

## EDITO

Les grandes restructurations se poursuivent dotant les CHRU d'infrastructures plus modernes et plus hospitalières. Dans ce numéro vous découvrirez les programmes immobiliers de Clermont-Ferrand, de Montpellier et de Rouen.

Durant les travaux, la médecine hospitalo-universitaire continue son avancée en cancérologie (Lyon), en cardiologie (Bordeaux) et en endoscopie (Strasbourg). Elle multiplie les réseaux et améliore la qualité et la sécurité des diagnostics et des thérapeutiques.

Elle élargit aussi ses missions de soins, d'enseignement et de recherche à la prévention et à la santé publique : une équipe grenobloise démontre scientifiquement le lien entre une faible consommation de fruits et de légumes et le risque de cancer. A Paris, l'hôpital Paul Brousse ouvre un centre d'addictologie...

Demain, les inaugurations d'édifices ultramodernes ou les progrès scientifiques remarquables seront à la "Une" des journaux, mais le quotidien des CHRU est aussi fait d'attentions portées au mieux être des malades et à leur information... Petites et grandes actualités que nous vous délivrons dans les pages suivantes et dans la News letter hebdomadaire de Réseau CHU...

Marie-Georges Fayn

### 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 : Pl@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  
Ethique  
Droits des malades

### Médecine et Progrès 8

Innovation  
Recherche  
Chronique médicale  
Qualité  
Education du patient  
Réseau  
Equipements High Tech

### Management 23

Projet d'établissement  
Projet médical  
Accréditation  
Coopération  
Contractualisation  
Rapport IGAS  
Modernisation / restructuration

### Culture 31

## 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

## Conférence des Directeurs Généraux de CHRU 3

Plan hôpital 2007  
Canicule  
Liste des établissements et de leur Directeur Général

### Société

#### Santé publique

Faible consommation de fruits et risque de cancer / Grenoble	4
Accueil et soins des sourds et malentendants / Nancy	4
Un centre d'addictologie à Paul-Brousse / Paris	4
Asthme : promouvoir l'éducation thérapeutique / Toulouse	5

#### Ethique

Sensibiliser à la réflexion morale / Poitiers	6
<b>Droits des malades</b>	
Prise en charge juridique du mineur à l'hôpital / Lyon	6
Droit au secret professionnel / Toulouse	7

### Médecine et progrès

#### Innovation

Observatoire des Thérapeutiques Innovantes / Amiens	8
Traitement curatif des fibrillations cardiaques / Bordeaux	8
Traitement des cancers localisés de la prostate / Lyon	9
La capsule endoscopique / Strasbourg	9

#### Recherche

Cancer : l'union de 4 laboratoires de recherche / Brest	10
Convention entre le CHU et le CNRS / Montpellier	10
Le Cancéropôle PACA / Nice	11
Lutter contre le vieillissement du cerveau / Saint-Etienne	11

#### Chronique médicale

Les troubles du sommeil / Angers	12
Cancer de la prostate : la curiethérapie / Brest	12
Le plus important centre français de la main / Lille	13
Greffe de cornée : voir en toute transparence Nancy	13
Le dépistage de la surdité du nouveau-né / Orléans	14
Canicule : l'AP-HM a su gérer / Marseille	15
Permanence des soins dans la Vienne / Poitiers	16

Lutter contre les plaies chroniques / Reims	16
Une nouvelle filière de soins Alzheimer / Saint-Etienne	17
<b>Qualité</b>	
Cancer : l'information au cœur de la relation de soin / Fort-de-Fr.	17
Infections nosocomiales : 10 établissements unis / Nantes	18
Compréhension exemplaire des parents handicapés / Rennes	18
SMUR : Une nouvelle gamme de véhicules / Strasbourg	19
<b>Education de patient</b>	
Education des patients diabétiques / Pointe-à-Pitre	19
<b>Réseaux</b>	
GIPTélémedecine de Picardie / Amiens	20
Télétransmission d'images en Neurotraumatologie / Nantes	21
Prométhée au service des greffés hépatiques / Rennes	21
<b>Equipement High Tech</b>	
Acquisition conjointe d'un TEP-TDM / Angers	22
Le Seldi à la pointe de la lutte contre le cancer / Grenoble	31

### Management

#### Projet d'établissement

Adapter le CHU aux nouveaux enjeux / Reims	23
--	----

#### Projet médical

Quand les grands projets se concrétisent / Caen	23
---	----

#### Accréditation

Accréditation européenne du laboratoire d'histocompatibilité / Fort-de-France	24
Le CHU accrédité par l'ANAES / Lille	24
L'hôpital Louis Mourier accrédité sans réserve / Paris	24

#### Coopération

Pôle régional de cancérologie / Marseille	25
---	----

#### Contractualisation

Signature du Contrat d'Obj. et de Moyens / Nice	26
Le CHU contractualise... / Bordeaux	26

#### Rapport IGAS

Un bilan contrasté / Pointe-à-Pitre	27
-------------------------------------	----

#### Budget

Le CHU se compare aux autres / Caen	28
-------------------------------------	----

#### Modernisation / restructuration

Une nouvelle ère commence / Clermont-Ferrand	28
Restructuration de l'hôpital Saint-Eloi / Montpellier	30
Les grands travaux sont engagés / Rouen	30

### Culture

Ouverture de l'hôpital sur la ville et la culture / Lyon	31
Coup de projecteur à l'hôpital Charles-Nicolle / Rouen	31

# Directeurs Généraux des

## PLAN HÔPITAL 2007 : Participation de la Conférence aux groupes de travail

Dans le cadre du plan " hôpital 2007 ", la conférence des Directeurs Généraux de CHRU est représentée au sein des quatre groupes de travail organisés par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins :

### - La gouvernance à l'hôpital

Le groupe doit proposer une réforme visant à simplifier et à optimiser les processus décisionnels.

Christiane Coudrier et Paul Castel représentent la Conférence des Directeurs Généraux de CHRU.

### - Le directeur d'hôpital

Le groupe a pour mission d'étudier et de faire des propositions sur l'évolution du métier de directeur d'hôpital et sur le mode de gestion du corps.

Guy Richier et Michel Moujart représentent la Conférence des Directeurs Généraux de CHRU

### - Les praticiens à l'hôpital

Les participants sont invités à analyser et à anticiper l'évolution des métiers médicaux à l'hôpital et du mode de gestion des différents emplois médicaux. Daniel Marie et Gérard Decours représentent la Conférence des Directeurs Généraux de CHRU

### - Le régime budgétaire et comptable

La réflexion des membres de ce quatrième groupe porte sur les conséquences du nouveau mode de financement de tarification à l'activité (nouveau dispositif et modalités de mise en œuvre).

Jean-Pierre Dewitte représente la Conférence des Directeurs Généraux de CHRU

### Les rendez-vous de la Conférence des Directeurs généraux

Conférence de presse : février 2004

Publication de la seconde édition de  
l'annuaire des CHRU : premier  
trimestre 2004

## CANICULE : Les CHRU ont su faire face

La Conférence des Directeurs Généraux de Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires prend acte des conclusions du rapport réalisé dans le cadre de la mission commanditée par le Ministre de la Santé, Jean-François Mattei, et dirigée par le Docteur Lalande (IGAS). Le rapporteur insiste sur la réactivité des hôpitaux dans les circonstances de canicule d'août 2003, et ce, malgré les difficultés auxquelles ils ont à faire face..

Les centres hospitaliers régionaux et universitaires qui représentent un tiers de l'hospitalisation publique ont rempli, avec l'ensemble des établissements publics, la mission que l'on attendait d'eux. Ce constat explicite effectué par une commission indépendante fait suite, en outre, aux remerciements que le Ministre de la Santé a personnellement adressés aux hospitaliers, lors d'une réunion le 2 septembre 2003 au Ministère de la Santé. En présence des divers acteurs, Jean-François Mattei a précisé que l'hôpital avait répondu " présent aux attentes de la population ", indiquant que " les hospitaliers sont allés au bout d'eux-mêmes ". Le Ministre a rendu un hommage solennel à " leur compétence, leur dévouement et leur disponibilité ".

Alors que les Autorités dressent le bilan des victimes de la canicule et des améliorations indispensables du système de santé, la Conférence des Directeurs Généraux tient à souligner cet élément de satisfaction : l'institution hospitalière publique, et en son sein à leur juste place, les CHRU, a pleinement assuré ses responsabilités malgré les tensions auxquelles elle est soumise dues à divers problèmes (RTT médicale et non médicale, pénurie de personnels médicaux et non médicaux, fortes tensions budgétaires...).

Conviée par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins à deux nouvelles réunions, les 12 et 17 septembre 2003, afin de tirer les enseignements de ces événements, la Conférence des Directeurs Généraux de CHRU, avec l'ensemble des partenaires de l'hospitalisation publique, a apporté sa contribution aux débats.

Jean-Michel Budet, Directeur Général Adjoint du CHU de Rouen, a été chargé par la conférence des directeurs généraux de lui faire des propositions et de la représenter dans divers groupes de travail. Elle considère à cet égard que l'on ne peut faire l'économie d'une réflexion sur les structures d'amont (médecine libérale et permanence des soins), d'aval (soins de suite, structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées) et sur les réseaux. Les CHRU rappellent que l'efficacité de leurs Services d'Urgences et de Médecine Gériatrique est largement tributaire de cet environnement.

### Liste des établissements et de leur Directeur Général

AMIENS : Philippe DOMY  
ANGERS : Yvonnick MORICE  
BESANCON : Gérard DECOUR  
BORDEAUX : Alain HERIAUD  
BREST : Louis ROLLAND  
CAEN : Pierre RAYROLES  
CLERMONT-FERRAND : Jean-Paul  
SEGADE  
DIJON : Daniel MARIE  
FORT DE France : Annie RAMIN  
GRENOBLE : Jean-Pierre BASTARD  
LILLE : Didier DELMOTTE  
LIMOGES : Serge FONTARENSKY  
LYON : Benoît LECLERCQ  
MARSEILLE : Guy VALLET  
METZ : Jean-Marie LECLERCQ  
MONTPELLIER : Guy VERGNES  
NANCY : Benoît PERICARD  
NANTES : Jean-Paul GUERIN  
NICE : Jean-Jacques ROMATET  
NIMES : Guy MAZEREAU  
ORLEANS : Jean-Pierre GUSCHING  
PARIS : Rose-Marie VAN-LERBERGHE  
POINTE A PITRE : en cours de  
nomination  
POITIERS : Jean-Pierre DEWITTE  
REIMS : Christiane COUDRIER  
RENNES : Gérard SACCO  
ROUEN : Christian PAIRE  
SAINT-ETIENNE : Guy RICHIER  
STRASBOURG : Paul CASTEL  
TOULOUSE : Daniel MOINARD  
TOURS : Michel MOUJART

# Société

## SANTÉ PUBLIQUE

### GRENOBLE

#### Consommer peu de fruits et légumes accroît le risque de cancer - CQFD

Pour la première fois dans un pays industrialisé une étude de santé publique - l'étude **SUVIMAX** - démontre scientifiquement le lien entre la faible consommation de fruits et de légumes et le risque accru de cancers et de maladies cardio-vasculaires.

Démonstration est également faite de la relation entre un taux bas de carotène dans le sang et un risque accru de cancer chez les hommes. Cette relation est confirmée par le fait que la supplémentation en antioxydant diminue de 31% le risque de cancers et de 37% la mortalité chez les hommes de la cohorte. Chez les femmes, de tels constats n'ont pu être vérifiés car leur nutrition est, dans l'ensemble, plus équilibrée. Quant au risque de maladies cardiovasculaires il semble beaucoup plus lié à un apport insuffisant en certains acides et en acide folique

Selon le Pr Favier du département de biologie intégrée du CHU de Grenoble, l'apport des antioxydants vitaminiques et minéraux permettrait d'éviter 12 000 (9 %) à 50 000 (37%) nouveaux cas de cancer sur les 135 000 observés chaque année. Des données précieuses en terme de santé publique.

Pour arriver à ces conclusions il a fallu 8 ans d'études, la mobilisation d'une cohorte de 13 000 volontaires (7 886 femmes âgées de 45 à 60 ans et 5 131 hommes de 45 à 60 ans) qui ont absorbé chaque jour soit une gélule de supplément (vitamine C, vitamine E, bêta carotène, zinc, sélénium) soit une gélule placebo et la coopération d'experts de différentes disciplines : Le Professeur Serge Hercberg de l'INSERM-CNAM à Paris et au CHU de Grenoble ; le Pr Favier qui travaille sur les mécanismes des maladies dues aux radicaux libres,

le Dr Josiane Arnaud pour l'étude des oligoéléments minéraux, le Dr Marie-Jeanne Richard pour l'étude des enzymes antioxydants, le Pr Anne-Marie Roussel pour la mise en place du protocole, de nombreux biologistes.

L'équipe de Grenoble a assuré la coordination des volontaires du Sud-Est de la France et la réalisation des bilans biologiques de l'ensemble des volontaires.

Le CHU de Grenoble a fourni les locaux. Les aides financières de la ville de Grenoble et des industriels ont permis de rénover les salles du laboratoire SUVIMAX.

La fin de l'étude a donné lieu à un événement "à la hauteur des efforts et de la ténacité des chercheurs mais surtout du dévouement et de la persévérance des 13 000 volontaires". Le 21 juin 2003, volontaires, chercheurs, sponsors étaient réunis au Stade Roland Garros en présence du Ministre de la Recherche Madame Claudie Haigueré et avec les encouragements télévisuels du Président de la République.

#### A suivre...

Aujourd'hui l'équipe de Grenoble poursuit le traitement des données, il reste encore de nombreuses analyses à effectuer. Elle se prépare également pour le démarrage du nouveau protocole : l'étude **SULFOLOM**. Il s'agira de rechercher le bénéfice pour les malades atteints de troubles coronaires sévères d'un apport supplémentaire en vitamines du groupe B et en acides gras insaturés de la famille omega3.

D'après un texte du Pr Alain Favier, Département de biologie intégrée, CHU de Grenoble

### NANCY

#### Pôle d'accueil et de soins pour sourds et malentendants

Le CHU de Nancy vient d'ouvrir une consultation de médecine générale destinée aux sourds et malentendants.

En pratique, la consultation permet aux sourds d'être prise en charge par un médecin qui pratique la LSF (Langue des signes Française) rendant ainsi possible l'indispensable échange d'informations entre le malade et le professionnel de santé. "Orientée vers la médecine générale, la consultation s'étendra naturellement

à toutes les disciplines médicales", souligne le Dr Coffinet, praticien hospitalier du service d'ORL et référent du projet. Ainsi, à un patient sourd ayant besoin d'une fibroscopie pour explorer des douleurs épigastriques, l'équipe proposera de prendre le rendez-vous d'accompagner le malade dans le service de gastro-entérologie. **Tout au long du séjour hospitalier, la présence d'un traducteur est utile**, parfois pour dédramatiser des situations banales, qui prennent avec les sourds des proportions inattendues.

Ainsi, l'aide-soignant de l'équipe, Olivier Clovis - lui-même sourd - peut être sollicité par le service des urgences pour servir d'interprète.

Tout service accueillant un patient malentendant peut également faire appel aux services de l'équipe du Pôle d'accueil et de soins.

#### > Informations pratiques :

Pôle d'accueil pour sourds et malentendants  
Hôpital Central, Pavillon Krug (Dans les locaux du service d'ORL, rez-de-chaussée)  
Sur rendez-vous les mardis matin de 9h 30 à 12 h

Rendez-vous : Tél : 03 83 85 15 68

Fax : 03 83 85 22 68

Mail : consultation.lsf@chu-nancy.fr

#### > L'équipe :

- Dr Isabelle Nodot
- Dr Laurent Coffinet
- Infirmière : Marie-Christian Henry
- Secrétaire : Patricia Gennari
- Aide soignant : Olivier Clovis

### PARIS

#### un centre d'Addictologie à Paul-Brousse

Dans le cadre des Programmes d'Action Prioritaires (P.A.P.) du plan stratégique 2004 de l'AP-HP, l'hôpital universitaire Paul-Brousse s'est doté d'un Centre d'Addictologie dirigé par les Professeurs Michel Reynaud et Alain Boissonnas.

Il propose une offre complète et diversifiée de structures de soins accueillant tous les types de patients ayant des conduites addictives.

#### Le Centre d'Addictologie

La réunion sur le site de Paul-Brousse de compétences médicales diversifiées - médecine interne (Pr Boissonnas) et psychiatrie (Pr Reynaud) - et l'intérêt soulevé par l'addictologie dans le bassin de vie ont permis la mise en œuvre

# addictologie

progressive d'un dispositif gradué. Le centre propose des consultations et des modes de prise en charge adaptés à chaque patient, aux produits consommés et aux degrés de dépendance.

## Un centre de consultations spécialisées médicales et paramédicales.

Ouvert en décembre 2001, le centre propose des consultations pour les troubles liés à la consommation d'alcool, de tabac, de cannabis et d'autres produits illicites ainsi que pour les troubles des conduites alimentaires : 5 062 consultations ont été réalisées en 2002. Il convient d'insister sur l'innovation que représentent les consultations "cannabis" et notamment la consultation "Adolescent et cannabis" du mercredi après-midi.

## Un hôpital de jour d'addictologie

L'hôpital de jour, ouvert en mars 2002, est un lieu de soins de proximité. Il permet la continuité des soins à la sortie de l'unité d'hospitalisation, le sevrage ambulatoire avec un encadrement adapté, mais aussi d'éviter certaines hospitalisations à plein temps, d'aider les patients fragiles à se réinsérer socialement et enfin de réaliser des bilans somatiques brefs. Près d'un millier de séances ont été réalisées sur l'année 2002.

## Une unité d'hospitalisation de plus de 24 heures

Depuis le 14 avril 2003, l'hôpital a ouvert une nouvelle unité fonctionnelle de 12 lits d'hospitalisation en chambres individuelles. Cette unité réalise des sevrages pour les patients ayant formulé une demande et préparé un projet cohérent et adapté à leurs conduites addictives ; des sevrages partiels ou sélectifs chez certains consommateurs ; des bilans de comorbidités psychiatriques et somatiques, psychothérapies individuelles ou de groupe. Elle permet la mise en place de projets de soins cohérents et organisés dans la continuité. Cette unité d'hospitalisation permet, chez tous les patients, le dépistage des complications habituelles, notamment cardiovasculaires et cancéreuses, liées à la consommation de tabac et d'alcool.

Le centre d'addictologie de Paul-Brousse est un centre de référence pour la formation du personnel médical et un centre qui initie des recherches cliniques, biologiques, psychopathologiques, épidémiologiques et sociologiques en addictologie.

### Définition

L'addictologie est la discipline médicale qui étudie les pratiques de consommation et les conduites addictives (usages à risque, abus, dépendance). Il peut s'agir de consommation de substances telles que tabac, alcool, médicaments, cannabis et autres substances illicites. L'addiction se caractérise notamment par une impossibilité répétée de contrôler un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. L'addictologie s'intéresse aux mécanismes d'acquisition de la dépendance et aux complications qu'elle entraîne. Elle affine les diagnostics, les traitements et la prise en charge globale des patients par les techniques les plus récentes.

### Repères

Les addictions constituent, en France, une préoccupation majeure, devenue au fil des années une priorité de santé Publique.

**Pour l'alcool : plus de trois millions de français sont considérés comme consommateurs d'alcool à risque.** 24 % des salariés ont une relation difficile avec l'alcool sur leur lieu de travail. Un adolescent sur cinq s'enivre au moins quatre fois par an, surtout le week-end.

**30 % des hommes et 10 % des femmes hospitalisés en médecine ou en chirurgie ont une consommation " nocive " d'alcool, le plus souvent non dépistée et non prise en compte.** L'alcool est responsable d'environ 52 000 décès par an.

**Pour le tabac : à 15 ans, 25 % des femmes et 23 % des hommes déclarent fumer. Ils sont 51 % à 19 ans.** L'incidence du cancer bronchite est de 55/100 000 chez les hommes et de 5,9/100 000 chez les femmes. Le tabac est responsable de 20 % des décès chez les hommes et 7 % chez les femmes, soit environ 60 000 décès annuels.

**Pour le cannabis : 50 % des jeunes ont expérimenté le cannabis, 20 % sont des consommateurs réguliers et 5 % sont dépendants.** La consommation régulière de cannabis peut entraîner des troubles psychologiques et psychiatriques graves.

**Pour les autres substances illicites : le nombre d'usagers de substances illicites en France (hors cannabis) est évalué entre 150 000 et 200 000 personnes.**

Un toxicomane qui ne reçoit pas de

médicament de substitution a une mortalité de 20 à 60 fois plus élevée qu'un non toxicomane. Elle reste 5 fois plus élevée lorsque le toxicomane reçoit un traitement de substitution par la méthadone.

## La morbidité liée à l'usage intra veineux des opiacés est bien connu : 15 à 20 % sont séropositifs vis-à-vis du VIH et 50 à 90 % vis-à-vis du VHC.

La consommation de cocaïne est de plus en plus souvent la cause d'hospitalisation en urgence de sujets jeunes pour accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, poussée d'hypertension artérielle, insuffisance rénale aiguë...

Enfin l'ectasy et les autres amphétamines, dont la consommation n'est plus seulement récréative lors des "rave party", sont causes de troubles neuropsychiatriques et somatiques parfois mortels.

