

A force de recherches et d'essais cliniques, la médecine poursuit son avancée dans les CHU.

Au sommaire de ce numéro :  
l'automatisation du pancréas artificiel  
6 mois après la première implantation,  
la découverte d'un gène impliqué dans  
la lithiase biliaire, la mise au point d'un  
nouveau médicament dans le traitement  
de la cirrhose du foie, la production  
de traitement par thérapie cellulaire  
et génique...

Pour les patients, ces progrès se traduisent en années d'espérance de vie gagnées, en souffrances atténuées. Chaque victoire remportée sur la maladie et la douleur renforce la motivation des équipes et le rayonnement national et international des établissements hospitalo-universitaires français.

La promotion de l'innovation diagnostique et thérapeutique apparaît aussi comme une priorité de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU qui veillera à favoriser le développement et la pérennité des activités nouvelles, en concertation avec tous les partenaires institutionnels et médicaux.

**Marie-Georges Fayn**

Abonnez-vous 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 St-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

### ACTUALITE

Conférence des Directeurs Généraux  
de Centres Hospitaliers Universitaires

p3

### SOCIETE

Santé Publique  
Droits des malades  
Culture

p4

### MEDECINE ET PROGRES

Innovation  
Chronique médicale  
Qualité

p12

### MANAGEMENT

Coopération  
Accréditation  
Projet d'établissement  
Ressources Humaines  
Internet

p24

#### Comité de rédaction

**Président :** Guy Vallet, Directeur Général du CHU de Rouen.

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

# Index thématique

## *société*

### **santé publique**

Maladie de Creutzfeld-Jakob	Reims
La consultation de pathologie de l'environnement	Rouen
Projet de révision de la loi de bioéthique	Marseille
Sécurité Routière	Bordeaux
Anti-malveillance	Paris
Prévention du Sida	Nantes
Prévention des maladies cardiovasculaires	Amiens
Maîtriser l'antibiothérapie	Grenoble
Médecine en milieu pénitentiaire	Lyon
Accès aux soins pour tous	Fort-de-France
La médecine sociale et humanitaire	Toulouse

### **droits des malades**

Un besoin d'écoute et d'information	Poitiers
-------------------------------------	----------

### **culture**

40 musiciens	Strasbourg
Des maux pour le dire	Marseille

## *médecine et progrès*

### **innovation**

La créativité au service de la qualité	Poitiers
L'innovation, une valeur forte	Orléans
Pancréas artificiel	Montpellier
Transplantation cœur-foie	Caen
Le Centre d'Investigations Cliniques	Nancy
Implant cochléaire	Nancy
Unité de Thérapie Génique certifiée ISO 9002	Nantes
Traitement des fractures du bassin	Nice
Le Vapréotide	Angers
Découverte d'un gène impliqué dans la lithiase biliaire	Paris

### **chronique médicale**

Lutte contre le Sida	Fort-de-France
La plastination	Saint-Etienne
Gérontologie	Angers
Chirurgie assistée par ordinateur	Nice

Réimplantation d'une lèvre	Nancy
Art en pédiatrie	Caen
Institut de Cancérologie et d'Hématologie	Brest
Cancérologie	Poitiers
Nouveaux atouts du service de cardiologie	Orléans
Surveillance des patients épileptiques	Lille
Greffes et prélèvements de cornées	Bordeaux

### **qualité**

Accueil des patients suicidants	Amiens
Un réseau pour mieux soigner	Marseille
Lutte contre la douleur	Clermont-Frd
Infections nosocomiales	Reims

### **colloque**

Peau et système nerveux	Saint-Etienne
-------------------------	---------------

## *management*

### **coopération**

Coopérations inter-établissements	Nantes
Communauté d'établissements	Montpellier
Cancérologie universitaire	Lyon
Réseaux de soins	Toulouse

### **accréditation**

Groupe Cardio-Calmette	Lille
Démarche qualité	Fort-de-France
Démarche qualité du service restauration	Clermont-Frd

### **projet d'établissement**

Hôpital citoyen	Rouen
Pôle logistique et restructuration	Pointe-à-Pitre

### **ressources humaines**

Le recrutement dans les IFSI	Paris
Priorité à la qualité de vie au travail	Nancy
Adhésion à l'ANFH	Clermont-Frd

### **internet**

Les hôpitaux sur le web	Marseille
-------------------------	-----------

# conférence des D.G. directeurs généraux de CHU

## Elections

### ANTICIPER, ASSOCIER, COMMUNIQUER

Tels sont les axes forts de la politique de Daniel MOINARD\*, nouveau Président de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU. Daniel MOINARD, Directeur Général du CHU de Toulouse, a été élu jeudi 12 avril 2001 à la Présidence de la Conférence des Directeurs Généraux de Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires. Il succède à Guy VERGNES, Directeur Général du CHU de Montpellier, auquel il a été rendu un vibrant hommage.

Pour conforter le rôle de premier plan des CHR-CHU et de la Conférence de leurs Directeurs Généraux dans le système sanitaire français, le nouveau bureau lance le programme d'actions suivant :

- Identifier et recenser les besoins des CHR-CHU dont la portée justifie des financements spécifiques hors enveloppe

régionale : activités innovantes et coûteuses, mise à niveau des investissements hospitalo-universitaires... ;

- Elargir la réflexion stratégique des membres de la Conférence à certaines thématiques sensibles comme la régionalisation du système de santé, la mise en réseaux des CHR-CHU, l'évolution des modes de financement, l'évolution du management interne ;

- Développer la formation en associant en priorité les bureaux des deux autres Conférences des Présidents de CME et des Doyens ;

- Promouvoir les Assises Hospitalo-Universitaires ;

- Améliorer les relations avec les usagers ;

- Renforcer la politique de communication de la Conférence.

\*Daniel MOINARD est né le 30 mars 1947. Diplômé de la Faculté de Droit de Poitiers (Maîtrise de Droit Public) et de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP), il a dirigé plusieurs établissements hospitaliers : le C.H. de Niort, le CHU de Poitiers et le CHU de Toulouse. Il est également administrateur de la Fédération Hospitalière de France et de l'ENSP. L'année dernière il était promu Chevalier dans l'ordre de la Légion d'Honneur.

## La Conférence des Directeurs Généraux de CHU

La Conférence rassemble les responsables des 31 établissements hospitalo-universitaires de France. Force de proposition, la Conférence intervient pour améliorer le service rendu au malade et le fonctionnement des CHU. Elle remplit un devoir d'information auprès des autorités de tutelle, au premier rang desquelles la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, sur les conditions de mise en œuvre de la politique de santé dans les CHU. Le cas échéant, la Conférence fait valoir son devoir d'alerte lorsqu'elle a la conviction que les CHU ne sont pas en mesure d'appliquer les directives prescrites. La Conférence assure également une fonction de veille réglementaire sur tous les textes en préparation ayant une incidence sur la gestion des CHR-CHU. Enfin la Conférence coordonne son action avec la Fédération Hospitalière de France, la Conférence des Présidents de CME des CHR-CHU et la Conférence des Doyens.

*A noter que la Conférence n'est pas l'autorité de tutelle des Directeurs Généraux qui restent indépendants et autonomes dans leur gestion.*

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

**Président** : Daniel MOINARD, Directeur Général du CHU de Toulouse

**Vice-Présidents (2)** : Antoine DURRLEMAN, Directeur Général de l'AP-HP représenté par Dominique DEROUBAIX, Secrétaire Général, Paul CASTEL, Directeur Général du CHU de Strasbourg

**Secrétaire Général** : Jean-Pierre DEWITTE, Directeur Général du CHU de Poitiers

**Secrétaire Général adjoint** : Christiane COUDRIER, Directeur Général du CHU de Reims

**Trésorier** : Guy RICHIER, Directeur Général du CHU de Saint Etienne

**Trésorier adjoint** : Daniel MARIE, Directeur Général du CHU de Dijon

## Les rendez-vous de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU

En septembre 2001 sortira le premier « Annuaire des Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires ». Dans le même temps, une version pdf sera mise en ligne sur le site.

**Conférence de presse de rentrée prévue à l'automne.** Elle portera en grande partie sur l'innovation et les thérapeutiques coûteuses.

**Les 6 et 7 septembre 2001, les CHU-CHR se réuniront à Strasbourg sur le thème : « La coopération internationale dans le cadre européen ».** Paul Castel, Directeur Général du CHU de Strasbourg est chargé de l'animation de ces journées. Pour plus d'information, contacter Pascal Garel, adjoint au délégué Général, FHF, 33 avenue d'Italie, 75013 Paris - tél. 01 44 06 84 63 - fax 01 45 84 10 99 - mel : p.garel@fhf.fr.

**Les 15 et 16 octobre 2001, au CHU de Montpellier, se tiendront les 7<sup>èmes</sup> Assises des Hôpitaux Universitaires.** Cette année, le thème retenu est : " Le devenir des CHU - missions de base et nouveaux défis ».

La réflexion et les propositions porteront tout à la fois sur l'équilibre entre les activités de proximité et de recours, l'innovation et la recherche, l'organisation et l'animation des formations adaptées aux besoins. Jean-Jacques Romatet, Directeur Général du CHU de Nice est chargé des trois groupes de travail, chacun comprenant des Directeurs Généraux, des Présidents de CME et des Doyens. Pour tout renseignement complémentaire, s'adresser au secrétariat de la Direction Générale, CHU de Nice, Hôpital de Cimiez, 4 avenue Reine Victoria, BP 1179, 06003 Nice Cedex 1 - tél. 04 92 03 45 03 - fax 04 92 03 45 43 - mel : dg@chu-nice.fr

### Maladie de Creutzfeld-Jakob

CHU de Reims

**Le Pr Serge Bakchine, chef du service de Neurologie du CHU de Reims fait le point sur l'épidémie, sur le mode de transmission et sur les pistes de recherche.**

#### Une définition encore incomplète

La maladie de Creutzfeld-Jakob est rarissime puisqu'on ne recense que 1,2 cas pour un million de personnes. Cette maladie incurable est contractée par des sujets plutôt âgés, 67 ans en moyenne.

La durée d'incubation est particulièrement longue : 20 ans approximativement. Cette maladie touche directement le cerveau, elle se traduit par une perte d'autonomie et une altération des capacités intellectuelles. Son évolution est fatale : 6 à 9 mois après sa déclaration.

#### Ce qui reste à déterminer

On connaît son origine : une forme mutée du prion mais on ignore son processus de transmission. On sait qu'en devenant insoluble, cette protéine provoque des amas toxiques pour les cellules du cerveau. Mais personne ne peut affirmer si sa mutation intervient à cause d'un agent infectieux ou si la protéine constitue elle-même cet agent.

Ce qui est certain c'est que si l'on injecte directement cette forme de prion dans le cerveau d'un sujet, celui-ci développera la maladie. C'est d'ailleurs la seule forme de transmission interhumaine connue.

Actuellement les 10 cas de transmission interhumaine recensés dans le monde sont attribués à la réutilisation de matériel de neurochirurgie ou d'aiguilles de biopsie ; ces matériels avaient tous été normalement stérilisés, mais le prion s'avère une protéine très résistante. Sont également en cause des greffes de cornée, l'œil constituant une émergence directe du système nerveux. Aucun cas de transmission interfamiliale n'a été détecté ce qui tendrait à prouver que la maladie de Creutzfeld-Jakob ne peut se transmettre par contact avec une personne atteinte.

#### Le rapport avec la vache folle

Une forme de variante de la maladie de Creutzfeld-Jakob pourrait avoir un lien avec l'encéphalite spongiforme bovine. Cette variante touche des sujets plus jeunes (28 ans), la durée d'évolution de la maladie est plus longue et elle se manifeste par des signes cliniques différents, plus psychiatriques que neurologiques, avec des troubles du comportement et un encéphalogramme normal.

Les premiers cas ont été dépistés en Grande-Bretagne en 1996, peu de temps après la première vague de la maladie de la vache folle. Les derniers chiffres font état de 87 patients atteints. La maladie de Creutzfeld-Jakob aurait donc été exportée en France avec l'encéphalite spongiforme bovine (ESB).

Il n'existe cependant aucune certitude quant à la contamination elle-même et à son processus. La voie alimentaire ne constitue qu'une hypothèse. Si elle s'avère fondée alors les parties de l'animal les plus proches du système nerveux : viscères, système lymphatique, seraient, en théorie, plus porteuses de risque potentiel. Certains chercheurs évoquent également des vaccins fabriqués en Grande-Bretagne à partir du sérum de veau.

#### La situation en France

En février 2001 seuls trois cas de cette variante auraient été authentifiés et nul ne peut prévoir à l'avance la progression de cette épidémie. Si la vigilance est de rigueur, rien cependant ne justifie la psychose qui s'est développée autour de la viande de bœuf. Selon le Pr. Serge Bakchine : « Il est grand temps d'arrêter cette panique et de recommencer à déguster, en toute sécurité, des steaks et des entrecôtes ».

#### Les risques pour le personnel hospitalier

Aucun risque de contamination n'est à craindre mais le caractère mystérieux de cette maladie conduit, au nom du principe de précaution, à appliquer une procédure rigoureuse en cas de suspicion d'un cas : signalement des cas douteux, isolement du patient, protocoles spécifiques pour les biopsies cérébrales, les endoscopies ou la manipulation du sang. Ces mesures sont accompagnées d'une sensibilisation des psychiatres et des neurologues aux différents signes annonciateurs et une attention plus particulière est portée aux actes de chirurgie et d'endoscopie potentiellement plus risqués.

#### Les pistes de recherche

Les chercheurs travaillent actuellement sur un agent capable de redonner sa forme normale à la protéine mutée. Tous les cas observés en Grande-Bretagne montrent que le prion présentait une forme particulière homozygote, codée 129, avec des échantillons maternels et paternels identiques. Ce qui laisserait supposer une forme de prédisposition génétique à cette maladie... Il ne s'agit là que d'une piste, mais elle ouvre des perspectives plutôt rassurantes.

## ... s a n t é p u b l i q u e ...

**La consultation de pathologie de l'environnement****CHU de Rouen**

Une consultation de pathologie de l'environnement, destinée à rechercher une éventuelle origine environnementale à des pathologies aiguës ou chroniques s'est ouverte au sein de la consultation de pathologie professionnelle du CHU de Rouen. Ce projet, initié par le Pr Caillard en 1992, a été finalisé au deuxième semestre de l'année 2000.

**Des effets encore mal évalués**

S'il est possible, dans certains cas, de déterminer avec certitude un lien entre une exposition environnementale et une pathologie, il faut parfois se contenter d'une réponse formulée en terme de probabilité de la relation.

La certitude peut être acquise lorsque, en présence de signes cliniques ou biologiques spécifiques, des dosages toxicologiques peuvent être réalisés et qu'il existe une relation connue entre la dose reçue et l'effet observé, par exemple avec certains métaux (*plomb, mercure*).

Cela n'est pas possible lorsque le toxique considéré n'est pas dosable dans l'organisme car il est « consommé » en produisant son effet, ou lorsque les signes cliniques observés sont non spécifiques. Ainsi, la plupart des cancers ne présentent pas de particularité histologique lorsqu'ils sont induits par une exposition environnementale (*exemple d'un cancer du poumon lié à l'exposition domestique au radon*). De plus, il arrive que le lien entre le toxique et la pathologie rencontrée ne soit pas fermement démontré. (*Par exemple le risque de leucémie ou de tumeur cérébrale induit par les champs électromagnétiques ou de trouble de la fertilité en cas d'exposition à des substances naturelles ou de synthèse ayant un effet mimant celui des œstrogènes*).

**Dans ces circonstances, il n'est possible d'indiquer qu'une plausibilité de relation entre l'exposition environnementale et la pathologie, qui reposera sur les caractéristiques de la maladie (cancer du poumon survenant chez un homme jeune non fumeur par exemple) et l'évaluation de l'exposition (mesure des toxiques dans l'atmosphère, à domicile ou sur le lieu de travail, ou dans les liquides biologiques).**

C'est en tenant compte de ces paramètres, et en s'appuyant sur la méthodologie d'évaluation des risques et des expositions individuelles validées avec les polluants professionnels, que la consultation de pathologie professionnelle du CHU de Rouen a proposé d'élargir son champ d'activité à la pathologie environnementale, en collaboration avec les différentes spécialités impliquées dans la prise en charge médicale des pathologies concernées.

**Pathologie environnementale et pathologie professionnelle : une complémentarité d'approche**

Les polluants\* sont souvent les mêmes (l'environnement a longtemps été considéré comme un espace de dilution pour les polluants industriels) et la « médecine de l'environnement » peut donc bénéficier des connaissances acquises en médecine du travail. De plus, les expositions peuvent survenir à la fois en milieu professionnel et dans l'environnement, avec des effets additifs. Enfin, les méthodes de mesure des expositions, développées en milieu professionnel, sont applicables aux expositions environnementales (en particulier les mesures précises de l'exposition individuelle).

**Néanmoins, les populations cibles, les doses et les modes d'exposition diffèrent.**

Les populations exposées en milieu professionnel sont, en général, des adultes en bonne santé alors que la population générale comprend aussi des groupes particulièrement sensibles tels que les enfants ou les personnes âgées.

Quant aux **expositions professionnelles**, elles sont discontinues (8 heures par jour, 5 jours par semaine) alors que les expositions environnementales sont susceptibles d'être continues. De plus, les voies d'expositions peuvent varier. La voie aérienne est souvent prédominante en milieu professionnel, alors que la voie alimentaire peut être majoritaire dans l'environnement général. Pour l'arsenic par exemple, l'exposition professionnelle sera plutôt aérienne (lors de la fabrication de pesticides) et l'exposition environnementale se fera par l'eau de boisson et entraînera des localisations différentes de cancers.

Enfin, les **doses reçues** dans l'environnement sont en général plus faibles que celles délivrées en milieu professionnel. Cette différence, « historique », s'atténue néanmoins en raison des progrès de l'hygiène industrielle et la question de l'effet des faibles doses tend à devenir prédominante, tant dans l'environnement professionnel que dans l'environnement général.

\* on utilise plus de 100 000 produits chimiques dont la toxicité est parfois mal connue. L'exposition à un seul polluant est rare, il s'agit le plus souvent de mélanges plus ou moins complexes.

**Un bus pour la prévention, l'information et le dépistage du SIDA et des hépatites****CHU de Nantes**

Pour faciliter l'accès à l'information et au dépistage, les centres de dépistage anonymes et gratuits du CHU de Nantes et du Conseil Général de Loire-Atlantique ont aménagé un bus mobile pour aller à la rencontre des habitants des communes rurales, des quartiers excentrés et des élèves dans les établissements scolaires.

Une équipe composée de médecins, d'infirmières et de bénévoles de médecins du monde répond aux questions des visiteurs et pratique les tests de dépistage. Les résultats sont disponibles la semaine suivante.

L'opération a débuté en février 2001 par la commune de Blain. D'autres sorties ont été programmées notamment à Malakoff, à Clisson, à Pornic, à Bellevue et à Ancenis.

