

Ce dixième numéro de Réseau CHU propose un nouveau panorama de l'évolution des Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires.

Répondant aux préoccupations du public, le CHU devient un acteur essentiel de la prévention. Soucieux d'améliorer la qualité de ses services, il consacre plusieurs dossiers aux vigilances sanitaires, à la lutte contre la douleur et aux droits des patients.

Au chapitre des avancées technologiques, la radiologie interventionnelle et l'imagerie médicale arrivent en tête. Risques thérapeutiques limités, examens rapides, détections précoces et diagnostics affinés... Tels sont les principaux avantages de ces équipements à la pointe du progrès. En médecine, de nouveaux centres se créent et des disciplines cliniques voient le jour. Quant à la thérapie génique, elle connaît ses premiers succès.

Mais ces prouesses ne doivent pas faire oublier les efforts de nombreuses équipes pour humaniser des soins devenus de plus en plus techniques. L'approche musicale est souvent un excellent point de départ pour créer des liens, même éphémères.

Enfin quelques mots sur les coopérations qui rationalisent le parcours du patient et préfigurent l'organisation sanitaire de demain. Les nouveaux pôles, réseaux et fédérations facilitent l'orientation des personnes et assurent une plus grande continuité dans leur prise en charge.

Tels sont les quelques points saillants qui font l'actualité des CHU en cette fin de l'an 2000.

Nous vous donnons rendez-vous l'année prochaine pour vous faire découvrir la suite de cette aventure humaine et hospitalière.

Heureuse année à tous !

Marie-Georges FAYN

PS : vous pouvez nous retrouver toutes les semaines en vous abonnant à la news letter de Réseau chu sur notre site : [www.reseau-chu.org](http://www.reseau-chu.org) ou en adressant une demande par mail à : [resocho@club-internet.fr](mailto:resocho@club-internet.fr).

Directeur de la publication : Marie-Georges FAYN  
Domaine de Bellevue  
36290 Saint Michel en Brenne  
tel. 02.54.38.06.59 - fax 02.54.38.19.82  
mel : [resocho@club-internet.fr](mailto:resocho@club-internet.fr)  
Impression : Color 36 - Z.A. route de Châteauroux  
36320 Villedieu - tél. 02 54 26 00 16

## sommaire

### ACTUALITES

Conférence des Directeurs Généraux  
de Centres Hospitaliers Universitaires

p3

### SOCIETE

Santé Publique  
Droits des malades  
Prévention

p4

### MEDECINE ET PROGRES

Recherche  
Innovation  
Chronique médicale  
Qualité

p11

### MANAGEMENT

Projet d'établissement  
Coopérations  
Ressources Humaines  
Accréditation  
Internet

p25

#### Comité de rédaction

**Président** : Guy Vallet, Directeur Général du CHU de Rouen, Secrétaire Général et Porte-Parole de la Conférence des D.G. de CHU.

**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 ; Pr David Khayat, Chef de service d'Oncologie Médicale, Hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP ; 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.

# Index thématique

## Société

C.H.U.	RUBRIQUE	TITRE
Bordeaux Lyon Grenoble Orléans Paris Toulouse	Santé Publique	Prévenir le dopage des jeunes et des sportifs Dopage : le dépistage de l'EPO Le risque sanitaire Lutte contre la légionellose Plan d'action en faveur de la greffe Le progrès médical
Amiens Paris Rouen	Droits des malades	Le Contentieux Le bureau des recherches La qualité par la gestion des plaintes
Caen Clermont-Ferrand Fort de France Orléans	Prévention	Eau douce : Attention à la pollution Diabétologie : Quels produits acheter ? Prévention de l'asthme Le CHU acteur de la prévention

## Médecine et Progrès

C.H.U.	RUBRIQUE	TITRE
Brest Lille Nantes Reims Rouen	Recherche	Prix Bretagne Aspirine et grossesse La recherche comme un enrichissement Le devenir des personnes âgées Le Centre de recherche clinique
Lille Marseille Nice Paris diale Reims Strasbourg Toulouse	Innovation	Un simulateur pour la formation Centre d'imagerie cérébrale fonctionnelle Traitement de la polyarthrite rhumatoïde sévère 1 <sup>er</sup> centre de tomographie (TEP) Thérapie génique : Première mon-
Amiens Brest Clermont-Ferrand Fort-de-France Grenoble Marseille Montpellier Nancy Nice	Chronique médicale	La radiologie en temps réel Angiographie rotationnelle en 3D Un TEP Scan à l'hôpital Purpan Centre de soins de la mucoviscidose Une pharmacie oncologique Nouvelle unité de réanimation néonatale - Soins palliatifs Service de médecine physique Médecine du sommeil Maladie de Parkinson : un nouvel espoir Plaies et cicatrisation Radiologie ; à l'aube d'une révolution Ouverture d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal et d'un centre clinico-biologique des lipides
Bordeaux Clermont-Ferrand Fort-de-France Saint-Etienne	Qualité	Traitement de la douleur Meilleure prise en charge nutritionnelle Mieux accueillir les patients Relation musicale

## Management

C.H.U.	RUBRIQUE	TITRE
Angers Poitiers Saint-Etienne	Projet d'établissement	Deuxième projet d'établissement Hôpital solidaire Avenir du CHU
Angers Caen Lille Marseille Nantes Orléans Rouen	Coopérations	Communautés d'établissements Réseau de prévention Chirurgie cardiaque : Harmoniser l'offre de soins Oncologie pédiatrique : le réseau de soins Découvrir et entreprendre Coopérations inter-établissements Maison de retraite : 1000 lits en réseau
Bordeaux Lyon Lyon Nice Nice Orléans Caen	Ressources Humaines	Le syndrome d'épuisement professionnel La charte d'accompagnement social Urgences : création d'une direction CHSCT de Groupes Hospitaliers Conditions de travail : le contrat local Formations paramédicales
Caen Lyon Nantes Montpellier	Accréditation	Auto-évaluation Bilan des auto-évaluations Certification ISO 9002
	Internet	Elaboration d'une charte

# conférence des D.G. directeurs généraux de CHU

## Le projet de réforme de la tarification des établissements de santé

La réforme actuellement envisagée s'inscrit dans le prolongement de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle : son article 55 stipule en effet que " le gouvernement pourra expérimenter à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2001 et pour une période n'excédant pas cinq ans de nouveaux modes de financement des établissements publics ou privés, fondés sur une tarification à la pathologie "

Cette expérimentation est définie "comme s'inscrivant dans le cadre de la politique hospitalière du gouvernement qui vise à promouvoir la qualité des soins, à adapter l'offre aux besoins et à améliorer l'efficacité globale du système hospitalier".

### Objectifs de l'expérimentation

- financer les établissements sur la base de la juste mesure de leur activité,
- permettre la mise en œuvre de modes de régulation efficaces,
- corriger les effets néfastes de modes de financement et de régulation distincts entre les différents secteurs de l'hospitalisation.

Le financement "à la pathologie" consiste à financer les établissements en fonction de leur activité effective et à un prix égal pour tous pour la prise en charge d'un état pathologique donné. Ce dispositif devrait assurer une distribution équitable et maîtrisée des ressources entre établissements publics et privés.

### la méthodologie retenue s'appuie sur deux instances :

- Un comité de pilotage de tarification à la pathologie présidé par Bernard Marrot et composé de représentants de fédérations d'établissements publics et privés, de représentants des conférences, des praticiens, des administrations, des ARH et des principaux organismes nationaux d'assurance maladie et de personnalités qualifiées.
- Un comité d'experts constitué de spécialistes désignés par les membres du comité de pilotage qui pourra se subdiviser en ateliers thématiques.

Par ailleurs quatre commissions consultatives seront associées ; les représentants des usagers, les organisations syndicales, les médecins hospitaliers publics et les médecins libéraux seront appelés à livrer leurs observations tout au long de l'expérimentation.

## Le calendrier prévisionnel

2000 : élaboration par le comité de pilotage du cahier des charges de l'expérimentation décrivant ses modalités pratiques et techniques.

2001 : lancement de l'expérimentation qui pourra prendre des formes variées en associant tests techniques, enquêtes, simulations financières et si cela est possible, tests en vraie grandeur.

2002 et 2003 : test sur deux cycles budgétaires.

## La réduction du temps de travail

Edouard Couty, Directeur de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins était l'invité de la Conférence des Directeurs Généraux le 5 octobre dernier. Il a annoncé l'ouverture, d'ici la fin de l'année, d'une négociation nationale afin de définir le cadre de la rédaction et de l'adaptation des textes sur la réduction du temps de travail.

Ce dispositif sera repris dans la loi relative à la lutte contre la précarité dans la fonction publique qui sera examinée au parlement en novembre ou en décembre.

De son côté, chaque établissement devra mener en parallèle un audit organisationnel en 2001. La mise en place des 35 heures sera l'occasion de lancer une réflexion importante sur le fonctionnement interne des institutions hospitalières. Il s'agira aussi de déterminer des modalités de mise en œuvre de la réduction du temps de travail, d'en apprécier les échéances et d'en évaluer le coût. Cet audit servira ensuite de base aux négociations portant sur les moyens à attribuer contractuellement aux établissements.

La mise en place des 35 heures démarrera à partir de 2002 et s'étalera très vraisemblablement sur un, deux, voire trois ans. Les organisations syndicales savent qu'il faudra du temps compte tenu des difficultés démographiques notamment pour le recrutement d'infirmier(e)s.

Dans le même temps et selon les mêmes modalités, une négociation sera ouverte avec les médecins. Une forte implication du corps médical est attendue. En effet, les médecins bénéficieront aussi de la réduction du temps de travail et leur contribution à la réflexion sur les modes d'organisation est essentielle.

## Agenda

### "Le phénomène associatif, la recherche biomédicale et l'hôpital"

Tel sera le thème du colloque organisé au Sénat le 2 mars 2001 par la Conférence des Directeurs Généraux, sous le haut patronage du Sénateur Claude Huriet.

**Au programme :** Analyse du phénomène associatif, Témoignages de Présidents d'associations, Discussions sur l'évolution et l'avenir des associations, Présentation du fonctionnement des associations; cas pratiques...

**Renseignements :** Secrétariat de Monsieur Vincent Diebolt, Directeur Adjoint chargé des Affaires Juridiques et de la recherche médicale CHU de Montpellier

Tel : 04 67 33 93 47 - Fax : 04 67 33 67 73  
E.mail : v-diebolt@chu-montpellier.fr

**La journée des trois conférences - Directeurs Généraux, Présidents de CME et Doyens de faculté de médecine et de pharmacie s'est tenue à Paris le 24 octobre dernier. Les débats ont porté sur les innovations et activités coûteuses dans le CHU, le post internat et sur le rôle du praticien hospitalier en milieu universitaire.**

## Mieux connaître les CHU

En février 2001, [www.reseau-chu.org](http://www.reseau-chu.org) invitera les internautes à découvrir le fonctionnement de chacun des CHU ainsi que leur rôle au sein des régions françaises : leur projet d'établissement, l'évolution de leur organisation et de leurs prestations au travers de données synthétiques sur leurs activités de soins, de recherche et d'enseignement. Les établissements présenteront également leur rôle social et culturel.

En septembre 2001, "l'annuaire des 31 Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires" sera édité pour la première fois en France.

### Prévenir le dopage des jeunes et des sportifs

#### CHU de Bordeaux

Améliorer ses performances physiques par des moyens illicites est une tentation que connaissent les sportifs, professionnels comme amateurs, mais aussi les jeunes qui un public vulnérable qu'il convient de protéger tout particulièrement.

C'est pourquoi le CHU de Bordeaux a ouvert un juin dernier une consultation de prévention, de soins et de recherche en addictologie et psychopathologie dans le sport (C.A.P.S).

Cette unité apporte une réponse à l'absence d'approche sanitaire sur l'usage nocif des substances dopantes chez les jeunes et chez les sportifs. Fonctionnant en étroite relation avec le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, la nouvelle consultation offre :

- un accueil confidentiel des jeunes usagers de substances dopantes,
- une stratégie thérapeutique adaptée à chacun comprenant notamment la réalisation de bilans biologiques et somatiques ainsi qu'une prise en charge en situation de crise pouvant se limiter à un traitement ambulatoire,
- une politique de prévention des risques sanitaires individuels.

L'activité de prévention est un des aspects prépondérants de cette consultation qui intervient en partenariat avec les organisations sportives, les éducateurs et enseignants et avec tous les acteurs sociaux travaillant au contact des Jeunes.

Quant aux activités de recherche, elles concernent les domaines de la neurobiologie, de la physiologie du sport et de la psychologie des sportifs.

#### Les fondateurs du CAPS

Ce projet a été porté par l'association Ovale animée par le Dr Serge Simon. Son fonctionnement s'inscrit dans le cadre d'une action coordonnée avec le service hospitalo-universitaire du Pr. Tignol et l'unité de soins qui lui est rattachée.

### Le risque sanitaire

#### CHU de Grenoble

Est considéré comme un risque sanitaire tout événement mettant en jeu la sécurité des personnes présentes dans un établissement de soins.

Plusieurs études menées par des compagnies d'assurance ont montré qu'une grande partie des accidents sérieux étaient dus à des défauts d'organisation répétés qui n'étaient pas pris en compte dès leur diagnostic. Ce constat et les résultats obtenus dans d'autres secteurs comme l'industrie ont fait émerger le concept de gestion organisée du risque sanitaire associant à la fois une coordination des vigilances existantes et une surveillance étendue allant du risque potentiel à l'accident avec complication médicale.

#### L'UMAGRIS

Au CHU de Grenoble, l'UMAGRIS (l'Unité Médico-Administrative de Gestion du Risque Sanitaire) a été créée afin de promouvoir la gestion concertée du risque sanitaire et sa prévention. Il lui revient également de coordonner les vigilances et de participer à la formation du personnel, à l'enseignement et à la recherche dans ce domaine.

**Le signalement du risque**, point central du système de qualité.

En 1999, une expérience pilote de signalement sur une fiche commune, centralisée et systématique du risque sanitaire a été menée dans 25 services volontaires du CHU de Grenoble durant 4 mois. 100 signalements ont été effectués dont 30% de potentiellement graves. Dans 72% des événements on retrouvait une notion de répétition. Ces risques concernaient surtout les patients dans 46% des cas, mais aussi le personnel (28%) et les visiteurs (6%). Dans 15% des situations, le risque était partagé par ces trois groupes.

#### Un bon suivi pour éviter la récurrence

Dans la majorité des cas des mesures préventives ont été préconisées de façon à éviter la récurrence de l'événement. Dans 50% des cas, la gestion des problèmes a été assurée par les vigilances et dans les autres situations les mesures correctives relevaient des services techniques (20%), de la direction des soins infirmiers (3%), de la pharmacie (3%), de l'administration (19%) et de divers autres acteurs (5%). Le signalement systématique du risque sanitaire va être étendu à l'ensemble du CHU de Grenoble. Il sera alors possible d'avoir une vision globale de la situation et d'orienter le démarche qualité dans les secteurs où les risques sont fréquents.



## ... s a n t é p u b l i q u e ...

### Le test de dépistage de l'EPO commun aux HCL et au laboratoire de dépistage du dopage utilisé à Sydney

*Hospices Civils de Lyon*

La Commission juridique, puis la Commission exécutive du CIO ont retenu la méthode française de détection de l'érythropoïétine recombinante dans les urines pour les Jeux Olympiques de Sydney.

Ce test anti-dopage, utilisé de manière concomitante avec le test australien, sera pratiqué à partir d'un prélèvement sanguin. Le brevet des HCL porte sur le "double blotting", résultat des travaux conduits par Mme le Dr F. Lasne dans le laboratoire de biochimie de l'hôpital Edouard Herriot (chef de service : Pr Ch. Collombel). Ces travaux ont été perfectionnés au sein du Laboratoire National de Dépistage du Dopage pour aboutir à la mise au point d'un procédé de dépistage de l'EPO.

La collaboration HCL avec le Laboratoire National de Dépistage du Dopage se traduit :

- par une convention qui reconnaît notamment les droits des H.C.L. en tant que propriétaires de la méthode (brevet)
- par les démarches en cours pour le dépôt conjoint d'un brevet de perfectionnement, qui permettrait une couverture internationale.

Il est prévu la réalisation d'environ 300 à 400 tests lors des jeux de Sydney.

L'utilisation gratuite du brevet, lors de ces jeux, a été autorisée par les HCL, leur volonté étant de contribuer, dans le cadre de leurs missions de service public et d'intérêt général, à la lutte antidopage, sans que soit négligée la prise en compte médiatique des capacités inventives de ses équipes.

### Lutte contre la légionellose

*CHR d'Orléans*

Les légionelles sont des bactéries d'origine hydrique qui prolifèrent à une température de l'ordre de 35 à 40°C et leur destruction ne commence qu'aux alentours de 60°C.

Ces bactéries peuvent être responsables de graves infections respiratoires. Les études épidémiologiques ont démontré que la contamination se fait par le biais d'un aérosol : gouttelettes ou vapeur d'eau dont la taille des particules doit être suffisamment petite pour pénétrer dans le poumon profond. La contamination est possible lors de l'utilisation de l'eau chaude sanitaire, à partir des gouttelettes d'eau de très petite taille générées par les têtes de robinets et les pommes de douche.

Des circulaires ministérielles d'avril 1997 et de décembre 98 imposent aux établissements de santé de mettre en oeuvre des mesures lourdes visant la prévention des risques liés aux légionelles :

- Assurer un entretien régulier du réseau d'eau chaude sanitaire.
- Mettre en oeuvre une surveillance de la contamination des réseaux par la recherche de légionelles sur les prélèvements effectués notamment dans les ballons d'eau ainsi qu'aux points d'usage.
- Formaliser les procédures d'utilisation de l'eau pour les soins et la désinfection des dispositifs médicaux.
- Rechercher systématiquement une légionellose lors de la survenue d'une pneumopathie chez un patient hospitalisé.

Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales du CHR d'Orléans a réalisé un audit des installations à risque. La réalisation d'un traitement des réseaux s'avérant délicate, il est prévu de tester une méthodologie dans le service de pneumologie qui dispose d'un réseau identifiable et d'effectuer des analyses microbiologiques afin de mesurer les résultats obtenus.

D'autre part un projet de changement des réseaux d'eau froide et d'eau chaude sanitaire pour l'hôpital de la Source, d'un montant de 14 millions de francs, est en cours de réalisation.

### Lancement d'un plan d'action en faveur de la greffe

*AP-HP*

Le 22 juin dernier, alors que le professeur Henri Bismuth et toute l'équipe médico-chirurgicale du centre hépatobiliaire de l'Hôpital Paul-Brousse célébraient leur 1 500<sup>ème</sup> transplantation hépatique, devant des centaines de personnes, greffées du foie, Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, accompagnée de Dominique Gillot, secrétaire d'Etat à la Santé, lançait un plan d'action en faveur de la greffe.

"L'heure est venue d'accentuer l'effort en faveur des malades en attente de greffe dans un esprit de solidarité, de justice et de transparence", a déclaré Martine Aubry. L'objectif est d'atteindre, d'ici deux ans, un taux moyen de prélèvement de 20 par million d'habitant alors qu'il est actuellement de 16 (contre 32 en Espagne). Il faudra ensuite continuer à faire progresser ce taux de manière à endiguer la pénurie d'organes.\*

Pour relever ce défi, le nombre de coordinateurs chargés de recenser les donneurs potentiels au sein des hôpitaux sera triplé en trois ans ce qui entraînera la création de 120 postes. Les frais occasionnés par le don (examen, transport) seront systématiquement remboursés et l'acte de prélèvement sera valorisé au sein de l'activité hospitalière.

D'autres mesures ont été annoncées notamment en faveur du développement de la greffe de moelle osseuse avec une augmentation de la taille du fichier de donneurs français, la création de banques de sang placentaire et l'intégration de France Greffe de Moelle à l'Établissement Français du sang.