## TOULOUSE

### Asthme : promouvoir l'éducation thérapeutique

L'asthme est l'une des maladies chroniques qui justifie l'approche par l'éducation thérapeutique. Si, pour le patient, prendre en charge sa propre maladie est loin d'être une démarche qui va de soi, l'acte éducatif reste encore, pour les soignants, une démarche émergente. Pour ne pas dire militante...

Utiliser les compétences du patient dans la prise en charge de sa pathologie, le rendre actif : le principe est simple, si simple qu'on s'étonne de devoir le défendre. Premier obstacle la référence au médecin prescripteur : " Le malade vient chercher un soin, un médicament, il repart avec une nouvelle conduite à tenir, dont il est l'acteur principal ", explique le Pr Alain Didier, qui dirige l'équipe spécialisée en éducation thérapeutique au sein du service de pneumologie du Pr Léophonte.

### Bâtir une stratégie thérapeutique avec le patient

L'asthme présente ce paradoxe d'être une maladie bien connue, dont la thérapeutique est codifiée. Et pourtant, régulièrement, des échecs sont observés, ce qui confirme que la prescription médicamenteuse seule est insuffisante. "Nous appliquons systématiquement cette démarche auprès des patients hospitalisés. Il s'agit de dégager, au cas par cas, ce qui est facilitant pour le patient, et de déterminer avec lui les objectifs qu'il pourra se fixer." L'équipe utilise des outils éducatifs variés, tels que cédéroms interactifs, supports visuels, outils

# Société

d'évaluation technique, fiche de liaison, dont certains ont été élaborés par l'équipe.

## Aller plus avant dans la reconnaissance de l'éducation thérapeutique

" L'acte éducatif sera assuré dans la toute nouvelle Clinique des voies respiratoires à l'hôpital Larrey mais il n'est cependant pas reconnu comme tel, ni au niveau institutionnel, ni au niveau de l'État, aucune rémunération correspondante n'étant prévue dans la nomenclature. " déplore le Pr Didier.

Il existe cependant un diplôme de formation continue en éducation thérapeutique du patient, est-ce le début d'une reconnaissance ?

## Courir, comme les autres...

Membre de l'équipe médicale de l'École de l'asthme pédiatrique, le Dr Agnès Juchet confirme : " parler d'éducation thérapeutique n'est pas dans les mœurs. Pourtant, il est essentiel de prendre le temps d'expliquer - hors du contexte d'une consultation ordinaire - l'intérêt du traitement de fond : un enfant asthmatique traité par corticoïdes inhalés grandit mieux qu'un enfant non traité, comment le sport fait partie du traitement de l'asthme et trouve place dans les méthodes de prévention de l'asthme d'effort. "

## L'angoisse est le trait commun des parents d'enfants atteints d'asthme sévère : Que faire quand la crise arrive ?

Mon enfant guérira-t-il un jour de son asthme ? Comment faire pour qu'il soit comme les autres, qu'il puisse courir, faire du sport ? Cette dernière question est la plus souvent verbalisée chez l'enfant, alors que les parents redoutent par-dessus tout la survenue de la crise sévère. " L'École de l'asthme " permet à sept ou huit familles à chaque session d'échanger et d'entendre les explications du médecin. Pendant ce temps, les enfants sont entre eux, entourés d'un autre médecin et d'une infirmière : ils apprennent à considérer différemment leur maladie, à en parler.

" Le problème est plus lourd avec les adolescents, pour lesquels nous allons prévoir à partir de cet automne des sessions spéciales. Certains développent une mauvaise "compliance thérapeutique\*", refusent le traitement. Les pédiatres ne sont pas formés pour la prise en charge spécifique des adolescents. Or, ce sont les adolescents qui meurent d'asthme... ", commente le Dr Juchet.

Inscriptions au secrétariat de l'hôpital de jour : 05 34 55 85 70

\* La compliance thérapeutique est l'adhésion, l'observance, la fidélité au traitement - c'est-à-dire le degré de

concordance entre le comportement d'un individu et la prescription médicale.

## Alizée

Alizée, l'école de l'asthme toulousaine au sein de l'Hôpital des Enfants (département médico-chirurgical de pédiatrie - hôpital de jour de pneumologie, allergologie). Placée sous la responsabilité du Dr François Brémont, l'équipe est constituée de trois médecins et d'une puéricultrice spécialiste de l'éducation thérapeutique. Alizée bénéficie, pour la prise en charge des adolescents de l'appui d'une psychologue de l'IPCCEM (créé en 1989. L'IPCCEM est actuellement la première structure en France de formation des soignants à l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques).

Le programme (qui peut être engagé sans consultation hospitalière préalable) est constitué de deux séances de 2 h 30 chacune à un mois d'intervalle : la première porte sur le traitement de la crise d'asthme et sur le traitement de fond de la maladie, la seconde développe les facteurs déclenchants de l'asthme, les moyens de prévention et la prise en charge de l'asthme à l'école. Un questionnaire d'évaluation est envoyé aux familles et donne lieu éventuellement à une séance de rappel, six mois après le programme initial.

## ETHIQUE

### POITIERS

## Sensibiliser à la réflexion morale

Créé en 1984, le comité d'éthique médicale du CHU de Poitiers a, avant tout, pour mission de sensibiliser à la réflexion morale. Si seul le Comité consultatif national d'éthique a pour compétence de donner des "avis", les comités d'éthique des établissements de soins peuvent néanmoins apporter des "contributions" aux réflexions du comité national. Ainsi, quand il a été interrogé sur la fécondation in vitro au CHU de Poitiers, le comité d'éthique a adressé une contribution portant sur le nombre d'embryons à transplanter en indiquant que l'idéal serait de ne pas dépasser deux embryons, ce qui léverait l'hypothèse de la réduction embryonnaire et réduirait les risques néonataux majeurs lors de grossesses multiples.

Les comités d'éthique peuvent aussi stimuler la formation en bioéthique. Ainsi, la faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers a mis en place une attestation universitaire de bioéthique dont l'enseignement est regroupé sur une semaine et qui est largement ouvert non seulement aux médecins mais aussi à tous les personnels hospitaliers.

"Sans existence juridiquement reconnue, dépourvu de tout pouvoir, le comité d'éthique médicale doit tirer sa force de ses apparentes faiblesses : dire sans coercition des paroles qui essaient, dans une médecine bouleversée par ses progrès technologiques, de réfléchir, dans la pluralité des discours et des opinions éthiques, aux moyens de mieux définir et de mieux protéger la dignité de la personne humaine." Pr. Roger Gil

## Les missions comité d'éthique médicale du CHU de Poitiers

- donner au CHU son avis sur des protocoles de recherche ne relevant pas des Comités de protection des personnes ;
- proposer des aides décisionnelles aux praticiens et aux équipes de soins confrontés dans leur pratique clinique à des problèmes éthiques ;
- donner au CHU son avis sur les missions et les objectifs de soins institutionnels du centre hospitalier universitaire dès lors qu'ils soulèvent des problèmes éthiques et tout particulièrement ceux qui pourraient être liés aux conséquences éthiques des impératifs économiques ;
- participer à des missions de formation et d'information sur la bioéthique.
- apporter sa contribution aux réflexions du Comité consultatif national d'éthique

D'après un article du Pr. Roger Gil

## DROITS DES MALADES

### LYON

## Prise en charge juridique du mineur à l'hôpital : un outil pour les hospitaliers.

Face aux évolutions législatives de plus en plus complexes, le corps hospitalier se trouve souvent en difficulté devant une attitude de refus de soins ou d'information d'un mineur. Les Hospices Civils de Lyon viennent

d'éditer un document qui peut être mis sous forme de fiches dans les classeurs de protocoles et qui explique :

- Le cadre légal de la prise en charge du mineur à l'hôpital
- L'information du mineur et des titulaires de l'autorité parentale
- Le consentement et l'autorisation
- La violence sur mineur
- La violence du mineur envers lui-même
- Le droit de visite
- La sortie

**Ce document est consultable sur [www.reseau-chu.org](http://www.reseau-chu.org) - recherche CHU - Lyon et sur le site Intranet des Hospices Civils de Lyon.**

## TOULOUSE

### **Droit au secret professionnel**

**Le droit au secret des informations personnelles a pour fondement les principes éthiques liés au respect de la dignité de la personne et les règles déontologiques des professionnels de santé.**

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé rappelle la nature des informations considérées comme confidentielles. Celles-ci recouvrent bien-sûr les informations médicales mais aussi toutes les données personnelles portées à la connaissance des professionnels dans le cadre d'un soin. A travers son article L.1110-4, la loi officialise le secret partagé au sein de l'équipe ; une protection étendue et fondamentale que le système de santé entend garantir à toute personne malade. Dans son numéro du mois d'octobre 2003, Trait d'union, journal interne du CHU de Toulouse fait le point sur le secret professionnel. Témoignages d'hospitaliers, commentaires d'experts.

#### **Le secret n'est plus ce qu'il était**

L'hyperspécialisation modifie, de fait, l'environnement dans lequel s'exerce la confidentialité, voire le secret : aujourd'hui, on sait qui l'on croise, et pour quel motif, dans la salle d'attente de la consultation des maladies infectieuses ou du centre d'assistance médicale à la procréation.

Est-ce à dire que le secret n'existe pas - moins que jamais - entre le médecin et son patient ? Le Code de Déontologie, dans son article 35, semble aller dans le sens du droit des malades à une transparence totale : "Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la

personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension."

Mais le même article comporte deux autres alinéas : "Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination.

"Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite."

Et quid de la libre gestion de la confiance par le patient lui-même ? Les moyens d'investigations et la finesse des résultats peuvent créer de toutes pièces des situations nouvelles d'exercice du secret professionnel.

"Les patients eux-mêmes n'ont pas toujours la notion de ce qui peut se profiler derrière un simple examen", selon le Dr Norbert Telmon, qui imagine le "cas d'école" d'une femme qui se soumet à une échographie de grossesse, en présence de son mari, et ne sait pas que l'échographe est susceptible de dire avec précision (et à haute voix !) qu'il s'agit d'un embryon de huit semaines, époque à laquelle le mari était à l'autre bout du monde pour affaires...

À l'inverse, la loi a permis, ces dernières années, de dégager un droit au secret en faveur des mineurs. Bien avant que la loi de mars 2002 permette au mineur de choisir un autre adulte que ses parents pour être dépositaire du secret (article L.1111-5), la loi du 4 décembre 1974 sur le remboursement des contraceptifs par la Sécurité sociale avait supprimé l'interdiction générale de la vente de contraceptifs aux mineurs sans accord parental et autorisé les centres de planification familiale à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineurs désirant garder le secret (due à la même ministre, cette loi est différente et antérieure de quelques semaines à la loi du 17 janvier 1975 sur l'IVG, dite "loi Veil").

#### **Confidentialité ? Secret ?**

"Le secret n'existe que par rapport à sa divulgation (interdite), tandis que la confidentialité est intrinsèque à l'information elle-même" Anne-Marie Duguet, PH, maître de conférences en médecine légale, précise : "En France le patient ne peut pas relever le médecin du secret professionnel : juridiquement, légalement, il n'en a pas le pouvoir !"

#### **Accueil, secrétariat médical : des secrets au quotidien**

Une femme a porté secours à quelqu'un accidenté sur la voie publique. Elle ne connaît pas le nom de la victime, mais avec la date, l'heure et le lieu de l'accident... C'est juste pour prendre des nouvelles, vous comprenez. "Mon rôle va consister à

ne pas faire barrage, mais à ne pas donner le nom de ce patient, à ne rien communiquer des renseignements qui le concernent et qui figurent sur l'écran d'ordinateur que j'ai sous les yeux... Je vais simplement orienter mon interlocutrice vers le service." Sylvie Bentaboulet, adjoint administratif en poste au service d'accueil de Rangueil, reconnaît qu'elle passe fréquemment le relais au personnel soignant.

"Le temps que la personne se rende à l'étage que je lui ai indiqué, je peux prévenir l'aide-soignante qui l'accueillera là-haut, de sorte qu'elle ne soit pas prise au dépourvu."

Il y a les cas particuliers, avec lesquels on ne transige pas : les patients entrés sous X - à la suite d'agressions, de coups et blessures, pour protéger la victime qui est parfois une femme battue que son mari va tenter de retrouver à l'hôpital - pour lesquels l'hôtesse se contente d'un laconique

"Cette personne est absente de l'hôpital, prenez contact avec la famille" ; et quelques personnalités en vue qui exercent le droit de tout patient à ne pas laisser révéler qu'il est hospitalisé. "Le critère, à l'accueil, c'est que la personne qui se présente connaisse le nom et le prénom du patient et qu'elle ait au moins une notion des raisons de l'hospitalisation. Dans la plupart des autres cas, notre intuition et notre expérience vont nous permettre d'adopter la bonne attitude, celle qui tient compte de l'angoisse ou de la sollicitude de l'entourage et qui respecte le secret professionnel", résume Sylvie Bentaboulet. "lorsque je vois à l'écran que le patient est décédé. Là encore, j'oriente vers le service, que j'avertis aussitôt."

#### **Pas d'exception pour la presse...**

Un journaliste qui braque sa caméra est, au regard du secret professionnel dont nous sommes dépositaires, un citoyen comme un autre. Les règles juridiques générales énoncées dans ce dossier s'appliquent, sans dérogation, à celle ou celui qui transgresserait son devoir de discrétion en cédant à la demande, fût-elle insistante, d'un journaliste.

Toutefois, la nécessité s'impose de maintenir un système de relais harmonieux et efficace entre l'hôpital et les journalistes. Devant un mur de silence, le journaliste peut rédiger un article "sauvage" dans lequel l'information serait déformée. C'est pourquoi, au CHU de Toulouse, la Délégation de la communication, missionnée par la Direction générale du CHU, remplit le rôle d'interface entre le monde hospitalier et la presse. Elle a élaboré une brochure fort claire intitulée *Les médecins, l'hôpital et les médias - Guide de recommandations et de procédures*.

**Les textes de loi figurent à la suite de cet article sur [www.reseau-chu.org](http://www.reseau-chu.org) - recherche CHU - Toulouse.**

# Médecine et Progrès

## INNOVATION

### AMIENS

#### **Un Observatoire Régional des Thérapeutiques Innovantes et Coûteuses (ORTIC)**

Mis en place le 13 février 2003, ORTIC a pour mission de déterminer le montant de l'enveloppe budgétaire relative aux thérapeutiques innovantes et coûteuses qui sera attribué à chaque établissement de santé de Picardie.

" L'ARH de Picardie s'est demandée comment procéder à une distribution juste et transparente des thérapeutiques innovantes et coûteuses. L'ARH souhaitait que la distribution ne se fasse pas sur un mode uniquement de répartition mais tienne également compte de critères d'évaluation et d'allocation des crédits." explique le Pr Canarelli, chef du département de pédiatrie du CHU d'Amiens et président du bureau du comité exécutif de l'ORTIC.

Un groupe de travail a réfléchi sur les moyens de répartir l'enveloppe et trois impératifs ont alors été retenus :

- Déterminer quelles sont les thérapeutiques innovantes et coûteuses, d'où la nécessité d'une évaluation scientifique ;
- Etre sûr que l'enveloppe budgétaire corresponde aux besoins de l'établissement, c'est-à-dire avoir une approche quantitative, qualitative et macro-économique ;
- S'assurer que l'argent utilisé pour ces thérapeutiques sous-entend des pratiques médicales conformes aux recommandations actuelles des bonnes pratiques.

L'ORTIC a donc été mis en place pour déterminer l'enveloppe budgétaire à attribuer pour chaque établissement de santé. Si l'expérience s'avère positive, elle pourrait être étendue au secteur libéral.

#### **Les 3 champs d'action retenus :**

- l'oncologie, c'est-à-dire les molécules anti-cancéreuses,
- les autres molécules : remicade®, xigris®...

- les dispositifs médicaux (prothèses, stimulateurs cardiaques...).

#### **Les instances dirigeantes de l'ORTIC**

L'observatoire s'organise autour d'un comité exécutif et d'une commission scientifique.

- **Le comité** est composé de 2 représentants par établissement pivot des 8 secteurs de la Somme.

Au total, ce sont 16 membres (administratifs, pharmaciens...) et un représentant de l'ARH qui ont élu 1 bureau. Le Docteur Zylberait de Compiègne assure la vice-présidence. 3 représentants de Départements d'Informations Médicales participent également à ce bureau, les Docteurs Bidaut de Creil, Lewandowski d'Abbeville et Codet de Beauvais.

- **La commission scientifique** comprend 4 membres permanents qui se réunissent par visioconférence : le Docteur Blanc de Creil, le Professeur Andréjak de la Faculté de Médecine, Monsieur Massy de la Faculté de Pharmacie et le Professeur Slama, unité de réanimation-néphrologie. Lors de ces sessions siègent de droit les représentants des établissements, le bureau du comité exécutif, le ou les pharmaciens des établissements et les praticiens prescripteurs concernés par la réunion.

#### **Les missions du comité et de la commission**

La commission scientifique va émettre une liste exhaustive des molécules et dispositifs correspondant aux caractéristiques d'innovants, de coûteux avec un coefficient de service rendu élevé. Cette liste va être soumise au comité exécutif qui va connaître par établissement et pour l'ensemble de la région la file active des patients de l'année précédente et du semestre en cours.

Le comité va faire son choix de financement en fonction des files actives par établissement, tout en sachant que, s'il n'y a pas assez d'argent, certaines molécules seront supprimées. Il doit donc déterminer la part de l'enveloppe budgétaire à attribuer à chaque groupe thérapeutique et, au sein de chaque groupe, à chaque établissement.

Parallèlement à cette activité financière, le comité exécutif va se baser sur les recueils de données effectués par l'observatoire sous la responsabilité d'un pharmacien. En étroite collaboration avec le GIP Télémedecine, il va recueillir des données sur un dossier nominatif par patient "oncocardie", actuellement en cours d'installation dans les 8 établissements pivots ; ce qui permettra de connaître la nature de l'affectation, la date de prise en charge, la date de passage en comité interdisciplinaire et le choix thérapeutique.

Deux autres dossiers régionaux sont en cours d'élaboration avec le GIP Télémedecine. Ils concernent les autres thérapeutiques innovantes et les dispositifs médicaux. Le but de ces recensements est d'obtenir la file active des patients par établissements, de s'assurer de leur prescription sur les critères actuels de bonne pratique médicale et d'actualiser les files actives. D'après les propos du Professeur Canarelli recueillis par V. Verschuere

### BORDEAUX

#### **Traitement curatif des fibrillations cardiaques**

La fibrillation auriculaire (FA) définie par une activité rapide et irrégulière des oreillettes est la plus fréquente des arythmies cardiaques. Sa prévalence croît avec l'âge, affectant 0,5-1% de la population avant 60 ans et 3-5% au-delà (600 000 patients en France, 3,5 millions en Europe). Elle est la 1ère cause d'hospitalisation et de dépenses parmi toutes les affections cardiaques (aux Etat-Unis). La perte de la contraction auriculaire réduit le débit cardiaque de 20-30% et favorise la formation de caillots, d'où une mortalité accrue par insuffisance cardiaque ou accidents vasculaires cérébraux.

La FA est traitée par des antiarythmiques et anticoagulants avec un taux de succès limité à 50%, au prix de risques secondaires importants (classement en tête de liste des risques, pour l'Agence du Médicament).

#### **Description de l'innovation**

Le mécanisme des FA chez l'homme faisait classiquement intervenir de multiples circuits électriques qui en raison de leur diffusion, ne permettaient pas d'envisager un geste curatif limité. Une cartographie effectuée lors du démarrage spontané des FA a permis à l'équipe du service de Cardiologie, hôpital du Haut-Lévêque, CHU de Bordeaux\*, de détecter une activité anormale induisant l'arythmie. Cette activité est générée chez plus de 90% des patients dans les veines pulmonaires, soit des structures extérieures aux oreillettes : ces vaisseaux - que l'on croyait dévolues au seul transport sanguin - sont tapissés de cellules électriquement instables.

**L'innovation a été la mise en évidence de ces foyers arthmogènes, leur mise en cause à l'origine des FA et leur neutralisation par des ondes de radiofréquence.**

## Bénéfice clinique

A la suite des publications des Pr Michel Haïssaguerre, Pr Jacques Clémenty, Dr Pierre Jais, Dr Stéphane Garrigue et Dr Méléze Hocini\*, la découverte a été confirmée à l'étranger et d'autres sites arythmogènes ont pu être décelés. La neutralisation des cellules anormales par des ondes de radiofréquence s'effectue par des sondes introduites par voie vasculaire et l'intervention se fait donc "à cœur fermé", permettant un traitement curatif de la FA dans 60 à 80 % des cas, l'arrêt des médicaments et une spectaculaire amélioration de la qualité de vie.

La technique utilisant des sondes non optimales a une marge d'amélioration significative tant en terme d'efficacité que de sécurité. Un travail récent démontre d'ores et déjà que la procédure d'isolation des veines pulmonaires est supérieure au traitement médical conventionnel et améliore mortalité, morbidité et qualité de vie.

Les industriels rapportent que 900 patients en 2000, 6000 patients en 2001 et 12 000 patients en 2002 ont déjà bénéficié de ce procédé thérapeutique.

