

sommaire

o
t
i
d
e

DES THÉRAPEUTIQUES INNOVANTES

Ces derniers mois, les équipes médicales des CHU français se sont distinguées : première mondiale à Rouen, première européenne à Nancy, première nationale à Lyon et à Nantes. Parallèlement, les innovations technologiques sont largement diffusées dans les services hospitalo-universitaires, améliorant la précision de l'acte chirurgical et la qualité de l'enseignement.

Une participation accrue des citoyens

Dans le même temps, des initiatives sont menées pour associer plus étroitement encore les citoyens à la vie et aux projets des établissements, pour améliorer la communication avec le patient et pour renforcer la qualité et la sécurité des soins.

Une information spécialisée adaptée aux patients

Les patients peuvent désormais consulter des sites conçus comme de véritables prolongements de la relation médecin/malade tels le CECOS* d'Alsace. Internet est également utilisé comme support de sensibilisation du public à un aspect du soin, la douleur de l'enfant par exemple sur www.enfant-do.net du CHU de Toulouse.

Marie-Georges Fayn

* Centre d'Etude et de Conservation des CEufs du Sperme Humain

Directeur de la publication :

Marie-Georges FAYN
Domaine de Bellevue - 36290 St-Michel-en-Brenne
tel. 02.54.38.06.59 - fax 02.54.38.19.82
mel : resocho@club-internet.fr
site internet : www.reseau-chu.org

Impression : Color 36 - Z.A. route de Châteauroux
36320 Villedieu - tél. 02.54.26.00.16

SOCIETE

Le CHU dans la ville
Droits des malades
Prévention

p4

MEDECINE ET PROGRES

Recherche
Innovation
Enseignement
Chronique médicale
Réseau
Qualité

p10

MANAGEMENT

Nomination
Coopération
Accréditation
Contrat d'objectifs et de moyens

p28

CULTURE

Art
Animation
Internet

p33

INTERNATIONAL

Jumelages hospitaliers

p36

Comité de rédaction

Président : Guy Vallet, Directeur Général du CHU de Rouen.
Membres : Nicolas Brun, Chargé de mission à l'Union Nationale des Associations Familiales ; Dr Stefan Darmoni, Responsable des nouvelles technologies au CHU de Rouen ; Alain Hériaud, Directeur Général du CHU de Bordeaux ; Anne Jeanblanc, journaliste au Point ; Hélène Quancard Miel, Déléguée à la Communication du CHU de Bordeaux ; Valérie le Borgne, Attachée de Direction, CHU Rouen ; Marie-Claude Sudre, Déléguée à la Communication du CHU de Toulouse.

Les responsables de communication des CHU

CHU d'Amiens

Vincent PRÉVOTEAU
Pl 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 d'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
Mel : servicecommunication@chu-angers.fr

CHU de Besançon

2 place Saint-Jacques
23030 Besançon Cedex
Tél : 03 81 21 91 88
Fax : 03 81 21 91 42
Mel : dg@chu-besancon.fr

CHU de Bordeaux

Hélène QUANCARD-MIEL
12, rue Dubernat
33404 Talence cedex
Tél : 05 56 79 60 97
Fax : 05 56 79 48 85
helene.quancard-miel@chu-bordeaux.fr

CHU de Brest

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

CHU de Caen

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

CHU de Clermont-Ferrand

Henri SOULIERS
30, Pl Henri Dunant
63003 Clermont-Ferrand cedex
Tél : 04 73 75 10 61
Fax : 04 73 62 54 64
Mel : hsouliers@chu-clermontferrand.fr

CHU de Dijon

Alain LALIE
1, Bd Jeanne d'Arc
BP 1542
21034 Dijon Cedex
Tél : 03 80 29 36 28
Fax : 03 80 29 34 21
Mel : alain.lalie@chu-dijon.fr

CHU de 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 : y.perronnette.davila@cgit.com

CHU de Grenoble

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

CHRU de Lille

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

CHU de Limoges

Florence KWARTNIK
2, Av Martin Luther-King
87042 Limoges Cedex
Tél : 05.55.05.66.94
Fax : 05.55.05.67.78
Mel : f.kwartnik-beyrand@wanadoo.fr

Hospices civils de Lyon

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

Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille

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

CHU de Metz-Thionville

Véronique DE FLORAINE
28-32, rue du XX^{ème}
corpsaméricain
57019 Metz cedex 1
Tél : 03.87.55.79.04
Fax : 03.87.55.39.88
Mel : dirchr.metz.thionville@wanadoo.fr
c.rolodo@chr-metz-thionville.rss.fr

CHU de Montpellier

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

CHU de 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 de 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 de 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

Louis BONIFASSI
5 rue Hoche
30029 Nîmes Cedex 4
Tél : 04.66.68.30.01
Fax : 04.66.68.34.00
Mel : louis.bonifassi@chu-nimes.fr

CHR d'Orléans

Bernard BAURRIER
1, rue Porte Madeleine
BP 2439
45032 Orléans cedex 1
Tél : 02 38 74 42 00
Fax : 02 38 74 41 51
Mel : dign01pm@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 : 05.90.89.10.10
Fax : 05.90.80.10.29
Mel : andre.duchemin@chu-guadeloupe.fr

CHU de Poitiers

Stéphan MARET
Direction de la Milétrie et de
la Communication
Jean BERNARD
2, rue de la Milétrie - BP 577
86021 Poitiers cedex
Tél : 05 49 44 47 47
Fax : 05 49 44 47 48
Mel : s.maret@chu-poitiers.fr

CHU de Reims

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

CHU de Rennes

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

CHU de Rouen

Valérie LE BORGNE
1, rue de Germont
76031 Rouen cedex
Tél : 02 32 88 80 85
Fax : 02 32 88 87 86
Mel : Valerie.LeBorgne@chu-rouen.fr

CHU de Saint-Etienne

Isabelle ZEDDA
3, rue Claude Lebois
42055 Saint-Etienne
Tél : 04 77 12 70 13
Fax : 04 77 42 70 48
Mel : isabelle.zedda@chu-st-etienne.fr

Hôpitaux Universitaires de 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 de 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 de Tours

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

Les CHU soulignés adhèrent à
Réseau CHU.

Index thématique

société

le CHU dans la ville

Une pépinière d'entreprises dédiée au secteur biomédical à Cochin	Paris	4
Le CHU et son agglomération	Caen	4

droits des malades

Les leçons de la conciliation	Grenoble	5
L'avenir du CHU se construit avec les usagers	Nantes	6

prévention

Ouverture d'un pôle de prévention et d'éducation du patient	Amiens	6
Violences aux urgences	Caen	7
Création de centre d'information sur la surdité	Nancy	7
Santé communautaire et travail en réseau	Orléans	8
Maltraitance des personnes âgées et des handicapés	Paris	9

médecine et progrès

recherche

Création d'un centre de recherche pédiatrique	Bordeaux	10
L'obésité en semaine éducative	Bordeaux	10
La nacre : biomatériau d'avenir ?	Fort-de-France	11
Inauguration du Centre Collaborateur de l'OMS sur l'asthme et la rhinite	Montpellier	11
Ouverture du Centre de Recherche Clinique (CRC)	Poitiers	12
L'évaluation clinique des thérapies par ondes de choc	Rennes	14
Création d'un CIC	Rennes	14

innovation

Le CHU participe à la création de la Biobanque de Picardie	Amiens	15
L'innovation technologique	Brest	15
Oxygénothérapie hyperbare	Angers	16
Un service d'androgologie unique en France	Lille	17
Lésions du cartilage du genou : première greffe de chondrocytes cultivés en France	Lyon	17
Prélèvement rénal en chirurgie vidéo-assistée par robot : Première en Europe	Nancy	18
Premier cas mondial de remplacement d'une valve cardiaque par voie non chirurgicale	Rouen	18
Une consultation unique en France : le pseudoxanthome élastique	Orléans	19
Stérilisation par voie hystéroscopique, une première nationale	Nantes	19

enseignement

Le PixEyes : apprendre et traiter l'œil	Lyon	20
Télémédecine : Acquisition d'un pont	Clermont-Frd	21
La vidéotransmission d'interventions chirurgicales	Reims	21

chronique médicale

Ouverture d'un Institut Mère-Enfant Alix de Champagne	Reims	22
---	-------	----

Plus de 20 ans d'expérience et plus de 1000 greffes rénales	St-Etienne	23
Unité d'épileptologie de la Timone	Marseille	23
Cancers de l'œsophage	Brest	24
Favoriser la marche des enfants handicapés	St-Etienne	24
La chirurgie assistée par ordinateur	Fort-de-France	24
Les hématomes sous-duraux du nourrisson	Lille	25
Création de la première banque de cornées des Départements d'Outre-Mer	Pointe-à-Pitre	25

réseau

Douleur : Constitution d'un réseau de soins	Marseille	26
---	-----------	----

qualité

Gestion du risque en anesthésie, au bloc opératoire et en réanimation	Nice	26
---	------	----

management

nomination

Amiens : « LE » CHU de Picardie	Amiens	28
Guy VALLET : nouveau Directeur Général	Marseille	28

coopération

Communauté des établissements de soins du Puy-de-Dôme	Clermont-Frd	28
Communauté d'établissements de santé avec le CH de Menton	Nice	29

contrat d'objectifs et de moyens

Financements accordés	Poitiers	29
-----------------------	----------	----

accréditation

Premier CHU accrédité pour 5 ans	Angers	30
Accréditation globale	Montpellier	31
L'Hôpital des Enfants accrédité	Toulouse	31
Certification ISO 9001 à la Direction de l'Informatique Hospitalière	Toulouse	32

culture

art

Les Totos de JOFO se balancent	Bordeaux	33
Passions Partagées avec les Musées	Strasbourg	33
Les rites d'eau	Pointe-à-Pitre	34

animation

Un chef étoilé au Michelin compose un menu de l'hôpital d'enfants	Nancy	34
---	-------	----

internet

En direct du CHU : www.chu-guadeloupe.fr	Pointe-à-Pitre	34
En hématologie les enfants explorent internet	Rouen	34
Le site du Centre d'Etude et de Conservation des Œufs et du Spermé Humain (CECOS)	Strasbourg	35
Expliquer la douleur : www.enfant-do.net	Toulouse	35

international

Jumelages hospitaliers	Clermont-Frd	36
------------------------	--------------	----

Le chu dans la ville

Une pépinière d'entreprises dédiée au secteur biomédical implantée sur le site de l'hôpital Cochin

Assistance Publique-Paris

Le Conseil d'Administration de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris a autorisé, au cours de la séance du 22 mars 2002, la signature d'une convention de transfert de gestion au Département de Paris pour une durée de 30 ans à titre gratuit, d'un terrain sur le site de l'hôpital Cochin (Paris 14^{ème}) en vue de l'installation d'une pépinière d'entreprises exerçant une activité de recherche ou de développement dans le secteur biomédical.

Ce terrain d'une superficie de 595 m² environ permettra la construction d'un bâtiment de 2913,50 m².

L'objectif d'une telle implantation au cœur du vaste ensemble hospitalier qu'est l'AP-HP (39 groupes hospitaliers ou hôpitaux) est de favoriser l'installation et l'essor de jeunes entreprises innovantes dans le domaine des biotechnologies en associant sur un même site des services de soins, de recherche et de transfert de technologie dans le cadre d'un partenariat entre des structures publiques et privées.

Cette pépinière se coordonnera avec l'incubateur déjà situé à Paris V, Paris-biotech, centré sur la santé humaine. Cette structure apportera aux patients hospitalisés à l'AP-HP des avantages certains pour les traitements et des diagnostics de pointe en termes de rapidité, d'accessibilité aux essais cliniques, de dépistage précoce, de sécurité et d'efficacité avec de nombreuses applications directes telles que le développement et la production de médicaments orphelins, de médicaments pédiatriques, de nouveaux produits de conservation dans le cadre de la transplantation...

D'autre part, constituant de véritables pôles d'excellence dans certains domaines stratégiques de la santé, la pépinière sera un élément stimulant pour tous les hôpitaux de l'Institution qui pourront en bénéficier. Les jeunes entreprises innovantes accueillies sur le site de Cochin seront sélectionnées selon un critère majeur : l'amélioration de la qualité de vie, du service médical rendu et de la prise en charge des patients par un Comité de Sélection appuyé sur un réseau d'experts scientifiques et un Comité de Pilotage notamment composé du Département de Paris, de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, du Conseil Régional d'Ile-de-France, de l'agence Paris-Développement, de l'université Paris V et de Paris-biotech.

La recherche biomédicale et les innovations technologiques : une priorité pour l'AP-HP

En participant à la réalisation de ce projet, l'AP-HP conforte sa place d'institution-partenaire, qui encourage la continuité entre recherche fondamentale et clinique au service des malades.

D'après le Communiqué de presse du 9 avril 2002

Le CHU et l'agglomération

CHU de Caen

Dans sa rubrique « Le CHU vu par... », Transversal, journal interne du CHU, présente un entretien exclusif avec Brigitte Le Brethon, maire de Caen depuis mars 2001 : « Etre présidente du Conseil d'Administration du CHU, c'est jouer à la fois le rôle d'ambassadeur et de porte-parole du CHU, aussi bien au niveau national qu'auprès de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. »

Le CHU occupe une place de premier plan dans l'agglomération caennaise

« Au-delà de sa fonction essentielle de soins, le CHU représente un pôle économique et social de première importance. Tout ce qui s'y produit retentit sur la vie locale et ses projets participent à la dynamique générale. » commente le Maire de Caen.

Les atouts et faiblesses du CHU

Les points forts résident dans la composante universitaire de l'établissement : un lieu de recherches, d'innovations, un fourmillement de savoirs qu'il est important de conforter et de diversifier.

La compétence et la motivation des équipes, la qualité du plateau technique sont reconnues. « C'est à la fois valorisant et sécurisant pour la population » ajoute Brigitte Le Brethon.

Mais dans le même temps le CHU ne dispose que d'une dotation budgétaire limitée et son organisation pourrait être plus efficiente : en rapprochant notamment les services aigus de Clémenceau des plateaux techniques de la Côte de Nacre.

Pour optimiser les potentialités, il est nécessaire de renforcer les pôles d'excellence et de rechercher davantage les complémentarités avec le Centre Anti-Cancéreux et avec la Clinique de la Miséricorde qui représente un espace médical au cœur même de la ville et pourrait prendre en charge certaines urgences.

Mieux accompagner les personnes âgées

La population âgée nécessite un soutien médico-social spécifique qui ne peut être assuré par les services hyper spécialisés du CHU et Madame le Maire insiste sur la restructuration et l'humanisation en cours du Centre pour Personnes âgées dont « l'état de certains bâtiments est indigne du 3^{ème} millénaire ».

« Quant au projet d'établissement en passe d'être validé, il a pour objectif de renforcer la performance et l'excellence du CHU dans l'intérêt de la population » conclut Brigitte Le Brethon qui ajoute cependant « mais sans moyens spécifiques, les ambitions restent des incantations ».

droits des malades...

Les leçons de la conciliation

CHU de Grenoble

Dans un tiers des cas, une meilleure communication aurait évité l'intervention du médecin conciliateur.

A l'heure où la loi du 4 mars 02 sur les droits des usagers et la qualité du système de santé conforte les missions de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (ex commission de conciliation)⁽¹⁾, le Professeur Bost, chef du département de pédiatrie et nommé médecin conciliateur⁽²⁾ au CHU de Grenoble depuis 2000 dresse un bilan de son activité.

Les interventions du médecin conciliateur

« En deux ans, j'ai été sollicité par le Directeur Général⁽³⁾ sur 23 affaires analysées le Pr Bost : Pour près d'un tiers - 7, j'ai exprimé un refus de donner suite, deux d'entre elles concernaient des plaintes déjà transmises au Conseil de l'Ordre des Médecins et à la justice ; trois plaintes relevaient de responsabilité administrative (organisation des plannings de kinésithérapie, perte de matériel...) et l'une concernait une demande de réparation pour faute infirmière relevant de l'assurance de l'hôpital.

A cinq reprises, alors qu'un rendez-vous avec le médecin conciliateur avait été proposé, les plaignants n'ont pas donné suite ou refusaient de rencontrer le médecin conciliateur : les plaintes concernaient trois fois les causes de décès, deux fois l'existence de séquelles post-opératoires ou post-accouchement. »

A l'origine des plaintes une incompréhension ou une absence de réponses claires

A quatre reprises la réclamation a été réglée rapidement par contact téléphonique avec le chef de service concerné ou le plaignant qui était un confrère médical : à deux reprises, il s'agissait d'une incompréhension sur les causes de décès et sur les modalités de prise en charge, à une reprise, un défaut de communication entre médecins d'établissements différents et enfin, la plainte de confrère concernait le comportement médical d'un personnel hospitalier. Les contacts téléphoniques et les réponses rapidement apportées par les chefs de

service concernés ont permis de fournir tous les éléments de réponse aux interrogations des plaignants.

A sept reprises, patients ou proches ont été reçus. A quatre reprises, le motif était une erreur diagnostique ou dans la prise en charge thérapeutique, voire une véritable faute médicale, trois fois il s'agissait d'incompréhension sur les causes de décès ou de prise en charge, ainsi que le dysfonctionnement dans l'organisation du service.

Une démarche de conciliation réussie pour 8 demandes sur 11

Sur les 11 demandes examinées, le Pr. Bost estime que « la médiation a été potentiellement réussie dans 8 cas ; la démarche du patient ou des ses proches s'arrêtant après la conciliation. A trois reprises, une demande de réparation gracieuse ou juridictionnelle est en cours, dont deux paraissent tout à fait justifiées à mes yeux. »

La conciliation pour pallier les carences relationnelles

Selon le Pr Bost, le médecin conciliateur intervient quand il y a eu un échec dans la relation entre le patient, la famille ou ses proches et les équipes médicales, essentiellement par défaut de communication, souvent du fait d'un manque d'organisation de l'écoute du patient : disponibilité, temps consacré, lieu où la rencontre du patient se déroule, personnels concernés par cette communication nécessairement pluri-professionnelle.

En effet, les plaintes et réclamations concernent généralement plusieurs sujets : les raisons de la prise en charge médicale, les modalités de la prise en charge soignée, l'organisation du service, des transmissions inter-services, de la sortie du patient et les conditions hôtelières.

Enfin, l'ensemble de ces réclamations et plaintes montre que souvent il existe aussi des dysfonctionnements dans la relation entre médecins du même service, du même établissement et bien évidemment entre établissements et médecins traitants

La loi du 4 mars 02 modifie également la procédure de règlement amiable en cas d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales, la procédure d'expertise en matière d'accidents médicaux et celle d'indemnisation des victimes. Se reporter au « Titre IV - Réparation des conséquences des risques sanitaires ».

Texte en libre accès sur le site de l'Assemblée nationale : <http://www.assemblee-nationale.fr>

(1) Article 16 : « Dans chaque établissement de santé, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes ».

« Elle est consultée sur la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge, elle fait des propositions en ce domaine et elle est informée de l'ensemble des plaintes ou réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. A cette fin, elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

« Le conseil d'administration des établissements publics de santé ou une instance habilitée à cet effet dans les établissements privés délibère au moins une fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Ce rapport et les conclusions du débat sont transmis à l'agence régionale de l'hospitalisation et au conseil régional de santé ».

« La composition et les modalités de fonctionnement de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge sont fixées par voie réglementaire. »

(2) Le médecin conciliateur joue un rôle de médiateur vis-à-vis des demandes et réclamations concernant l'activité médicale. Il rétablit une communication, éventuellement insuffisante entre les patients et les équipes médicales. Depuis la loi du 4 mars 02, son accès aux données médicales est désormais soumis au consentement du patient.

(3) Le Directeur Général est responsable de la procédure générale de gestion des plaintes et en assure notamment le caractère écrit, délivre un accusé de réception et tient un registre des demandes et des réponses. Il analyse et trie parmi les demandes et réclamations celles qui relèvent du recours gracieux ou juridictionnel et celles qui, sans constituer un recours, sont susceptibles de mettre en cause l'activité médicale, qu'il communique au médecin conciliateur. Enfin, il gère les recours gracieux ou juridictionnels en confiant le rôle de la négociation à l'assureur en matière de responsabilité civile.

...droits des malades

L'avenir du CHU se construit avec les usagers

CHU de Nantes

Avec la création par le CHU de Nantes d'un jury citoyen, la loi relative aux droits des malades et à la modernisation du système de santé trouve une déclinaison originale. C'est en effet la première fois qu'un établissement hospitalier public invite un panel d'usagers à participer à l'élaboration de son projet d'établissement.