De nombreux partenaires se sont mobilisés aux côtés du CHU et du Conseil Général : la Mairie de Nantes, la CPAM de Nantes, la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale de Loire-Atlantique, REVIH Nantes, l'Institut de Formation en Soins Infirmiers.

## ... s a n t é p u b l i q u e ...

**Projet de révision de la loi de bioéthique :  
la contribution de l'AP-HM****Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille**

Le Professeur Grillo, chef de service du laboratoire de biologie de la reproduction à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille vient d'organiser le 29 Mars 2001, une journée avec l'Espace Ethique Méditerranéen sur les thèmes "les lois de Bioéthique et l'Aide Médicale à la Procréation (AMP)" et "le devenir de l'embryon humain conçu in vitro".

Une réflexion d'actualité puisque le projet de révision de la loi de bioéthique de 1994 va être présenté prochainement en conseil des ministres.

**Les lois de bio-éthique et l'aide médicale à la procréation (AMP)**

L'avant-projet de loi de révision des lois de bioéthique encadre l'expérimentation des nouvelles techniques d'aide médicale à la procréation. L'Aide Médicale à la Procréation (AMP) a pour objet de remédier à l'infertilité "dont le caractère a été médicalement diagnostiqué" ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à l'autre membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité. Une nouvelle technique d'AMP ne peut être mise en oeuvre chez des couples qu'après autorisation ministérielle et avis de l'agence de la procréation. A titre exceptionnel, les deux membres du couple peuvent même consentir par écrit à ce que les embryons conservés soient accueillis par un autre couple.

Avec l'avènement de la Fécondation In Vitro, des embryons humains deviennent disponibles dans le cadre d'un projet parental. En France, 33 000 tentatives de Fécondation In Vitro ont lieu chaque année, qui donnent naissance à 7000 enfants. Les embryons dits "surnuméraires" sont les embryons congelés qui ne font plus l'objet d'un projet parental. Ils sont au nombre de 40 à 50 000 en France.

Jusqu'à présent, selon les lois de bioéthique de 1994, rien n'est prévu pour le devenir de ces embryons, excepté le don, car la destruction des embryons n'est pas autorisée. "L'accueil d'embryons" ou le don de ceux-ci sera donc évoqué au cours de cette journée.

Le Professeur Testart, le "père" du premier "bébé éprouvette" français évoquera "La recherche sur l'embryon, sa justification, son encadrement". En effet, il s'agira d'évoquer les possibilités de recherche sur les embryons surnuméraires ne faisant plus l'objet d'un projet parental.

**Le devenir de l'embryon humain conçu in vitro**

Pierre Savatier (Professeur à l'Ecole Normale Supérieure de Lyon, équipe de recherche CNRS-INRA sur les cellules souches embryonnaires) aborde le thème de "L'utilisation de l'embryon à des fins thérapeutiques. Le clonage thérapeutique". En effet, celui-ci est la création, à partir d'un embryon, de lignées de cellules souches embryonnaires. Ces cellules ont la particularité de pouvoir évoluer en cellules spécialisées ou en tissus. Elles ont aussi la possibilité de pouvoir se reproduire pratiquement à l'infini et elles peuvent donc être appelées à remplacer des cellules ou des tissus existants. Ces cellules ouvrent des perspectives de guérison ou de traitement pour de nombreuses maladies. Les maladies concernées par les possibilités du clonage thérapeutique sont par

exemple : les maladies dégénératives du système nerveux central, l'infarctus du myocarde, le diabète, mais aussi les maladies génétiques.

L'avant-projet de loi de révision des lois bioéthiques définit un cadre strict autorisant la recherche sur l'embryon humain. Celle-ci vise deux objectifs : l'amélioration des techniques de procréation médicalement assistée et la recherche de nouveaux traitements à partir de cellules souches.

Une réflexion sur les aspects éthique, juridique et sociologique de l'utilisation de l'embryon vient compléter les travaux. Le Pr Mattéi développe "la question éthique de l'embryon". Puis, la juriste Marie Angèle Hermitte évoque l'aspect juridique de l'embryon. Enfin, la sociologue Irène Théry aborde la dimension sociologique du débat bioéthique.

**droits  
des malades****Un besoin d'écoute et d'information****CHU de Poitiers**

**La Direction des Usagers, des Risques et de la Qualité dresse un bilan des réclamations reçues sur l'année 2000.**

Elle enregistre en moyenne 30 dossiers par mois. Pour deux tiers d'entre eux, il s'agit de réclamations effectuées par le patient lui-même, par courrier ou par entretien.

Les principaux motifs d'insatisfaction sont la prise en charge dans le service (32 sur 240 dossiers), les plaignants s'estimant **insuffisamment écoutés et pris en considération lors de leur séjour à l'hôpital.**

**Une information insuffisante ou des problèmes relationnels** avec le personnel soignant ou médical sont également relevés (25 sur 240 dossiers), ainsi que le temps d'attente aux urgences ou aux consultations (16 sur 240 dossiers).

Enfin, il faut noter que la Direction des Usagers, des Risques et de la Qualité traite également 65 demandes de dossiers médicaux par an satisfaisant ainsi le droit d'accès des patients à leur dossier par l'intermédiaire d'un médecin. Ces demandes sont motivées par la recherche d'une information que le patient n'aurait pas obtenue au cours de sa consultation ou de son hospitalisation ou par son désir de solliciter l'avis d'un autre spécialiste.

### Sécurité Routière : Une étude factorielle

**CHU de Bordeaux**

La France a un taux d'accidents de la route extrêmement élevé. Bien que la fatigue soit un élément d'accidentologie déjà connu, il s'avérait utile de mieux comprendre son rôle dans les accidents de voiture survenant sur le territoire français et de le comparer à celui de l'alcool.

L'étude conduite par le Dr Philip, Praticien hospitalier à la Clinique du sommeil du CHU de Bordeaux, fera de l'Aquitaine une région pilote au niveau international en matière de vigilance au volant et du CHU de Bordeaux un établissement moteur et de référence dans ce domaine.

#### Méthodes et Résultats

A partir de la base de données du Ministère des Transports, l'équipe du Dr Philip a obtenu des éléments précis sur les circonstances des 640 670 accidents de la route survenus entre 1994 et 1998 inclus et qui impliquaient au moins une personne blessée (dont la présence était confirmée par un intervenant médical) ou décédée. Les forces de police remplissaient un questionnaire ministériel standardisé comprenant des informations sur l'heure, le lieu, les conditions de la route et du climat, les véhicules impliqués, les défauts mécaniques, l'état de santé du conducteur et son niveau d'alcoolémie ainsi que des interviews résumant les probables causes de l'accident. Les accidents liés à la fatigue étant très difficiles à identifier, l'équipe a appliqué des critères déjà mis au point par Horne et Reyner pour éliminer la majorité des facteurs confondants.

**Ils se sont attachés uniquement aux accidents à véhicule seul intervenant dans de bonnes conditions climatiques sans problème de revêtement et sur des routes non séparées par des carrefours.**

Ils ont ainsi exclu la plupart des accidents en zone urbaine, les accidents impliquant des piétons et les accidents liés à la consommation de médicaments ou de drogues illicites.

Quatre catégories d'accidents ont été identifiées :

1. **Les accidents liés à l'alcool uniquement** (alcoolémie > 10 mg d'alcool / 100 ml de sang).
2. **Les accidents liés à la fatigue seule.** Le conducteur aurait pu éviter l'accident, mais aucune manœuvre n'a été faite dans ce sens et les niveaux d'alcool sont inférieurs à 10 mg/100 ml de sang.
3. **Les accidents liés à l'alcool et à la fatigue :** accidents liés à la fatigue avec des concentrations sanguines > 10 ml d'alcool / 100 ml de sang.
4. **Les accidents non liés à l'alcool ou à la fatigue** (pas de cause fatigue enregistrée et alcoolémie < 10 mg / 100 ml).

A peu près 10 % des accidents de la base initiale sont restés dans l'analyse soit 67671 accidents. Parmi ceux-là 10 % sont attribués à la fatigue et 23 % à l'alcool. Ces accidents sont ensuite subdivisés en trois périodes : le jour (07:00-19:59h), la soirée (20:00-23:59h), le petit matin (00:00-06:59h).

**Les accidents liés à l'alcool avaient un taux de mortalité supérieur durant la soirée et au petit matin que le jour alors que les accidents liés à la fatigue avaient un taux de mortalité supérieur le jour qu'au petit matin.**

Pour la période complète des 24 H et en comparaison avec les accidents non reliés à l'alcool, ceux reliés à la fatigue avaient un risque de mortalité, de 1.645

Pour les accidents impliquant des blessés graves, ce facteur de risque était de 1.

Les accidents liés à l'alcool avaient un risque de mortalité de 4.2

Les accidents induisant des blessures graves où l'alcool était impliqué avaient un facteur de risque de 1.9 .

Dans le cas des accidents où l'alcool et la fatigue étaient combinés, le risque de mortalité s'élevait à 6.8 et pour les accidents graves ce risque était de 2.6

Une analyse multi-variée a ensuite été réalisée sur les accidents survenant de jour où le fait d'observer un décès dans l'accident était considéré comme la variable dépendante et où

la variable indépendante était la fatigue, le handicap physique du chauffeur, la distraction de ce dernier, et la période de la semaine (week-end comparé aux jours de semaine ). Pour les accidents où l'alcool n'est pas impliqué, le facteur significatif était tout d'abord la fatigue puis la distraction du conducteur et enfin les week-ends.

Pour les accidents liés à l'alcool, les facteurs significatifs de décès étaient toujours et uniquement la fatigue.

#### La fatigue, un facteur de risque sévère

En utilisant une méthode très stricte d'analyse, il a été constaté que la fatigue seule ou lorsque cette dernière est combinée à l'alcool représente un facteur de risque très sévère en matière de décès ou de blessures graves lors d'accidents de la circulation. Ce facteur a été pour l'instant largement méconnu en France et dans les autres pays industrialisés.

On constate également qu'il existe une forte relation entre la période du cycle des 24 H et la cause des accidents. En effet la majorité des accidents liés à l'alcool surviennent la nuit.. Dans ce type d'accidents la fatigue est très largement méconnue alors que les données physiologiques confirment un pic d'hypovigilance nocturne clairement identifié. Il est probable qu'il existe à l'heure actuelle une sous-estimation de la prévalence de la fatigue rapportée par les forces de police, probablement à cause d'une attribution mono causale des accidents en particulier lorsque l'alcool est impliqué.

## ... santé publique ...

**Sécurité générale anti-malveillance :  
un bilan 2000 encourageant****Assistance Publique-Hôpitaux de Paris**

Depuis 10 ans, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) s'est dotée d'un système de sécurité générale anti-malveillance tendant à résoudre sa problématique sécuritaire par une approche globale et planifiée, en adéquation déontologique avec les missions de l'hôpital.

Pour l'an 2000, l'institution présente un bilan encourageant, caractérisé par une baisse de l'ensemble des actes de malveillance recensés. Le recueil statistique de ces actes s'est opéré à partir des données fournies par 29 hôpitaux ou groupes hospitaliers, représentant plus de 19 000 lits sur les quelques 24 800 que compte l'établissement public. Le bilan général 2000 fait apparaître une baisse d'ensemble de 6,8 % de la malveillance sur 2 616 faits délictueux recensés (contre 2 807 en 1999). Les violences reculent de 5,2 %, les atteintes aux biens de 14,7 % et les vols de 5,6 %. Les faits de violences légères qui figuraient en hausse sensible en 1999 (+ 40,7 %) ont diminué de 19 % en 2000 car les réponses aux demandes des personnels en difficulté face à des situations d'agressivité, notamment dans les services d'urgence, sont mieux adaptées et plus proches de l'événement. La baisse du total des atteintes aux biens résulte également d'interventions plus rapides.

On observe cependant que les faits de vandalisme sont en augmentation de 33 % en raison de l'activité de groupes ou de bandes de jeunes qui tentent des intrusions sur les sites et s'y manifestent en particulier par des déprédations ou des tags. Ces jeunes sont systématiquement reconduits hors des emprises hospitalières pour éviter les "prises de territoires". Enfin, on observe une diminution de toutes les catégories des vols, et en particulier des vols dans les véhicules (- 44 %) en conséquence d'un meilleur redéploiement des rondes et des surveillances. Au total, ce bilan décrit une situation caractérisée par une bonne maîtrise de la délinquance la plus marquante. Il reste que les situations d'agressivité dues à la multiplication des faits d'incivilité, nécessitent de nombreuses interventions des services de sécurité pour éviter les violences et autres faits de malveillance. À cet égard, en 2000, un effort a été engagé pour que des réponses mieux adaptées et mieux ciblées soient apportées aux demandes d'interventions des personnels. Dans ce contexte, les 9 millions de francs alloués dans le cadre du protocole Aubry permettront, dès 2001, de renforcer la prévention et l'accompagnement des situations de violence à l'hôpital.

(Communiqué AP-HP 6/04/01)

**Prévention des maladies  
cardiovasculaires****CHU d'Amiens**

La mortalité cardio-vasculaire a le triste privilège de la première place en France. La Picardie souffre en plus d'une surmortalité de 10% par rapport à la moyenne nationale. Pour lutter contre ce fléau, il existe une arme efficace mais insuffisamment exploitée : la prévention.

C'est pourquoi le Programme Régional de Santé des maladies cardiovasculaires a privilégié la création d'un Pôle de Prévention et d'Education du Patient dans chacun des huit secteurs sanitaires de Picardie. Ces pôles sont portés par l'hôpital pivot du secteur.

A Amiens, le pôle est situé depuis juin 2000 au Groupe Hospitalier Sud. En avril 2001, il quittera les locaux du CHU pour le centre-ville, se rapprochant ainsi de son public-cible. Véritable outil de soutien éducatif à disposition des médecins, le pôle aide les patients victimes d'accident cardio-vasculaire ou susceptibles de l'être, à comprendre et à maîtriser cette maladie. Pour ce faire, le pôle agit sur la globalité des facteurs de risque.

**Les facteurs de risque ont été clairement répertoriés :**

- le tabagisme
- l'hypertension artérielle
- l'obésité
- les dyslipidémies
- le diabète
- la sédentarité
- le stress.

**La formation des patients**

Les patients, adressés par leur médecin traitant généraliste ou spécialiste, sont accueillis par une équipe multidisciplinaire constituée d'un médecin référent, d'un cardiologue, d'une psychologue, d'une infirmière, d'une diététicienne et d'une secrétaire. Le pôle ne prescrit aucun médicament ni examen ; sa tâche est entièrement dédiée à l'éducation du patient selon un plan de formation adapté à chaque personne.

**Les techniques utilisées**

**Après une première consultation d'évaluation du facteur de risque, un programme de prévention est établi.** Il comprend une aide à l'arrêt du tabac, des conseils de diététique, une incitation à l'activité physique et un soutien à l'observance médicamenteuse.

**Des séances d'information** sont aussi proposées aux patients hospitalisés dans les services de cardiologie, de chirurgie cardiaque, de réanimation, de chirurgie vasculaire et thoracique et à leur conjoint.

**D'autres prestations** viennent compléter le dispositif telles que : des séances de relaxation et de gestion de stress, de cuisine thérapeutique, la formation des professionnels (IFSI, institut de formation en soins infirmiers - personnel de l'Education Nationale) à la prévention des risques cardiologiques, le soutien aux manifestations grand public comme le parcours du cœur ou la journée mon-



diale de lutte contre le tabac, des journées portes ouvertes à thème...

### L'évaluation des pratiques préventives

Pour homogénéiser la prise en charge éducative dans les 8 secteurs sanitaires, un dossier commun du patient a été élaboré par les référents de pôles ainsi qu'une évaluation des actions de prévention. Ce travail est coordonné par le Pr Lalau.

Bientôt un RESEAU AVC (accidents vasculaires cérébraux) sera créé avec pour objectif de connecter les 8 pôles ainsi que tous les acteurs concernés par la prise en charge préventive et curative des accidents vasculaires cérébraux.

## Maîtriser l'antibiothérapie\*

### CHU de Grenoble

**Les antibiotiques comme l'étymologie de leur nom l'indique sont des molécules particulières. Leur originalité est d'agir sur les micro-organismes vivants en essayant de les détruire. Cela leur confère des avantages et des inconvénients. Avantages d'agir sur une cible et de la détruire rapidement, avec comme corollaire le succès thérapeutique ; inconvénients de se trouver en face de micro-organismes capables de s'adapter et de se défendre en leur résistant, avec comme second corollaire l'échec. L'utilisation trop importante, parfois inappropriée, conduit à l'apparition de souches résistantes (enquêtes américaines, danoises...).**

De ce fait, la prescription des antibiotiques demeure tant en milieu hospitalier (souches de SARM, entérobactéries BLSE,...) que communautaire (souches de pneumocoques résistants à la pénicilline) un problème de santé publique difficilement maîtrisable, la dichotomie hospitalière-communautaire s'estompant progressivement du fait des hospitalisations courtes, des traitements ambulatoires, et donc des échanges microbiens entre ces deux structures.

Une politique d'antibiothérapie est donc nécessaire, tant au niveau communautaire qu'hospitalier. Elle impose une volonté des pouvoirs publics, des médecins, des patients. Elle nécessite une participation et une compréhension de tous. C'est pourquoi l'équipe du CHU de Grenoble a élaboré une politique volontariste consensuelle, réfléchie, pédagogique mais restrictive.

La politique d'antibiothérapie s'appuie sur :

- Sur des textes réglementaires :
  - le décret du 6 décembre 1999 portant création des CLIN au sein des établissements de santé auxquels il incombe de " prévenir la résistance bactérienne aux antibiotiques ". Une attention particulière sera portée au bon usage des antibiotiques en collaboration avec les services cliniques, la pharmacie, le laboratoire de microbiologie et le Comité du Médicament " (cf circulaire du 29 décembre 2000).
- Sur des recommandations nationales :
  - le bon usage des antibiotiques à l'hôpital (ANAES août 1996)
  - 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales (CTIN 1999)
- Sur les structures locales
  - Le CLIN et ses relais, les correspondants médicaux, doivent participer à la politique de prescription des antibiotiques et à l'application des recommandations.
  - La Commission de Prescription (s'intégrant ultérieurement dans le Comité du Médicament et des dispositifs médicaux stériles) doit proposer aux instances les règles de prescription et du bon usage des médicaments.
  - La Commission des Anti-infectieux présentera des consensus d'utilisation des antibiotiques, base de la bonne prescription de ces molécules.

### Les choix stratégiques

1/ Ils se fondent davantage sur la nécessité de prévenir la résistance et sur la qualité de la prescription plutôt que sur le coût. Même si celui-ci est important (15 % du budget pharmaceutique), il ne doit pas apparaître en premier lieu.

2/ Ils imposent une aide dans l'utilisation des molécules nombreuses, selon leur impact bactériologique.

3/ En l'absence de système informatique opérationnel de prescription pour l'ensemble du CHU (2200 lits, près de 500 prescripteurs), ils nécessitent un recours à l'ordonnance.