Le plan gouvernemental prévoit aussi de réduire les inégalités d'accès à la greffe entre les régions, de soutenir la recherche et d'encourager la solidarité des français par une véritable campagne de sensibilisation.

Enfin, le 22 juin a été officiellement déclaré "journée nationale consacrée au don d'organes, aux prélèvements et aux greffes".

\* pour faire face au manque de foies cadavériques transplantables, l'équipe du professeur Bismuth, a su innover : "foie réduit" d'un adulte pour un enfant ; "foie partagé" permettant de greffer deux receveurs avec un seul organe ; "transplantations dominos" où un foie va sauver trois et bientôt quatre vies, transplantations à partir de donneurs vivants...

## Le progrès médical, un bénéfice pour les patients

### CHU de Toulouse

**“Les techniques telles que le monitoring per-opératoire qui évite les risques de lésion du système nerveux au cours des interventions chirurgicales délicates ; l’acquisition de nouveaux équipements tels l’angiographie numérisée en ophtalmologie avec à la clé une amélioration du diagnostic et de l’intervention ; l’accompagnement des patients en fin de vie... sont autant d’exemples qui contribuent à un incontestable progrès médical.**

Ces innovations témoignent de la capacité de notre hôpital à garantir la meilleure qualité des soins à ceux qui font confiance à nos équipes médicales. Elles contribuent à la maîtrise des dépenses de santé – en diminuant la durée ou le nombre d’hospitalisations et des consommables – et à l’amélioration de la sécurité sanitaire.”  
Daniel Moïnard Directeur Général du CHU de Toulouse.

### Le CHU de Toulouse donne toutes ses chances à l’innovation

Pour encourager l’innovation médicale et en assurer le financement, le CHU a mis en place une Commission de l’innovation et des activités médicales nouvelles\*. Composée de 20 membres, cette instance a pour vocation de procéder à la sélection annuelle de projets d’innovation et d’activités nouvelles. Les projets retenus font l’objet d’une évaluation au terme d’une période de trois ans, d’une validation et d’un financement qui va de 100 000 F à 1MF. Pour les financer, la commission dispose d’un double budget : un fonds permanent de 3MF issu du prélèvement de 0,1% sur le budget de chaque centre de responsabilité et un fonds de développement non permanent de 1,2MF. Chaque année la commission sélectionne des innovations et/ou des activités nouvelles à qui elle attribue un financement. La commission “surveille” le développement du projet durant trois ans et ce n’est qu’au terme de ce délai qu’elle se prononce sur sa validation.

Sur une trentaine de projets soumis à la commission chaque année, près d’un tiers sont retenus. En 1999, la commission a ainsi validé 13 projets proposés en 1996.

### La sélection des dossiers

En début d’année le Président lance un appel d’offres à tous les services. Les postulants doivent décrire leur activité, joindre les publications majeures, préciser les objectifs quantitatifs (nombre de malades pris en charge, d’actes ou d’examen à réaliser), justifier les besoins d’équipements ou les demandes en personnel, évaluer le nombre de points ISA rapportés, les économies réalisées par le remplacement d’autres procédés diagnostiques ou thérapeutiques en vigueur et enfin inscrire cette activité dans le cadre du projet d’établissement.

Avant d’être soumise à la commission, l’activité nouvelle doit être appréciée par la Délégation à la recherche clinique ou par d’autres équipes françaises ou étrangères. Chaque dossier est ensuite rapporté par deux experts chargés de passer au crible la demande. Un classement de dossiers est alors effectué avec en haut du tableau les projets les plus innovants et les démarches transversales. La validation finale revient au Directeur Général.

Cette année le dossier du Pr.Clanet a retenu toute l’attention de la commission. Son monitoring per-opératoire a requis des investissements importants à la fois un équipement particulier et du personnel supplémentaire spécifique mais le résultat est probant : aucune paraplégie n’a été enregistrée auprès des 180 malades opérés depuis 1996 alors que le risque d’atteinte médullaire lors d’intervention traditionnelle du rachis est de 1%.

### Le progrès médical et le rayonnement du CHU de Toulouse

“Cette commission, dotée d’un budget somme toute modeste, a grandement favorisé l’émergence de l’innovation au CHU de Toulouse. En retour, elle renforce non seulement la motivation des équipes parties prenantes mais aussi leur renommée nationale ou internationale. Un constat particulièrement valorisant pour les malades et leur famille qui se sentent en confiance lorsqu’ils franchissent les portes de notre hôpital” se réjouit le Pr Cahuzac. Mais le succès doit aussi être géré. L’extension des activités nouvelles est une véritable question.

### Comment pérenniser et développer les activités nouvelles ?

Les activités nouvelles requièrent de nouveaux moyens. Ceux-ci peuvent être dégagés en interne en augmentant le prélèvement sur les centres de responsabilité ou encore en trouvant des ressources par la “location” de certaines activités au secteur privé. Le CHU de Toulouse peut aussi faire appel aux budgets spéciaux du Ministère de la santé. Sans cet apport, les activités nouvelles risquent d’être victimes de leur succès et de ne pouvoir satisfaire toutes les demandes des patients.

*\*Selon le Pr Cahuzac, président de la commission : une activité médicale peut être considérée comme nouvelle si elle consiste à la réalisation d’une conduite diagnostique ou thérapeutique innovante ou si elle applique une méthode traditionnelle à une cohorte de patients différente, non traitée jus- qu’alors au CHU de Toulouse.*

## droits des malades...

### Le contentieux

#### CHU d'Amiens

**Des patients mieux éduqués et plus informés, un législateur soucieux de renforcer les droits des usagers, l'affirmation d'un consumérisme de plus en plus exigeant face aux risques sont autant d'évolutions sociologiques qui expliquent l'augmentation des litiges à l'hôpital.** A cela il faut ajouter une jurisprudence administrative qui a considérablement modifié les conditions de l'engagement de la responsabilité des établissements hospitaliers. Celle-ci n'est plus seulement retenue pour faute lourde mais pour faute simple et touche des secteurs jusqu'alors préservés comme les SAMU et les actes d'anesthésie. De plus cette responsabilité peut être reconnue alors même qu'aucune faute n'est prouvée. Les tribunaux condamnent ainsi les établissements en cas de présomption de faute et en cas de responsabilité pour risque.

En cas de présomption de faute, la victime n'a pas à apporter la preuve du préjudice. C'est à l'hôpital de prouver qu'il n'y en a pas - principe appliqué notamment dans le cas d'infections nosocomiales.

En cas de responsabilité pour risque, le juge ne cherche plus à établir un lien entre le dommage et l'état antérieur de la victime ou avec l'acte pratiqué. On entre alors dans le domaine de l'aléa thérapeutique.

Face à cette "montée contentieuse" le CHU d'Amiens sensibilise ses personnels, les informe sur la responsabilité et sur le devoir d'information du patient. La direction du contentieux a également souhaité accroître la collaboration du corps médical dans la préparation des dossiers. Désormais, le chef de service assiste systématiquement à la réunion d'expertise au cours de laquelle l'ensemble des parties va s'exprimer sur les faits, leurs causes et leur signification. "Cette présence est ressentie par le plaignant comme une marque de respect de l'institution et du médecin à son égard. Elle offre l'occasion au praticien de s'expliquer une nouvelle fois sur son geste et sur ses choix. Enfin, elle inspire bien souvent une vision plus solennelle et plus authentique de l'affaire examinée par l'expert" explique Marie-Josèphe Billot, Directrice du Contentieux au CHU d'Amiens.

Enfin, une plaquette est diffusée aux patients avec le livret d'accueil ayant pour titre : "litiges ? Nous sommes à

vos écoute." La brochure guide les personnes qui souhaitent formuler une réclamation en leur indiquant les permanences d'information, en leur précisant les différents types de réclamation (soins, accueil, hébergement, détérioration, perte d'objet, prise en charge financière...) et à quelle direction les adresser.

#### Procédure officielle

Toute requête fait l'objet d'une enquête dans le service. Ensuite, si le problème le justifie, l'établissement a recours aux services du médecin conciliateur. Quand le contentieux ne peut être évité, l'assureur de l'établissement est saisi. Une expertise amiable est généralement proposée par l'assureur, voire demandée par le CHU. En cas d'échec de solution amiable ou si le CHU et l'assureur estiment que la responsabilité de l'hôpital n'est pas engagée, le dossier passe alors à une phase contentieuse.

#### Nombre de dossiers contentieux en cours en octobre 99

Hépatite C : 14  
Séquelles après interventions chirurgicales : 14  
Accidents opératoires : 12  
Suites d'intervention chirurgicale ou d'actes médicaux : 12  
Décès : 8  
Erreur de diagnostic : 6  
Contestation de soins : 6  
Défaut d'information : 4  
Traumatismes dus aux chutes : 4  
Erreur dans l'administration de médicaments : 2

#### Assurances

Parmi les principaux contrats qui couvrent les risques hospitaliers, le plus important est la responsabilité civile.

Au CHU d'Amiens, le coût global de l'assurance en 1998 revient à près de 4 millions de francs.

#### Réflexions

Selon le Dr Françoise Bernard, médecin conciliateur "La qualité des soins est rarement mise en cause ; par contre, le contact est insuffisant entre les médecins et les familles. Ces dernières ont besoin d'être accueillies, rassurées, renseignées.

Enfin, le décès est un facteur de plainte déterminant pour les proches car, dans la société actuelle, la mort est interdite quels que soient l'âge et la pathologie."

### Le bureau des recherches des malades hospitalisés

#### AP-HP

**En composant le 01.40.27.31.55., il est désormais possible de retrouver une personne hospitalisée à l'AP-HP. Rattaché au département des droits du malade, le service fonctionne sept jours sur sept, de 9 h à 18 h.** Pour renseigner les 40 demandes quotidiennes, le bureau des recherches des malades hospitalisés consulte la liste informatisée des malades hospitalisés qui est actualisée deux fois par jour : le matin à 9 h et en début d'après-midi, à 14 heures.

#### Respecter la volonté du patient

Le renseignement n'est pas systématiquement fourni aux demandeurs. Le malade doit être consentant. En effet, à son admission, tout patient a droit à la confidentialité et aucun établissement n'est autorisé à donner des informations sur un malade sans son accord. Dans ce cas, le bureau des recherches se contente de signaler sa présence au sein d'un hôpital de l'AP-HP, sans pour autant en préciser le nom. Dans certains cas il peut même refuser de divulguer toute indication.

#### Identifier les patients inconscients, amnésiques ou fugueurs

Le bureau des recherches intervient également pour aider les familles à retrouver un malade non identifié hospitalisé à l'AP-HP. Il lui arrive de faire le rapprochement entre un signalement donné au téléphone par les proches et la description physique et vestimentaire fournie par un service. Cette fonction ne se substitue en rien au travail des commissariats de police qui sont chargés de poursuivre les enquêtes au-delà des investigations du bureau des recherches.

# ... droits des malades

## La qualité par le traitement des plaintes

### CHU de Rouen

**Manque de confort des chambres, parking inadapté, perte de bijoux, délais d'attente excessifs, comportement désobligeant du personnel, diagnostic et soins contestables... le courrier des patients donne une juste mesure des tensions qui peuvent exister entre le Centre Hospitalier Universitaire de Rouen et ses clients.**

Au début de l'année 2000, un bilan complet des réclamations parvenues à la Direction a été établi. Le nombre de lettres de plaintes connaît une légère augmentation depuis deux ans, par contre, le nombre de procédures judiciaires et d'incidents matériels (pertes de prothèse, de bijoux...) diminue. Quant aux réclamations, elles sont prises en compte plus rapidement et un accompagnement personnalisé est proposé aux patients dans le cadre des procédures de conciliation.

### L'étude des motifs de plainte

"La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour" rappelle l'article 1 de l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996.

L'étude des motifs de plainte ou de satisfaction des patients aident l'établissement à prendre conscience de difficultés de fond, à préparer la procédure d'accréditation et surtout à mieux s'adapter aux besoins et attentes du public. Ainsi, les réclamations liées à la disparition d'une prothèse dentaire ou d'un bijou personnel étaient fréquentes jusqu'en 1997. Leur nombre a sensiblement diminué depuis, parce qu'une sonnette d'alarme a été tirée. La direction des soins infirmiers a accordé une attention particulière à ce problème en incitant les équipes de soins à redoubler de vigilance au moment de l'inventaire, du débarrasage du repas ou du changement de draps.

### Apporter des réponses rapides et adaptées aux plaintes

Le CHU de Rouen s'est doté d'un dispositif complet pour gérer les réclamations de patients. La priorité a été de prendre en compte leur désarroi, rapidement et de manière personnalisée, par courrier ou oralement. En 1996, une cellule de gestion des plaintes a été créée à la direction de la clientèle et des finances. Elle a en charge l'instruction des lettres, les déclarations d'incidents, les contentieux et le recueil des questionnaires de satisfaction.

Depuis 1997, les dossiers d'ordre médical sont confiés au Pr Wolf, médecin-conciliateur, chargé de l'écoute et de l'orientation des patients et des relations aux services médicaux.

Dès le début de l'année 2000, des permanences d'accueil du public ont été ouvertes sur chacun des sites de court séjour. Enfin, des bilans réguliers résumant les motifs d'insatisfaction des patients sont transmis aux instances du CHU : la commission médicale d'établissement, la commission des soins infirmiers et au Conseil d'Administration.

### Statistiques

Les incidents matériels ont enregistré une baisse significative de 35% en un an (99 en 98 contre 54 en 99). Soit une proportion de 5,4 pour 10.000 patients hospitalisés en 1999.

Les plaintes relatives à l'accueil, aux soins et aux relations avec le personnel augmentent depuis 10 ans : 2% entre 98 et 99 après une hausse de 33% entre 97 et 98 passant en deux ans d'un total de 120 à 160. Soit une proportion de 3,3 pour 10.000 patients (hospitalisés et consultants). Si le patient se fait de plus en plus exigeant, il convient cependant de relativiser cette augmentation au regard de la croissance de la fréquentation du CHU : + 2 à 3 % par an, notamment en consultation et aux Urgences.

### Les contentieux

Ces affaires concernent les saisines d'une juridiction administrative, civile ou pénale. Les procédures devant les tribunaux sont restées stables sur dix ans de 89 à 99 : en moyenne, 10 nouvelles requêtes présentées par an - Rapportées au nombre de patients cela donne 0,01 % des patients hospitalisés. Les procédures de conciliation ont sans doute permis d'éviter des procédures longues et inutiles.



## prévention...

### Eau douce : attention à la pollution

**CHU de Caen**

En France comme en Basse-Normandie, dans les activités en contact avec l'eau douce, l'homme s'expose à un risque de contamination par des micro-organismes pathogènes. La fréquence de cette exposition s'accroît régulièrement avec le développement actuel des activités de loisirs en pleine nature et surtout des activités nautiques. Et si le public connaît les caprices de la mer et ses dangers, il sous-estime souvent les risques qu'il encourt en eau douce. Pourtant, la pollution des eaux est à l'origine de nombreuses infections comme le souligne le Docteur Marquet dans une thèse sur les risques de pathologies liées à la qualité des eaux. Son travail a été mené sous l'égide du Pr Xavier le Coutour, Professeur d'Hygiène Hospitalière au CHU de Caen.

Les eaux naturelles diffèrent essentiellement des piscines par leurs risques de pollution qui est à la fois endogène et exogène. La pollution des plans d'eau est due aux animaux (rats, canards, chiens...), aux polluants (égouts, usines...), au déséquilibre biologique (phénomène d'eutrophisation avec la prolifération d'algues). Leurs agents infectieux peuvent provoquer des gastro-entérites, hépatites, infections ORL et oculaires, infections cutanées, pneumopathies, méningites, atteintes neurologiques (poliomyélite).

Les premiers touchés\* sont les nageurs et les sportifs amateurs de canoë-kayak, de rafting, de ski nautique, de planche à voile... Le risque infectieux dépend à la fois de la contamination, de son intensité, du mode de contact (attention aux ingestions) et de la sensibilité individuelle. Heureusement, ces contaminations en général bénignes se manifestent par des troubles digestifs mineurs, cutanés, ORL ou ophtalmologiques qui guérissent après un traitement. La leptospirose est toujours une maladie d'actualité, responsable parfois de cas graves, et se révèle en augmentation régulière en Basse-Normandie. Les autres pathologies infectieuses observées sont des maladies connues comme

l'hépatite A, la shigellose ou les entéroviroses, ou bien dûes à des germes dits "émergents" : la cryptosporidiose, la giardiose, la cyanobactériose, la dermatite du baigneur ou les pathologies causées par le virus de Norwalk. Heureusement, ces affections sont le plus souvent bénignes.

#### La surveillance de la qualité des eaux

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) tente d'établir un seuil maximal pour la concentration d'indicateurs (ou germes témoins) au-dessus desquels les risques pour la santé deviennent inacceptables. Sur les plans d'eau français, on applique la norme européenne 76/160/CEE qui dose les bacilles coliformes fécaux et streptocoques fécaux. Cette recherche est régulièrement faite par les DDAS sur toutes les zones de baignades.

La surveillance porte aussi sur les lieux d'installation des baignades. Celles-ci doivent être hors des zones de turbulence et à l'abri des souillures urbaines et industrielles. Quant à l'eau, elle doit satisfaire certains critères : ne pas contenir de substance nuisible à la santé, ne pas changer anormalement de couleur, ne pas provoquer d'irritation pour la peau et les muqueuses, ne pas comporter de mousse persistante, ni sentir (notamment une odeur de phénol). Enfin, la transparence de l'eau au repos doit être supérieure à 1 mètre et son PH doit se situer entre 6 et 9. Le public peut consulter les conclusions du contrôle sanitaire en mairie où elles sont obligatoirement affichées.

#### Recommandations

Avant de se baigner en eau douce, se renseigner sur la nature du plan d'eau, vérifier l'existence d'un affichage, être à jour des vaccinations et surtout évaluer et prévenir le risque de noyade.

*\*La Basse-Normandie compte à elle seule 2379 adhérents licenciés dans l'une de ces activités ce qui est loin de représenter le nombre de pratiquants effectifs qui s'élève à plusieurs milliers.*

### Diabétologie, quels produits acheter au supermarché ?

**CHU de Clermont-Ferrand**

En diabétologie (service du Pr Thieblot) l'équipe soignante est impliquée dans la fonction restauration tant sur le plan nutritionnel que sur le plan éducatif. La diététicienne propose un enseignement riche et diversifié (cours deux fois par semaine avec des reproductions d'aliments en plastique et une application pratique une fois par semaine au Self) mais ces actions se déroulent toujours au sein de l'hôpital. Aujourd'hui une expérience innovante est menée au supermarché. Deux fois par semaine, la diététicienne accompagne les patients dans les rayons. En achetant les bons produits, les personnes diabétiques apprennent à mieux gérer leur nouveau mode de vie alimentaire.

#### Une éducation mieux ciblée et plus concrète

La veille des courses, un livret fourni par la grande surface comportant le listing des produits présents dans les rayons est remis aux participants. Ils peuvent ainsi préparer leurs questions sur les produits qui les intéressent. Le lendemain le groupe passe dans tous les rayons alimentaires. La diététicienne s'arrête, pose des questions, lit et analyse avec les patients les étiquettes des produits, ce qui leur permet de faire la différence entre des produits qui semblent identiques. Au rayon fruits et légumes une pesée est prévue pour bien visualiser le rapport grammage/volume.

Hors de l'atmosphère de l'hôpital les patients découvrent des soignants sans blouse blanche et leur comportement change avec une vision du service hospitalier et de la diététique plus positive. Les soignants qui côtoient les patients "en civil" au comportement naturel et authentique dans le cadre de la vie courante ont un regard et une écoute différents. Après 6 mois d'expérience l'impression générale des patients est satisfaisante. Le travail concret est bien adapté à la vie courante. Les patients apprennent à choisir les bons produits en faisant les courses "comme tout le monde" grâce à la lecture des étiquettes, l'acquisition de connaissances, la découverte de nouveaux produits autorisés. Tous ces éléments contribuent à établir un climat de détente et de confiance qui facilite l'acquisition de connaissances que les patients utilisent à leur sortie du CHU.