Selon la direction générale, il est devenu indispensable d'associer les usagers à une réflexion stratégique. « L'hôpital ne doit-il pas rechercher en permanence à adapter son offre de soins à l'évolution des besoins ? » commente Jean-Paul Guérin Directeur Général.

Faire vivre la démocratie sanitaire

Mais comment sélectionner un groupe de candidats et les initier aux arcanes du fonctionnement du système de santé afin de leur permettre d'énoncer des propositions constructives ?

Le CHU de Nantes a lancé un appel à candidatures par voie de presse, seules conditions : les candidats doivent être âgés de plus de 18 ans, résider dans la région et non professionnels de santé. Sur les 63 réponses reçues, le CHU et la société DIES ont retenu onze jurés citoyens, de tous les âges et de tous les horizons. Tous ont fréquenté le CHU au moins une fois et trois sont membres d'associations de malades.

La sélection achevée, les membres du jury ont suivi deux week-ends de formation. Le premier fut consacré à la présentation du système de soins, de la politique de l'ARH par son Président Benoît Péricard et le fonctionnement du CHU ainsi que le bilan du précédent projet d'établissement.

Durant le second week-end, le groupe resté seul avec des spécialistes de santé publique était invité à émettre des recommandations. Le jury citoyen a souhaité être assisté par les deux représentants des usagers au conseil d'administration du CHU.

La reconnaissance d'une expertise profane

Le savoir des profanes a autant de valeur que celui des scientifiques. Un principe défendu par l'établissement qui reconnaît les usagers comme des acteurs à part entière du système de santé. Et l'expérience de Nantes montre que le dialogue noué avec « l'usager collectif » est porteur d'améliorations concrètes mais aussi d'évolutions plus fondamentales.

Jouant le rôle d'un comité consultatif, le jury a proposé de revoir l'accueil, le stationnement, l'accessibilité et la signalétique car le repérage n'est pas aisé dans les architectures hospitalières.

Concernant le séjour des malades, le groupe a évoqué les nuisances sonores, le rythme des journées, le réveil à 6h30 pour prendre la température...

La scolarisation des enfants, l'hébergement des familles et plus largement l'accompagnement des personnes malades et l'organisation de leur retour et de leur suivi à domicile figurent aussi au rang de leurs préoccupations.

Enfin, pour associer réellement les personnes malades à la vie de l'établissement, le jury a proposé la création d'une maison des usagers.

La Maison des usagers

Ce lieu aurait pour vocation de faciliter les échanges entre malades et professionnels. Sa gestion pourrait être confiée à un collectif d'associations et de particuliers. Il s'agit d'une innovation importante dont la faisabilité est déjà à l'étude.

Comme il s'était engagé à le faire, le CHU va intégrer l'ensemble de ces propositions au projet d'établissement 2003-2007.

prévention...

Au cœur de la ville, le CHU vient d'ouvrir un pôle de prévention et d'éducation du patient

CHU d'Amiens

Prévenir les maladies cardio-vasculaires

En Picardie les maladies cardio-vasculaires demeurent la cause principale de décès avec une surmortalité de 10% par rapport à la moyenne nationale.

La prévention de l'accident cardio-vasculaire ou de sa récurrence s'avérant efficace, l'équipe du pôle agit sur la globalité du facteur de risque en sensibilisant la population concernée aux conséquences du tabagisme, de l'hypertension artérielle, de l'obésité, des dyslipidémies, du diabète, de la sédentarité et du stress.

L'équipe intervient sur demande du médecin traitant, généraliste et spécialiste et délivre une information individuelle ou collective. Aucun médicament ni examen de dépistage ne sont prescrits.

L'implantation du pôle au centre ville, renforce la proximité et la convivialité des relations et normalise les échanges qui se déroulent en dehors des structures hospitalières lourdes. Elle favorise également le travail en réseau avec les différents acteurs de santé qu'ils soient publics ou privés.

Adresse

Pôle de Prévention et d'Éducation du Patient
2 rue des Louvels
80000 Amiens
Tél : 03.22.22.25.90

... p r é v e n t i o n ...

Violences aux urgences

CHU de Caen

Face à la violence urbaine, les services d'urgence sont en première ligne.

Portes ouvertes sur la ville, ils ont pour devoir de soigner sans discrimination aucune. Mais l'augmentation de la précarité et de la misère sociale entraîne une insécurité grandissante qui se répercute sur la qualité des soins et sur la vie des professionnels.

Le Département d'Accueil et de Traitement des Urgences (DATU) présente la particularité d'être à la fois un lieu d'accueil pour les patients anxieux, un lieu de consommation de soins, pas toujours justifiés, un lieu social de stress.

Les professionnels du DATU, confrontés au double impératif de prévenir et gérer la crise dans le respect d'un comportement déontologique et éthique, ont mené une enquête sur les situations de violence aux urgences.

Ils ont ensuite établi un plan d'actions pour apprendre à anticiper, à maîtriser et à gérer les situations d'insécurité, de non-respect et d'agression.

Les résultats de l'enquête : l'extension de la violence de la ville à l'hôpital

Adressée à l'ensemble des 142 personnels des urgences, l'enquête a bénéficié d'un taux de réponse élevé (81%) traduisant l'inquiétude des agents face à ce phénomène nouveau.

44% des personnels des urgences ressentent parfois un sentiment d'insécurité dans l'exercice de leur fonction. 108 patients sur les 115 ayant répondu ont été victimes de violences verbales, 48% de violences physiques et seulement 23% font des déclarations d'accident de travail. 9 professionnels ont déposé plainte.

Pour 95% des professionnels, la violence concerne les patients (93%), les familles (76%), les soignants (37%) et soi-même (11%). La violence s'exprime par l'agitation, les contentions, l'attente avec ou sans explication, le bruit, le refus de soins, les dégradations de matériels, les agressions verbales et physiques, attitudes difficilement acceptables et destructrices pour l'équipe.

La violence se localise en secteurs de soins (96%), dans le hall d'accueil (63%) et parfois dans le sas ambulance (32%). Elle est perceptible lors des pics d'activité (88%), au cours des soins et à l'arrivée du patient.

Les facteurs générateurs de violence sont en priorité l'éthylisme, les délais d'attente, les pics d'activité, les admissions forcées, les troubles psychologiques ne venant qu'après.

Sur les 115 réponses, seuls sept agents ne se sentent pas démunis par rapport à la gestion des situations de violence. Les réactions éprouvées oscillent entre un désir de conciliation, la peur ou l'évitement.

Apprendre à gérer la violence

Pour 86% des personnels, la situation pourrait être améliorée en réduisant les délais d'attente. Un plan d'actions propose d'autres solutions telles qu'une formation-action pour dépister les facteurs de risques et les anticiper, pour mieux accueillir et informer la personne soignée et ses accompagnants, pour apprendre à maîtriser les attitudes et les sentiments, pour travailler sur le stress, l'évitement...

Une formation est aussi envisagée pour les Infirmières d'Accueil et d'Orientation.

Un groupe de paroles sera mis en place et réunira tous les quinze jours les professionnels du département.

A une plus vaste échelle, le CHU définit une politique de prise en charge des professionnels victimes de violence et d'amélioration des équipements de sécurité avec par exemple la protection des personnels d'accueil de nuit par un système d'appel relié au poste de garde.

Au niveau national, la circulaire du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence prévoit une dotation nationale de 15 millions d'euros pour financer les projets de prévention et accompagner les situations de violence dans les établissements de santé.

Création de centre d'information sur la surdité

CHU de Nancy

Le service d'ORL du Pr Simon participe au tout nouveau centre d'information sur les surdités, qui figurait parmi les propositions du rapport Gillot.

Simultanément à Metz et à Nancy, l'association lorraine d'information sur la surdité vient donc d'ouvrir deux centres d'information. La mission des centres est d'informer les personnes sourdes et leur entourage, dans la plus grande neutralité. Ils peuvent répondre à des questions concernant :

- L'audition, la surdité et la déficience auditive,
- L'éducation des jeunes sourds, (éducation précoce, scolarisation, formation professionnelle),
- La vie des personnes sourdes (réglementation, droits sociaux, dispositifs de formation continue, vie quotidienne, vie culturelle...).

Les CIS doivent faciliter les contacts humains entre les personnes sourdes, leurs familles et tout autre interlocuteur. Leur vocation est de favoriser la mise en relation des partenaires avec les personnes concernées en fonction des demandes, sans pour autant se substituer aux dispositifs existants. Le CIS dispose d'un fonds documentaire constitué par les organismes partenaires.

...prévention...

Le CHR d'Orléans s'implique dans une action exemplaire de santé communautaire et de travail en réseau

CHR d'Orléans

Des « femmes relais santé » au service de la santé des habitants du quartier de l'Argonne à Orléans

Elles se prénomment Marieta, Haby, Oumhani, Joachime, Ginette, Nina, Patricia. Elles sont originaires du Sénégal, de l'ancien Congo Belge, d'Algérie, d'Italie, de Mauritanie, ... et la plupart d'entre elles vivent sur le quartier de l'Argonne à Orléans depuis plus de 20 ans. Elles parlent, à elles toutes, 13 langues différentes (poular, limkala, swaili, ki kongo, bambara, wolof, kaby-le, berbère, arabe, anglais, soninke, italien, français).

Elles ne sont pas des soignantes. Elles ne sont pas de la police, encore moins des assistantes sociales.

Leur mission est de faire le relais entre les habitants et les professionnels de santé : ce sont des « femmes relais santé » qui savent délivrer des messages de prévention, orienter et accompagner les habitants dans leurs démarches de soins et de santé.

Elles travaillent avec tous les professionnels de santé du quartier (Pharmaciens, médecins, ...), les intervenants sociaux, la Protection Maternelle Infantile (PMI)...

Des liens forts existent aussi avec des professionnels de santé des services de diététique, de médecine interne, de maternité... du Centre Hospitalier Régional d'Orléans.

De nombreux professionnels de santé, du secteur sanitaire et social, de l'éducation se sont engagés dans cette démarche de santé communautaire(*).

Ainsi, pour en garantir la réussite, un comité de pilotage a été constitué. Il regroupe les associations ADAMIF, AMFAD, AFAD, APLEAT, CODES 45, le réseau ville hôpital sida 45, la régie de quartier Argonne Service Plus, le réseau d'échanges réciproques de savoirs, le Conseil Général/UTAS Orléans Nord, le DSU Argonne, la direction Environnement Santé de la ville d'Orléans, et le Centre Hospitalier Régional d'Orléans.

Ensemble, professionnels et habitants se reconnaissent, se forment, apprennent des uns et des autres en permanence pour faciliter l'accès à la prévention et aux soins des publics les plus éloignés du système de santé.

Dans l'interaction avec les soignants, les professionnels de la santé et du social, les « femmes relais santé » apportent des clefs de lecture concernant la culture, la religion, les croyances, ... C'est d'une grande richesse pour mieux travailler avec les habitants et les patients.

Le réseau Ville Hôpital sida 45, porteur des actions formation des « femmes relais santé », a été récompensé, en février dernier, à Lyon, lors d'un colloque organisé par le Laboratoire Bristol Myers Squibb pour ce projet de santé communautaire et le travail en réseau accompli depuis plus de trois ans autour de ces « femmes relais santé ».

CONTACTS :

- Réseau ville - hôpital SIDA 45 :
 Coordonnatrice : Maryse TOURNE
 Tél : 02 38 74 40 15 - Fax : 02 38 74 40 05
 Messagerie : ressida45@aol.com

- Comité Départemental d'Education pour la santé du LOIRET (CODES 45)
 Chargé de projet : Romain LANIESSE
 Tél. fax : 02 38 54 50 96
 Messagerie : codes45@online.fr

(*) santé communautaire : La santé communautaire implique une réelle participation de la communauté à l'amélioration de sa santé : réflexions sur les besoins, les priorités ; mise en place, gestion et évaluation des activités. Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités.

[Source : MANCIAUX M., DESCHAMPS J-P. La santé de la mère et de l'enfant, Flammarion Médecine Sciences, Paris, 1978, p.31.]

...prévention

Prévention de la maltraitance des personnes âgées et des handicapés

Assistance Publique-Paris

Signature d'une charte de partenariat entre l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) et l'Association Gérontologique de l'Essonne (AGE), le 24 mai 2002, à l'hôpital Broussais en présence de messieurs Antoine Durrleman, Directeur Général de l'AP-HP et Bernard Duportet, Président de l'AGE.

Prévenir, détecter et prendre en charge la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées, tant à domicile qu'en institution, est une priorité pour l'AP-HP.

Dans le cadre de son projet gérontologique, l'AP-HP souhaite développer une politique de prévention, de suivi et de traitement de la maltraitance auprès des

populations âgées et handicapées. L'AGE contribue, pour sa part, depuis trois ans, à la mise en œuvre d'une politique similaire au niveau du département de l'Essonne. Elle est par ailleurs chargée d'une étude régionale pilote sur ce thème dans le cadre du programme régional de santé « personnes âgées » supervisée par la DRASS Ile de France.

La signature d'une charte entre les deux partenaires va permettre de répondre à trois objectifs :

- > Définir des procédures de recueil et de suivi des situations de maltraitance au sein de l'AP-HP élaborées par un groupe de travail pluridisciplinaire associant représentants de l'AP-HP et de l'AGE.
- > Mettre en place une politique de sensibilisation et de formation auprès de tous les acteurs de l'AP-HP intervenant dans le champ gérontologique. Cette politique

sera axée sur toutes les formes de maltraitance et conduira à l'élaboration d'un plan d'actions pluriannuel.

- > Concevoir et mettre en œuvre, au niveau régional, un dispositif d'acquisition et de traitement sécurisé de données de signalement. Le service informatique de l'AP-HP apportera sa compétence en matière de recueil de données.

Une évaluation des opérations de ce dispositif en termes de qualité et de résultats est prévue.

L'AP-HP, soucieuse de la prise en charge globale de la personne âgée et de la personne handicapée a déjà adopté dans son plan stratégique deux programmes d'actions prioritaires concernant ces populations.

TOUT SAVOIR SUR LES CHRU Le premier annuaire des Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires vient de sortir

EN EXCLUSIVITÉ

- Toutes les informations et chiffres clés des 31 CHRU :
- ☛ projet d'établissement, organisation en réseau, activité,
 - ☛ missions de soins, d'enseignement et de recherche,
 - ☛ budget, politique de qualité,
 - ☛ rayonnement scientifique, impact économique,
 - ☛ vocation sociale et actions culturelles.

Présentation des instances hospitalo-universitaires et des groupes de travail de la Conférence des Directeurs Généraux de CHRU

376 pages de renseignements complets et inédits

Commande :
ATTARD Communication
14 rue Gabriel Péri - 92120 MONTROUGE
Tél. 01 46 57 11 03 - Fax 01 42 53 42 41
E-Mail : attard.communication@wanadoo.fr

PRIX : 30,48 €
+ Port : 3,80 €

ANNUAIRE 2001

CHRU Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires

recherche...

Création d'un centre de recherche pédiatrique

CHU de Bordeaux

Le centre de recherche pédiatrique de l'hôpital des enfants du CHU de Bordeaux (CEDRE) a été fondé en mai 2001 et placé sous la coresponsabilité du Dr Mickaël FAYON et du Dr Claude BILLEAUD.

Ce centre a été réalisé à l'initiative du CHU de Bordeaux et a reçu le parrainage de Madame la Baronne Edmond de ROTH-SCHILD qui soutient le projet à hauteur de 320 142 euros par le biais d'une convention passée avec le centre hospitalier universitaire de Bordeaux pour une durée 5 ans. L'objectif premier de ce centre est de soutenir les projets de recherche des jeunes médecins pédiatres du CHU de Bordeaux notamment sur le thème transversal de la nutrition pédiatrique : la lipopéroxidation (lutte contre les maladies pulmonaires chroniques et contre la cécité par affection de la rétine).

L'obésité prise en charge en semaine éducative Un projet de recherche mené par deux cadres soignants

CHU de Bordeaux

Les patients obèses requièrent un suivi pluridisciplinaire et coordonné sur le long terme. Tel est le premier constat établi par Mesdames Dominique DANIEL-LAMAZIERE (cadre supérieur diététicienne) et Françoise TARIS-MOREL (cadre infirmier) en charge d'un projet de recherche, portant sur la « Prise en charge de l'obésité en semaine éducative, étude de faisabilité ».

Cette étude est financée par le CHU de Bordeaux, dans le cadre de l'appel d'offres interne, pour la recherche en soins. Tout au long de leurs travaux, les auteurs ont bénéficié de l'aide du service de la recherche clinique du CHU et de l'unité de soutien méthodologique de la recherche (USMR).

Au CHU de Bordeaux, le service d'endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques du professeur P. ROGER (USN, groupe hospitalier sud) accueille personnes présentant une obésité dans différentes unités de soins (hospitalisation traditionnelle, de semaine, de jour). Soucieux de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins dispensés aux patients obèses, les professionnels de ce service (aides-soignants, diététiciennes, infirmières, kinésithérapeute, médecins et psychologues), ont participé aux travaux animés par les cadres soignants.

La recherche s'est effectuée en deux temps, tout d'abord une analyse descriptive portant sur :

- les caractéristiques de la population accueillie dans le service.
- l'organisation d'une semaine éducative où interviennent différents professionnels de santé.
- la mesure de la satisfaction des soignés et des soignants.

A partir d'une analyse commune de la situation, les cadres de santé ont été moteurs dans l'organisation et la coordination de la semaine éducative.

Les cadres soignants ont ensuite animé des travaux afin d'actualiser les connaissances :

- en matière d'obésité (référentiels).
- de pédagogie
- de prise en charge éducative de l'adulte (individuelle, ateliers, self éducatif) comprenant le choix et la création d'outils (cours magistral, travail de groupe avec formalisation d'objectifs par le patient, questionnaires de type QCM, échelle de dépression, d'évaluation de la qualité de vie...).

En interne, une réflexion a été entreprise sur les champs de compétence communs à tous les professionnels et sur les savoirs spécifiques afin d'harmoniser et de formaliser les différentes interventions.

A ce jour, les chercheurs ont déjà réalisé le recueil et la saisie informatique des données concernant 150 patients, l'analyse reste à mener.

La dynamique d'une recherche qualité

Cette étude aide à mieux connaître la population des patients obèses, elle contribue également à mieux cerner les comportements addictifs associés à l'obésité ;

Quant aux processus retenus, il s'inscrit tout naturellement dans une démarche d'accréditation : des indicateurs de qualité et de satisfaction seront définis à l'issue des travaux, ils permettront d'apprécier l'amélioration des soins et de valoriser les compétences des équipes.

Des perspectives à moyen terme

Dominique DANIEL-LAMAZIERE et Françoise TARIS-MOREL envisagent à terme la mise en place d'un réseau ville-hôpital : « Notre implication dans ce travail de recherche nous a amenées, en tant que cadres de santé, à entrevoir un projet de prise en charge des facteurs de risques associés (diabète de type 2, maladies cardio-vasculaires, insuffisance respiratoire chronique, par exemple...) dans le cadre d'une unité transversale reconnue au sein d'un réseau ville hôpital permettant à tous une égalité d'accès à des soins de qualité. »

En France, l'obésité est concernée environ 10% de la population adulte et 12 % des enfants. Pour enrayer ce phénomène, le gouvernement a mis en place une politique nutritionnelle de santé publique avec pour fer de lance le plan quinquennal 2001-2006 intitulé « Programme National Nutrition Santé » (PNNS) dont un des six axes stratégiques est de « prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins ». De son côté, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé a édité des « recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement de l'obésité ».

progrès

... r e c h e r c h e ...

Chirurgie orthopédique La nacre : biomatériau d'avenir ?

CHU de Fort-de-France

Pour combler les pertes de substances osseuses et cartilagineuses, le chirurgien orthopédiste implante des biomatériaux naturels tels que les greffes osseuses, les implants d'origine corallienne ou synthétiques (métalliques ou en céramique de phosphate de calcium, bio verre, méthylméthacrylate). Mais leur utilisation pose un problème de sécurité, d'efficacité et de coût.

La nacre quant à elle présente des caractéristiques avantageuses : bio activité, capacité ostéogénique (qui favorise la formation d'os). De plus sa structure pavimenteuse offre des qualités mécaniques bien meilleures que les phosphates tricalciques : résistance à la compression et à la fissuration permettant d'envisager des implants en chirurgie orthopédique.

Les premières expérimentations menées sur l'animal

Effectuées à partir de 1994 sur des moutons, les recherches du Docteur Olivier Delattre* ont permis de connaître la tolérance et la qualité d'incorporation de la nacre dans le tissu osseux ou cartilagineux. 45 interventions chirurgicales ont été pratiquées sur 38 moutons : 36 implantations sur les différents sites osseux : os cortical, os spongieux, cavité médullaire, zone articulaire et 9 interventions témoins sur 38 moutons.