### Les différentes prescriptions

Même si tout antibiotique devrait être délivré sur prescription nominative, la structure ne nous permet pas de l'appliquer in extenso. Aussi les antibiotiques mis à disposition de la communauté médicale peuvent être prescrits selon 3 modalités :

- **Antibiotiques courants** : la plupart des molécules et spécialités inscrites au livret du médicament sont en prescription libre avec une dispensation globale (commande de la pharmacie)
- **Antibiotiques à prescription contrôlée** (liste de 16 molécules ou spécialités) : ils sont en prescription nominative sur ordonnance spécifique. La dispensation est nominative

au vu de l'ordonnance. Son intérêt est la possibilité de validation pharmaceutique, de suivi des consommations, d'évaluation des prescriptions.

- **Antibiotiques réservés** (liste de 8 spécialités) dont la prescription est réservée à des correspondants pour l'antibiothérapie.

### Les correspondants sont :

- proposés par les services,
- validés par la Commission des Anti-infectieux,
- Formés par les infectiologues,
- Enregistrés par la pharmacie. Les correspondants du CLIN peuvent en être l'ossature.

Cette modalité se différencie des précédentes par :

- Une restriction du nombre de prescripteurs (correspondants médicaux)
- Un accompagnement pédagogique (formation des correspondants et conférences de consensus diffusées par Intranet).

- Dans tous les cas, une aide à la prescription est disponible auprès de la Consultation Mobile en Infectiologie, structure à la disposition de l'ensemble des prescripteurs, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

L'évaluation de ces différentes modalités de prescription est prévue par l'Unité de Qualité. Elle devrait permettre de vérifier sa mise en œuvre avant de la percevoir progressivement sur l'écologie du CHU.

**Si l'apparition et la diffusion des souches résistantes dépend aussi de l'hygiène, chaque établissement doit cependant s'engager à trouver une solution pour maîtriser l'antibiothérapie, adaptée à sa taille, à ses prescripteurs et à ses habitudes. Le modèle du CHU de Grenoble, accepté à l'unanimité par la C.M.E, devrait permettre de mieux faire comprendre qu'une prescription si courte soit-elle doit être réfléchie et réévaluée.**

\*Auteurs : J.P. STAHL - Commission des Anti-Infectieux, J.P. BRION - Commission de Prescription, J. CROIZE - C.I.I.N. du CHU de Grenoble - " La surveillance internationale de la résistance aux antibiotiques en Europe : l'heure est à la surveillance de l'utilisation des antibiotiques ". (Euro-Surveillance - 2001 - Vol 6 n° 1).

## ... s a n t é p u b l i q u e ...

**Lyon site pilote de la médecine en milieu pénitentiaire***Hospices Civils de Lyon*

L'implication des H.C.L. dans la médecine en milieu pénitentiaire a tout d'abord été universitaire, plusieurs praticiens des équipes de Médecine Légale et de Psychiatrie médico-légale s'étant portés dès les années 60 sur les postes de médecins vacataires des prisons, alors gérés par l'Administration Pénitentiaire (A.P.) et peu recherchés.

Outre l'intérêt qu'ils allaient découvrir dans l'immensité de la tâche, ils bénéficièrent de leur appartenance à une équipe (alors que la plupart de leurs confrères devaient exercer dans un total isolement professionnel) et des possibilités de partage d'expériences, de recueil d'observations et de recherche qu'offre le rattachement universitaire. C'est ainsi que deux évidences se dégagèrent bientôt à leur yeux :

- la propension à évoluer parmi les conduites de risque plutôt qu'à prendre soin d'eux observée chez nombre d'entrants en prison procédait d'une fragilité psychique et sous-tendait une morbidité somatique très supérieures à celles que l'on pouvait attendre d'une population à 96 % masculine et de 30 ans d'âge moyen.

- l'intérêt porté à la personne détenue à propos de sa santé et l'affirmation de son droit d'accès aux mêmes soins que ceux offerts à la population générale constituaient des leviers privilégiés de réinsertion.

De ces deux évidences découlait une troisième : on se trouvait devant une mission de santé publique dépassant largement les compétences et les ressources d'une A.P. chroniquement pauvre et dont la fonction première n'était pas le soin.

**Un service réservé aux personnes détenues au sein du CHU**

Au début des années 80, l'équipe Lyonnaise élaborait un projet de restructuration de l'ensemble du dispositif sanitaire pénitentiaire qui préfigurait la Loi du 18 janvier 1994 en suggérant l'implication des hôpitaux publics et le financement par le régime général de Sécurité Sociale. Mais pressentant qu'il faudrait du temps pour que l'idée chemine, elle proposa d'en tester la validité au niveau du problème particulièrement préoccupant de l'hospitalisation. La proposition fut d'implanter au sein du C.H.U. un service réservé aux personnes détenues, parfaitement sécurisé et mettant à leur disposition tout un plateau technique déjà existant et ainsi à même de répondre à la prévisible diversité des pathologies médicales, chirurgicales et médico-psychologiques. Un tel service devait avoir une capacité suffisante d'une part pour accéder à l'autonomie garantie du volontariat de toutes les catégories de soignants, d'autre part pour permettre un double fonctionnement en hospitalisation programmée et en accueil d'urgence : ce pourquoi nous avons proposé que sa zone de desserte géographique s'étende aux 19 Etablissements pénitentiaires de la région Rhône-Alpes-Auvergne.

Ce service fonctionne depuis Mars 1985. Il lui a fallu environ trois ans pour s'insérer dans l'environnement hospitalier, par-delà les craintes et réticences initiales. Il lui a fallu trouver ses propres spécificités (lieu-ressource en médecine légale, lieu-référent pour les Accidents d'Exposition au Sang - AES) pour ne pas apparaître uniquement "à charge" aux autres services. Il a fallu le soutien sans faille du pôle administratif, la motivation de toutes les catégories de soignants et aussi le facteur chance qui a réduit les incidents sérieux à un en 16 ans pour que l'expérience soit reconnue probante et que la décision soit prise, en août 2000, de l'étendre à 7 autres C.H.U.

**Aujourd'hui, de tels Services apparaissent en effet comme les clés de voûte du dispositif mis en place par la Loi de 1994 : tout à la fois partenaires, référents techniques et fédérateurs à l'échelle régionale des Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) que les hôpitaux publics de proximité ont implantées dans chaque établissement pénitentiaire.**

**L'accès aux soins pour tous : La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (P.A.S.S.)***CHU de Fort-de-France*

*La P.A.S.S. a été mise en place le 1er novembre 1999 au CHU conformément à la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion.*

**A quoi sert la P.A.S.S. ?**

La PASS répond en première intention à un besoin de soins de la part des personnes démunies. Elle assure une prise en charge sanitaire et sociale de la personne, et organise sa prise en charge extra-hospitalière, en collaboration avec des partenaires extérieurs.

**Quel est son rôle ?**

Son rôle fondamental consiste à permettre l'accès aux soins à des personnes marginalisées qui éprouvent souvent des difficultés voire une incapacité à faire valoir leur droit à l'assurance maladie ; Ces personnes redoutent les contacts avec les structures de soins et avec les personnels administratifs et soignants.

Les missions de la P.A.S.S. (circulaire du 17 décembre 1998)

- Faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier et au réseau institutionnel ou associatif de soins, d'accueil et d'accompagnement social.
- Accompagner les personnes dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits notamment en matière de couverture sociale.
- Répondre à toutes les démarches de jeunes femmes démunies qui sont à la recherche de mesure de prévention en matière de contraception ou d'I.V.G., d'accueil pour leurs enfants en relation avec le planning familial.

**Où est-elle située ?**

Au CHU de Fort de France la PASS est située dans le hall d'accueil de l'hôpital Pierre Zobda Quitman car c'est là que se présentent chaque jour les personnes qui ont recours de façon tardive au système de soins. En relation constante avec le service des urgences, la PASS constitue le lieu d'accueil et de prise en charge centralisé de l'exclusion.

M-N. ELIAZORD

## ... s a n t é p u b l i q u e

### La médecine sociale et humanitaire innove

#### CHU de Toulouse

Le CHU de Toulouse s'efforce depuis plusieurs années d'apporter des réponses adaptées au problème d'accès aux soins des personnes en situation de précarité : les services intègrent tous un versant de médecine sociale et humanitaire et sont en relation quotidienne avec les opérateurs extérieurs qui interviennent auprès des populations en situation de précarité.

En concevant le projet de l'Équipe mobile de soins ambulatoires, le comité de pilotage du pôle de médecine sociale et humanitaire du CHU n'a pas voulu créer une structure supplémentaire mais compléter le réseau local d'aide et de soins : l'Équipe mobile sociale du Centre communal d'action sociale (CCAS) à laquelle elle est rattachée, le 115 (numéro de téléphone qui enregistre le signalement de toute personne à la rue rencontrée en difficulté), le Samu, les services d'urgence, les lits infirmiers de la Halte Santé\*, les médecins d'astreinte et la permanence d'accès aux soins de santé (PASS), le Pôle d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO), le service de nuitées d'hôtels du CCAS, la régulation de l'Accueil hivernal d'urgence...

#### L'équipe mobile de soins ambulatoires des infirmiers " en maraude "

L'équipe mobile de soins ambulatoires a pour mission d'aller au-devant des populations les plus fragiles qui ne sont pas en mesure de faire appel elles-mêmes aux services de soins ou aux services sociaux. Elle intervient soit sur signalement (appels téléphoniques de particuliers), soit en sillonnant les principales rues ou places où se regroupent les personnes en difficulté. Ce qui s'appelle très officiellement *la maraude*. L'objectif est d'identifier les personnes en détresse physique et sociale et de leur proposer une orientation susceptible d'assurer leur prise en charge sanitaire et sociale.

Cette unité regroupe une équipe paramédicale constituée de six infirmiers et infirmières et une équipe de médecins généralistes libéraux placée sous la responsabilité du Pr Virenque et du Dr Coppin.

Avec l'équipe mobile de soins ambulatoires, l'hôpital apporte une réponse plus rapide et plus efficace aux personnes sans domicile stable : " L'éclairage médical est un plus pour les équipes qui vont à la rencontre de gens

qui ne formulent pas de demande explicite. La présence d'infirmiers est un apport précieux dans la prise de contact : il est parfois plus facile d'évoquer les problèmes de santé. " Hubert Flye, coordonnateur de la Veille sociale\*, juge également satisfaisantes les premières expériences d'orientation vers la PASS des personnes prises en charge sur le terrain par l'EMS.

*\*La Halte Santé est un lieu d'hébergement, d'une capacité de 11 lits qui accueille des personnes en situation de précarité nécessitant un suivi médical pour des pathologies de médecine générale, mais dont l'état ne justifie pas une hospitalisation. La moitié des demandes d'admission émanent du CHU. Plus d'un tiers des séjours concernent des patients sans aucune protection sociale.*

Autre exemple de service développé à l'attention des personnes les plus démunies : **Le réseau ville-hôpital en soins dentaires**

Parce que le processus de précarité entraîne rapidement une dégradation de la santé dentaire nécessitant des soins d'urgence, le service d'odontologie du professeur Lodter a conçu d'emblée son réseau de soins aux plus démunis dans une optique élargie à la mission humanitaire et sociale dévolue à l'hôpital public : prise en charge médico-sociale, consultation de dépistage, examen clinique, prévention et information sur l'hygiène, distribution de matériel, motivation aux soins, orientation des patients.

**Les partenaires du réseau :** dans le CHU, le centre spécialisé de soins pour toxicomanes et le Point Santé de La Grave, le service de dermatologie ; et, pour les structures externes, Médecins du Monde, la Halte Santé, la Boutique Solidarité, le centre de vaccination de la Ville de Toulouse, l'espace social du Grand Ramier, les associations Clémence Isaure, le Comité Santé Migrants et Tzigane Solidarité.

Le projet, financé par la ville de Strasbourg, a été mené par le percussionniste Gaston Sylvestre. Ce musicien, membre du trio « Le Cercle », ensemble connu pour son travail sur la musique contemporaine, a travaillé en étroite collaboration avec le Centre de Formation de Musiciens Intervenants de l'Université Marc Bloch (CFMI) et l'association Musique et Santé.

Cette action a nécessité une grande implication de l'ensemble des partenaires.

La structure artistique a dû s'adapter à un monde inconnu, l'hôpital. L'ensemble du personnel hospitalier, Cadres Infirmiers Supérieurs, Cadres Infirmiers des unités fonctionnelles, éducatrices de jeunes enfants des unités concernées ainsi que l'équipe de direction du site de Haute-pierre a dû, lui, réfléchir sur un cahier des charges exhaustif.

En effet, il était inconcevable pour tous de permettre à des musiciens d'investir l'hôpital pour enfants sans faire un véritable travail de recherche préalable dans les lieux d'intervention.

Le résultat de ce processus est un ensemble d'actions musicales et sonores dans les services infantiles : spectacles musicaux avec des objets quotidiens, moments de musique au chevet des malades, berceuses, chants avec le personnel soignant, sculptures sonores réalisées avec du matériel hospitalier (pousse-seringues, fauteuils roulants, tubes de perfusion), aménagements de l'environnement sonore (orchestration d'une sonnerie de téléphone, fermeture d'une porte), autant de rencontres avec la musique « vivante » au service de l'humanisation.

**Il s'agit d'être à l'écoute des enfants, de leurs parents, des équipes médicales et soignantes afin d'être au plus près et au plus juste de chaque situation, de chaque rencontre.**

Le professionnalisme des musiciens, leur encadrement constant par un référent appartenant à l'unité de soins et le souci de chacun de ne pas perturber le bon fonctionnement des services ont fait de ce projet une réussite. Une évaluation, à l'issue de la résidence musicale, a fait ressortir la volonté de tous de poursuivre l'aventure.

Contact : [Christelle.Carrier@chru-strasbourg.fr](mailto:Christelle.Carrier@chru-strasbourg.fr)

## c u l t u r e

### 40 musiciens

#### CHU de Strasbourg

Dans le cadre des Premières Rencontres Européennes de la Culture à l'Hôpital, le projet de résidence « Musique à l'Hôpital » a permis d'inviter un artiste musicien dans les services pédiatriques de l'Hôpital de Haute-pierre du 22 janvier au 2 février 2001.

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

### Eureka : La créativité au service de la qualité

#### *CHU de Poitiers*

**La créativité concourt au développement de la qualité des soins, à l'épanouissement du personnel et à l'effort économique de l'Institution.**

Au CHU de Poitiers, la direction des soins infirmiers organise tous les ans " les journées de la créativité " au cours desquelles sont présentées les innovations des soignants ; une reconnaissance officielle des efforts des infirmières et infirmiers pour personnaliser les soins et améliorer le confort des patients hospitalisés.

Lors de la 7<sup>ème</sup> édition qui s'est déroulée durant trois après-midi d'octobre 2000, 9 équipes se trouvaient en compétition. Près de 800 personnels de l'établissement ont assisté aux exposés puis ont voté pour désigner les gagnants des prix créativité, qualité-recherche et travail d'équipe.

Le 1<sup>er</sup> prix Créativité a été remporté par le service de rhumatologie qui a imaginé un " nouveau porte-document " pour transporter le dossier du malade handicapé ou alité, le second a récompensé le " cale porte " imaginé par l'équipe de chirurgie plastique et traumatologie soucieuse de ne plus perturber le sommeil des patients.

Le 1<sup>er</sup> prix Qualité et recherche revient au service de radiothérapie pour son " guide du patient en radiothérapie ". Le second a été attribué au service de réanimation médicale pour son travail sur le réveil du malade en réanimation intitulé " rêves étranges ".

Enfin les cinq prix du meilleur travail d'équipe ont été décernés :

1. au service de Soins longue durée pour l'atelier de peinture animé par un bénévole et ouvert aux personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer,
2. au service de la crèche hospitalière pour la création d'une autre forme d'activités ludiques " Pour le plaisir de tous, petits et grands ",
3. au service de Neuropsychologie et rééducation du langage pour leur livret sur "l'aphasie et activités de groupe ",
4. au service de bloc de chirurgie cardio-thoracique pour son matériel de contrôle de l'étanchéité des containers " Projet 2007 "
5. et enfin au service de réanimation médicale pour leur enquête sur le " vécu des soignants face aux décisions de limitation et d'arrêt thérapeutique ".

Le projet du Service de Soins Infirmiers s'appuie sur une philosophie de soins centrée sur les besoins du malade et de sa famille mais aussi sur des concepts d'autonomie, d'initiative et de responsabilité chez les soignants. Cette dernière composante entre dans une véritable démarche qualité, essentielle dans le contexte de restructuration du CHU de Poitiers où chacun est invité à apporter sa contribution à l'amélioration des prestations aux patients.

### L'Innovation, une valeur forte

#### *CHR d'Orléans*

**Depuis 1988, le Centre Hospitalier Régional d'Orléans organise tous les deux ans une " journée Innovations " : Un grand rendez-vous destiné à rappeler que l'innovation est une valeur partagée par tous les services.**

En novembre 1998, 1 300 membres du personnel prenaient part à ce rassemblement, en janvier 2001, ils étaient 1500 à découvrir les progrès réalisés dans les services du CHU.

Tous les domaines sont concernés :

\* **Les innovations médicales** bien sûr comme la chirurgie mini-invasive en neurochirurgie qui permet de réduire les risques opératoires en autorisant l'abord de régions du cerveau jusque là réputées inaccessibles - la polysomnographie, nouvelle spécialisation de pneumologie, qui permet d'étudier le sommeil en vue d'améliorer la vie du patient et de ses proches - en virologie, l'étude du génome du virus HIV et de ses mutations de résistance permet de sélectionner les molécules antirétrovirales les plus efficaces - en radiothérapie, l'irradiation stéréotaxique fractionnée extra-cérébrale qui permet la prise en charge en radiothérapie des métastases pulmonaires ou hépatiques jusque là impossibles à réaliser en radiothérapie classique,

\* mais aussi **les nouvelles structures et nouveaux protocoles de soins** (douleur, soins palliatifs, infirmière consultante assurant la prise en charge éducative du diabétique ...),

\* **les équipements de pointe** (mammotome, le système stéréotaxique Body Frame d'ELEKTA, intranet en cardiologie...),

\* et **la coopération internationale** (tri et acheminement de médicaments dans les pays en voie de développement, convention avec l'hôpital d'Oulan-Bator en Mongolie)

**Pour Bernard Roehrich, Directeur Général du CHR d'Orléans : " le progrès naît de l'association judicieuse de compétences complémentaires. Ainsi en conjuguant multidisciplinarité et imagination on obtient des thérapeutiques performantes et moins traumatisantes. "**

La 7<sup>ème</sup> journée Innovation témoigne de l'engagement du CHR dans des démarches constantes d'amélioration de la qualité, dans la voie de la modernité, sans toutefois renoncer aux valeurs traditionnelles des hospitaliers : accueil de tous, tout au long de l'année, 24 heures sur 24.

# progrès

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

## Première mondiale

### CHU de Montpellier

#### Pancréas artificiel : l'automatisation testée 6 mois après la première implantation

Le 24 octobre 2000 les Professeurs Eric Renard et Jacques Bringer exerçant dans le service des Maladies Endocriniennes du CHU de Montpellier implantaient un prototype de pancréas artificiel chez un patient diabétique. Le système comprend une pompe à insuline reliée à un détecteur permanent de glycémie.

