Clinique permettront au G.I.E. - I.R.M. Nord d'assurer en toute autonomie son activité d'imagerie.

Un personnel paramédical commun (8 personnes), attaché au G.I.E., et indépendant de l'Infirmierie Protestante et du C.H.U., est en cours de recrutement. Cette structure au service des malades, quelle que soit leur provenance, travaillera indifféremment avec les médecins de statut privé ou public.

Les radiologues libéraux de la Société Civile et de l'Hôpital de la Croix Rouse se partageront le temps d'activité d'imagerie quotidienne chaque jour avec les mêmes règles de travail dans l'optique d'un partage de compétences spécifiques, que ce soit pour l'imagerie quotidienne et également pour des projets de recherche.

Les deux partenaires du G.I.E. (H.C.L. et S.C. des Praticiens Libéraux) ont choisi une I.R.M. de haut champ qui répond aux dernières innovations techniques développées en cancérologie, neurologie et dans l'exploration des maladies cardiaques et vasculaires.

**Le G.I.E. représentera une structure autonome, avec un budget propre de 530 000 euros/an. L'existence du GIE permettra une diminution significative des délais d'attente. Le nombre de patients qui seront pris en charge par la structure est estimé à 6 000 personnes la première année pour une montée progressive évaluée à 10 000 personnes par an.**

Les travaux d'aménagement sont en cours et les patients seront accueillis dès le mois de septembre.

#### **Les représentants des partenaires :**

- Elisabeth Gormand Société Civile de Moyens des radiologues de l'Infirmierie Protestante et de la Clinique de Rillieux : 04 72 00 70 20
- Yves Berthezène, Chef du service de radiologie de l'Hôpital de la Croix Rouse 04 72 07 18 80
- Frédéric Gay, radiologie, Clinique de Rillieux : 04 72 01 38 10

## RESSOURCES HUMAINES

### FORT-DE-FRANCE

#### **Le Service Infirmier de Compensation et de Suppléance (SICS)**

Passer de 39 heures de travail hebdomadaire à 35 alors qu'augmentent les exigences de qualité des soins, de sécurité et de communication relève du défi. Au CHU de Fort de France, les 128 postes accordés par l'ARH ne seront intégralement créés qu'en 2004. En attendant cette échéance, l'établissement a fait évoluer son organisation interne. Ainsi, l'accord local « CHU 2002 » prévoit la création d'un service infirmier de Compensation et de Suppléance et la mise en place d'équipes fixes de nuit.

#### **Le SICS : une équipe au service des unités de soins**

Assurer la continuité des soins avec du personnel formé à la polyvalence, telle est la mission première du SICS. Créé en novembre 2001, le service s'est peu à peu étoffé. Aujourd'hui l'équipe est composée de 7 aides-soignants de nuit, de 4 aides-soignants de jour et de 12 infirmières de nuit.

#### **Priorité aux urgences et au renfort des équipes de nuit.**

Principalement affectés aux équipes fixes de nuit, les personnels du SICS compensent des jours RTT, remplacent les absences imprévues et de courte durée (7 jours maximum) et renforcent des équipes lorsque la charge en soins est temporairement augmentée.

#### **La polyvalence se construit avec l'expérience**

Les agents du SICS font preuve d'une grande motivation et d'une excellente capacité d'adaptation. Des atouts essentiels pour ces « polyvalents des soins ».

Une récente enquête réalisée par Anne-Marie Molinard, cadre infirmier au SICS, montre que ces professionnels apprécient la découverte des nombreuses spécialités ce qui leur permet d'acquérir une expérience

# Management

variée. Cependant, la peur de l'inconnu n'est pas totalement vaincue et certains appréhendent leur nouvelle affectation. Pour faciliter leur adaptation, les agents sont rattachés à un service référent durant un ou deux mois.

Interrogés sur les principales difficultés rencontrées lors de leur remplacement, les agents du SICS ont signalé les prescriptions médicales, pas toujours rédigées ou mises à jour de façon claire et précise, le manque de connaissance de certains matériels, le manque d'uniformisation des pratiques dans les différents services.

Encadré

Un regard extérieur toujours utile : il arrive d'ailleurs que les agents du SICS soumettent de nouvelles idées aux services qui les accueillent ...

## **Enfin l'étude a permis de dégager des pistes d'amélioration :**

- la création d'un SICS sur l'hôpital Victor Fouche,
- le rallongement de la période d'intégration
- la nécessité de limiter les remplacements sur 3 ou 4 services pendant plusieurs mois afin de diminuer le stress et d'améliorer la qualité des prestations de soins
- la mise à disposition d'une salle et de vestiaires pour le personnel
- la poursuite d'une réflexion autour de la gestion des compétences des personnels du SICS...

Un programme qui permettra d'améliorer le service rendu par le SICS et de renforcer la polyvalence de ses agents.

## ACCREDITATION

### BORDEAUX

## **Certification Iso 9001 : 2000 des prestations informatiques**

Le 26 novembre 2002, le CHU de Bordeaux a reçu le certificat de conformité à la norme 9001 : 2000 pour l'ensemble des prestations informatiques de conception et de réalisation. Le service informatique du CHU de Bordeaux est le premier de ce type certifié en France pour l'ensemble de ses prestations au regard d'un tel niveau d'exigence. Cette reconnaissance officielle vient couronner les efforts de toute une

équipe et la politique d'amélioration continue du service rendu au patient engagée depuis plusieurs années par la Direction générale du CHU.