Les résultats obtenus permettent d'envisager de nombreuses applications potentielles : spar cers intervertébraux, butées (épaule, hanche), chevilles d'interférence (ligamentoplastie), coins d'ostéotomie.

Ces travaux ont été menés dans le cadre du GREPOT (Groupe de recherche en pathologie ostéoarticulaire tropicale) dirigé par le Pr Catonné, en collaboration avec une unité CNRS du Muséum d'histoire naturelle de Paris dirigé par Madame le Pr. E. Lopez. Les expérimentations ont été réalisées à la Clinique

vétérinaire du Dr D. Bernus avec l'aide et la participation de l'équipe du bloc opératoire dirigée par Madame Edmond.

Le comportement de la nacre sur les os

« Une fois introduite dans l'os, la nacre déclenche comme tout corps étranger une réaction inflammatoire, mais celle-ci n'est que transitoire, explique le Dr Delattre. Elle fait place ensuite à une résorption très modérée (à la surface de l'implant), phase là aussi transitoire qui dure de 0 à 6 mois et pendant laquelle se fait la libération de facteurs actifs contenus dans la nacre et la bio-dissolution de la phase minérale. Un échange se produit entre le minéral de l'os et celui de la nacre qui aboutit à l'ancrage de l'implant. L'élément important est qu'il n'y a pas d'interposition de tissu fibreux contrairement à ce que l'on observe avec les métaux comme le titane utilisé en orthopédie. »

Des essais cliniques sur l'homme

Quelques essais ont été réalisés en chirurgie maxillo-faciale et odontologie. Dans le cadre de la loi Huriet des essais cliniques devraient débiter pour des indications comme les ostéotomies de réaxations des membres avec des cales de nacre.

A l'avenir la nacre pourrait être largement utilisée dans la chirurgie du membre supérieur et dans la chirurgie du rachis sous forme de cale. Si les études cliniques donnent de bons résultats, les gestes opératoires seront simplifiés et surtout on évitera au patient d'avoir en permanence un implant permanent métallique prévoit le Dr Delattre. Actuellement il mène un projet d'ancre ligamentaire pour la chirurgie arthroscopie de l'épaule et sur une future prothèse de poignet.

* Le Dr Delattre est l'auteur d'un mémoire de DEA de Biomécanique et de Biomatériaux. Ses travaux ont fait l'objet de 6 publications dont 5 en langue anglaise et de 10 communications dans des congrès internationaux.

Inauguration du Centre Collaborateur de l'OMS sur l'asthme et la rhinite

CHU de Montpellier

Le 13 février 2002 le CHU de Montpellier a inauguré le Centre Collaborateur de l'OMS pour l'Asthme et la Rhinite. Situé à l'hôpital Arnaud de Villeneuve, le Centre Collaborateur de l'OMS sur l'asthme et la rhinite est rattaché au Service des Maladies Respiratoires du CHU de Montpellier et à l'Unité de recherche INSERM 454. Actuellement, il n'existe que deux centres collaborateurs de l'OMS pour l'asthme, l'un à Gand (Belgique) et l'autre à Montpellier.

Allergies et asthme : l'évolution

Les affections allergiques et l'asthme représentent un problème de santé publique dans les pays occidentaux. Plus de 30% de la population française souffre d'une affection allergique (rhinite, asthme, maladie de la peau, conjonctivite). En raison de l'augmentation constante de l'allergie, il est vraisemblable que dans une génération il y aura plus de français souffrant d'allergie que de sujets non allergiques.

2000 asthmatiques meurent chaque année en France.

Il y a de nombreux chocs allergiques induits par les insectes, les aliments et surtout les médicaments. Même si une pathologie comme la rhinite n'est pas sévère, elle a souvent une répercussion sur la qualité de vie, le travail scolaire et même l'aptitude au travail. L'asthme est une des causes les plus fréquentes de l'absentéisme professionnel et scolaire. Les coûts pour la santé sont élevés et l'on estime que dans les pays occidentaux, 1 à 2% des coûts sont induits par les pathologies allergiques et l'asthme.

Enfin, ces coûts augmentent plus vite que la moyenne annuelle. Les affections allergiques et l'asthme ne touchent cependant pas seulement

les pays développés : il existe aussi une épidémie dans les pays en voie de développement. Certes tous les pays ne sont pas touchés au même rythme, mais il est certain que lorsque le niveau de vie d'un pays augmente, l'allergie explose. C'est le cas par exemple des pays d'Europe de l'Est où l'allergie était rare avant la chute du mur de Berlin et où sa fréquence est actuellement identique dans tous les landers allemands. En Asie du Sud Est, la fréquence de l'allergie est peut être plus importante qu'en Europe. Enfin, tous les pays africains sont touchés par cette épidémie dès que les habitants migrent des campagnes vers la ville ou en zone péri-urbaine. Il convient donc de mieux connaître les raisons de cette augmentation de la fréquence qui s'accompagne aussi d'une augmentation de la sévérité. Buts, missions et actions du Centre Collaborateur

Les buts du centre collaborateur sont importants en santé publique.

Les travaux de ce centre devraient permettre d'améliorer la prise en charge de l'asthme et de la rhinite grâce à une meilleure utilisation des traitements actuellement disponibles et de proposer pour le futur des traitements mieux adaptés aux pays en voie de développement. Le centre doit coordonner des études qui apprécieront l'efficacité des traitements de l'asthme et de l'allergie pour une meilleure prise en charge avec une réduction des coûts pour la santé. « Avec l'aide de médecins africains, nous apprécions la fréquence de l'asthme et de la rhinite dans les pays du Maghreb et en Afrique tropicale. Nous tentons aussi de réfléchir aux meilleures modalités de diagnostic de traitement de l'asthme, et des autres pathologies respiratoires chroniques, dans ces pays », dit Jean Bousquet, Directeur du Centre.

Le Centre Collaborateur va faciliter l'utilisation de médicaments efficaces mais encore peu abordables dans les pays à faible revenu.

Les actions du Centre Collaborateur sont réalisées au sein du CHU et de l'Unité INSERM454 avec des collaborations multiples en France comme à l'étranger. La création du Centre Collaborateur coïncide avec le détachement à temps partiel du Professeur Jean Bousquet à l'Institut Pasteur pour diriger le Programme transversal d'Allergologie. Un lien particulièrement fort a aussi été tissé avec un Laboratoire de Palerme pour mieux mettre en œuvre notre politique de santé publique dans les pays africains.

Médecine et santé publique

Le Centre Montpelliérain associe des actions en médecine, en santé publique et en recherche. Le Professeur Jean Bousquet, Directeur de l'ONG ARIA (rhinite allergique et son impact sur l'asthme) a été nommé Directeur du Centre. Plusieurs autres membres de la Faculté de Médecine et du CHU de Montpellier en font aussi partie. Il s'agit des Professeurs Philippe Godard (Maladies Respiratoires), Jean-Pierre Daurès (Institut Universitaire de Recherche Clinique), Jacques Clot (Laboratoire d'Immunologie), Louis Crampette et Michel Mondain (ORL), Jacques Mercier (Laboratoire de Physiologie clinique) et du Docteur François Council (Pédiatrie).

Ouverture du Centre de Recherche Clinique (CRC) le 18 mars 2002 -

CHU de Poitiers

Le CRC a reçu les autorisations de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) et de la Direction Générale de la Santé (DGS) pour effectuer des recherches sans bénéfice individuel direct ayant trait à la physiologie, à la physiopathologie, à l'épidémiologie, aux sciences du comportement et à la nutrition.

Ces recherches pourront être conduites chez le volontaire majeur, malade ou sain, et pourront porter sur :

- le médicament dans le cadre d'études de tolérance, de pharmacodynamie et de pharmacocinétique incluant, notamment, la biodisponibilité et la bioéquivalence,
- les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro,
- les produits destinés à l'entretien ou à l'application des lentilles de contact,
- les produits insecticides, acaricides et anti-parasitaires à usage humain,
- les aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales qui, du fait de leur composition, sont susceptibles de présenter un risque pour les personnes auxquelles ils ne sont pas destinés,
- les produits cosmétiques.

Ce service, entièrement dédié à la recherche clinique, est doté d'une équipe médico-technique professionnelle de la recherche biomédicale appelée à évoluer en même temps que les activités du CRC.

6 personnes travaillent en étroite collaboration avec le Professeur Marie-Christine Perault-Pochat, coordinateur :

- le Docteur Emmanuel Krupka, médecin délégué
- le Dr Stéphanie Ragot, méthodologiste
- Odile Michelet et Sylvette Rougier, infirmières diplômées d'état
- Aude Letty, gestionnaire, juriste de formation
- Carole Merceron, attachée de recherche clinique

« Aujourd'hui, nous observons une nouveauté dynamique de la recherche clinique explique le Docteur Emmanuel Krupka, médecin délégué celle-ci se caractérise par un nombre croissant de projets de niveau international, et par une politique volontariste de développement de recherche au CHU. Mais dans le même temps nous constatons une dispersion des thèmes de recherche et un manque de coopération entre les équipes. Le CRC va aider à clarifier, structurer

... r e c h e r c h e ...

rer et homogénéiser les thématiques de recherche. Enfin, en fédérant les ressources cliniques et scientifiques au sein et dans l'environnement du CHU, le CRC va stimuler l'activité de recherche ».

Le CRC : un enjeu pour le développement territorial

L'ouverture d'un CRC au CHU de Poitiers revêt une importance régionale particulière, car aucune autre structure publique consacrée à la recherche clinique n'existe encore en Poitou-Charentes. Le CRC va donc permettre de stimuler la coopération des équipes et des Centres Hospitaliers de la région (La Rochelle, Niort, Angoulême, Saintes, Châtellerauld,...).

Enfin, en se dotant d'un Centre de Recherche Clinique, le CHU de Poitiers rattrape son retard. En effet, la plupart des autres CHU abritent déjà, pour leur part, des Centres d'Investigation Clinique tandis que le CHU de Poitiers ne comptait jusqu'alors qu'une seule équipe CNRS et aucune équipe INSERM.

Les Centres d'Investigation Clinique sont des Centres de Recherche Clinique reconnus et soutenus par l'INSERM. A terme l'objectif est de transformer le notre CRC du CHU de Poitiers en Centre d'Investigation Clinique (CIC).

Pour l'instant, le Centre, aménagé au rez-de-chaussée de Camille Guérin, comprend 6 lits, une salle de tests, une salle de prélèvements, un local infirmier, une salle de consultation et une pharmacie. Une extension est prévue courant 2002, augmentant la capacité d'accueil à 12 lits. A terme, le CRC devrait occuper une partie du sous-sol et le rez-de-chaussée de l'aile gauche du pavillon Camille Guérin.

Exemples de recherche clinique déjà menée au CHU de Poitiers :

- les recherches du Docteur Vincent Delwail sur le traitement du lymphome
- les recherches de Professeur François Guilhot-Gaudeffroy sur la leucémie myéloïde chronique
- les recherches des Professeurs Jean-Claude Meurice, Joël Paquereau et Jean-Philippe Neau, sur le syndrome d'apnée du sommeil

- les recherches des Professeurs Michel Morichau-Beauchant et Christine Silvain sur le traitement des hépatites virales C...

Les exigences de qualité dans la réalisation de telles études sont de plus en plus strictes. Chaque équipe de chercheurs-cliniciens se doit de respecter les Bonnes Pratiques Cliniques, les dispositions de la loi Huriet-Sérusclat sur la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales ainsi que ses décrets d'application concernant notamment : l'information et le consentement des volontaires, la notification des événements indésirables, le fichier national des volontaires, l'encadrement spécifique des recherches sans bénéfice individuel direct...

Missions du Centre de Recherche Clinique

La première mission du CRC est d'apporter conseils et support en matière de méthodologie, de réglementation et d'organisation des essais cliniques. En amont de la réalisation pratique de l'étude, les investigateurs pourront donc trouver au CRC une aide à la rédaction des protocoles et à la réalisation d'une base de données.

De plus, les professionnels du CRC pourront se charger à la fois du calcul du nombre de sujets nécessaires et de leur sélection, de la réalisation d'analyses statistiques, de l'élaboration d'une liste de randomisation, et de la prise de contact avec les différents partenaires de l'étude. Le CRC sera également un lieu réservé à la réalisation et à la coordination de projets de recherches biomédicales chez des volontaires sains et malades, dans le respect des Bonnes Pratiques Cliniques dans la mise en place, le suivi et la clôture des études.

Le Centre pourra ainsi prendre en charge la rédaction des cahiers d'observation.

Le médecin délégué, ou les investigateurs institutionnels, pourront y effectuer les visites de pré-inclusion. Le personnel médical et infirmier

pourra assurer le suivi des volontaires pendant toute la durée de l'étude. Seront également assurés par le CRC le classement et l'archivage des documents de l'étude. Enfin, le CRC permettra d'apporter des conseils de valorisation des travaux de recherche.

Les plus du CRC

Le CRC offre la possibilité pour les investigateurs de mener des recherches qu'ils ne peuvent effectuer dans leurs services par manque de temps ou de moyens : nombre insuffisant de lits dans le service, manque de personnes consacrant du temps à la recherche, absence d'agrément pour réaliser des recherches sans bénéfice individuel direct dans leurs services...

Il met à disposition des investigateurs des moyens pour conduire une recherche : le médecin délégué pourra mener une étude pour leur compte, et ils pourront collaborer avec des personnels qualifiés en matière de recherche (2 infirmières, une attachée de recherche clinique et une méthodologiste).

Pour tout renseignement sur le CRC, contacter le :

05 49 44 46 89

ou par mail :

centre.recherche.clinique@chu-poitiers.fr

Création d'un CIC

CHU de Rennes

Le CHU de Rennes vient de recevoir de l'INSERM et du ministère délégué à la santé l'accord pour créer un centre d'investigation clinique. Il rejoint ainsi les 20 autres CHU qui disposent déjà de cette structure.

Un CIC pour maintenir la recherche clinique du CHU de Rennes au plus haut niveau international « Le CIC est une structure de recherche clinique implantée au sein d'un hôpital et labelisée par l'INSERM.

Elle a pour mission de permettre la réalisation d'études cliniques de qualité non seulement chez le malade mais aussi chez le sujet sain. Son champ d'action est vaste : pharmacologie clinique, essais thérapeutiques, évaluation de méthodes diagnostiques, épidémiologie, etc... » explique Yves Rayer, délégué à la recherche et à la stratégie.

Le CIC : un lieu et des moyens techniques et humains de qualité pour mener à bien les projets de recherche des cliniciens ou des biologistes, dans le respect des bonnes pratiques cliniques et de la réglementation

Yves Deugnier, médecin coordonnateur a pour mission de structurer le centre autour d'un comité technique et de 3 unités : une unité d'investigation clinique qui dispose de 3 lits, une unité de pharmacologie clinique qui prend en charge la conception et le suivi des protocoles, puis la validation et l'analyse des données, et une unité laboratoire qui réalise les analyses biologiques spécifiques. Cette dernière unité comprend aussi un Centre de ressources biologiques (CRB) qui va permettre la gestion des sérums, des DNAtèques et des tissutèques. Ce CRB vient d'être accrédité par l'INSERM et le Ministère de la recherche. Le CIC est susceptible par ailleurs de s'enrichir prochainement d'une unité d'épidémiologie.

Quant au Pr Eric Bellissant, médecin délégué du CIC, il assure l'animation d'une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, notamment un médecin investigateur, d'infirmières, d'assistants de recherche clinique, de biostatisticiens... Les recrutements sont en cours grâce aux financements que nous avons obtenus auprès de l'INSERM, du Ministère délégué à la santé (PHRC), du contrat d'objectifs et de moyens (COM) du CHU, du contrat de plan état - région (CPER) et du fond national d'aménagement et développement du territoire (FNADT).

Le CIC : du conseil méthodologique à l'accompagnement des protocoles

L'assistance apportée par le CIC va du simple conseil méthodologique jusqu'à la prise en charge complète d'un protocole dans tous les domaines de la recherche clinique. Un comité technique évaluera la qualité méthodologique et scientifique des projets en lien avec le COREC (Comité de la Recherche Clinique) pour les essais cliniques dont le CHU est promoteur.

Le centre sera également ouvert aux équipes des hôpitaux de la région, aux autres CHU ainsi qu'à tout partenaire extérieur, public ou privé.

L'évaluation clinique des thérapies par ondes de choc

CHU de Rennes

De nouvelles applications des thérapies par ondes de choc sont testées au CHU de Rennes

Les équipements biomédicaux ont considérablement évolué au cours de ces 20 dernières années : plus compacts, meilleur marché, permettant des traitements peu invasifs sans anesthésie ils sont aussi mieux rentabilisés.

Ainsi, le nouveau lithotriporteur du CHU de Rennes est bien sûr utilisé pour fragmenter les lithiases rénales mais d'autres applications sont à l'étude en rhumatologie, en orthopédie, ou en rééducation fonctionnelle ou en urologie. On attend des résultats probants dans le traitement de pathologies récalcitrantes telle les calcifications de l'épaule, la stimulation de la croissance osseuse, les parostéarthropathies* ou encore dans le traitement de la maladie de La Peyronie.

L'évaluation clinique rigoureuse des nouveaux équipements figure parmi les missions du CHU

Le CHU accueille les technologies de pointe et charge ses équipes médicales d'en déterminer objectivement et scientifiquement les bénéfices et contraintes, dans le but d'une diffusion optimale des nouvelles thérapeutiques dans le monde de la santé.

L'onde de choc

C'est une onde de pression qui, au contraire d'un son ou d'un ultrason, se caractérise par l'absence de répétition d'un cycle et par un front de pression très raide, d'une amplitude élevée et d'un temps de retour à la normale beaucoup plus long.

Les structures solides sont soumises durant des temps très brefs à des tensions internes extrêmement importantes qui peuvent aboutir à la dislocation du matériau. Des effets de cavitation peuvent également apparaître dans des structures comportant des composés liquides.

Du point de vue médical, les effets sur les tissus et structures sont de différentes natures. Pour ce qui est des lithiases rénales, des calculs de la vésicule ou des glandes salivaires, des corps caverneux calcifiés, c'est le principe de la fragmentation qui est utilisé.

En ce qui concerne en revanche les effets sur les articulations, la croissance osseuse et les calcifications de l'épaule (qui sont molles, contrairement à ce que pourrait laisser penser leur dénomination), les causes des effets sont plus floues, on pense à une stimulation de la vascularisation ou de l'activité biologique des cellules mais rien n'a été formellement démontré.

*lésions des parties musculaires au pourtour des articulations (épaules, genoux) responsables de blocage de ces articulations.

Le CHU participe à la création de la Biobanque de Picardie

CHU d'Amiens

Développée en 1992 par le laboratoire de bactériologie du département de la Somme, la « bio banque » collecte et conserve des échantillons biologiques humains, animaux ou végétaux (sérum, ADN, cellules...) à des fins d'analyses ou d'études. Désormais, la « bio banque », travaillera en étroite collaboration avec la Biothèque*, banque d'échantillon de prélèvements sanguins qui permet à l'Établissement Français du Sang Nord-de-France d'assurer leur traçabilité.

Les cinq institutions fondatrices de la nouvelle association Biobanque/Biothèque : la Région Picardie, le Département de la Somme, la Communauté d'Agglomération d'Amiens Métropole, le CHU d'Amiens et l'Université de Picardie Jules Verne.

L'institut de biologie humaine du CHU d'Amiens accueillera bientôt les services de l'Association.

Les missions de l'association Biobanque / Biothèque

- collecter des prélèvements biologiques et les conserver par aliquotage systématique en paillettes ou tout autre procédé
- assurer le stockage et la gestion d'échantillons biologiques selon la demande des partenaires
- expertiser et évaluer de façon rétrospective sur le plan médico-scientifique tout ou partie des échantillons biologiques conservés ;
- assurer la préservation de l'information clinique et biologique associée à chaque échantillon et cohorte.
- céder à titre gratuit ou onéreux, tout ou partie des échantillons conservés auprès des demandeurs membres ou non de l'association
- vendre des prestations en rapport avec les missions du centre de ressources biologiques (contrats de recherche, stockage et gestion d'échantillons...)

* par arrêté du 26 novembre 1999, Amiens a été retenu comme siège d'une biothèque.

L'innovation technologique

CHU de Brest

En Avril 2002, le CHU de Brest a présenté au représentant du Ministère de l'Industrie, un système de navigation pour la réalisation d'ostéotomies assistées par ordinateur sur la base de la station Surgétique entièrement développée à Brest.