**Enfin les résultats obtenus sur la FA permettent leur extrapolation à la fibrillation ventriculaire, cause principale de la mort subite dans les pays occidentaux. Un travail collaboratif récent a confirmé la possibilité de cartographier les premiers instants de la fibrillation ventriculaire, de repérer les cellules responsables et de les neutraliser.**

\*Service de cardiologie

Article rédigé par l'équipe du service de cardiologie - Hôpital Haut-Lévêque CHU de Bordeaux, Pr Michel Haïssaguerre et Pr Jacques Clémenty, Dr Pierre Jais, Dr Stéphane Garrigue, et Dr Méléze Hocini

## LYON

### Traitement des cancers localisés de la prostate par ultrasons focalisés transrectaux (Ablatherm)

Une collaboration entre l'INSERM (Unité 556, Docteur Jean-Yves CHAPELON), le service urologie de l'Hôpital Edouard Herriot (Docteur Albert GELET) et la société EDAP SA a permis d'élaborer un **nouveau traitement des cancers localisés de**

## la prostate.

L'appareil Ablatherm commercialisé depuis janvier 2000 (marquage CE) permet de détruire les tissus prostatiques à l'aide d'un faisceau d'ultrasons focalisés de haute intensité émis par une sonde de thérapie placée dans le rectum. Le traitement, entièrement piloté par ordinateur, est réalisé en une seule séance (durée : 2 heures), le plus souvent sous anesthésie loco-régionale.

Après 4 ans d'expérimentation animale, les premiers traitements ont été réalisés en février 1993. A ce jour, plus de 1 500 patients ont été traités en France et plus de 3 000 en Europe (RFA-Belgique-Italie-Suisse-Espagne) dans le cadre d'essais multicentriques ou comme traitement de routine.

## Bénéfice pour les patients :

Ce traitement peu invasif est très bien adapté au traitement des cancers localisés décelés chez les patients qui sont de mauvais candidats à la chirurgie radicale à cause de leur âge, de leur état général, ou de certaines caractéristiques de leur tumeur. Ce traitement, sans radiation ionisante, est évaluable et il est renouvelé en cas de résultat incomplet (pas de dose maximum). Les effets secondaires sont peu importants (risques d'incontinence < 10 %). De plus, il peut être utilisé pour traiter les patients en récurrence locale après radiothérapie avec un excellent ratio bénéfice/risque.

## STRASBOURG

### La capsule endoscopique

**De la taille d'une grosse gélule, cette caméra embarquée va explorer les parties jusqu'à présent inaccessibles de l'intestin grêle.**

La capsule endoscopique permet d'explorer la totalité de l'intestin grêle qui comprend trois parties : le duodénum, le jéjunum et l'iléon. De la taille d'une grosse gélule de 27 mm de longueur et de 11 mm de diamètre, elle est avalée le matin à jeun. Équipée d'une micro caméra vidéo, d'une source lumineuse, de batteries et d'un système de transmission radio, elle permet de prendre deux images par seconde durant une durée de 8 heures. Les images sont transmises vers des capteurs placés sur la peau du malade comme les électrodes d'un électrocardiogramme, mais au niveau de l'abdomen. Un enregistreur contenu dans un boîtier, comparable à celui d'un holter, est porté à la ceinture. L'ensemble

de ce dispositif permet un examen en ambulatoire. Les données sont transférées à une station de travail dotée d'un logiciel spécifique qui permet de réaliser des séquences vidéos et de localiser la capsule dans l'intestin grêle.

**La capsule endoscopique est principalement utilisée dans le diagnostic des hémorragies digestives obscures.** Dans cette situation, l'origine de l'hémorragie reste indéterminée après une gastroscopie et une coloscopie conventionnelles. Les hémorragies digestives obscures peuvent être occultes, se traduisant par une anémie ferriprive et/ou des tests hémocults (recherche de sang dans les selles) positifs, ou extériorisés sous forme d'une hématomèse et/ou d'un méléna, souvent récidivant et nécessitant des transfusions sanguines itératives. Dans notre expérience (PHRC 2001) qui concerne 36 patients, 18 avec hémorragies digestives occultes et 18 autres avec hémorragies digestives extériorisées, la lésion responsable a pu être identifiée au niveau de l'intestin grêle à 28 reprises. Il s'agissait le plus souvent de malformations artérioveineuses ou d'ulcérations.

" Les autres indications de la capsule endoscopique sont en cours d'évaluation, notamment dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et la maladie coeliaque et chez les patients prenant des anti-inflammatoires non stéroïdiens. " explique le Pr Michel Doffoël, chef du service d'hépatogastroentérologie.

La capsule, actuellement disponible, n'est pas adaptée à l'exploration des autres segments du tube digestif (œsophage, estomac et côlon), mais les progrès technologiques permettent d'espérer une extension des indications à d'autres pathologies.

**Au total, la capsule endoscopique permet une exploration totale de l'intestin grêle. Il s'agit d'un examen non invasif, sans risque de complication, qui peut être effectué en ambulatoire. Actuellement, cet examen a un intérêt uniquement diagnostique, et non thérapeutique, mais des progrès technologiques sont là encore possibles pour pallier cette limite.**

# Médecine et Progrès

## RECHERCHE

### BREST

#### **4 laboratoires unis dans la recherche contre le cancer**

Créé en septembre 2003, le Groupement d'Intérêt Scientifique appelé GIENSAT - Groupe Interdisciplinaire d'Etude de Nouvelles Stratégies Anti-Tumorales - a pour mission de découvrir de nouveaux traitements du cancer à partir des produits d'origine marine.

#### **Cancer : la recherche sous-marine du Gis-GIENSAT.**

Les quatre laboratoires qui composent le Gis-GIENSAT ont décidé d'unir leurs efforts pour trouver la molécule qui stimulera notre système immunitaire contre les cellules cancéreuses. Cette molécule se trouve peut-être au fond de l'océan où les chercheurs ont identifié des polysaccharides contenues dans les sécrétions de bactéries vivant entre 2 000 et 4 000 m de profondeur.

#### **Les faunes océaniques : des milieux à explorer pour les biotechnologies**

Les biotechnologies n'ont étudié que 2 à 3 % sur les quelques 500 000 espèces que recèle l'Océan. Les travaux sur les polysaccharides s'inscrivent dans les axes prioritaires de recherche du futur cancéropôle du grand Ouest à savoir "l'activité anticancéreuse des produits d'origine marine".

#### **Un mariage entre chimie et biotechnologie**

Le CHU de Brest est présent à travers deux de ses laboratoires - thérapie cellulaire de l'Institut de cancérologie et d'hématologie et laboratoire d'anatomie-pathologique - auxquels se sont associés les laboratoires de biotechnologie des molécules marines d'IFREMER et celui de chimie et biologie des substances naturelles de la faculté des sciences de l'Université de Bretagne Occidentale, soit au total une équipe de 19 personnes. Les chimistes apportent de nouvelles combinaisons de molécules et IFREMER de nouveaux produits anti-tumoraux.

Les travaux récents sur les fucanes (molécules issues des algues) ont révélé une activité anti-tumorale importante,

mais les premiers résultats d'études in vivo nécessitent un travail complémentaire pour confirmer ces résultats.

L'instigateur du projet est le Pr Christian BERTHOU, chef du service d'hématologie du CHU de Brest, responsable du laboratoire de thérapie cellulaire et Président de ce nouveau groupement.

Deux partenaires industriels ont rejoint le Gis-GIENSAT : le laboratoire Roche et la société MAT (Monoclonal Antibody Technology)

#### **Une recherche qui allie prudence et espoir**

Une autre approche utilisée dans ce programme est l'utilisation des protéines tueuses des lymphocytes cytotoxiques. Ce travail impose l'isolement du gène de la protéine tueuse, le clonage et la production de la protéine recombinante correspondante. Les premiers tests cliniques sont prévus dans cinq à dix ans.

#### **Prochain rendez-vous dans un an**

En septembre 2004, le Gis-GIENSAT organisera à l'IFREMER un congrès sur l'activité anticancéreuse des produits d'origine marine.

### MONTPELLIER

#### **Signature d'une Convention entre le CHU et le Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS)**

Le 10 juin 2003, le CNRS et le CHU ont signé convention fixant le cadre d'une collaboration dans le domaine des sciences de la vie pour le CNRS et dans celui des soins et de la recherche clinique et biologique pour le CHU.

Favoriser les liens et les projets de recherche entre le CHU et le CNRS.

Ce partenariat vise à harmoniser les activités de recherche de ces deux institutions dans le domaine du diagnostic et des soins. Il facilitera leur intégration dans les différents sites hospitaliers et permettra une approche optimale des problèmes éthiques soulevés par la recherche sur l'homme sain et malade.

#### **Les principaux thèmes la coopération entre le CHU et le CNRS :**

- la recherche clinique et en santé publique,
  - la recherche concernant les innovations technologiques utiles au diagnostic et au traitement,
  - la recherche sur le médicament et les thérapeutiques biologiques
  - le transfert de certaines techniques issues de la recherche vers l'investigation (biologie, imagerie, ...) en milieu hospitalier,
- Pour mener à bien ces travaux un échange régulier d'informations entre les deux partenaires sur leurs activités et leurs objectifs est prévu ainsi que l'organisation de journées scientifiques communes sur des thématiques transversales, la diffusion des connaissances issues de la recherche vers le corps médical. Les deux signataires rechercheront ensemble des partenaires extérieurs. Enfin, ils se sont engagés à étudier les problèmes éthiques que soulève la recherche mais aussi les rapports avec la presse et le public.

#### **Exemples de collaboration**

- **SCALPP : une innovation au service de la robotique médicale.** SCALPP est le premier robot de prélèvement de peau au service de la chirurgie réparatrice. Encore à l'état de prototype, le robot SCALPP (Système de Coupe Automatisée pour le Prélèvement de Peau en chirurgie des brûlés et orthopédie) constitue une véritable petite révolution dans l'univers de la robotique médicale. Spécifié par le Laboratoire d'informatique, de robotique et de microélectronique de Montpellier (LIRMM CNRS-Université de Montpellier II), il a été conçu en étroite collaboration avec le Service des brûlés de l'Hôpital Lapeyronie de Montpellier et réalisé par la société Sinters.

#### **- Collaboration avec l'Institut de Biotechnologie et Pharmacologie (Directeur Pierre Petit)**

Ce laboratoire travaille en relation avec le Centre d'Investigation Clinique dans les domaines du diabète (Projet d'étude clinique) et de la neurologie (diagnostic des maladies neurodégénératives (Professeur J. Touchon)

#### **- Laboratoire Infections rétrovirales et signalisation cellulaire**

(Directeur Christian Devaux) Au début des années 1990, alors que le CHU n'avait pas de laboratoire P3, ce laboratoire (via le Professeur Jacques Demaille) disposait d'une convention de collaboration avec le CHU pour l'isolement de virus HIV à partir des patients du CHU.

De 1990 à 2000, l'équipe du Dr. Jean-Pierre Vendrell (secteur Immunologie puis Virologie du CHU) était l'une des équipes "recherche" du laboratoire.

# Actualités et Progrès

Aujourd'hui le Dr Vendrell n'est plus dans l'unité, mais des collaborations étroites existent toujours avec l'équipe de Martine Piechaczyk sur la physiopathologie de l'infection par HIV. Le laboratoire a étendu ses collaborations aux services du Professeur Jacques Reynes (Chef du service des Maladies Infectieuses) et du docteur Michel Segondy (service de Virologie) sur les questions de résistances aux antiviraux.

## Personnalités présentes lors de la signature

Georges FRECHE (Président du Conseil d'Administration du CHU), Guy VERGNES (Directeur Général du CHU de Montpellier), Michel RETOURNA (Délégué Régional du CNRS) et de Bernard PAU (Directeur du Département des Sciences de la vie du CNRS)

## NICE

### Le Cancéropôle PACA

Dans le cadre du Plan Cancer, le Gouvernement a décidé de dynamiser et coordonner la recherche française à travers la mise en place de cancéropôles, structures chargées de fédérer les équipes de recherche autour d'initiatives et de projets communs.

**Conscientes de l'enjeu de cette dynamique, les équipes médicales et scientifiques de Marseille et de Nice se sont unies depuis plusieurs mois dans une démarche commune visant à promouvoir la coordination de leurs travaux et le développement de grands projets fédérateurs.**

Ce travail collaboratif a permis la structuration, au niveau régional, d'un pôle d'excellence interdisciplinaire, compétitif sur un plan international, qui intègre une recherche fondamentale et clinique de haut niveau.

Ce travail collaboratif a permis la structuration, au niveau régional, d'un pôle d'excellence interdisciplinaire, compétitif sur un plan international, qui intègre une recherche fondamentale et clinique de haut niveau.

**Le Cancéropôle PACA s'appuie sur la réunion, dans un projet intégré, des deux Universités par leurs Facultés de Médecine, des deux CHU, des deux Centres de Lutte contre le Cancer et des équipes de l'INSERM et du CNRS.**

Elle regroupe ainsi les laboratoires de recherche et les services cliniques

régionaux travaillant autour de la recherche contre le cancer, unis afin d'accélérer les découvertes médicales et leurs transferts vers les malades atteints de cancer, en lien étroit avec les industriels du médicament.

Ce Cancéropôle regroupe ainsi ;  
- 6 Instituts fédératifs de recherche  
- les services cliniques impliqués dans le traitement du cancer  
- 4 unités universitaires, 17 unités INSERM, 7 unités CNRS, soit 491 chercheurs  
- 53 équipes  
- 7 sociétés industrielles  
- près de 20 plates-formes technologiques de pointe.

Les efforts sont portés principalement sur les aspects innovants et intégrateurs de la recherche sur le cancer, avec un souci constant de garantir un continuum du malade au gène et du gène au malade.

Comprendre les mécanismes moléculaires et cellulaires de la maladie, en intégrant le décryptage du génome des cellules cancéreuses, et collecter pour cela des données scientifiques et des ressources biologiques à grande échelle; expérimenter des approches diagnostiques innovantes et des protocoles thérapeutiques ciblés en fonction des patients et de leur pathologie; valider ces approches et permettre leur transfert vers la clinique puis évaluer ces innovations sur un plan médical mais aussi économique; voici quels sont les défis auxquels doit faire face ce Cancéropôle.

Le Ministère de la Santé vient d'accepter le projet de Cancéropôle PACA en accordant 2,5 millions d'euros sur 27 mois pour sa mise en oeuvre, dont 1 million d'euros pour Nice.

**La synergie ainsi créée va permettre de renforcer et assembler les forces présentes en développant les complémentarités entre les sites de Marseille et de Nice, tout en respectant les spécificités de chacun de ces pôles.**

La cancérologie niçoise, dans sa composante recherche comme dans sa composante clinique, dispose à ce titre d'atouts considérables; des équipes de recherche en cancérologie de haut niveau, aussi bien dans le domaine de la recherche fondamentale que dans le domaine de la recherche clinique, des plateaux techniques de pointe fonctionnels, et des équipes cliniques impliquées depuis toujours dans la recherche en cancérologie.

Ces synergies aujourd'hui renforcées par le Cancéropôle vont permettre

d'accroître la compétitivité de la recherche en cancérologie en créant une masse scientifique de lisibilité internationale et en renforçant son articulation avec la clinique, afin d'améliorer les connaissances, les traitements, et faire ainsi reculer la maladie.

## SAINT-ETIENNE

### Lutter contre le vieillissement du cerveau

Le projet de recherche clinique mené par le service d'explorations fonctionnelles des docteurs Jean-Claude Barthélémy et Frédéric Roche intéresse chacun d'entre nous. **Il s'agit de démontrer qu'un peu d'exercice physique ralentit le vieillissement du cerveau. Plus précisément, l'objectif de l'appel d'offres, lancé par le ministère de la santé, vise à vérifier que la baisse de l'activité du système nerveux peut engendrer un accident vasculaire cérébral. Et inversement. A titre d'exemple, dans la seule ville de Saint-Etienne, on enregistre en moyenne un AVC par jour.**

Un budget de 370 000 euros (2,4 MF) a été alloué au projet de recherche, auquel s'ajoute la participation d'entreprises de matériel médical et de laboratoires à hauteur de 610 000 euros (4 MF). L'équipe va suivre pendant sept ans mille personnes âgées de 63 à 67 ans. Ces personnes ont été tirées au sort sur les listes électorales de la commune de Saint-Etienne et vont bénéficier d'un suivi médical rare. Les sujets de l'étude ont fait preuve d'un élan de solidarité exceptionnel, exprimant ainsi leur volonté de rendre service aux générations à venir.

**La prévention de l'accident vasculaire cérébral a toujours été une préoccupation dans le service des Dr Barthélémy et Roche.**

C'est ainsi que le protocole va permettre de finaliser les travaux de l'équipe médicale qui, depuis cinq ans, effectue des recherches sur le lien direct entre l'activité physique et le bon état du cerveau par l'intermédiaire de la mesure de régulation cardiaque. Les services de radiologie, médecine interne, neurologie et angiologie participent activement à ces travaux auxquels s'ajoute le soutien indéfectible de la Délégation Régionale à la Recherche Clinique et de la direction du CHU.

D'après un article d'Isabelle Zedda

# Médecine et Progrès

## CHRONIQUE MÉDICALE

### ANGERS

#### Les troubles du sommeil : Dans les bras de Morphée ...

Deux événements ont contribué au développement de la médecine du sommeil en France. Le premier, au milieu des années 60, est la description d'arrêts respiratoires chez des malades atteints de syndrome de Pickwick\* qui associe une obésité, une somnolence et une insuffisance respiratoire. Le deuxième événement, le plus marquant, est la mise au point par une équipe australienne au début des années 80 d'un traitement efficace des apnées du sommeil. Ce traitement consiste à appliquer une pression positive continue (PPC) dans les voies aériennes. Le patient porte alors, au cours de la nuit, un masque relié à un générateur de pression. Cet équipement propulse l'air ambiant au patient permettant alors d'écarter les parois du pharynx et de maintenir ainsi les voies aériennes supérieures ouvertes. Dans l'hexagone, les premiers appareils de PPC sont validés par les centres hospitaliers universitaires de Strasbourg, Angers et Grenoble et commercialisés fin 1985.

Sous la poussée de la demande thérapeutique, les centres de diagnostic et de traitement se sont développés. Le syndrome d'apnées du sommeil est aujourd'hui la pathologie du sommeil la plus fréquemment diagnostiquée. Sa prévalence est au moins de 5%.

En France, on estime à 500 000 le nombre de patients qui nécessiteraient un traitement par PPC. Or seulement 100 000 patients sont actuellement traités ; dont environ 1000 au CHU d'Angers au sein de l'unité de Pathologie du Sommeil du Département de Pneumologie.

#### Des centres de diagnostic et de traitement des pathologies du sommeil

L'unité d'Angers répond à la demande des malades qui présentent une somnolence anormale et dont la prise en charge nécessite des compétences

pneumologiques, ORL, stomatologiques, neurologiques et psychiatriques. Elle suit également les patients atteints de pathologies aggravées par le sommeil d'origine respiratoire ou neurologique (SLA, myopathie).

La prise en charge diagnostique d'un patient atteint d'une somnolence diurne excessive est souvent réalisée en 2 ou 3 étapes.

#### L'enregistrement du sommeil

Tout d'abord, une consultation initiale permet une première analyse des problèmes rencontrés. En fonction de l'orientation diagnostique, des explorations complémentaires seront éventuellement prescrites. Lors d'une suspicion forte de syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS), un enregistrement polygraphique nocturne, limité aux paramètres respiratoires, suffit le plus souvent à confirmer le diagnostic.

**Lorsque la probabilité de SAOS est faible, ou lorsqu'une autre cause de somnolence diurne est évoquée, un enregistrement polysomnographique -comportant également les paramètres du sommeil- est alors nécessaire.**

Ces enregistrements permettent également l'évaluation diagnostique et thérapeutique (ventilation non invasive) des pathologies aggravées par le sommeil. Certaines pathologies neurologiques ou neuromusculaires comme la myopathie ou la sclérose se manifestent par un affaiblissement des muscles de la respiration (diaphragme).

Par ailleurs, les enregistrements polysomnographiques sont indispensables au suivi des traitements du SAOS. Le médecin doit, en effet, pouvoir évaluer les effets d'un traitement ou d'une chirurgie ORL (ablation des amygdales). Si l'apnée du sommeil peut se traiter par pression positive, dans certains cas, une simple orthèse endobuccale, appareil placé dans la bouche du patient, suffira. Le suivi du traitement par Pression Positive Continue implique 2 à 3 consultations au cours de la première année.

#### L'équipe médicale du laboratoire du sommeil du CHU d'Angers :

Pr Jean-Louis Racineux - Chef du Département de Pneumologie - Dr Frédéric Gagnadoux - Dr Nicole Meslier - Dr Christine Person-Tacnet - Dr Laëticia Tomé

L'équipe médicale travaille en collaboration avec une technicienne de jour et une technicienne de nuit

\*Pickwick, célèbre personnage de Charles Dickens.

#### L'équipe angevine formatrice

L'équipe angevine a contribué à la création de deux formations nationales : le DIU "le Sommeil et sa Pathologie", reconnu par le Conseil National de l'Ordre et une formation médicale continue : "Les Ateliers d'Arcachon".

### BREST

#### Cancer de la prostate : la curiethérapie à implants permanents

Le CHU de Brest pratique la Curiothérapie de la prostate par implants permanents. Technique récente en France puisqu'en 1998, seuls deux centres l'avaient adoptée, ils sont une quinzaine aujourd'hui.