Ce projet a pu aboutir grâce au partenariat entre le CHU et une grande surface.

## ... p r é v e n t i o n

### Prévention de l'asthme

#### CHU de Fort-de-France

**Cette maladie chronique perturbe la croissance et retarde la scolarité de l'enfant, entraîne l'absentéisme professionnel et limite la vie sociale de l'adulte. Or les moyens de prévention existent. Reste à les faire connaître.**

C'est pourquoi une infirmière du service de pneumologie du CHU de Fort-De-France a été formée à l'éducation du patient asthmatique. Cette IDE est reconnue comme la "référénte dans l'éducation de l'asthme" par les autres soignants du CHU et par les partenaires médicaux et paramédicaux extérieurs. Ses messages atteignent aussi le grand public. Une journée sur le thème "prévention et éducation de l'asthme" a même été organisée en mai dernier au centre commercial "la Galleria" dans le cadre de la journée de l'infirmière, en partenariat avec le Comité Départemental de la Martinique contre les maladies respiratoires, le service de médecine physique et de réadaptation du CHU, l'éducation nationale et différentes associations et entreprises.

#### La Martinique se situe parmi les pays de forte prévalence\*

260 prises en charge d'asthme par l'équipe du SAMU  
10 malades asthmatiques hospitalisés en réanimation pour asthme grave  
8 malades hospitalisés en réanimation pour asthme sévère  
87 patients hospitalisés ont bénéficié d'une proposition de prise en charge  
28 ont reçu une initiation durant leur séjour hospitalier  
15 ont été revu après le séjour  
44 ne se sont pas présentés au rendez-vous qui leur avait été fixé au moment de la sortie du service

\*chiffres août 98-99

### Le CHR, acteur de la prévention et de l'éducation pour la santé

#### CHR d'Orléans

**A Orléans un Pôle de santé publique a été constitué.** Il regroupe l'observatoire régional de la santé de la région Centre (O.R.S.), le réseau Ville - hôpital SIDA, le réseau toxicomanie, le collège régional d'éducation pour la santé (C.R.E.S.). Ce rassemblement de compétences favorise un travail en synergie des professionnels de la santé avec les acteurs du secteur social et éducatif.

**Le CHR d'Orléans prend part et organise des campagnes de communication sur des thèmes de santé publique :** grossesse et dépendances, lutte contre le tabagisme. L'établissement participe à la journée mondiale de la prévention du suicide (février 2000) et à la journée mondiale de lutte contre le SIDA, au dépistage du cancer de la peau. Son Institut de Formation aux Soins Infirmiers a engagé une action d'éducation pour la santé dans les écoles primaires de St Denis en Val. Le CHR organise des séances mensuelles d'information sur la ménopause avec présentation d'un film "Ménopause, l'avenir se prépare aujourd'hui". L'établissement est un relais important des 3<sup>èmes</sup> Journées Ville Santé, organisées chaque année par la ville d'Orléans. Le CHR est également présent à "la nuit du zapping" organisée en faveur de la lutte contre le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles.

**De plus, un "espace santé",** propriété du C.H.R., situé au coeur même de la Ville, est mis à disposition de la C.P.A.M. du Loiret qui y assure une permanence d'accueil et d'information ainsi que des expositions temporaires sur des thèmes de santé publique.

# médecine & progrès

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

### La recherche\* comme un enrichissement

#### CHU de Nantes

A Nantes, la recherche fait l'objet d'un engagement fort. "Il s'agit là d'un choix stratégique qui a pour corollaire l'exigence d'une évaluation, d'un débat et d'une négociation autour des objectifs et des moyens sollicités" explique Raymond Le Moign, Directeur des Affaires Médicales de la Recherche et de la Stratégie.

Le CHU a choisi de favoriser les interactions entre la recherche à caractère fondamental, la recherche clinique et les pratiques des soins. L'établissement souhaite également contribuer à la reconnaissance nationale des équipes médicales.

#### Un essor rapide et durable

En quelques années, le CHU de Nantes a vu augmenter le nombre de ses unités INSERM. Il en existe cinq\*\* aujourd'hui, les deux dernières ayant été créées en janvier 2000 :

L'unité INSERM U533 dirigée par le Pr. Denis Escande représente une des pôles forts de la recherche cardiovasculaire en France et sur l'étude des maladies cardiovasculaires, première cause de mortalité dans les pays développés. Focalisée sur la recherche cardiovasculaire et pneumologique, cette unité regroupe une soixantaine de personnes. Les programmes portent sur la prévention de la mort subite de l'adulte, l'hypertrophie myocardique et l'insuffisance cardiaque et la pathologie veineuse. Dans le champ des maladies respiratoires, les programmes concernent principalement la mucoviscidose.

Les succès de l'équipe reposent sur les interconnexions établies entre la recherche clinique, la génétique et l'étude de la fonction des gènes. Son organisation reflète sa démarche scientifique qui comprend une thématique "gènes" incluant deux équipes : génétique cardiovasculaire et génomique et une thématique "fonctions" qui associe trois groupes complémentaires centrés sur les récepteurs membranaires, les canaux ioniques et canalopathies et la signalisation intracellulaire. Cette structure est complétée par des chercheurs en génétique directement issus du département de cardiologie et par une cellule de valorisation.

L'unité INSERM U539 est dirigée par le Pr Christian Labois. Formée de 45 per-

sonnes dont cinq chercheurs statutaires (4 INSERM et 1 INRA), l'unité est centrée sur la biologie et la physiologie intestinales et sur la physiopathologie des maladies inflammatoires de l'intestin représentée par les services de Gastro-entérologie, Endocrinologie / Nutrition et Anatomopathologie.

Deux équipes interviennent. La première développe des approches de recherche fondamentale visant à caractériser les fonctions spécialisées des cellules intestinales à l'état normal et au cours du stress inflammatoire. La seconde, étudie les mécanismes d'intégration des fonctions spécialisées de l'intestin ainsi que leur contrôle métabolique et la physiopathologie des maladies inflammatoires intestinales, envisagée notamment dans une perspective de développement de nouvelles approches pharmacologiques. Cette organisation présente une complémentarité d'approches allant de la cellule à l'homme et une interaction forte entre les deux équipes animées par des chercheurs statutaires et des hospitalo-universitaires.

#### La recherche clinique

La recherche clinique vise à découvrir de nouveaux traitements, à mieux comprendre les maladies, ou encore à développer et évaluer de nouvelles stratégies thérapeutiques. Au CHU de Nantes les domaines concernés par la recherche clinique sont principalement :

- la médecine (médecine interne, endocrinologie et maladies métaboliques, dermatologie...) avec 23,6% des essais,
- la cancérologie : 15,90%,
- les pathologies thoraciques, cardiaques et vasculaires 7%,
- la néphrologie : 7%,
- l'anesthésie-réanimation : 7%,
- la pédiatrie : 7%

\*La recherche médicale couvre un large spectre, allant de la recherche expérimentale (compréhension des mécanismes physiologiques et physiopathologiques) aux recherches cliniques (recherche appliquée, en santé publique ou épidémiologique).

\*\*Autres équipes

Unité U419 "Biologie des cancers coliques et thérapeutiques expérimentales" dirigée par le Pr Khaled Meffah

Unité U437 "Immuno-intervention dans les allo et xénotransplantations" dirigée par le Pr Jean-Paul Soullou, Unité U463 "Interactions récepteurs-ligands en immunocancérologie et immunopathologie" dirigée par le Pr. Marc Bonneville

### Améliorer le devenir des personnes âgées hospitalisées

#### CHU de Reims

Les personnes âgées représentent 20% des patients hospitalisés et leur nombre est en constante progression\*. Admis le plus fréquemment en urgence, elles souffrent d'une dégradation de leurs aptitudes physiologiques telles que la dépression, l'isolement et la dépendance. Troubles qui ne correspondent pas à une pathologie déterminée mais qui limitent encore leurs capacités d'adaptation au stress et au changement d'environnement.

Pour améliorer leur prise en charge et structurer la discipline gériatrique au niveau national, une coordination a été mise en place. Elle réunit des équipes de 11 CHU\*\*, de l'INSERM Unité 500 de Montpellier et de IRF 12 Paris.

#### Le déroulement de l'étude nationale

Ces experts ont élaboré un projet multi-centrique national afin d'étudier les filières de soins et le devenir des personnes âgées hospitalisées en terme de qualité de vie, de ré-hospitalisation et de mortalité. Dans un premier temps, une étude longitudinale portant sur 1400 personnes âgées admises en urgence dans sept centres décrira et comparera les critères d'orientation vers un service d'hospitalisation plutôt qu'un autre ainsi que les conditions de sortie de l'hôpital.

Une deuxième étape consistera à suivre ces 1400 patients âgés pendant 18 mois à leur domicile ou en institution, afin de mieux identifier les facteurs pronostiques de leur devenir. Cette analyse permettra d'établir une typologie des personnes âgées à risque dans ces différentes situations.

La dernière étape portera sur la création d'unités mobiles de gériatrie dans cinq autres centres. Ces équipes sont composées de gériatres, d'infirmières, d'assistantes sociales, de kinésithérapeutes et d'ergothérapeutes. L'étude portera sur 500 patients arrivés en urgence et admis dans les services de médecine (autres que gériatriques). La moitié sera suivie selon les procédures habituelles de soins courants ; l'autre moitié bénéficiera de l'intervention d'une unité mobile chargée de l'évaluation gériatrique standardisée globale. L'unité mobile proposera également des actions thérapeutiques adaptées. L'unité mobile aide aussi à préparer la sortie du patient pour le retour à domicile ou un éventuel accueil en structure spécialisée (soins de longue durée, maison de retraite...)

### La contribution du CHU de Reims

Participant au réseau de recherche, l'équipe du Pr. Blanchard, chef du service de gériatrie à l'Hôpital Sébastopol du CHU de Reims a été retenue dans le cadre du PHRC\*\*\* pour son projet sur "les malades âgés fragiles : étude du recours aux services d'urgence, des filières intra-hospitalières après hospitalisation en urgence, des facteurs prédictifs du devenir dans les 18 mois et évaluation d'une intervention gériatrique"

\*La France compte actuellement 3 millions de personnes âgées de plus de 75 ans

\*\*Grenoble, Montpellier, Nîmes, trois hôpitaux parisiens, Reims, Saint-Etienne, Strasbourg, Toulouse, Orléans

\*\*\*PHRC : Projet Hospitalier de Recherche Clinique.

## Le Centre de Recherche Clinique

### CHU de Rouen

La recherche en Haute Normandie vient d'être stimulée grâce à la création d'un Centre de Recherche Clinique au sein du CHU de Rouen. Inauguré le 6 décembre 1999, le CRC a bénéficié du parrainage du Conseil Régional, de l'Université de Rouen via la faculté de médecine, du CHU et de l'Agence Régionale de l'hospitalisation. Ce Centre fédère trois unités fonctionnelles : l'unité fonctionnelle de biostatistique du service de neurophysiologie, l'unité fonctionnelle de biométrie et biostatistique du département d'épidémiologie de santé publique et de l'unité fonctionnelle représentée par la structure physique du CRC rattachée au service d'endocrinologie et maladies métaboliques. Il met à la disposition de toutes les équipes concernées par la recherche appliquée chez l'homme des moyens logistiques spécifiques. Ce regroupement présente plusieurs avantages : il renforce le potentiel technique de la recherche, facilite la réalisation des protocoles et favorise le développement multithématique de la recherche clinique.

Actuellement, un quinzaine d'études sont en cours de réalisation : études médicamenteuse de la phase I à la phase III, évaluation de matériel biomédical, études épidémiologiques, études cognitives de physiologie, physiopathologie, diagnostic ou pronostic s'inscrivant dans le cadre uni ou multicentrique. A terme il est prévu de transformer le Centre de Recherche Clinique en Centre d'Investigation Clinique. L'obtention du parrainage national de l'Inserm apportera un label reconnu et des financements sur quatre ans. Le dossier destiné à poser la candidature du CRC est en cours de finalisation.

## Aspirine et grossesse

### CHRU de Lille

**Depuis 7 ans, 29 maternités du Nord-Pas-de-Calais, de Picardie et de Bruxelles et plus de 4 500 femmes enceintes de leur premier enfant ont participé à l'Essai Régional Aspirine Mère-Enfant : ERASME.** Son but est de savoir si la prescription de l'aspirine réduit les risques d'hypertension artérielle de la grossesse et les complications qui lui sont associées : hémorragies, convulsions, décès maternels, faible poids de naissance, décès de l'enfant qui sont à l'origine de 25% des hospitalisations en réanimation des mères et des enfants autour de la naissance. Pour mener à bien cette étude, les obstétriciens et néonatalogues ont prescrit aux mamans volontaires des doses " nourrissons " d'aspirine (100mg entre la 21<sup>ème</sup> et la 34<sup>ème</sup> semaine de grossesse) ou un placebo. Le bilan montre que l'hypertension artérielle ne peut être prévenue par la prescription généralisée d'aspirine. celle-ci doit être réservée aux femmes présentant une grossesse à risque.

## Le prix Bretagne de la recherche décerné au Professeur Pierre Youinou

### CHU de Brest

Pierre Youinou, directeur du laboratoire immunologie et pathologie du CHU de Brest, a vu récompenser ses travaux sur les trois maladies auto-immunes : le lupus, le syndrome sec et la polyarthrite rhumatoïde (maladie qui touche un Breton sur 100 et un tiers des femmes de plus de 50 ans). Pierre Youinou étudie les mécanismes à l'origine de ces trois maladies et notamment le récepteur CD5 des lymphocytes B et son importance dans l'auto-immunité : Comment une molécule située à la surface des lymphocytes arrive dans certains cas à tuer la cellule et dans d'autres à la faire proliférer ? Une étude qui a fait la renommée internationale du chercheur. "A travers ce prix, c'est tout un équipage qui est récompensé" rappelle Pierre Youinou à qui le Président du Conseil Général vient de remettre 100 000F.

Pierre Youinou avait reçu le prix de l'Académie de Médecine en 1997. Travailleur acharné, agrégé d'immunologie et membre de plus de 13 sociétés savantes, il assure avec un égal succès sa triple mission de soins, d'enseignement et de recherche.



### Un simulateur pour la formation des futurs ophtalmologistes

**CHRU de Lille**

Depuis janvier 2000, les internes du service d'ophtalmologie de l'hôpital Huriez s'entraînent à la photocoagulation par laser sur un simulateur avant de réaliser cet examen complexe sur les patients. Ce simulateur, baptisé PixEyes est le fruit d'un projet né à Lille il y a déjà 7 ans.

A l'origine, un groupe de chercheurs lillois de Lille 1 (Université des Sciences et Technologies) et hospitalo-universitaires (Faculté de Médecine et CHRU) ont conçu cet équipement destiné à favoriser la formation pratique virtuelle des internes en médecine.

Le transfert de technologie a ensuite permis de confier la fabrication du prototype à une jeune entreprise - Simedge - située à Lille, sur le Parc Eurasanté. D'abord mis au point pour l'ophtalmologie, le simulateur est adapté à d'autres examens dans d'autres disciplines médicales.

Cet équipement de pointe en matière de formation médicale, a été conçu et développé à Lille. Acquis par la Faculté de Médecine, il est dès à présent mis à la disposition des futurs praticiens en formation au CHRU, il sera également au service de tous les ophtalmologistes de la région dans le cadre de la formation continue.

#### Formation Médicale : de nouvelles méthodes pour de nouveaux besoins

Les techniques d'investigation médicale et d'intervention chirurgicale mettent en jeu des instruments de plus en plus sophistiqués. Complexes, variés et souvent renouvelés, ces matériels exigent une grande maîtrise de leur fonctionnement. Celle-ci s'acquiert progressivement, au cours des interventions sur les patients effectuées sous la supervision d'un praticien expérimenté.

Or, le principe de cette formation est actuellement confronté aux évolutions culturelles de notre société : les patients acceptent de moins en moins d'être soignés par des praticiens peu expérimentés. De plus, la formation d'un praticien génère des coûts : mobilisation d'une salle d'intervention, présence d'un professeur, utilisation accrue d'instruments souvent onéreux...

Enfin, une évolution législative récente relative à la Formation Médicale Continue des médecins précise que " l'entretien et le perfectionnement des connaissances constituent pour chaque médecin un devoir professionnel " .

Dans ce contexte, il convient de procurer au praticien débutant ou confirmé d'autres formes d'apprentissage qui puissent lui offrir une diversité de terrain d'expériences tant matérielles que cliniques tout en limitant les coûts de formation.

#### NTIC et formation médicale initiale et continue : de belles perspectives

L'utilisation de simulateurs d'instruments médicaux semble offrir une solution prometteuse pour la formation instrumentale d'un praticien et l'évaluation de ses compétences grâce aux outils d'aide per-opératoire et aux simulateurs à visée pédagogique.

Dès janvier 1993, les chercheurs ont travaillé à la mise au point des simulateurs à visée pédagogique. En 1995, le groupement d'intérêt scientifique " simulateur pédagogique d'instruments médicaux " voit le jour, associant l'Institut de Techniques Médicales, qui rassemble le CHRU, la Faculté de Médecine, l'Université de Lille 2 et le Laboratoire d'Informatique Fondamentale de Lille, Université de Lille 1.

L'objectif du G.I.S. est de concevoir et de réaliser des simulateurs d'apprentissage, en partenariat avec les médecins spécialistes.

Ces travaux s'appuient sur une recherche universitaire pluridisciplinaire - automatique, informatique et génie biomédical- qui en assure les développements scientifiques : modélisation d'organes déformables, analyse des interactions instruments-organes, conception du retour d'effort. Ils ont fait l'objet de publications scientifiques reconnues.

#### Liste des simulateurs développés depuis 1993

- SOPHOCLE (Simulateur Ophtalmologique de PHOtocoagulation LasEr)
- SPEED (Simulateur Pédagogique d'Echo Endoscopie Digestive)
- SPIC (Simulateur Pédagogique d'Intervention en Coelioscopie)
- Simulateur pour chirurgie in utero échoguidée (Amniocentèse)
- Simulateur d'arthroscopie de l'épaule
- Simulateur de biopsie percutanée (radiologie interventionnelle)

#### De la recherche fondamentale à la naissance d'une " Start Up " unique en France

Les prototypes sont au point : il faut les rendre disponibles au marché. A Lille, le transfert industriel s'est concrétisé par la création d'une entreprise, SIMEDGE S.A.. Trois enseignants chercheurs, tous trois impliqués dans le travail de conception des prototypes, se sont personnellement engagés dans cette entreprise. L'activité de SIMEDGE s'appuie dans un premier temps, sur le développement industriel et la commercialisation de PixEyes - nom commercial de SOPHOCLE- simulateur ophtalmologique de photocoagulation laser.

A noter qu'il n'existe en France aucune autre entreprise spécialisée dans ce domaine

#### La région Nord - Pas de Calais un pôle de référence dans la conception et la mise en œuvre des simulateurs d'apprentissage en médecine

Dès 1995, les partenaires institutionnels engagent d'importants moyens pour développer les travaux sur les simulateurs. Ainsi, des crédits de recherche ont été spécifiquement attribués à cette thématique par l'ANVAR (contrats Aide-Transfert), le FEDER, le Ministère de la Santé (Programme Hospitalier de Recherche Clinique). Le Centre Hospitalier Régional Universitaire, la Faculté de Médecine, l'Université Droit et Santé (Lille 2) et l'Université des Sciences et Technologies (Lille1) accompagnent le financement de cette recherche et la valorisation des réalisations pour favoriser le transfert industriel des prototypes.

L'acquisition du premier simulateur PixEyes témoigne de l'engagement de la Faculté de Médecine de Lille dans le développement de nouvelles voies de formation médicale. Cet investissement conforte l'avancée du Nord - Pas de Calais dans le domaine des simulateurs médicaux à visée pédagogique.