Cette première mondiale a été saluée par les médias nationaux comme une avancée thérapeutique majeure promettant d'apporter une amélioration sans précédent de la vie des diabétiques les plus handicapés.

La pompe à insuline implantée utilisée pour cet essai est une version améliorée d'un précédent modèle qui a été implanté avec succès chez plus de 600 malades. Le détecteur de glucose, en cours de développement depuis plus de 10 ans, fait appel à une technologie originale qui permet une stabilité de mesure dans le sang de grande précision à long terme."

Le patient retenu avait bénéficié 10 ans plus tôt de l'implantation de la première pompe péritonéale à insuline. Désormais, il possède en plus un dispositif permanent de mesure de la glycémie. Durant 6 mois le patient a actionné au moyen d'un programmeur externe la pompe placée sous sa paroi abdominale et poursuivi les mesures de glycémie en capillaire. Cette évaluation de sécurité est nécessaire pour s'assurer de la fiabilité du système de détection et de celui de délivrance de l'insuline.

L'automatisation doit s'effectuer par téléchargement d'un nouveau programme dans le système déjà implanté. C'est ce que vient d'accomplir l'équipe le 10 avril 2001. L'autonomie du système a été accomplie avec succès pendant 48 heures. Le patient n'avait plus à se soucier de sa glycémie car le système fonctionnait bien en circuit fermé durant ces deux jours d'essai.

Le patient montpelliérain est le premier d'une série de cinquante patients, 20 français et 30 américains, tous inclus dans la première phase de l'étude menée par le fabricant Medical

Research Group MRG. Selon Alfred Mann, PDG de MRG " le détecteur doit fonctionner environ deux ans. Son remplacement peut être effectué chez le malade, sans hospitalisation. Si les essais en cours sont concluants, les malades implantés ne bénéficieront d'aucune surveillance particulière en dehors du remplissage de la pompe à insuline tous les trois mois. "

Le pancréas artificiel aidera considérablement les malades diabétiques de type 1 à contrôler leur glycémie et réduira les souffrances liées à cette terrible maladie.

## Transplantation cœur-foie : première expérience caennaise

### CHU de Caen

**Les transplantations combinées cœur-foie sont rares : entre 1988 et 2000 seules 18 interventions de ce type ont été pratiquées en Europe. A Caen, les équipes foie, cœur et anesthésie réanimation du CHU rapportent la transplantation cœur-foie chez un patient de 39 ans porteur d'une hypercholestérolémie de type II b par maladie des récepteurs LDL avec une double hétérozygotie par mutation de l'exon 6 et 9.**

Seules huit transplantations combinées cœur-foie ont été rapportées dans la littérature pour hypercholestérolémie familiale, toujours chez des sujets homozygotes (6 enfants, 2 adultes) avec des améliorations notables mais incomplètes de leur bilan lipidique. A Caen, il s'agit donc de la première transplantation combinée cœur-foie réalisée chez une personne hétérozygote, avec un résultat fonctionnel et métabolique excellent, 6 mois après la double greffe.

Le bénéficiaire, un adulte hypertendu, diabétique et artéritique, avait subi un quadri-pontage en 1986. Mais en dépit de LDL-aphérese tous les quinze jours, sa situation cardiaque se détériorait.

**L'indication de transplantation cardiaque fut posée et, afin de ne pas**

**compromettre à court terme le greffon cardiaque et de traiter la maladie sous-jacente, une transplantation combinée cœur-foie fut décidée.**

Les deux greffons ont été prélevés sur un sujet de 22 ans. La transplantation cardiaque fut réalisée en premier avec une ischémie froide de 182 minutes...

A l'arrêt de la circulation extra-corporelle, l'hémodynamique était stable pratiquement sans inotrope. La sternotomie refermée, une incision bi-sous-costale fut réalisée, au total 5 heures après le début de la greffe cardiaque.

**Les difficultés rencontrées ont été :** la survenue d'une insuffisance ventriculaire droite après environ 1h30 de dissection abdominale entraînant un Budd-Chiari aigu rendant l'hépatectomie difficile et obligeant successivement à rouvrir le sternum, mettre en place une pompe extra corporelle cavo-cave et réaliser un clampage aortique prolongé.

**L'ensemble de la procédure a duré 17h.** Le protocole d'immuno-suppression a comporté de la ciclosporine, du sérum anti-lymphocytaire, des corticoïdes et du mycophénolate mofetil.

Les suites immédiates ont été marquées par une insuffisance rénale anurique régressive et une pneumopathie nosocomiale. Les suites à distance furent marquées par un rejet cardiaque stade II B nécessitant un renforcement de la corticothérapie et, sur le plan chirurgical, par une éventration de la sous-costale.

A six mois, le patient va bien. Il a suivi une cure chirurgicale de son éventration et le bilan lipidique s'est normalisé sans aucun traitement.

#### Equipe Foie

L.Chiche, G. Lebreton, MA Piquet, E. Salame, P. Segol

#### Equipe Coeur

A. Khayat, G. Babatasi, P. Lepage, R. Sabatier

#### Equipe Anesthésie-réanimation

J.P. Deshayes, A. Loti, A. Bessodes, F. Flais, J. Tartièrre, D. Samba

### Médicaments : Le CIC conduit des études cliniques indispensables au dossier d'AMM

#### CHU de Nancy

Le CIC de Nancy (Centre d'investigations cliniques) vient d'achever les études cliniques indispensables au dossier d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) d'un nouvel anorexigène, très attendu par les patients et les prescripteurs, depuis le retrait de la majorité des anorexigènes.

C'est l'Agence du médicament elle-même qui avait conseillé le CIC pour conduire ces études demandant des compétences de spécialistes de l'obésité et de la nutrition, (Pr Ziegler), de cardiologues (Pr Zannad) et de pharmaco thérapeutes au sein d'un centre parfaitement rôdé à la logistique des études. Au total, les 18 mois de travaux ont permis de montrer une baisse significative du poids corporel (> 10% en six mois) essentiellement aux dépens de la masse grasse, tandis qu'aucun effet secondaire néfaste n'était constaté.

**48 généralistes du réseau** animé par J-M. Boivin ont assuré le suivi courant des 135 patients ; le CIC pour sa part a réalisé les examens complémentaires (appréciation de la masse grasse par densitométrie biphotonique, écho cardio, holter-ECG) et le suivi diététique. Le Centre dirigé par le Pr Drouin est une des rares structures de recherche en France à avoir fait le pari de recruter et former un réseau de médecins libéraux formés aux bonnes pratiques cliniques.

A ce jour il compte plus de 500 médecins fidèles capables de travailler en étroite synergie avec les équipes scientifiques du CIC. Un atout de taille pour ce Centre de pointe.

### Lutte contre la surdité

#### CHU de Nancy

**Le premier implant cochléaire vient d'être posé en Lorraine par le Pr Simon, le 15 janvier dernier.**

Un  v nement attendu depuis plusieurs années par le service d'ORL nancéien, même si ce geste reste encore relativement rare dans le grand Est. Certes la technique n'est pas trop complexe confiait le Pr Simon, mais c'est surtout le coût du matériel qui freine le développement des implants. L'appareil permet en effet de créer une sensation auditive en stimulant directement les fibres du nerf auditif par des électrodes. Outre l'introduction de ces électrodes qui impose l'intervention, le port d'un microprocesseur est nécessaire pour traiter et transmettre le signal aux électrodes implantées.

**L'ensemble du dispositif coûtant plus de 100 000 F**, on comprend que la technique ne soit pas très répandue. Actuellement, il semble pourtant que les choses bougent en faveur du monde des sourds, puisque plusieurs projets ambitieux sont sur les rails : la création d'un CIS (Centre d'information de la surdité), sous l'égide de la Drass et une étude d'opportunité d'un dépistage systématique de la surdité à la naissance.

### Certification ISO 9002 de l'Unité de Thérapie Cellulaire et Génique

#### CHU de Nantes

**En thérapie cellulaire et génique, il existe une étape incontournable entre la recherche effectuée dans les laboratoires et les traitements réalisés par les cliniciens : la fabrication des produits.**

En créant en 1994 une unité de production des traitements par thérapie cellulaire et génique, le CHU de Nantes inaugurerait une nouvelle activité en France. Il témoigne aussi de sa volonté de procurer au malade le plus rapidement et le plus efficacement possible les protocoles thérapeutiques sortis des unités de recherche. Cette unité vient de recevoir la certification ISO9002 (une nouveauté pour une structure hospitalière de ce type) qui garantit aux cliniciens et aux malades la qualité des produits fabriqués.

La thérapie cellulaire et génique permet de traiter des malades atteints d'affections telles que le lymphome, le mélanome, le cancer de l'ovaire, le diabète sur insuffisance rénale.

*L'Unité de Thérapie Cellulaire et Génique a bénéficié du soutien de l'AFM, de l'INSEM, de la Ligue Contre le Cancer et de l'ARC.*

### Innovation dans le traitement des fractures du bassin

#### CHU de Nice

**Le traitement des fractures du bassin par vissage percutané est certainement le résultat d'une précieuse collaboration entre radiologues et chirurgiens des services de radiologie et de traumatologie du CHU de Nice.**

Cette technique raccourcit l'hospitalisation et la période de convalescence. Le retour à la vie active est fortement accéléré, la r education est moins longue. Elle est en outre plus précise ce qui permet une consolidation plus anatomique associant confort et économies importantes. Les suites opératoires sont simples.

En l'absence de lésion sévère des membres inférieurs ou de la colonne vertébrale, le blessé peut s'asseoir dès le surlendemain de l'opération et se tenir debout avec aide, au bout de 4 à 5 jours. Le séjour en chirurgie peut donc durer environ une semaine.

Outre, l'aspect humain, les conséquences économiques sont considérables puisque ce séjour est diminué de 25 à 30 jours.

**Les traitements classiques sont :**

- le traitement chirurgical complexe, risqué, réservé de ce fait aux fractures à grand déplacement et aux troubles neurologiques.
- Le traitement orthopédique impose un alitement strict, durant 4 à 6 semaines, particulièrement inconfortable mais aussi à l'origine de complications cutanées (escarres), rénales, pulmonaires et vasculaires parfois graves.

### Le Vapréotide : un nouveau médicament de référence dans le traitement de la cirrhose du foie

CHU d'Angers

**La rupture des varices dans le tube digestif, au cours de la cirrhose, est la deuxième cause de mortalité de cette maladie.**

Un traitement médicamenteux curatif vient d'être mis au point améliorant considérablement le pronostic vital des patients : il s'agit de l'administration précoce de Vapréotide. Un progrès médical qui fera référence dans le domaine du traitement de l'hypertension portale.

L'étude permettant la mise au point de ce traitement, initiée à l'Université et au CHU d'Angers a été réalisée en collaboration avec 22 centres hospitaliers et en partenariat avec la société suisse Debiopham. Cette étude a fait l'objet d'une publication du Pr. Paul Calès, premier auteur, dans le New England Journal of Medicine du 4 janvier 2001.

C'est avec 2 ans d'avance sur une étude nord-américaine, parallèlement menée par un groupe international que l'étude franco-suisse sera publiée.

#### La cirrhose en France

En France, chaque année la cirrhose est responsable d'environ 10 000 décès et entraîne environ 15 000 hémorragies digestives.

#### Le Vapréotide

L'étude initiée à Angers dès 1997 a permis de démontrer que l'administration précoce\* de Vapréotide améliore le pronostic vital des patients victimes d'une rupture de varices dans le tube digestif.

Administré en perfusion pendant 5 jours en association avec un traitement endoscopique, le Vapréotide aide à contrôler l'hémorragie et surtout il permet de diminuer la mortalité.

Le Vapréotide est un médicament facile à manier par des équipes non spécialisées du fait de sa quasi-absence de contre-indication.

\*dès l'admission du patient en milieu hospitalier, sans attendre confirmation de l'origine de l'hémorragie, ni l'examen endoscopique, ce qui permet de gagner de précieuses heures.

#### L'équipe du Pr Paul Calès

Cette équipe est spécialisée depuis longtemps dans l'étude de l'hypertension portale (équivalent de l'hypertension artérielle au niveau des veines du tube digestif). Elle a par ailleurs mis au point une technique permettant d'étudier les propriétés des analogues hormonaux de somatostatine, famille de molécules dont est issu le Vapréotide.

En 1999, le Pr Calès présentait les premiers résultats de l'étude sur l'administration précoce du Vapréotide au Congrès de l'AASLD à Dallas.

Le 4 janvier 2001, le Pr Calès publiait en tant que premier auteur un article intitulé " Early administration of vapreotide for variceal bleeding in cirrhosis " dans le New England Journal of Medicine\*, première revue médicale mondiale.

\* Le New England Journal of Medicine bénéficie d'un coefficient d'impact de 29 - à titre indicatif, la meilleure des revues médicales françaises ne possède qu'un coefficient d'impact de 1,1.

### Découverte d'un gène impliqué dans la lithiase biliaire

#### Assistance Publique-Paris

**Le 27 mars dernier, le professeur Raoul Poupon, chef du service d'hépatogastro-entérologie de l'hôpital Saint-Antoine, et son équipe\*, ont annoncé la mise en évidence d'un gène de susceptibilité impliqué dans la lithiase biliaire.**

Cette anomalie de la composition de la bile se caractérise par la présence de calculs constitués soit de cholestérol, soit de bilirubinate de calcium. La lithiase cholestérolique en est la forme la plus fréquente (80% des cas).

**Elle touche de 10 à 20% de la population** dans les pays industrialisés et en majorité les femmes de plus de 60 ans (40%).

**Les facteurs de risque** de la lithiase cholestérolique sont nombreux : l'âge, le sexe (elle est deux fois plus présente chez les femmes que chez les hommes), l'obésité, le manque d'exercice physique ou encore la perte de poids. La présence de calcul dans la vésicule urineuse passe neuf fois sur dix inaperçue et, dans ce cas, cette maladie est bénigne. Mais dans 10% des cas, les

calculs entraînent des complications : pancréatites, cholécystites ou encore des cancers des voies biliaires.

Le professeur Poupon et son équipe ont tout d'abord déterminé un syndrome résultant de l'association de différentes anomalies (calculs vésiculaires, microcalculs de cholestérol dans le foie et cholestase intra-hépatique) chez des adultes de moins de 50 ans ayant contracté une maladie lithiasique symptomatique. Ils ont alors constaté, chez ces malades, une diminution importante des phospholipides biliaires. La concentration des phospholipides dans la bile étant déterminée par l'activité de la protéine MDR3, les chercheurs ont décidé de séquencer le gène MDR3 des malades souffrant de ce syndrome.

**Le séquençage, qui s'est entièrement déroulé dans le laboratoire de biologie moléculaire de l'hôpital Saint-Antoine, montre plusieurs types de mutations différentes sur le gène.**

Elles aboutissent toutes au même résultat : une déficience de l'activité biologique de la protéine. À l'heure actuelle, le seul traitement de la maladie disponible est l'administration orale d'acide ursodésoxycholique, un acide biliaire présent en faible quantité dans la bile humaine. La découverte du gène permettra sans doute de fabriquer des protéines encore plus efficaces par chimie combinatoire.

\*le docteur Olivier Rosmorduc, praticien hospitalier universitaire du service d'hépatogastro-entérologie et le docteur Brigitte Hermelin, biochimiste du service commun de biologie moléculaire.

#### Lexique

- Pancréatite : inflammation du pancréas.
- Cholécystite : inflammation de la vésicule biliaire.
- Cholestase intra-hépatique : défaut de passage de la bile du foie vers les voies biliaires extra-hépatique et l'intestin.
- Phospholipides biliaires : structures lipidiques qui protègent les parois des voies biliaires des acides biliaires et solubilisent le cholestérol.
- Séquençage : observation de l'enchaînement des nucléotides qui composent l'ADN.
- Chimie combinatoire : méthode très puissante basée sur la programmation informatique pour déterminer quels groupements chimiques vont interagir entre eux. (communiqué AP-HP du 03/04/01)

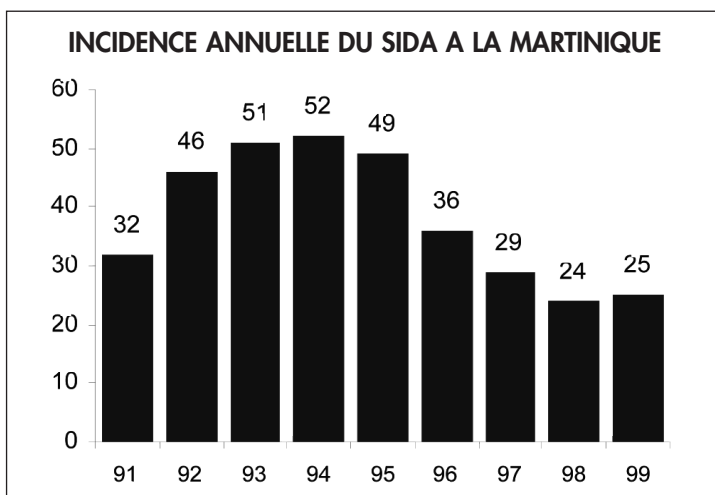
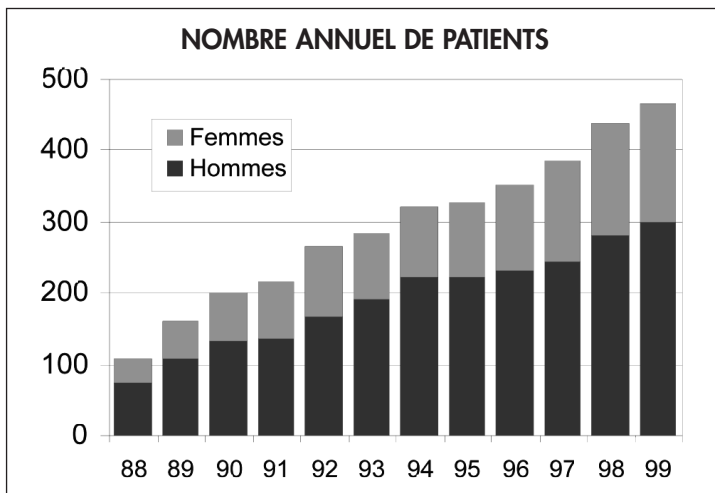
### Lutte contre le SIDA

#### CHU de Fort-de-France

Près de 500 patients sont actuellement accueillis au Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH).

Cette unité assure la prévention, le dépistage, et le suivi médical, psychologique et social des patients. Les antirétroviraux sont dispensés dans une antenne de la pharmacie située à proximité. La continuité des soins est assurée par le personnel médical et paramédical qui se rend au lit des patients lorsqu'ils sont hospitalisés dans les différents services ou en hôpital de jour.

Le nombre de patients croît régulièrement depuis 1988 (figure ci-contre). Cette croissance est liée d'une part à la **diminution de la mortalité** depuis 1996, et d'autre part à **l'augmentation du nombre de nouvelles personnes dépistées**. Le suivi des patients se fait principalement en consultation : 2160 en 1999.