Avec ces deux années de recul le CHU de Brest a pu constater une nette amélioration de la tolérance à la radiothérapie conformationnelle dans l'irradiation du cancer de la prostate. Auparavant le traitement pouvait déclencher des cystites durables et réellement handicapantes. Aujourd'hui ces effets secondaires tendent à disparaître grâce à l'apport des technologies de pointe : l'accélérateur doté d'un collimateur multilames et d'un imageur en haute énergie autorisant un traitement précis et conformé au volume. De plus le collimateur protège la vessie et le rectum de l'irradiation. L'informatisation de l'équipement en réseau fournit des indications dosimétriques précises. Quant à la dosimétrie en 3 dimensions, elle aide à préparer le traitement et à optimiser limitant autant que possible l'irradiation des organes voisins.

"Au vu des premiers résultats et de la baisse du taux de complications, l'équipe envisage d'augmenter la dose de radiothérapie afin d'accroître le taux de stérilisation tumorale et donc de guérison de ce cancer."

\*Nathalie Chapel radiophysicienne, le Pr Jean Paul Labat, PU-PH et le Dr Jean-Pierre Mlahaire, PH radiothérapie

## Une technique sous haut contrôle

Les sources radio-actives d'Iode 125 se présentent sous forme de grains livrés empilés par quinzaine dans un conteneur radio-plombé. Des aiguilles placées par voie transpérinéale serviront de vecteurs pour la mise en place des grains.

Un applicateur MICK relié à chaque aiguille servira de support à ce conteneur de sources et permettra d'effectuer l'implantation avec une radioprotection optimum. Cette technique associe le travail d'une équipe pluridisciplinaire composée d'un radiothérapeute-curiothérapeute, d'un urologue, d'un radiophysicien et de l'ensemble du personnel du bloc d'urologie de l'hôpital de la Cavale Blanche : infirmières, anesthésistes, panseuses.

Le calcul dosimétrique issu d'un logiciel informatique dédié à cette application détermine le nombre de grains à planter et leur emplacement. Le radiothérapeute-curiothérapeute, avec l'aide de l'urologue réalise l'implant des grains au bloc opératoire grâce aux images ultrasons de la sonde endo-rectale acquises au fur et à mesure de l'implantation afin de tenir compte des mouvements de la prostate en temps réel.

### Durée de l'intervention

L'implant est réalisé sous anesthésie générale et dure environ deux heures.

Le patient restera hospitalisé 24 à 48h dans le service d'Urologie jusqu'à la reprise de la miction (urines). La géométrie de l'implantation sera contrôlée un mois plus tard, après régression de l'œdème prostatique, à l'aide d'un scanner pelvien.

### Les indications

La curiothérapie est pratiquée sur des tumeurs très localisées bien différenciées dont le volume prostatique est inférieur à 50cc. Il s'agit d'une alternative au traitement de la prostate par la chirurgie tandis que la radiothérapie externe peut avoir des indications plus larges avec ou sans hormonothérapie.

**Avec le soutien de la Ligue Contre le Cancer**, des capteurs type semi-conducteurs dédiés viendront compléter le matériel dosimétrique du service de radiothérapie. Les doses délivrées à chaque patient seront ainsi contrôlées dans le cadre de son propre traitement par radiothérapie. Enfin, une console de dosimétrie élargira les possibilités de prises en charge conformationnelles.

## LILLE

### Le plus important centre français de la main

**Un groupement de coopération sanitaire pour une meilleure prise en charge des urgences de la main.**

Une Réponse à un besoin de santé majeur. La clinique Lille Sud prend en charge depuis plus de 15 ans les pathologies de la main qui nécessitent une intervention chirurgicale programmée ou pratiquée en urgence.

Le CHRU de Lille, de son côté, souhaitait développer, une prise en charge des urgences de la main, qui lui permettrait de renforcer l'enseignement et la recherche relatifs à cette discipline notamment dans le cadre des applications de la microchirurgie.

Les accidents de la main sont encore très fréquents, **1 400 000** par an (données de 2002). Ils gardent une place prépondérante en traumatologie justifiant l'intérêt spécifique qu'on leur porte, tant par leur fréquence que par leur gravité pour 620 000 d'entre eux. Le nombre d'accidents du travail a nettement diminué depuis 1995 mais **40%** de ces accidents sont des **traumatismes de la main**. Dans le Nord Pas de Calais, c'est plus de **5 000 traumatismes** de la main qui sont traités par le GCS Main.\*

**En créant le Groupement de Coopération Sanitaire de la main en 2001, le CHRU de Lille et la clinique Lille Sud offrent aux patients un plateau technique commun, composé de lits privés et publics.**

**L'objectif du groupement de coopération sanitaire est :**

- de réaliser et gérer des équipements d'intérêt commun
- de constituer un pôle de référence régionale (formation, recherche et soins)
- De constituer un cadre commun d'interventions des professionnels pour cette prise en charge en urgence
- D'améliorer la formation des internes en traumatologie-orthopédie et en chirurgie plastique
- De valoriser les complémentarités des deux sites, pour un meilleur service au public.

\*source : institut Français de chirurgie de la main

## NANCY

### Greffe de cornée : voir en toute transparence

**La région Est a été l'une des plus actives dans le développement des greffes de cornées, soutenue depuis toujours par la Banque française des yeux.**

La cornée se dispose devant l'œil, un peu comme un verre de montre de 13 mm de diamètre et de 0.50 mm d'épaisseur, mais un verre de montre vivant et d'une transparence optique parfaite, meilleur que du verre ou du plastique.

On peut être amené à faire une greffe de cornée lorsque la cornée est devenue opaque (cicatrice de traumatisme, trouble persistant et douloureux après opération de la cataracte, malformation, brûlures). L'intervention est nécessaire aussi lorsque la cornée est déformée, entraînant une distorsion des images, comme dans le kératocône qui ne peut plus être équipé de lentilles de contact, et en cas d'infection grave (herpès, abcès, voire amibes).

La greffe de cornée consiste à faire un remplacement d'une pastille de 7 à 8 mm de cornée malade par une pastille transparente, de même diamètre et à cellules encore vivantes, venant d'un donneur décédé. On peut y associer d'autres gestes, notamment l'ablation d'une cataracte, la mise en place d'un cristallin artificiel. Tout l'art et le doigté chirurgical sont nécessaires pour faire une suture étanche avec la partie de cornée réceptrice en utilisant un fil plus fin qu'un cheveu. En effet, la régularité des sutures agit directement sur la qualité de la vision obtenue. Le facteur prédominant étant, bien entendu, la qualité du greffon cornéen de départ.

### Vaincre les réticences

On imagine mal le réseau de professionnels, les règles de rigueur avec lesquelles ils interviennent, les mesures de sécurité qu'ils doivent respecter pour que les 150 à 200 greffes effectuées tous les ans par les deux services d'Ophtalmologie de Nancy (3 000 en France) soient un succès. La démarche consiste à prélever les greffons dans les quelques heures après le décès ou sur coma dépassé, assurer leur conservation, gérer la liste d'attente des patients...

# Société

pratiquer les contrôles sanguins réglementaires. Mais surtout, il faut promouvoir la chaîne de la solidarité et pour cela vaincre les réticences au prélèvement de cornée. Il est essentiel de savoir parler aux familles pour leur expliquer que seule la collerette antérieure de l'œil est retirée, avec respect de l'esthétique.

**Les acteurs de la greffe de cornée De façon pratique, l'organisation regroupe ainsi :**

- Les coordinations infirmières et l'administration du **CHU de NANCY**
- L'EFG (établissement Français des Greffes) qui centralise de plus en plus toutes les informations. Centre National à l'Hôpital des XV-XX à Paris et **délégation Est à l'Hôpital de BRABOIS Adultes.**
- Le **réseau des hôpitaux de Lorraine** où ont été formés les médecins préleveurs et qui fournit actuellement plus de la moitié des cornées
- La **banque de tissus de Nancy** créée en 1996 et qui a développé plus récemment les techniques d'organoculture à 31° permettant une conservation des greffons jusqu'à 30 jours. La construction d'un nouveau bâtiment a débuté à BRABOIS.
- L'**Association du Centre Régional de l'Est de la Banque Française des Yeux** qui a milité depuis 1948 pour le don des cornées, et qui continue d'aider à l'équipement des services d'Ophthalmologie et à œuvrer en faveur de la lutte contre la cécité.

## ORLÉANS

### **Le dépistage de la surdité du nouveau-né**

**Depuis le mois d'octobre 2002, un dépistage systématique de la surdité néonatale est assuré au CHR d'Orléans. Dr Aurélie Manceau explique l'intérêt du dépistage précoce.**

La surdité se définit par une évaluation du seuil de perception des sons qu'elle qu'en soit le degré. Le nombre de nouveau-nés présentant une déficience auditive est d'environ 2 à 3 pour mille, tandis qu'il peut atteindre les 5 à 7 % pour les bébés admis dans les unités néonatales de soins intensifs, ou ceux faisant partie des catégories à risque en ce qui concerne la déficience auditive (petit poids de naissance, antécédents familiaux de surdité, malformation cranio-faciale, infection foetale...).

Un dépistage précoce, avant l'âge de six mois, est indispensable pour éviter des retentissements majeurs sur l'acquisition du langage oral, de la parole, de l'articulation et plus tard sur la scolarisation des enfants, par une prise en charge adaptée associant les techniques d'adaptation des prothèses auditives, de l'orthophonie, de l'éducation spéciale, de la guidance parentale et parfois de l'implantation cochléaire.

**En France, il n'existe pas actuellement d'organisation générale permettant de réaliser systématiquement ce dépistage à la naissance qui, de fait, n'est réalisé que par quelques équipes. Au CHR d'Orléans, un dépistage systématique de la surdité néonatale, coordonné par le Docteur Caroline Soin, est effectivement mis en place.**

Actuellement, deux techniques sont reconnues comme étant utiles pour le dépistage de la surdité du nouveau-né : les potentiels évoqués auditifs (PEA) et la recherche des oto-émissions auditives (OEA).

Les PEA est la plus ancienne et la plus classique des deux techniques. L'examen consiste à recueillir l'activité électrique des centres auditifs du tronc cérébral, les réponses sont déclenchées par une stimulation électrique délivrée au casque. Au CHR d'Orléans, les deux

infirmières audiométristes pratiquent cet examen tous les jours dans le service d'ORL, sans anesthésie ni prémédication, en début d'après-midi, après le repas, pour que l'enfant soit le plus calme possible. Il s'agit d'un examen très fiable mais non adapté au dépistage systématique du fait de sa longueur.

La recherche des OEA constitue une technique plus récente. Les OEA proviennent de l'énergie mécanique générée par des cellules de l'oreille interne lorsqu'on stimule celle-ci. Ce signal acoustique est retransmis de l'oreille interne à l'extérieur et peut être enregistré par un microphone sensible placé dans le conduit auditif externe. Les OEA sont présentes lorsque le seuil auditif de l'enfant est compris entre 0 et 30 décibels (ce qui n'est pas le cas dans les surdités sévères et profondes). C'est un test rapide, non invasif, et donc adapté au dépistage en maternité.

Au CHR d'Orléans, Mme Sabine Pétillon, orthophoniste, se rend deux fois par semaine à la maternité pour réaliser le dépistage de tous les enfants. Le protocole du CHR d'Orléans est le suivant. Tous les enfants nés en maternité, sans facteurs de risque de surdité, sont testés à la maternité par recherche des OEA après explications et consentement d'un des parents. Si les OEA sont absentes, les bébés sont revus une semaine après dans le service d'ORL pour nouvelle recherche. Si l'absence d'OEA est confirmée, il faut faire des PEA. Les enfants présentant un facteur de risque ou ayant été hospitalisés en réanimation néonatale ou à l'unité kangourou sont systématiquement testés par PEA dans le service d'ORL.

Depuis octobre 2002, 922 enfants ont été testés à la maternité et environ 80 examens de PEA ont été réalisés dans le service d'ORL.

Le personnel médical et paramédical des consultations du service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du Docteur Denis Dauphin s'investit largement dans ce dépistage de la surdité néonatale qui nécessite une collaboration étroite avec les services de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie.

**Dr Aurélie Manceau** Service ORL  
Chirurgie de la face et du cou

## MARSEILLE

### Canicule : l'AP-HM a su gérer cette situation extrême

La France a connu cet été une vague de chaleur tout à fait inhabituelle tant sur le plan de la durée que de l'intensité obligeant les hôpitaux à faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

Marseille, ayant tiré les enseignements de la vague de chaleur de 1983 grâce notamment aux études du laboratoire de santé publique (Pr SAN MARCO) et à l'implication de tous les acteurs du domaine sanitaire et social, a pu gérer de manière remarquable cette situation extrême.

La population marseillaise, plus habituée à la chaleur, a été réceptive aux campagnes de sensibilisation relayées par les médias et a appliqué les mesures de prévention.

D'autre part, la culture méditerranéenne est plus axée sur le respect de la personne âgée.

L'analyse au jour le jour a permis de constater une progression de la fréquentation des urgences et du nombre des décès, certes limitée, depuis le début du mois de Juin. (les températures ont été très élevées depuis la fin du mois de Mai).

### Admissions au service d'accueil des urgences (SAU)

Admissions aux SAU (période du 25 mai au 26 août)						
	1999	2000	2001	2002	2003	Ecart 2003/moyenne
Total SAU	40585	43406	43849	43760	46976	9,5 %
Dont personnes âgées de + de 75 ans	2207	2492	2975	3107	3550	31,7%

La situation dans les hôpitaux ne s'est pas révélée catastrophique ou critique. Au niveau des services d'urgences, une affluence un peu plus importante a été constatée notamment de la part des personnes âgées de plus de 75 ans mais globalement la canicule n'a pas entraîné de saturation dans les services d'urgences de l'AP-HM.

### Nombre de décès

Nombre de décès (période du 25 mai au 26 août)							
Tranche d'âge	1999	2000	2001	2002	2003	Ecart 2003/moyenne	1999, 2000, 2001, 2002
+ de 75 ans	229	255	278	267	351	36,4%	
- de 75 ans	409	383	384	393	418	6,6%	
Total	638	638	662	660	769	18,4%	

Grâce à son expérience de la canicule, Marseille n'a pas non plus connu de surmortalité exceptionnelle.

### Enquête diligentée par l'INVS Institut National de Veille Sanitaire (8 Août au 19 Août 2003) :

Cette enquête portait sur la période du 8 août 2003 à 0h00 au 19 août 2003 à minuit et demandait le nombre de décès à l'hôpital et le nombre de décès par coup de chaleur. Cette enquête a été menée par le laboratoire de Santé Publique : Pr SAN MARCO, Pr SAMBUC. Pour l'AP-HM, 105 décès toutes causes confondues ont été recensés dont 5 ont pu être imputés à des coups de chaleur.

Dans ces conditions particulièrement difficiles, le personnel hospitalier a une nouvelle fois démontré son implication, son professionnalisme et sa capacité à se mobiliser pour accomplir sa mission auprès des malades.



[www.reseau-chu.org](http://www.reseau-chu.org)

Retrouvez toute l'actualité des CHRU et abonnez-vous gratuitement à la news letter hebdomadaire

# Médecine et Progrès

## POITIERS

### **Permanence des soins dans la Vienne : nouvelle organisation**

Ce n'est plus la peine de chercher le numéro de téléphone du médecin de garde! Depuis le 1er juillet, dans la Vienne, un numéro, le 05 49 38 50 50, a été mis en place pour joindre le médecin généraliste de garde, installé au sein du SAMU. Ainsi, la réception et la régulation des appels de nuit et de week-end sont assurées conjointement par les médecins libéraux qui participeront à cette mission et le SAMU-SMUR-Centre 15.

Le nombre d'appels au SAMU - SMUR - Centre 15 ne cesse de croître (plus de 47 000 affaires traitées en 2002), mais dans 30% des cas, la demande ne nécessite qu'une simple information ou un conseil médical.

De leur côté, les médecins généralistes ont exprimé leur souhait de ne plus être "dérangés" jour et nuit. Ils avaient d'ailleurs basculé leurs lignes vers le SAMU lors de leur mouvement de contestation.

Alors que le Ministre de la Santé, Jean-François Mattéi, demandait à ce que des mesures locales soient prises rapidement, les praticiens (hospitaliers et libéraux) ont conjointement travaillé à la mise en place d'une nouvelle organisation de la permanence des soins de ville.

Des négociations entre le SAMU, l'ARH, les médecins généralistes et leurs organisations, le Conseil de l'ordre, et les caisses d'assurance maladie représentées par l'URCAM et la DDASS ont abouti à la mise en œuvre d'une régulation libérale. Les médecins généralistes ont d'ailleurs créé, en février dernier, l'association pour la permanence des soins dans la Vienne (APPS 86) regroupant les médecins libéraux volontaires pour assurer la régulation.

**Ce nouveau système permet de conserver le "15" pour les réelles urgences vitales et de créer un numéro différent pour les conseils médicaux et la régulation des**

médecins de ville.

Le 05 49 38 50 50 est en service la nuit de 20h à 8h, le samedi à partir de 13 h et le dimanche et jours fériés à partir de 8h.

Un médecin libéral répond à ce numéro, rassure, conseille, et transfère, le cas échéant, l'appelant vers le médecin de garde du secteur, qui pourra être joint seulement de cette façon.

Danièle Baudier, médecin responsable du SAMU, se réjouit de cette régulation car "non seulement nous évitons de perdre un appel d'urgence vitale" du fait de la ligne saturée par les demandes de médecine générale. "Nous gagnons également en temps dans la prise en charge de l'urgence, que ce soit dans la réception de l'appel mais également pour suivre les équipes sur le terrain".

**Par ailleurs, "la collaboration entre médecins libéraux et hospitaliers est bénéfique en terme d'ouverture et de dialogue ; nous ne sommes pas en concurrence mais complémentaires". Les avis et conseils s'échangent plus rapidement et facilement avec ce rapprochement géographique.**

Afin de gérer l'afflux supplémentaire d'appels téléphoniques au SAMU, 5,5 nouveaux postes de permanenciers ont été financés par l'ARH. Ils s'ajoutent aux 9 postes déjà existants.

De son côté, le SAMU assure la formation des médecins généralistes volontaires sur une journée. "Nous leur résumons l'organisation du SAMU et le nouveau système de garde libérale, puis nous leur présentons le logiciel informatique qu'ils utiliseront".

60 médecins se sont déjà inscrits et le bouche-à-oreille ouvre les plannings à de nouveaux volontaires. "Nous avons d'ailleurs été très agréablement surpris par l'engouement que suscite cette organisation auprès des médecins libéraux, et la facilité avec laquelle elle se met en place" souligne le Dr Baudier.

**Dans la Vienne, il ne reste qu'à prendre le réflexe : le 15 pour les urgences vitales et le 05 49 38 50 50 pour la médecine générale et les conseils.**

## REIMS

### **Lutter contre les plaies chroniques**

**Pour harmoniser les pratiques de traitement local des plaies chroniques, le CHU de Reims a créé un groupe "Plaies et cicatrisations"**

#### **Un poste pour deux**

Sylvie Ménétrier et Laurence Lambert partagent un poste d'infirmière dédié à cette mission. Ne privilégiant ni la théorie ni la pratique, elles ont choisi de rester à mi-temps en consultation de dermatologie pour "être toujours sur le terrain et appliquer ce que nous préconisons".

#### **L'activité du groupe "Plaies et cicatrisations"**

Durant 6 mois, Sylvie et Laurence ont rencontré les cadres infirmiers et le personnel soignant des services de l'hôpital et des maisons de retraite afin d'expliquer l'aide qu'elles pouvaient apporter dans la prise en charge des escarres, des ulcères de jambes et de proposer leurs conseils en matière d'achat de matériels de prévention (matelas anti escarres....). Avec certains services, elles travaillent sur l'évaluation des risques selon l'échelle de Norton ; méthode qui permet d'évaluer les moyens à mettre en place qu'ils soient préventifs ou curatifs.

Au quotidien elles répondent aux demandes de renseignements concernant un traitement local ou l'utilisation d'un support.

Elles organisent également des journées thématiques pour les infirmières libérales, les soignants de l'hôpital et les médecins généralistes ; l'occasion de rappeler les bonnes pratiques d'hygiène... Bientôt, elles enseigneront dans les écoles d'infirmières et d'aides-soignantes.

D'ores et déjà, elles préparent des séances de formation au sein du service de dermatologie pour les infirmières qui souhaitent s'initier au traitement des plaies. Mobiles, elles peuvent également dispenser cet enseignement dans les services à la demande des surveillantes.

# Médecine et Progrès

## SAINT-ETIENNE

### Une nouvelle filière de soins Alzheimer

L'ouverture prochaine de l'unité de neuropsychogériatrie parachève un dispositif d'ensemble de prise en charge globale des personnes âgées au sein du CHU de Saint-Etienne. Axe majeur du projet d'établissement, ce dispositif a pour objectif d'anticiper les situations de crises afin d'éviter des hospitalisations en urgence et de favoriser le retour à domicile des personnes âgées. Cela suppose un important travail en réseau et la mise en place d'une véritable filière de soins gériatriques.

### L'accueil des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs débutants ou sévères

Il s'agit de patients, âgés de plus de 65 ans, en situation de crise qui s'accompagne d'une souffrance de l'environnement.