### **De la qualité à l'excellence**

Le label ISO (organisation internationale de standardisation) a été délivré par l'Association Française de l'Assurance Qualité (AFAQ), leader français et référence internationale dans le domaine de la certification. Norme de management, l'iso 9001 version 2000 est une réponse aux besoins des entreprises souhaitant dépasser l'assurance qualité et s'engager sur la voie de l'excellence. Le management est au cœur de la démarche de certification car celle-ci repose sur l'implication de l'ensemble du personnel.

### **L'amélioration continue de la performance globale est un objectif permanent**

Parmi les neuf processus de production clairement identifiés on citera : le management de l'entité, l'écoute et demande client, l'analyse systématique des informations disponibles, les relations de partenariat avec les fournisseurs...

### PARIS

## **L'hôpital marin de Hendaye accrédité**

L'hôpital marin de Hendaye (64) situé sur la Côte Basque est un établissement de l'AP-HP spécialisé dans l'accueil et la prise en charge des personnes polyhandicapées. Il comprend 320 lits de soins de suite et de réadaptation et emploie plus de 500 professionnels. Il développe des spécificités dans le traitement des patients autistes, des traumatisés crâniens ainsi que des patients atteints d'une maladie génétique rare : le syndrome de Prader-Willi.

### **L'hôpital marin de Hendaye est le 11ème hôpital de l'AP-HP à être accrédité.**

Parallèlement à son engagement dans une démarche qualité qui lui a permis de satisfaire aux critères de l'évaluation de l'ANAES, l'établissement poursuit un vaste programme de modernisation de ses activités médicales pour offrir un environnement mieux adapté aux patients, à leurs pathologies et à l'accueil des familles, notamment grâce à une refonte complète et une conception architecturale novatrice de ses locaux.

Les principaux points forts relevés dans le rapport d'accréditation qui répondent aux

3 orientations stratégiques suivantes définies par l'agence concernent :

### **La satisfaction des besoins des patients :**

L'établissement a mis en place une politique de prise en charge des patients prenant réellement en compte la particularité des pathologies des patients. Le respect des droits et l'information des patients mobilisent d'autant plus l'établissement que les résidents sont très handicapés au niveau de la compréhension et de l'expression. Ainsi, la politique d'accueil des familles est très développée. Il existe une réelle dynamique de l'ensemble des équipes à s'interroger en permanence sur le bien fondé de ce qui est fait dans la prise en charge des patients.

Plusieurs initiatives ont également été menées dans le domaine de la tenue du dossier du patient qui ont permis d'intégrer tous les intervenants dans la prise en charge et ont conduit à élaborer un dossier bien structuré accessible à tout moment pour les professionnels concernés.

### **La dynamique de la gestion de la qualité :**

L'hôpital a intégré comme axe prioritaire de son projet d'établissement, la démarche d'amélioration de la qualité avec un engagement fort de l'encadrement dans les démarches de projet. L'établissement a ainsi mis en place une gestion des ressources humaines qui est en synergie avec la démarche d'amélioration de la qualité, une gestion des fonctions logistiques clairement définie, élaboré un schéma directeur informatique qui accompagne le projet d'établissement. L'ensemble s'appuie sur un vaste programme de rénovation et de restructuration de l'ensemble des bâtiments.

### **La maîtrise et la prévention des situations à risques**

L'établissement s'est doté de structures qui lui permettent de développer une politique qualité et de gestion des risques lui permettant de développer les vigilances et la sécurité transfusionnelle ainsi que la maîtrise du risque infectieux. Cette politique s'appuie sur une dynamique de la direction, des instances et de l'encadrement fortement impliqué.

**L'Hôpital d'Hendaye n'a fait l'objet d'aucune réserve et d'aucune recommandation de la part du collège de l'accréditation. Fort de ces constats, l'établissement va poursuivre son engagement dans sa démarche d'amélioration continue de la qualité en faveur des patients.**

# Management

## RESTRUCTURATION

### SAINT-ETIENNE *Ambitieux plan de modernisation : le passage de 5 à 2 sites de soins*

Pour mieux répondre aux besoins de la population, le CHU a défini depuis 2000 un vaste programme de modernisation qui prévoit, à l'horizon 2006, le passage de 5 sites de soins (Bellevue, la Charité, le centre Antoine Pinay, Nord, Saint-Jean-Bonnefonds) à 2 sites d'hospitalisation (Nord et Bellevue) regroupant la médecine, la chirurgie et les urgences.

Le regroupement des compétences et des moyens permettra d'optimiser les prises en charge.

**Actuellement la dispersion des structures de court séjour entraîne des lourdeurs et des transferts importants : 19 000 transports annuels entre Bellevue et Nord en 2002.**

Par ailleurs, les installations de l'hôpital Bellevue et de l'hôpital La Charité, remontant au XIX<sup>ème</sup> siècle, voire avant, ne sont plus adaptées à un accueil de qualité des malades. Ce plan de modernisation s'inscrit en outre dans la perspective d'une véritable mise en réseau interne et externe (les pôles d'activité et les coopérations) avec les autres acteurs de santé.

#### **Le choix et la vocation des sites**

Il est apparu à tous préférable de regrouper à l'hôpital Nord, dans le cadre de constructions neuves, l'ensemble de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique.

Le même constat d'inadaptation a pu être fait pour le site de Saint-Jean-Bonnefonds. Eloigné des plateaux techniques, des services de médecine somatique, il souffrait d'une situation excentrée. L'opportunité d'une vente globale du site donne l'occasion de créer des installations neuves et fonctionnelles et de rapprocher la psychiatrie du court séjour (145 lits transférés).

De son côté, l'hôpital Bellevue sera maintenu avec le transfert des activités gériatriques de la Charité, là encore dans un nouveau bâtiment.