### Création d'un Centre d'Imagerie Cérébrale Fonctionnelle

AP-HM

Les progrès spectaculaires réalisés dans la connaissance des fonctions du cerveau humain sont dus, pour une large part, au développement récent de nouvelles technologies d'imagerie fonctionnelle. Elles permettent de localiser avec précision les structures nerveuses actives pendant le travail cérébral et de suivre l'évolution de celui-ci au cours du temps. La mise en œuvre de ces outils puissants d'investigation a rendu réaliste l'ambition de mettre les fonctions sophistiquées du cerveau humain à la portée d'une analyse scientifique. Elle a été à l'origine de l'essor actuel des neurosciences de la cognition dont l'objectif est de comprendre les processus grâce auxquels nous prenons connaissance du monde, stockons et transformons ces connaissances et les utilisons pour agir sur notre environnement.

Au cours de cette dernière décennie, une nouvelle technique d'imagerie cérébrale fonctionnelle a été mise au point à partir de l'imagerie par résonance magnétique. Cette technique offre un grand nombre d'avantages car elle est sans danger pour le sujet (pas d'injection, pas de radioactivité) et présente une très bonne résolution spatiale (de l'ordre du mm<sup>3</sup>). De plus elle peut facilement être mise en œuvre pour des applications cliniques car la plupart des hôpitaux disposent d'appareils d'imagerie par résonance magnétique. Le principe de l'IRMf est de mesurer le flux sanguin et le taux d'oxygénation du sang qui reflètent indirectement l'activité neuronale.

Dans le cadre de l'Institut Fédératif de Recherche " Sciences du Cerveau ", le CNRS, les trois universités d'Aix-Marseille et l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille ont œuvré conjointement pour mener à bien l'ambitieux projet d'installer un centre inter-organismes d'Imagerie cérébrale fonctionnelle au service de la communauté médicale et scientifique. Ce projet d'envergure a bénéficié d'un soutien important de la part des collectivités territoriales : La Région Provence-Alpes-Côte d'Azur, le Conseil Général du Département des Bouches du Rhône, la Communauté des Communes.

Ce Centre IRMf est installé à l'Hôpital de la Timone dans les locaux mis à la disposition et rénovés par l'APHM **L'IRM à très haut champ magnétique (3 Tesla, Bruker).**

Cet instrument particulièrement puissant et adapté à la technique IRMf dont la communauté scientifique marseillaise vient de faire l'acquisition constitue un des rares exemplaires existant sur le territoire français.

La création du centre IRMf de Marseille offre à la communauté des Neurosciences des perspectives scientifiques très prometteuses.

### L'imagerie à l'aube d'une vraie révolution

CHU de Nancy

A la pointe du progrès, la radiologie est une discipline médico-technique où tout va très vite. En un an le CHU de Nancy a investi 30 millions de francs dans son parc d'équipements radiologiques. Aujourd'hui le CHU présente ses dernières acquisitions. Arrêt sur images...

#### Changement d'une IRM et d'un scanner

La grande nouveauté du site de Brabois sera sans conteste la future IRM. La procédure de renouvellement vient d'arriver à son terme, par le choix d'un modèle haut.

Quant à l'hôpital d'Enfants il bénéficie d'un nouveau scanner.

#### Deux nouvelles salles

A côté des appareils vedettes que sont scanners et IRM, le service de radiologie de Brabois a vu deux salles conventionnelles renouvelées en matériel Siemens. La première est dédiée aux examens de contraste (UIV, TOGD...) tandis que l'autre consacre son activité aux examens ostéo-articulaires. Un Cranex 3+ Hologic complète l'équipement pour réaliser des orthopantomogrammes.

Côté post-traitement de l'image, le système écrans radio-luminescents à mémoire donne entière satisfaction. Ces plaques, qui ne contiennent plus de films mais des cristaux "à mémoire", permettent la suppression du film (facteur d'économie) et la numérisation des données. Une expérience d'abandon total du film a été réalisée avec succès dans le service du Pr Borrelly, connecté à celui de radiologie via une console.

#### Sur le site de Central

Dans le service de radiologie Guilloz, les grands changements remontent à 1998 avec l'acquisition d'un scanner, appareil spiralé ultrarapide, d'une salle d'angiographie qualifiée par le Dr Fays de "Rolls des angiographies", et d'un échographe couleur piloté par le Dr Pierucci. Fin 99, la remise à jour du matériel a accru sa rapidité ce qui permet de mieux répondre aux situations d'urgence. Auparavant, l'examen scanographique d'un polytraumatisé prenait deux heures et demi, sans compter le temps de traitement des images. Aujourd'hui le délai n'est plus que de trois quarts d'heures et les équipes chirurgicales peuvent intervenir plus tôt. L'autre avantage est l'exploration des structures en mouvement. Plus l'appareil va vite, plus il peut explorer des structures dyna-

miques, comme les gros vaisseaux par exemple, car il peut réaliser une succession d'images prises à intervalles très courts. Les scanners hélicoïdaux rapides permettent les diagnostics d'embolie pulmonaire, en évitant artériographie et scintigraphie.

**L'événement majeur concernant le service de neuroradiologie a bien entendu été le déménagement dans les nouveaux locaux.** Devenues de véritables blocs opératoires, les salles d'angiographie garantissent les meilleures conditions d'asepsie et de rapidité d'intervention dues à leur position de carrefour : IRM, radiologie Guilloz, services d'urgence, de maxillo-faciale, de chirurgie sont à proximité de l'hôpital neurologique.

Les appareils biplan produisent des images 3D que le service du Pr Picard a été le premier au monde à réaliser. Faire "tourner" l'image pour la visualiser sous tous ses angles permet de mieux cerner les malformations neurovasculaires par exemple.

### La radiologie soigne son accueil

Comment préserver l'intimité des malades ? Comment réaliser plus de 100 examens/jour et faire baisser le temps d'attente des patients ? Autant de questions qui relèvent de la même préoccupation : l'accueil du patient. Dans le service de radiologie Guilloz, le chemin d'accès au scanner a été dédoublé : un réservé au personnel, un réservé au patient. Ainsi, les allées et venues des manipulateurs ne troublent pas l'intimité de ceux qui attendent l'examen. Lorsqu'au poids des photos, on doit ajouter le choc des mots, le couloir du service n'était pas le lieu idéal ! Le petit bureau réservé à l'annonce des résultats facilite cette chaleur humaine qui fait tant défaut aux tables d'examen.

Couleurs pastels et moins d'attente

A Brabois, repères visuels, couleurs pastels et décoration éloignent le stress et simplifient l'orientation.

Autre innovation dans le domaine des radios pulmonaires : des salles d'attente presque vides. Les brancardiers vont chercher les malades seulement quelques minutes avant leur rendez-vous, et pratiquent ainsi le "flux tendu". Une organisation plus lourde à gérer, mais plébiscitée par les patients.

### Quelques chiffres

30 examens sont pratiqués quotidiennement sur le scanner de l'hôpital Central.

15 minutes : temps de présence du malade sur la table n'arrête pas de baisser avec le nouveau scanner.

### Mieux comprendre pour prescrire

De plus en plus complexe, la discipline demande une formation permanente et les radiologues du CHU n'hésitent plus à inviter les médecins de ville. Ainsi, les 9 et 10 octobre derniers, un symposium international a été organisé au Palais des congrès de Nancy sur le thème des scanners multibarrettes et matriciels. L'équipe du service de radiologie Guilloz avait convié plus de 250 personnes pour écouter des experts européens et Américains exposer les aspects techniques, médicaux et financiers des scanners de dernière génération, qui supplantent d'autres techniques telles que l'angiographie dans le diagnostic d'embolie pulmonaire.

### Pet Scan

Le CHU vient de décider l'acquisition d'une tomographie à positron. Un équipement ultraperformant, de près de 10 MF. Le cyclotron qui produit le traceur serait partagé par 4 CHU de l'Est.

#### Le concept de multipropriété

C'est l'histoire d'un lithotriporteur balladeur, démonté toutes les semaines, chargé dans son camion et réinstallé 60 km plus loin. C'est le quotidien pour une IRM dont les plages d'utilisation sont réparties entre plusieurs équipes de pôles et de disciplines différents. C'est aussi celui du scanner de l'hôpital d'enfants dont la convention d'utilisation permettra à trois Centres hospitaliers généraux de pouvoir l'utiliser. Plus rapides, plus performantes, moins irradiantes, accessibles à tous les acteurs de soins, les nouvelles images ont tout pour elles, sauf peut-être leur coût d'acquisition qui grimpe en flèche alors pourquoi ne pas les partager ?

#### Exemple de répartition des plages d'utilisation du scanner de l'hôpital d'enfants

4,76 % Hôpital Jeanne d'Arc  
11,90% Lunéville  
27,27% Hôpital d'enfants  
2,7 Maison de retraite Saint-Charles  
43,88% Brabois Adultes  
2,04% Pont à Mousson  
7,48 % Consultations (Hors CHU)

## Traitement de la polyarthrite rhumatoïde sévère

CHU de Nice

**Un français sur trois souffre ou a souffert de rhumatismes aigus ou chroniques. Ils peuvent être graves et invalidants. Des traitements efficaces existent pour lutter contre la douleur et le handicap. C'est le cas de la polyarthrite rhumatoïde sévère.**

Cette maladie se caractérise par un déséquilibre entre les cytokines pro-inflammatoires et les cytokines anti-inflammatoires qui conduit à des destructions articulaires.

Deux nouveaux traitements développés au CHU de Nice permettent de réduire ce déséquilibre :

- l'injection par voie sous-cutanée d'un récepteur soluble (Embrel)
- l'administration par voie veineuse d'un anticorps monoclonal (Rémicade)

## Le premier centre de tomographie par émission de positons

AP-HP

**Permettre la détection précoce de tissu cancéreux primitif ou secondaire sur la totalité du corps** et l'évaluation précoce de l'efficacité de certaines chimiothérapies chez des malades atteints de cancers broncho-pulmonaires et colo-rectaux, de lymphomes et mélanomes malins et ce, sans douleur et avec une irradiation minime, telle est l'avancée qu'autorise la dernière-née des techniques de médecine nucléaire : la tomographie par émission de positons (TEP).

Inauguré le 12 septembre 2000, le premier centre de tomographie par émission de positons (TEP) de l'AP-HP est installé à l'hôpital Tenon. Les hôpitaux Saint-Antoine, Lariboisière, Henri Mondor et Saint-Louis sont également partenaires.

" On détecte des tumeurs de 5 mm " explique le professeur Jean-Noël Talbot, chef comité de pilotage du centre de TEP. D'autres applications sont à l'étude notamment en cancérologie (ORL, sein, ovaire, testicule, sarcome), en médecine (infectiologie, neurologie) ou en recherche en thérapie génique ".

### Thérapie génique : une première mondiale à Necker-Enfants malades

AP-HP

**Grâce à la thérapie génique, une équipe de chercheurs français de a réussi à faire sortir deux enfants de leurs bulles.** Condamnés à vivre à l'hôpital dans un environnement stérile, deux garçons atteints d'une maladie rare et héréditaire : le "déficit immunitaire combiné sévère lié au chromosome X"\* ont reçu en février 99 l'injection d'un gène réparateur chargé de générer les cellules leur faisant défaut. Jusque là, seule la greffe de moelle osseuse pouvait laisser espérer une guérison... à condition de trouver un donneur compatible !

Aujourd'hui, ils vivent en famille, sans aucun traitement et sont confrontés aux maladies infantiles habituelles sans que leur vie soit en danger.

Faute de recul, on ne peut encore affirmer si cette guérison est temporaire ou définitive. Mais, pour la première fois au monde, démonstration est faite de l'efficacité de la thérapie génique. Ce succès est le résultat d'un travail conduit par le professeur Alain Fischer (service d'immunologie-hématologie pédiatrique) et le docteur Marina Cavazzana-Calvo (Inserm) et soutenu par l'Inserm, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et l'Association française contre les myopathies. A l'avenir, la thérapie génique pourrait " guérir " d'autres déficits immunitaires héréditaires.

*\*Maladie exclusivement masculine, le DICS-X est dû au défaut d'un gène responsable de l'absence d'une catégorie de cellules sanguines, indispensables à l'organisme pour se défendre contre les infections.*

### L'imagerie numérisée en temps réel

CHU de Reims

**Un réseau de transmission d'images numériques vient d'être installé dans le nouveau bâtiment des urgences du CHU de Reims.** Réalisation originale en France, il permet aux médecins de recevoir en temps réel et sur leur écran les résultats d'exams radiologiques : scanner, angiographie et radiographie osseuses. Praticiens, ingénieurs, radiologues plébiscitent ce progrès technologique qui autorise un accès rapide à l'information, le stockage des images et à terme la constitution d'un dossier médical sécurisé propre à chaque patient.

" La facilité de consultation et la suppression des risques d'erreurs ou de perte de films représentent un gain en termes de qualité, de temps et d'économie pour les services " souligne le Pr Lacour du Service de radiologie de l'Hôpital de Maison Blanche. Quant aux médecins du SAMU qui travaillent par définition dans l'urgence, ils reçoivent directement les résultats sur leur poste informatique et peuvent ainsi établir très vite un diagnostic.

L'apparition de systèmes informatiques performants et le câblage en fibres optiques de l'ensemble du CHU ont permis de concrétiser ce projet. Le Centre Régional d'Informatique Hospitalière a débuté

son étude en 1995. L'évolution des techniques lui a permis de construire une architecture couplant la distribution centralisée des images et leur visualisation sur un serveur indépendant dans chaque service. L'autre clé de la réussite du projet réside dans l'interface entre le Système d'information Hospitalier et le réseau d'images : pour que cet outil fonctionne rapidement, il fallait gérer automatiquement l'identification du patient et celle du demandeur. Le logiciel RX a été conçu à cet effet ; il permet de vérifier et d'enrichir les informations sur les patients à partir de la gestion informatisée des rendez-vous effectuée à l'accueil du service de radiologie. Ces données sont transmises directement aux systèmes de radiologie qui appliquent les règles de gestion de l'information.

#### Apprendre à interpréter l'image sur écran

Les services destinataires disposent de postes d'affichage -DRICOM- avec des écrans de format 21 pouces fournissant des images de très haute qualité et des possibilités de zoom et de cadrage. Outils précieux mais dont la maîtrise requiert une période d'adaptation.

#### Des projets

Au CRIH, Sylvain Roesch est chargé de développer l'imagerie médicale dans le cadre du projet DREAM. Ce nouveau système de gestion des dossiers médicaux permettra de visualiser les informations radiologiques sur les postes informatiques existants, comme cela se pratique déjà pour les résultats des examens de laboratoires. A terme les images radiologiques pourront même être consultées de l'extérieur du CHU par les autres établissements et les médecins de ville avec des procédures garantissant une confidentialité optimale des données.

#### De nouveaux défis à relever

Pour généraliser l'utilisation du réseau d'images, il reste à raccorder l'ensemble de l'hôpital et à créer une banque de données centralisée car la mémoire actuelle ne permet pas de stocker les images numérisées au-delà de quelques mois. Les utilisateurs espèrent aussi intégrer sur le logiciel DREAM l'interprétation et l'imagerie, actuellement diffusées séparément. Enfin, il faudra assurer la confidentialité totale du système et sa protection contre les risques de disparition de données ou de piratages.

*\*La norme Dicom a été retenue, il s'agit d'un standard international spécifiquement adapté au traitement et à la transmission des images radiologiques.*



### Une nouvelle technique d'imagerie médicale : l'angiographie rotationnelle en trois dimensions

#### CHU de Strasbourg

L'angiographie rotationnelle en trois dimensions associée à un système bi-plan est une modalité d'imagerie médicale récente. Le CHU de Strasbourg fait partie des premiers CHU au monde à bénéficier de cette technologie. En France, il s'agit de la troisième installation.

L'angiographie rotationnelle en trois dimensions est utilisée lors du bilan comme un outil diagnostique de pointe. L'angiographie numérisée bi-plan est utilisée lors du geste thérapeutique. La combinaison des deux technologies propose un très bon niveau de connaissance des maladies vasculaires et permet ainsi de mieux réaliser les gestes thérapeutiques, avec un niveau de sécurité amélioré.

En 1999, 2000 patients ont été pris en charge aux HUS pour des examens vasculaires, 400 bénéficient d'un acte de radiologie interventionnelle. La radiologie interventionnelle\* constitue dans certains cas la seule possibilité thérapeutique et dans d'autres cas une alternative moins invasive que les techniques chirurgicales classiques.

#### Traiter les pathologies vasculaires sans opérer

La radiologie interventionnelle s'applique à une grande diversité de pathologies vasculaires neurologiques (anévrisme, fistules, malformations) et de pathologies vasculaires périphériques (artères des membres inférieurs).

Ces pathologies sont traitées :

- soit par embolisation (occlusion, obstruction) de vaisseaux abîmés (hémorragies nasales, bronchiques, digestives,...) ou de vaisseaux malformés (anévrismes, fistules, ...)
- soit par désobstruction c'est-à-dire dilatation des artères (jambes, reins, cou, carotide) ou mise en place d'endoprothèse (stent).

Les progrès technologiques ont permis de réduire les doses de rayonnement X et rendent compatibles ces techniques avec les actes les plus sophistiqués.

#### Bloc de radiologie interventionnelle

Une salle des HUS est entièrement consacrée à la radiologie diagnostique et à la radiologie interventionnelle. D'un coût total de 10 MF elle se compose d'un équipement d'angiographie numérisée comportant un système bi-plan et un logiciel d'angiographie rotationnelle en trois dimensions.

L'angiographie rotationnelle en trois dimensions est réalisée à titre diagnostique dans le cadre d'une opération programmée ou bien dans le cadre de l'urgence, immédiatement avant le geste thérapeutique. Elle est capable de donner un niveau de connaissance jusqu'alors inégalé. Elle offre une meilleure indication de traitement.

Elle s'utilise surtout en neurologie, en particulier dans le domaine des anévrismes intracrâniens. Mais elle peut également avoir un intérêt en pathologie vasculaire périphérique. Ceci est actuellement en évaluation dans notre CHU.

Le principe de la technique est de réaliser en 180° à une vitesse de 30°/seconde l'acquisition d'une centaine d'images. Ces images, après traitement informatique permettent d'obtenir des vues en trois dimensions. La précision de cette technique est inférieure au millimètre.

#### Réaliser des interventions auparavant impossibles ou très risquées

Dans certains cas la pathologie vasculaire ne pouvait pas être traitée car la zone anormale n'était pas bien comprise. La forme était trop complexe ou bien cachée par les vaisseaux normaux environnants. L'angiographie rotationnelle en trois dimensions élimine ce problème.

Dans les cas où la compréhension était suffisante, la qualité des informations obtenues par le 3D améliore le niveau de sécurité proposé au patient pour traiter des lésions vasculaires. Ceci réduit de façon importante le risque thérapeutique.

Ces progrès constituent un réel bénéfice pour le patient ainsi qu'un confort accru pour le médecin qui a une vision beaucoup plus précise de la lésion à traiter.

#### Les améliorations apportées par la 3D sur le plan technique sont :

- un gain de temps dans les procédures thérapeutiques
- une réduction des doses d'exposition aux rayons X
- une diminution du volume de produit de contraste injecté
- une meilleure compréhension de la morphologie de la zone à traiter
- une sélection d'une zone d'intérêt de quelques cm<sup>3</sup>
- l'élimination des superpositions des structures vasculaires normales environnantes
- la réalisation de mesures très précises

#### Et l'avenir

Les perspectives d'avenir sont d'améliorer encore l'usage de cette technique à l'ensemble des malformations vasculaires ; de réaliser une imagerie de type " angioscopie virtuelle ", appliquée à des vaisseaux de deux ou trois millimètres de diamètre ; d'élargir les indications à d'autres pathologies, en particulier aux pathologies vasculaires périphériques.