Cette reconnaissance nationale est le résultat d'une politique forte engagée par les équipes chirurgicales Brestoises depuis plus de 10 ans. Dans un article sur l'innovation technologique publié dans « Pulsations », le journal interne du CHU, le Dr Eric STINDEL rappelle l'apport de la chirurgie assistée par ordinateur ainsi que les recherches menées par l'équipe du professeur LEFEVRE et le LATIM.⁽¹⁾

Le futur sera tridimensionnel et dynamique

Née naturellement de la chirurgie stéréotaxique, la neurochirurgie est la première discipline à avoir bénéficié de l'intégration progressive des techniques modernes d'imagerie (CT et IRM) et de la chirurgie assistée par ordinateur à la fin des années 80. Quinze années plus tard, on ne compte plus les domaines d'applications (chirurgie cardiaque, chirurgie maxillo-faciale, odontologie, ophtalmologie, orthopédie, radiothérapie...).

Principes fondamentaux

Quelle que soit l'application considérée, toute intervention repose sur trois phases successives d'acquisition, de décision et d'action selon une méthodologie définie par l'Université de Grenoble à la fin des années 80.

Acquisition : Elle a pour but de collecter toutes les informations possibles sur le patient à opérer et de les confronter aux connaissances a priori détenues par les experts médicaux pour créer un modèle numérique 3D spécifique du patient. Toutes les modalités d'imagerie médicale sont utilisables à ce stade. (CT, IRM, radiologie numérique, échographie, PET, SPECT), On recueillera également des informations fonctionnelles (doppler, ECG,) et mécaniques (modèle par éléments finis).

Décision : C'est la phase de planification de l'intervention chirurgicale, celle où l'on décide ce que sera le geste réalisé, ce que seront le type, la forme et la taille des prothèses implantées. A ce stade, la puissance des systèmes informatiques permet aujourd'hui de simuler les gestes chirurgicaux et de prendre des décisions sur la base d'une information tridimensionnelle objective et quantifiée. La décision finale est constamment contrôlée et validée par le chirurgien avant le passage à la réalisation du geste lui-même.

Action : Optimiser la réalisation d'un geste chirurgical n'a que peu d'intérêt si l'on est ensuite incapable de réaliser ce geste avec une précision identique à celle obtenue lors de la planification. Pour cela il faut tout d'abord établir le lien entre les données du patient et le patient lui-même dans la salle d'opération : c'est le recalage. Basée sur la mise en correspondance de points, de surfaces anatomiques, ou de repères fixes, cette étape influence de façon importante la précision du geste opératoire.

Lors de la réalisation du geste lui-même, le chirurgien peut être guidé par des systèmes passifs qui lui laissent toute liberté dans la réalisation de son geste. C'est la « Navigation » assistée par ordinateur, durant laquelle le chirurgien visualise, en temps réel, la position de ses instruments sur les images obtenues en pré-opératoire ou per-opératoire. Il peut ainsi se situer vis-à-vis des structures anatomiques, dont certaines ne sont même pas visibles dans le champ opératoire. La précision mais aussi la sécurité du geste s'en trouvent significativement améliorées.

D'autres systèmes dits semi-actifs fonctionnent en limitant l'espace d'évolution du chirurgien. Ils permettent ainsi de sécuriser le geste opératoire en interdisant de sortir d'un cadre de déplacement prédéfini lors de la planification.

Probablement les plus précis, mais certainement les plus coûteux, les systèmes actifs réalisent une partie du geste chirurgical de façon autonome. C'est la « Robotique », utili-

sée lorsqu'une dextérité particulière est nécessaire parfois en coordination avec des systèmes de téléopération.

Chaque procédure suit un cadre théorique rigide qui permet d'assurer la sécurité et la qualité du geste réalisé. Mais ce cadre rigide laisse toujours une large place à l'innovation.

Le Bone Morphing

Ainsi, depuis Novembre 2001, l'équipe du professeur LEFEVRE et le LATIM testent une nouvelle méthode de traitement d'image qui permet d'obtenir un modèle 3D spécifique du patient sans aucune imagerie pré-opératoire. Cette technique appelée : « BONE MORPHING » repose sur la déformation de modèles osseux moyens qui viennent fusionner avec des nuages de points obtenus en moins de 2 minutes par le chirurgien durant l'intervention. Totalement révolutionnaire, cette technique permet aujourd'hui de poser des prothèses totales de genou avec une précision inférieure au millimètre, ceci sans le moindre examen radiographique pré-opératoire.

Grâce au partenariat qui lie la société PRAXIM (détentrice du brevet) et le LATIM, le CHU de Brest est aujourd'hui le premier centre Français à utiliser cette technologie dans le cadre d'un essai clinique randomisé de grande envergure.

Universitaires dans l'âme, les membres de l'équipe n'oublient pas l'enseignement et participent à l'organisation de « Learning center » nationaux au cours desquels des chirurgiens de toute la France sont invités à venir se former à ces nouvelles techniques.

Le prochain séminaire aura lieu à Brest en Juillet 2002 et sera consacré à la pose de prothèse totale de genou.

Fondée sur un concept simple qui arrive progressivement à maturité, la chirurgie assistée par ordinateur ne cesse de préoccuper les chercheurs depuis 20 ans ; il est maintenant du ressort de la communauté médicale d'en évaluer l'intérêt, d'en préciser le potentiel et d'en fixer les limites sur les bases d'études d'évaluations sérieuses.

(1) le Laboratoire de Traitement de l'Information Médicale ou LATIM est né de la collaboration entre l'équipe du Professeur Christian LEFEVRE et l'Ecole Nationale Supérieure des Télécommunications de Bretagne. La qualité des travaux qui y sont menés a permis à cette équipe d'obtenir en Janvier 2001 le label d'équipe INSERM.

High Tech

CHU d'Angers

Oxygénothérapie hyperbare

Depuis le 30 janvier 2002, le CHU d'Angers dispose d'une des trois principales installations d'oxygénothérapie hyperbare de France*. Unique en Pays-de-Loire cet équipement renforce la vocation d'excellence de l'unité d'oxygénothérapie hyperbare (OHB)** angevine.

Implanté dans les nouveaux locaux du Département de Réanimation Médicale et de Médecine Hyperbare, l'OHB peut être utilisée dans le traitement des accidents de décompression chez le plongeur. L'oxygénothérapie hyperbare est également indiquée pour de nombreuses autres pathologies. Ainsi l'hyperoxygénation permet-elle de pallier les défauts d'oxygénation des tissus. Ceux-ci peuvent survenir à la suite de maladies vasculaires, d'infections ou d'intoxications.

Un équipement d'exception

Dispositif médical au sens des directives européennes, l'installation du CHU d'Angers présente la spécificité d'être réalisée « sur mesure ». L'ensemble, constitué de 3 cylindres (2 chambres hyperbare et un sas d'accès) possède des dimensions et un poids exceptionnels (18 tonnes).

L'OHB au CHU d'Angers : un pôle d'excellence inter-régional

Le CHU d'Angers est le seul établissement des Pays de Loire assurant une activité de Médecine Hyperbare ; les unités les plus proches se situant à Paris, Bordeaux et Brest. Pôle d'excellence inter-régional, l'unité angevine a une zone d'attraction couvrant 17 départements.

En 25 ans, l'Unité d'OHB a vu son activité progresser régulièrement. Toutefois, les spécificités techniques de l'équipement jusqu'alors en fonctionnement et son environnement logistique en freinaient le développement.

Les nouvelles chambres hyperbare, permettant de recevoir simultanément jusqu'à 16 patients assis, autoriseront une prise en charge optimale des urgences (intoxication au CO, accidents de décompression, embolies gazeuses). Avec 2 chambres de traitement, il sera possible à l'équipe médicale d'accueillir des malades en urgence sans pour autant interrompre une séance en cours. Leur conception permet d'y installer des équipements de ventilation, de perfusion et de monitoring à l'identique d'une chambre de réanimation.

* Il existe au total 13 centres hyperbare de France pouvant accueillir des malades graves.

** L'OHB est une modalité thérapeutique d'administration de l'oxygène par voie respiratoire à une pression ambiante supérieure à la pression atmosphérique. Cette technique impose l'utilisation de chambre hyperbare pour obtenir l'effet pression recherché. A l'intérieur de la chambre, les patients se voient administrer l'oxygène par masque ou respirateur.

Un service d'andrologie unique en France

CHRU de Lille

A Lille, on connaît l'hôpital Jeanne de Flandre pour sa prise en charge de la mère et de l'enfant mais jusqu'à présent il n'existait pas de service spécialisé dans le traitement des pathologies masculines. Le CHRU de Lille a remédié à cette lacune en créant, en janvier 2001, un service entièrement dédié à l'andrologie au sein de l'hôpital Albert Calmette.

Qu'est-ce que l'andrologie ?

L'andrologie est une discipline médicale qui étudie l'appareil génital masculin.

« Quand il vous arrive d'annoncer à un homme qu'il ne pourra jamais avoir de descendance, il est préférable de disposer de locaux chaleureux où le patient a ses repères. Il doit pouvoir se sentir en confiance lorsqu'il s'agit de parler de ses difficultés sexuelles ou d'apprendre une mauvaise nouvelle » confirme le Dr Rigot.

Traiter les problèmes masculins

Aujourd'hui 1 couple sur 7 rencontre des difficultés pour avoir un enfant. Dans 50% des cas, c'est l'homme qui est en cause. L'andrologie permet d'aider ces couples mais aussi les quelques 20% d'hommes rencontrant des difficultés sexuelles de gravité variable.

La qualité du service, maître mot de l'équipe.

Des locaux conviviaux, un accueil personnalisé, une écoute attentive, une prise en compte des aspects humains et psychologiques des consultants tels sont les atouts du service.

Avec une durée moyenne des consultations qui varie entre 30 et 45 minutes, l'équipe marque sa préférence pour la qualité de la prise en charge plutôt que pour la quantité de patients reçus. Et la formule remporte un franc succès puisque 2000 patients ont été reçus la première année.

L'aménagement intérieur adapté aux personnes à mobilité réduite

L'unité est constituée de deux salles de consultation, d'une salle de prélèvement infirmier, d'une chambre de soins externes. La proximité du service de spermologie facilite lui aussi l'accueil et les soins des patients. Quant aux interventions chirurgicales, elles sont effectuées à l'hôpital Claude Huriez.

La totalité du service est adaptée aux personnes à mobilité réduite, point important lorsque l'on sait que 20% des consultants en andrologie ont des problèmes moteurs (de type sclérose en plaque ou autre pathologie invalidante).

L'équipe du service

L'équipe est constituée un chef de service, d'un cadre infirmier supérieur, de deux infirmières à mi-temps, de médecins attachés 4 fois par semaine et de deux secrétaires.

Réparation des lésions du cartilage du genou : première greffe de chondrocytes cultivés en France – octobre 2001

Hospices civils de Lyon

Pour la première fois en France un CHU cultive, à partir de fragments de cartilage, une suspension cellulaire en vue de greffe autologue de chondrocytes permettant de réparer les lésions du cartilage du genou.

L'exercice physique ayant pris dans notre société une part importante, on constate une incidence croissante des lésions traumatiques méniscales, ligamentaires et cartilagineuses au niveau du genou. Ces dernières, décelables par arthroscopie ou IRM, ne se réparent pas spontanément et n'ont pas de traitement efficace connu. Ceci pose un problème considérable chez le sujet jeune car ces lésions, non seulement entraînent des douleurs et une invalidité, mais sont de plus génératrices d'arthrose précoce et parfois sévère pour laquelle le traitement usuel est le remplacement prothétique. Or ce traitement n'est pas souhaitable pour des sujets jeunes du fait de la durée de vie limitée de ces prothèses.

De nombreuses méthodes de réparation des lésions du cartilage ont été proposées. Les solutions chirurgicales, si elles ont parfois un effet favorable sur la symptomatologie clinique (douleur, blocage, épanchement), ne permettent pas la restauration de cartilage articulaire normal.

La greffe de chondrocytes autologues est une méthode beaucoup plus prometteuse. Cette technique a été expérimentée chez l'homme par Brittberg en 1994. Elle consiste à réparer la

lésion qui existe au niveau du cartilage du genou avec les cellules du patient lui-même.

Jusqu'à présent, le coût de cette technique était très élevé car les cellules étaient préparées aux Etats-Unis par un laboratoire privé : le fragment de cartilage était envoyé par avion à Boston et le laboratoire retournait la suspension cellulaire prête à être injectée pour un coût de 70.000 francs.

La thérapie se pratique en plusieurs temps :

- une arthroscopie du genou pour prélever un petit fragment de cartilage et extraire des cellules (les chondrocytes)
- la multiplication des cellules dans un milieu spécifique, par une technicienne spécialement formée.
- l'arthrotomie (ouverture du genou) : la chirurgien recouvre la lésion du cartilage d'une fine membrane de périoste (couche superficielle de l'os prélevé au niveau du tibia lors de la même intervention) qui est cousue sur les berges de la lésion. Les cellules sont ensuite injectées sous cette membrane et se remettent à fabriquer du cartilage.

Les mouvements passifs sont autorisés dès le lendemain de l'intervention et l'appui est repris progressivement au bout de 6 semaines.

La greffe de chondrocytes autologues est effectuée dans le cadre d'un projet hospitalier de recherche clinique dont la responsable est le Dr PIPERNO. L'essai est encadré par la récente Cellule d'Investigation Clinique des HCL. Le but de cette étude est d'apprécier la faisabilité de la greffe de chondrocytes autologues au sein des Hospices Civils de Lyon.

A l'origine de la thérapie, une équipe pluridisciplinaire :

Muriel Piperno, attachée aux Hospices Civils de Lyon
Odile Damour, responsable du laboratoire des substituts cutanés à l'hôpital Edouard Herriot
Eric Vignon, chef du service de rhumatologie du CH Lyon-Sud
Bernard Moyen, chef du service d'orthopédie du CH Lyon-Sud
Odile Gelpi, Directeur de la délégation à la Recherche
François Gueyffier, médecin de la Cellule d'Investigation Clinique des HCL

Pour plus d'information : Madame le Docteur Piperno 04 78 86 12 18

1^{ère} en Europe: prélèvement rénal en chirurgie vidéo-assistée par robot

CHU de Nancy

Fin février 2002, un prélèvement de rein a été réalisé pour la première fois en Europe par cœliochirurgie assistée par robot. Le robot récemment acquis par le CHU de Nancy permet d'ouvrir de nouvelles possibilités en cœliochirurgie.

Le rein gauche a été prélevé chez une femme et greffé dans les heures qui suivent à son frère insuffisant rénal. L'intervention fut réalisée par le Professeur Jacques Hubert chirurgien urologue, qui espère que cette nouvelle technique pourrait favoriser la greffe entre donneurs vivants, en réduisant la morbidité du geste pour le donneur.

Le robot grâce à la vision tri-dimensionnelle qu'il fournit et à la démultiplication des mouvements, permet une dissection précise. Le rein a été retiré de l'abdomen par une petite incision sus-pubienne, dans une zone où la cicatrice est moins douloureuse et n'entraîne pas de conséquences esthétiques. La patiente a quitté l'hôpital au 6^{ème} jour post-opératoire et a repris immédiatement l'essentiel de ses activités à domicile. Le receveur de son côté, a eu une reprise post-opératoire immédiate de la diurèse et a quitté l'hôpital après un peu plus de deux semaines.

Un programme de recherche pour évaluer l'intérêt de cette nouvelle technique

Les équipes chirurgicales sont toutes enthousiasmées par l'avenir de la chirurgie vidéo-assistée par robot. Un gros travail d'évaluation scientifique reste encore à faire, lorsque le nombre de patients traités aura sensiblement augmenté. Aujourd'hui, confie le Pr Laurent Bresler, chirurgien digestif autre utilisateur du robot, « nous sommes loin d'avoir imaginé tous les futurs usages d'une telle technique ! » Seule ombre au tableau, les coûts de l'appareil et de ses consommables, qui freinent les ardeurs des chirurgiens. En réévaluant ces coûts en regard des bénéfices apportés au patients, le programme PHRC (programme hospitalier de recherche clinique) permettra aussi d'avoir des données nouvelles sur ce sujet.

Quelques chiffres

- Robot : 8MF
- Salle d'opération dédiée : 1,5 MF
- Maintenance : 900 KF par an
- Surcoûts de consommables : 1,5 MF par an.

Premier cas de remplacement d'une valve cardiaque par voie non chirurgicale

CHU de Rouen

Le CHU de Rouen annonce la réalisation du premier cas mondial de mise en place d'une valve cardiaque artificielle par voie non chirurgicale pour le traitement d'un rétrécissement aortique en phase terminale. Le geste thérapeutique a été réalisé le 16 Avril par le Professeur Alain Cribier, Chef du Service de Cardiologie de l'Hôpital Charles Nicolle, et son équipe.

Le rétrécissement aortique (rétrécissement de la valve aortique par fibrose et dépôts de calcaire) est une maladie très fréquente, la deuxième affection cardiaque de l'adulte après les maladies coronariennes. Elle touche principalement les sujets de plus de 60 ans et son incidence croît avec l'âge. Le rétrécissement aortique est la maladie cardiaque la plus fréquente au delà de 80 ans. Elle entraîne des troubles sévères, douleurs d'angine de poitrine, essoufflement progressivement croissant, syncopes, mort subite, ou évolution vers un état de grande insuffisance cardiaque. Le traitement idéal consiste à remplacer chirurgicalement la valve malade par une valve artificielle, ce qui nécessite une opération à cœur ouvert. Les résultats de cette chirurgie qui concerne 300 000 patients chaque année dans le monde sont en règle générale excellents. Néanmoins, de nombreux malades atteints de cette affection ne sont pas opérés, soit que leur état ne le permette pas, soient qu'ils refusent la chirurgie, ce qui est notamment fréquent chez les sujets âgés.

L'équipe de cardiologie du CHU de Rouen avait été la première à développer dans les années 85 un autre moyen de traitement consistant à dilater la valve rétrécie au moyen d'un cathéter à ballonnet. En raison des résultats modestes et peu durables de cette technique, elle est actuellement réservée aux patients non opérables, ou utilisée pour obtenir une amélioration temporaire permettant ultérieurement de recourir à la chirurgie cardiaque.

La possibilité de mettre en place une valve artificielle de façon non chirurgicale apporterait à tous les patients pour lesquels la chirurgie est contre-indiquée ou à haut risque, une solution thérapeutique idéale.

L'équipe de Rouen a débuté les premiers travaux de recherche sur ce sujet dans les années 90, travaux qui ont abouti à la conception d'un modèle de valve artificielle original pouvant être implantée par cathétérisme cardiaque. Il s'agit d'une valve faite de péricarde, attachée à l'intérieur d'un grillage métallique (ou stent), et comprimée à la surface d'un ballonnet gonflable. Après gonflage du ballonnet, le stent expansif est largué à l'endroit souhaité et sa force radiale lui permet de tenir en place sans risque de migration. La valve placée à l'intérieur du

... i n n o v a t i o n

stent se comporte alors comme une valve normale, assurant le passage du sang dans une seule direction. Les premiers essais ont pu être réalisés chez l'animal en août 2000. Les résultats très encourageants obtenus permettaient de prévoir les premières implantations chez l'homme vers la fin du mois de mai 2002.

En réalité, la présence dans le service de cardiologie du CHU de Rouen d'un patient de 57 ans atteint d'un rétrécissement aortique arrivé à un stade terminal a fait hâter la décision. Le patient dont la contractilité cardiaque était effondrée, a été transféré à Rouen du CHU de Lille pour tentative de dilatation aortique traditionnelle, dernier espoir d'amélioration. Plusieurs chirurgiens avaient déjà refusé l'opération compte tenu de la gravité de son état clinique et de l'existence d'autres affections associées. L'abstention chirurgicale a été confirmée par l'équipe de chirurgie cardiaque du CHU de Rouen. Une dilatation aortique percutanée difficile a pu être réalisée le 10 Avril, mais après une amélioration transitoire, les résultats sont restés insuffisants. Le pronostic désastreux à très court terme ne laissait comme unique recours qu'une tentative de mise en place d'une valve artificielle percutanée. Le patient et sa famille ont accepté cette solution de dernière chance.

La technique a pu être réalisée sans aucune difficulté, sans anesthésie générale et sous simple sédation. Elle a duré environ deux heures. La valve artificielle a pu être parfaitement placée en regard de la valve malade. Les résultats ont été immédiatement évalués par angiographies et échocardiographie trans-thoracique et trans-œsophagienne. Ils ont confirmé l'excellente fonction valvulaire obtenue.