Ce programme de modernisation comprend un volet ressources humaines

qui prévoit un accompagnement social et le renforcement des compétences des professionnels mobilisés.

#### **Le soutien des élus**

Pour Michel Thiollière, sénateur-maire de Saint-Etienne, président de la Communauté d'agglomération et président du conseil d'administration du CHU, « **ce programme de modernisation dotera la deuxième agglomération de Rhône-Alpes et huitième en France, d'une offre de soins diversifiée et de très grande qualité** ». Elle pourra ainsi rivaliser avec les plus grandes métropoles européennes tout en répondant aux exigences de santé que sont en droit d'attendre les quelques 400 000 habitants de l'agglomération sans oublier les voisins de la Haute-Loire si proche. « En développant et en améliorant notre offre en termes de santé et d'enseignement supérieur, nous renforçons notre position et créons des atouts supplémentaires et complémentaires pour l'avenir de notre agglomération métropolitaine et ses habitants ».

#### **Des équipes, des projets au service des patients**

Le projet d'établissement 2001-2006 et le contrat d'objectifs et de moyens conclu avec l'ARH pour la période 2002-2005 consacrent ces orientations et définissent les priorités du pôle de référence constitué par le CHU de Saint-Etienne pour un meilleur service au patient.

Au cours de la période du contrat des projets fortement structurants pour l'avenir du CHU de Saint-Etienne seront menés à bien :

- l'organisation des urgences ;
- la restructuration de la chirurgie, ces deux premiers thèmes ayant été complétés dans une perspective plus large de regroupement de la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) par la prise en compte des problématiques médicales ;
- le pôle cardiovasculaire ;
- les activités psychiatriques ;
- la prise en charge globale des personnes âgées ;
- la médecine physique et de réadaptation avec l'ouverture du nouveau pavillon et, pour les soins post-réanimation, avec un rapprochement d'activités prévu avec le Centre Médical de l'Argentière ;
- le pôle couple-mère-enfants issu de la réunion des moyens de l'hôpital Nord et de l'hôpital Antoine Pinay en cours d'achèvement ;
- l'onco-hématologie, avec l'atout que constitue l'opération de complémentarité

avec la Mutualité de la Loire en vue de la construction d'un institut de cancérologie commun, à vocation hospitalo-universitaire

- l'organisation de la biologie : passage de 15 laboratoires sur 20 sites à un plateau commun regroupé en trois fédérations « molécules », « cellules » et « infectieux » ;
- le traitement de la douleur et les soins palliatifs qui constituent depuis plusieurs années des points forts de l'établissement.

#### **Modernisation : les principaux chantiers**

Pôle couple mère enfant  
opération déjà largement engagée  
Institut de Cancérologie de la Loire :  
ouverture 2004.  
Bâtiments de psychiatrie adulte et de  
pédopsychiatrie - ouverture 2004  
Bâtiment chirurgical - ouverture 2005

### FORT-DE-FRANCE *Pose de la pierre de la maison de la femme, de la mère et de l'enfant*

Le 23 décembre 2002, la première pierre de ce nouvel édifice était posée en présence de Messieurs Michel BARNIER, Commissaire Européen, Monsieur Yvon PACQUIT représentant Monsieur Serge LETCHIMY, Maire de la ville de Fort-de-France, Monsieur Joseph BALTIDE, Président du Conseil d'Administration du CHU, Monsieur Alfred MARIE-JEANNE, Député, Président du Conseil Régional de la Martinique, Monsieur Claude LISE, Sénateur, Président du Conseil Général de la Martinique, Monsieur Michel CADOT, Préfet de Région Martinique, de Monsieur Bernard ROEHRICH, Directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation, Monsieur le Docteur Gérard PANELATTI, Président de la Commission Médicale d'Etablissement et de Madame Annie RAMIN, Directeur Général du CHU.

La reconstruction de la Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant figure parmi les axes forts du projet d'établissement du CHU de Fort de France, approuvé par l'ARH Martinique le 21/06/99. L'établissement regroupera les secteurs de gynécologie obstétrique, de pédiatrie et de chirurgie infantile à proximité immédiate du plateau technique le plus complet et le plus moderne de l'île.  
Superficie : 15 000 m<sup>2</sup> Montant de l'opération 48,6 millions d'euros TTC.

# Management

## REIMS

### **Le nouvel espace Bloc**

Depuis novembre 2002, le CHU de Reims dispose de blocs opératoires et d'une stérilisation centrale flambant neufs. Leur architecture en demi-cercle répond à un souci de plus grande fonctionnalité. « Spacieuses et ergonomiques, les salles satisfont les nouvelles normes d'hygiène et de sécurité et les exigences des équipes qui ont participé à leur conception » se réjouit le Pr Clément coordonnateur du service.

Les 11 salles du bloc bénéficient toutes d'un éclairage naturel. Elles respectent le principe d'asepsie progressive. La filtration de l'air est assurée par un plafond soufflant et la climatisation est indépendante par salle.

Le mobilier ergonomique et modulable facilite le bionettoyage en cabine de lavage et l'encombrement au sol a été largement réduit grâce aux bras techniques plafonniers

« Comme il s'avérait difficile de rénover les anciens bâtiments datant de 1970 sans gêner l'activité médico-chirurgicale, le choix a été fait, en 1998, de construire une nouvelle structure extérieure. Cette option a permis d'éviter toute la phase de transition. » commente le Pr Clément.