*\*radiologie interventionnelle : utilisation à des fins diagnostique et thérapeutique des techniques de l'imagerie médicale. La voie d'abord se fait le plus souvent à travers de simples points de ponction. Dans le domaine de la radiologie interventionnelle vasculaire, ce sont les vaisseaux (artères et veines) qui permettent d'atteindre la région à traiter. Les gestes réalisés sont : les angioplasties (dilatation des artères), les embolisations (occlusion de vaisseaux anormaux), divers prélèvements réalisés par cathétérisme, les injections sélectives intravasculaires de fibrinolytiques ou de substances antimitotiques.*

### **Un centre de tomographie par émission de positons (TEP Scan) à l'Hôpital Purpan**

*CHU de Toulouse*

**Le TEP Scan est désormais au centre de l'activité de l'Institut des sciences du cerveau créé par le Ministère de la Recherche en janvier dernier, en partenariat avec l'université, l'INSERM et le CNRS.**

Le TEP Scan, support thérapeutique et de recherche, est mis à la disposition de toutes les spécialités impliquées dans le territoire cérébral : neurologie, neurochirurgie, médecine nucléaire, gériatrie, psychiatrie, ORL, pédiatrie... Outil essentiel d'exploration du fonctionnement et de l'activation cérébrale, le TEP Scan intervient dans le diagnostic de nombreuses maladies du système nerveux : maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, accidents vasculaires cérébraux, tumeurs cérébrales, patholo-

gies cochléo-vestibulaires, affections psychiatriques comme l'épilepsie...

Dernièrement, les équipes ont même innové en se servant du TEP Scan pour analyser les fonctions du langage.

Le Centre TEP Scan de Toulouse est placé sous la responsabilité du Pr François Chollet (directeur de l'unité INSERM 455, Neuro-imagerie fonctionnelle, Plasticité cérébrale et Pathologie neurologique). Un comité technique composé des représentants des différentes spécialités utilisatrices a été constitué afin d'étudier les projets nécessitant l'emploi de cet appareil.

En France, il n'existe que trois autres complexes thérapeutiques de ce genre, à Orsay, Caen et Lyon.

## c h r o n i q u e m é d i c a l e ...

### **Mucoviscidose, le centre de soins**

*CHU d'Amiens*

**Depuis 1993, le centre de soins de la mucoviscidose d'Amiens est agréé par l'Association Française de Lutte contre la Mucoviscidose. Un an après il devenait le centre de soins référent régional dans le traitement de la mucoviscidose.**

A sa tête, le Dr Jean-Claude Pautard, pédiatre, et l'infirmière coordinatrice, Nathalie Moullard, ont tissé des liens avec infirmières et kinésithérapeutes libéraux et des hôpitaux périphériques (Saint-Quentin, Laon, Abbeville... Ils voient leurs patients atteints de mucoviscidose tous les ans ou tous les 6 mois au CHU pour un bilan complet et multidisciplinaire et organisent des soirées d'information.

Les infirmières de cardio-pneumologie pédiatrique enseignent à leurs consœurs libérales comment administrer des traitements en chambre implantable et constituent ainsi un réseau de compétence. Quant aux kinésithérapeutes de ville, ils peuvent réactualiser leurs connaissances en kinésithérapie respiratoire au CHU.

Ce réseau peut être sollicité par des pharmaciens d'officine en quête de conseil sur le choix d'un appareil d'aérosolthérapie. Il peut aussi servir pour d'autres maladies présentant des similitudes avec la mucoviscidose : les bronchiolites du nourrisson, l'asthme. Cette organisation informelle a été qualifiée d'exemplaire par la Conférence Régionale de Santé qui souhaiterait que ce modèle de prise en charge s'applique aux autres maladies génétiques, même rares, ainsi qu'aux différentes formes de handicap qui frappent la petite enfance.

### **Un réseau régional en santé respiratoire**

A terme il conviendrait de rédiger des conventions afin d'officialiser ce fonctionnement et de reconnaître le statut de coordinateur de réseau qu'il soit médical, infirmier ou kinésithérapeute. Enfin, en se référant au modèle canadien il serait intéressant de graduer le réseau avec :

- un plan de recherche fondamentale, de recherche clinique et de pratique de soins,
- un plan réseau de soins inter-établissements et ville-hôpital intégrant la prise en charge sociale (insertion scolaire et professionnelle)
- un plan de formation des professionnels hospitaliers et libéraux.

### La médecine du sommeil

#### CHU de Grenoble

La médecine du sommeil ne répond pas seulement à un besoin social parce qu'un tiers de notre existence se passe à dormir. Devenue transdisciplinaire, elle intervient aussi dans la détection de maladies fréquentes aux conséquences sociales lourdes : pathologies neuromusculaires et cardiovasculaires.

#### L'éveil d'une discipline

Dans les années 60, les scientifiques identifient le sommeil paradoxal - phase de l'activité onirique. Plus tard, ils individualisent les trois états de vigilance : la veille, le sommeil lent et le sommeil paradoxal. Chacun de ces états est associé à une activité neuronale spécifique et à une physiologie différente. C'est sur cette connaissance que vont se construire les fondements de la **médecine du sommeil**.

Cette nouvelle discipline clinique, d'abord constituée pour répondre aux troubles du sommeil (insomnie, parasomnie), puis aux troubles de l'éveil secondaire (sommolence diurne excessive), explore aujourd'hui les anomalies d'organes révélées ou aggravées au cours du sommeil. La perspective d'une véritable médecine interne au cours du sommeil est désormais d'actualité.

En effet, le sommeil paradoxal a un impact majeur sur l'activité des muscles respiratoires ce qui permet de détecter de façon précoce et fiable l'atteinte du diaphragme au cours des maladies neuromusculaires. Quant aux pathologies cardiovasculaires, leur expression nocturne semble cruciale : hypertension artérielle étroitement associée au syndrome d'apnée du sommeil ou de l'insuffisance cardiaque gauche...

#### Structuration de la médecine du sommeil

Aux Etats-Unis, il existe déjà 380 centres accrédités par "l'Academy of sleep medicine" pour une période de 5 ans renouvelables. Des démarches identiques se mettent en place en Europe et en France. Mais deux limitations fortes apparaissent. D'abord parce que l'insomnie, décrite par plus de 30% de la population ne nécessite pas d'investigation polygraphique lourde du sommeil. De fait, l'insomnie est d'abord une préoccupation de médecine générale et seule la demande du patient et la sévérité de l'atteinte conduiront à un avis spécialisé. D'autre part, le Syndrome d'Apnée du Sommeil,

maladie la plus fréquente avec une prévalence entre 2 et 4% de la population, a donné naissance à des structures plus légères et à des réseaux de soins. Dans ce cadre, le médecin généraliste joue un rôle essentiel puisqu'il lui revient de repérer la somnolence diurne excessive.

Les laboratoires du sommeil se spécialisent quant à eux vers des diagnostics ou des ajustements thérapeutiques complexes et vers la recherche clinique.

#### Le sommeil, un problème de santé publique

Aux Etats-Unis, en 1992, une campagne intitulée "Wake up America" a sensibilisé l'opinion publique la somnolence diurne et sur ses conséquences en terme de sécurité des transports et d'accidents de travail. En France un arrêté de mai 97 établit la somnolence diurne excessive comme une contre-indication absolue à la conduite automobile pour les conducteurs professionnels et relative pour les conducteurs du groupe tourisme.

#### Les traitements

Différentes études ont démontré l'efficacité de la Pression Positive Continue, traitement de référence du Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS) qui prévient sa survenue et normalise le sommeil. Mais l'impact de ce traitement sur les risques cardiovasculaires, reste à prouver.

#### Conséquences médico-économiques

En France, les troubles du sommeil ont des conséquences médico-économiques directes dues à la consommation élevée de psychotropes et indirectes sur la diminution de la productivité et sur les accidents associés... Il s'avère donc nécessaire de former soignants et patients à un usage approprié des hypnotiques et de traiter le SAS de façon plus systématique. Il en résulterait une diminution des dépenses médicales et pharmaceutiques, une réduction des accidents et surtout une amélioration de la qualité de vie, objectif majeur du traitement.

*D'après un article du Professeur Patrick Lévy Responsable médical et scientifique du laboratoire du sommeil du CHU de Grenoble, Directeur du laboratoire de Physiologie Respiratoire Expérimentale TimC UMR CNRS 5525 et Président de la Société Française de Recherche sur le Sommeil  
E.mail : plevy@chu-grenoble.fr*

### Une Pharmacie Oncologique au sein de la Fédération de Cancérologie

#### CHU de Brest

L'ouverture de la Pharmacie Oncologique au sein de la Fédération de Cancérologie va permettre une centralisation de la préparation des médicaments anti-cancéreux pour l'ensemble des services du CHU.

#### Les avantages de cette centralisation sont multiples :

- assurance qualité de la production (rédaction de procédures, formation continue du personnel, encadrement pharmaceutique permanent, garantie pour le patient),
- protection des manipulateurs,
- gain de temps infirmier : ces préparations étant jusque là réalisées par le personnel infirmier des services d'onco-hématologie, sous hotte à flux laminaire,
- cette nouvelle structure doit, en outre, permettre une économie substantielle en terme de dépenses de médicaments (réutilisation des flacons entamés, utilisation de spécialités avec un fort dosage) et en dispositifs médicaux (gants, masques, seringues...).

#### Un matériel à la pointe du progrès

L'équipe de la Pharmacie Oncologique se compose de trois préparateurs, d'un interne et d'un poste et demi de pharmacien. Elle travaille dorénavant dans des conditions sécuritaires optimales. **Le CHU s'est en effet doté d'un isolateur (enceinte filtrée close et stérile) placé dans une salle à atmosphère contrôlée (air filtré et renouvelé).** Le principe est simple. Le matériel et les produits nécessaires à la préparation sont stérilisés dans les quatre sas de l'isolateur. Les préparateurs, assis à l'extérieur de l'isolateur, accèdent alors aux produits et aux matériels stérilisés par des manchettes et de gants. La préparation se fait donc au travers de l'enceinte vitrée. Les produits injectables prêts à être distribués aux unités sont placés dans des sachets stériles et sortis de l'isolateur.

La pharmacie dispose cependant par sécurité d'une hotte à flux laminaire de dépannage.

### **Le logiciel " chimio " : de la prescription à l'administration**

Depuis le 25 septembre, ce logiciel constitue un lien unique entre les acteurs qui gravitent autour du patient : médecins, infirmières, pharmaciens et préparateurs. L'ensemble des protocoles de traitement par médicaments anti-cancéreux du CHU de BREST ont été entrés, après validation médicale, dans le logiciel " chimio ".

Les médecins et personnels paramédicaux des services concernés (hématologie-oncologie, dermatologie, gastro-entérologie, pédiatrie, ORL) ont reçu une formation à ce nouveau système, organisé par le service informatique du CHU. En pratique, le médecin prescrit, depuis un poste ordinateur. Cette prescription est reçue sur le poste en place dans la salle de préparation de la pharmacie, elle est alors validée par le pharmacien ; une fiche de fabrication est ensuite éditée ainsi que les étiquettes.

Dès que la préparation est prête, le pharmacien envoie le signal de fabrication à l'unité qui peut venir le chercher, ce qui évitera des déplacements prématurés ou des contacts téléphoniques inutiles. L'administration au patient est, en retour, signalée, par l'infirmière à la pharmacie.

La mise en place préalable de cette nouvelle organisation de travail avant l'arrivée des services cliniques permettra à la Pharmacie Oncologique d'être totalement opérationnelle et à son fonctionnement, d'être adopté par l'ensemble services.

## **Une nouvelle unité de réanimation néonatale et pédiatrique**

### **CHU de Clermont-Ferrand**

**L'évolution des techniques, la mise en œuvre d'un réseau de soins périnataux entre les établissements publics et privés d'Auvergne, le suivi toujours plus rigoureux des grossesses à haut risque, l'insuffisance du nombre de lits qui oblige parfois à transférer un nouveau-né relevant de la réanimation néonatale vers Lyon ou Saint-Étienne, de nouvelles exigences réglementaires, ont conduit le CHU à construire une unité de réanimation néonatale et pédiatrique de 20 lits, dans des espaces parfaitement adaptés à ce type de réanimation et avec des équipements entièrement renouvelés qui répondent aux technologies les plus avancées. Les objectifs sont multiples :**

- Assurer la prise en charge de toute détresse vitale chez l'enfant en provenance d'Auvergne.- Parfaire la collaboration avec les autres services locaux et régionaux de néonatalogie et d'obstétrique, dans le cadre du réseau de soins périnataux,- Sécuriser le transport du nouveau-né en détresse vitale, en collaboration avec le SAMU 63.- Améliorer la prise en charge et les soins.- Améliorer l'organisation et les conditions de travail des personnels médicaux et soignants.- Mieux accueillir et soutenir les parents et proches des enfants.- S'adapter aux normes réglementaires relatives à la périnatalité. Dans un premier temps les 15 premiers lits de cette unité ont été mis en service. Cette capacité de 15 lits correspond à la capacité autorisée à ce jour. Cinq autres lits seront ouverts en 2001 avec les dotations en personnels correspondantes.

Coût des travaux 17.4 millions de francs.

## **Soins palliatifs**

### **CHU de Clermont-Ferrand**

**Le Centre de Soins palliatifs du CHU met en place une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).**

L'objectif prioritaire du développement des moyens des soins palliatifs au niveau national est de permettre à toutes les équipes soignantes d'accompagner jusqu'au terme de leur vie les patients qu'ils ont côtoyés au cours de la maladie chronique. L'équipe mobile a pour mission de leur apporter une aide sur ces différents points. Cette équipe (composée d'un médecin, d'une infirmière, d'un psychologue, d'un cadre infirmier et d'une secrétaire) répond à l'appel des différents services et se rend sur place de façon à rencontrer le patient et sa famille. Les informations recueillies à cette occasion ainsi que les constatations et les besoins prioritaires font ensuite l'objet d'une discussion avec les responsables de soins. Une rencontre avec l'équipe soignante est proposée de façon à dégager les difficultés et à définir des objectifs de soins consensuels.

Dans un premier temps son action reste centrée sur le CHU. Elle sera ensuite à disposition des autres établissements de soins et des établissements médico-sociaux de l'agglomération. Ultérieurement, elle pourra également intervenir à domicile, notamment en collaboration avec le service HAD et répondre aux demandes des médecins libéraux et des infirmières.



### **Le service de médecine physique et de réadaptation**

#### **CHU de Fort-de-France**

**Entretenir et récupérer les capacités fonctionnelles, adapter le patient à son environnement, renforcer son autonomie en vue d'une réinsertion familiale ou professionnelle...** Autant d'interventions qui nécessitent un plateau technique moderne et la présence d'une équipe multidisciplinaire : un médecin coordonnateur de médecine physique et de réadaptation, d'un kinésithérapeute, d'un ergothérapeute, d'un orthophoniste, d'un psychologue, d'un orthoprothésiste, d'une assistante sociale, d'une infirmière, d'une aide soignante et d'un agent de service hospitalier.

#### **La prise en charge de l'homme handicapé temporairement ou définitivement**

Le champ d'action de la médecine physique et de réadaptation augmente avec l'amélioration des moyens médicaux et des techniques chirurgicales. Toutes les phases de la vie sont concernées, du nouveau-né au vieillard que sa pathologie soit évolutive ou pas : rhumatisme, arthrose, rachialgies, ostéoporose, fractures, entorses, suite de prothèse, rééducation concernant les atteintes neurologiques : hémiplégie, paraplégie et la rééducation respiratoire et cardiovasculaire, la rééducation des brûlés et la rééducation gériatrique.

Au CHU de Fort-De-France, un patient hospitalisé sur six est pris en charge par les kinésithérapeutes du service.

#### **Le service de médecine physique et de réadaptation du CHU de Fort-De-France**

Ce service a été créé en 1975. Il comporte 30 lits installés au Centre Emma Ventura. Sa vocation est de lutter contre les incapacités et les handicaps générés. Fonctionnant en filière et réseau de soins, le service coordonne l'activité des kinésithérapeutes des différents sites de rééducation du CHU et est en relation avec les kinésithérapeutes du secteur libéral.

### **Maladie de Parkinson : Un nouvel espoir pour les personnes souffrant**

#### **AP-HM**

La maladie de Parkinson est une maladie chronique touchant certaines régions du cerveau et pouvant entraîner après plusieurs années d'évolution un handicap sévère.

La maladie de Parkinson est une affection :

- fréquente : 2% des personnes de plus de 65 ans ; 120000 patients en France
- invalidante : deuxième cause de handicap après les accidents vasculaires cérébraux.

Des médicaments existent et sont très efficaces, mais un "échappement thérapeutique" survient fréquemment après quelques années nécessitant de nouveaux outils thérapeutiques.

Parmi ceux-ci la stimulation cérébrale profonde, découverte française du groupe grenoblois des professeurs Benabid et Pollak, a une efficacité rarement rencontrée en médecine. Cette technique permet de faire disparaître presque tous les signes de la maladie.

Des patients ayant "échappé" au traitement médicamenteux et devenus grabataires ont vu leur état transformé après un tel traitement. Certains patients jeunes ont pu reprendre une activité professionnelle.

#### **Le traitement chirurgical consiste à implanter deux électrodes comprenant 4 sites de stimulation dans le noyau cible : noyau subthalamique.**

Ces électrodes sont connectées par un câble sous-cutané, à un générateur électrique (stimulateur) qui permet de délivrer un courant électrique à haute fréquence au niveau du noyau cible. Des critères stricts de sélection des patients existent, d'où l'importance d'une expertise neurologique en pathologie du mouvement des centres pratiquant ce type d'intervention.

Le placement des électrodes nécessite une technique chirurgicale sophistiquée et une approche multidisciplinaire.

Actuellement deux nouvelles implantations sont réalisées chaque mois à Marseille et plusieurs dizaines de patients entrent dans les protocoles cliniques d'évaluation des critères (âge, tests moteurs, tests cognitifs, évaluation médicale globale).

Tous les patients atteints de maladie de Parkinson ne sont pas concernés par ce traitement chirurgical et une sélection des meilleurs répondeurs potentiels (meilleur rapport bénéfice/risque) doit être réalisée selon un protocole commun à tous les neurologues des centres experts. Le traitement médicamenteux seul peut suffire dans un grand nombre de cas et dans certaines formes de la maladie (avec atteinte des fonctions supérieures ou troubles de l'équilibre, par exemple) les malades ne répondent pas ou mal au traitement chirurgical.

C'est en fait chez des patients ayant généralement débuté leur maladie avant l'âge de 60 ans et qui présentent un "échappement" thérapeutique que ce traitement a de grandes chances de succès et est par conséquent indiqué.

A Marseille, 30 patients ont eu une implantation cérébrale profonde dans les noyaux sous-thalamiques à ce jour ; L'équipe du CHU de la Timone peut devenir dans les années à venir grâce à la maîtrise de la chirurgie stéréotaxique de son groupe neurochirurgical (service du Pr Péragnet), et aux protocoles médico-chirurgicaux déjà mis en place, l'un des centres de référence majeurs dans cette indication.

Il faut en effet souligner la place stratégique occupée depuis plusieurs années par la Timone grâce à la collaboration de plusieurs équipes de recherche CNRS avec les cliniciens impliqués. Ces équipes pourraient prochainement se regrouper sur le site universitaire afin de développer un pôle de recherche sur la maladie de Parkinson et la stimulation cérébrale profonde.

### Plaies et cicatrisation

#### CHU de Montpellier

En France, les escarres demeurent une pathologie méprisée et mal prise en compte. Pourtant, chaque escarre va coûter à la collectivité près de 150 000 F et entraîner des souffrances physiques et morales pour le patient et son entourage.