Ces patients sont pris en charge par une équipe pluridisciplinaire toujours en lien avec la famille. Placée sous la responsabilité du Pr Régis Gonthier, chef de service, l'équipe fait figure de pionnière. Elle est composée de trois médecins gériatres, d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un assistant social et de soignants.

#### Objectifs du projet de soins

- Anticiper les situations de rupture ;
- Éviter les hospitalisations en urgence ;
- Évaluer et traiter les troubles du comportement ;
- Traiter les situations de crise ;
- Évaluer et consolider le soutien familial ;
- Permettre le maintien au lieu de vie (domicile ou autre).

#### Fonctionnement de la filière

Les patients sont adressés à l'unité de neuropsychogériatrie par le médecin traitant ou par les praticiens dispensant les consultations de mémoire gériatrique ou de mémoire neurologique ou par un médecin du service des urgences après avis médical de l'unité mobile gériatrique. " Cependant, l'unité ne pourra pas recevoir les personnes atteintes de pathologies psychiatriques, grabataires ou en fin de vie précise le Dr Girtanner responsable de l'unité de neuropsychogériatrie. En fonction du bilan médical, les patients

seront orientés vers l'unité de soins de jour, l'hôpital de jour ou la toute nouvelle unité de neuropsychogériatrie. "

#### Troubles cognitifs

Il existe différentes formes de troubles cognitifs,

- Avec troubles du comportement (agitation, agressivité, idées délirantes, déambulations, troubles alimentaires)
- Avec troubles de l'humeur (anxiété, dépression, risques suicidaires)
- Avec troubles du comportement en lien avec des pathologies somatiques (problèmes infectieux, cardiovasculaires, pulmonaires, nutritionnels, endocrinologiques, urologiques).

D'après un article d'Isabelle Zedda

## QUALITÉ

### FORT-DE-FRANCE

#### Cancer : l'information au cœur de la relation de soin

Une étude menée en 1998 intitulée "Ensemble parlons autrement du cancer " a révélé que lors d'une première consultation de cancérologie, un malade ne retient que 30% soit seulement un tiers des informations données par le médecin.

En fait seules les premières et dernières phrases sont intégrées. Pour adapter l'information aux besoins du patient et préserver la richesse de la relation soignante, les infirmières du service d'oncologie radiothérapique et médicale du CHU de Fort-de-France ont créé une consultation d'ancrage infirmière.

Les infirmières du service d'oncologie radiothérapique et médicale du CHU de Fort-de-France ont constaté dans leur pratique quotidienne le mal que le patient avait à assimiler des informations d'ordre médical lors de l'annonce d'un diagnostic grave. Difficultés encore aggravées par l'augmentation régulière du nombre de malades qui réduit le temps imparti à l'accueil, à l'écoute et aux échanges. Ajouté à cela le caractère dramatique de la pathologie cancéreuse qui limite la capacité de compréhension

et d'analyse du patient souvent anéanti à l'annonce d'un cancer. Enfin, le nombre et la diversité des interventions thérapeutiques successives et la complexité du langage médical désorientent et déstabilisent le malade. Conscientes de ces difficultés et soucieuses d'instaurer une relation de qualité avec les patients les infirmières ont ouvert " une consultation d'ancrage infirmière " en adéquation avec les projets de la Direction des soins infirmiers.

#### Qu'est-ce qu'une consultation d'ancrage ?

Une consultation d'ancrage est une prise en charge globale du patient où l'aspect relationnel, l'accueil et l'écoute active tiennent une place prépondérante. L'objectif est d'instaurer une relation de confiance et d'obtenir une meilleure adhésion du patient au projet thérapeutique. Cette consultation fait suite à la consultation médicale afin que l'IDE d'ancrage soit en phase avec la communication médecin/patient. Concrètement la consultation dure entre une à deux heures. Elle débute par l'écoute du patient et éventuellement de son entourage proche. Un premier échange permet d'évaluer les connaissances du patient sur sa maladie, son projet thérapeutique, ses réactions à l'annonce du diagnostic, ses attentes, ses besoins physiques, psychologiques et sociaux.

Ensuite l'infirmière comble si nécessaire ses lacunes et corrige les inexactitudes, elle explique le protocole de traitement (déroulement, durée de l'hospitalisation, rythme des cures de chimiothérapie ou des séances de radiothérapie...), les effets indésirables et leur prévention. Elle revoit avec le patient les différents rendez-vous et lui remet une documentation qui résume les informations reçues lors de l'entretien. Enfin, en fonction des besoins repérés, l'IDE l'oriente vers la psychologue, l'assistante sociale ou la diététicienne.

Un suivi est assuré à chaque consultation, les éléments de synthèse sont repris sur une fiche d'évaluation intégrée au dossier de soins.

**"La consultation d'ancrage infirmière a contribué à l'amélioration de la qualité de vie des patients grâce à une meilleure écoute et une information**

# Médecine et Progrès

personnalisée mais aussi en rendant aux soins toute leur dimension humaine"

D'après un article de Madame Lechar

## NANTES

### **Infections nosocomiales : l'union de 10 établissements**

Le CHU de Nantes et neuf des établissements de santé publics et privés de l'agglomération nantaise ont conclu un partenariat permettant de réaliser des actions collectives, de mettre en commun l'expérience des équipes opérationnelles d'hygiène et de compléter l'action des Comités de lutte contre les infections nosocomiales.

**Les établissements signataires de la convention :**

- Le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes
- Le Centre Régional de Lutte contre le Cancer " René Gauducheau " à Saint-Herblain
- L'Hôpital à Domicile de Nantes et de sa région
- L'Hôpital Bellier
- Les Nouvelles Cliniques Nantaises
- La Polyclinique de l'Atlantique
- La Clinique Saint-Augustin
- Le Centre Catherine de Sienne
- Les Cliniques mutualistes
- Le Centre Hospitalier intercommunal Sèvre et Loire

Ils représentent ainsi près de 3 300 lits de court séjour et de soins de suite soit plus de 70% des capacités d'accueil des établissements du secteur sanitaire n°1 (Nantes-Châteaubriant) dans ces disciplines et environ 1 200 lits de soins de psychiatrie et de soins de longue durée.

**Aide et partage de savoir-faire**

Une aide à la mise en œuvre d'actions de formation professionnelle, selon des programmes à convenir en commun et qui seront inscrits dans le plan de formation professionnelle continue de chaque établissement, ainsi que des actions

d'information : organisation de manifestations, échange de documentations techniques et de références bibliographiques.

Un partage des savoir-faire des équipes professionnelles, prenant notamment la forme de l'élaboration en commun de protocoles d'hygiène spécifiques, la communication d'éléments du système documentaire de l'établissement concernant les thématiques de l'hygiène et des risques infectieux, des audits des pratiques professionnelles, etc...

Un soutien éventuel dans les démarches spécifiques des établissements est prévu. Il portera sur des échanges ponctuels concernant les difficultés techniques connues par les professionnels, ou sur l'étude des systèmes d'évaluation des actions menées dans chacun des établissements. S'il y a lieu, une réflexion commune sur les politiques d'information du patient et de sa famille dans le domaine de l'infection nosocomiale, en lien éventuellement avec la réflexion menée au sein des établissements dans le domaine plus général du droit à l'information du patient et de ses proches.

Ce partenariat complète le rapprochement engagé entre professionnels au travers de la création de l'association GRASLIN : agglomération nantaise Réseau Action Surveillance et Lutte contre les Infections Nosocomiales, qui favorise la réalisation de travaux en commun.

La création d'un réseau de lutte contre les infections nosocomiales entre les établissements installés dans le secteur sanitaire n°1 Nantes-Châteaubriant est à l'étude. Cette coopération se traduira notamment par la mise en commun de personnels.

## RENNES

### **Les parents handicapés et l'hôpital sud : une compréhension exemplaire**

La rencontre entre une jeune femme handicapée déterminée à devenir mère et un corps médical

et para-médical attentif à ce projet est à l'origine d'une meilleure reconnaissance des besoins spécifiques des personnes handicapées au CHU de Rennes, une démarche, saluée par Marie-Sophie DESAULLE, présidente de l'Association des Paralysés de France

"Nous notons un véritable intérêt de la part des professionnels du monde médical qui est très demandeur en terme d'information. C'est grâce à leur implication que les démarches entreprises avec l'Hôpital Sud portent aujourd'hui leurs fruits. L'acquisition d'une table gynécologique adaptée par l'hôpital sud est une grande étape puisqu'elle marque concrètement la reconnaissance par le corps médical du droit à être parent, et ceci dans les meilleures conditions. Un projet d'aménagement de deux chambres de maternité est également en cours", précise Christine Durand, Responsable du groupe "Etre parent handicapé" de l'APF.

**Une prise en charge personnalisée des patientes**

Depuis 1999, l'équipe médicale et soignante a été sensibilisée à l'accueil en Maternité de la mère et de son enfant par l'Association des parents des paralysés de France et notamment par sa présidente Madame Christine Durand, mère de 2 enfants, patiente du service du Professeur Grall.

**L'aménagement des locaux**

Des réunions associant les différentes catégories de personnel ont été organisées par les cadres sages-femmes pour mieux connaître les besoins de ces mamans. A partir de ces réflexions, quelques aménagements ont été réalisés à la maternité de l'Hôpital Sud avec l'aide d'un ergonome.

En avril 2003, une table électrique a été installée en consultation de gynécologie afin de permettre une plus grande autonomie des personnes handicapées.

L'aménagement et l'équipement de cette salle vont être complétés dans les prochains mois.

Une équipe médicale et soignante bilingue prendra en charge les futures mamans malentendantes. L'accueil des personnes

# Handicapés et Progrès

## **handicapées dans le futur hôpital femme-enfant**

Le plan directeur du CHU de Rennes prévoit la réalisation d'un Hôpital Femme-Enfant, établissement qui regroupera toutes les disciplines de la femme et de l'enfant sur le site de l'Hôpital Sud, disciplines qui sont aujourd'hui éclatées entre les 3 sites principaux de l'établissement.

**Des contacts ont été pris avec les associations d'handicapés physiques, de malvoyants et de malentendants pour prendre en compte leurs besoins et leurs attentes dans le futur bâtiment.**

Aussi, le projet prévoit l'aménagement de chambres spécialement adaptées pour les handicapés :

- 2 chambres en gynécologie, le service ouvrira au 1er semestre 2004
- 4 chambres en maternité,
- 2 chambres en hospitalisation de courte durée à l'Accueil pédiatrique pour des enfants et/ou des parents handicapés,
- 4 chambres mères- enfants en pédiatrie.

Ces 12 chambres disposeront d'un sol podotactile devant chaque porte, d'une signalétique en braille, d'ouvertures de portes, de fenêtres et de placards adaptés, d'un cabinet de toilette aménagé pour accueillir un fauteuil, de commandes de lumières et de volets au lit et de divers équipements aidant à la mobilité et à l'autonomie (téléphone, plateaux de transfert, étude de couleurs...), ainsi que de tables à langer à hauteur variable en maternité.

Pour ce qui est des parties communes, il est prévu : une signalétique en braille dans les ascenseurs et les entrées de service, des banques d'accueil accessibles aux fauteuils ; tous les sanitaires publics et le vestiaire du personnel seront accessibles aux handicapés.

## **Reconnaître et faire vivre le droit d'être parent handicapé**

Grâce à l'intervention du groupe " Etre parent handicapé ", aux collaborations que ses membres ont su développer avec les médecins et soignants, à leurs échanges dans le cadre de rencontres-débats sur " Le désir d'être parent au-delà du handicap ", à la publication d'ouvrages, les tabous se sont peu à peu levés et avec eux les appréhensions des parents en devenir. De leur côté, les professionnels ont découvert les

possibilités et les spécificités de la parentalité des personnes en situation de handicap. Le droit d'être parent handicapé se vit pleinement au CHU de Rennes. Aujourd'hui, le groupe travaille à cette même reconnaissance auprès des pouvoirs publics. Une reconnaissance qui serait effective notamment par le biais d'une allocation spécifique d'aide aux parents handicapés.

## **STRASBOURG**

### **SMUR : Une nouvelle gamme de véhicules**

**Quatre nouveaux véhicules, ultra-modernes, ont été affectés au SMUR situé à l'Hôpital Civil.**

Il s'agit de trois UMH, Unité Mobile Hospitalière. Véritables chambres de malades sur roues, ces véhicules permettent une prise en charge optimale du patient.

A bord : un médecin, un infirmier et un ambulancier disposent d'un matériel de réanimation complet pour la prise en charge de l'ensemble des urgences médicales et traumatiques. Les soignants peuvent travailler debout autour du patient. Les premiers soins sont dispensés sur place puis à l'intérieur de l'UMH. Les véhicules sont spacieux - cinq places assises - et ergonomiques, les médicaments sont rangés dans un frigidaire.

Un véhicule léger médicalisé complète la flotte et permet aux équipes un déplacement très rapide sur le lieu d'intervention. Les véhicules sont climatisés pour un meilleur confort du patient et du soignant. Un GPS et un indicateur de route aident à la conduite.

**Le coût d'une Unité Mobile Hospitalière est de 152 000 Euros.**

Les anciens véhicules sont recyclés. Deux sont mis en réserve, un autre est affecté aux transports de patients souffrant de pathologies contagieuses. Par exemple au printemps le véhicule a permis le transport de malades présentant des suspicions de pneumopathie atypique.

En moyenne le SMUR effectue 10.000 interventions par an dans le secteur sanitaire du Bas-Rhin.

## **EDUCATION DU PATIENT**

### **POINTE-À-PITRE**

#### **Education des patients diabétiques : c'est aussi l'affaire des aides-soignants**

L'éducation proposée aux patients diabétiques et à leurs familles est un élément essentiel de prévention. Un patient éduqué est un patient autonome et rassuré qui a obtenu le "permis de conduire son traitement".

Les aides-soignants qui occupent une place privilégiée auprès du patient jouent un rôle essentiel dans son apprentissage de l'équilibre alimentaire et de la bonne nutrition.

#### **Joindre l'utile à l'agréable**

La prise du repas participe au traitement et donc au recouvrement de la santé. Afin d'optimiser l'alimentation du patient, l'aide-soignant doit respecter des procédures d'installation, de distribution, d'aide et de surveillance. Il ou elle participe aux repas des malades mais doit également éduquer les personnes de leur entourage à une bonne nutrition et conseille le patient sur le choix du menu en tenant compte de son régime.

#### **Installation du patient**

L'installation du patient pour le repas doit privilégier le confort afin que le malade puisse apprécier le repas.

L'aide-soignant ne doit pas oublier que le malade est " à jeun "

Il vérifie que le plateau correspond bien au malade : étiquette, carte, régime prescrit et nombre de glucides. L'aide-soignant veille à ce que la présentation du repas soit agréable et aide le malade à manger et à boire en respectant son rythme, c'est-à-dire lentement. Il écoute ses commentaires, observe ses réactions : dégoût, problèmes de digestion, questions sur la sélection des plats afin de les signaler à l'infirmière.

**Surveillance de l'équilibre alimentaire**

# et Progrès

L'aide-soignant doit veiller à ce que le patient diabétique prenne chaque jour un repas équilibré comprenant des aliments de chaque catégorie (glucides, lipides, protéides). Le petit-déjeuner qui fait suite au jeûne prolongé de la nuit, constitue un repas qu'il ne faut pas négliger. Enfin, l'aide-soignant vérifie qu'il n'y ait aucune entorse à l'hygiène alimentaire ce qui pourrait entraîner une intoxication.

## Faire boire le malade

Il faut veiller à ne pas oublier de faire boire le malade. L'eau est indispensable à l'organisme et représente environ le tiers du poids du corps ; il faut 2,5 à 3 litres d'eau par jour pour compenser les pertes normales (urines, sueur, transpiration). L'aide-soignant proposera systématiquement à boire lorsqu'il pénétrera dans la chambre d'un patient non autonome ou d'une personne âgée.

**Dans le service de diabétologie chacun doit être à l'écoute des patients et participer à leur éducation sanitaire.** Les aides-soignants, collaborateurs des infirmiers, jouent un rôle pivot dans cette démarche. Ils observent le langage du corps du patient et écoutent les propos de la famille : habitudes et plaisirs alimentaires, préférences, respect des croyances religieuses, choix... La prise de nourriture peut être un enjeu affectif entre le patient et les soignants, le patient et son entourage et entre le patient et lui-même.

D'après un article rédigé par Mesdames B. William et F. Alvin -médecine C.

## RÉSEAUX

### AMIENS

**Ecoute, Fédération, Promotion et Ouverture : les 4 mots-clés du GIP Télémedecine de Picardie**  
**Le Groupement d'Intérêt Public (GIP) Télémedecine de Picardie est la nouvelle structure juridique du réseau Télémedecine de Picardie qui associe, depuis sa création en 2000, vingt-cinq établissements de santé (publics et privés).**

Le GIP Télémedecine Picardie est né fin décembre 2002 sous l'impulsion de

l'ARH, avec la volonté de rendre pleinement effectifs les outils de télémedecine. Une Assemblée Générale s'est réunie le 3 juin pour nommer son Conseil d'Administration et mettre en place un Comité Consultatif Médical et Scientifique. Le premier Conseil d'Administration du GIP a eu lieu le 8 septembre dernier.

**La Télémedecine** est l'ensemble des outils qui permettent d'améliorer la prise en charge d'un patient à distance et que l'on peut définir sommairement au travers de trois composantes : thérapeutique, documentaire et formation.

**Le caractère thérapeutique** se traduit par l'aide que peuvent apporter les moyens de communication performants entre praticiens, pour leur permettre d'échanger leurs avis à distance, sur la base de divers documents partagés en temps réel. Il s'agira en particulier d'images, à l'instar de ce qui se pratique avec succès en Neurochirurgie depuis plusieurs années sous l'impulsion du professeur Le Gars. L'expertise à distance sur des cas cliniques, telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui sur la base d'images de scanners visualisées simultanément sur sites distants, permet en effet des échanges d'avis médicaux pour la meilleure prise en charge du patient (ces avis pouvant éviter des transferts inter-établissements).

Les nouvelles technologies autorisent des transferts plus rapides, de meilleure qualité, intégrant les images animées ainsi qu'une exploitation plus étendue et plus ergonomique.

Les champs d'applications sont potentiellement très vastes : transmissions d'électrocardiogrammes, d'électroencéphalogrammes, de dopplers, etc. On imagine facilement l'impact sur le suivi des patients à domicile, par exemple. Et on sait déjà qu'envisager des interventions chirurgicales télépilotées ne relève plus de la science-fiction !

La télémedecine s'attache également à constituer l'assise des réseaux de soins qui se mettent en place en Picardie.

### **Le service plus "documentaire" du réseau de télémedecine**

En associant les nouvelles technologies de l'information et de la communication au savoir médical, on produit des savoirs plus facilement transmissibles. Ces

informations sont mises à disposition des professionnels de santé mais aussi du grand public. Le site [www.picardmed.com](http://www.picardmed.com) est un bon exemple. Les médecins peuvent y consulter des informations professionnelles (protocoles, cas cliniques). Quant au public, ce sont des conseils, des informations générales (de prévention, par exemple) qui y sont à sa disposition. Bien entendu, ce qui existe aujourd'hui ne constitue qu'une amorce de la richesse documentaire qu'il est envisageable de partager.

### **Les très vastes possibilités de formation.**

La première illustration venant à l'esprit est le téléstaff médical. Pour ce faire, des moyens existent déjà, installés dans le cadre du Groupement Télémedecine initial : ce sont les structures de visio conférence en place dans de nombreux hôpitaux : il reste à les moderniser et, conjointement, à organiser leur utilisation.

Autre piste à exploiter en ce domaine : la formation en ligne sur Internet qui pourra être favorisée par le développement et la mise en œuvre de didacticiels.

**L'objectif de la télémedecine est donc de favoriser les échanges d'informations, sous toutes ses formes, non seulement entre les hôpitaux mais, plus largement entre tous les professionnels de santé et les patients.**

### **Les perspectives et projets du GIP Télémedecine de Picardie**

Certaines activités télématiques doivent être améliorées ainsi la visioconférence est peu utilisée et le site picarmed est à réactiver.

Différents projets sont déjà lancés : un travail est en cours sur la définition d'un dossier médical régional partagé au niveau des services d'urgence, SAMU et SMUR ; d'autres projets plus ou moins avancés bénéficieront de la dynamique impulsée par le GIP (réseau Hépatite C, antiphospholipides, etc...).

Grâce à la création d'un Annuaire Santé Picardie, autre projet-clé du GIP, les échanges entre tous les partenaires seront réellement favorisés et leur confidentialité préservée. L'annuaire permettra de définir qui aura droit d'accéder à quoi.

**Enfin, le GIP Télémedecine de**

# Médecine et Progrès

Picardie s'attachera à aider, conseiller et animer les réseaux de soins qui en feront la demande.

## NANTES

### Télétransmission d'images en Neurotraumatologie

Treize hôpitaux des Pays de la Loire et de Bretagne ont constitué un réseau de transmission d'images en neurotraumatologie.

Dans le cadre de l'appel à projet national "e-santé 2000", 13 établissements de santé des Pays de la Loire et de Bretagne se sont dotés de concert de stations de télétransmission d'images médicales fixes et dynamiques en vue d'accompagner les décisions médicales qui président à la gestion de certains transferts inter-hospitaliers de patients..

Outil d'aide à la décision, ce système de transmission d'images permet aux praticiens des centres hospitaliers de proximité de solliciter rapidement et en toute sécurité l'avis médical spécialisé des praticiens des CHU.