L'amélioration du patient a été spectaculaire, dès la fin de l'examen, avec retour d'une pression artérielle normale alors qu'elle était effondrée. A la 24^{ème} heure, l'état de conscience est parfait. De nombreux signes cliniques témoignent de l'amélioration importante et inespérée de la circulation sanguine. Des échocardiogrammes répétés montrent la stabilité des résultats obtenus. Le pronostic de ce patient ne pourra toutefois être établi que dans quelques jours, l'espoir étant de parvenir à une amélioration suffisante pour qu'il puisse être confié secondairement aux chirurgiens.

Le succès de cette première implantation ouvre une voie chargée d'espoir pour de nombreux patients atteints de cette mala-

die redoutable et pour lesquels aucun traitement satisfaisant n'existe à ce jour. Elle a en outre l'avantage potentiel d'être techniquement simple, et de ne pas nécessiter d'anesthésie générale ou d'hospitalisation prolongée. La place définitive de cette technique dans l'arsenal thérapeutique des cardiologues ne pourra être déterminée qu'ultérieurement, mais il est déjà probable qu'elle puisse concerner dans un proche avenir de nombreux malades considérés comme inopérables.

Une consultation unique en France : le pseudoxanthome élastique

CHR d'Orléans

Le pseudoxanthome élastique (PXE) est une maladie génétique rare. Sa fréquence est estimée à un sujet atteint sur 25 000 dans la population générale.

Les patients atteints, hommes et femmes, présentent des calcifications microscopiques des tissus contenant des fibres élastiques : la peau, l'œil et les artères. Les lésions cutanées se manifestent par des petites élevures jaunâtres inesthétiques du cou et des plis. Les lésions ophtalmologiques associent des déchirures d'une membrane située en avant de la rétine et des hémorragies intra-oculaires, et sont fréquemment responsables d'une cécité. Enfin, les lésions artérielles entraînent une athérosclérose précoce (parfois dès l'enfance) avec angine de poitrine, artérite des membres inférieurs, accidents vasculaires cérébraux.

Le PXE est une maladie orpheline. Le CHR d'Orléans s'est doté d'une consultation multidisciplinaire spécialisée dans la prise en charge des patients porteurs d'un PXE.

Cette consultation, unique en France, est coordonnée par le Dr Ludovic Martin (service de Dermatologie).

Elle associe un ou plusieurs médecins de chacune des spécialités potentiellement impliquées dans la prise en charge du PXE : anatomo-pathologie, biologie, cardiologie, chirurgie

plastique, chirurgie vasculaire, dermatologie, gastro-entérologie, génétique, gynécologie-obstétrique, neurologie, ophtalmologie et pédiatrie. La prise en charge médicale et le suivi de patients provenant de diverses régions françaises ont commencé au printemps 2001.

La consultation PXE collabore avec le laboratoire de génétique moléculaire du CHU de Toulouse, et avec l'association de malades PXE France qui tiendra sa prochaine assemblée générale à Orléans le 27 avril 2002.

Des travaux de recherche fondamentale sur le PXE vont être développés avec une équipe CNRS du campus de La Source.

Stérilisation par voie hystéroscopique, une première nationale

CHU de Nantes

Le Professeur Patrice Lopes, Chef de service Gynécologie et Médecine de la Reproduction a effectué, le 18 février 2002, pour la première fois en France, une stérilisation par voie hystéroscopique.

Cette intervention s'inscrit dans le cadre d'une étude menée en France en collaboration avec le laboratoire américain Conceptus.

L'enjeu majeur de cette nouvelle technique opératoire est de réaliser les stérilisations féminines sans anesthésie générale, alors qu'aujourd'hui, elles nécessitent une hospitalisation de 48 heures.

Le nouveau mode d'intervention doit permettre à terme une intervention en chirurgie ambulatoire.

Les patientes souhaitant une stérilisation bénéficieraient ainsi d'un gain réel de confort.

Depuis le 7 juillet 2001 la loi permet la stérilisation à visée contraceptive pour les personnes majeures. L'évaluation de nouvelles techniques de stérilisation s'inscrit dans l'évolution de la législation.

Le PixEyes : Un simulateur informatique pour observer, apprendre et traiter l'œil

Hospices civils de Lyon

Le PixEyes est un simulateur informatique qui permet de répondre efficacement aux problèmes de formation de l'examen ophtalmologique complet et de la photocoagulation rétinienne au laser.

Cet appareil est, depuis quelques semaines, installé au pavillon C de l'Hôpital Edouard Herriot où de nombreux enseignements théoriques et dirigés y sont donnés.

Il comprend un poste de travail, un biomicroscope et une lampe à fente virtuelle, un mannequin instrumenté, avec un écran de contrôle et des logiciels adaptés aux différentes applications informatiques.

Le simulateur ophtalmologique permet également la manipulation réaliste du verre de contact (souvent nécessaire à l'examen de la rétine), la simulation de tous les réglages du laser et de plusieurs interventions laser et donne lieu à un contrôle externe sur écran vidéo, ce qui autorise une surveillance de la simulation informatique. Un effort important a été fait pour donner un aspect « réel » aux images du simulateur, et le mannequin virtuel détourne même son regard si la lumière projetée est trop forte !

Le simulateur ophtalmologique constitue un véritable complément de la formation traditionnelle en ophtalmologie, et s'insère dans plusieurs types de programmes pédagogiques destinés aux étudiants, internes en médecine et aux ophtalmologistes en formation. Lyon est une des premières facultés de médecine à être équipée de cet appareil moderne et innovant.

Il leur offre la possibilité d'apprendre les techniques d'examen ophtalmologique et de débiter, sans risque, la chirurgie ophtalmologique pratiquée au laser (glaucome, rétinopathie diabétique ou vasculaire). L'enseignant peut surveiller régulièrement l'apprentissage de son élève et lui donner les conseils adéquats afin d'améliorer son geste chirurgical. Lorsqu'il maîtrise suffisamment son geste, l'élève peut le pratiquer avec plus de sérénité. Sans stress pour lui, mais aussi sans stress pour le patient...

L'apport des simulateurs médicaux

Jusqu'à présent, l'apprentissage de l'examen ophtalmologique et de la chirurgie oculaire se faisait classiquement par la pratique directe sur les patients ou, plus rarement, sur des modèles animaux. Ce principe de formation est actuellement confronté aux évolutions culturelles de notre société. Il est difficile de justifier l'utilisation de modèles animaux pour l'enseignement et les patients acceptent de moins en moins d'être opérés par des praticiens en formation.

Le développement de simulateurs médicaux, dont la mise au point dérive des progrès faits dans l'enseignement aéronau-

tique, place l'élève dans des conditions proches de la réalité clinique et lui permet :

- de simuler les conséquences d'un geste sans mettre en jeu l'intégrité du patient,
- de proposer des situations pathologiques diverses grâce à une banque d'images,
- d'augmenter le nombre d'interventions pratiquées par un étudiant lors de sa formation,
- de réduire le coût et le temps de sa formation.

Comment examine-t-on vos yeux ?

L'examen ophtalmologique est réalisé grâce à une lampe à fente, une sorte de microscope qui émet un faisceau lumineux, pour observer l'intérieur de vos yeux. Base de tout examen ophtalmologique, la lampe à fente permet d'observer avec un grossissement suffisant la partie antérieure de l'œil (paupières, cornée, cristallin) et sa partie postérieure (rétine et vitré) grâce à l'interposition d'une lentille de contact munie de trois miroirs.

L'ophtalmologiste mesure aussi la pression oculaire en appliquant un instrument en plastique à la surface de l'œil temporairement anesthésié par une goutte de collyre. La pression oculaire peut également être mesurée sans contact direct avec l'œil grâce à l'utilisation d'un tonomètre à air pulsé. Enfin, le fond d'œil complète l'examen, ce qui permet une analyse soignée du nerf optique et de la rétine. Il est souvent nécessaire de dilater les pupilles pour mieux voir le fond d'œil, ce qui provoque une vision brouillée pendant plusieurs heures.

L'examen ophtalmologique

L'examen ophtalmologique permet le diagnostic de toutes les affections oculaires : cataracte, glaucome, maladies de la cornée. Ces maladies oculaires sont fréquentes et peuvent être guéries ou stabilisées à condition qu'un examen ophtalmologique soigneux les dépiste suffisamment tôt.

Le fond d'œil rend accessible plusieurs structures qui peuvent être traitées par photocoagulation au laser : trabéculum dans le traitement des glaucomes, rétine dans la prévention et le traitement des décollements de rétine ainsi que de plusieurs rétinopathies congénitales ou acquises (diabète, occlusions vasculaires rétinienne, drépanocytose, mélanomes malins de la choroïde).

Pr. Philippe DENIS - Service d'Ophtalmologie (Pavillon C)
Hôpital Edouard Herriot, Lyon

Télémédecine : Acquisition d'un pont en juin 2002

CHU de Clermont-Ferrand

Depuis le mois d'octobre 2000, le Réseau de Soins Périnataux d'Auvergne organise entre les différents centres hospitaliers des visioconférences hebdomadaires nommées téléstaffs. Cet outil est partie intégrante du projet régional de télémédecine.

Le Réseau de Soins Périnataux d'Auvergne a organisé près de 30 téléstaffs pour la période du 1^{er} juin 2001 au 31 mars 2002 et ce dans le cadre du projet régional ATHOS (Auvergne Télémédecine HOSPitalière).

Cette activité représente 251 dossiers présentés par le CHU et 82 dossiers soumis pour avis par les établissements partenaires du projet ATHOS soit un total de 333 dossiers ce qui représente une moyenne de 11 dossiers par séance.

Sur 16 maternités, 14 ont une installation permettant de participer aux téléstaffs régionaux et chaque réunion hebdomadaire regroupe en moyenne 8 établissements.

Les 82 dossiers soumis par des maternités de niveau I et II ont donné lieu à 66 décisions de transfert de futures mamans dans le secteur de grossesse à haut risque de la maternité de l'Hôtel-Dieu.

Pour prendre sa pleine autonomie, le projet ATHOS prévoit l'acquisition d'un pont 16 ports pour la région Auvergne. L'appel d'offre est en cours en vue d'une installation d'équipement en juin 2002 et une utilisation en routine à partir du mois de septembre. Les hôpitaux disposent d'un matériel de visioconférence binorme (H320/Numéris et H323/IP) qui correspondra à l'évolution future du système et notamment à la connexion des établissements du projet ATHOS sur le Réseau Régional Haut Débit en cours de déploiement à l'initiative du Conseil Régional.

La vidéotransmission d'interventions chirurgicales : un outil pédagogique innovant et efficace

CHU de Reims

La vidéotransmission appliquée à la chirurgie endovasculaire

Au CHU de Reims, la chirurgie endovasculaire représente 40% de la chirurgie artérielle.

Cette technique permet de traiter de nombreuses lésions telles que les anévrismes de l'aorte, les artères rénales, viscérales, les rétrécissements de la bifurcation carotidienne -une application en cours d'évaluation dans le service de chirurgie vasculaire et angiologique du CHU de Reims (reconnu comme le pionnier en ce domaine au niveau national).

Pour le patient fragile ou âgé, la chirurgie endovasculaire comporte moins de risque qu'une chirurgie conventionnelle. D'autre part, « l'incision percutanée étant très limitée, la personne opérée ne ressent quasiment pas de douleurs post-opératoires. Elle reprend rapidement ses activités » explique le Pr Clément, chef du service. Cette intervention est même envisagée en ambulatoire.

Apprendre les gestes dans le cadre du Diplôme Universitaire (DU) de chirurgie endovasculaire

La pratique de cette technique nécessite une grande maîtrise professionnelle. La manipulation du matériel, les actes à effectuer, les gestes pratiques doivent être bien assimilés. La démonstration est essentielle et la vidéo apporte un accompagnement visuel pédagogique de premier plan.

Une pédagogie fondée sur la vision en temps réel d'une intervention et sur l'interactivité

Les interventions sont retransmises depuis le bloc opératoire vers une salle de cours adjacente. 25 à 30

étudiants et praticiens suivent l'intervention et peuvent à tout moment poser des questions au chirurgien qui est équipé d'une oreillette et d'un micro. Les vidéos peuvent également être retransmises et commentées aux élèves qui sont également informés des contrôles échographiques réalisés par les angiologues après les opérations de la veille pour vérifier la réussite des interventions.

Au dire du Dr Sébastien Causse, praticien hospitalier, un ancien élève devenu chirurgien et enseignant, cet enseignement est très efficace, il pourrait être adapté à d'autres chirurgies et même se faire à distance.

Un projet est à l'étude pour retransmettre les interventions à l'Institut Régional de Formation du CHU de Reims et plus tard, vers des sites extérieurs nationaux et internationaux.

« La vidéotransmission nécessite une parfaite entente entre le chirurgien qui opère tout en expliquant l'intervention et le cameraman qui doit filmer, au dessus de l'épaule du praticien, l'ensemble du champ opératoire jusqu'aux détails techniques, permettant aux participants du séminaire de suivre chacun des gestes. L'image transmise par l'appareil de scopie sur un second écran prend ensuite le relais pour montrer ce qui se passe à l'intérieur du corps : progression d'une sonde, d'une injection... » commente Denis Germain, cadreur camera.

Ouverture d'un Institut Mère-Enfant Alix de Champagne

CHU de Reims

Le CHU de Reims a ouvert, mardi 16 avril 2002, l'Institut mère-enfant « Alix de Champagne ». Situé au cœur du site hospitalo-universitaire, l'Institut regroupe les services de gynécologie obstétrique et de pédiatrie B et une consultation de génétique. Une symbiose fonctionnelle qui respecte le lien mère-enfant et facilite la communication entre obstétriciens, pédiatres et généticiens.

Le service de gynécologie obstétrique assure la surveillance de la grossesse et la gynécologie classique ainsi que des consultations spécialisées comme le diagnostic anténatal, le dépistage des affections du col utérin, la rééducation post-natale, la prise en charge des difficultés sexuelles ou la procréation médicalement assistée.

La maternité, classée de niveau III reçoit les grossesses en difficulté dès le 6ème mois et les bébés nécessitant des soins intensifs.

Préparation à l'accouchement : la sécurité mais aussi le confort

La future maman peut choisir entre la méthode classique, la sophrologie ou la piscine. Elle peut également se détendre avant l'accouchement dans une baignoire de relaxation installée dans l'une des salles de pré-travail.

Quant aux chambres, la plupart sont individuelles, toutes sont équipées d'un cabinet de toilette et d'un box bébé.

Des espaces de détente, de jeux, des patios et des terrasses égayent les différentes parties des bâtiments.

Nouveauté : dans les 4 nouvelles chambres kangourou, l'enfant peut bénéficier des soins et sa maman pourra continuer à se reposer car le personnel peut entrer directement dans le box du bébé sans passer par la chambre principale.

Une équipe de sages-femmes anime la préparation à la naissance.

1.409 naissances en 1999

2.300 échographies en 2000

L'équipe de gynécologie obstétrique se compose de médecins spécialisés en obstétrique, de pédiatres, de cadres sages-femmes, et de sages-femmes, de puéricultrices, d'anesthésistes, de psychologue, d'auxiliaire de puériculture et d'assistante sociale.

Le service de pédiatrie de l'Institut regroupe l'unité de réanimation néonatale et pédiatrique, la néonatalogie et la cardiologie pédiatrique.

La réanimation néonatale traite les grands prématurés, les prématurés, les maladies graves du nouveau-né et prend en charge médicalement et chirurgicalement les malformations.

En 2000, le service de réanimation est intervenu 600 fois en salle de travail.

Un pédiatre réanimateur est présent en permanence dans l'Institut.

Des consultations pédiatriques spécialisées sont dispensées : cardiologie pédiatrique, neurologie néonatale, pneumologie, maladies du métabolisme et maladies infectieuses et dans le suivi de la prématurité.

Favoriser la présence de la famille

Des salons sont mis à disposition pour réunir la famille autour de l'enfant ou pour l'allaitement. Les mamans peuvent en plus bénéficier de l'enseignement des pratiques de soins des bébés.

2 chambres en réanimation peuvent accueillir les parents

2 chambres en néonatalogie permettent à la maman de rester auprès de son enfant

Prévention

Axé sur la prévention, le service effectue systématiquement le dépistage de la surdité chez tous les nouveau-nés et le dépistage de la rétinopathie chez le prématuré. Des équipements de très haute performance permettent aussi la surveillance et l'exploration cérébrale, cardiaque, abdominale.

L'équipe de pédiatrie comprend des médecins pédiatres, neurologues, pneumologues et cardiologues, spécialisés en néonatalogie et en réanimation infantile, des cadres infirmiers, des infirmières anesthésistes, des infirmières, un psychologue, une diététicienne, des kinésithérapeutes, des puéricultrices, une assistante sociale, des auxiliaires de puériculture et une psychomotricienne.

Capacité du service : 44 lits, 18 de réanimation en néonatalogie, 6 de réanimation pédiatrique, 11 lits de soins intensifs en néonatalogie, 3 en cardio-pédiatrie et 6 en néonatalogie.

La consultation de génétique

Une équipe de médecins spécialisés en génétique médicale et un psychologue accueillent les adultes et enfants souffrant de maladies génétiques (notamment l'oncogénétique) et chromosomiques, la dysmorphologie. L'équipe effectue le diagnostic de ces maladies et notamment le diagnostic prénatal. La prise en charge multidisciplinaire associe pédiatres, généticiens, biologistes et obstétriciens.

Située au rez-de-chaussée de l'Institut, la consultation de génétique est également un lieu d'information des patients sur les maladies génétiques, leur évolution, la prévention et les risques familiaux.

L'Institut Mère-Enfant Alix de Champagne en chiffres

- Durée des travaux deux ans et demi
- Surface 11 000m²
- Coût : 16,77 millions d'€, 16 millions financés sur les fonds propres du CHU et 770 000 euros financés par le Comité américain.

Plus de 20 ans d'expérience et plus de 1000 greffes rénales

CHU de Saint-Etienne

A ce jour, l'équipe médico-chirurgicale de transplantation du CHU de Saint-Etienne a réalisé plus de 1000 greffes de reins avec des résultats sans cesse en amélioration, permettant aux insuffisants rénaux chroniques une meilleure qualité de vie et une réhabilitation socio-professionnelle.

Il y a 24 ans, le 19 mars 1979 exactement, avait lieu la 1^{ère} greffe de rein réalisée au CHU de Saint-Etienne. Le receveur était une patiente de Roanne traitée par dialyse chronique. Depuis, cette dame a eu deux enfants et a pu mener une vie familiale et sociale normale avec des contraintes réduites. Aujourd'hui cette greffe fonctionne encore.

Ce programme de greffe a été initié par le service de néphrologie créé en 1978 par le Pr François Berthou, qui en est le chef de service.

La transplantation rénale est préconisée comme traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale, en complémentarité de la dialyse chronique. La réussite du programme repose sur la participation et la collaboration étroite des équipes de plusieurs services*.

Un colloque les a réunies le 19 mars dernier, au centre de congrès Fauriel, pour célébrer la millième greffe de reins réalisée au CHU.

Les résultats sont particulièrement encourageants : la mortalité est divisée par deux par rapport à celle de la dialyse chronique. Le gain de survie est de 7 à 10 ans.

Un plus grand nombre de patients peut également être transplanté, la limite d'âge étant passée de 55 à 70 ans.

Les résultats fonctionnels sont les suivants : 90% des reins greffés fonctionnent à plus d'un an, 75% à plus de cinq ans et 60% à plus de dix ans.

Le point noir de la transplantation reste bien sûr la pénurie d'organes. Cependant, la majorité des patients dialysés de la région stéphanoise a pu bénéficier d'une greffe rénale, ce qui correspond à 370 personnes.

* Le service de chirurgie cardio-vasculaire, dirigé par le Pr Xavier Barral, responsable de l'équipe chirurgicale - le service d'urologie, dirigé par le Pr Jacques Tostain - le département d'anesthésie-réanimation, dirigé par le Pr Christian Auboyer, responsable de l'unité de prélèvements - la Coopération hospitalière de prélèvements - le laboratoire d'histocompatibilité de l'Etablissement Français du Sang d'Auvergne-Loire, dirigé par le Dr Jean-Claude Le Petit.

Prise en charge de l'épilepsie : une unité exemplaire

Assistance Publique-Marseille

L'épidémiologie de l'épilepsie est mal connue du public. La prévalence de l'épilepsie indique qu'il y a en France environ 500 000 épileptiques, dont 120 000 présentent une pharmacorésistance plus ou moins complète.