#### La prise en charge des plaies est difficile

Les CHU servent actuellement de réservoir pour cette pathologie, soit par apparition d'une plaie lors de l'hospitalisation (la prévalence des escarres est de 6 % environ au sein de la population hospitalisée), soit en les recevant de centres périphériques, de maisons de retraites ou du domicile. Il est urgent de considérer cette pathologie dans son ensemble. La collaboration entre soignants et médecins du CHU et de la ville doit être totale si l'on veut aboutir à créer un réseau de soins basé sur la coopération de chacun et la confiance respective. Soumises à des sollicitations nouvelles, les pratiques de soins évoluent.

#### Le CHU de Montpellier mène des actions aussi bien en interne que vers son environnement

En interne, une commission escarres existe depuis 1992, elle a été restructurée en 1999 et se nomme "commission plaies et cicatrisation". Les 20 personnes qui la composent veillent à harmoniser les pratiques de soins sur le CHU et à garantir le niveau de compétence pour une prise en charge de qualité. Des journées de formation ont été organisées.

Le CHU assure une formation des professionnels à deux niveaux :

- niveau 1, qui comporte environ 20 heures de cours de débrouillage sur les principes de la cicatrisation en milieu humide et la prise en charge de certaines pathologies
- niveau 2 constitué par un Diplôme d'Université qui a déjà formé plus de 120 IDE, Médecins et Pharmaciens.

Un journal "Actu plaies et cicatrisation" est diffusé aux équipes de soins, un guide des bonnes pratiques a été élaboré. Le prix Hélioscope est venu récompenser l'ensemble de ce travail en 1999.

Vers l'extérieur du CHU, la constitution d'un réseau Ville-Hôpital sur les plaies est en cours. C'est un maillon indispensable à l'exportation du savoir-faire que nous cultivons depuis 8 ans. En effet, on assiste à l'heure actuelle à un effet de captation des cas d'escarres difficiles par le CHU, mais les structures hospitalo-universitaires sont mal adaptées à ce type de pathologie et les patients, souvent âgés, doivent être éloignés de leur domicile. Il est donc nécessaire de proposer une solution alternative, permettant de soigner au mieux et au plus près.

Le réseau sera composé d'experts formés par le CHU et la Faculté de Médecine. Un système de télétransmission constituera le maillage régional qui reliera tous les acteurs.

Les plaies sont un domaine de santé publique émergent qui nécessite une transversalité totale entre les différents intervenants. "Les pouvoirs publics commencent à nous aider dans cette démarche." Conclut le Dr Luc Téot

Chirurgien, praticien hospitalier - Service des Brûlés - CHU de Montpellier - Site internet : [www.sffpc.org](http://www.sffpc.org)

### Création de deux nouveaux centres

#### CHU de Nice

#### Un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal

##### Les objectifs :

- Détecter le plus précocément possible toutes les malformations
- Donner des avis préalables à toute interruption médicale de grossesse

##### Les missions :

- constituer un pôle de compétences cliniques et biologiques au service des patientes et des praticiens
- favoriser l'accès à l'ensemble des activités de médecine fœtale et de diagnostic prénatal
- donner des avis et des conseils en terme de diagnostic, de pronostic et de thérapeutique dans le cadre d'une suspicion d'affection de l'embryon ou du fœtus
- organiser des actions de formation sur le diagnostic prénatal (formation médicale continue)

#### Un Centre Clinico-Biologique des Lipides

Le Comité Français de Coordination des Recherches sur l'Arthérosclérose et le Cholestérol (ARCOL) vient d'habiliter un Centre Clinico-Biologique des Lipides au CHU de NICE.

##### Les objectifs :

- participer à la prévention des maladies dues à l'arthérosclérose par sensibilité de la population et information des médecins en améliorant le dépistage et le traitement des dyslipidémies,
- favoriser la recherche sur les lipides en suscitant et coordonnant des programmes de recherche,
- coordonner l'implantation et le fonctionnement des centres clinico-biologiques des lipides (CCBL).

## q u a l i t é ...

### Le traitement de la douleur au quotidien

#### CHU de Bordeaux

En septembre 98\* un Comité de Lutte contre la Douleur a été créé au CHU de Bordeaux. Sa mission : améliorer l'approche et le traitement du patient douloureux. Présidé par le Pr Henry responsable de l'unité de traitement des douleurs chroniques, ce groupe s'est tout d'abord investi dans l'élaboration d'une enquête et dans son administration auprès de 2000 patients et soignants.

Une fois les réponses analysées, le groupe a réfléchi à une démarche thérapeutique rigoureuse et protocolaire afin de lutter contre la douleur et d'évaluer précisément les pratiques. Des séances plénières ont été organisées ; 170 personnes se sont réunies pour découvrir le bilan de l'étude et approfondir la physiopathologie de la douleur et ses méthodes d'évaluation... Quant aux ateliers, ils portaient sur la pratique de l'analgésie auto-contrôlée ambulatoire, la physiothérapie et la perfusion sous-cutanée. A l'issue des rencontres, un mémento sur la prescription des antalgiques était remis à chaque participant.

#### Ce qui change pour les patients

L'engagement a été pris d'interroger chaque personne hospitalisée sur l'existence d'une ou de plusieurs douleurs ; cette démarche devant être notée tous les jours sur la feuille de température où figure aussi la courbe de la douleur. Ce dispositif est complété par la mise en place de nouveaux outils, protocoles et formations. L'identification de postes de médecins et d'infirmières référents-douleur est également envisagée ainsi que la création d'une consultation pluridisciplinaire. Cette dynamique a également favorisé l'émergence de nombreux projets tels que l'élaboration de méthodes spécifiques à chaque service. Fort de ce succès, le groupe de médecins et de cadres infirmiers partage désormais ses valeurs et son expérience avec les professionnels de tous les établissements du CHU.

\*Date de la publication de la circulaire ministérielle n°98/586

### Améliorer la prise en charge nutritionnelle du malade

#### CHU de Clermont-Ferrand

50% des CHU possèdent un "Comité de Liaison Alimentation-Nutrition" appelé aussi CLAN contre 18% de l'ensemble des établissements hospitaliers.

La mise en place de cette structure est motivée par trois raisons :

1 - L'existence d'un problème de dénutrition à l'hôpital (30 à 50% des patients selon les services) le plus souvent non dépistée et donc non traitée.

2 - Le rapport de mission du Pr Guy-Grand " l'alimentation en milieu hospitalier " de janvier 1997 qui met en évidence de multiples dysfonctionnements tout au long de la chaîne alimentation-nutrition, tant au niveau de la restauration qu'au niveau des différents intervenants.

3 - La mise en place d'une démarche qualité dans le cadre de l'accréditation.

Pour le CHU de Clermont-ferrand, le CLAN, structure transversale et multidisciplinaire dont la vocation est de réunir les différents professionnels de santé concernés par l'alimentation et la nutrition à l'hôpital, de faciliter la communication entre eux et leur coordination, concorde au CHU de Clermont Ferrand avec le renouvellement de ses outils de production en restauration. **Le but premier de cette structure est d'améliorer la prise en charge nutritionnelle du malade hospitalisé en remplaçant l'alimentation dans le soin.** Un bilan de l'existant est actuellement en cours (état des lieux, problèmes, dysfonctionnement...) et permettra d'envisager des mesures correctives.

En priorité, le CLAN organisera des campagnes de formation et de sensibilisation auprès des professionnels de la chaîne alimentation-nutrition, des personnels paramédicaux et médicaux. Il développera également des actions d'éducation auprès du patient et de son entourage.

### Mieux accueillir les patients

#### CHU de Fort-de-France

Comment améliorer l'accueil et mieux prendre en compte les attentes des patients ? La Direction des Services de Soins Infirmiers et la Délégation Qualité du CHU de Fort-De-France se mobilisent. Les actions engagées pour humaniser l'institution s'adaptent aux différentes situations vécues par les consultants, les personnes hospitalisées ou les malades et blessés arrivés aux urgences.

#### Des hôtesse pour accueillir les consultants

Les hôtesse d'accueil des consultations externes existent depuis octobre 1999. Leur fonction exige une disponibilité permanente, elles orientent et si besoin est, accompagnent le patient dans les différents lieux de consultation et les aident à remplir les formalités administratives. Elles recueillent aussi les critiques des clients contrariés par une attente trop longue ou la complexité des formalités. "Nous gérons cette agressivité en restant calmes et disponibles et en essayant de répondre au mieux aux exigences des personnes." Expliquent Murielle Destin et Guylène Bernard, hôtesse en poste à l'Hôpital Pierre Zobda-Quitman.

Un public composite s'adresse à elles : personnes âgées, jeunes, patients désorientés, handicapés mais aussi ambulanciers et médecins. Tous apprécient leur présence car les hôtesse soulagent aussi bien le personnel soignant moins interrompu dans son travail que les patients qui obtiennent plus facilement les informations.

#### De nouvelles salles d'attente au service des hospitalisés et de leurs proches

Ces espaces ont été aménagés dans les services de chirurgie infantile, de chirurgie générale, de chirurgie orthopédique, de médecine interne, d'ophtalmologie, de stomatologie, d'odontologie, de médecine interne,

## ... q u a l i t é

de gériatrie et de cardiologie. Les malades et leurs parents, installés de façon plus confortable, se sentent mieux pris en charge. Ils acceptent aussi plus facilement les délais d'attente et se montrent plus calmes et détendus lors des soins.

### Un accueil personnalisé aux urgences

La plupart des cadres (6 sur 7) et des infirmiers (37 sur 41 IDE) exerçant au service d'accueil des urgences ont été formés à l'accueil et à l'orientation des personnes aux urgences. Confrontés aux urgences vraies ou ressenties, aux détresses psychosociales, à l'accueil des personnes sans domicile fixe et des toxicomanes, les infirmiers d'Accueil et d'Orientation (IAO) observent et écoutent la personne soignée. Ils interviennent en collaboration avec le médecin senior. Les IAO assurent également les relations entre le client, la famille et l'équipe soignante.

Actuellement un projet de consultation rapide avec un médecin affecté uniquement à l'orientation est à l'étude de même que le fonctionnement 24H/24 du poste de l'IAO et son réaménagement afin qu'il soit le premier interlocuteur du patient et de son entourage.

## La relation musicale

### *CHU de Saint-Etienne*

**Durant sa prise de sang à l'hôpital de jour L, jeune patiente du CHU de Saint-Etienne, entonnait "la sorcière Grabouilla" avec les infirmières ; chanson qu'elle avait apprise en oncologie lors de sa précédente hospitalisation. La veille, la petite fille avait hurlé pour le même soin et ses parents inquiets appréhendaient cette nouvelle piqûre. Surpris par son calme, ils ont remercié les soignants.**

### Pourquoi avons-nous tellement envie de faire de la musique ?

A cette interrogation les infirmières et aides puéricultrices du CHU de Saint-Etienne répondent en chœur que la musique est un moyen approprié pour détendre l'enfant - autant voire plus que les mots.

L'expérience pilote vécue au CHU de Saint-Etienne a débuté par une formation de 14 personnels paramédicaux (IDE et AP) du pôle pédiatrique de l'hôpital Nord. Aucune connaissance musicale n'était exigée seule comptait la motivation. Lors des deux sessions, les participants ont étudié les environnements sonores des services qui, comme chacun sait, sont loin d'être aussi calmes et feutrés que le laisse supposer la pancarte "Hôpital-silence". Ces réflexions ont débouché sur des actions d'écologie sonore puis sur l'apprentissage de chants et de rythmes. Des instruments ont été fabriqués à l'aide de matériaux de récupération et un CD de 24 chansons a même été enregistré. Enfin, il a fallu mettre en pratique les connaissances, vaincre sa timidité et ne pas s'arrêter au jugement des autres.

Le résultat est là. A l'hôpital la musique rend au tout petit son statut de personne à part entière. Elle aide l'enfant à vaincre le stress et l'appréhension du geste thérapeutique. Quant aux soi-

gnants, ils ne ressentent plus cette terrible frustration face à un jeune malade qui refuse les soins. L'intermède musical est aussi un moment très riche de convivialité, de connivence avec les équipes, les familles et les enfants " Dans ces moments-là, l'hôpital devient un lieu à dimension humaine "

Mais la musique n'est pas un remède miracle. Les soignants "chanteurs" de pédiatrie sont conscients de ses limites, ils ont appris à accepter le refus et la dérision (surtout celle des adolescents). Mais rien n'entame leur motivation. Pour eux, la musique à l'hôpital est une évidence et ils sont prêts à partager leur passion avec tous les services.



# management

## projet d'établissement...

### Un deuxième Projet d'établissement résolument inscrit dans l'amélioration continue de la qualité

#### CHU d'Angers

En 1993, le CHU d'Angers était un des premiers établissements de Santé à adopter un Projet d'Etablissement. En 1996, il était de nouveau précurseur en signant un contrat avec l'Etat. Enfin en sollicitant son accréditation dès 1999, il fut le premier CHU à bénéficier de la visite d'experts de l'ANAES.

C'est donc fort de ces différentes expériences que l'Etablissement angevin s'est engagé dans la conception de son deuxième Projet d'Etablissement. Selon sa tradition de management participatif, le CHU a élaboré ce dernier en associant, au plus près, les représentants de ses différentes composantes institutionnelles et professionnelles. Dans le même esprit, un Forum a été organisé, le 13 octobre dernier, afin d'exposer les caractéristiques du Projet et de débattre de ses enjeux avec l'ensemble du personnel et des partenaires du Centre Hospitalier.

#### Le CHU d'Angers : un centre de proximité et un pôle d'expertise

Par ce deuxième Projet, approuvé par le Conseil d'administration le 28 avril dernier, le CHU réaffirme sa volonté d'assurer son double rôle de centre de proximité et de pôle d'expertise, tout en améliorant la qualité des services offerts aux patients.

Résolument inscrit dans une politique générale d'amélioration de Qualité, le Projet d'Etablissement met en exergue, pour l'horizon "2000-2004", 4 objectifs stratégiques qui intègrent les préconisations du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

Ainsi, le premier objectif du CHU est-il d'adapter son offre de soins pour exercer au mieux ses missions de Service Public Hospitalier. Pour ce faire, il se propose d'une part, de développer les coopérations internes et externes et, d'autre part, de répondre au plus près à l'évolution constante des attentes des usagers.

La consolidation de sa politique d'amélioration de la Qualité, de la sécurité et des conditions de travail est également une des préoccupations majeures du CHU. A cet effet, et à titre d'exemple, les différentes démarches "Qualité" vont être fédérées dans un plan d'actions quinquennal.

Autre objectif de l'hôpital angevin : l'amélioration de l'efficacité de l'institution. Dans cette optique celui-ci a programmé, pour les prochaines années, de nombreuses actions transversales qui permettront de moderniser les modes de gestion, d'anticiper les évolutions, ou encore d'améliorer l'organisation et l'affectation des moyens.

Enfin, le dernier axe concerne la mobilisation des ressources nécessaires à la réussite du Projet d'Etablissement. A cet égard, obtenir des moyens nouveaux, préserver le financement des effectifs et permettre une progression appropriée des dépenses d'innovations médicales sont des facteurs considérés indispensables pour atteindre les objectifs que le CHU s'est fixé.

Ces 4 objectifs sont omniprésents dans chacun des 9 projets associés qui constituent le Projet d'Etablissement et dont le fondement est le Projet Médical.

#### Un engagement collectif

Ce deuxième Projet d'Etablissement, élément central de la politique du CHU pour les 5 prochaines années, sera complété par un Plan d'amélioration de la Qualité et un Contrat d'Objectifs et de Moyens. La mise en œuvre de ces 3 démarches, complémentaires et fortement interdépendantes, associera étroitement l'ensemble des hospitaliers au travers d'actions transversales ou décentralisées.

Ainsi, le Centre Hospitalier Universitaire renforcera, plus encore, son engagement au service des patients de la Région.

#### Les principales ambitions du projet médical

- réorganiser la filière médicale interne du service des urgences vers les services de suites

- faire face aux besoins de la région en chirurgie et en réanimation cardiaques  
- fédérer les activités cohérentes  
- développer les réseaux  
- regrouper les laboratoires  
- créer un institut angevin du cancer  
- concrétiser le projet psychiatrique en coopération avec le Centre de Santé Mentale Angevin  
- structurer la recherche clinique.

**Le programme-lits** : à terme le CHU devrait compter 1496 lits et places.

#### Le plan directeur et d'équipement :

##### - 400 MF consacrés :

- au regroupement, dans un même bâtiment des différents services de la future filière des urgences
- au regroupement des laboratoires de l'hôpital et de ceux de la recherche universitaire
- à l'implantation d'une fédération digestive et à la délocalisation du service de Rhumatologie
- à la mise en œuvre d'opérations immobilières diverses dont certaines engagées pour répondre aux priorités de santé régionales.

- 300 MF consacrés aux opérations d'investissement en équipements.

**3 autres projets** sont consacrés à la gestion des ressources humaines : le projet managérial, le projet de soins infirmiers et le projet des ressources humaines et projet social

Quant aux projets "logistiques et hôtelier" et de "système d'information", ils apportent leur concours technique à la réalisation des objectifs médicaux, de soins, managérial et architecturaux.

#### Les deux ambitions du projet financier

- Disposer des crédits de fonctionnement suffisants à la mise en œuvre du Projet d'établissement.

- Financer le programme d'investissement tout en préservant les grands équilibres financiers.

Evaluation du besoin relatif au financement du plan directeur et d'équipement : environ 7 MF/an pendant 5 ans.

## ... projet d'établissement...

### Le projet d'établissement : un guide d'action au service d'un hôpital solidaire

#### CHU de Poitiers

L'hôpital public est porteur de valeurs fortes qui ont forgé, au fil des temps, son identité et sa raison d'être : égalité, continuité, qualité, innovation et adaptation. Avec son nouveau projet d'établissement, le Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers construit son avenir dans cet esprit de défense et de promotion des valeurs du service public hospitalier.

Le 23 juin 2000, le Conseil d'Administration du Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers a voté un nouveau projet d'établissement couvrant la période 2001-2005. Au-delà des domaines obligatoires prévus par la loi\*, ce projet d'établissement intègre des activités transversales telles que la logistique, la démarche qualité, la santé publique ou bien les relations ville-hôpital.

#### L'amplification du rôle du Centre Hospitalier Universitaire en tant que pôle sanitaire régional et hôpital de proximité

Sur le plan médical, le Centre Hospitalier Universitaire définit son activité dans une perspective de projets et non plus de moyens. Il va engager plusieurs opérations de réorganisation médicale. "Il s'agit là d'une révolution au sein de la communauté médicale" souligne Jean-Pierre Dewitte, Directeur Général.

#### Une organisation améliorée et une complémentarité accrue

La restructuration du service des Urgences constitue une priorité, les locaux actuels n'étant plus adaptés à la forte activité de ce service. L'intégration des urgences pédiatriques et la contiguïté avec l'imagerie seront les deux nouvelles caractéristiques du futur service d'accueil des urgences.

Le Centre Hospitalier Universitaire intensifiera par ailleurs son investissement dans l'imagerie médicale en constituant un plateau technique unique autour duquel s'organiseront les activités médicales de l'établissement. La construction d'un plateau de biologie où seront regroupés les différents laboratoires figure également parmi les opérations fédératrices.

En ce qui concerne les alternatives à l'hospitalisation, le projet d'établissement s'est clairement positionné en faveur de leur promotion notamment en créant une structure dédiée à l'activité médicale et chirurgicale programmée de jour. Enfin, le Centre Hospitalier Universitaire a retenu le principe du regroupement sur le site de la Milétrie des activités de court séjour et de soins de suite gériatrique.

#### La consolidation de l'emploi

Le Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers consacrera de nouveaux moyens à la consolidation de l'emploi, à la réduction des emplois précaires mais aussi à la création d'emplois médicaux et non médicaux. Dans le même temps, le CHU encouragera le partage d'une plus grande responsabilité au sein de l'institution afin d'allier souplesse et efficacité, qualité et réactivité.

#### La création d'un Institut de Formation des Professionnels de Santé

La formation initiale bénéficiera d'une réorganisation de ses structures avec la création d'un Institut de Formation des Professionnels de Santé, regroupant autour de l'I.F.S.I l'ensemble des formations dispensées dans l'établissement. Quant aux formations continue et professionnelle, elles seront encouragées.