#### **Prochaine étape**

L'évolution des techniques opératoires et l'augmentation du nombre d'interventions moins lourdes car moins invasives amènent le CHU de Reims à créer une unité de chirurgie ambulatoire. Celle-ci sera située dans les anciens locaux du bloc opératoire qui accueilleront également une salle de surveillance post-interventionnelle. Ce projet débutera en 2003, il intégrera les normes très strictes qui encadrent la pratique de la chirurgie ambulatoire.

#### **Caractéristiques du nouveau bloc opératoire et de la stérilisation centrale**

Surface : 3 500m<sup>2</sup>

Programmation du projet : 1998

Début des travaux : 2000

Ouverture novembre : 2002. La journée

portes ouvertes du bloc organisée le 9 novembre 2002 a attiré plus de 1000 visiteurs.

Architectes : Alain Janiaud associé à Philippe Gibert

Travaux : 6,5 milliards €

Equipement : 1,3 millions d'euros

Activité opératoire en 2001 : 8 291 interventions

## STRASBOURG

### **Nouvel hôpital civil : le plus gros chantier hospitalier de France**

Le 8 avril 2003 s'est déroulée la visite du chantier du nouvel hôpital civil de Strasbourg, en présence de La Présidente du Conseil d'Administration des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Maire de la Ville de Strasbourg, Madame Fabienne Keller, le Président de la Communauté Urbaine de Strasbourg, Monsieur Robert Grossmann et le Directeur Général des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Monsieur Paul Castel.

Les travaux viennent de débuter en plein coeur historique de Strasbourg. Le Nouvel Hôpital Civil, d'une capacité de 712 lits et places, devrait ouvrir ses portes début 2006 après 36 mois de travaux, pour une surface construite de 85 000 m<sup>2</sup>. Les premières dalles de béton sont coulées. Ce très gros chantier va employer 400 à 600 personnes.

**L'évolutivité de l'espace interne et de l'organisation a été une préoccupation majeure des concepteurs afin de permettre au nouvel hôpital de s'adapter en permanence aux innovations médicales.** La construction de deux bâtiments, reliés par un plateau technique commun, fait une large place au développement des alternatives à l'hospitalisation, à la mise en commun de moyens entre les services, à la modularité des espaces et aux nouvelles technologies (plateau technique de biologie, imagerie numérisée, informatisation, etc).

Cette opération s'inscrit dans le cadre du projet d'établissement et du programme d'investissement des Hôpitaux Universitaires

de Strasbourg. Le programme pluriannuel d'investissement du CHU de Strasbourg va faire l'objet d'une demande de moyens budgétaires dans le cadre du Plan Hôpital 2007. Le montant des financements prévisionnels pour le seul Nouvel Hôpital Civil s'établit à 230 Millions d'Euros.

Le CHU de Strasbourg, est le maître d'ouvrage de l'opération, l'architecte Claude VASCONI en est le maître d'oeuvre.

## TOULOUSE

### **le Nouvel hôpital Paule de Viguier**

**Des conditions d'accueil et de soins optimales pour la femme, la mère et le couple**

L'hôpital Paule de Viguier, ouvert le 25 mars 2003, offre des conditions d'accueil et de soins pour la femme, la mère et le couple dignes des meilleurs établissements français et européens. L'idée de regrouper les spécialités concernant la mère et l'enfant est née voici une vingtaine d'années ; un projet devenu nécessité en 1988 quand la France a adopté des mesures pour améliorer la sécurité périnatale.

En continuité de l'Hôpital des Enfants, l'hôpital Paule de Viguier permet une prise en charge globale de la mère et du nouveau-né. La pathologie médicale spécifiquement féminine, de la puberté à la sénescence, ainsi que l'infertilité du couple sont également intégrées à l'offre de soins.

Conformément à la décision de l'Agence régionale d'hospitalisation de Midi-Pyrénées, cette nouvelle structure de soins répond, dans les délais prescrits, à l'obligation de doter la région d'un hôpital Mère-Enfant dit " de niveau 3 ". La charte constitutive du réseau régional de périnatalité Maternip conforte sa vocation midi-pyrénéenne.

**Au sein du nouvel hôpital, 400 médecins et personnels hospitaliers venus de services jusque alors dispersés sur les sites de La Grave et de Rangueil, fédèrent compétences et savoir-faire et mutualisent moyens et locaux.**

**Les activités réparties sur 4 niveaux:**

**Au rez-de-jardin :** Le Centre de stérilité s'ouvre sur les jardins intérieurs. Il regroupe

# Management

l'unité clinique d'assistance médicale à la procréation, un laboratoire de biologie de la reproduction, un centre de stérilité masculine, de sexologie et d'assistance médicale à la procréation, un laboratoire de spermologie et biologie de la reproduction, le CECOS Midi-Pyrénées (Centre d'études et de conservation des œufs et du sperme humain) et la pharmacie.

**Au rez de chaussée :** les urgences, le secteur naissance avec 3 salles de pré-travail, 6 salles de travail bloc opératoire, les activités de chirurgie ambulatoire, les consultations le secteur de l'imagerie ...

**Au premier étage :** l'hospitalisation, l'obstétrique, la chirurgie générale et gynécologique. L'obstétrique regroupe deux unités de 20 lits de suites de couches et une unité de 18 lits dont 4 lits d'unité Kangourou, une unité de rééducation fonctionnelle, un secteur de préparation à la naissance et un groupe de recherche INSERM.

**Au second étage :** trois unités sont réservées à la gynécologie, la chirurgie générale et gynécologique et l'oncologie-gynécologique.