Ce réseau qui s'applique aujourd'hui à la neurotraumatologie permet de décider le plus rapidement possible du transfert d'un patient dans la perspective éventuelle d'une intervention neurochirurgicale.

Cette application de télémédecine tire largement profit des capacités des réseaux régionaux et métropolitains à hauts débits, les durées moyennes de télétransmission étant inférieures à une minute.

**Liste des hôpitaux ayant signé la Convention de coopération d'images en neurotraumatologie** notamment le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, le Centre Hospitalier d'Ancenis, le Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique, le Centre Hospitalier de Chateaubriant Le Centre Hospitalier de Fontanay, le Comte, le Centre Hospitalier Départemental de La Roche sur Yon, le Centre Hospitalier de Laval, le Centre Hospitalier de Mans, le Centre Hospitalier des Sables d'Olonne, le Centre Hospitalier de Loire Vendée

Océan, le Centre Hospitalier de Saumur, le Pôle Santé Sarthe et Loir.

## RENNES

### Prométhée : un héros au service des greffés hépatiques

Prométhée est un réseau qui réunit les spécialistes libéraux et hospitaliers autour du malade transplanté hépatique habitant le grand ouest.

" Prométhée ", en référence au héros de la mythologie grecque qui transmet la connaissance aux hommes, se matérialise par le partage entre professionnels de santé du dossier informatisé de chaque greffé via la technologie Internet. Il est l'aboutissement d'une réflexion déjà ancienne sur le suivi difficile des greffés du foie.

En effet, le CHU garde encore l'exclusivité de cette surveillance et cette situation est source de difficultés importantes : transports sanitaires coûteux et fatigants pour les greffés... Prométhée est apparu comme une solution intéressante. L'idée était séduisante mais il a fallu quasiment tout créer car il n'existait aucun réseau de ce type en France : seuls quelques centres de greffe Nord-Américains se sont dotés d'outils, encore à l'état de prototypes. Prométhée s'inscrit dans le cadre d'un partenariat institutionnel entre les CHU de Brest, Nantes, Angers Poitiers, Tours, Rennes et les hôpitaux de proximité, en cours de formalisation.

#### Les partenaires du réseau

L'interlocuteur principal est l'hépatogastro-entérologue de proximité, référent du patient, libéral ou hospitalier. C'est lui qui assure la surveillance clinique et biologique du greffé. A chaque consultation, il met à jour le dossier de son patient et garantit par cette action que toutes les informations concernant ce patient sont accessibles aux autres membres du réseau.

Tout patient du réseau a en principe un médecin généraliste désigné par lui et autorisé à accéder à son dossier dans le Réseau Prométhée. Il pourra ainsi participer à la prévention des

complications évolutives au cours de la phase d'attente du greffon ou après la greffe.

#### Au cœur du Réseau : le centre de greffes assure :

- l'achèvement du bilan pré greffe et l'ouverture de chaque nouveau dossier patient sur Prométhée, la gestion de la liste d'attente en collaboration avec l'établissement français des greffes,
- la réalisation du geste de greffe et la prise en charge du suivi postopératoire immédiat (2 à 3 semaines d'hospitalisation sont nécessaires après la greffe pour ajuster le traitement immunosuppresseur)
- l'initiation du processus de suivi au terme de l'hospitalisation par l'information du malade sur l'existence et le fonctionnement de Prométhée et par l'aide à la prise en main de l'outil informatique par son HGE référent
- le suivi des greffés issus de la ville de Rennes et de ses environs proches, ainsi que la prise en charge des situations complexes ne pouvant être gérées en ambulatoire : complications aiguës, dysfonctions organiques sévères, traitements spécifiques, adaptation et éducation à une thérapie immunosuppressive
- le contrôle de l'état de santé général des patients par l'analyse régulière des données enregistrées sur la base et la diffusion des résultats de cette analyse aux membres du réseau
- l'organisation de réunions d'enseignement sur le suivi des greffés
- l'évaluation des moyens mis en œuvre, de l'organisation et des résultats du réseau.

#### Le rôle technique des informaticiens

Michel Rouvière et Nicolas Martinière : " Nos priorités ont été de permettre à Prométhée de fonctionner efficacement sans faire courir de risque à l'ensemble du système informatique du CHU . En effet, nous créons pour la première fois une " porte d'entrée " permettant à une personne extérieure d'avoir accès à des informations contenues dans notre système. Cet extranet devait donc être particulièrement sécurisé pour empêcher des accès non autorisés à des données médicales. En langage technique, nous utilisons une technologie Metaframe Citrix... Le choix de l'architecture technique retenue tient compte de l'environnement existant. Le CHU est en effet raccordé au réseau breton Mégalis à travers un Fire Wall (pare feu) qui assure la protection

# Medecine et Progrès

contre les agressions externes. L'accès à Prométhée se fait par un navigateur web standard et implique que chaque utilisateur soit identifié.

Une première identification sera nécessaire pour l'accès au serveur d'affichage. A l'ouverture de l'application une identification permettra le positionnement des droits de l'utilisateur aux données médicales.

Le serveur NT de données Prométhée est installé dans l'Intranet du CHU.

Les échanges seront cryptés entre le serveur Métaframe et le poste utilisateur localisé sur le réseau d'un partenaire hospitalier via Mégalis ou depuis Internet et Mégalis pour un accès de l'extérieur.

D'après l'interview du Pr Boudjéma réalisée par Anne Lavollée

## La transplantation hépatique au CHU de RENNES

La transplantation hépatique s'impose depuis plus de dix ans comme le seul traitement efficace des maladies du foie parvenues à un stade terminal. En France, environ 900 malades en bénéficient chaque année. Le département de Chirurgie Viscérale et de Transplantation du CHU de Rennes est un des plus importants des centres de greffe hépatique français (80 à 100 greffes par an) et celui où sont référés tous les malades du Grand Ouest justifiant de ce traitement.

Passée la phase opératoire, ces hommes et ces femmes, souvent jeunes (moyenne d'âge de 46 ans) retrouvent pour la plupart en quelques mois une vie physiologique normale compatible avec une réinsertion socioprofessionnelle complète. Ils doivent cependant se soumettre à une surveillance "à vie", nécessaire à la prévention de effets secondaires du traitement anti-rejet.

L'offre de transplantation hépatique reste encore bien en deçà des besoins : 9 greffes par million d'habitants alors qu'il en faudrait 12 à 15.

## EQUIPEMENT HIGH TECH SUITE P.31

### ANGERS

#### Acquisition conjointe d'un TEP-TDM\*

Le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers (CHU) et le Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Papin (CRLCC) ont acquis conjointement un nouvel équipement de haute performance pour la détection de certains cancers : un Tomographe à Emission de Positons\*\* couplé à un Tomodensitomètre.

Il s'agit d'un d'un TEP-TDM de type Discovery ST de dernière génération dont il n'existe que deux autres modèles en Europe.

Cet équipement, qui relève de la médecine nucléaire, a été mis en fonctionnement en septembre 2003 au bâtiment Larrey du CHU d'Angers. En attendant sa mise en service officielle, il fonctionne depuis le 15 septembre dernier, dans un cadre d'apprentissage, notamment pour la formation des hospitaliers qui utiliseront cet équipement.

#### TEP : une nouvelle technique de diagnostic médical

Contrairement à bon nombre de méthodes d'imagerie médicale diagnostique\*\*\* qui pour la plupart n'autorise qu'une analyse morphologique des lésions, la tomographie par émission de positons, permet d'analyser l'activité métabolique des tissus (évaluation sous forme d'images de l'activité du métabolisme cellulaire du glucose des différents organes)

#### Le TEP d'Angers est couplé avec un scanner à rayons X (TEP TDM)

Le fait que le TEP, choisi par le CHU et le CRLCC d'Angers, soit couplé à un TDM (scanner à rayons X ou tomodensitomètre) renforce les performances du système par superposition d'images.

#### Les bénéfices pour le patient

La TEP-TDM permet pour 20 à 30 % des patients examinés de modifier leur prise en charge en oncologie et donc de l'améliorer.

#### La recherche

Au delà des indications principales, un certain nombre d'études sont actuellement en cours. Avec la mise en place du TEP-TDM, l'équipe mixte "CHU-CRLCC" va pouvoir participer activement à des activités de recherche et d'évaluation, avec les équipes de Rennes et de Nantes, notamment sur : \*(investigations dans le domaine cancérologie pour les pathologies relevant de la pneumologie, de l'appareil digestif, de la gynécologie, de l'ORL ou encore dans le cadre mélanomes et lymphomes).

#### Le TEP Conforte les missions de l'institut angevin du cancer

Le CHU et le CRLCC, résolument décidés à répondre aux objectifs du "Plan Cancer" national, ont constitué depuis 2 ans une communauté d'établissements de Santé : "l'Institut angevin du cancer". Cet institut s'inscrit au sein du Réseau de cancérologie Anjou-Maine.

C'est ainsi que les unités de médecine nucléaire des 2 structures ont été regroupées sur un même site au CHU (bâtiment Larrey). Cette collaboration entre les deux unités, qui ont gardé leur identité, permet la mise en commun de moyens lourds et facilite les échanges de techniques. C'est au sein de ce plateau technique commun que le TEP-TDM a été installé. L'acquisition de cet équipement s'inscrit véritablement dans le projet "Cancéropôle Grand Ouest".

#### Montant et financement

#### Équipement et travaux : 2,960 millions d'euros

Le CHU et le CRLCC ont acquis conjointement le TEP et ont mis en œuvre les travaux et les équipements complémentaires nécessaires à son fonctionnement.

L'enveloppe cible de l'opération s'élève à 3 M euros. Le Comité Départemental de Maine et Loire de la Ligue Contre le Cancer a décidé de prendre à sa charge le coût de l'équipement (2,5 M euros) à hauteur de 762 000 euros.

Par ailleurs, le TEP figure dans le dossier global de demande de financement présenté au titre du "plan cancer", priorité nationale, pour émarger sur l'enveloppe "Hôpital 2007".

\* TEP TDM=TEP couplé avec un scanner à rayon X

TDM = scanner à rayons X = tomodensitomètre  
\*\*Positron ou positron : particule élémentaire à charge positive de même masse que l'électron négatif

\*\*\*radiologie, échographie, IRM

# PROJETS

## PROJET D'ÉTABLISSEMENT

### REIMS

#### **Adapter le CHU aux nouveaux enjeux**

**Voté à l'unanimité par le conseil d'administration en juin 2003, le projet d'établissement du CHU s'inscrit dans une dynamique qui doit le conduire à faire preuve de sa capacité d'adaptation et à continuer à exercer ses missions de façon optimale dans un milieu en constante évolution.**

#### **Le projet médical**

Conçu comme un véritable projet pour le patient, le projet médical s'appuie sur deux orientations majeures : d'une part renforcer la vocation de recours régional du centre Hospitalier Universitaire en le positionnant comme référent dans la filière de prise en charge du patient, et d'autre part orienter l'organisation et l'activité vers une mission de diagnostic et de traitement précoces positionnant le CHU en tête des filières de soins. La réalisation du projet médical nécessite un financement de 11 878 100 euros sur la période 2003 / 2007 au titre du budget d'exploitation.

#### **Les autres volets du projet d'établissement**

Dans la continuité des actions déjà entreprises par le CHU dans différents domaines (social, soins, qualité, hôtelier et logistique, système d'information et gestion), ce projet d'établissement, au travers de ses différents volets, a également l'ambition de définir les objectifs d'une politique forte, cohérente et évolutive, en lien avec le projet médical. Ces différents volets nécessitent un financement de 7 520 100 euros au titre du budget d'exploitation sur les années 2003 / 2007.

#### **Projet architectural et schéma directeur**

Le projet d'établissement se caractérise par ailleurs par son volet architectural qui conduira, sur une période de douze

ans, à la reconstruction de la grande majorité des bâtiments existants en vue de la réalisation d'un ensemble cohérent et homogène garantissant une prise en charge optimale des patients.

Le coût global de l'opération (études, travaux et équipements) a été valorisé à hauteur de 586 520 000 euros, sachant que le montant des investissements sur la période 2003 / 2007 représente un total de 109 700 000 euros. Le diagnostic réalisé en 2001 confirme en effet que la plupart des locaux du CHU nécessitent une restructuration lourde. Celle-ci a été déterminée à partir des objectifs définis au sein du projet médical. Sans attendre les échéances du schéma directeur à moyen terme, les premières opérations programmées sur le court terme permettront la mise en œuvre des actions du projet médical et notamment de faciliter l'organisation des services en pôles. Ces opérations doivent aussi répondre à des problèmes de qualité et de conformité des conditions d'hébergement.

Le pré-contrat d'objectifs et de moyens signé en avril 2003 attribue au CHU une nouvelle dotation de 3,2 millions d'euros assurant le financement des opérations à court terme. C'est le prélude à la signature du contrat d'objectifs et de moyens qui intégrera les autres éléments du projet d'établissement.

### CAEN

#### **Quand les grands projets se concrétisent**

**Dans une interview accordée à Transversal, journal interne du CHU, le Pr André Valdazo réélu à la Présidence de la Commission Médicale d'Etablissement avec 91% des suffrages évoque les projets qui vont modifier en profondeur l'organisation de l'établissement.**

Le bâtiment "Femme Enfant" sera la première pierre de l'édifice, ensuite suivra la construction du bâtiment de "Biologie", facteur déclenchant de la restructuration de la tour. Ces changements, nécessaires, induisent le regroupement de services, la mutualisation des moyens pour utiliser au mieux le plateau technique.

Le deuxième projet concerne la constitution des pôles médico-chirurgicaux avec pour chacun la désignation d'un référent médical et d'un référent administratif. Créés par anticipation aux réalisations architecturales, leur structuration se fera en concertation avec les médecins, les cadres, les soignants et l'administration".

Pour le Pr André Valdazo, "un autre objectif sera de mettre un terme aux hospitalisations inappropriées qui altèrent l'image de l'établissement. Les ouvertures de l'unité d'hospitalisation de courte durée et de l'unité de gériatrie ont ramené ce taux de 15 à 6 %. Un deuxième service de médecine polyvalente avec admission directe des urgences sera à prévoir. Enfin, l'un des projets immédiats, pour pallier l'augmentation de 6 à 7 % par an des hospitalisations en médecine, portera sur la création d'une structure de soins de suite sur l'agglomération".

**Autre axe à dynamiser celui de la recherche clinique,** "il faut inciter leurs équipes à présenter et à valoriser leurs travaux. Les difficultés tiennent à notre cloisonnement et à nos divisions. Cette politique peut passer par l'attribution de bourses d'études aux praticiens hospitaliers, internes et assistants".

S'agissant du partenariat entre le CHU et le Centre anticancéreux François Baclesse, "il est nécessaire que de vraies complémentarités s'établissent. "Des projets communs existent : la constitution d'une "tumorothèque" l'acquisition d'une TEP (Tomographie par Emission de Positons)... et le futur pôle de Biologie.

Mais les deux projets médicaux doivent se compléter davantage et s'orienter vers un aménagement cohérent des activités médico-chirurgicales sur le plateau technique".

Pour ce second mandat, conclut le Pr André Valdazo, "la difficulté est peut-être de trouver un second souffle. On compte sur une réalisation rapide des projets architecturaux, car si une forme de résignation s'était installée au CHU, l'état d'esprit change progressivement. J'espère que les décisions que je soutiendrai seront conformes à l'intérêt général. En tout cas, elles seront prises sans arrière-pensée électorale puisque dans quatre ans, je partirai en retraite !".

D'après un article de Vincent Kubler

## ACCREDITATION

### FORT-DE-FRANCE

#### **Accréditation européenne du laboratoire d'histocompatibilité**

Le 3 avril 2003, le laboratoire d'histocompatibilité (HLA) de la Martinique a obtenu l'accréditation de la Fédération Européenne d'Immunogénétique.

Créé dans les années 80, le laboratoire HLA du CHU de Fort-de-France est le premier laboratoire d'histocompatibilité des DOM à être accrédité. Cette distinction vient couronner la compétence, la rigueur et le professionnalisme d'une équipe composée de quatre techniciennes et d'un médecin biologiste.

#### **Les indications de groupage HLA**

Déterminer le groupage HLA aide au diagnostic dans certaines pathologies (l'exemple le plus connu est l'association HLA B27 et spondylarthrite ankylosante) et à la recherche de donneurs compatibles. Pour la transplantation rénale, les donneurs doivent être le plus proche possible du malade sinon il y a risque de rejet. Lors d'une greffe de moelle, le donneur doit être identique, la compatibilité sera donc recherchée de préférence parmi les frères ou les soeurs.

Compte tenu des milliers de combinaisons possibles pour le groupe HLA, c'est parmi les gens de la même origine géographique que l'on a le plus de chances de trouver un donneur compatible. **C'est pourquoi le 136ème Centre donneur français a vu le jour à la Martinique. " Antilles don de moelle " a pour mission de recruter des donneurs potentiels de moelle osseuse pour répondre à la demande des malades originaires des Caraïbes.** En effet, ces populations sont peu représentées dans les fichiers européens et internationaux. Pourtant, la greffe de moelle est souvent le seul espoir de guérison pour les malades atteints de leucémie ou d'aplasie et qui n'ont aucun donneur compatible dans leur fratrie.

Les analyses réalisées au laboratoire sont le typage HLA classe I et II et la recherche d'anticorps anti HLA. Elles font appel à des techniques manuelles sérologiques (microlymphocytotoxicité) et de plus en plus à la biologie moléculaire. La réalisation et l'interprétation demandent une grande technicité et une expérience indéniable de l'ensemble du personnel.

#### **L'accréditation EFL**

Délivrée pour une durée de trois ans, l'accréditation est un gage de qualité et de fiabilité des analyses rendues. Cette démarche dynamique s'inscrit dans le temps et garantit un niveau de compétence du laboratoire. L'accréditation EFL est obligatoire pour toutes les activités de greffe. D'après un article du Dr Béra

### LILLE

#### **Le CHU accrédité par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé**

Le collège de l'accréditation de l'ANAES a rendu en avril 2003 ses conclusions: le CHRU de Lille est accrédité.

Le rapport de l'ANAES remis aux instances du CHRU contient six recommandations et deux réserves simples, qui sont d'ores et déjà intégrées dans une démarche d'amélioration de la qualité.

#### **Les deux réserves simples concernent :**

- la garantie du respect des droits et de l'information aux patients. Ce sujet constitue l'un des volets majeurs du projet d'établissement du CHRU de Lille pour la période 2004-2008.
- La mise en œuvre d'une politique commune du dossier du patient. Un chantier qualité a été mis en œuvre au CHRU de Lille à l'issue de l'accréditation du groupe cardio-calmette. Une première évaluation aura lieu en septembre 2003 par les experts-visiteurs.

Les recommandations visent à : **Organiser la gestion documentaire.** Les principes généraux et les procédures de suivi sont arrêtés au niveau du CHRU. La deuxième étape concernera la gestion de proximité des documents cliniques pour les procédures et documents de niveau local.

**Assurer la sécurité incendie** dans les hôpitaux Hurlez et Swynghedaw. Les travaux de restructuration et d'humanisation sont menés sur plusieurs exercices par tranches successives avec l'accord des commissions départementales et communales de sécurité, selon l'établissement.

**Mettre en assurance qualité la prestation linge.** Cette démarche est l'un des objectifs prioritaires du CHRU. Il sera réalisé par le biais de la contractualisation interne entre les cliniques et la Direction des prestations Hôtelières.

**Mettre en conformité les différents secteurs de stérilisation.** Ces travaux de mise en conformité ont débuté et s'achèveront fin 2003.

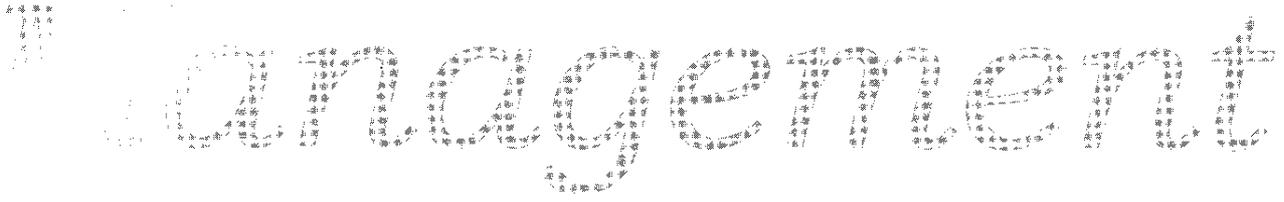
**Généraliser les déclarations à la CNIL,** des fichiers informatiques. A ce jour, toutes les applications nouvelles mises en œuvre ont fait l'objet d'une déclaration préalable. La recommandation porte sur les applications plus anciennes qui nécessitent une mise à jour.

**Veiller à l'application des actions correctives en faveur de la lutte contre les infections nosocomiales et les évaluer.** Il existe une coordination transversale des vigilances et un service de gestion du risque infectieux vient d'être créé (délibération du Conseil d'Administration du 17 mars 2003). L'un des axes de la mise en œuvre des actions correctives est de doter les cliniques de référents médicaux, en complément des référents paramédicaux d'hygiène.