#### La priorité à la recherche et à l'innovation

La recherche médicale sera valorisée par la structuration d'un Centre de Recherche Clinique. Quant aux innovations thérapeu-

tiques et pharmaceutiques, elles bénéficieront d'un soutien particulier.

#### Le dossier unique du patient et l'adaptation aux nouvelles technologies

Le projet d'établissement a également fixé comme orientation majeure le renforcement du système de production et de circulation de l'information afin de créer un dossier unique du patient. Ce système d'information et de communication interne sera prolongé vers les acteurs extérieurs à l'établissement, notamment dans le cadre de la télémedecine et des réseaux de soins : périnatalité, cancérologie, gérontologie.

*\*projet médical, projet social, projet de soins infirmiers et projet du système d'information*

#### Un cadre d'action rénové avec la création de 15 pôles d'activité

La constitution de quinze pôles d'activité médicale et médico-technique correspond à une volonté forte de l'établissement de rechercher une organisation plus efficiente en privilégiant la complémentarité et la responsabilité. C'est donc, comme l'annonce le Professeur Bertrand Becq-Giraudon, Président de la Commission Médicale d'Etablissement "une grande aventure qui commence". La logique poursuivie dans la mise en place des pôles répond à un besoin de rapprochement des services pour promouvoir une organisation commune et solidaire à travers des mises en commun de moyens dans un objectif de prise en charge globale du patient.

- Pôle Médico-chirurgical de l'appareil digestif : Hépatogastroentérologie et Assistance Nutrive - Chirurgie Viscérale
- Pôle "Mère-Enfant" : Pédiatrie - Gynécologie-Obstétrique et Médecine de la Reproduction - Chirurgie Pédiatrique
- Pôle Cœur-Poumons : Département Médico-chirurgical de Cardiologie - Pneumologie - Explorations Fonctionnelles - Physiologie Respiratoire et de l'Exercice
- Pôle Fédération de Cancérologie et d'Hématologie : Oncologie Radiothérapique - Oncologie Médicale - Onco-Hématologie et Thérapie Cellulaire
- Pôle Urologie - Néphrologie - Hémodialyse et Transplantation Rénale
- Pôle Tête-Cou : Département d'O.R.L., de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale et d'Audiophonologie - Ophthalmologie
- Pôle Anesthésie - Réanimation Chirurgicale - Réanimation Médicale et Médecine Interne Urgences - S.A.M.U.
- Pôle Neuro-Sciences : Neurologie - Neurochirurgie, Chirurgie Vasculaire, Physiologie et Explorations Fonctionnelles
- Pôle Gériatrie : Réadaptation et Gériatrie - Médecine et Gériatrie
- Pôle Imagerie : Radiologie A - Radiologie B - Médecine Nucléaire et Biophysique
- Pôle Médecine Interne : Maladies Infectieuses et Tropicales - Rhumatologie - Orthopédie-Traumatologie
- Pôle Médecine Interne - Endocrinologie et Maladies métaboliques - Dermatologie - Chirurgie Plastique - Médecine Physique et Réadaptation
- Pôle Biologie : Laboratoires de Biologie
- Pôle Santé Publique et Recherche Clinique : Département d'information médicale - Pharmacologie Clinique - Prévention et Education pour la Santé
- Pôle Pharmacie

## ... projet d'établissement

### L'avenir du CHU

#### CHU de Saint-Etienne

**" Le projet d'établissement ne répond pas seulement à une obligation légale. Il correspond au besoin pour toute institution de prévoir et organiser son avenir. Sa préparation doit être un moment privilégié de débat, de mobilisation en vue d'une amélioration constante du service rendu au malade. "**

*Guy Richier, Directeur Général*

#### Un environnement sanitaire défavorisé

Depuis plusieurs années, la démographie du département de la Loire se définit par des indicateurs défavorables. La population a diminué de 18 000 habitants en dix ans et une baisse de 14% des naissances est encore prévue. Par ailleurs, la tendance au vieillissement de la population est supérieure aux données nationales et régionales. Dans le même temps, les difficultés sociales sont plus accentuées qu'ailleurs, le revenu moyen par habitant plus faible. Quant aux chômeurs de longue durée et aux bénéficiaires du revenu minimum d'insertion, leur nombre est supérieur aux données nationales et régionales.

Les besoins de santé de la population sont liés aux difficultés sociales et à des causes de mortalité prématurée plus répandues dans la Loire que dans le reste de Rhône-Alpes : tumeurs et cancers, affections cardiovasculaires, alcoolisme, suicide. La mortalité infantile est aussi supérieure à la

moyenne régionale. Davantage de personnes perçoivent l'allocation pour adultes handicapés et davantage de malades sont reçus dans les services d'urgence. Enfin, l'espérance de vie est inférieure à la moyenne régionale. Ces besoins sanitaires élevés justifient pleinement l'élaboration d'un nouveau projet d'établissement.

#### Des plans d'action immédiats

D'ores et déjà des orientations fortes ont été arrêtées dans quatre domaines importants :

- le projet Médecine Physique et Réadaptation-Maladies infectieuses dont le financement a été obtenu.
- le pôle Couple-Mère-Enfants est en cours de réalisation avec de nouvelles urgences Mère-Enfant et bientôt l'extension des salles de travail en obstétrique.
- l'institut de Cancérologie de la Loire dont le projet médical est adopté et la demande de financement transmise au Ministère.
- la création d'une unité mobile d'accompagnement de soins palliatifs en février 2000 marque la première étape d'un dispositif qui comprend également une unité d'hospitalisation et la création d'une fédération de soins palliatifs Loire est à l'étude.

Quant à sa gestion, le CHU a su amorcer un rétablissement financier au cours du deuxième semestre 99 qui a débouché sur un protocole d'accord avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

#### Priorité au malade

Dans son projet d'établissement 2001-2005 le CHU se donne pour triple objectif une meilleure prise en charge du malade, un ajustement et une diversification de l'offre de soins au vu de l'évolution des techniques diagnostiques et thérapeutiques (hospitalisation de semaine, de moins de 24 heures, chirurgie ambulatoire, hospitalisation à domicile...) et une organisation plus efficiente. Et pour cela, il faudra regrouper les activités liées entre elles au sein de pôles et de fédérations, gérer avec plus de cohérence les effectifs de remplacement, déconcentrer la gestion budgétaire, donner à l'hospitalisation de jour ses moyens propres en fédérant les unités, repenser l'activité du plateau technique.

La concertation a déjà débuté dans les services, elle se prolongera tout au long de l'année. Ce long travail permettra de cerner avec justesse la place du CHU dans son bassin d'attraction : à la fois hôpital de proximité pour l'agglomération stéphanoise et pôle de référence et universitaire pour la zone d'attraction qui touche la Loire, la Haute-Loire et l'Ardèche. Le projet d'établissement sera aussi l'occasion d'instaurer des complémentarités avec les autres établissements sanitaires y compris les grands voisins à vocation universitaire : les Hospices Civils de Lyon et le CHU de Grenoble.

## c o o p é r a t i o n s ...

### Des communautés d'établissements de santé qui privilégient la continuité des soins

#### CHU d'Angers

**En 1999, le CHU d'Angers s'est fermement engagé dans la constitution de communautés d'établissements bilatérales. Axées sur les coopérations anciennes, privilégiées et spécifiques, ces coopérations favoriseront la continuité des soins.**

Le 2 novembre 2000, en présence de l'ARH, le CHU d'Angers et le Centre de Santé mentale ont signé une charte de

coopération afin d'améliorer la prise en charge psychiatrique sur le site du CHU. Ce nouveau dispositif servira de base à la future fédération médicale interhospitalière.

Le Conseil d'administration du CHU s'est également prononcé favorablement pour la constitution d'une communauté avec le Centre Régional de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle. Celle-ci sera centrée sur la prise en charge des soins de suite, de la médecine physique et de réadaptation et de la gériatrie.

Enfin, le CHU met en place une communauté d'établissements avec l'Hôpital St-Nicolas afin d'optimiser la

prise en charge de la personne âgée sur l'agglomération angevine.

Le Centre régional de lutte contre le cancer Paul Papin, qui depuis longtemps entretient une collaboration étroite avec le CHU, fait partie des établissements angevins avec lequel ce dernier signera un protocole de communauté.

Mais les coopérations ne s'arrêteront pas aux seules frontières d'Angers. Ainsi, une réflexion est en cours avec le CH de Saumur et, prochainement, une étude va être amorcée avec de nombreux hôpitaux du secteur sanitaire du CHU d'Angers.

## ... c o o p é r a t i o n s ...

### Chirurgie cardiaque : Harmoniser l'offre de soins

CHRU de Lille

Dans le Nord-Pas-de-Calais, la prédominance des affections cardio-vasculaires et l'insuffisance de l'offre de soins engendraient des délais d'attente importants. Pour pallier cette situation, le Centre Hospitalier de Lens et la Polyclinique de Bois Bernard ont constitué un " Groupement de Coopération Sanitaire de Cardiologie Interventionnelle de l'Artois " qui s'apprête à réaliser 400 CEC chaque année. Quant au CHRU, soucieux de décentraliser les activités de pointe vers les autres bassins de vie, il a pris une part active au projet en assurant le transfert de savoir-faire et d'activités en chirurgie cardiaque : 40 professionnels de la nouvelle unité ont été formés au CHRU au cours de stages allant de 15 jours à 6 mois.

### Réseau de prévention

CHU de Caen

Les maladies et souffrances modernes sont de plus en plus liées aux comportements individuels et collectifs. Dès lors, l'éducation pour la santé devient une priorité pour l'Etat. Par ailleurs, la loi hospitalière du 31 juillet 1991 stipule que "les établissements de santé participent, dans le cadre de leurs missions, aux actions... de prévention et d'éducation pour la santé".

En Basse Normandie, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation a innové en constituant un réseau de prévention réunissant le Comité Régional d'Education pour la Santé de la région (CORES), relais local du Comité Français pour la Santé, le CHU de Caen et les établissements hospitaliers d'Alençon, Cherbourg, Picauville, Vire, Falaise et Bayeux. Ces structures se partagent les compétences d'Evelyne Ribot chargée de projet en éducation pour la santé. Cette personne consacrera un mi-temps aux visites des patients et de leur famille à l'hôpital et l'autre aux actions menées à l'extérieur pour prévenir le suicide, la maltraitance, l'alcoolisme et pour faciliter l'accès aux soins des populations en difficulté.

CORES, Hôpitaux et ARH se réuniront chaque année pour dresser le bilan des activités et définir les nouvelles orientations de travail.

### Le réseau de soins en oncologie pédiatrique

AP-HM

L'équipe soignante du service d'oncologie pédiatrique de l'hôpital de La Timone Enfants a engagé en janvier 1998 une réflexion sur la mise en place d'un réseau de soins. Ce projet, né dans le groupe de réflexion de l'ARH PACA sur le déploiement du Réseau Santé Social, s'est développé en coopération étroite avec les familles et les soignants libéraux, médicaux et paramédicaux.

#### Permettre à l'enfant d'être soigné dans les meilleures conditions possibles

Le Réseau de Soins en Oncologie Pédiatrique se caractérise par :

- **Sa nature** : réseau de soins ville-hôpital, centré sur le malade,

- Son domaine : les cancers de l'enfant, maladies rares, complexes, fort coûteuses, dépendantes d'un centre de référence hautement spécialisé, traitées selon des protocoles et des procédures bien définis et consensuels, ne faisant l'objet d'aucune concurrence, que ce soit entre les établissements hospitaliers ou entre ceux-ci et le secteur libéral,

- **Son objectif** : assurer la continuité de la qualité des soins en favorisant autant que possible les soins de proximité,

- Son approche intégrée associe les différents acteurs de soins (familles, soignants hospitaliers et libéraux) et couvre les champs médical, paramédical, psychologique et social,

- **Son organisation** : le réseau de soins est un dispositif activé autour de chaque patient avec des partenaires spécifiques, en l'occurrence les praticiens médicaux et paramédicaux de proximité, qu'une "formation contextuelle" rendra aptes à coopérer avec le service hospitalier de référence et à assurer des soins de proximité de qualité,

- **Un effort de rigueur** dans l'élaboration du dispositif (traçabilité des décisions et des actions) en vue de l'accréditation.

Le Resop a été mis en place sous forme d'association loi 1901 : "Réseau de Soins en Oncologie Pédiatrique". Son siège est établi à l'hôpital d'enfants de La Timone : Une initiative qui favorise la mise en réseau des différents acteurs de soins, et le rapprochement ville-hôpital.



### Découvrir et entreprendre

#### CHU de Nantes

Dans un contexte de dynamique de développement où le potentiel de recherche médicale ne cesse de croître, où le site hospitalo-universitaire nantais est de plus en plus attractif avec un taux de croissance d'une trentaine de chercheurs par an, une réorganisation des laboratoires s'imposait. C'est ainsi qu'est né le projet d'un complexe de recherche scientifique dénommé Institut de Recherche Thérapeutique. Fruit d'un partenariat entre l'Université de Nantes, le CHU, les organismes de recherche nationaux et les collectivités locales (région, département, district), l'IRT bénéficie aussi d'une participation de fonds européens pour la revalorisation économique de l'embouchure de la Loire.

L'enjeu de l'IRT est de positionner la ville de Nantes et son site hospitalo-universitaire parmi les premiers sites de recherche médicale en France et sur l'Arc Atlantique. De nouveaux chercheurs devraient être attirés par les excellentes conditions de travail, la proximité des services de soins et l'environnement technique, scientifique et intellectuel de premier ordre qu'offre l'IRT.

Le financement du nouvel institut d'une superficie de 10 à 15 000m<sup>2</sup> est programmé dans le cadre du nouveau Contrat de Plan Etat-Région 2000-2006.

### Coopérations inter-établissements

#### CHR d'Orléans

Les coopérations inter-établissements confortent le rôle de deuxième pôle de référence en région Centre du CHR d'Orléans. Ainsi un nombre important de conventions à caractère médical, financier et technique ont été signées notamment avec :

- le C.H de Pithiviers : une antenne du SMUR (22 12 98) et une consultation avancée d'oto-rhino-laryngologie (15 02 99)
- le Centre hospitalier de Châteaudun : consultation avancée d'ORL
- le Centre hospitalier de l'agglomération montargoise : consultation d'oncologie en gynécologie depuis 1997, staff

commun en cancérologie gynécologique depuis 1989 et avec le service d'hépto-gastro-entérologie

- le Centre hospitalier départemental Georges Daumezon de Fleury les Aubrais : prise en charge des urgences psychiatriques au niveau du service d'accueil des urgences de l'hôpital de La Source depuis 1991 (convention signée début 1999), poste de praticien partagé en hépto-gastro-entérologie et en alcoologie de liaison (effectif depuis le 1er novembre 1998), poste de praticien hospitalier partagé (pédopsychiatrie / lutte contre la douleur) (effectif au 1<sup>er</sup> février 1999)
- le centre hospitalier de Vierzon (cardiologie) : mise au point de contrats relais
- l'ARAIR (Association Régionale d'Aide aux Insuffisants Respiratoires de la Région Centre) : projet d'hospitalisation d'aide à domicile (HAD)
- le CNRS et l'université : convention cadre

**Groupement d'Intérêt Public** : un projet portant sur la recherche dans le domaine de l'ostéoporose

**Groupement d'Intérêt Economique** : projet de coopération avec le secteur privé pour l'acquisition et l'exploitation d'une IRM (imagerie par résonance magnétique)

**Filières** : une filière sénologie performante est constituée

**Réseaux** : Ville-hôpital S.I.D.A., Ville-hôpital toxicomanie (A.P.S.A.T. 45), Télémedecine : voir Communauté d'établissements

**Communauté d'établissements constituée** : Une charte constitutive de la Communauté des établissements de santé du Loiret a été signée le 23 septembre 1998 par le C.H.R. d'Orléans et 8 établissements publics de santé du Loiret.

9 ateliers sont constitués : "périnatalité, cancérologie, santé publique, cardiologie, psychiatrie, télémedecine (transfert d'images et systèmes d'information), urgences/S.M.U.R., personnes âgées - soins de suite et de réadaptation, gestion et coopération.

Enfin, des conventions dans les disciplines de cardiologie et de cancérologie ont été mises au point.

### 1000 lits de maison de retraite mis en réseau

#### CHU de Rouen

La Communauté des établissements gériatriques de l'agglomération rouennaise regroupe le CHU de Rouen et les centres hospitaliers de Barentin, Darnétal, Déville, Sotteville ainsi que le centre médico-social des BTP au Château-Blanc.

Le 18 octobre 1999, l'agence régionale de l'hospitalisation approuvait la charte constitutive de la Communauté d'établissements gériatriques de l'agglomération rouennaise (Adegar). La coopération entre ces différentes structures va contribuer à harmoniser la prise en charge des personnes âgées. Elle s'est également donné pour objectifs d'améliorer l'hygiène hospitalière et la lutte contre les infections nosocomiales, de développer une politique de réadaptation et de prévention, de proposer de meilleures conditions de diagnostic, de suivi thérapeutique et de vie aux personnes âgées, d'intensifier la communication et l'information et enfin de promouvoir les compétences et les métiers de la gériatrie.

#### La mutualisation des moyens régionaux

Des conventions multilatérales permettront de répartir les crédits et notamment de gérer dès cette année un ergothérapeute et une assistance sociale sur les quatre établissements demandeurs. La lutte contre les infections nosocomiales relèvera de l'équipe mobile d'hygiène hospitalière du secteur " Seine et Plateaux ".

La Cegar s'engage également sur les évolutions majeures : le projet d'établissement du CHU, la réforme de la tarification et les politiques de maintien à domicile.

### Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants

#### CHU de Bordeaux

Constaté dès les années 70 dans les cliniques américaines, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants est défini comme un épuisement physique et émotionnel négatif avec perte d'intérêt et de sentiments pour les patients. 20 à 40 % des professionnels de la santé seraient concernés. La présence de patients de plus en plus lourds et la dégradation des conditions de travail sont à l'origine de ce stress croissant. Conscient des conséquences de ce malaise sur la pratique professionnelle, le CHU de Bordeaux a pris des mesures pour limiter ce syndrome : enquêtes, groupe de paroles dans les services de soins, formations à la gestion du stress ou à l'accompagnement des mourants, mesure de la charge en soins à partir d'un indicateur d'activité...

#### L'enquête auprès des soignants du CHU

Pour évaluer l'ampleur de ce syndrome, identifier les facteurs de risques et orienter les mesures de prévention, la Direction des Soins Infirmiers a pris l'initiative de réaliser une enquête auprès du personnel de soins en avril 99.

Un échantillon représentatif de 873 personnels soit 30% des 3 000 soignants a été retenu.

#### Une participation massive

Le taux de retour fut de 90%. Les caractéristiques socio-professionnelles des répondants correspondent à celles des agents : prédominance féminine, âge moyen de 40 ans, une majorité de titulaire (88%) et une ancienneté d'environ 10 ans dans leur service actuel.

#### Les résultats

L'exploitation statistique de l'enquête fait apparaître que 17% des soignants souffrent d'épuisement professionnel, 15% de dépersonnalisation et 24% de manque d'accomplissement personnel. Extrapolés à l'ensemble du CHU, ces résultats montrent que le stress concerne 500 membres du personnel de soins soit 2 à 3 soignants par service.

Certains soignants sont plus exposés notamment les jeunes, les cadres infirmiers et les équipes de jour qui se sentent davantage dépersonnalisés dans leur travail mais aussi les soignants qui travaillent dans de mauvaises conditions (surcharge, manque de reconnaissance) ou qui souffrent déjà de problèmes de santé (migraine, mal de dos, insomnie) ou encore qui ne bénéficient pas de réel soutien face à la douleur de leurs patients. Sont également concernés les soignants qui interviennent dans des services à haute technicité, à fort taux de décès ou ayant un nombre important d'entrées comme la réanimation, la cancérologie, l'urologie...