#### **L'Hôpital Paule de Viguier en chiffres**

Capacité d'accueil : 206 lits

Surface globale 28 000 m<sup>2</sup>

Budget global 51,3 ME

– Le montant du marché travaux est de 46 ME

– Équipements, mobilier et matériel médical : 5,3 ME

#### **Paule de Viguier : une marraine historique**

Héroïne préférée des historiens de Toulouse, Paule de Viguier était d'une grande beauté qui aurait bouleversé François I<sup>er</sup> lui-même. Histoire ou légende ? Un fait est certain : dans la Toulouse de la Renaissance, éloignée du pouvoir central et repliée sur elle-même, Paule de Viguier (1518 ? – 1610) a favorisé le renouveau des arts et l'évolution des mentalités. Ce qui, à cette époque, de la part d'une femme – fût-elle fortunée, respectée pour son autorité et adulée pour son charme –, témoignait d'une rare force de caractère. Paule fut aussi mère et perdit brutalement un fils. Elle écrivit sur ce drame des pages d'un grand lyrisme. La choisir pour marraine du nouvel hôpital, essentiellement dédié à la femme et à la procréation, s'imposait donc à plus d'un titre.

## INTERNATIONAL

### FORT DE FRANCE

#### **Acteur majeur de la coopération sanitaire aux Caraïbes**

Conscient de son environnement, le CHU de Fort-de-France a initié une politique de coopération depuis plus de 10 ans dont l'objectif est de permettre la réduction de l'écart d'offre de soins entre les îles voisines et de diminuer les transferts de patients. Pour les médecins, infirmières et techniciens promoteurs des projets, cette démarche est riche d'enseignement, qu'il s'agisse de la découverte d'autres pratiques professionnelles ou de rencontres de cultures différentes.

**Aux Caraïbes, la coopération présente une valeur ajoutée : celle du rayonnement du système de santé français sur des zones essentiellement anglophones et hispanophones.**

#### **Le rôle de la délégation à la coopération**

Les projets de coopération naissent au détour d'un congrès, d'un séminaire, d'une rencontre entre professionnels de santé. Une fois les objectifs définis, la Délégation à la Coopération intervient pour rechercher un financement. Elle fait appel aux fonds régionaux, européens ou au Ministère des Affaires étrangères... Elle rédige le projet et le soumet aux autorités compétentes : la Préfecture ou le Conseil Régional, le Conseil Général, ou l'ARH...

La délégation évalue les contributions en vérifiant leur adéquation aux objectifs initiaux. La délégation propose ensuite un cadre juridique : convention, jumelage, accord de partenariat et détermine les modalités de coopération. Elle assure le suivi administratif et financier du projet. Enfin, elle dresse un bilan et détermine de nouvelles perspectives.

Jacques Lahely et Peggy Croulard membres de la délégation à la coopération rappellent que « le CHU de Fort-de-France n'a pas

vocation à se substituer aux structures de soins des pays concernés, ni à les financer ; il a choisi de les accompagner dans leur développement particulièrement dans les domaines de la formation de l'audit-conseil de la réalisation de séries opératoires et d'interventions techniques. »

#### **Quelques exemples de coopération Avec Haïti**

Le CHU de Fort-de-France, jumelé avec l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti assure la formation du personnel à l'hygiène hospitalière et à la maintenance biomédicale. Il a participé à un atelier sur les stratégies thérapeutiques antirétrovirales afin de définir les prises en charge des patients ayant contracté le sida.

#### **Avec les pays de l'Est des Caraïbes**

Un partenariat a été créé avec les îles de Sainte Lucie et de la Dominique dans le cadre du projet Esther « Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau. » Pour collecter les principales données qualitatives et quantitatives du VIH/SIDA, le CHU a réalisé une mission exploratoire qui lui a permis de constater que la prévalence du VIH reste encore faible sur ces deux îles. L'action principale de ce projet sera la formation des personnels de santé de ces deux îles à l'utilisation aux antirétroviraux.

Par ailleurs, pour financer la santé dans les pays de l'Est des Caraïbes, le CHU a suggéré la création d'un « Fonds mutualisé de financement des Soins Spécialisés dans les Caraïbes ».

#### **Avec Tobago**

Dans le cadre du jumelage avec le CHU de Scarborough Hospital, une mission d'audit-conseil en ophtalmologie s'est déroulée du 7 au 9 novembre 02. Des consultations ont été assurées auprès de 102 patients dont 80 nécessitaient une intervention chirurgicale. Actuellement, il n'existe pas de médecin qualifié sur cette île d'où la nécessité de la présence d'un ophtalmologue. Des solutions sont en cours pour pallier cette situation alarmante.

Pour plus d'information contacter  
Peggy Croulard, assistante coopération  
Tél : 05.96.55.35.51  
Fax : 05.96.55.84.00

# Management

## **STRASBOURG Strasbourg, Liège, Luxembourg : 1er réseau de coopération hospitalière transnationale**

**Jeudi 16 janvier 2003, les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, en Alsace (France), le Centre Hospitalier Universitaire de Liège, (Wallonie, Belgique), le Centre Hospitalier de Luxembourg (Luxembourg) ont signé la convention commune Interreg IIIB, point de départ officiel du premier réseau de coopération hospitalière transnationale financé par le FEDER et aboutissement de deux ans et demi de travaux préparatoires.**

Dotée d'un budget annuel de 3 millions d'euros la coopération porte sur 6 projets : l'optimisation de la prise en charge des patients transplantés hépatiques, des patients schizophrènes et atteints de la maladie d'Alzheimer, la thérapie cellulaire, hématologie et oncologie, l'amélioration de la qualité des soins dans les blocs opératoires, la création d'un réseau de communication informatique transnational et la formation professionnelle des gestionnaires de services de soins.