Le nombre de nouveaux cas de SIDA a augmenté régulièrement jusqu'en 1994, puis, grâce aux multithérapies antirétrovirales, a diminué puis s'est stabilisé, avec 25 cas en 1999.

**Ces nouveaux cas de SIDA s'observent majoritairement chez des patients non dépistés ou dépistés, mais non suivis.**

Les services proposés par le CISIH :

**Consultation d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit (CIDAG)**

**Prise en charge des expositions accidentelles au VIH (150 personnes en 1999)**

En cas d'accidents d'exposition au sang (AES), le personnel de santé doit consulter un médecin référent le plus rapidement possible et se rendre directement au CISIH. En dehors des horaires d'ouverture du CISIH, il devra consulter le médecin senior des Urgences.

Pour les accidents survenus en dehors des structures de soins,

Et en cas d'exposition au VIH à la suite de relations sexuelles, les personnes doivent se rendre au CISIH afin d'effectuer :

- Une évaluation du risque infectieux (VIH, VHB, VHC).
- La prescription éventuelle d'un traitement antirétroviral pendant 4 semaines.
- Un suivi sérologique.

Enfin, une **astreinte opérationnelle**, permet de joindre un médecin 24h/24, pour tout avis concernant le VIH (prise en charge d'un patient, AES...).

DR CABIE et l'Equipe du CISIH

### La plastination, une spécialité stéphanoise

#### CHU de Saint-Etienne

**Le saviez-vous ? Le nez et les sinus, notamment les sinus maxillaires à l'origine des pénibles sinusites, sont encore mal connus. La plastination offre dans ce domaine la possibilité de mieux comprendre ce qui se passe dans les cavités naso-sinusiennes.**

Cette technique se révèle très intéressante pour suivre, par exemple, le trajet des particules des aérosols utilisés dans de nombreuses pathologies, des plus bénignes comme les rhinites aux plus graves comme la mucoviscidose. Les sinus maxillaires se situant sur les côtés du nez, toute la difficulté réside dans la plus ou moins grande capacité des aérosols à les atteindre. Et cela quelle que soit la méthode utilisée : l'impaction, la sédimentation ou la diffusion. Il semblerait cependant que les aérosols soniques permettent une meilleure diffusion du spray en adjoignant un son sur le générateur des particules de l'aérosol.

**Le docteur Marc DURAND, chef de clinique en ORL dans le service du professeur Christian MARTIN, est devenu spécialiste de la plastination et de l'étude de la diffusion des aérosols dans les cavités naso-sinusiennes.** Il travaille sur ce sujet depuis son DEA effectué en lien avec le laboratoire de traitement du signal et de l'image. Le Dr Durand utilise 3 techniques pour mesurer la diffusion des particules des aérosols et **donc évaluer leur véritable efficacité : La scintigraphie**, mais elle donne des résultats difficiles à interpréter parce qu'elle est gênée par l'effet Compton.



**L'immuno-histochimie** qui consiste à recueillir directement dans les sinus les antibiotiques envoyés par nébulisation. Ce dosage est fait avec le concours du service de bactériologie.

**Les capteurs d'humidité**, le Dr Durand a fabriqué un prototype de mesure du taux d'humidité à l'intérieur des sinus maxillaires. Cela permet la mesure des variations de l'humidité à l'intérieur des sinus après l'utilisation d'un aérosol.

### **Améliorer l'efficacité de la diffusion des particules**

Depuis 1995 le Dr Durand travaille en collaboration avec une entreprise stéphanoise : La Diffusion Technique Française. Cette entreprise a mis son savoir-faire et ses techniciens au service des praticiens. Les premières expériences ont prouvé que le banc de mesure Stéphanois donne des résultats meilleurs que d'autres techniques plus pointues.

**Cependant de nombreuses questions restent en suspens : Comment les particules des aérosols rentrent-elles dans les cavités naso-sinusiennes ? A quel moment ? Quelle taille doivent-elles avoir pour pénétrer efficacement ?**

C'est pour cela que l'association AIRE (Aide à la recherche médicale de proximité) a choisi de soutenir financièrement les travaux du Dr Durand : l'argent récolté servira à construire un second appareil de mesure, très fiable. Les données recueillies permettront d'établir un premier état des lieux avant de s'orienter vers de nouvelles générations d'aérosols.

## colloque

### Congrès : Peau et système nerveux

#### **CHU de St-Etienne**

Le 21 juin 2001, le 3<sup>e</sup> colloque "Peau et Système Nerveux" organisé par le Dr Laurent Misery\* se déroulera au Palais des Congrès de Saint-Etienne. Un rendez-vous désormais incontournable pour les dermatologues, psychiatres, neurologues, chercheurs, psychologues, infirmiers et représentants de l'industrie pharmaceutique et cosmétique.

#### **Au programme :**

Les relations entre peau et psychisme  
Les aspects psychosomatiques à l'adolescence  
Les relations entre le stress et la peau  
L'évolution de la cosmétologie

\*Le Dr Laurent Misery a reçu le prix Noviderm pour son projet de recherche dermatologique. Il est l'auteur de : "La peau neuronale ou les nerfs à fleur de peau" - paru en 2000 aux Editions Ellipse.

## Gérontologie

### **CHU d'Angers**

#### **Les multiples facettes de la gérontologie clinique**

**L'activité de gérontologie clinique s'intègre dans une action de santé qui intéresse l'ensemble de la population. Elle doit répondre à un besoin de proximité, mais aussi d'expertise dans le domaine de la dépendance et des affections liées au vieillissement, imposant une large ouverture sur les actions extra-hospitalières. C'est pourquoi, au CHU d'Angers, la gérontologie est organisée en 3 pôles, répondant chacun à des attentes spécifiques : une unité d'hospitalisation, une cellule d'évaluation et enfin une formalisation des coopérations externes.**

#### **Une prise en charge globale des besoins du patient : l'unité de court séjour d'hospitalisation**

L'unité de court séjour de Gérontologie Clinique a ouvert en octobre 1999. Il s'agit d'une unité d'hospitalisation de 16 lits.

La majorité des patients admis proviennent du Service d'Admission et des Urgences. L'équipe de cette unité de court séjour comprend des professionnels aux compétences différentes (médecins, infirmières, aides-soignantes, ergothérapeutes, psychologue clinicienne, neuropsychologue, assistante sociale). Le travail interdisciplinaire est possible grâce à une réunion quotidienne d'environ 40 minutes. Cette rencontre permet de mettre en commun pour chaque patient les interventions des différents professionnels, mais aussi dès l'entrée, les objectifs de soins communs à l'équipe soignante et aux médecins.

L'ambition de cette unité est de prendre en charge, globalement et simultanément, les multiples besoins d'une personne relevant de la gérontologie. Aussi lui faut-il, pour un même patient, pouvoir à la fois :

- répondre à un soin aigu,
- évaluer globalement les possibilités et limites de la personne en terme d'autonomie,
- et rencontrer les aidants, en particulier les familles, afin d'établir un projet de vie.

L'activité médicale est centrée sur la prise en charge polypathologique visant à discerner les priorités de diagnostic. La recherche du diagnostic,

permettant un traitement adéquat, peut faire appel à un travail d'enquête diagnostique de médecine interne et solliciter, de plus, des avis spécialisés.

La prise en charge globale et interdisciplinaire du patient s'associe à la recherche de la meilleure qualité des soins médicaux.

A la sortie du patient, si cela est nécessaire, un ergothérapeute peut effectuer une visite à domicile afin de proposer des aménagements du lieu de vie.

#### **Une évaluation médicale, ergothérapeutique et sociale au sein de la Cellule d'Evaluation Dépendance pour Personnes Agées**

Dans le cadre du Contrat Etat-Etablissement, une Cellule d'Evaluation Dépendance pour Personnes Agées (CEDPA) a été ouverte en 1997.

L'évaluation se décline en 3 approches : médicale, ergothérapeutique et socio-économique :

- l'évaluation médicale est centrée sur les affections qui retiennent sur l'autonomie sociale,
- l'évaluation ergothérapeutique analyse, quant à elle, les champs de compétences sur les différentes activités quotidiennes et propose les aides humaines et techniques adaptées,
- enfin l'évaluation sociale et économique permet un conseil adapté pour la prise en charge sociale.

Le CEDPA a aujourd'hui l'ambition de se décliner également en équipe mobile afin de renforcer son action auprès des autres services du CHU.

#### **Réseaux de soins et rapprochements institutionnels**

Le troisième axe de l'activité de Gérontologie est orienté vers le travail en réseaux externes. Le plus souvent, il s'agit de mettre en place des collaborations effectives avec des structures - telles que des hôpitaux généraux - ayant signé une convention de partenariat avec le CHU. En effet, étant donné l'âge souvent élevé des patients admis dans ces établissements, la prise en charge gérontologique est un élément clé des dites conventions.

Le travail de réseau et de coopération dans le domaine de la Gérontologie ne s'arrête pas à l'application de ces conventions. De nombreuses autres actions sont engagées depuis plusieurs mois (cf. article "Réseaux et coopération au service de la gérontologie"). L'activité de gérontologie intégrant aussi bien des aspects médicaux, soignants que socio-économiques, l'approche du patient ne peut se limiter aux seules frontières du CHU.

### Chirurgie assistée par ordinateur : Le voyage fantastique

*CHU de Nice*

**Le service de neurochirurgie du CHU de Nice possède un système de neuronavigation ou neurochirurgie assistée par ordinateur.**

Le principe de cet appareillage complexe repose sur le contrôle en temps réel de la position d'un instrument dans la boîte crânienne par rapport à une cible, repérée en pré-opératoire sur les images radiologiques. Des points fixes sont simplement collés sur le crâne de la personne avant le scanner et l'IRM pré-opératoires. Les images numérisées, enregistrées sur disque optique, sont ensuite « entrées » dans la station de travail où les logiciels vont opérer leur reconstruction en 3 dimensions.

L'opérateur peut ainsi, avant l'intervention, définir la meilleure trajectoire pour aborder et réséquer la tumeur, en respectant les zones saines ; notion très importante pour respecter l'avenir fonctionnel du patient.

#### Un gain de sécurité pour les malades

C'est donc une technique sécurisée qui est mise à la disposition du patient avec pour lui une seule contrainte, celle de garder les points collés en place jusqu'au lendemain, jour de l'intervention.

« Pour moi le plus important était d'être opérée avec le plus de sécurité possible, c'est pour ça que je suis venue consulter à Nice. C'est formidable et rassurant de savoir que le chirurgien peut en quelque sorte voir au travers du cerveau... » déclare une patiente quelques jours après son intervention, « la preuve, c'est qu'aujourd'hui tout va bien, c'était pourtant une intervention jugée à risques ».

**Cette technique s'adresse surtout au traitement chirurgical des tumeurs cérébrales profondes et tumeurs de l'hypophyse**, mais son utilisation n'est pas limitée à ces indications. Elle permet une approche multidisciplinaire dans l'oto-neurochirurgie (neurinomes de l'acoustique notamment) et dans la chirurgie de l'oreille.

**Le développement de la neurochirurgie fonctionnelle** (douleurs chroniques, maladie de Parkinson) pourra être amélioré par cette technique. Elle permet grâce à la Télémédecine, l'envoi d'images à partir de la station de travail vers un spécialiste, un autre collègue pour avis dans l'élaboration du pré-planning.

Son potentiel pédagogique en fait également un formidable outil d'enseignement, d'apprentissage et de perfectionnement.

Avec cette technique le service de Neurochirurgie et ses partenaires entendent mieux répondre aux besoins des patients, leur garantir plus de qualité et de sécurité, deux mots chers à tous les soignants (Article de Christine Saglietto avec la participation du Dr Paquis).

### Réimplantation d'une lèvre

*CHU de Nancy*

**Une équipe de chirurgie plastique et reconstructrice du Service du Pr Michel Stricker vient de réussir la réimplantation d'une lèvre supérieure chez une patiente d'une trentaine d'années, agressée par arme blanche.**

Quinze heures de bloc opératoire auront été nécessaires pour suturer les très nombreuses plaies, reconstruire la pyramide nasale et réimplanter la lèvre. Six tentatives de réanastomose de l'artère d'un millimètre de diamètre auront été pratiquées par les chirurgiens, les Dr Frédéric Duroure et Jean-Pascal Fyad avant d'aboutir à une revascularisation complète. Un acharnement justifié, car le préjudice esthétique et fonctionnel subi par un patient sans lèvre supérieure est considérable.

Une vingtaine de réimplantations couronnées de succès ont été publiées à ce jour dans la littérature mondiale.

### Art en pédiatrie

*CHU de Caen*

**Pourquoi un atelier d'art en service de médecine pédiatrique hospitalo-universitaire ?**

« Parce qu'il faut laisser parler l'imaginaire de l'enfant pendant ce moment important et parfois douloureux que constitue l'hospitalisation. L'activité d'art est aussi un moyen de lui procurer du plaisir. » explique le Dr Marie-José Penniello-Vallette.

Dans le service, tous les professionnels veillent à la santé des adolescents, les liens avec l'extérieur sont entretenus par l'éducatrice et l'institutrice, l'activité d'art va, quant à elle, faciliter l'expression d'émotions liées à leur souffrance psychique ou corporelle. D'autres « choses » peuvent s'exprimer relevant davantage de l'histoire personnelle.

#### Un rôle d'initiation et de transmission

Les productions sont considérées comme les créations d'un enfant artiste à l'hôpital. Mais l'art reste un chemin ardu qui passe par la maîtrise de techniques et par la rigueur, c'est pourquoi l'accompagnement est nécessaire. « Il faut aider l'enfant à choisir ou à inventer ses propres outils au service de son imagination et de sa réflexion. Survenant au moment de l'expérience intense de la maladie, mon intervention permet de faire progresser l'enfant dans sa conscience de soi et sa confiance en soi en s'appropriant des savoir-faire nouveaux et en découvrant des aptitudes inexplorées. » commente M<sup>me</sup> Clavreul, animatrice de l'atelier d'Art.

Cependant l'ouverture de cet atelier a requis énormément d'énergie de la part de ses instigateurs et pas moins de trois ans de démarches, de rendez-vous, de recherche de financement...

### Institut de Cancérologie et d'Hématologie (ICH)

#### CHU de Brest

Le 29 janvier 2001 s'ouvrait l'Institut de Cancérologie et d'Hématologie (ICH) réunissant l'Oncologie générale, broncho-pulmonaire et digestive, la Radiothérapie et l'Hématologie clinique.

Deux autres services sont étroitement liés : la gastro-entérologie et la gynécologie.

La construction et l'ouverture de l'Hôpital de la Cavale Blanche, en 1996, ainsi que la restructuration de l'Hôpital Morvan ont été l'occasion de repenser l'organisation de la cancérologie au CHU de BREST.

Comme dans tous les CHU, et dans de nombreux hôpitaux, la cancérologie était éclatée entre les différents services de spécialités d'organes, chacun travaillant indépendamment des autres, développant technique d'évaluation et organisation thérapeutique sans concertation avec les autres services.

En accord avec l'administration du CHU, les équipes d'oncologie ont étudié la possibilité de regrouper une partie de l'activité cancérologique sur un même site, dans un seul bâtiment, au sein d'un Institut, les autres services étant réunis à ce "point central" dans le cadre d'une Fédération. Il est nécessaire de bien faire la différence entre la Fédération de Cancérologie et l'Institut. Ces deux structures sont à la fois indépendantes dans leur fonctionnement et totalement imbriquées dans leur finalité.

Tous les médecins compétents en cancérologie sont réunis. Si chaque médecin reste responsable directement des malades relevant de sa compétence, il n'y a plus de secteur réservé à telle ou telle discipline - une proximité, qui tout en respectant l'indépendance de chacun, permet de trouver l'aide nécessaire auprès des représentants d'autres spécialités.

Cette organisation rationalise et, par là même, optimise les moyens humains et matériels du CHU. Le regroupement des spécialistes compétents et des cancérologues permettra d'améliorer l'approche diagnostique et thérapeutique des cancers, de développer le sens de la pluridisciplinarité et, dès lors, d'éviter ce qui est, sans doute aujourd'hui, l'écueil le plus important : l'approche individuelle.

A côté de la dimension soins et maîtrise des coûts, l'Institut de Cancérologie et d'Hématologie a deux autres avantages :

**L'enseignement** : il est indiscutable qu'aujourd'hui la formation en cancérologie est beaucoup trop éclatée entre les différentes spécialités d'organes pour permettre à l'étudiant de se faire une idée précise de ce qu'est cette maladie et d'avoir, par là même, intérêt à s'orienter vers cette spécialité. Actuellement, seulement 3 % des 12 000 internes s'orientent vers l'oncologie ou la radio-

thérapie, alors que le cancer est la première cause de mortalité.

La recherche, enfin, devrait connaître un nouvel essor dans notre CHU. Chacune des équipes est trop petite pour pouvoir prétendre à une recherche de très haut niveau. En les rapprochant, elles atteindront la masse critique suffisante pour développer un programme de recherche de qualité.

#### Une mise en commun des moyens au service du patient

Quatre niveaux du bâtiment 3 de l'Hôpital Morvan sont occupés par cet Institut. Il n'y a plus d'identification de services mais une distinction selon le mode de prise en charge du patient : consultations, hospitalisation de jour, hospitalisation de semaine, hospitalisation continue et secteur protégé (stérile).

Cette configuration optimise ainsi la qualité de soins en développant complémentarité et transversalité grâce à une rationalisation de l'activité.

- **Les consultations pluridisciplinaires** (200 par semaine) : l'ensemble des consultations est regroupé dans le nouveau bâtiment construit derrière le bâtiment 3. Le patient est accueilli par une secrétaire et une infirmière de consultation ;

- **L'hôpital de jour** (15 places) : c'est le mode d'activité essentiel de la cancérologie. Cette unité fonctionnelle exige une coordination parfaite entre les médecins et le personnel pour que les malades ne perdent pas, par l'attente ou le manque de disponibilité, le bénéfice de ce mode d'hospitalisation. Sur les 18 520 séjours enregistrés en 1998, 13 044 étaient des hospitalisations de moins de 24 heures ;

- **L'hôpital de semaine** (24 lits) : première alternative à l'hospitalisation, ce secteur a pour mission d'accueillir des patients programmés en chimiothérapie pour un, deux, voire cinq jours, de les recevoir pour une décision thérapeutique, de les accompagner dans l'annonce du diagnostic, enfin, d'assurer une complémentarité de fonctionnement et d'accueil avec le secteur d'hospitalisation continue ;

- **Les soins continus** (23 lits) : c'est un secteur particulièrement lourd, accueillant le plus souvent des malades à des stades difficiles de leur maladie ;

- **Le secteur stérile** (14 lits) : il accueille essentiellement des malades d'hématologie, en chimiothérapie lourde ou en autogreffes. Leur prise en charge nécessite une densité de soins trop élevée pour permettre une hospitalisation dans une unité de soin classique. Par ailleurs, l'unité stérile est entièrement équipée d'un système de ventilation à pression positive.