#### Limiter le stress professionnel

La Direction des Soins Infirmiers, le CHSCT (comité d'hygiène, de sécurité des conditions de travail) et le CFPPS (centre de formation permanente des personnels de santé) proposent un dispositif global de soutien : Conférences, formations sur le syndrome d'épuisement et sur le stress, groupes de paroles, création d'un comité d'éthique, présence de psychiatres dans les équipes de soins, accompagnement plus actif des jeunes soignants, élargissement des enquêtes à d'autres catégories professionnelles notamment au corps médical et aux équipes de soignants des pools de remplacement.

### Charte d'accompagnement social

#### Hospices Civils de Lyon

Les HCL vont connaître dans les années à venir une période de forte mutation puisque certains sites hospitaliers vont fermer et qu'un hôpital pédiatrique/gynécologique et obstétrical sera construit. Globalement toutes les activités MCO seront regroupées autour de 3 grands pôles hospitaliers (Nord, Sud et Est).

Face à ces changements la Direction du Personnel et des Affaires Sociales s'engage d'ores et déjà à accompagner les personnels et propose une **Charte d'Accompagnement Social**. Fruit d'une concertation entre les organisations syndicales et la Direction du Personnel la charte s'adresse à titre principal à l'ensemble des personnels concernés par les restructurations de services ou secteurs identifiés par le Projet d'Etablissement. Ses principes sont applicables également aux règlements des situations des personnels dont les services connaissent des évolutions conduisant à remettre en cause globalement le niveau d'emploi ou la nature des qualifications.

La charte définit les principes d'action et les règles de base du dispositif de mobilité des personnels.

#### La philosophie de la charte repose essentiellement sur :

- une information régulière et prospective de l'évolution des postes et des emplois
- un accompagnement individualisé afin d'aider les agents à formaliser leur projet professionnel et à conduire leur projet de mobilité
- une politique d'information et de formation privilégiée

La politique de mobilité des ressources humaines est animée par une cellule centrale d'accompagnement social, épaulée dans les établissements par les cellules locales. La gestion opérationnelle des redéploiements est prise en charge par un groupe opérationnel pour l'accompagnement des personnels.

### Une Direction des Urgences

#### *Hospices Civils de Lyon*

Aux HCL 200 000 passages aux urgences génèrent plus de 24 000 hospitalisations.

L'organisation des services d'accueil des urgences repose sur 2 Services Accueil Urgences (SAU), 1 Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences renforcée (UPATOU) et un Pôle Spécialisé d'Urgence (POSU) pédiatrique.

Face aux difficultés que connaissent actuellement tous les hôpitaux en matière d'accueil des urgences, les HCL ont décidé de créer une Direction des Urgences afin de faire évoluer de façon forte l'organisation de cette spécialité.

En place depuis juillet 2000 elle a comme principales missions :

- **L'élaboration d'un cahier des charges relatif aux urgences puis d'assurer sa mise en œuvre et son suivi dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens. Différentes étapes sont inscrites dans ce programme :**

- la mise en conformité de certains services,
- la mise en place du SROS avec la définition des filières de prise en charge des urgences y compris des urgences spécialisées (cardiologie, neurologie, psychiatrie), mise en place d'un SMUR pédiatrique et organisation des urgences pédiatriques sur 3 pôles.

- la régulation des urgences : gestion des flux en amont avec la mise en place de réseaux d'urgence en complémentarité avec les établissements extérieurs et la médecine libérale (contrats relais, télémédecine, relais ville-hôpital)

- la gestion de l'aval des services d'urgences : régulation des flux internes post-urgences

- **La mise en place un management transversal des structures d'urgences en matière de :**

- système d'information avec la généralisation d'un système d'information commun, exploitation des données débouchant sur un rapport d'activité annuel de l'ensemble du champ de l'urgence et participation aux analyses nationales PMSI.

- accréditation et amélioration continue de la qualité : préparation à l'accréditation,

mise au point d'indicateurs de satisfaction des usagers et leur exploitation

- ressources humaines : gestion prévisionnelle et prospective des compétences et des effectifs ainsi que leur formation.

- gestion des situations de crise : maintenance du plan d'accueil d'afflux massif de victimes, anticipation des variations saisonnières d'activité en prévoyant les dispositifs à mettre en place et en coordonnant les fermetures temporaires de lits pendant l'été.

- L'animation des structures de coordination des urgences,

- La gestion des services d'urgences de l'hôpital Edouard Herriot qui est le plus important centre d'urgences de Rhône-Alpes.

**Les premières mesures prises portent sur :**

- le renforcement de la seniorisation médicale

- le renforcement du personnel para-médical

- la rénovation des locaux dans certains services

- la mise en place d'un " plan hivernal " permettant d'absorber les pics d'activité des mois d'hiver

### Formations paramédicales

#### *CHR d'Orléans*

**Le nombre d'étudiant(e)s admis(es) en première année de formation d'infirmie(ière) vient de passer de 100 à 140. Il s'agit de commencer à faire face aux départs massifs à la retraite prévus à partir de 2005.**

Rappelons à cette occasion que le CHR d'Orléans dispose de plusieurs écoles paramédicales :

- un institut de formation en soins infirmiers accueillant 445 élèves aides-soignants, élèves auxiliaires de puériculture, élèves infirmières et élèves puéricultrices.

- un institut régional de formation en kinésithérapie : 74

- un centre de formation aux soins d'urgence (C.E.S.U.) recevant 59 élèves conducteurs ambulanciers.

### Création d'un Comité Hospitalier de la Sécurité et des Conditions de Travail de Groupes Hospitaliers

#### *CHU de Nice*

**Afin de renforcer l'action en matière d'amélioration des conditions de travail, l'établissement a créé le CHSCT de Groupes Hospitaliers correspondant au découpage géographique du CHU de Nice sur plusieurs sites.**

Il s'agit de mieux prendre en compte les conditions de travail de proximité et de mieux gérer les demandes et les solutions apportées. Les actions du CHSCT de Groupes Hospitaliers compléteront ainsi l'action menée par le CHSCT central. Ce dernier est chargé plus particulièrement de définir un plan d'action concernant l'ensemble des établissements. C'est ainsi qu'il a été élaboré un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail qui a identifié 4 sujets prioritaires :

- l'élaboration d'une cartographie des risques professionnels

- la sécurité des biens et des personnes

- la prévention des lombalgies

- l'amélioration des vestiaires du personnel.

Cette démarche s'inscrit également dans le cadre de la préparation d'un contrat local d'amélioration des conditions de travail avec l'ARH.

### Elaboration d'un contrat local d'amélioration des conditions de travail

**L'amélioration des conditions de travail est une priorité institutionnelle. Dans le cadre du protocole de mars 2000, le CHU de Nice vient d'élaborer un Contrat local d'Amélioration des Conditions de Travail en concertation avec les représentants du personnel et les partenaires impliqués. Approuvé à l'unanimité par les CHSCT de groupes hospitaliers le CHSCT central, le CTE, la CME, ce**

## ... r e s s o u r c e s h u m a i n e s

**contrat a été présenté en Conseil d'Administration. Il formalise pour les trois ans à venir la politique d'amélioration des conditions de travail. En interne, il engage tous les partenaires signataires et en externe, il fait l'objet d'une aide financière de la part de l'ARH dont le montant sera fixé en décembre.**

Le contrat comprend des actions communes à l'ensemble de l'établissement et des mesures spécifiques à certains sites ainsi que des perspectives de réflexion.

### **Les actions communes portent sur :**

- La prévention des risques professionnels : la sécurité anti-malveillance, la prévention de la violence, la prévention des lombalgies, la cartographie des risques professionnels, le programme de vaccination des professionnels.

- **L'amélioration des conditions de vie quotidienne au travail :** actions sur les structures, sur les équipements et sur les dotations diverses

### **Les actions spécifiques aux différents sites comprennent :**

- La dotation en équipements liés à l'amélioration des conditions de prise en charge des patients

- La dotation en équipements liés à la réduction des risques de manutention  
- Les équipements liés à la prise en compte de l'ergonomie

### **Les perspectives**

Il convient d'envisager notamment :

- les possibilités de privilégier l'accès à certaines prestations de soins au CHU aux professionnels (ex : consultation antitabac)

- les problèmes de garde d'enfant et de logement du personnel

- la gestion des départs futurs à la retraite et des futures arrivées doit faire l'objet d'une attention particulière en termes d'attente de la part du CHU et de besoins de cette population plus jeune.

Le travail préparatoire avant le passage aux 35 heures pour réaliser un état des lieux et une mise à plat des organisations.

## a c c r é d i t a t i o n ...

### **Première étape : l'auto-évaluation**

#### **CHU de Caen**

**Au CHU de Caen, l'auto-évaluation relève d'une organisation spécifique qui comprend un comité accréditation-qualité chargé de mener le CHU vers l'accréditation et d'un collège d'Evaluation-Accréditation qui rassemble les 10 référents animateurs/coordonateurs de 10 groupes transversaux d'Auto-Evaluation... Au total 130 volontaires ont été mobilisés depuis un an.**

La première étape débutée en octobre 1999 consistait à établir une cotation des performances de l'établissement au regard du manuel de l'Agence Nationale de Accréditation et de l'Evaluation. Pour effectuer ce test à blanc, les personnels ont élaboré et administré des questionnaires, effectué des interviews et collecté des informations institutionnelles ou des documents internes. A l'issue de cette phase, chacun des groupes a procédé à une analyse des données recueillies afin de cerner les atouts et points faibles du CHU. Les informations ont été regroupées en mars 2000 dans un rapport général d'auto-évaluation, document qui servira par la suite de base de comparaison.

#### **Les résultats**

La prise en charge globale du patient, la gestion des ressources humaines, la prévention des risques infectieux et la gestion des fonctions logistiques sont jugées assez bonnes.

Cependant des difficultés ont été relevées principalement sur l'accès des patients aux informations médicales écrites, sur la politique informatique ou sur l'unification des protocoles médicaux et de soins...

#### **Un indicateur grandeur nature**

Au terme d'une analyse approfondie, une douzaine de mesures capitales, déjà obligatoires du point de vue légal, ont été retenues, notamment : le caractère écrit de la prescription, le règlement intérieur, le développement de l'information des patients, l'élimination des déchets, les comités de blocs opératoires, le projet social d'établissement. D'autres propositions ont été reprises dans le cadre de la future politique informatique du CHU (dossier patient commun, transmission des résultats de laboratoires...). Toutes les recommandations ont été adressées à la Direction Générale pour validation. Elles feront l'objet d'un suivi et d'une évaluation. Une information aux instances de l'établissement est également prévue.

Ces plans d'amélioration débutés seront appliqués jusqu'en 2001, date du début de la procédure officielle.



## ... a c c r é d i t a t i o n

### Bilan des auto-évaluations

#### *Hospices Civils de Lyon*

Dans le cadre de la préparation à l'accréditation, les HCL se sont mobilisés au cours du premier semestre 2000 pour réaliser les auto-évaluations à partir du référentiel ANAES. L'atout majeur de la démarche a résidé dans l'implication importante des professionnels de terrain. En pratique, plus de 700 professionnels ont participé à ces travaux au sein de 48 équipes mises en place tant en établissement qu'au niveau transversal.

Tandis que les équipes transversales se concentraient sur le volet gestion, les établissements se sont essentiellement consacrés aux thèmes liés à la prise en charge du patient (information, dossier du patient, organisation de cette prise en charge) et la prévention (vigilances sanitaires et prévention du risque infectieux...).

Les données obtenues sont à :

- approfondir afin de définir des plans d'actions détaillés

- partager, le retour d'information se met en place.

Les HCL seront alors prêts à s'engager dans une demande officielle d'accréditation dans le courant 2001.

**Le bilan met en évidence des référentiels assez favorables tels que :**

- les droits et information du patient
- l'organisation de la prise en charge des patients
- la gestion des ressources humaines
- la gestion des fonctions logistiques
- la vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle
- le management de l'établissement et des secteurs d'activité ;
- la surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

**Et les référentiels sur lesquels progresser à savoir :**

- le dossier du patient
- la gestion du système d'information
- la gestion de la qualité et prévention des risques... à suivre...

### Certification ISO 9002

#### *CHU de Nantes*

Le 5 Juillet 2000, l'Unité de Pharmacie Clinique Oncologique a reçu le Certificat de Système Qualité pour une durée de trois ans, dans le cadre de ses activités de préparation de chimiothérapies injectables standard ou relevant de l'expérimentation clinique et des médicaments adjuvants. Ce certificat valide deux ans d'efforts au cours desquels le CHU s'est appliqué à mettre en conformité le processus de gestion des chimiothérapies anticancéreuses, depuis leur prescription nominative informatisée jusqu'à leur administration effective aux patients, avec le référentiel normatif choisi.

## i n t e r n e t

### Une charte pour internet et la messagerie

#### *CHU de Montpellier*

Les outils modernes de communication comme l'accès à Internet et la messagerie font partie intégrante du système d'information hospitalier du CHU de Montpellier. L'établissement souhaite encore élargir le nombre de boîtes aux lettres électroniques et les rendre encore plus conviviales, améliorer la gestion des annuaires, développer un serveur d'informations génériques et rendre accessible sous forme électronique les ressources des bibliothèques de l'établissement.

#### **Garantir la qualité et la sécurité de l'information**

Cependant, l'essor des nouvelles technologies de l'information et de la communica-

tion doit être accompagnée par la définition claire de modalités d'utilisation si l'on veut garantir la qualité et la sécurité des données. C'est pourquoi le CHU de Montpellier vient d'élaborer une charte approuvée par toutes les instances : Conseil d'Administration, Commission Médicale d'Etablissement, Comité Technique d'Etablissement.

En accord avec les lois et textes en vigueur, cette charte résume en neuf articles les droits et obligations d'accès aux informations numérisées. Ainsi il est précisé que toute personne constatant une usurpation d'identité ou la violation d'un identifiant ou mot de passe est tenue de prévenir la Direction des Services d'Information et d'Organisation. Des contrôles d'utilisation pourront être pratiqués sur demande d'instances internes ou sur requête judiciaire. En cas d'utili-

sation illicite ou abusive, le CHU sera autorisé à suspendre temporairement ou définitivement les droits d'accès. Des poursuites pénales pourront être engagées et des sanctions administratives prononcées.

Les échanges doivent également assurer le respect de la vie privée et la confidentialité médicale. A ce propos il est aussi rappelé que les messages de nature diffamatoire, discriminatoire, pornographique, politique ou d'incitation à la violence ou à la haine raciale sont interdits par la loi et ne doivent pas être répercutés sur le site du CHU.

Enfin, il est noté en article 9 que la copie et le téléchargement de logiciels commerciaux sont interdits.

# Bureau, Commissions et Membres de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU

## Composition du Bureau de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU

---

**Président** : Guy Vergnes - Directeur Général - CHU de Montpellier

**Vice-Présidents** : Dominique Deroubaix - Secrétaire Général- AP - HP / Michel Moujart - Directeur Général - CHU de Tours

**Secrétaire Général et porte parole** : Guy Vallet - Directeur Général - CHU de Rouen

**Secrétaire Général adjoint** : Jean-Paul Guérin - Directeur Général - CHU de Nantes

**Trésorier** : Daniel Moinard - Directeur Général - CHU de Toulouse

**Trésorier adjoint** : Pierre Rayroles - Directeur Général - CHU de Caen

## Liste des commissions et de leurs responsables

---

### Commission des directeurs de ressources humaines

Responsable : Daniel Marie

Suppléant : Didier Delmotte

### Commission des délégués à la recherche clinique

Responsable : Jean-Paul Guérin

Suppléant : Jean Le Camus

### Commission relations avec les usagers

Responsable : Jean-Paul Guérin

Suppléant : Jean Le Camus

### Commission des directeurs des affaires médicales

Responsable : Pierre Rayroles

Suppléant : Gérard Decour

### Commission des directeurs des affaires économiques

Responsable : Daniel Moinard

Suppléant : Bernard Roehrich

### Commission des directeurs des affaires financières

Responsable : Jean-Pierre Dewitte

Suppléant : Jean-Pierre Bastard

### Commission des responsables de communication

Responsable : Guy Vallet

Suppléant : Alain Hériaud

### Commission des responsables des affaires internationales

Responsable : Paul Castel

### Commission des directeurs des services de soins infirmiers

Responsable : Daniel Marie

### Commission des DSIO

Responsable : Guy Richier

### Commission qualité accréditation

Responsable : Benoît Leclercq

### Commission des directeurs des affaires juridiques

Responsable : Guy Mazereau

## Liste des Directeurs Généraux

---

Daniel Nicolle, CHU d'Amiens

Jean Le Camus, CHU d'Angers

Gérard Decour, CHU de Besançon

Alain Hériaud, CHU de Bordeaux

Louis Rolland, CHU de Brest

Pierre Rayroles, CHU de Caen

Jean-Pierre Bettiga, CHU de Clermont-Ferrand

Daniel Marie, CHU de Dijon

Annie Ramin, CHU de Fort-de-France

Jean-Pierre Bastard, CHU de Grenoble

Didier Delmotte, CHRU de Lille

Serge Fontarensky, CHU de Limoges

François Grateau, Hospices Civils de Lyon

Fernand Lorrang, Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille

Jean-Marie Leclercq, CHR de Metz-Thionville

Guy Vergnes, CHU de Montpellier

Benoît Leclercq, CHU de Nancy

Jean-Paul Guérin, CHU de Nantes

Jean-Jacques Romatet, CHU de Nice

Guy Mazereau, CHU de Nîmes

Bernard Roehrich, CHR d'Orléans

Antoine Durrleman, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

Philippe Loir, CHU de Pointe-à-Pitre

Jean-Pierre Dewitte, CHU de Poitiers

Christiane Coudrier, CHU de Reims

Gérard Sacco, CHU de Rennes

Guy Vallet, CHU de Rouen

Guy Richier, CHU de Saint-Etienne

Paul Castel, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Daniel Moinard, CHU de Toulouse

Michel Moujart, CHU de Tours

# Les responsables de communication des CHU

## **CHU d'Amiens**

Pierre DROUOT  
Pl Victor Pauchet  
80054 Amiens cedex 1  
Tél : 03 22 66 80 10  
Fax : 03 22 66 80 19  
Mel : drouot.pierre@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

## **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  
Mel :  
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@cgjit.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 : 05.55.05.66.67

## **CHU de Metz-Thionville**

Véronique de Floraine  
28-32, rue du XX<sup>ème</sup>  
corpsaméricain  
57019 Metz cedex 1  
Tél : 03.87.55.79.04  
Fax : 03.87.55.39.88  
Mel : dirchr.metz.thionville@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**

Marianne BENAMO  
80, rue Brochier  
13354 Marseille cedex 5  
Tél : 04 91 38 15 31  
Fax : 04 91 38 20 02  
Mel : mbenamo@mail.ap.hm.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**

Isabelle de la VIEUVILLE  
allée de l'île Gloriette  
44035 Nantes cedex  
Tél : 02 40 08 72 12  
Fax : 02 40 08 71 57  
Mel : isabelle.delavieuvville@chu-nantes.fr

## **CHU de Nice**

Marie GABORIT  
5, rue Pierre Devoluy  
06006 Nice cedex 1  
Tél : 04 92 03 29 63  
Fax 04 92 03 32 39  
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 : duchemin@chu-guadeloupe.fr

## **CHU de Poitiers**

Stéphane MARET  
350, av Jacques Coeur  
86021 Poitiers cedex  
Tél : 05 49 44 44 00  
Fax : 05 49 44 38 08  
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.lavallee@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.Le-Borgne@chu-rouen.fr

## **CHU de Saint-Etienne**

Yvan GILLET  
3, rue Claude Lebois  
42055 Saint-Etienne  
Tél : 04 77 42 70 00  
Fax : 04 77 42 70 48  
Mel :  
direction.generale.ag@chu-st-etienne.fr

## **CHU 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.

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