Ce projet influencera le développement et l'harmonisation des politiques de santé entre l'Alsace, la Wallonie et le Luxembourg. La dynamique créée par cette coopération hospitalière transnationale incite déjà la mise en place d'autres partenariats au sein des trois hôpitaux concernés et des établissements de soins périphériques. Les projets initiaux sont appelés à s'intensifier.

### **Un domaine novateur dans les programmes communautaires INTERREG**

Cette coopération s'inscrit dans le cadre des programmes communautaires INTERREG IIIB, financés en partie par le Fond Européen pour le Développement Régional (FEDER) et correspond à une expérience totalement novatrice dans les programmes INTERREG.

Le Conseil Régional d'Alsace, le Conseil Général du Bas-Rhin, la Communauté Urbaine de Strasbourg, la Région Wallonne, la Ville de Liège, la Région et la Ville de Luxembourg s'associent pleinement à ce projet. De plus, le Conseil Régional d'Alsace, le Conseil Général du Bas-Rhin et la Communauté Urbaine de Strasbourg y participent financièrement, à hauteur de plus d'un cinquième du budget global.

### **Le poids des Hôpitaux dans le développement économique**

Les projets communautaires de coopération inter-régionale, ont pour vocation première le développement et l'aménagement du territoire. Jusqu'à présent, ils ont impulsé et financé des domaines et des secteurs d'activité tels que les voies de communication ou le développement économique.

### **Or les centres hospitaliers et hospitalo-universitaires de l'Union Européenne représentent 10% du PIB de l'Europe de l'Ouest ; ils figurent aux côtés des plus grands employeurs de leur région et jouent un rôle primordial dans le développement et l'aménagement de leur territoire.**

Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, le Centre Hospitalier Universitaire de Liège et le Centre Hospitalier de Luxembourg qui emploient globalement plus de 14 500 personnes et concourent séparément à la prise en charge de la santé de 5,5 millions de citoyens sur un territoire de 27 710 km<sup>2</sup> s'inscrivent parfaitement dans un projet de coopération tout à fait novateur qui relève du programme communautaire INTERREG.

Compte tenu de la proximité géographique, l'énergie qu'ils déploient sera d'autant plus performante si une convergence d'actions est établie entre eux. Leurs potentialités médicales, humaines, technologiques, scientifiques, intellectuelles, ainsi que leurs savoir-faire respectifs seront mis en commun.

Par ailleurs, cette coopération facilitera la mobilité des médecins, du personnel soignant, des formateurs et enseignants en santé, ainsi que des managers hospitaliers. Cette mobilité participera activement au décloisonnement des pratiques et des structures en santé.

### **LES PARTENAIRES**

#### **Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg :**

Nombre d'employés : 10 000

Nombre de journées d'hospitalisation : 750 000

#### **Le Centre Hospitalier Universitaire de Liège :**

Nombre d'employés : 3 200

Nombre de journées d'hospitalisation : 280 349

#### **Le Centre Hospitalier de Luxembourg**

Nombre d'employés : 1 360

Capacité d'accueil : 488 lits.

En 2003, le Centre Hospitalier prévoit sa fusion avec une clinique privée portant sa capacité à 640 lits.

#### **Les partenaires financiers**

Le coût total de ce projet de coopération transnationale s'élève à 3 Millions d'Euros. La répartition se fait comme suit :

**FEDER : 1 500 000 Euros**

#### **ALSACE**

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg : **313 588 Euros**

Conseil Régional d'Alsace : **120 000 Euros**

Conseil Général du Bas-Rhin : **158 283 Euros**

Communauté Urbaine de Strasbourg : **105 522 Euros**

#### **WALLONIE**

Centre Hospitalier Universitaire de Liège : **60 6842 Euros**

#### **LUXEMBOURG**

Centre Hospitalier de Luxembourg : **195 753 Euros**

# Management

## CULTURE

### NANTES

#### *Vies quotidiennes à l'hôpital pour enfants*

Témoigner d'un monde méconnu où des enfants vivent à part, où des adultes ne vivent que pour leur donner la force de vaincre la maladie, qu'ils soient parents ou soignants (...). Ainsi se résume l'expédition lancée par les journalistes Isabelle Corbé et Patrick Garçon au cœur de l'hôpital pour enfants du CHU de Nantes.

De ce long périple de 3 ans, ils rapportent de saisissantes images du quotidien d'un service. Instantanés qui disent toute l'attention des équipes qui prennent soin d'une enfance blessée ou malade, toute l'affection et la tendresse des familles dans un monde en blanc et noir.

Le livre est dédié aux centaines d'enfants qui ont croisé le regard des auteurs et à ceux et celles qui leur consacrent leur vie.

« Nous sommes passés dans chacun des services, essayant dans la mesure du possible, avec discrétion, de nous immerger, de nous imprégner d'un monde à part, avec son fonctionnement, ses règles, ses codes, ses rencontres, son rythme » racontent les auteurs « Avec leurs sourires, plus fréquents qu'on ne pourrait le croire. Avec la douleur aussi, qui rend absurde toute tentative d'objectivité. Avec ces mille petits riens saisis au hasard de rencontres, dans une chambre blanche ou dans une salle de jeux, un instant de rêverie, un câlin, l'acuité d'un regard. »

Barbara Hendricks qui a signé la préface de l'ouvrage encourage en ces termes l'initiative des deux journalistes : « **Ce combat contre l'ombre est un concentré de vie qu'il fallait montrer. Et donner à partager** »

« Vies quotidiennes à l'hôpital pour enfants de Nantes », Editions Droit de regard, 152 pages, 100 photos, prix 27,50 €.