Sont associés à ces unités d'hospitalisation :

- la pharmacie oncologique
- le plateau technique de radiothérapie
- le plateau technique d'endoscopie
- le laboratoire de thérapie cellulaire

**L'équipement en lits** : 7 lits de plus par rapport à la situation ancienne

la majorité des chambres sont à un lit.

**Les équipes** :

Personnel médical : 29

Personnel paramédical : 96,5

Autres : 9

**Le budget** :

Travaux : 53 MF

Equipements : 16,5 MF dont équipement

général : 3,5 MF et équipement

médical : 13 MF

**Un certain nombre d'éléments, en dehors des éléments mobiliers de la chambre elle-même, ont été étudiés pour améliorer l'accueil et le confort du malade et de sa famille :**

- Prestations repas personnalisés
- Création d'un espace famille : salon, cuisine, salle de bains
- Salon d'esthétique
- Système de visioconférence par internet pour les relations entre les patients en chambres stériles et leurs visiteurs, système financé par l'Association Céline et la Stéphane.

Cet outil technologique, unique en France, est une initiative du personnel de l'unité d'hématologie clinique et de l'Association « Céline & Stéphane - Leucémie Espoir », financeur du projet à hauteur de 800 000 F.

Les patients hospitalisés en chambres stériles y séjournent en moyenne 35 jours, 35 longues journées pendant lesquelles les visites sont extrêmement limitées : 1 personne à la fois, exclusivement la famille très proche - à l'exception des enfants de moins de 15 ans.

Afin de pallier cette restriction, les patients disposent aujourd'hui, dans leur chambre, d'une web caméra et d'un ordinateur connectés au même dispositif installé d'une part dans la salle de visioconférence de l'Institut, d'autre part, dans l'appartement des familles\*, rue Glasgow, et au poste infirmier et très prochainement deux ordinateurs portables seront mis à la disposition des familles.

Enfin, l'ouverture de l'Institut sur l'extérieur de l'Hôpital est assurée par la mise à disposition de locaux pour les associations de malades : l'association Céline et Stéphane et l'association Soutien et Présence de l'Iroise.

### Cancérologie

CHU de Poitiers

#### Un suivi personnalisé des patientes

Depuis plusieurs années, le service de gynécologie du Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers assure le traitement chirurgical et chimiothérapique des patientes atteintes de pathologies gynécologiques cancéreuses.

Le nombre croissant de patients : 509 consultations d'oncologie en 1999 contre 399 l'année précédente, la difficulté de la prise en charge et la volonté de l'équipe d'assurer des soins et un suivi de qualité l'ont amené à élaborer un mode de fonctionnement original qui vise à optimiser les soins à chaque étape de la prise en charge.

#### L'infirmière référente

Chirurgien, chimiothérapeute, radiothérapeute étudient les dossiers au cours d'une réunion pluridisciplinaire et décident des traitements complémentaires. Aujourd'hui l'infirmière assiste à ces réunions afin de connaître parfaitement les dossiers. Elle note la décision prise par l'équipe afin de programmer immédiatement les différents rendez-vous. Elle sera également présente à la consultation d'annonce du diagnostic apportant aussi les réponses aux différentes interrogations concernant les traitements et notamment la chimiothérapie – si la patiente n'a pas osé s'en ouvrir au médecin. Elle assiste également à la consultation de chimiothérapie, planifie les séances et commande les traitements en collaboration avec la pharmacie centrale qui en effectue la préparation.

C'est elle, enfin, qui accueille la patiente pour la séance de chimiothérapie, en étroite collaboration avec les aides-soignantes. Ainsi c'est une seule et même personne qui est présente tout au long du suivi, ce qui lui donne une plus grande proximité, une meilleure connaissance du dossier et une plus grande efficacité dans l'application du traitement.

A côté du tandem « médecin-infirmière » plusieurs autres professionnels interviennent pour assurer la meilleure prise en charge possible.

#### Un réseau de compétences

Une intervention médico-psychologique vient en complément de la prise en charge, en collaboration avec l'Unité de Consultations Médico-Psychologiques. L'infirmière en psychiatrie rencontre toutes les patientes pour lesquelles un diagnostic de cancer est posé.

Elle permet de dépister les souffrances psychologiques nécessitant l'intervention du médecin psychiatre. Les aides-soignantes ont été partie prenante dans ce projet. En effet, ce sont elles qui assurent, le jour de la cure, l'installation et le confort de la patiente. Tout un travail a été mené sur la personnalisation des menus afin de favoriser et stimuler l'appétit souvent perturbé par le traitement : possibilité de choisir ses plats, présentation plus agréable avec des assiettes et couverts de couleur...

*Auteurs : Gislaine Marco, sage-femme cadre, Muriel Rogeon, sage-femme, Catherine Magnan, infirmière, Agnès Bertrand, infirmière, Marie-France Grégoire, aide-soignante et Martine Pasquiers, agent des services hospitaliers - service de Gynécologie-obstétrique du C.H.U. de Poitiers.*

### Les nouveaux atouts du service de cardiologie

CHR d'Orléans

**Une nouvelle équipe, une nouvelle organisation, des matériels et techniques de pointe, une restructuration des locaux... Tels sont les nouveaux atouts du service de cardiologie du CHR d'Orléans devenu pôle de référence régionale pour les patients souffrant d'affections cardiaques.**

#### Une fréquentation en hausse

Depuis 5 ans, le service de cardiologie a vu le nombre de ses patients augmenter de 20%, passant de 2 500 en 95 à plus de 3000 en l'an 2000. L'attractivité du service s'est également étendue aux départements limitrophes du Loiret (d'où proviennent 73,1% des malades accueillis par le service), au Loir et Cher (5,9%), au Cher (4,1%) et à l'Eure et Loir (2,4%).

Les 2/3 des personnes prises en charge sont des hommes, 30% ont entre 70 et 80 ans, 27% entre 60 et 70 ans et 23% entre 45 et 60 ans.

Leur durée moyenne de séjour dans le service se limite à 4,7 jours en 99 alors qu'elle était de 5,8 jours en 98.

#### Une nouvelle organisation

Le recrutement de trois jeunes médecins angioplasticiens a permis d'instaurer un système de garde 24h sur 24h. Ces spécialistes peuvent intervenir avec le soutien des infirmières d'astreinte. C'est bien une équipe au complet qui garantit la continuité des soins en cardiologie interventionnelle et un suivi de qualité pour les patients présentant un syndrome coronarien aigu.

« Un spécialiste est toujours présent pour déboucher une artère. Il peut intervenir au stade aigu, entre le début de la douleur et la quatrième heure... Nous avons recentré l'activité sur la prise en charge de l'urgence coronarique. Nous figurons parmi les cinq premiers en France et nous en sommes très fiers » explique le Dr Patrick Daudon, chef de service.

#### Une restructuration des locaux

Prenant en compte les évolutions des soins notamment en urgence cardiaque, le CHR a ouvert un étage à vocation exclusivement cardio-vasculaire au même niveau que le service de chirurgie vasculaire.

#### Cet ensemble de 53 lits comprend aussi :

- une unité de 11 lits de soins intensifs dotée de matériels et techniques de pointe qui vient d'être entièrement renouvelée,
- une structure de 9 lits d'hospitalisation de semaine,
- et 33 lits d'hospitalisation traditionnelle.

#### L'activité du service

La prise en charge du syndrome coronarien aigu s'effectue en étroite collaboration avec le SAMU 45. En 1999, 240 procédures en phase aiguë d'infarctus du myocarde ont été effectuées et en 2000, le service a réalisé 700 dilatations coronaires.

L'activité de stimulation cardiaque a, elle aussi, nettement progressé avec la pose de 150 pacemakers durant les 10 premiers mois de l'année 2000. Enfin, une nouvelle technique de lutte contre la mort subite s'est développée avec l'implantation du défibrillateur automatique.

### Conforter la vocation régionale du service

Pour atteindre cet objectif, il reste encore à rénover le plateau technique d'angiographie digitalisée et à développer les techniques nouvelles de revascularisation. Enfin, le service devra aussi mettre en oeuvre une démarche de prévention de la maladie coronaire afin d'offrir une gamme complète de services à la population, allant de l'éducation sanitaire au traitement des affections.

Montant de la restructuration : 5, 7 MF.

### Surveillance des patients épileptiques

#### CHU de Lille

En France 500 000 personnes -dont plus de 50% d'enfants- sont touchées par l'épilepsie, un mal encore entaché par d'obscurités croyances.

L'unité d'exploration de l'épilepsie du CHU de Lille accueille les patients épileptiques dans une structure spécialement conçue pour une surveillance continue. Installée dans le service de neurologie adulte du Pr Destée, l'unité est composée d'une salle de contrôle qui communique avec les 4 chambres adultes ; la chambre enfant se trouvant en neurologie pédiatrique.

#### Une surveillance 24H/24

Chaque patient est filmé 24h/24 et son électro-encéphalogramme est enregistré en permanence. La salle de contrôle reçoit les images et l'EEG du patient. Un second poste de contrôle est installé dans la chambre même. L'examen clinique et l'analyse des crises permettent de déterminer le type d'épilepsie, généralisée ou partielle. La nuit, l'équipe de neurologie prend le relais de la surveillance grâce à un moniteur installé dans la salle de garde où plusieurs infirmières ont été formées à ce suivi.

Un ingénieux système portable améliore le confort du patient lui permettant de se déplacer en restant relié à l'appareil. Le lit est équipé d'une télécommande pour que le patient puisse lancer un signal sur l'EEG à l'approche d'une crise.

#### Des examens nécessaires au diagnostic et à la définition de la stratégie thérapeutique

Ce dispositif permet d'étudier très précisément les crises du patient. « Le couplage caméra et EEG est indispensable car certaines formes de crises sont quasiment indétectables sur la vidéo et seul l'EEG permet de les déceler. » explique le Pr Derambure. L'IRM et la débimétrie sont des examens complémentaires qui aident

à déterminer le type d'épilepsie et la stratégie thérapeutique à adopter.

Depuis son ouverture en septembre 1999, l'unité d'exploration de l'épilepsie a reçu 250 patients. 20 d'entre eux ont été orientés vers Paris pour subir une opération chirurgicale car le traitement médicamenteux reste parfois inefficace.

**Epilepsie** : les neurones, cellules nerveuses du cerveau, sont parcourus en permanence par des influx nerveux semblables à des courants électriques - Chez les patients épileptiques une partie des neurones présentent une hyperexcitabilité qui peut déclencher une crise à tout moment, un peu comme un court-circuit. Lorsque l'ensemble des hémisphères cérébraux est touché, on parlera alors d'épilepsie généralisée, si c'est une zone plus ou moins localisée du cerveau, on parlera d'épilepsie partielle.

\* la chambre enfant se trouve en neurologie pédiatrique

### Greffes et prélèvements de cornées

#### CHU de Bordeaux

Accroître les greffes de cornées au CHU de Bordeaux en développant un réseau régional de centres de prélèvement: tel est le nouvel objectif poursuivi par le CHU qui joue un rôle moteur au sein de cette nouvelle organisation.

Il intervient en partenariat avec l'EFG et en collaboration avec l'EFSAL (Etablissement français du sang Aquitaine Limousin), qui bénéficie d'un agrément pour la constitution d'une banque régionale de conservation des tissus.

Ce réseau est d'ores et déjà actif à Bayonne, il vient de s'étendre à Agen et des projets de centres existent à Périgueux et à Pau. A terme, le réseau régional de centres de prélèvement de cornées doit fournir un nombre suffisant de cornées pour répondre aux besoins des Aquitains et même au-delà.

#### Du prélèvement à la greffe

En s'appuyant sur la chaîne de solidarité, de compétence et d'espoir, le don d'organe et de tissu permet plus que jamais de gagner sur la maladie et de vaincre le handicap.

Depuis 21 ans, le CHU de Bordeaux pratique une activité constante de prélèvement et de greffe de cornées. Sur cette période, près de 1 500 prélèvements ont été effectués (3 000 cornées) et plus de 2 000 patients en ont ainsi bénéficié. Le

Docteur François LEGER, anatomopathologiste au CHU de Bordeaux, est à l'origine de l'activité de prélèvement et de conservation de cornées.

#### Les indications principales du recours à la greffe de cornée sont :

- **L'urgence**, lorsque la cornée est détruite, la greffe doit être effectuée avant la 24<sup>ème</sup> heure après la perforation pour éviter la perte de l'œil.

- **Les autres indications sont principalement optiques**, il s'agit de restaurer la fonction visuelle par restitution d'une transparence et d'une régularité les plus parfaites possibles. Chez le sujet jeune l'indication de greffe de cornée la plus fréquente est le kératocône: déformation conique de la cornée qui devient très astigmatique. Le patient perd progressivement la vision alors que la cornée est encore claire: elle a perdu sa qualité optique. Cette pathologie est fréquente, bilatérale et touche le sujet actif.

- **A partir de 40 ans** la pathologie la plus fréquente est la dystrophie endothéliale de Fuchs. La pathologie endothéliale rend ces cornées impropres au prélèvement (nécessité du contrôle endothélial des cornées dans les banques de cornées).

- **Au-delà de 60 ans** la pathologie la plus fréquente est la dystrophie endothéliale acquise après une opération de la cataracte (pathologie iatrogène).

- Par ailleurs **les lésions d'origine infectieuse** (herpès, abcès bactérien), caustique, traumatique, surviennent à tous âges.

#### Une pratique initiée au XIX<sup>ème</sup> siècle

L'idée d'utiliser des greffes cornéennes est très ancienne, elle date du XIX<sup>ème</sup> siècle et fit l'objet de très nombreuses expérimentations pratiquées sur l'animal puis l'homme. Dès 1914 ELSCHING publie à propos d'une série de greffes de cornées et observe 20% de succès (dont une récupération d'acuité visuelle de 5/10).

La greffe de cornée permet la restauration d'une ou plusieurs propriétés du tissu cornéen, élément essentiel du système oculaire qui possède 2 fonctions optiques: la transmission et la réfraction de la lumière. Cette technique s'est réellement développée en France au lendemain de la seconde guerre mondiale après le vote de la loi LAFAY en 1949 qui facilitait le prélèvement sur donneur décédé. Elle était alors encore exceptionnelle, elle est aujourd'hui de pratique courante : 2 700 greffes de cornées ou kératoplasties sont effectuées chaque année en France. Les besoins restent encore insuffisants pour répondre aux besoins et indications de greffes, la mise en place par l'EFG (Etablissement français des greffes) de la liste nationale d'attente est de nature à objectiver le déficit de greffons auquel notre pays est confronté.

### Améliorer l'accueil des patients suicidants

#### CHU d'Amiens

En lançant cette initiative, le Dr Cyrille Guillaumont ne se doutait pas de l'ampleur de la tâche qui l'attendait. En tant que psychiatre de liaison à l'Antenne de Psychiatrie et de Psychologie médicale du CHU d'Amiens, il avait pu constater les problèmes soulevés par l'accueil des patients suicidants. Il s'est donc engagé à améliorer leur situation pensant faire profiter tout l'établissement des résultats de son travail. En effet explique-t-il : « si le CHU arrive à bien accueillir les patients suicidants dans les services de médecine et de chirurgie, l'accueil des autres patients n'en sera que meilleur ! ».

Le Dr Guillaumont inscrit donc son projet dans le cadre de la démarche qualité et devint **faciliteur**, collaborant avec tous les services médicaux et médico-techniques ayant déposé un projet-qualité sur le thème : «**Améliorer l'accueil**».

L'action, débutée en novembre 1998 s'est achevée en juin 2000 par la validation du travail.

Un état des lieux fut dressé au moyen d'une enquête de satisfaction menée auprès des usagers et d'une enquête d'auto-évaluation effectuée au niveau des services concernés. La synthèse de ces travaux fut remise au groupe de travail\*. Un noyau dur s'est mobilisé, a échangé idées et pratiques, apportant la dynamique indispensable à l'action. Dans le même temps différents référentiels étaient étudiés.

Des groupes se sont alors constitués pour réfléchir aux procédures d'accueil spécifiques à leur service notamment dans les services d'orthopédie, de gastroentérologie, chez les agents d'accueil et du standard...

#### La création d'un guide méthodologique CIC

Trois critères fondamentaux, appelés aussi CIC, ont été retenus afin de répondre aux besoins et désirs des patients et de leur famille :

- le contact
- l'information
- la confidentialité

Un guide méthodologique a été élaboré à partir de ces trois principes de base. Cette méthode fut approuvée par les instances décisionnaires. La Direction Générale et la Direction Déléguée à la Qualité et à l'Accréditation ont même transmis une note de service à l'ensemble des unités d'hospitalisation et de consultation du CHU, leur demandant de s'inspirer de ce guide pour écrire leurs procédures d'accueil. Le guide est en ligne sur l'intranet du CHU\*.

Ce travail remarquable a requis un important investissement personnel aux membres du groupe. Au cours de l'étude, le Dr Guillaumont a constaté la richesse des initiatives lancées dans les services qui «**mériteraient selon lui d'être plus largement partagées**». Enfin, le groupe s'est heurté à la lourdeur du système de validation et a dû «**apprendre à monter au créneau**». Une expérience qu'il saura capitaliser pour ses prochaines actions...

\* Composition du groupe de travail :  
- Jean-Marie Vaquez, surveillant chef des services médico-techniques au Groupe Hospitalier Sud  
- Françoise Goursaud, secrétaire médicale du service de radiologie C  
- Messieurs Froment et Derainne représentants des usagers au CA du CHU

\* Pour obtenir le guide CIC, vous pouvez adresser une demande par mail à Didier Gaillien à l'adresse suivante : [gallien.didier@chu-amiens.fr](mailto:gallien.didier@chu-amiens.fr)

### Un réseau pour soigner mieux

#### Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

Infirmiers Libéraux et Hospitaliers Unis pour le Patient (ILHUP)

Les dernières lois et ordonnances incitent au développement de structures alternatives à l'hospitalisation susceptibles de favoriser l'ouverture de l'hôpital sur la Cité et de permettre, par une meilleure prise en charge des malades, la diminution de la durée de séjour dans les hôpitaux.

L'AP-HM a initié la création d'un réseau de soins "Infirmiers Libéraux et Hospitaliers Unis pour le Patient" afin de promouvoir sa collaboration avec le secteur infirmier libéral des Bouches-du-Rhône et du Var.

Cette expérience, unique en France, vise à améliorer les soins de suite dispensés en ville, au domicile du patient, après une hospitalisation dans l'un des services de l'AP-HM développant les spécialités suivantes : chirurgie vasculaire, diabétologie, dermatologie, chirurgie réparatrice, grands brûlés. En effet pour ces services, la réalisation de pansements complexes nécessitent habituellement de longs temps d'hospitalisation. Au total 11 services de l'AP-HM sont concernés pour une population hospitalisée nécessitant la réalisation de soins infirmiers de type « suivi et cicatrisation des plaies à domicile ». Cette population est estimée à 2 000 patients par an.