### PARIS

#### **L'hôpital Louis Mourier accrédité sans réserve**

L'hôpital universitaire Louis-Mourier (AP-HP) est situé à Colombes dans les Hauts-de-Seine. Il comprend 569 lits et places répartis autour de plusieurs pôles d'activité : pédiatrie, néonatalogie et gynécologie-obstétrique ; pôle digestif



médico- chirurgical ; services de médecine interne, réanimation ; service de psychiatrie ; un pôle gériatrique avec une unité de soins de longue durée. La construction d'un centre périnatal de type III, avec une réanimation néonatale, est un projet majeur des trois prochaines années. L'hôpital dispose également d'un plateau technique performant en imagerie, biologie et explorations fonctionnelles ainsi que d'un service d'odontologie. Afin d'assurer une offre de soins hospitaliers publics cohérente dans leur bassin de vie, les hôpitaux Louis-Mourier et Max-Fourestier (Nanterre) ont constitué un syndicat interhospitalier (SIH). Dans ce cadre sont gérés conjointement le service d'accueil des urgences, l'organisation de la garde chirurgicale, l'activité d'anatomo-cyto pathologie et l'ouverture de lits soins de suite et de réadaptation. Une réflexion approfondie est menée pour une convergence des projets médicaux des deux hôpitaux visant à organiser de manière harmonieuse les prises en charges médicales et chirurgicales sur les deux sites.

Le Collège de l'Accréditation a conclu que le centre hospitalier universitaire Louis-Mourier avait satisfait à la procédure d'accréditation sans réserve pour une durée de 5 ans.

**Le rapport souligne :**

- **La clarté des orientations** stratégiques de l'hôpital et l'avancée sur des projets structurants, comme le centre périnatal de type III ou le développement des relations avec l'hôpital de Nanterre.
- **La qualité de l'accueil du patient** et de sa prise en charge, préoccupation partagée par l'ensemble des acteurs de l'établissement. Des outils de coordination de la prise en charge des patients existent et l'ANAES souligne la qualité des réponses apportées aux besoins spécifiques des hospitalisés ainsi que la prise en charge et l'accompagnement de la fin de vie.
- **L'ancienneté et la pertinence de la politique qualité de l'hôpital**, engagé depuis plus de 10 ans dans cette démarche avec un passage progressif des activités d'évaluation à une démarche d'amélioration continue de la qualité. L'ANAES souligne le très grand dynamisme de l'établissement en la matière.
- Enfin, le rapport d'accréditation note que " **la réelle qualité de l'ensemble des vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle** mérite d'être relevée ".

**Conformément au rapport d'autoévaluation de l'hôpital, le collège préconise 6 recommandations afin de poursuivre la dynamique engagée. Elles sont au cœur de la politique qualité de l'hôpital.**

- 1-Généraliser la traçabilité de l'information délivrée au patient, notamment en matière de réflexion bénéfique risque et de consentement.
- 2-Poursuivre les actions contribuant à garantir la confidentialité.
- 3-Mettre en œuvre et évaluer les actions d'amélioration du dossier du patient.
- 4-Activer la politique de rénovation des locaux.
- 5-Mettre en œuvre la gestion prévisionnelle des emplois.
- 6-S'assurer de l'exhaustivité des déclarations à la CNIL.

**L'hôpital Louis-Mourier est le 14ème établissement de l'AP-HP accrédité.**

## COOPÉRATION

### MARSEILLE

#### **Création d'un pôle régional de cancérologie**

En officialisant leur partenariat, l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille et l'Institut Paoli-Calmettes viennent de doter l'ouest de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur d'un pôle régional de référence en oncologie - étape essentielle du Plan CANCER. La signature de la convention a eu lieu le 11 septembre dernier, à l'occasion des Assises nationales des centres régionaux de lutte contre le cancer qui se sont déroulées à Marseille.

**La mise en synergie de leurs ressources humaines et techniques rendra plus cohérente l'offre de soins et évitera les " doublons " en matière d'équipements structurants.**

**La convention distingue trois modalités de coopération pour la prise en charge des patients cancéreux**

Selon les pathologies, les deux institutions interviendront l'une et l'autre

(domaine partagé), l'une ou l'autre (domaine exclusif), ou ensemble (domaine commun). L'objectif principal est de mettre en synergie les compétences de chaque institution, et de développer de nouveaux plateaux techniques.

Cette convention de partenariat renforce les liens qui unissaient déjà l'Assistance Publique- Hôpitaux de Marseille et l'Institut Paoli-Calmettes, suivant les recommandations de l'Agence Régionale d'Hospitalisation. Elle s'inscrit dans le plan national de lutte contre le cancer lancé en mars 2003 par le Président de la République, Jacques Chirac, qui invitait à "une collaboration nouvelle, notamment entre hôpitaux universitaires et centres de cancérologie..".

La convention a été signée par : Jean-Claude Gaudin, président du conseil d'administration de l'AP-HM, Christian Fremont, président du conseil d'administration de l'IPC, Guy Vallet, directeur général de l'AP-HM et le Pr Dominique Maraninchi, directeur de l'IPC.

**Cancer : l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille se mobilise**

La prise en charge du cancer est l'un des axes du plan stratégique de l'établissement et une composante importante de son projet médical. 2003 a été une année de mobilisation de l'AP-HM autour de la problématique de la prise en charge du cancer, avec

- la finalisation du réseau ONCOREP (réseau partagé d'oncologie des régions PACA CORSE,) et de ses réseaux branches,
- une restructuration de l'offre de soins en cancérologie qui sera axée sur deux pôles (nord et centre), avec l'acquisition d'appareils supplémentaires dont un TEP Scan à la Timone.
- la participation active à la constitution d'un cancéropole,
- la réponse à l'appel à projets ministériels relatifs à l'oncogénétique,
- et enfin la finalisation d'un pôle de référence en oncologie avec l'Institut Paoli Calmettes.

#### **Les différentes spécialités représentées**

La prise en charge des pathologies cancéreuses représente une part importante de l'activité de l'Assistance

# Management

publique-Hôpitaux de Marseille qui a développé des pôles de référence tant dans les phases diagnostiques que thérapeutiques. Les malades sont pris en charge dans différentes spécialités et l'ensemble de la filière de soins est développée : dépistage, chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, biothérapie, prise en charge de la douleur et soins palliatifs, accompagnement psychologique. L'oncologie d'organes représente une part, parfois prédominante, de l'activité des services : oncologie digestive, thoracique, gynécologique, urologique, oto-rhino-laryngologique, neuro-oncologie, dermato-oncologie.

## CONTRACTUALISATION

### NICE

#### **Signature du Contrat d'Objectifs et de Moyens**

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens a été signé le 5 juin 2003 entre le Centre Hospitalier Universitaire de Nice et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Provence-Alpes-Côte d'Azur. Au programme 2003- 2007 : restructuration et stabilisation du budget de l'établissement.

#### **Le CHU de Nice se trouve en effet confronté à deux impératifs :**

. Se restructurer, pour ré-organiser ses activités hospitalières dont la répartition dans l'espace, le dimensionnement et les modalités de fonctionnement doivent être rationalisés, pour utiliser de manière optimale les moyens que la collectivité confie à l'hôpital. Cette restructuration repose sur un Plan Directeur dont la pierre angulaire est la reconstruction de l'Hôpital Pasteur, opération-phare mais qui ne doit pas être détachée d'une vision d'ensemble incluant la réorganisation de l'Archet, et la future transformation de l'Hôpital Saint-Roch en hôpital de santé publique.

. Parvenir à stabiliser son fonctionnement sur des bases budgétaires qui soient plus solides, tant s'est creusé l'effet ciseau entre les dépenses de fonctionnement et les moyens disponibles, notamment sous la pression d'un progrès médical et technique de plus en plus coûteux.

**L'enjeu consiste donc à mener de front la restructuration qui est la solution de fond sur le moyen et long terme, et la stabilisation du budget qui s'impose à court terme.**

**C'est dans la logique de ce double impératif (restructuration/stabilisation), que le CHU a construit son Projet d'Etablissement, et a négocié ce Contrat d'Objectifs et de Moyens.**

**S'agissant de la restructuration**, le plan de financement des investissements, mis au point fin 2001, a été actualisé pour être soumis aux Pouvoirs Publics dans le cadre nouveau fixé par le Plan Hôpital 2007. Si le raisonnement financier proposé par le CHU a été accepté, à l'occasion de l'approbation du Projet d'Etablissement, reste à arrêter par l'ARH le montant des crédits de soutien à l'investissement qui seront accordés au CHU.

Dans cette attente, le Contrat d'Objectifs et de Moyens prend acte de l'actualisation du dossier de financement.

**S'agissant de la stabilisation** du budget de fonctionnement, l'ARH, par ce contrat, apporte au CHU un soutien à son effort de rééquilibrage des comptes. Ce soutien se concrétise par une enveloppe de crédits d'exploitation supplémentaires de 9,51 M euros sur 3 ans : soit 3,75 M euros dès 2003 - 3,75 M euros au budget 2004 et 2,01 M euros en 2005.

#### **Un effort vers le retour à l'équilibre des comptes**

Le CHU a voulu faire naître des voies de solution, en s'appuyant sur la mobilisation et l'innovation de la Communauté Médicale et Hospitalière.

Les initiatives et les décisions incontournables à court terme, tournées vers les réorganisations, s'imposent par le réalisme, le sens des responsabilités, et la volonté de se donner un avenir. Mais elles ne permettront de relever ce défi vital qu'avec le soutien des Pouvoirs Publics.

L'accompagnement de l'ARH permet au CHU d'aborder dans de meilleures conditions cette étape cruciale, qui sépare encore d'une restructuration d'ensemble du CHU, et autorise l'espoir à un hôpital qui prend en main son avenir.

**Cette signature s'est déroulée en présence de :**

Maître Peyrat, Maire de la Ville de Nice, Sénateur des Alpes-Maritimes, Président du Conseil d'Administration du CHU de Nice,  
M. Christian Dutreil, Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH),  
M. Jean-Jacques Romatet Directeur Général du CHU de Nice  
M. José Santini, Président de la Commission médicale d'établissement.

## BORDEAUX

### **Le CHU contractualise...**

Le 17 juin 2003, lors d'une cérémonie de signature solennelle organisée au Groupe Hospitalier Pellegrin, le Directeur Général du CHU de Bordeaux Alain Hériaud et la Fédération d'Imagerie de Pellegrin représentée par son coordonnateur médical M. le Pr DIARD, ont signé le 1er contrat interne d'objectifs et de moyens, en présence de M. le Pr JANVIER - Président de la C.M.E., M. le Pr DALLAY - Président du C.C.M. de Pellegrin, M. VIGNAU - Directeur de Pellegrin, des membres du Bureau de la Fédération d'Imagerie ainsi que des membres du Bureau de la C.M.E.

Cet événement a été porté sur les fonds baptismaux de l'Institution et constitue l'aboutissement d'un long processus qui a pu aboutir grâce à deux volontés :

. celle de l'INSTITUTION qui a fait de la contractualisation interne un axe fort de son nouveau management

. celle d'une FEDERATION, la FEDERATION D'IMAGERIE de PELLEGRIN, de l'équipe médicale et non médicale et du coordonnateur responsable et animateur de la structure.

#### **Objectifs de la contractualisation interne**

Ce nouveau mode de management, prévu dans la Loi de 1991, rappelé par l'ordonnance du 24 avril 1996, et plus particulièrement la circulaire n° 97-304 du 21 avril 1997, a été adopté par notre Etablissement dans le projet d'établissement et régulièrement rappelé

par notre Directeur Général. Il s'inscrit dans une évolution des Etablissements de santé, et dans les modifications des processus de décisions.

Les principes de la contractualisation interne reposent sur un montage juridique à trois temps :

- . la création de centres de responsabilité
- . l'établissement d'une délégation de gestion définie par le directeur au bénéfice des responsables de ces centres
- . la passation d'un contrat entre direction et ces responsables.

Par opposition à un management centralisé, la contractualisation interne est la traduction d'une volonté de décentralisation, de rapprocher la décision et du lieu et des acteurs, d'améliorer et d'optimiser les allocations de ressources et de moyens.

#### Les structures expérimentatrices

L'expérimentation de contractualisation interne a été entreprise auprès de 3 et bientôt 4 structures volontaires :

- . la Fédération d'Imagerie de Pellegrin
- . la Fédération d'Hépatogastroentérologie médicale et chirurgicale du Groupe hospitalier Sud
- . la Fédération d'Hépatogastroentérologie médicale et chirurgicale du Groupe hospitalier Saint André
- . le Département d'Anesthésie Réanimation du Pr Janvier

#### La mise en œuvre de l'expérimentation

La contractualisation interne ne doit pas être vécue comme un nouvel espace de liberté mais comme un nouvel espace de responsabilité que sous-tend la délégation de gestion.

Cette déconcentration a pour but d'améliorer la qualité du service rendu en responsabilisant les équipes sur des objectifs d'activité, de qualité et sur la gestion des moyens nécessaires pour atteindre les objectifs.

La contractualisation interne correspond à un nouvel état d'esprit de participation des acteurs de terrain, de dialogue avec les équipes, de souplesse de fonctionnement, de transparence dans la gestion.

Ce premier contrat interne de la Fédération d'Imagerie de Pellegrin a pu aboutir car les pré-requis ci-dessus ont fait l'objet d'un effort permanent de la part du bureau de la Fédération et de son coordonnateur actuel.

Dans les autres Fédérations, tous ces pré-requis ne sont pas encore présents,

mais les travaux préparatoires du contrat interne d'objectifs et de moyens sont proches d'être achevés et la volonté d'aboutir est réelle.

## RAPPORT IGAS

### POINTE A PITRE

#### un bilan contrasté

Le journal interne du CHU " Moun Lopital " publie une synthèse du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales dans son numéro spécial de juillet 2003. Cette information diffusée à l'ensemble du personnel hospitalier a été publiée à la demande du Président du Conseil d'Administration. Le rapport présente un bilan contrasté dont RESEAU CHU propose un résumé.

Sollicité par le Dr Jacques Gillot, Président du Conseil d'Administration du CHU et du Conseil Général et par Monsieur Philippe Loir, Directeur Général du CHU, le Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées a confié à l'IGAS une mission d'évaluation des actions entreprises depuis la crise de 1998 et de vérification de la mise en place du plan de redressement.

#### Methodologie

Les trois membres de la mission de contrôle de l'établissement se sont rendus sur place à deux reprises du 8 au 17 janvier 03 et du 6 au 20 mars 03, ils ont rencontré les autorités administratives et locales, tous les chefs de service, de nombreux cadres administratifs, soignants, techniques et les représentants du personnel.

#### Leur rapport s'articule en cinq points :

l'organisation de l'offre hospitalière, sa traduction patrimoniale et immobilière, l'évaluation des politiques budgétaires, financières et de gestion des ressources humaines ; le dernier point portant sur les recommandations de la mission.

#### Une activité croissante mais une organisation fragile de certains services-clés

D'une façon générale, l'activité médicale de l'établissement est croissante et se

concentre sur quelques disciplines et services. Le fonctionnement des instances et activités transversales s'améliore globalement et la CME a retrouvé un nouvel allant.

**L'offre de services et des activités autorisées situe le CHU plutôt comme un établissement de référence départementale hormis la neurochirurgie, la réanimation pédiatrique de niveau III et la prise en charge des brûlés qui constituent des activités de référence régionale.**

L'activité de l'établissement répond aux besoins de soins non programmés et de proximité. Ainsi, le rôle de référence pour l'île semble correctement réalisé pour les pathologies où le processus vital est engagé. Par contre les taux de fuite vers la métropole sont probablement toujours élevés dès que les soins peuvent être programmés : oncologie mais surtout chirurgie réglée et moyen séjour notamment.

L'organisation des soins, apparaît trop dispersée, fragile et déséquilibrée. Une partie des objectifs du projet médical 1998-2002 n'a pas été atteinte notamment la mission de proximité, le développement des alternatives à l'hospitalisation et la création de fédérations.

Par ailleurs l'absence de reconstruction et rénovation d'envergure des services de soins et médico-techniques contribue au maintien de situations de non conformités majeures... Les conditions d'accueil des patients et de travail du personnel de soins se dégradent dans un environnement exigü où l'activité continue de croître.

La question centrale d'une équipe minimale d'anesthésistes titulaires est toujours en suspens (6 sur les 16 postes). L'activité chirurgicale est globalement faible...

A noter que le rapport mentionne à l'actif des équipes la qualité de la lutte contre les infections nosocomiales qui "témoigne d'un dynamisme interne soutenu".

Avec peu de ressources, l'hémovigilance a su progresser de même que la lutte contre la douleur et les soins palliatifs

**L'évaluation des politiques patrimoniales et immobilières** souligne les progrès réalisés en matière d'équipement biomédical mais aussi les incertitudes majeures sur le projet de restructuration.

Les besoins d'extension estimés à 8 000m<sup>2</sup> ont conduit le CHU à des acquisitions de terrains et de locaux hors du site actuel. Aujourd'hui, la consolidation/restructuration des bâtiments se heurte à l'absence de plan



directeur ; étape pourtant indispensable à la programmation des investissements évalués à 229 millions d'euros. De plus, la nouvelle approche de la prévention du risque sismique bouleverse encore l'économie générale du projet. Par contre le rapport souligne les progrès de l'ingénierie biomédicale, l'amélioration de la maintenance et le fort développement du parc d'équipements.

**La situation budgétaire et financière** s'est dégradée en 2002 après un redressement sensible. La plupart des dettes sociales et fiscales ont été apurées mais certains engagements n'ont pas été tenus : report de charge en 2002, augmentation des effectifs alors qu'ils devaient rester stables.

De 1998 à 2002, les résultats d'exploitation se sont détériorés, la part des excédents affectée à l'investissement a sensiblement décliné et les marges financières de l'établissement apparaissent étroites.

Enfin, le système d'information présente plusieurs faiblesses qui conduisent à un cloisonnement entre le système d'information médicale et celui de gestion.

**La politique de gestion des ressources humaines** a apporté une nette amélioration du recrutement, une résorption de l'emploi précaire et un meilleur déroulement de carrière des agents mais l'objectif d'accroître la présence au lit du malade n'a pas été atteint. Par ailleurs, l'augmentation de 15,5% de l'effectif du personnel médical ne doit pas masquer le taux élevé de vacances d'emploi. Les auteurs du rapport reconnaissent cependant que, menée dans un climat social difficile, la mise en œuvre des politiques de personnel a été entravée par une constante pression syndicale sur les décideurs.

**En conclusion, la mission préconise de :**

- conforter le rôle des institutions délibératives et consultatives et de réorganiser la direction administrative,
  - consolider les fondamentaux dans des domaines clés de l'activité médicale (anesthésie, urgences, réanimation, oncologie) plutôt que de développer des activités nouvelles qui ne seraient pas garanties par un support stable.
- Des recommandations ont été faites concernant la gestion des ressources humaines qui doit être réorganisée pour atteindre le ratio de 65 à 67% de personnel soignant au lit du malade. Quant aux moyens budgétaires affectés aux dépenses à caractère médical et aux frais financiers ils doivent être renforcés pour accompagner le développement de l'activité médicale et le programme d'investissement mais dans le cadre d'un projet précis.

Une étude de faisabilité des investissements de 229 millions d'euros doit être réalisée et le plan directeur revu. Il a été demandé au contrôle de gestion de fournir une comptabilité analytique fiable et au système d'information médicale de gestion d'adopter un fichier commun de structure.

#### **Réactions**

Selon le Dr Jacques Bangou, Président Délégué du Conseil d'Administration " ce rapport montre les efforts réalisés ces cinq dernières années, dans les domaines du personnel, des investissements biomédicaux, de l'organisation des soins. Il souligne les atouts sur lesquels peut s'appuyer le CHU pour progresser (...) il nous aide à mieux cerner nos faiblesses... "

## **BUDGET**

### **CAEN**

#### **Le CHU se compare aux autres**

**Le CHU connaît des difficultés financières dues aux diminutions de son budget d'exploitation. Les tutelles considèrent que ses coûts de fonctionnement sont trop élevés comparés à ceux des autres CHU et hôpitaux de la région.**

La politique de redistribution des crédits, au profit des établissements moins bien dotés, a conduit le CHU à faire des économies. Jusqu'ici insuffisantes, elles n'ont pas rééquilibré les comptes. Le cumul de déficits pourrait donc remettre en cause des activités de l'hôpital.

Toutefois, le budget du CHU n'a pas connu de diminution en 2002 et 2003. Par ailleurs, une action est entreprise auprès des pouvoirs publics, pour que la dotation budgétaire soit compatible avec le développement des activités médicales. Mais les efforts doivent se poursuivre, le CHU ayant la valeur du point "ISA" (mesure de la "productivité" hospitalière) la plus élevée de France.

Initiée par la Direction Générale, une étude approfondie des modes de fonctionnement de l'hôpital sera menée, pendant six mois, dans les secteurs administratif, technique, logistique, médical, soignant. L'équipe, en charge de ce travail, se compose d'Yves Lecornec, responsable de la mission, du Dr Jack Tartière, anesthésiste-réanimateur et d'Huguette Utéza, cadre infirmier et

d'Olivia Desveaux, secrétaire. Elle doit identifier les secteurs dont le coût est élevé à Caen, choisir des CHU de référence comparables au nôtre, et observer si leurs modes de fonctionnement sont adaptables à notre situation. Cette méthode dite du "benchmarking" compare aussi la qualité des prestations pour que les solutions retenues préservent la qualité des services et les conditions de travail.