30 à 50.000 d'entre eux sont des candidats potentiels aux traitements chirurgicaux. Or, du fait de l'insuffisance des moyens mis en œuvre, à peine 300 sont opérés chaque année.

L'Unité d'Epileptologie de la Timone accueille les patients épileptiques qui posent des problèmes diagnostiques et thérapeutiques.

Elle offre des moyens diagnostiques exceptionnels, et donne accès à des solutions thérapeutiques, en particulier chirurgicales, là où les chimiothérapies usuelles ont échoué. C'est pourquoi elle est essentiellement destinée à la prise en charge des épilepsies pharmacorésistantes.

Seules quelques Unités en Europe peuvent prétendre offrir toute la gamme des explorations diagnostiques et des stratégies thérapeutiques. En effet, trois conditions de base doivent en effet être remplies :

- la coopération sur le même site de compétences médicales et chirurgicales multidisciplinaires, dans le domaine des neurosciences cliniques et de l'imagerie fonctionnelle cérébrale ;
- un accès immédiat à des équipements lourds d'imagerie anatomique et fonctionnelle au quotidien ;
- un environnement scientifique en neurosciences fondamentales (en particulier cognitives) de haut niveau.

L'Hôpital Universitaire de la Timone réunit aujourd'hui tous ces atouts.

C'est pourquoi l'équipe INSERM du professeur Patrick CHAUVEL a entrepris de se délocaliser pour mettre en place à Marseille une Unité d'Epileptologie, en s'associant aux neurochirurgiens, neurologues, neuroradiologues et cher-

cheurs en neurosciences locaux. Un laboratoire de Neurophysiologie et Neuropsychologie était créé à la Faculté de Médecine et à l'Hôpital par fusion avec l'équipe de Michel PONCET.

En 1997 l'INSERM évaluait favorablement ce projet intitulé « Epilepsies, lésions cérébrales, et systèmes neuronaux de la Cognition » en créant une Equipe Propre, qui est devenue depuis 2000 une Equipe Mixte INSERM-Université (EMI-U 9926).

Au niveau hospitalier, l'Unité d'Epileptologie est intégrée dans le Service de Neurophysiologie Clinique de la Timone, dirigé par Patrick CHAUVEL, et collabore avec le Service de Neurochirurgie Fonctionnelle et Stéréotaxie, dirigé par le Pr Jean-Claude PERAGUT et le service de Neurochirurgie dirigé par le Pr GRISOLI.

Du fait de son statut, et de l'importance des investissements (environ 7,5 MF, soit 1 143 368 euros dont 1 MF, soit 152 450 euros, financé par le Conseil Général), cette Unité reçoit des patients de tout le territoire national, mais aussi de l'étranger. Un certain nombre d'épilepsies particulièrement difficiles à explorer et à traiter (toutes les épilepsies qui se situent en dehors du lobe temporal) ne peuvent pratiquement être prises en charge que par cette Unité.

L'inauguration de cette unité s'est déroulée le vendredi 22 Février 2002 en présence de Christian BRECHOT, Directeur Général de l'INSERM, et de Jean-Noël GUERINI, Président du Conseil Général, Sénateur des Bouches-du-Rhône.

Cancers de l'œsophage : la technique opératoire japonaise adoptée à Brest*

CHU de Brest

Le Finistère est le département le plus touché par les cancers de l'œsophage avec 30 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants, soit près du double de l'incidence nationale.

Le Pr Patrick Lozac'h, Président de l'Unité de Recherche et d'Etude des Maladies de l'œsophage, convaincu de la responsabilité des nitrates dans les cancers de l'œsophage souhaite la construction d'usines de traitement de lisiers afin de supprimer les épandages de lisier porcin.

Les risques sanitaires liés aux nitrates

« Si aucune étude sur l'homme ne prouve la responsabilité des nitrates dans le survenue des cancers de l'œsophage, en revanche, une centaine confirme ce lien chez les animaux. », explique le Pr Lozac'h. Ce cancer est également très fréquent au Chili qui utilise beaucoup d'engrais azotés, ou au Japon où les consommations d'aliments fumés ou conservés par le sel sont importantes. »

Apprendre au Japon la maîtrise d'une technique efficace

Au Japon, les chirurgiens ont mis au point une technique opératoire invasive qui consiste à ôter tous les ganglions en liaison avec la tumeur. Le Pr Lozac'h a adopté cette méthode qui permet de gagner 10% de survie et qui assure la guérison de 45% des patients opérés. Or cette nouvelle technique comporte un certain nombre de risques, il est donc essentiel de bien la maîtriser. C'est pourquoi le Pr Lozac'h souhaite que les chirurgiens aillent se former au Japon. Pour financer leur « stage », il fait appel au mécénat.

* D'après un article publié dans le Télégramme de Brest du 06/03/02

Favoriser la marche des enfants handicapés

CHU de Saint-Etienne

En 2002, l'association AIRE* (Aide à la Recherche médicale de proximité) a retenu le projet médical du Pr. Jérôme Cottalorda**.

Un projet médical qui concerne à la fois les enfants et le handicap

Ce projet va aider l'enfant infirme moteur cérébral (IMC) qui marche souvent sur la pointe des pieds. Cette marche particulière le rend moins stable, le fatigue très rapidement et leur demande beaucoup plus d'énergie que la marche normale. Ce projet s'intègre au travail de l'équipe d'accueil de physiologie et physiopathologie de l'exercice et du handicap dirigé par le Pr. André Geysant. Il intervient après un diplôme d'étude approfondi réalisé par le Dr Sophie Bourelle qui a mis au point un protocole d'analyse de la marche chez l'enfant infirme moteur cérébral.

Pour financer l'achat de matériel d'analyse de la marche, l'association AIRE organise des manifestations afin de récolter les fonds nécessaires au financement de ce nouvel équipement.

La consultation pluridisciplinaire du handicap*** reçoit chaque année 200 jeunes enfants. Parmi eux, beaucoup de prématurés,

voire de grands prématurés souffrent lésions cérébrales irréversibles et ont des problèmes de motricité.

Les traitements possibles

Pour améliorer la marche des enfants IMC l'équipe peut poser des plâtres, proposer une rééducation ou effectuer des injections de toxine botulique (permettant de relâcher un muscle trop contracté). En dernier ressort, elle a recours à la chirurgie.

* Cette décision a été prise par le Président de l'association Monsieur Roger Onave et par son conseil d'administration

** Pr. Jérôme Cottalorda* exerce au CHU de Saint-Etienne depuis le 1^{er} mars 1993.

*** Toute une l'équipe est composée d'un chirurgien, d'un rééducateur fonctionnel : le Pr. V. Gautheron, et souvent d'un médecin de centre d'IMC : le Dr E. Charmet, et de kinésithérapeutes.

La chirurgie assistée par ordinateur

CHU de Fort-de-France

Depuis l'acquisition en 2001 d'un système de neuronavigation les patients devant subir une intervention chirurgicale intracérébrale ne sont plus transférés vers la métropole mais traités au CHU de Fort-de-France. Avec cet équipement, la Martinique gagne une plus grande autonomie sanitaire.

La chirurgie guidée par l'image : une sécurité optimale

Le système de neuronavigation permet un repérage dans l'espace du point anatomique que l'on veut atteindre avec une précision de l'ordre du millimètre. Cette cible a été au préalable repérée sur des images réalisées au scanner ou à l'IRM. A partir des différentes coupes, les logiciels de traitement d'image reconstruisent une représentation volumétrique en 3 dimensions de la tête du patient. Quelques minutes avant l'intervention chirurgicale, cette représentation tridimensionnelle le s'ajuste point par point au crâne du patient. Ainsi pendant l'opération, le praticien sera assisté et guidé par l'image tridimensionnelle.

« Il ne faut pas pour autant croire que le chirurgien est totalement asservi à l'ordinateur ; le système de neuronavigation est une aide technologique remarquable au service du chirurgien. Mais c'est toujours le chirurgien qui décide de la façon d'opérer et qui reste pleinement maître et responsable de son geste. » comment le Dr P. Vally.

Coût de l'équipement : 350.632 €

Création de la première banque de cornées des Départements d'Outre Mer

CHU de Pointe-à-Pitre

Depuis janvier 2002, les départements d'Outre Mer disposent d'une banque de cornée. Celle-ci est installée dans les locaux du CHU de Pointe-à-Pitre

Aboutissement de la mobilisation et de la détermination d'une équipe de médecins et d'infirmières, la banque de cornée constitue un premier pas important pour le développement de l'activité de greffes du CHU, priorité inscrite à son projet d'établissement.

Cette banque de cornées répond également à un besoin important de la population.

Du donneur au receveur, la banque assurera le contrôle et le maintien de la qualité du greffon, son anonymisation et sa distribution.

La banque est placée sous la responsabilité du Dr Le Houcq ou du Dr Ekindi

Quant à l'équipe de la coordination hospitalière chargée du prélèvement des organes ou tissus, elle est animée par un médecin référent de la banque de cornées : le Dr Daijardin

L'équipe travaille en étroite collaboration avec le Pr. David, chef de service en ophtalmologie.

Les missions de la banque de cornées⁽¹⁾

- assurer l'innocuité du prélèvement (biovigilance)
- assurer l'optimisation des greffons,
- vérifier et valider la bonne qualité
- assurer l'anonymisation du don
- assurer la traçabilité du don à la greffe
- assurer l'équité de la distribution

(1) arrêté du 29/12/98 relatif à la conservation, la transformation, le transport et la distribution des tissus d'origine humaine à visée thérapeutique.

Les hématomes sous-duraux du nourrisson ou le syndrome du bébé secoué

CHRU de Lille

Alerté par le nombre croissant d'enfants accueillis présentant un hématome sous-dural, le Pr. Patrick Dhellemmes, neurochirurgien pédiatrique à l'hôpital Roger Salengro, a constitué en 1998 une cellule d'évaluation pluridisciplinaire autour des enfants victimes de maltraitances. Elle associe un neurochirurgien, un pédiatre, une assistante sociale et un médecin légiste*.

Pour chaque admission d'enfant ou de nourrisson victime d'un traumatisme crânien, la cellule se réunit afin d'étudier la situation de l'enfant et de décider de l'opportunité d'un signalement aux autorités judiciaires ou administratives.

Une prise en charge standardisée plébiscitée par les autres services

En 2001, cette démarche a été adoptée par quatre pôles et services. Ainsi, les pôles de réanimation pédiatrique du Pr. Leclerc et de neurochirurgie pédiatrique du CHRU de Lille, seules unités spécialisées pour la région Nord-Pas-de-Calais qui accueillent enfants et nourrissons victimes de traumatismes crâniens sévères, ont souhaité harmoniser leur prise en charge. Ce partenariat s'est étendu aux services d'ophtalmologie et de neuroradiologie.

En 2001, une cinquantaine de jeunes enfants admis pour traumatisme crânien ont été suivis par ces médecins. 7 sont malheureusement décédés.

« Bien que le syndrome du bébé secoué soit ancien et en augmentation constante, la création et le fonctionnement des structures pluridisciplinaires dépendent d'initiatives individuelles.

De plus, aucun accompagnement psychologique n'a été envisagé au niveau national ni pour les parents d'enfants maltraités ni pour le personnel qui les prend en charge. » déplorent les membres de la cellule d'évaluation pluridisciplinaire.

Une étude qui montre les lacunes du système

En partenariat avec ces services, le Dr Nathalie Noule**, médecin légiste, a étudié 38 cas d'enfants âgés de moins de deux ans hospitalisés entre 97 et 2000 pour un hématome sous-dural.

Elle a démontré que 97% d'entre eux pouvaient être attribués à des mauvais traitements. Dans 33 cas, les parents n'ont fourni aucune explication.

Le plus surprenant est que, malgré la sévérité des lésions, seuls 17 enfants ont fait l'objet d'un placement judiciaire et dans 17 cas seulement, des poursuites pénales ont été engagées envers les auteurs présumés.

L'enfant maltraité est dans la majorité des cas le premier enfant du couple et une victime sur trois est issue d'un milieu favorisé.

Protéger les jeunes enfants : le devoir du médecin

Lorsqu'un enfant de moins de deux ans est admis à l'hôpital avec un traumatisme crânien et que les parents ne sont pas en mesure d'expliquer l'origine de ses blessures, le médecin a le devoir de signaler aux autorités judiciaires ce cas afin de protéger l'enfant.

* Cette structure s'inspire du groupe pluridisciplinaire instauré à l'Hôpital Necker à Paris, pionnier dans ce domaine.

** Nathalie Noule a reçu le 15 octobre 2001 le prix de la Fondation pour l'enfance pour son mémoire intitulé « les hématomes sous-duraux du nourrisson et de l'enfant de moins de deux ans.

Douleur : Constitution d'un réseau de soins PACA OUEST

Assistance Publique-Marseille

La prise en charge de la douleur est aujourd'hui indissociable du processus de soins. Un cadre législatif précis organise la lutte contre la douleur : « Les établissements de santé sont tenus de prendre en charge la douleur du patient qu'ils accueillent » (Loi n° 95-116 du 4 février 1995 DDOS). De plus, l'une des perspectives essentielles de la réforme de l'hospitalisation publique et privée, née de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, est de promouvoir une meilleure complémentarité entre les acteurs de santé. La constitution de réseaux de soins figure parmi ces dispositifs d'offres de soins à caractère conventionnel.

Pour être efficace, la prise en charge de la douleur doit intéresser tous les acteurs de santé, elle exige une culture commune.

Afin de répondre concrètement à cette préoccupation majeure, l'AP-HM a mis en place des Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD) qui ont pour mission de susciter le développement de plans d'amélioration continue de la qualité de prise en charge de la douleur, et d'une « culture » anti-douleur.

Le regroupement des moyens et des compétences a permis la création et la mise en place d'un réseau de prise en charge de la douleur entre des établissements de santé des secteurs public et privé. A ce jour plus de 30 structures de soins (hôpitaux, cliniques, maisons de rééducation de Marseille, Gap, Manosque, Avignon, Toulon....) adhèrent à ce réseau.

Le réseau a pour vocation d'aider à la définition, la mise en œuvre et la promotion d'une politique d'évaluation et de prise en charge de la douleur, qu'elle qu'en soit la pathogénie, dans les établissements de santé de PACA OUEST.

Ses missions consistent en :

- l'organisation et la mise en place d'une réflexion sur la prise en charge de la douleur cancéreuse et non cancéreuse des patients, adultes et enfants, hospitalisés et de leur suivi,
- l'identification des différents acteurs (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, assistantes sociales...) et l'intégration de l'évaluation de la douleur et du traitement antalgique dans le dossier patient et compte rendu de sortie,
- l'homogénéisation des pratiques des acteurs du réseau,
- l'harmonisation de la formation des acteurs de santé, dans la prise en charge de la douleur,
- l'évaluation des pratiques.

La signature officielle de la convention constitutive de ce réseau a eu lieu le vendredi 19 avril 2002 à l'hôpital de la Conception en présence des représentants de l'ARH et de tous les établissements signataires.

Cette nouvelle approche contribue à mettre en place une organisation plus rationnelle de l'activité des professionnels de santé ainsi qu'une restructuration du tissu sanitaire, au bénéfice du patient.

Organisation, qualité et gestion du risque en anesthésie, au bloc opératoire et en réanimation

CHU de Nice

Le Pr Dominique Grimaud - chef de service du Département d'Anesthésie-Réanimation et Président de la Commission Médicale d'Établissement du CHU de Nice - analyse, statistiques à l'appui, l'évolution du risque anesthésique en France et propose des orientations stratégiques pour améliorer la qualité et la sécurité de l'anesthésie et de la réanimation.

Le risque anesthésique

Une enquête INSERM, réalisée en France en 1980 recensait 1 décès pour 20 000 anesthésies, risque augmenté à 1/8000 si on y rajoutait les comas post anesthésiques.

Ce risque, faible dans l'absolu, est bien plus élevé que les risques aéronautiques (1/8 millions de passagers) et industriel (chimique, nucléaire) de 1/1 million de personnes exposées, risques qui sont cependant bien plus perceptibles et spectaculaires car touchant chaque fois un grand nombre d'individus.

Le risque anesthésique est, de plus, entouré d'une connotation individuelle : la probabilité pour qu'un médecin anesthésiste exerçant pendant 30 ans soit impliqué dans un décès anesthésique est de 70%, toutes gravités de malades confondues. Les implications médico-légales sont potentiellement considérables.

Une autre enquête, réalisée en 1997 par l'INSERM et la Société Française d'Anesthésie (SFAR) a montré qu'en 20 ans, on était passé en France de 3 millions à 8 millions d'actes anesthésiques pratiqués par an et qu'aujourd'hui, même si beaucoup d'anesthésies concernent des gestes bénins, le risque est accru en raison du plus grand âge et de la plus grande gravité des patients.

Depuis près d'une dizaine d'années la SFAR et le Ministère, par le biais de recommandations, de circulaires, et de décrets ont pris des mesures très efficaces en faveur de la sécurité anesthésique.

Ces efforts sont à poursuivre : notre culture médicale est encore trop centrée sur les innovations, technologiques en particulier, et pas assez sur la sécurisation. De plus, on doit moins aujourd'hui réfléchir en terme de faute individuelle que de dysfonctionnements collectifs ou

... q u a l i t é

organisationnels : la plupart du temps les erreurs anesthésiques ne sont pas les causes mais les conséquences d'une mauvaise organisation ou de la mauvaise articulation d'une équipe.

Il y a aujourd'hui 3 niveaux d'amélioration possibles :

- l'organisation du travail
- la culture sécuritaire
- la gestion de la formation et de l'information

Comment diminuer le risque anesthésique ?

Tout d'abord par une meilleure organisation du travail et des sites opératoires (Pr J. Marty - Hôpital de Beaujon - Paris) : les contraintes démographiques (médecins anesthésistes et infirmières) et budgétaires nous l'imposent :

- formation des personnels qui, seule, peut améliorer leur potentiel de réponse à une situation critique au Bloc opératoire
- protocolisation des actes les plus courants
- planification des plages horaires opératoires et des programmes avec tous les acteurs concernés
- regroupement des sites et des moyens humains et techniques
- mise en place de Conseils de Bloc Opératoire veillant à l'observance de chartes de fonctionnement.

La diminution du risque anesthésique passe également par la mise en place de structures d'anesthésiovigilance intégrées dans la coordination générale des vigilances des établissements.

Il s'agit d'un système d'alerte continu qui recense les incidents et accidents, en analyse les causes, et fait adopter des mesures correctrices immédiates et préventives. En 18 mois, au CHU de Nice, une telle structure a recensé 340 alertes dont 70 % d'origine organisationnelle. Si aucune n'a entraîné d'incident grave pour le malade, la plupart ont pu être suivies de mesures correctrices immédiates ou secondaires, afin que l'incident ne se reproduise pas (circuits de secours électriques ou d'oxygène, standardisation des seringues, rigueur dans les plannings des personnels, amélioration du transport des produits sanguins...).

L'accréditation : l'amélioration de la qualité et de la sécurité de l'anesthésie et de la réanimation

L'accréditation des établissements de soins publics et privés est une démarche imposée par la loi et relayée par l'ANAES depuis 1996. A Nice, le CHU a été le deuxième en France à s'y soumettre et à l'obtenir avec recommandations. La Clinique St George l'a également obtenue avec beaucoup d'efficacité. Dans un cas comme dans l'autre, la période de préparation avec audits internes et démarche qualité/sécurité a été déterminante.

Les anesthésistes réanimateurs en raison de leur vision transversale et de leur moindre cloisonnement professionnel en ont été le plus souvent les principaux acteurs.

Malheureusement, qui dit situations à risques, pressions sécuritaires, coordination de réseaux multiprofessionnels, dit haut niveau de stress et métier à risques.

L'anesthésie réanimation, en situation de pénurie démographique actuelle, est une profession médicale à haut degré de pénibilité, encline aux addictions, où les suicides sont plus fréquents (les femmes, les jeunes), où la mortalité par maladies cardio-vasculaires est plus élevée et où le syndrome d'épuisement professionnel « Burn out » est régulièrement décrit.

La réanimation, en particulier péri-opératoire, s'intègre naturellement dans cette problématique d'organisation, de gestion des risques et de recherche permanente de la qualité et de la sécurité.

Un décret portant sur l'organisation des services de Réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue est en préparation depuis 2 ans au Ministère avec l'aide des professionnels et doit sortir dans les mois prochains. Très contraignant, (normes architecturales, d'équipements humains et techniques, de fonctionnement...) il impose des normes qualité/sécurité essentielles à l'amélioration des soins. Très restructurant, il va conduire à des

regroupements d'unités, des mises en commun de moyens, mais aussi à des fermetures de services, en particulier dans certains petits établissements n'ayant pas la masse critique suffisante ce qui, comme pour les maternités, ne va se faire sans poser des problèmes politiques locaux parfois difficiles.