**La création de ce réseau permettra à des patients nécessitant des soins de pansement de retourner à leur domicile le plus rapidement possible.**

Ainsi, le patient bénéficiera :

- d'une continuité des soins optimisée,
- de soins de qualité dans son cadre de vie,
- et par conséquent d'une amélioration de sa condition globale d'existence.

**Un tel dispositif permet de répondre aux demandes croissantes de patients souhaitant rejoindre le plus précocement possible leur cadre familial sans rupture qualitative dans la qualité des soins.**

Pour les infirmiers libéraux, le système est valorisant ; ils trouvent dans le réseau des partenaires associés à leur travail quotidien : sur 4000 lettres envoyées aux IDE recensés entre le var et les Bouches du Rhône, 1000 ont répondu qu'ils étaient intéressés. Plus de 300 infirmiers libéraux ont répondu favorablement à cette initiative.

**Le patient quant à lui garde le libre choix.** Il bénéficie de l'union et de la coordination des efforts des infirmiers libéraux et des infirmiers hospitaliers qui oeuvrent dans un but commun : la sécurité et la qualité des soins.

### Le Centre de traitement et d'évaluation de la douleur (CETD)

#### CHU de Clermont-Ferrand

Le projet du Centre de Traitement et d'évaluation de la Douleur a été approuvé par les instances du CHU et par l'Agence Régionale d'Hospitalisation en juin 2000.

Le CHU dispose actuellement d'une consultation pluridisciplinaire de douleur chronique. Les praticiens impliqués dans cette structure participent également à la prise en charge de la douleur dans plusieurs services sur demande de leurs confrères.

**L'ouverture du CETD est prévue au cours du premier semestre 2002.** Dans l'intervalle, afin d'obtenir une réduction du délai d'attente pour les patients orientés à la fois par les services de soins du CHU et également par les structures extérieures et pour réaliser davantage de prise en charge pluridisciplinaire, trois postes supplémentaires doivent être créés dès 2001 (1 poste de secrétaire, 1 poste d'infirmier (e) et 1 poste de psychologue).

Dès l'ouverture de ce Centre de nouveaux secteurs d'activité seront créés (hôpital de jour et explorations fonctionnelles).

**Cette nouvelle structure s'appliquera à :**

- développer un réseau local et régional d'algovigilance
- mettre en place une équipe mobile contre la douleur
- permettre des interventions dans le cadre de l'hospitalisation à domicile
- collaborer de manière plus étroite avec le Centre Jean Perrin
- mettre en place un programme annuel de formation pour les médecins et les personnels soignants
- élaborer et faire publier un algoguide pour tous les professionnels de santé de la région
- développer une activité de recherche.

#### Le CETD s'intègre dans le Projet 3C

Sur une superficie de 940m<sup>2</sup>, le nouveau bâtiment permettra le regroupement du Centre de Pharmacologie Clinique (CPC), du Centre Régional de Traitement et d'Évaluation de la Douleur et du Centre d'Endoscopie et de Nouvelles Technologies Interventionnelles (CENTI) créant ainsi un espace de recherche clinique unique en France.

### Infections nosocomiales : Des avancées notables

#### CHU de Reims

**En France, le taux d'infections nosocomiales se situe autour de (9%) des patients hospitalisés, un taux bien supérieur à celui des pays nordiques (inférieur à 2%).**

Au CHU de Reims, les efforts entrepris depuis des années ont permis de stabiliser le taux d'infection. Aujourd'hui, l'objectif du Pr Rémy est de le réduire.

#### Comment ?

En favorisant la prise de conscience des personnels et tout particulièrement celle des chefs de service et des médecins ; les infirmières étant depuis longtemps sensibilisées aux questions d'hygiène. Cette matière est désormais au programme des études de médecine. La formation aide à faire évoluer les pratiques, les praticiens apprennent à se laver les mains entre deux patients, à nettoyer leur stéthoscope après un examen, à changer de blouse après un patient contagieux... Des gestes qui doivent devenir automatiques surtout dans les services les plus exposés comme en chirurgie.

#### Des mesures efficaces

Au CHU de Reims, des relevés systématiques des infections sont pratiqués plusieurs fois par an sur le site opératoire. La surveillance des sondes urinaires, cathéters centraux et périphériques est aussi renforcée. L'antibiothérapie chirurgicale prophylactique est renforcée selon les recommandations de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation. Il s'agit d'une démarche de prévention qui consiste à administrer en pré-opératoire des antibiotiques couvrant les germes les plus courants.

Un livret d'hygiène regroupant l'ensemble des protocoles validés par le CLIN est présent dans chaque unité de soins. De la pose d'une sonde urinaire à l'entretien des chambres, chaque acte est répertorié et la marche à suivre est précisée. La cellule hygiène réalise un travail d'in-

formation et de conseil essentiel pour sensibiliser les équipes sur le terrain.

Enfin les mesures prises par les services techniques et la direction du CHU sur l'air, l'eau et les bâtiments représentent une avancée importante.

Ces mesures se révèlent efficaces puisque la dernière enquête réalisée en 1998 montrait un taux d'infections nosocomiales de 9,2 % contre 12 % deux ans auparavant alors que la part des personnes âgées hospitalisées présentant des pathologies multiples ne cessait de croître.

Le CHU de Reims a fait des progrès considérables mais il ne faut jamais relâcher la garde ; l'expérience montre que le seul fait de surveiller les infections nosocomiales contribue à les faire baisser.

#### Et l'accréditation ?

« L'accréditation impose de nouvelles obligations en matière d'hygiène ce qui témoigne d'une volonté de progresser mais les moyens ne suivent pas toujours. » regrette le Pr. Rémy.

#### Nouvelle composition et nouvelles prérogatives du CLIN

Le décret du 6 décembre 1999 renforce l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales. La composition du CLIN est élargie : le directeur général, le directeur du service de soins infirmiers, le médecin du travail, le DIM et les représentants médicaux et paramédicaux deviennent membres de droit. Le CLIN définira un plan d'action annuel en matière de prévention, de surveillance et de formation, ceci en collaboration avec la cellule hygiène. Les représentants des usagers au Conseil d'Administration seront invités aux réunions de présentation du rapport d'activité. Ce rapport sera mis à disposition du public.

# management

## coopération...

### Coopération inter-établissements

#### CHU de Nantes

Conscient de la nécessité de dépasser la vision institutionnelle du système de santé au profit d'une meilleure organisation de la trajectoire des patients, le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes s'est engagé dans le cadre de son contrat d'objectifs et de moyens (1998-2003) à promouvoir différentes actions de coopération.

En participant activement aux réseaux de soins de la région, le C.H.U. de Nantes souhaite à la fois assurer une meilleure orientation des patients, favoriser les maintiens ou les retours à domicile et permettre la continuité des prises en charge sanitaires et sociales.

#### 8 réseaux ont déjà été constitués :

- Réseau pour les soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie,
- Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire,
- Réseau Nantais Ville-Hôpital de soins aux toxicomanes,
- Réseau Ville-Hôpital Hépatite C « Loire-Atlantique/Vendée »,
- Réseau de prise en charge des patients diabétiques traités par pompe à insuline,
- Réseau de soins en Hématologie Clinique,
- Réseau Grand Ouest de Télémedecine,
- Réseau REVIH Nantes

#### Aujourd'hui, le CHU de Nantes s'investit dans les coopérations :

- la promotion de la coordination gérontologique,
- la mise en place d'un véritable réseau ville/hôpital/urgences,
- la participation au développement du réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire,
- la mise en œuvre des réseaux consacrant les priorités de santé publique (alcoolologie, toxicomanie, VIH, hépatite C, prise en charge des plus démunis, diabète, soins palliatifs, hématologie clinique...),
- le développement du travail coopératif par la mise en place et l'utilisation de nouvelles technologies de communication (visioconférences en cancérologie et en médecine périnatale...)

Le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes s'attache par ailleurs à multiplier les échanges d'informations en direction de la médecine de ville mais aussi des membres de la communauté d'établissements du secteur sanitaire n°1 Nantes/Châteaubriant et des autres établissements de santé de la région

#### Par ailleurs, le C.H.U. de Nantes adhère au :

- GIE IRIIS (structure de coopération informatique),
- Syndicat Interhospitalier de Télécommunication de santé (structure de coopération visant à faciliter l'accès des hospitaliers aux réseaux à haut débit),
- au Syndicat Interhospitalier de Santé Mentale de Loire Atlantique

#### Le C.H.U. de Nantes soutient le développement de la télémedecine :

7 visio-staffs médicaux en oncologie sont organisés chaque semaine, 1 visio-staff centré sur le diagnostic anténatal a été constitué depuis le début de l'année, 1 expérience de télétransmission d'images dans le cadre de la prise en charge de la neurotraumatologie est en cours

Le C.H.U. de Nantes assure enfin l'animation de la communauté d'établissements Nantes/Châteaubriant (un service social communautaire a dans ce cadre été constitué).

### Communauté d'établissements de santé à Montpellier

#### CHU de Montpellier

Pour adapter l'organisation hospitalière aux besoins de la population, l'ordonnance du 24 avril 1996 a prévu la possibilité de créer une Communauté d'Établissements de Santé. Le bassin de santé de Montpellier a constitué la sienne.

#### Signature d'une Charte constitutive et d'une Convention de fonctionnement

Le 21 mars 2001, les directeurs des 11 établissements concernés ont ratifié la charte constitutive et la convention de fonctionnement déjà approuvées par les instances décisionnelles de chacun des 11 centres. La séance de signature s'est déroulée au CHU de Montpellier, en présence des représentants de l'ARH, de la DRASS et de la DDASS de l'Hérault.

#### Les partenaires de la Communauté d'établissements

La Communauté regroupe les 11 établissements de soins du secteur sanitaire de Montpellier assurant le service public hospitalier : le CHU de Montpellier, le Centre Régional de Lutte contre le Cancer Val d'Aurelle, le Centre Propara, les Cliniques Beausoleil et Mas de Rochet, le Centre de Rééducation de Maguelone, l'Institut Saint-Pierre à Palavas, l'hôpital Coste Floret de Lamalou ainsi que les hôpitaux locaux de Lunel, Clermont l'Hérault et Lodève.

#### La composition du Conseil de Communauté

La Communauté d'établissements, créée sous la forme juridique d'une convention multilatérale, respecte l'autonomie juridique et budgétaire ainsi que l'autonomie de gestion de chaque établissement membre. A sa tête : un Conseil de Communauté composé du Président du Conseil d'Administration, du Directeur et du Président de la Communauté médicale de chaque établissement membre. Le Conseil de Communauté a pour mission de définir la politique générale et d'arrêter les orientations et projets de coopération entre établissements.

#### La mission de la Communauté d'établissements

L'objectif général poursuivi est l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et le développement d'actions portant sur la prévention, le dépistage, la recherche et l'évaluation en soins.

#### Principaux axes de travail :

- la cancérologie : coordination des soins et de la prévention dans le cadre d'un réseau de soins régional,
- le vieillissement : développement de pôles diagnostiques référents en géronto-psychiatrie, favoriser la prévention,
- les soins de suite et de réadaptation : mise en place de filières de soins, amélioration de la prise en charge des pathologies chroniques,
- l'acquisition et le partage d'équipements communs, l'harmonisation des protocoles de soins, le partage de compétences dans le domaine de la formation des personnels, l'amélioration de l'accès et de la diffusion de l'information médicale.



## ... c o o p é r a t i o n

### Cancérologie universitaire

#### *Hospices Civils de Lyon*

Une communauté d'établissements au service des patients cancéreux

Les Hospices Civils de Lyon et le Centre Léon Bérard ont signé, en présence de Bernard Kouchner, une convention renforçant leurs relations en cancérologie.

Cet accord, une première entre un centre privé de lutte contre le cancer et un CHU, donne naissance à une communauté d'établissements de santé "Lyon Cancérologie universitaire".

**Le cancer est la deuxième cause de mortalité en France**

Les données épidémiologiques font apparaître une augmentation de 40% des nouveaux cancers et 15% de mortalité. L'alliance des Hospices Civils de Lyon (HCL) et du Centre Léon Bérard (CLB) traduit une volonté d'adaptation aux besoins de la population et d'amélioration de la qualité de leurs prestations.

La coopération entre les deux établissements dans le domaine de la cancérologie est effective depuis plusieurs années. Chacun des deux établissements possède une spécificité permettant de prendre en charge les patients de façon transversale selon le traitement ou le type d'examen à réaliser.

De nombreux praticiens des Hospices Civils de Lyon et du Centre Léon Bérard ont une activité sur les deux sites. Ainsi au moins 19 praticiens du CLB donnent des avis, assurent des vacations au sein des HCL. Il en va de même pour 13 praticiens HCL.

"Lyon Cancérologie universitaire" permettra de développer une coopération accrue au niveau des soins, des équipements, de l'enseignement et de la recherche.

Concrètement une plate-forme biologique d'oncogénétique commune aux deux établissements permettra l'étude des prédispositions héréditaires du cancer du colon et du cancer du sein.

Une caméra de tomographie d'émission à positons destinée à traiter les tumeurs sera installée au Centre Hospitalier Lyon Sud et sera évaluée conjointement par les équipes des HCL et du CLB.

Enfin le projet de création d'un Institut Hématologie et Oncologie Pédiatrique offrira en 2005 une prise en charge unique pour les enfants atteints de cancer.

### Réseaux de soins : la montée en régime

#### *CHU de Toulouse*

Issus des échanges et de la coopération tissés sur le terrain, plusieurs réseaux de soins ont déjà été formalisés au CHU de Toulouse :

- en gériatrie, ONCOMIP
- en cancérologie, MATERMIP
- en périnatalité, VAMIP
- pour les pathologies vasculaires, le réseau de prise en charge de la douleur
- DIAMIP pour le diabète.

Tous ont bénéficié d'un soutien financier de l'Agence régionale de l'hospitalisation. Une vingtaine de nouveaux projets ont été soumis par le CHU pour répondre au nouvel appel d'offres lancé dans le cadre du Schéma régional d'organisation sanitaire 2001. Le CHU témoigne ainsi de sa volonté d'intervenir en complémentarité avec les autres professionnels et de contribuer de façon dynamique à l'adaptation de l'offre sanitaire régionale aux besoins de la population.

#### **Le réseau gériatrique**

Pour le professeur Albarède, améliorer la prise en charge des personnes âgées fragilisées, notamment par la maladie d'Alzheimer, relève par excellence d'une pratique de réseau. Créé à son initiative en 2000, le réseau gériatrique s'attache à optimiser l'offre de soins de proximité et la gestion des crises. Du maintien à domicile jusqu'à l'entrée définitive en institution, un éventail de solutions adaptées permet d'assurer une prise en charge et un suivi des soins. Ainsi, l'équipe mobile intra- et extra-hospitalière propose aux acteurs de soins différentes formes d'intervention (consultations d'urgence, évaluation gériatrique au sein de services hospitaliers – orthopédie – et de maisons de retraite, consultations de télé-

maintenance) afin d'apporter un appui à la décision.

Tête du réseau, le CHU met à la disposition des participants ses ressources en gériatrie dont son unité fonctionnelle d'hospitalisation aiguë de la maladie d'Alzheimer. Outre son action au quotidien, le réseau a développé en 2000 un programme particulièrement riche de réunions d'échange CHU-maisons de retraite, de séances d'initiation à la télé-médecine et de formation des personnels. Il a élaboré une fiche commune d'admission en institution qui facilite le placement depuis le CHU, tout en participant au référentiel de l'ANAES sur les contentions chez la personne âgée.

**Le professeur Albarède prévoit d'évaluer l'activité du réseau en termes d'hospitalisations (et de réhospitalisations) évitées : preuve que le CHU accroît sa capacité à répondre qualitativement à la demande sans augmentation du nombre de lits en gériatrie.**

### Groupe Cardio-Calmette : de l'auto-évaluation à la visite des experts de l'ANAES

#### CHU de Lille

120 personnes du Groupe Cardio-Calmette se sont mobilisées durant trois mois pour préparer l'auto-évaluation. Cette première étape dans la démarche d'accréditation a permis de dégager en interne les atouts mais aussi les secteurs à améliorer. Pour cela chaque groupe composé d'un pilote et d'une douzaine de professionnels représentant tous les métiers, a étudié un domaine d'activité selon les référentiels\* codifiés dans le manuel d'accréditation.

« Les groupes multidisciplinaires sont l'occasion de rencontrer d'autres métiers que nous ne côtoyons pas forcément lors de notre activité. Ce travail de groupe permet aussi de prendre conscience de la nécessité de décloisonner les activités pour bien fonctionner. » commente Mme Devulder cadre infirmier à l'hôpital Cardiologique.

Après une mise en commun des résultats de l'analyse, le groupe a validé le contenu et la méthode de travail utilisée. Chaque référentiel a fait l'objet d'une cotation par l'équipe puis d'une validation par le sous-comité qualité et la Direction-Générale.

Le 4 septembre 2000, le bilan complet de l'auto-évaluation est adressé à l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé). Les experts ont visité le site du 16 au 20 octobre. Leur mission : valider le bilan de l'auto-évaluation à partir de l'analyse de documents, d'entretiens avec les hospitaliers et d'observations sur le terrain lors des visites organisées dans les services.

#### La qualité : une démarche de longue haleine

A l'issue de ces 4 journées, les premiers résultats étaient restitués lors d'une réunion. Il apparaît que les points forts et les axes de progrès avaient été correctement identifiés en interne par le personnel.

On découvre également que les services les mieux préparés sont ceux qui possèdent déjà une culture qualité. Ainsi, au service des urgences respiratoires et de réanimation médicale de l'hôpital Calmette, le Pr Durocher reconnaît que le programme de lutte contre les infections nosocomiales à bactéries multirésistantes mené de 96 à 98 a préparé l'ensemble du personnel à adopter la démarche qualité. « Cependant le travail d'amélioration du service rendu au patient ne s'arrête pas à l'accréditation et demande un effort de longue haleine de la part de tous les acteurs pour donner des résultats concrets et durables. » souligne le Pr Durocher.

« Le Groupe Hospitalier Cardio-Calmette s'est fortement engagé dans une réflexion, dans une démarche qualité et de prévention. Cette démarche dépasse largement la procédure de la simple accréditation. Elle fait partie de la culture du Groupe Hospitalier Cardio-Calmette. C'est le point fort du groupe » Extrait de la restitution des experts visiteurs du 2 octobre 2000.

Aujourd'hui, le rapport de l'ANAES est en ligne sur le site Intranet de la Délégation Qualité du CHU de Lille.

\*Il existe 10 référentiels qui peuvent être regroupés selon trois grands thèmes :  
- le patient et sa prise en charge : 3 référentiels  
- le management et la gestion au service du patient : 4 référentiels  
- la qualité et la prévention : 3 référentiels

### Le CHU de Fort de France s'engage dans la démarche qualité

#### CHU de Fort-de-France

Le Comité Qualité, chargé de conduire la politique qualité au CHU de Fort-de-France a tenu sa première réunion en novembre 2000. Il a défini la politique qualité pour la période à venir : rechercher en permanence une meilleure prise en charge des patients, avec la participation de l'ensemble des professionnels de l'hôpital.