L'ouvrage a bénéficié du soutien de la Ville de Nantes, du CHU de Nantes, du Conseil Général de Loire-Atlantique, du Groupama Pays de la Loire, du Conseil régional des Pays de la Loire, de Braun médical.

### MARSEILLE

#### *Jumelage avec le Théâtre du Merlan, scène nationale de Marseille*

Le 7 janvier 2003, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et le Théâtre du Merlan, scène nationale ont conclu un jumelage visant à favoriser le développement de projets artistiques au sein des hôpitaux.

Ce jumelage s'inscrit dans le cadre de la convention partenariale signée en 1999 entre le Ministère de la Culture et le Ministère de la Santé pour le développement des activités culturelles à l'hôpital.

En 2001, une convention a été signée entre la Préfecture de la Région (Direction Régionale de l'Action Culturelle) et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation PACA. Ces conventions visent à favoriser l'émergence et le développement d'une politique culturelle au sein des établissements hospitaliers, notamment en favorisant la mise en place de jumelages entre les hôpitaux et les équipements culturels.

Ce jumelage est le résultat d'une année de concertation et de réflexion commune sur la place de l'artiste et des projets artistiques au sein des hôpitaux. Il est né de la rencontre entre une volonté, celle de l'APHM de faire de l'hôpital un lieu de vie plus humain, ouvert sur la cité, et un projet celui du Théâtre du Merlan scène nationale.

L'artiste prend le temps de la "rencontre", maître mot du projet de la scène nationale ; projet tourné vers les personnes qui ne fréquentent pas les espaces de la création artistique.

Pour l'année 2003, trois équipes artistiques ont été sollicitées pour élaborer un projet mêlant les arts vivants : théâtre, écriture, poésie, arts plastiques. Il s'agit de l'association Léon, la compagnie Le Larynx et le collectif Oscura.

#### LISTE des commissions de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU et de leur responsable

**Commission Effectifs - Emplois - Métiers**  
Daniel Marie

**Commission des Affaires Médicales**  
Pierre Rayroles

**Commission Stratégie et recomposition hospitalière -**  
Michel Moujart

**Commission des Affaires Financières**  
Jean-Pierre Dewitte

**Commission qualité/accréditation**  
Benoît Leclerc

**Commission relation avec les usagers**  
Benoît Leclerc

**Commission des affaires juridiques**  
Benoît Leclerc

**Commission Communication**  
Paul Castel

**Commission Culture -**  
Jean-Jacques Romatet

**Commission Relations Internationales**  
Paul Castel

**Commission des Systèmes d'Information** Guy Richier

**Commission Architecture / Ingénierie / Logistique**  
Christiane Coudrier

**Commission Recherche**  
en cours de désignation

#### Grands projets

**Régionalisation de la santé**  
Gérard Sacco

**Mise à niveau des investissements hospitalo-universitaires**  
Michel Moujart

# Coordonnées

## Responsables de communication des C.H.R.U.

En gras, les CHRU qui adhèrent à Réseau CHU.

### **CHU Amiens**

Vincent PREVOTEAU  
PI Victor Pauchet  
80054 Amiens cedex 1  
Tél. : 03 22 66 80 10  
Fax : 03 22 66 80 19  
Mel : prevoteau.vincent@chu-amiens.fr

### **CHU Angers**

Anita RENIER  
4, rue Larey  
49033 Angers cedex  
Tél. : 02 41 35 53 33  
Fax : 02 41 35 53 55  
Mel : anrenier@chu-angers.fr

### CHU Besançon

2, place Saint Jacques  
23030 Besançon Cedex  
Tél. : 03.81.21.82.11  
Fax : 03.81.21.87.15  
Mel : dg@chu-besancon.fr

### **CHU Bordeaux**

Frédérique ALBERTONI  
Directrice de la communication -  
CHU de Bordeaux  
Tél. 05 56 79 53 42  
Fax 05 56 79 48 85  
Mel : frederique.albertoni@chu-bordeaux.fr

### **CHU Brest**

Isabelle GOURMELEN  
5, av Foch  
29609 Brest cedex  
Tél. : 02 98 22 39 35  
Fax : 02 98 22 34 98  
Mel : isabelle.gourmelen@univ-brest.fr

### **CHU Caen**

Marc-François GUIMBARD  
Av. Côte de Nacre  
14033 Caen cedex  
Tél. : 02 31 06 49 61  
Fax : 02 31 06 49 62  
Mel : guimbard-mf@chu-caen.fr

### **CHU Clermont-Ferrand**

Service communication  
30, PI Henri Dunant  
63003 Clermont-Ferrand cedex  
Tél : 04 73 75 10 61 / 60  
Fax : 04 73 75 10 67  
Mel : dircom@chu-clermontferrand.fr

### CHU de Dijon

Alain LALIE  
1, Bd Jeanne d'Arc  
BP1542  
21034 Dijon Cedex  
Tél. : 03 80 29 36 28  
Fax : 03 80 29 34 21  
Mel : alain.lalie@chu-dijon.fr

### **CHU Fort de France**

Yolène PERRONNETTE-DAVILA  
Directrice de communication  
BP 632  
97261 Fort de France cedex  
Tél. : 05 96 55 22 30  
Fax : 05 96 75 84 02  
Mel : y.perronnette.davila@cgit.com

### **CHU Grenoble**

Luc BOURNOT  
38700 La Tronche  
Tél. : 04 76 76 50 98  
Fax : 04 76 76 52 14  
Mel : lbournot@chu-grenoble.fr

### **CHRU Lille**

Estelle LEBAS  
2, av Oscar Lambrec  
59037 Lille cedex  
Tél. : 03 20 44 49 12  
Fax : 03 20 44 52 71  
Mel : elebas@chru-lille.fr