Un comité de pilotage, composé de représentants médicaux, de cadres soignants et de la direction veille au déroulement de cette étude. La Commission Médicale d'Etablissement, le Comité Technique d'Etablissement et le Conseil d'Administration seront informés de l'avancement des travaux.

Yves LECORNEC, Directeur des Affaires Médicales et Financières, Responsable de la mission "Benchmarking"

## **MODERNISATION / RESTRUCTURATION**

### **CLERMONT-FERRAND**

#### **Une nouvelle ère commence**

**Le nouvel hôpital d'Estaing (NHE) mobilise tous les acteurs. Il a pour ambition de doter la ville de Clermont-Ferrand et la région Auvergne d'une grande infrastructure moderne et efficiente, consacrée à la mère, la femme, l'enfant, à une partie de l'activité médico-chirurgicale adulte et à l'hématologie clinique.**

Le programme de construction du NHE est désormais lancé. Ce projet a mobilisé tous les acteurs de l'établissement à commencer par la communauté médicale du CHU de Clermont-Ferrand qui a arrêté le projet médical du CHU et défini les composantes du Nouvel Hôpital Estaing. Ensuite, le 24 juin 2003, le Conseil d'Administration a voté l'acquisition de 8 hectares sur les 14 libérés par Michelin démontrant ainsi sa volonté de faire du N.H.E. la PRIORITE des prochaines années.

Enfin, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, favorable à ce programme, a attribué une enveloppe de 60 millions d'euros au projet.

**Le site** est proche du centre ville. Des études sont en cours pour une desserte

# NOUVEAU

par le Tramway. Pour garantir l'usage hospitalier de ce terrain industriel, la Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement a été saisie et la plus grande transparence sera assurée, le concept de développement durable devant être intégré au projet.

## Un hôpital moderne

La conception du NHE privilégie la qualité de la prise en charge médicale du patient et de son confort et les conditions d'exercices des professionnels de santé. Les patients bénéficieront en quasi-totalité de chambres à un lit. Quelques chambres à deux lits sont conservées de façon à permettre l'hospitalisation de membres d'une même famille. Les chambres de 18 m<sup>2</sup> seront équipées d'un cabinet de toilettes et d'une douche. Les professionnels de santé disposeront d'espaces de travail confortables, de salles de repos et de locaux de convivialité au sein de chaque unité. L'organisation en pôles permet d'installer à proche distance de chaque unité des salles de réunions, de staff et une bibliothèque.

Le NHE disposera d'un plateau technique exceptionnel tant au niveau des blocs opératoires (27 salles) que de l'imagerie et des laboratoires. Il est très orienté vers une médecine et une chirurgie de qualité et de court séjour : les locaux de consultations et d'hospitalisation d'un jour seront tout particulièrement développés et regroupés sur une aile du bâtiment qui jouxtera les blocs opératoires.

**Le fonctionnement du NHE intégrera une organisation moderne et performante. L'organisation en pôles regroupant des services de spécialités connexes permettra d'atteindre une taille critique optimale (120 à 150 lits et places).** La logistique favorisera une gestion en flux tendu. Le système d'information sera particulièrement développé (dossier médical informatisé, gestion électronique de documents, intranet, messagerie,...) afin de permettre un fonctionnement quasiment sans papier. La mise en place de ce système va débuter à la rentrée de septembre 2003 sur l'Hôtel-Dieu pour être complètement opérationnel et maîtrisé par les agents dès l'ouverture du NHE.

Pour éviter les surcoûts d'exploitation, l'organisation du NHE optimisera la gestion des effectifs : La mise en place d'unités de soins de taille standardisée (14 ou 28 lits), le recentrage sur le métier de base avec une logistique externe à l'unité, la mise en place d'outils d'information et de communication efficaces alliés à des conditions de travail agréables permettront une affectation directe aux soins du patient d'un maximum de personnel. Le fait de disposer de 8 hectares

permettra la mise en place de parkings tant pour les patients et les visiteurs que pour le personnel tout en offrant des possibilités d'extension sur site au-delà de la deuxième tranche de travaux.

Les économies réalisées sur les surfaces grâce au fonctionnement en pôles, à la suppression des locaux d'archives (informatique), à la gestion des flux (stock, circulations) et à une parfaite complémentarité avec le site Gabriel Montpied permettent la construction d'un hôpital de qualité :  
Surfaces des services de soins et des plateaux techniques : 55.000 m<sup>2</sup>  
Surface totale : 68.000 m<sup>2</sup>  
Ratio : 123 m<sup>2</sup> par lit

La construction du NHE se fera autour d'un plateau technique partagé par les unités d'hospitalisation et de consultations placées à sa périphérie de manière à limiter les circulations horizontales. Les blocs opératoires spécialisés seront placés à proximité de leurs services utilisateurs ainsi que les services de soins intensifs et de réanimation correspondants. Les flux de patients hospitalisés et de consultants externes seront différenciés et distribués à partir du hall d'accueil.

Après de nombreuses réunions de travail la capacité en lits et places du N.H.E. a été arrêtée à 565. L'actuel Hôtel Dieu en compte 530, c'est principalement l'augmentation des places d'hôpital de jour qui explique cette évolution. Il est noté qu'un service d'hospitalisation à domicile sera hébergé dans les locaux du N.H.E. Les demandes d'autorisations correspondantes vont être faites auprès des services de tutelle. Le projet intégrera aussi 10 lits de Thérapie Cellulaire.

Au-delà des attentes de la population, le choix d'une structure favorisant les hospitalisations de très courtes durées voire d'un seul jour a aussi été pris en prévision du changement du mode d'allocation budgétaire (Tarification à l'activité) qui sera en vigueur en 2008.

**Les principaux enjeux de ce projet sont la rapidité** de réalisation et le respect de l'enveloppe budgétaire. En effet, un des moyens pour maîtriser le coût de la construction du N.H.E. est de réduire au maximum la durée de sa réalisation, un des moyens pour permettre au C.H.U. de réduire ses coûts de fonctionnement est d'ouvrir le N.H.E. le plus tôt possible.

Les concepteurs sont donc invités à concevoir un bâtiment, à imaginer un mode constructif et des solutions techniques qui accélèrent les délais de réalisation et permettent de respecter l'enveloppe budgétaire prévue.

## Simplicité, modularité et flexibilité

L'hôpital de demain ne sera pas comme l'hôpital d'aujourd'hui. Nous savons qu'un hôpital change tout au long de sa vie et que ces changements touchent principalement les activités, les prises en charge, les techniques médicales, la sécurité, etc.

## Créer un hôpital neuf et surtout NOUVEAU.

L'hôpital de demain sera un " lieu hospitalier " pour l'être humain, qu'il soit soignant ou soigné, médecin ou étudiant, visiteur ou simple passant.

Il sera **nouveau** pour le malade qui devra trouver technicité, compétences et relations humaines. La présence d'un pôle mère-enfant a amené les concepteurs à réfléchir à l'identification des lieux destinés aux enfants, à la perception des espaces publics et intimes.

**Nouveau** pour le médecin, le soignant et tous les professionnels. La construction du N.H.E. permettra la modernisation et le rapprochement des secteurs d'activités de l'Hôtel Dieu, aujourd'hui vétustes et dispersés. Cette nouvelle étape de l'histoire du C.H.U. suppose aussi une profonde évolution dans l'organisation du travail et dans la manière de vivre l'hôpital.

**Nouveau** par l'environnement créé, la mise en place d'un projet de développement durable, l'ouverture sur le quartier et l'environnement, l'ouverture à l'art et à la culture. L'achèvement des travaux est prévu pour fin 2008.

## Construction du nouveau bâtiment des laboratoires sur le site hospitalier Saint-Jacques

Un ensemble architectural où seront regroupés l'essentiel des activités de biologie jusqu'alors dispersées sur l'Hôtel Dieu, Gabriel Montpied, la Faculté de Médecine, l'Etablissement Français du Sang, ainsi que les bureaux de la Direction des Equipements Biomédicaux et Activités Médico Techniques, et le futur service Médico-Légal hospitalo-universitaire. Cet ensemble sera relié à l'hôpital Gabriel Montpied par une galerie aérienne et par les sous-sols.

## Chiffres-clés

Début des travaux : février 2003  
Fin des travaux : premier trimestre 2005  
Surface : 14 000m<sup>2</sup> répartis sur 3 bâtiments  
Budget : 31 000 000 euros -  
Financement : CHU et Fonds d'Investissement pour la Modernisation des Hôpitaux

# Montpellier

## MONTPELLIER

### Vaste restructuration de l'hôpital SAINT-ELOI

D'ici août 2005, l'établissement Saint-Eloi devrait connaître une profonde transformation avec la construction de la deuxième tranche du plateau technique de Thérapie Cellulaire et du nouveau bâtiment abritant le service des Maladies du sang et avec la création de l'Institut Régional de Biothérapie.

A ce programme s'ajoute la construction de nouveaux locaux pour la Pharmacie et d'un parking sur 2 niveaux pouvant accueillir 200 véhicules.

Le projet lauréat, du groupement d'architectes "BRUNET-SAUNIER / SIRR Ingénierie", se caractérise par une conception générale s'intégrant parfaitement dans le parc de Saint-Eloi. De plus, ce projet évolutif autorisera différentes extensions.

#### La stratégie médicale

L'objectif est de regrouper des activités de biothérapies au sein de l'Institut Régional de Biothérapie (IRB) lequel inclut d'une part une extension du plateau technique de thérapie cellulaire et tissulaire et d'autre part le service d'Hématologie et d'Oncologie Médicale qui accueillera une unité clinique de biothérapie dépendante de l'IRB.

La Génétique et la Thérapie Génique ont été définies comme des axes stratégiques d'établissement. L'enjeu de ces disciplines est double :

- La prospective médicale - la génétique et la thérapie génique ouvrent la possibilité de prédiction des maladies et des thérapeutiques ciblées. Ce sera la caractéristique du 21<sup>ème</sup> siècle, qui verra se modifier les pratiques médicales pour les pathologies les plus lourdes.
- La valorisation des potentialités locales de haut niveau.

L'IRB aura quant à lui pour vocation de regrouper sur un même site des laboratoires de recherche fondamentale, des laboratoires hospitaliers de recherche et développement, une unité de thérapie cellulaire et génique, des lits de thérapie génique en confinement. Des sociétés privées pourront également s'implanter dans cet institut

pour permettre le transfert des innovations vers le domaine thérapeutique.

#### Unité et identité de l'activité de biothérapie

L'Institut Régional de Biothérapie sera le lieu référent de Saint-Eloi. L'architecte a créé autour de la chapelle existante, édifice marquant dont le maintien a été décidé par le CHU, une place en gradin autour de laquelle s'articule les différents bâtiments : plateaux techniques, extension du plateau technique, IRB et nouvelle pharmacie.

Cette configuration spatiale méditerranéenne est non seulement un lieu de composition architecturale, un espace de respiration, un repère pour la nouvelle entrée Nord de Saint Eloi, mais aussi un lieu de détente, de rencontre et de convivialité pour l'ensemble des chercheurs, une perspective agréable pour les locaux de travail qui l'entourent. Cette nouvelle place, qui n'attend plus qu'un nom, est plantée d'arbres alignés en conservant ceux existants, dont le palmier de la crèche.

Cette place est bordée au Sud et à l'Est par le plateau technique et son extension, au Nord par l'IRB dont le hall principal donne sur l'abside de la chapelle.

#### Délais de réalisation

Etudes : juillet 2002-septembre 2003

Consultation des entreprises : octobre 2003 - février 2004  
Travaux : mars 2004 - août 2005

**Phasage** : L'opération se décompose en trois phases qui sont indépendantes et fonctionnelles à l'issue de chacune d'entre elles.

#### Tranche ferme et montant des travaux et des équipements

**Phase 1** : Construction de l'extension du plateau Technique de Thérapie Cellulaire. **1 454 160 euros HT**

Construction de l'Institut Régional de Biothérapie : **5 450 400 euros HT**

**Phase 2** : Construction du service d'hématologie et oncologie médicale : **4 748 830 euros HT**

#### Tranches conditionnelles

Construction de la pharmacie : **1 948 873 euros HT**

Construction du parking de 2 niveaux : **1 035 800 euros HT**

## ROUEN

### Les grands travaux sont engagés

Dans le cadre du plan Hôpital 2007, la Haute-Normandie bénéficie d'un volume d'investissements de 309 millions d'euros sur la période 2003-2007. Parmi les opérations majeures retenues figurent les travaux stratégiques du CHU de Rouen.

#### Trois grands chantiers ont débuté

Le chantier le plus important est celui de l'extension du bâtiment Dévé et du service d'urgences adultes avec la création d'un nouvel édifice de 8 niveaux à l'hôpital Charles Nicolle pour un budget de 46,4 millions d'euros. L'ordre de service n°1 a été signé le 20 juin 2003, le chantier est engagé : forage des pieux, nouvel accès aux urgences, déplacement provisoire de l'hélicoptère.

Quant aux travaux de construction de l'Institut régional de formation inscrit au plan Etat/région, ils doivent démarrer en janvier 2004. Les acquisitions foncières sont réalisées et la démolition des bâtiments de garage situés sur le terrain d'assiette de la route de Lyons est en cours.

Le regroupement des laboratoires de biologie est également planifié.

Ces opérations ont été rendues possible par un début de subventions et par l'accompagnement accordé par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Haute-Normandie.

#### Un programme est quasiment achevé

Le service d'urgences pédiatrique de l'hôpital Charles-Nicolle sera terminé en décembre 2003 et inauguré par Bernadette Chirac, Présidente de la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France. Les surfaces d'accueil ont doublé pour un coût de 1,52 million d'euros subventionné par l'Etat et la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France.



---

## CULTURE

---

### LYON

#### ***Ouverture de l'hôpital sur la ville et la culture***

**Les HCL ont décidé d'intégrer une dimension culturelle dans leur politique d'ouverture vers la ville.**

Cette démarche se joue dans les deux sens : ouverture de l'hôpital aux personnes extérieures à l'environnement hospitalier (artistes, familles...) et ouverture de l'institution, intégrée dans la cité, vers l'extérieur. Cette ouverture permet une lisibilité du riche patrimoine hospitalier. Les Lyonnais découvrent ainsi des lieux prestigieux jusqu'alors fermés au public.

Plusieurs manifestations sont organisées cette fin d'année en voici les principales qui montrent la diversité des sujets proposés et le rapport avec le monde hospitalier.

#### **Un jour blanc contre le cancer**

Exposition vente du 21 au 26 octobre dans le Grand Dôme de l'Hôtel Dieu. Elle regroupera 58 créateurs lyonnais de plusieurs disciplines artistiques : peintures, sculptures, mode.... Dans la symbolique du blanc, de l'innocence, de la pureté et de l'espoir seront créées des œuvres vendues au profit des enfants cancéreux de Lyon. Entrée libre

#### **Exposition vœux d'artistes. Grand Dôme de l'Hôtel Dieu :**

Exposition sous le signe du I : IIII toiles, III euros chacune, en novembre (II) et pendant II jours. Les recettes de l'exposition serviront à financer la recherche sur les cancers et la leucémie de l'enfant et l'amélioration de leurs conditions de vie à l'hôpital. Entrée libre

#### **La nuit de Valognes**

La troupe " lever de rideau " donnera plusieurs représentations de la pièce d'Eric Emmanuel Schmitt du 22 au 29 novembre prochain dans le grand réfectoire de l'Hôtel Dieu. Les bénéfices seront reversés à l'Association Avenir Santé.

---

#### **Exposition exceptionnelle de peintures et sculptures du 25 novembre au 14 décembre.**

Une quinzaine d'artistes travaillent depuis 2 ans pour cette exposition dans le Grand Dôme de l'Hôtel Dieu. Cet événement a lieu dans le cadre du festival d'art " La chair et Dieu " organisé par le service diocésain des Affaires culturelles et l'Association Lyon sacré. Réfléchir sur la " La chair et Dieu " c'est oser interroger l'homme dans son histoire intime sociale : clonage, chair meurtrie, chair enfermée, chair transfigurée, chair glorifiée.

---

### ROUEN

#### ***Coup de projecteur à l'hôpital Charles-Nicolle***

**Le 15 septembre 2003, plus de 200 personnes, rouennais, médecins, résidents, familles et professionnels ont assisté ensemble à la projection en plein air du film de Solveig Anspach "Haut les cœurs" devant la chapelle du CHU de Rouen.**

La séance a été suivie d'une discussion sur le thème de la cancérologie animée par un directeur d'hôpital, plusieurs médecins et professeurs spécialisés dans la prise en charge des cancers, d'associations de lutte contre le cancer ainsi que d'un intervenant du Pôle régional d'éducation à l'image Haute-Normandie.

Quant aux enfants hospitalisés ils ont pu découvrir le film "Le royaume des chats" de Hiroyuki Morita grâce à l'association les " toiles enchantées " qui a organisé la projection au sein du service de pédiatrie.

Ces deux spectacles ont été un succès et rendez-vous est pris pour l'année prochaine.

#### **Retisser le lien social entre les bien portants et les malades**

Cette " grande première " illustre la volonté des établissements d'être des lieux de vie pleinement intégrés dans la cité. Porteurs de projets culturels de qualité, les hôpitaux renouent de façon originale le lien social entre bien portants et malades.

Cette initiative s'est déroulée dans le cadre du programme interministériel " culture à l'hôpital " lancée par le ministre de la culture et de la communication, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées et le secrétariat d'Etat aux personnes âgées qui ont décidé la diffusion gratuite de séances de cinéma en plein air, dans des sites hospitaliers sur la thématique de la santé et de l'hôpital, auprès des malades et de leurs familles, des personnels, du grand public. Ce projet, financé au niveau interministériel, a été réalisé en lien avec l'opérateur du projet : kynéa international

---

## EQUIPEMENT HIGH TECH

---

### GRENOBLE

#### ***A la pointe de la lutte contre le cancer***

**Le SELDI, un appareil qui devrait permettre des avancées considérables pour la recherche et le diagnostic de certains cancers, a officiellement été inauguré au CHU de Grenoble le 3 juillet 2003.**

L'unité 318 de l'INSERM du CHU de Grenoble, dirigée par le professeur Benabid a inauguré le 3 juillet dernier le SELDI (Surface enhanced laser desorption ionisation, appareil intégralement financé par la Ligue contre le cancer, soit 200 000 euros.

Cet équipement d'analyse protéomique permet d'obtenir un diagnostic très rapide à partir d'une simple prise de sang ou de l'analyse d'une quantité infime de matière prélevée sur une tumeur. La technologie utilisée est extrêmement rapide et facilement reproductible ; elle permet également de suivre les évolutions de la maladie et de surveiller les réactions au traitement. A terme, le développement de l'analyse protéomique selon la technique SELDI pourra permettre une évolution radicale des mesures de prévention en déterminant si un sujet est prédisposé à développer tel ou tel type de cancer. Le CHU de Grenoble va être l'un des tout premiers à utiliser à grande échelle la technologie SELDI riche de possibilités tout à fait extraordinaires.

# annuaire

## Délégations à la communication des CHRU

En gras, les CHU qui adhèrent à Réseau CHU.

### **CHU Amiens**

Vincent PREVOTEAU  
PI Victor Pauchet  
80054 Amiens cedex 1  
Tél. : 03 22 66 80 12  
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  
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@chu-brest.fr

### **CHU Caen**

Evelyne HAMON-PHILIPPE  
Av. Côte de Nacre  
14033 Caen cedex  
Tél. : 02 31 06 52 63  
Fax : 02 31 06 49 62  
Mel : hamonphilippe-e@chu-caen.fr

### **CHU Clermont-Ferrand**

Mme MARCHESSEAU  
58, rue Montalembert  
63003 Clermont-Ferrand cedex 1  
Tél. : 04 73 75 10 87  
Fax : 04 73 75 10 92  
Mel : dmarchesseau@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  
BP 632  
97261 Fort de France cedex  
Tél. : 05 96 55 22 30  
Fax : 05 96 75 84 02  
Mel :  
yperronnette.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**

Sandrine DELABY  
CHRU de Lille  
2, av Oscar Lambret  
59037 Lille cedex  
Tél. : 03 20 44 49 12  
Fax : 03 20 44 52 71  
Mel : s-delaby@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 GIMENEZ  
3, quai des célestins  
69229 Lyon cedex  
Tél. : 04 72 40 70 30  
Fax : 04 72 40 72 30  
Mel : danielle.gimenez@chu-lyon.fr

### **Assistance Publique Hôpitaux de Marseille**

Denis BURGARELLA  
80, rue Brochier  
13354 Marseille cedex 5  
Tél. : 04 91 38 20 20  
Fax : 04 91 38 20 02  
Mel : denis.burgarella@mail.ap-hm.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 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 Nancy**

Dr Bertrand DÉMANGEON  
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

### **CHU de Nîmes**

Simone CLEMENT  
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  
14, avenue de l'hôpital  
45100 Orléans  
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.lavallee@chu-rennes.fr

### **CHU Rouen**

Rémi HEYM  
1, rue Germont  
76031 Rouen Cedex  
Tél. : 02 32 88 85 20  
Fax : 02 32 88 80 65  
Mel : remi.heyem@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@chru-strasbourg.fr

### **CHU Toulouse**

Marie-Claude SUDRE  
2, rue Viguerie  
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  
37044 TOURS cedex 1  
Tél. : 02 47 47 37 57  
Fax : 02 47 47 84 31  
Mel : dir.comm@bretonneau.chu-tours.fr