Optimisation de l'organisation des blocs opératoires, gestion continue des incidents et des risques d'accidents anesthésiques, développement de notre culture sécuritaire et de la qualité des soins en anesthésie comme en réanimation, démarches volontaires d'accréditation des établissements (et bientôt des services), diminution du risque professionnel...

Tous ces aphorismes, très pragmatiques, n'ont qu'un objectif : continuer à améliorer le niveau des soins donnés aux patients, alors qu'en même temps, augmentent les contraintes humaines, technologiques et budgétaires.

management

n o m i n a t i o n

Faire du CHU d'Amiens « LE » CHU de Picardie

CHU d'Amiens

Pour mener à bien ce grand dessein Philippe Domy, Directeur Général, en poste au CHU depuis juillet 2001, prévoit un programme ambitieux de réunification des quatre établissements actuels. Cependant la création d'un monosite nécessite de repenser les organisations et les circuits, de transformer les services en pôles, d'actualiser le projet d'établissement notamment en mettant à jour le projet médical.

Ce dossier très lourd sera au centre du contrat d'objectifs et de moyens négocié avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation.

Les réaménagements structurels seront accompagnés par un renforcement continu du dispositif d'enseignement, en partenariat avec les facultés de médecine, de pharmacie et l'UPJV. L'effort principal portera sur le développement des activités de recherche clinique.

La mise en place de l'ARTT figure aussi parmi les préoccupations majeures de la nouvelle direction «les trois années de montée en charge progressive nous confronterons à des difficultés inévitables mais surmontables. Cette avancée sociale est une occasion de travailler différemment, plus efficacement» explique Philippe Domy.

Autre enjeu de premier plan : l'accréditation. Il s'agit d'inscrire le CHU dans un processus continu d'amélioration de la qualité et du service rendu. La première phase correspond à la mise en conformité des activités en référence au guide de l'ANAES, la seconde consistera à mesurer la qualité des prestations. Un processus de longue haleine qui requiert l'engagement professionnel de chacun. Autant de chantiers d'envergure engagés par Philippe Domy dont la réputation de directeur constructeur n'est plus à faire.

Guy VALLET, Nouveau Directeur Général de l'AP-HM

Assistance Publique-Marseille

Guy VALLET, aux commandes du CHU de Rouen depuis 1995, a pris ses fonctions de Directeur Général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille le 11 mars 2002.

Après les premières rencontres avec les personnels, les autorités de tutelle et les responsables institutionnels, la nouvelle équipe de direction s'est immédiatement saisie des dossiers prioritaires au premier rang desquels figurait l'aménagement de la réduction du temps de travail.

Un accord local sur les 35 heures a été signé le 25 avril dernier avec les organisations représentatives du personnel et présenté au Conseil d'Administration.

Un plan stratégique est en cours d'élaboration, il fixera les orientations immédiates du CHR dans le cadre de ses missions de soins, de prévention et d'enseignement. Le projet d'établissement définira ensuite, dans la durée, l'organisation de l'AP-HM.

Parallèlement, la mise en œuvre de la démarche Assurance Qualité, l'élaboration d'une nouvelle politique d'investissement, la responsabilisation des directeurs des établissements annexes à travers la décentralisation des responsabilités constituent les prochains objectifs.

C'est en fédérant les compétences et les énergies que le Directeur Général de l'AP-HM se prépare aux prochaines échéances.

coopération...

Constitution d'une communauté des établissements de soins publics et Privés Participant au Service Public Hospitalier (PSPH) du Puy-de-Dôme

CHU de Clermont-Ferrand

Conscients que la qualité des soins apportée aux patients est le principal objectif, et qu'une bonne connaissance des compétences de chacun est nécessaire pour l'intérêt des malades, 18 établissements publics et privés participant au service public hospitalier viennent de créer une communauté d'établissements.

Cette communauté d'établissements va permettre une coopération accrue de leurs services pour améliorer la réponse apportée aux besoins de santé de la population du département et la prise en charge globale du patient.

Les directeurs des 18 hôpitaux et établissements privés participant au service public hospitalier ont signé la charte de communauté d'établissements au Centre Médical Infantile de Romagnat le 24 avril 2002.

Cette charte concrétise la mise en œuvre de complémentarités inter-établissements par une réflexion commune sur les projets médicaux et les projets d'établissements. Cette communauté devrait ainsi permettre d'améliorer l'offre de soins du Puy-de-Dôme en favorisant des échanges de prestations et en développant une coopération avec les établissements du secteur privé et la médecine libérale du Puy-de-Dôme.

Chaque établissement est autonome. Les résolutions prises lors des travaux de cette communauté ne seront applicables qu'après avoir été adoptées par les établissements selon leurs propres procédures. Cette charte sera soumise prochainement à l'agrément de l'Agence Régionale d'Hospitalisation.

La modernisation des laboratoires d'analyses médicales du CHU de Clermont-Ferrand

Dispersée sur plus de 20 unités dans les différents sites du CHU, l'activité biologique ne dispose plus de locaux adaptés. Un tel éclatement pénalise la gestion des ressources humaines et des équipements. L'inadaptation

... c o o p é r a t i o n

des locaux ne permet pas de garantir une sécurité suffisante et interdit de conduire une politique d'assurance qualité. Elle rend difficile l'application des prescriptions du guide des bonnes exécutions d'analyses médicales (G.B.E.A.).

Dans le cadre de son projet d'établissement le CHU a décidé le regroupement des activités biologiques disséminées en les regroupant dans un nouveau bâtiment d'une superficie de 14.000 m².

Pole 1 : biochimie, immunologie, hématologie, pharmacotoxicologie.

Pole 2 : bactériologie, virologie, parasitologie-allergologie-hygiène hospitalière, anatomo pathologie.

S'ajoutent à cette construction une unité de thérapie cellulaire, l'ostéobanque et dans le cadre d'une convention de partenariat le site transfusionnel clermontois de l'établissement français du sang Auvergne/Loire.

Coopération inter-établissements entre le CHU de Nice et le CH de Menton

CHU de Nice

Proximité - coordination - continuité, tels sont les principes fondateurs de la charte de la communauté d'établissements de santé signée le 12 avril 2002 entre le CHU de Nice et le CH de Menton.

- Les urgences

La prise en charge des Urgences s'inscrit désormais sur le plan régional dans un dispositif structuré, coordonné entre les différents partenaires et gradué en fonction de la nature et de la gravité de l'urgence. Ainsi l'Unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) du Centre Hospitalier de Menton assure une prise en charge de proximité en toute sécurité et si nécessaire les

patients sont transférés au CHU de Nice qui est le pôle de référence de la région Paca-Est en tant que service d'accueil et de traitement des urgences. Un contrat relais formalise les modalités de fonctionnement qui garantissent l'accessibilité, la sécurité, la graduation et la qualité des soins.

- Le fonctionnement médical et l'organisation des soins

Il est envisagé une mise en commun de médecins (anesthésiste et gynécologue) pour assurer et conforter la continuité des soins. Il est prévu également la création d'un Centre périnatal de proximité au Centre Hospitalier de Menton, inscrit au SROS.

- L'expertise et les bonnes pratiques et la formation

Les deux établissements envisagent des complémentarités dans ces domaines sous de nombreuses formes : échanges d'experts, formation médicale continue, télémédecine...

contrat d'objectifs et de moyens

Financements accordés

CHU de Poitiers

Dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens 2002-2006 avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation a d'accordé en mai dernier les 10 millions d'euros nécessaires à la réalisation des objectifs du CHU à savoir :

- le développement des services à vocation régionale : le pôle mère-enfant, le pôle cœur-poumons, les activités de prélèvements, de transplantations et de greffes.
- la structuration du CHU en pôles d'activités, reconnue comme principe fondateur du projet d'établissement 2001-2005, concerne également le pôle Urgences-biologie et le groupe-

ment des structures de cancérologie, opérations considérées comme les projets majeurs du contrat d'objectifs et de moyens.

- l'amélioration de l'accueil des patients et de la réponse aux besoins de proximité : construction du bâtiment Urgences-biologie, prise en charge du cancer, développement du pôle médico-chirurgical de l'appareil digestif, promotion des activités ambulatoires, consolidation des missions de proximité
- la modernisation de l'hôpital : rénovation des plateaux techniques de biologie, d'imagerie et de blocs opératoires, soutien à la politique d'investissement, soutien à la recherche, promotion de la déconcentration de gestion.

L'intégration d'une démarche de prévention et de santé publique est aussi un objectif du CHU conformément aux orientations du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) et des conférences nationales et régionales de santé.

Figurent également au contrat d'objectifs et de moyens, l'enseignement et la recherche fondamentale et clinique.

Le CHU d'Angers accrédité pour 5 ans

CHU d'Angers

Abouissement logique de sa démarche Qualité, le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers vient d'être accrédité pour 5 ans, soit le délai le plus long prévu par la procédure. Cette accréditation met en exergue le niveau de qualité atteint par l'établissement angevin, premier CHU à être définitivement accrédité.

De l'accréditation expérimentale à l'accréditation officielle

En 1998, l'ANAES a sélectionné parmi 200 établissements volontaires, 40 établissements de Santé pour tester sa procédure d'accréditation. Le CHU d'Angers faisait partie des 4 CHU appelés à participer à cette phase expérimentale. C'est ainsi qu'entre septembre et décembre 1998, le CHU d'Angers a pu tester, en avant-première, la procédure d'accréditation.

Ayant procédé à une auto-évaluation en 1997, le CHU d'Angers bénéficiait déjà d'une expertise lui permettant de participer à l'expérimentation du référentiel national d'accréditation, engagée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).

Au vu des résultats encourageants de cette expérimentation, l'Etablissement a sollicité dès mai 1999 une accréditation officielle, étant ainsi le premier CHU à effectuer une telle démarche.

Après avoir réalisé son auto-évaluation sur la base du référentiel de l'ANAES, dans le cadre de la procédure réglementée, le CHU d'Angers recevait la visite des experts-visiteurs en janvier et février 2000. En décembre de la même année, l'ANAES communiquait son rapport définitif d'accréditation assorti de 7 recommandations et d'une réserve simple.

Le 28 septembre 2001, cette longue démarche a connu son épilogue par la levée de réserve et l'annonce de l'accréditation du CHU pour 5 ans. Cette accréditation est la reconnaissance de l'engagement collectif des hospitaliers dans une démarche continue d'amélioration de la Qualité.

> 1997 : engagement du CHU dans une démarche qualité

> 1998 : procédure expérimentale d'accréditation

- 1^{er} semestre 1998 : élaboration d'un référentiel interne ;
- avril 1998 : auto-évaluation par les services sur la base du référentiel interne ;
- novembre 1998 : visite expérimentale des experts de l'ANAES ;
- janvier 1999 : rapport des experts de l'ANAES.

> 1999 : Engagement dans la procédure d'accréditation officielle

- mai 1999 : sollicitation auprès de l'ANAES d'une accréditation officielle ;
- mai à novembre 1999 : auto-évaluation du CHU à partir du référentiel ANAES ;
- décembre 1999 : transmission des résultats de l'auto-évaluation à l'ANAES.

> 2000 : l'accréditation

- janvier - février 2000 : visite du CHU par les experts-visiteurs de l'ANAES ; du 24 au 28 janvier et du 7 au 9 février, soit 8 jours
- mai 2000 : réception du rapport des experts-visiteurs par le CHU ;
- octobre 2000 : premier rapport de l'ANAES adressé au CHU ;
- 7 décembre 2000 : rapport définitif de l'ANAES ;

Ce rapport confirmait que le CHU avait satisfait à la procédure d'accréditation et reconnaissait la dynamique Qualité de l'Etablissement. Cette accréditation est alors assortie de 7 recommandations et d'une réserve simple relative à la biberonnerie.

> 2001 : Levée de réserve et accréditation pour 5 ans

- juin 2001 : nouvelle visite, par 2 experts-visiteurs, de la biberonnerie sur laquelle portait la réserve.
- septembre 2001 : levée de réserve. Le CHU est informé qu'il est accrédité pour 5 ans

Les conclusions du compte rendu définitif de l'ANAES, en date du 7 décembre 2000, et celles du rapport de visite ciblée sur la biberonnerie, particulièrement satisfaisantes, sont le témoignage du souci de Qualité animant les hospitaliers angevins. Celui-ci a été, tout dernièrement, conforté par les résultats d'une enquête de satisfaction des patients. Réalisée par un organisme spécialisé extérieur, cette enquête a mis en évidence - parmi d'autres paramètres - que plus de 96% des personnes interrogées se déclaraient globalement satisfaites des conditions de leur séjour hospitalier.

Invité, par l'ANAES, à poursuivre l'application de son plan d'amélioration de la qualité, le CHU envisage son prochain rendez-vous avec l'accréditation en toute confiance.

Après avoir été parmi les premiers CHU à adopter un Projet d'Etablissement, en 1993, le CHU d'Angers aura été un des premiers à signer un contrat Etat-Etablissement en 1996. S'engageant dans une démarche Qualité dès 1997, il aura été, en 2001, le premier CHU à obtenir une accréditation pour 5 ans. En février 2002, il était une nouvelle fois précurseur en signant son deuxième Contrat d'Objectifs et de Moyens.

Ce dynamisme institutionnel, qui porte le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, est le fruit d'une longue tradition de démarche participative. L'implication de l'ensemble des hospitaliers dans l'élaboration des projets leur assure légitimité et pérennité.

... a c c r é d i t a t i o n ...

Accréditation du CHU de Montpellier

CHU de Montpellier

Le CHU de Montpellier fait partie des 120 premiers établissements de soins à s'être engagés dans la démarche d'accréditation. Cette démarche d'amélioration continue de la qualité permet de conforter les points forts et de définir les actions d'amélioration à mettre en place.

Contrairement à de nombreux établissements qui entrent progressivement dans la procédure, le CHU de Montpellier a fait le choix difficile de solliciter une accréditation globale et non hôpital par hôpital.

En dépit de ce choix qui exposait au risque d'avoir des remarques des visiteurs généralisées à l'ensemble de l'établissement, alors qu'elles ne concernent que certains secteurs, 78 points forts ont été relevés. Les experts ont par ailleurs proposé 10 axes d'amélioration pour la prochaine accréditation et relevé 5 points sur lesquels l'établissement doit engager ou poursuivre des actions avec une nouvelle visite dans 18 mois. Aucune réserve majeure n'a été émise, ce qui démontre l'absence de manquement grave à la qualité.

Trois orientations stratégiques

Le rapport d'accréditation comporte une synthèse de l'analyse des visiteurs selon trois orientations stratégiques de l'ANAES.

1. Satisfaction des besoins du patient

L'établissement a mis en place une politique et une démarche qui garantissent le respect des droits du patient et de son entourage.

La volonté forte de la direction générale, relayée par la CME et l'encadrement, est de répondre aux exigences du patient dans toutes leurs dimensions, y compris celle de la clientèle. Cet engagement au service du patient se traduit par un réel souci de l'accueil, de la continuité des soins, et de la communication des différents secteurs autour du dossier du patient. La mise au point annoncée d'un dossier unique du patient contribuera à la réussite de cet objectif. Certains points sensibles demeurent à traiter, dans le domaine du respect de l'intimité et de la qualité de l'accueil hôtelier, notamment en psychiatrie, pour lesquels des réponses sont en cours de réalisation. Demeurent également à satisfaire les conditions de respect des règles de bon fonctionnement des blocs dans certains sites, ainsi que la

signature effective et vérifiable des prescriptions médicales.

2. Maîtrise des situations à risque

L'établissement a défini une politique de prévention et de gestion du risque associée à l'activité hospitalière, et ce, dans l'ensemble de ses dimensions : sécurité des personnes et des biens ; lutte contre l'incendie, vigilances sanitaires.

Sur le plan des vigilances, il apparaît que des progrès sensibles puissent encore être attendus d'une coordination renforcée des actions entreprises et, en particulier, d'un renforcement des dispositions prises en matière de vigilance.

L'attention de l'établissement est tout particulièrement attirée sur l'importance de l'effort qui demeure à entreprendre en matière de respect des règles d'hygiène. Si de nombreuses actions sont d'ores et déjà constatées dans ce domaine, l'absence de définition claire d'une politique, et la faiblesse relative de l'engagement de certains professionnels, notamment médicaux, appellent une réaction rapide, coordonnée et déterminée pour réduire les risques auxquels peuvent être exposés les patients.

3. Dynamique de gestion de la qualité

L'implication forte de la direction générale, depuis plusieurs années dans une action volontariste sur le thème de la qualité, s'est traduite par une démarche qualité structurée, reconnue par les instances, même si paradoxalement cette thématique n'est pour l'instant pas intégrée au projet d'établissement. L'impulsion forte de la démarche qualité par la direction s'est concrétisée par de multiples actions. Celles-ci sont caractérisées par leur orientation descendante, impliquant fortement la hiérarchie, sans doute en raison de la très grande taille de l'établissement.

Or la pertinence et surtout la pérennité de l'action entreprise passent par l'appropriation par les acteurs de ces démarches. La multiplication progressive d'actions ascendantes, interprofessionnelles, partagées par les professionnels de terrain et leur encadrement, sera un facteur clé de succès pour la poursuite et l'amplification de la démarche qualité au service du patient. Sur cette base, la culture déjà partagée de l'évaluation et la réalisation d'audits internes ne pourront que conforter le succès de l'action entreprise.

L'Hôpital des Enfants accrédité sans recommandations

CHU de Toulouse

Alors que les Hôpitaux de Toulouse sont engagés depuis 1998 dans la démarche d'amélioration continue de la qualité, l'Hôpital des Enfants a été le premier site du CHU « à satisfaire pleinement à la procédure d'accréditation sans recommandations » comme l'a déclaré le Collège de l'accréditation (ANAES) le 3 Janvier 2002.

La prochaine visite pour cet établissement aura donc lieu dans cinq ans.

Le journal interne « Trait d'Union » livre une synthèse des conclusions élogieuses du collège d'accréditation.*

Satisfaction des besoins du patient

L'établissement organise et met en œuvre une politique garantissant le respect des droits de l'enfant hospitalisé. Il est accueillant, assurant la prise en charge de la personne dans le respect de ses droits à l'information, à l'intimité et à des soins de qualité. Le suivi du patient est permis par un dossier récapitulatif l'ensemble des interventions des professionnels ainsi que par de nombreuses procédures et réunions de concertations entre les secteurs d'activité. La confidentialité des informations détenues par l'établissement est respectée et les personnels y sont formés et sensibilisés.

La continuité de la prise en charge est effective, et l'existence d'un réseau animé de correspondants confirme la parfaite organisation interne des soins. De nombreuses initiatives sont notées, qui témoignent de la réelle recherche de la satisfaction de l'enfant et de sa famille. L'existence d'enquêtes de satisfaction assorties de résultats positifs démontre également la permanence de cette préoccupation et l'effectivité de sa mise en œuvre.

Maîtrise des situations à risque

La maîtrise des situations à risque est garantie par l'ensemble des dispositifs intégrés au projet d'établissement : la sécurité des personnes, la maintenance des équipements et des

* Ce document est en ligne sur le site de l'ANAES : www.anaes.fr

... a c c r é d i t a t i o n

bâtiments, et la prévention du risque incendie sont organisées et gérées. La politique hôtelière, logistique et une maintenance performante garantissent les conditions du bon déroulement de ces actions au service du patient. Il est à souligner le très important travail réalisé en matière de vigilances sanitaires, et de lutte contre les infections qui font de l'établissement un centre de référence régional. L'association des médecins et des professionnels aux différentes vigilances est un gage de l'application permanente des orientations fixées dans le projet d'établissement. A noter également ici l'important travail de réflexion, la réalisation effective des protocoles et leur réelle application, dont les résultats sont de plus en plus régulièrement évalués.

Dynamique de gestion de la qualité

La dynamique qualité mise en évidence par l'établissement apparaît comme exemplaire. Portée par une volonté forte de l'institution depuis plus de dix années, elle repose sur une méthodologie et une organisation rigoureuses. Les personnels ont été formés et sont associés au quotidien aux actions d'amélioration continue de la qualité au service des enfants hospitalisés. La prise en compte de l'ensemble des dimensions d'un projet qualité, qui va de la formalisation d'une politique, à la définition de plans d'actions structurés, puis à l'évaluation et à la mise en œuvre d'actions correctives, est d'ores et déjà assurée par des organes qualité reconnus, et relayés par les instances de l'établissement. Un réseau actif de correspondants internes assure la concrétisation des engagements pris, la détection des événements indésirables et leur traitement ainsi que la formation et l'accompagnement des nouveaux arrivants. On note enfin de nombreuses initiatives innovantes qui traduisent la richesse et le potentiel d'amélioration généré par la démarche.