### **CHU de Limoges**

Florence KWARTNIK  
2, Av Martin Luther-King  
87042 Limoges Cedex  
Tél. : 05.55.05.66.94.  
Fax : 05.55.05.66.67  
Mel : f.kwartnik-beyrand@wanadoo.fr

### **Hospices civils de Lyon**

Danielle GUILLOT  
3, quai des célestins  
69229 Lyon cedex  
Tél. : 04 72 40 70 30  
Fax : 04 72 40 72 30  
Mel : danielle.guilLOT@chu-lyon.fr

### **Assistance Publique**

Hôpitaux de Marseille  
Denis BURGARELLA  
80, rue Brochier  
13354 Marseille cedex 5  
Tél. : 04 91 38 15 31  
Fax : 04 91 38 20 02  
Mel : denis.burgarella@mail.ap-hm.fr

### **CHU Montpellier**

Valérie GORRIAS  
2, av Bertin Sans  
34295 Montpellier cedex 5  
Tél. : 04 67 33 93 43  
Fax : 04 67 33 93 65  
Mel : v-gorrias@chu-montpellier.fr

CHU de Metz-Thionville  
Véronique DE FLORAINE  
28-32, rue du XXème corps  
américain  
57019 Metz cedex 1  
Tél. : 03.87.55.79.04.  
Fax : 03.87.55.39.88.  
Mel :

Dirchr.Metz.thionville@wanadoo.fr

### **CHU Nancy**

Dr Bertrand DEMANGEON  
29, av du Mal de Lattre de Tassigny  
54035 Nancy cedex  
Tél. : 03 83 85 14 78  
Fax : 03 83 85 11 88  
Mel : b.demangeon@chu-nancy.fr

### **CHU Nantes**

Christel RAFSTEDT  
allée de l'île Gloriette  
44035 Nantes cedex  
Tél. : 02 40 08 72 12  
Fax : 02 40 08 71 57  
Mel : christel.rafstedt@chu-nantes.fr

### **CHU Nice**

Marie GABORIT  
5, rue Pierre Devoluy  
06006 Nice cedex 1  
Tél. : 04 92 03 45 14  
Fax 04 92 03 41 06  
Mel : gaborit.m@chu-nice.fr

### C.H.U. de Nîmes

Simone CLEMENT  
Responsable de la communication  
5 rue Hoche  
30029 NIMES Cédex 9  
Tel. 04.66.68.30.01  
Fax. 04.66.68.34.00  
Mel : simone.clement@chu-nimes.fr

### **CHR Orléans**

Béatrice THIBAUT  
Directeur adjoint  
Service communication et affaires  
juridiques  
Tél.: 02 38 74 44 02  
Fax : 02 38 74 43 93  
e.mail : beatrice.thibault@chr-orleans.fr

### **Assistance Publique Hôpitaux de Paris**

Eve AULONG  
3, av Victoria  
75004 Paris  
Tél. : 01 40 27 52 06  
Fax : 01 40 27 38 54  
Mel : eve.aulong@sap.ap-hop-paris.fr

### **CHU de Pointe-à-Pitre**

André DUCHEMIN  
Abymes  
97159 Pointe-à-Pitre Cedex  
Tél. : 05.90.89.10.28  
Fax : 05.90.89.11.19  
Mel : andre.duchemin@chu-guadeloupe.fr

### **CHU de Poitiers**

Stephan MARET  
Direction déléguée à la  
Communication  
Jean Bernard - 2, rue de la Milétrie  
B.P. 577  
86021 Poitiers Cedex  
Tél. : 05 49 44 47 47  
Fax : 05 49 44 47 48  
Mel : s.maret@chu-poitiers.fr

### **CHU Reims**

Sandrine DELAGE  
23 rue des Moulins  
51092 Reims cedex  
Tél. : 03 26 78 34 38  
Fax : 03 26 82 65 84  
Mel : sdelage@chu-reims.fr

### **CHU de Rennes**

Anne LAVOLLEE  
2 rue Henri Le Guilloux  
35033 Rennes Cedex 9  
Tél. : 02 99 28 24 72  
Fax : 02 99 28 43 36  
Mel : anne.lavollee@chu-rennes.fr

### **CHU Rouen**

Rémi HEYM  
Délégué à la communication  
CHU de Rouen - Hôpitaux de Rouen  
Tél. : 02 32 88 85 20  
Fax : 02 32 88 80 65  
Mel : remi.heyM@chu-rouen.fr

### **CHU Saint-Etienne**

Isabelle ZEDDA  
3, rue Claude Lebois  
42055 Saint-Etienne  
Tél. : 04 77 42 70 00  
Fax : 04 77 42 70 48  
Mel : isabelle.zedda@chu-st-etienne.fr

### **CHU Strasbourg**

Béatrice FRANCES  
1, pl de l'hôpital - BP 426  
67091 Strasbourg cedex  
Tél. : 03 88 11 61 66  
Fax : 03 88 11 53 83  
Mel : beatrice.frances@chu-strasbourg.fr

### **CHU Toulouse**

Marie-Claude SUDRE  
2, rue Viguierie  
31052 Toulouse cedex  
Tél. : 05 61 77 83 49  
Fax : 05 61 77 85 21  
Mel : sudre.mc@chu-toulouse.fr

### CHU Tours

Patrick FAUGEROLAS  
Directeur de la communication  
37044 TOURS cedex 1  
Tél. : 02 47 47 37 57  
Fax : 02 47 47 84 31  
Mel : dircomm@bretonneau.chu-tours.fr

# Les 31 C.H.R.U. de France