Certification ISO 9001 à la Direction de l'Informatique Hospitalière

La démarche Qualité entreprise à la DIH pour la maintenance et le support technique (CADIH-833), a reçu le certificat selon la norme internationale ISO 9001 délivré par l'AFAQ (Association Française d'Assurance Qualité).

L'audit de certification réalisé les 12 et 13 février 2002 a conclu à l'absence d'écart et de non conformité par rapport à la norme. Le contrat de service remis à tous les services utilisateurs d'informatique précise que tout problème ou requête concernant l'informatique doit être signalé par téléphone au centre d'appel général informatique. Les problèmes non résolus d'emblée par les opérateurs sont transférés vers des spécialistes opérant par prise en main à distance ce qui permet de résoudre dans l'heure plus de 50 % des problèmes. Les autres appels, nécessitent un déplacement des agents (DIH ou sous-traitant de la société FAST, elle-même certifiée).

Une réactivité appréciée par l'ensemble des services comme le témoignent les excellents scores obtenus en 2001 à partir :

- des enquêtes téléphoniques auprès des utilisateurs,
- du retour des fiches Qualité « vertes »,
- du retour des inventaires du matériel par service,
- de l'exploitation de la base de données des appels.

	Objectifs 2001	Résultats obtenus
Satisfaction Client	80 %	90,7 %
Respect des délais	95 %	95,5 %
Information client	80 %	88,5 %
Exactitude du Parc	90 %	93 %

Retrouvez toutes les semaines l'actualité des CHU
en vous abonnant à la news letter de Réseau chu

sur notre site : www.reseau-chu.org

ou en adressant une demande par mail à :

resocho@club-internet.fr

art...

Passions Partagées avec les Musées de Strasbourg

CHU de Strasbourg

Le centre hospitalier de Strasbourg et les musées de Strasbourg bâtissent ensemble une action originale afin de faire partager la passion des œuvres d'art à un public plus large.

L'ensemble des agents hospitaliers des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et leurs familles sont invités, pendant une année, à venir découvrir gratuitement les musées de la ville de Strasbourg à travers des visites commentées organisées pour eux.

Une visite « coup de cœur » permettant de découvrir quatre musées au travers de quatre œuvres racontées, constituera le premier chaînon de cette opération.

Ensuite, le principe retenu est « un mois, un musée ». Chaque mois, plusieurs visites du même musée seront proposées.

Cette opération, qui a débuté en mars, rencontre un vif succès.

Les personnels hospitaliers en visite dans les Musées de Strasbourg

Le projet « Passions Partagées » demeure une édition expérimentale destinée à mieux sensibiliser le public à la présence et à l'intérêt des 9 Musées de Strasbourg.

Ceux-ci couvrent un spectre large et unique qui s'étend du Musée Alsacien au récent Musée d'Art Moderne et Contemporain. La qualité de leurs collections qui regroupent des milliers de peintures, sculptures, dessins, gravures et objets reste souvent mal connue par les habitants de la région.

La mission fondamentale d'un musée est d'attirer le public en valorisant ses collections et la qualité de ses services. Les prestations, les expositions, les publications de livres et de catalogues, les conférences sont autant de moyens qui vont en direction des publics divers. Avec « Passions Partagées », ce mouvement d'ouverture, qui est dans la nature de tout service public, prend une dimension singulière.

Les Hôpitaux Universitaires partenaires de la vie culturelle strasbourgeoise

Depuis deux ans, les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg se sont engagés dans une politique culturelle volontariste. Les premiers signes en ont été la multiplication des partenariats avec les grands établissements culturels de la ville - Bibliothèque Municipale de Strasbourg, Conservatoire National de Région, Opéra National du Rhin - et des associations - Graine de Cirque, Musique et Santé -.

Les projets culturels issus de ces collaborations avaient comme cible principale les patients. En permettant, par leur mise en place, d'éviter la rupture totale qu'entraîne souvent la maladie et qu'accentue l'hospitalisation, la personne hospitalisée peut poursuivre ou découvrir une pratique artistique, une œuvre, un artiste. Cette initiative culturelle, proposée en parallèle de la prise en charge thérapeutique, contribue à la qualité de vie des patients et des personnels de l'Hôpital.

Aujourd'hui, ce partenariat s'étend aux personnels hospitaliers. L'hôpital s'ouvre à son environnement urbain et culturel et les professionnels de santé puisent dans cette expérience un sujet de médiation possible avec les personnes soignées.

En effet, après une première phase de sensibilisation aux musées strasbourgeois, les agents hospitaliers seront invités à porter en badge l'œuvre qui aura trouvé écho en eux au cours de ces visites. Cette présence physique de l'art sur leurs lieux de travail peut devenir source d'échanges à de multiples niveaux : entre agents, entre agents et patients, entre patients, entre agents et visiteurs, entre patients et visiteurs etc.

La participation des soignants, leur adhésion à un tel projet peuvent modifier les regards que portent sur eux les patients et leurs familles. Ces derniers ne voient plus en eux seulement des techniciens du soin mais également des personnes susceptibles de contribuer étroitement à l'amélioration de la qualité de vie dans l'établissement.

Les Totos de JOFO se balancent devant l'hôpital des enfants

CHU de Bordeaux

JOFO, artiste bordelais bien connu, a investi depuis 3 ans l'hôpital des enfants. Il a d'abord peuplé la façade de ce bâtiment de petits bonhommes, « les Totos », familiers de l'univers de JOFO. Il a ensuite conçu des sculptures-totems devant l'hôpital des enfants.

D'une hauteur allant de 6m à 8m et soutenues par des systèmes de roulements à billes, les « Totos » se balancent au gré des vents en avion, en montgolfière, en fusée... apportant une touche de gaieté sur le parvis de l'hôpital et devenant ainsi, une signalétique artistique permanente du bâtiment.

Le CHU est heureux de la poursuite de ce projet, la troisième partie qui consistera pour JOFO à peindre dans chaque chambre, en présence de l'enfant un personnage en mouvement ainsi que dans les zones d'attente et de passage de l'hôpital des enfants verra le jour en 2002.

Ce projet est réalisé grâce au soutien de : Smurfit Cellulose du Pin, EDF - Direction régionale d'Aquitaine, Branche retraite Caisse des Dépôts et Consignations, Hermès, Fondation Air France, Conseil Régional d'Aquitaine, Mairie de Bordeaux, France Telecom, Crédit Mutuel du Sud-Ouest, Beckton Dickinson, Laffarge - Tollens peintures.

... a r t

Les rites d'eau au confluent de la science et de la culture

CHU de Pointe-à-Pitre

Les rites d'eau, documentaire de 13 minutes présenté par l'Unité Psychiatrique du CHU de Pointe-à-Pitre/Abymes au Festival caraïbéen du Film de Santé Mentale « Psychiatrie et pensées magiques » a remporté le prix du Comité de Pilotage qui s'est déroulé à Fort-de-France, en 2001.

Le thème central du documentaire est le rapport à l'eau à travers les bains rituels : le bain de serein, le bain de feuillage, le bain démarré, le bain de délivrance, le bain du mort. L'usage de l'eau à l'hôpital ne pourrait-il pas s'inspirer de ces pratiques traditionnelles ? L'eau deviendrait alors le lien entre la science médicale et la culture guadeloupéenne.

i n t e r n e t ...

MARINE ou Quand les enfants hospitalisés en hématologie explorent l'univers d'internet

CHU de Rouen

Correspondre avec sa famille, ses amis, surfer sur la toile du monde en compagnie d'un guide, voilà ce que le projet *Marine** propose aux 16 enfants hospitalisés dans le service d'hématologie pédiatrique.

Une belle histoire de Vie et d'Espoir

Un jour, la Ligue contre le Cancer de Seine-Maritime reçoit 100 000 F d'un généreux donateur resté anonyme et dont la petite fille se prénomme Marine. La Ligue fait alors appel à l'association Vie et Espoir composée de parents et amis des enfants atteints de leucémie ou de tumeur cancéreuse pour qu'elle conduise le projet. L'association invite l'équipe du service d'hématologie pédiatrique du CHU de Rouen à rejoindre un groupe de travail qui assurera le suivi des différentes étapes : faisabilité technique, conventions...

Mission accomplie, comme un cadeau de Noël, la convention avec le CHU de Rouen, Vie et Espoir, France Télécom et Computacenter a été signée le 20 décembre 2001. Aujourd'hui, les 16 chambres du service sont câblées. Tout est prévu, même l'abonnement au logiciel scol@gora utilisé dans les écoles pour filtrer intelligemment les sites auxquels les enfants peuvent accéder.

Bien tôt un site internet sera créé pour faire connaître cette initiative aux autres hôpitaux de France.

*Marine signifie aussi : MAériel de Relation INformatique pour les Enfants

i n t e r n e t ...

En direct du CHU

CHU de Pointe-à-Pitre

A 7 000 km de Paris, à 1 400 km de Miami et désormais à proximité, sur votre écran, le Centre Hospitalier Universitaire de Pointe-à-Pitre Abymes vous accueille à l'adresse suivante : www.chu-guadeloupe.fr.

En un seul clic vous saurez tout sur cet hôpital, son histoire, son organisation, son activité et son projet d'établissement et un plan d'accès vous accompagnera jusqu'à ses locaux.

Les usagers bénéficient quant à eux d'explications sur toutes les formalités (admission, séjour, sortie, tarifs et même la présentation de la commission de conciliation) et les étudiants infirmiers pourront se connecter sur l'Institut de Formation en Soins Infirmiers.

L'information et la prévention de la population figurant parmi les priorités de l'établissement, un « cyber » point santé vient compléter les connaissances des internautes sur les principales maladies rencontrées en Guadeloupe : diabète, hypertension artérielle, excès de cholestérol, maladies cardio-vasculaires. Cette rubrique aborde aussi les sujets sensibles tels que le Sida, la Dengue, l'hépatite B, l'alcoolisme, la nutrition...

Le site comprend également un espace réservé aux professionnels de santé avec des renseignements détaillés sur les services du CHU, des liens sur les pathologies, des modes opératoires, des publications, un accès aux annonces professionnelles est proposé ainsi que la liste des ouvrages disponibles à la bibliothèque médicale.

Une réalisation d'André Duchemin, responsable de la communication

a n i m a t i o n

Un chef étoilé au Michelin compose un menu de l'hôpital d'enfants

CHU de Nancy

Emile Jung, chef du prestigieux restaurant « Le Crocodile » de Strasbourg est venu à Nancy le 15 avril 2002. Objectif du jour, élaborer un menu « spécial croco » arme secrète pour titiller leurs papilles.

C'est avec plaisir et spontanéité qu'Emile Jung avait accepté la demande de M. Pragier de l'APSEM (*) de mettre son talent et ses connaissances culinaires

... i n t e r n e t

au service des enfants malades en particulier ceux atteints de cancer.

Pour le goût et l'odorat, ce n'est pas sans contrainte, stérilisation oblige. Les enfants ont dégusté le menu du chef avec plaisir et garderont la tête – ou plutôt le palais – dans les étoiles puisque le menu « crocodile » sera servi dans toutes les cuisines du CHU une fois par mois.

(*) (Association pour la promotion du sport chez l'enfant malade).

Le Centre d'Etude et de Conservation des Œufs et du Spermé Humain (CECOS) d'Alsace ouvre un site Internet

CHU de Strasbourg

Pour développer l'accès aux informations médicales et instaurer une interface privilégiée entre le Centre d'Etude et de Conservation des Œufs et du Spermé Humain, les patients et les futurs donneurs, le service du CECOS Alsace des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg a créé un site Internet www.ulpmcd.u-strasbg.fr/cecos.

La stérilité masculine est aussi fréquente que la stérilité féminine, mais on est plus démunis pour la traiter. Dans un pourcentage appréciable de cas, la stérilité masculine est actuellement incurable et, de plus en plus souvent, des couples pour qui l'adoption devient excessivement difficile s'orientent vers l'insémination artificielle avec donneur (I.A.D.). Chaque année, le CECOS doit ainsi satisfaire plus de 80 demandes émanant de couples stériles. Et tous les ans, il faut trouver de nouveaux donneurs, car la loi limite à 5 le nombre de grossesses par donneur.

Internet permet de toucher les patients directement et de traiter de sujets jusqu'à présent relativement tabous comme la stérilité masculine, les dons de gamètes...

En 25 ans, plus de 2000 couples ont consulté le CECOS Alsace, qui a rendu possible la naissance de plus de 1000 enfants.

Sur les 130 couples qui présentent une demande d'insémination :

29 % abandonnent avant le début des inséminations ou au cours des premiers cycles, ce qui montre la difficulté de la démarche.

Ainsi sur les couples suivant le traitement (6 cycles d'insémination et 4 cycles FIV), on relève :

86 % de grossesses

14 % d'échecs

Un résultat positif qui marque un parcours du combattant.

Pour répondre à la demande de nouveaux couples touchés par la stérilité masculine, le CECOS Alsace a besoin d'accueillir chaque année de nouveaux donneurs (au moins 25).

Depuis la mise en place du site, le CECOS a observé qu'Internet facilite le travail du médecin ; il est un relais de la communication médecin/malade.

En effet, les données fournies sur le site sont un prolongement de la consultation médicale.

Le site a été complété par de nouvelles possibilités ; on y trouve notamment :

- * Une présentation des différentes techniques.
- * Les garanties offertes (anonymat, confidentialité, les contrôles sanitaires...).
- * Des informations pratiques concernant le don de spermatozoïdes et d'ovules. Le CECOS propose aux futurs donneurs de le contacter par simple mail.

Le CECOS espère ainsi répondre aux besoins d'informations de tous :

- En facilitant l'accès à différentes données.
- En assurant une convivialité entre les patients et le service.
- En améliorant la réactivité de la mise à disposition des informations.

Adresse :

CECOS Alsace, 1 place de l'Hôpital
67091 STRASBOURG CEDEX,
Tél. : 03 88 11 67 52.

Un site internet original sur la douleur des enfants, conçu par les équipes de pédiatrie

CHU de Toulouse

Le CHU de Toulouse a ouvert en septembre 2001 en partenariat avec la Fondation CNP pour la Santé, un site d'information sur la prise en charge de la douleur chez l'enfant. Le site conçu par les équipes de pédiatrie de l'Hôpital des Enfants a trois objectifs :

- Informer le grand public sur la prise en charge de la douleur chez l'enfant,
- Expliquer la douleur et ses traitements aux enfants au travers d'un univers ludique,
- Favoriser les échanges entre les professionnels du réseau « Enfant Do » Midi-Pyrénées, en vue d'une meilleure prise en charge de la douleur.

L'originalité du site est de proposer pour la première fois une rubrique directement dédiée aux enfants. L'enfant internaute peut ainsi naviguer dans un univers imaginaire inspiré des bandes dessinées aux côtés d'une mascotte qui le guide à travers le site.

Ce site a été conçu à l'initiative du Docteur Agnès Suc avec le concours des Délégations à l'Informatique hospitalière et à la Communication du CHU de Toulouse. Il a été créé grâce à une subvention de 71 651,04 € (470 000 F) de la Fondation CNP pour la Santé (CNP Assurances) engagée depuis 1999 dans la lutte contre la douleur.

Enfant DO : www.enfant-do.net

Jumelages hospitaliers

CHU de Clermont-Ferrand

Coordination au CHU de Clermont-Ferrand des jumelages hospitaliers du Burkina Faso avec la France en mars 2002

Le Ministère des Affaires étrangères et la Fédération Hospitalière de France ont confié au Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand la mission de coordination des douze jumelages hospitaliers en appui à la mise en œuvre de la Réforme Hospitalière au Burkina Faso.

- Sont concernés les Centres Hospitaliers des villes suivantes :
- Centre Hospitalier National de Ouagadougou jumelé avec le CHU de Clermont-Ferrand et l'E.P.S de Psychiatrie de Ville Evraud.
 - Centre Hospitalier National Pédiatrique de Ouagadougou jumelé avec le CHU de Rouen.
 - Centre Hospitalier National de Bobo Dioulasso jumelé avec le Centre Hospitalier de Chalons sur Marne et le Centre Hospitalier Spécialisé de Saint-Jean de Dieu de Lyon.
 - CHR de Ouahigouya jumelé avec le Centre Hospitalier de Chambéry.
 - CHR de Koudougou avec le Centre Hospitalier de Dreux.
 - CHR de Fada avec le Centre Hospitalier de Falaise.
 - CHR de Dori avec le Centre Hospitalier de Langeac.
 - CHR de Tenkogo avec le Centre Hospitalier de Riom.
 - CHR de Dedougou avec le Centre Hospitalier du Puy-en-Velay.

La mobilisation des hôpitaux français s'organise autour d'axes de travail retenus dans le cadre de la réforme hospitalière du Burkina Faso et pour lesquels l'urgence et le réalisme plaident pour une cohérence d'application dans le temps et dans l'espace.

Chaque établissement français se doit donc de proposer son programme d'action au bénéfice de son homologue burkinabé en prenant en compte les trois axes prioritaires suivants :

- 1 - Soutien aux projets d'établissement.
- 2 - Amélioration de la qualité des prestations hospitalières, prioritairement dans le domaine de l'hygiène.
- 3 - Soutien à la gestion des établissements en assurant notamment la permanence de l'outil de travail (maintenance des équipements).

Un bilan d'étape des actions entreprises sera effectué dans six mois, et une évaluation définitive (incluant l'état de ventilation des crédits alloués par le Ministère des Affaires Etrangères et gérés par le Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand) sera assurée en fin de programme en Mai 2003.

Lutte contre le Sida dans les pays du sud

ESTHER au BURKINA FASO (Elan de Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau)

La France s'est engagée aux côtés des pays du Sud dans la lutte contre le VIH pour faire face aux conséquences de la pandémie sur le développement social, démographique et économique, de ces pays et sur l'état sanitaire des populations. Le Ministère de la Santé a pris l'initiative de mettre en œuvre le projet ESTHER afin de favoriser l'accès aux soins des personnes atteintes du VIH. Plusieurs pays du Sud ont été retenus pour la réalisation de ce projet dont le Burkina Faso.

Mise en œuvre du projet ESTHER au Burkina Faso :

Trois secteurs géographiques ont été déterminés prioritairement avec les partenariats français suivants :

- Ouagadougou
 - CHN (Yalgado Ouedraogo) : CHU Clermont-Ferrand et le CHU Saint-Etienne
 - CHN pédiatrique (Ch de Gaulle) : CHU Rouen
- Bobo Dioulasso
 - Centre hospitalier régional : CHU Montpellier et le CH Tenon AP-HP
- Ouahigouya
 - Centre hospitalier régional : CHU Dijon et le CH Chambéry

Les Centres Hospitaliers Universitaires de Clermont-Ferrand (coordonnateur), de Saint Etienne et de Rouen ont été choisis pour réaliser une mission exploratoire sur les deux

hôpitaux de Ouagadougou. L'objectif était de s'appuyer sur les partenariats hospitaliers pour renforcer les compétences humaines, les équipements et les moyens des Hôpitaux bénéficiant par ailleurs d'une aide en médicaments anti-rétroviraux.

Un budget de 600 000 euros vient d'être arrêté par le Ministère pour la réalisation de ce projet en 2002 dont 185 000 euros pour le projet du Centre Hospitalier National et du Centre Hospitalier National pédiatrique de Ouagadougou.

Les Centres Hospitaliers Universitaires et le Centre Hospitalier National de Ouagadougou ont convenu que le maximum d'efforts serait concentré en priorité sur le Service de Médecine Interne : organisation des soins, formation des personnels, équipements, prise en charge VIH, hygiène...

Dès que le Ministère de la Santé aura validé le programme d'actions, une convention sera signée avec l'Etat Burkinabé ; les initiatives concrètes pourront alors débiter :

- remise en service en juin 2002 d'une salle de Radiologie du Centre Hospitalier National de Ouagadougou (indispensable au dépistage de certaines maladies opportunistes), par deux techniciens biomédicaux du Centre Hospitalier Universitaire.
- organisation d'une mission médicale (infectiologue, hygiéniste, biologiste) et soignante pour assurer la formation sur place du personnel concerné par la prise en charge du VIH et notamment celui du service de Médecine Interne et de Biologie.
- Accueil à Clermont-Ferrand et Saint Etienne de médecins du Centre Hospitalier National de Ouagadougou dans le cadre d'une formation qualifiante sur la lutte contre le VIH.