#### Les objectifs de la politique Qualité

- Initier et pérenniser une démarche globale d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins intégrant la procédure d'accréditation

La demande d'entrée dans le processus d'accréditation a été effectuée auprès de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé en Mars 2001.

Des structures internes soutiendront cette démarche : la Délégation Qualité, l'Equipe Projet Qualité, le Comité Qualité et des équipes de référent(es) et d'animateur(trices).

- Développer une démarche participative et transversale

L'auto-évaluation interne demeure le meilleur moyen pour que l'ensemble du personnel, les directions et les instances analysent eux-mêmes leurs points forts et leurs opportunités d'amélioration,

Des formations à la qualité seront intégrées au plan de formation.

- Communiquer sur la démarche, les projets et les actions réalisées

Une information sensibilisera l'ensemble du personnel à la démarche qualité

Un système de recueil des actions qualité en cours ou effectuées dans les différents services sera organisé.

- Définir des domaines prioritaires pour des actions d'amélioration

Le programme qualité annuel comprendra des projets transversaux à caractère prioritaire sélectionnés par le Comité Qualité. Ils bénéficieront d'une participation accrue de l'institution en terme de moyens.

D'ores et déjà certains thèmes prioritaires ont été définis :

- La prévention et la maîtrise des risques
- Le dossier du patient
- L'amélioration de l'accueil
- La documentation qualité

## projet d'établissement...

### Rouen : le projet d'un hôpital citoyen

#### CHU de Rouen

**Le projet d'établissement du CHU de Rouen s'inscrit dans une démarche pragmatique et concrète basée sur une analyse sans concessions de son fonctionnement et de ses conséquences sur l'organisation des soins dispensés aux malades.**

Il propose à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation un ensemble cohérent de transformations structurantes, renforçant à la fois le rôle d'excellence et de formation des compétences médicales de haut niveau du CHU et sa mission d'établissement de proximité pour l'ensemble de la population de l'agglomération rouennaise.

#### Des améliorations tangibles pour les patients et les consultants

- Regroupement de toutes les consultations externes, sur un même site, à l'accueil central de l'hôpital Charles Nicolle, avec recentrage à proximité immédiate de l'ensemble des plateaux techniques d'explorations fonctionnelles et d'examen complémentaires,
- Restructuration complète et agrandissement des urgences permettant un accueil individualisé des malades et de leurs accompagnants,
- Création d'une unité d'hospitalisation de soins de courte durée recevant dans des conditions de confort, de sécurité et de surveillance de qualité, les malades en attente d'une intervention chirurgicale programmée dans les 24 heures,
- Création d'un Institut de Biologie Clinique rassemblant tous les laboratoires à proximité immédiate des services médicaux.
- Recentrage en 4 sites, au lieu des 9 actuels, des blocs opératoires des différentes spécialités
- Transformation de Saint-Julien en hôpital urbain de proximité, afin d'accueillir dans les meilleures conditions les urgences de la rive sud de l'agglomération.

#### Un seul site pour le court séjour

La mesure la plus spectaculaire de ce Projet d'Etablissement consiste bien à regrouper sur le site de Charles Nicolle, au cœur de la ville, l'ensemble des services d'hospitalisation de court séjour de toutes les spécialités médicales. Ceci implique le transfert des départements de médecine interne, de néphrologie et de pneumologie, par exemple, de Bois-guillaume vers Charles Nicolle, c'est à dire plus de

320 lits. Ainsi, les malades hospitalisés seront directement placés au cœur du dispositif technique et d'assistance leur permettant de bénéficier de l'ensemble des moyens sans déplacements ni délais d'attente.

Dans le même temps, sur le site de Bois-guillaume, se créeront près de 130 lits de soins de suite, de réadaptation et de moyen séjour offrant aux malades le bénéfice immédiat, et directement au sein du CHU, de tous les soins de suivi adaptés aux indications thérapeutiques consécutives à une hospitalisation aiguë ou une intervention chirurgicale.

L'aboutissement de l'ensemble de ces opérations engagera la construction de plus de 50 000 m<sup>2</sup> à Charles Nicolle, agrandissant le pavillon Dév et surélevant l'anneau central.

#### Restructurer le système de gestion

Le CHU de Rouen prévoit de réunir ses 60 services de médecine, chirurgie, obstétrique et d'examen en 14 pôles d'activités médicales, médico-techniques et transversaux.

La dispersion et la complexité du système ont conduit à repenser foncièrement l'organisation afin de rapprocher les services et spécialités complémentaires. Chaque pôle sera solidairement responsable de la qualité de son activité, des prestations servies aux patients et des moyens mis en œuvre. De façon symbolique mais réelle, c'est bien l'hôpital qui se réorganise autour du malade qui devient ainsi un véritable « client » pris en compte dans sa globalité et respecté dans sa dignité.

Cette volonté partagée par l'ensemble du corps médical, soignant, technique, ouvrier et administratif du CHU implique bien sûr un changement radical des habitudes, des traditions, voire des cultures.

- un projet de soins infirmiers situant les personnels soignants en véritables acteurs du changement,
- un projet handicap tenant compte de toutes les difficultés d'accès, de mouvement et de communication des personnes handicapées amenées à fréquenter l'hôpital comme patients, consultants ou visiteurs
- un projet culturel dont l'objectif principal est bien de permettre la continuité de la vie sociale, intellectuelle et relationnelle des personnes hospitalisées.

« Tel est le défi que le CHU de Rouen entend partager avec tous afin de garantir, dans la durée, sa place d'établissement phare de la région Haute-Normandie en offrant clairement et avec force un pôle d'ancrage de l'innovation et de l'excellence digne de nos concitoyens qui attendent, avec juste raison, un système de soins modernisé, chaleureux et efficace. » conclut Guy Vallet Directeur Général.

#### Ce projet « d'hôpital citoyen » se trouve renforcé par :

- un projet social intégrant les aspirations légitimes des personnels, un projet de formation visant à renforcer les qualifications professionnelles et incluant la création d'un « institut régional de formation des professions de santé » co-financé par la Région,

### Démarche qualité du service restauration

#### CHU de Clermont-Ferrand

La restructuration du service restauration du CHU (terminée en mai 2000) a entraîné des difficultés de fonctionnement au niveau des services de soins et le mécontentement de certains patients. Consciente de cette situation, l'équipe du service restauration met en place une démarche qualité pour améliorer les repas servis aux patients.

#### Les difficultés rencontrées

##### Le choix

La restauration des malades est basée sur la notion de choix. Bien qu'un effort important ait été réalisé par les services de soins, il existe encore un non respect du choix des menus au lit du malade avec des conséquences importantes : une surproduction et gaspillage des denrées, une perte de temps pour les hommes avec des difficultés au niveau de l'Unité Centrale de Production et des cuisines relais pour un calage définitif de l'organisation et des effectifs.

Une insatisfaction des patients qui se voient servir un plat qu'ils n'aiment pas ou qu'ils n'auraient peut-être pas choisi.

##### Les barquettes

Le procédé de liaison froide impose au niveau de la qualité sanitaire un conditionnement des repas en barquettes. Des enquêtes menées par une diététicienne, un soignant référent alimentaire et le responsable d'une cuisine relais mettent en évidence une grande insatisfaction liée à la barquette (pas facile de manger, connotation négative autour du plastique, odeur et goût).

##### Les réponses apportées

Pour améliorer la qualité prestation repas, 4 groupes (3internes au service restauration, 1 externe découlant du projet « accueil et vie du malade » avec la participation du CLAN travaillent autour des axes suivants :

- la notion de choix
- l'équilibre et le respect en terme de régime
- l'aspect organoleptique (vue, odeur, saveur etc)
- l'aspect hédonique (quantité, qualité du service etc)

Le service restauration a mis en place un bureau qualité composé de l'ingénieur, du responsable qualité assisté d'un agent chef et d'une diététicienne) et a affecté dans son nouvel organigramme un Adjoint technique responsable des cuisines relais et des selfs, et en charge des relations avec la clientèle hospitalisée. Des réunions alimentation spécifiques à chaque site sont organisées pour le recueil des besoins de patients au travers des services de soins.

Des tests de dégustation sont effectués régulièrement. Dix personnes (équipe restauration et du service) présentes au même moment dans un service, goûtent les plats servis aux malades. Selon les résultats de cette « valeur globale du plat » - trop de jus, baigne dans l'eau, grumeleux - les fiches techniques recettes sont retravaillées (texture, assaisonnement, goût).

Des fiches « d'incident » sont à la disposition des services de soins pour alerter le service restauration de plaintes des patients sur l'alimentation.

La cuisine centrale propose :

- 59 régimes,
- plusieurs possibilités de portions,
- différentes textures (normales ou moulinées),
- Elle gère environ 4261 fiches techniques correspondant à autant de plats différents fabriqués,
- Chaque année, 1 600 000 repas sont distribués sur 3 sites.
- La restauration des malades est basée sur la notion de choix. Un menu est proposé aux patients (entrée, viande, garniture, fromage et dessert). Si ce menu ne convient pas dans sa totalité ou partiellement, le patient a 5 choix par rubrique. Ce choix est effectué par le patient en présence d'un soignant qui effectue la saisie sur un outil informatique portable au lit du malade.

### Pôle logistique et restructuration

#### CHU de Pointe-à-Pitre

La création d'un pôle logistique, concept moderne, déjà mis en place dans de nombreux centres hospitaliers métropolitains, pourra dans quelques temps être opérationnel au CHU de Pointe-à-Pitre.

Il s'agit en fait de regrouper dans un même lieu, situé hors de l'enceinte de l'hôpital mais dans un périmètre proche, l'ensemble de la production logistique et partiellement énergétique du C.H.U.

**Cette démarche présente de nombreux avantages, tant pour l'organisation le fonctionnement et la modernisation des services logistiques, que pour la possibilité de libérer l'espace précieux indispensable au démarrage de la restructuration en site occupé, (Urgences, réanimation, brûlés, laboratoires, etc.)**

**Parallèlement, les travaux sur les sites opératoires, la stérilisation et le rez-de-chaussée de la maternité seront conduits.**

Le futur pôle logistique sera organisé autour de moyens communs constitués par une aire d'échange qui assurera :

- La réception des denrées et produits livrés par les fournisseurs.
- Le lavage et la désinfection des praticables (chariots, armoires, conteneurs, navettes isothermes...) utilisés pour la livraison des commandes aux unités fonctionnelles.
- Le stockage des produits hors stock et des commandes préparées.
- Le départ des praticables de livraison vers les unités fonctionnelles.
- L'évacuation des déchets et des différents emballages issus des fonctions logistiques composantes du pôle logistique.

Cette aire d'échange sera équipée de quais couverts pouvant être fermés par des portes séquentielles motorisées. Les quais seront eux-mêmes

## ... projet d'établissement

équipés de ponts encastrés ajustables et de soufflets de raccordement.

Autour de cette aire d'échange seront regroupées les différentes entités logistiques qui constituent le pôle :

- **La blanchisserie**, pour la fonction traitement linge,
- **L'unité centrale de production culinaire**, (U.C.P.C.) pour la production des repas de la fonction restauration.
- **Le magasin central** pour la réception des produits, le stockage sur palettes, la préparation des commandes et la livraison aux unités fonctionnelles.
- **L'archivage** des dossiers médicaux et administratifs inactifs.
- **Les locaux de la Direction des Services Economiques.**
- **Les locaux communs au personnel.**
- **Le logement du gardien.**
- **Les locaux techniques.**

Les transports entre le « logipole » et les unités fonctionnelles seront de type « dédié », chaque entité logistique assurant ses transports par des moyens propres appropriés (camions, camionnettes, camions frigorifiques...).

Outre les circuits de livraisons standards, chaque entité logistique, devra intégrer la notion de livraison d'urgence pour répondre aux nécessités de l'instant.

Le pôle logistique sera desservi en énergies par une centrale d'énergie regroupant :

- La livraison électrique moyenne tension, le transformation moyenne/basse tension, l'armoire électrique basse tension et le secours par groupes électrogènes.
- L'alimentation et le comptage de l'eau avec si nécessaire le traitement de l'eau (eau adoucie pour les chaudières, la blanchisserie...)
- La production d'air comprimé,
- La production de vapeur pour les appareils de cuisson de l'U.C.P.C. et la blanchisserie.
- Les groupes de production de froid.

Tout autour de ce pôle logistique, des aires de parking sont prévues pour 150 voitures ainsi que l'évolution des gros porteurs et les emplacements de stationnement des porte-conteneurs de 40 pieds.

L'ensemble du terrain sera clôturé et l'entrée unique sera contrôlée par un gardien logé sur site (logement de fonction).

L'évacuation contrôlée (rejets de blanchisserie...) les voiries et réseaux divers, ainsi que le traitement des espaces verts, assureront la viabilisation du site et de son pôle logistique.

Le montant des travaux pour l'ensemble du pôle logistique est estimé à 100 Millions de Francs.

## ressources humaines...

### Le recrutement dans les IFSI

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

La mesure gouvernementale concernant l'augmentation des quotas dans les instituts de formation en soins infirmiers de France est reconduite cette année.

**En Ile-de-France, cette application se traduit par une progression de 48% (1 900 étudiants supplémentaires de 1<sup>ère</sup> année), soit un recrutement total de 5 800 étudiants.**

Pour l'AP-HP, un concours d'entrée en Institut de Formation en Soins Infirmiers sera organisé le 18 octobre 2001 pour 1340 places.

Les inscriptions auront lieu du 25 juin au 31 août inclus. Les dossiers d'inscription sont à retirer au bureau d'accueil et d'information : 2, rue Saint-Martin - 75004 Paris. Tél. 01 40 27 40 32.

Sur le minitel : 3614 code APHP rubrique FOR et sur le site de la délégation à la formation de l'AP-HP.

En outre, les hôpitaux publics proposent des possibilités d'hébergement pendant la durée des études qui sont gratuites. Les personnes intéressées pourront poser leurs questions jusqu'au 9 mai 2001 sur le forum de discussion mis en place sur le site internet de La Cinquième -T.A.F., émission consacrée au premier emploi.

### Priorité à la qualité de vie au travail

#### *CHU de Nancy*

**Un contrat d'amélioration des conditions de travail (CACT) a été signé le 23 octobre entre la direction de l'établissement et trois organisations syndicales. A la clé, treize millions de francs pour permettre de meilleures conditions de vie aux agents.**

La genèse de ce CACT remonte à la signature du protocole Aubry, le 14 mars dernier par les fédérations syndicales des personnels. Il permet d'engager une nouvelle étape pour l'hôpital autour des trois priorités : adapter l'offre aux soins, améliorer la qualité des soins et réduire les inégalités. Le CACT fait partie des mesures immédiates du protocole permettant de faire progresser la fonction publique hospitalière.

**La phase de préparation et de lancement** avait débuté au printemps dernier, avec la mise en place d'un groupe de pilotage, qui a établi un diagnostic fixant les thèmes prioritaires d'amélioration des conditions de travail sur la base des documents et travaux existants.

Ensuite, l'ensemble du personnel a été consulté à travers des conseils de service (soins) et des groupes d'expression directe (toutes les autres catégories professionnelles).

Six axes de travail ont été dégagés : alléger la charge physique et psychique du travail, améliorer l'ergonomie des postes de travail, les locaux, la prévention des risques et les conditions de vie. Enfin, une synthèse générale a été rédigée, donnant naissance au projet CACT, comprenant les diverses actions d'amélioration des conditions de travail.

#### **Les améliorations proposées**

**Dix propositions d'actions d'amélioration des conditions de travail découlent des six thèmes dégagés. Elles vont notamment de l'achat de lits à hauteur variable jusqu'au recrutement d'une assistante sociale, en passant par l'acquisition d'un système d'alerte en cas de malaise ou d'agression, la télésurveillance des parkings...**

Un peu plus de treize millions de francs sont nécessaires afin de mettre en place les actions retenues. L'ARH ayant soutenu le projet, près de la moitié de ce budget a été subventionné, le CHU ayant financé l'autre partie.

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

### Adhésion à l'Association Nationale pour la Formation du Personnel Hospitalier

#### *CHU de Clermont-Ferrand*

L'ANFH, créée en 1974 entre le Ministère de la Santé, la Fédération Hospitalière de France et les organisations syndicales (CGT,CFDT,FO) est une association régie par la loi du 1er juillet 1901 dont la mission principale est de rassembler en qualité d'adhérents les établissements publics de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux.

L'adhésion du CHU à cette association le 26 février 2001 ne modifiera en rien la politique de l'établissement qui restera maître de ses décisions et arrêtera le plan de formation dans le cadre de ses orientations prioritaires.

**Les avantages d'adhésion à l'ANFH sont pour le CHU** d'engager des actions de formation nationales et régionales, d'obtenir des prix de formation très compétitifs, des avantages concrets pour les agents (réduction des délais de remboursement de frais de déplacement et d'hébergement), une simplification des tâches administratives (logiciel « GESFROM II » conçu pour la gestion de la formation) et enfin des innovations pédagogiques (l'ANFH offre aux adhérents une gamme de services tels que des prestations documentaires régulières et personnalisées et l'accès à un site internet (anfh.asso.fr ou auvergne@anfh.fr)

## c u l t u r e

### Des Maux pour le Dire

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

**Une exposition réalisée par les enfants hospitalisés de l'hôpital Nord avec des artistes marseillais.**

Les enfants hospitalisés à l'hôpital Nord réitèrent leur participation à une grande action culturelle internationale : la semaine de la francophonie organisée par le Ministère de la culture. Une occasion pour les enfants de présenter leurs travaux sous la forme d'une exposition.

Au travers d'ateliers d'écriture, de théâtre, d'aquarelle, de graphisme... avec les enseignants de l'hôpital et les artistes qui

interviennent régulièrement au sein des services de soins, les enfants ont travaillé autour de mots aussi variés que : beauté, encore, flamme, inspiré, kyrielle, nuance, oiseau, quelqu'un, utopie, voyager,...

L'occasion pour ces enfants hospitalisés de s'exprimer, de se détendre, et de passer des "maux aux mots", de la maladie à l'espoir.

**Une initiative culturelle et "curative" qui participe à faire de l'hôpital un espace de vie et d'expression, favorisant aussi les échanges ville-hôpital.**

## i n t e r n e t

### Les Hôpitaux de Marseille sur le Web

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

**Désormais vous pourrez vous connecter sur le site web de l'institution : [www.ap-hm.fr](http://www.ap-hm.fr)**

Plus qu'une simple présentation de l'institution, ce site contient des renseignements pratiques sur nos hôpitaux : plan d'accès, formalités à accomplir pour une hospitalisation, information sur les droits des patients... Il permet également de mieux connaître la vie de l'institution au travers de la rubrique

"Actualités" : congrès, manifestations, communiqués de presse, sommaires du journal interne et autres actualités.

Mais, également, 3 sites spécialisés

- le Centre d'Investigation Clinique
- le Centre d'Information et de Soins de l'Immuno-Déficiência Humaine [www.cisih.ap-hm.fr](http://www.cisih.ap-hm.fr)
- le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales [www.mit.ap-hm.fr](http://www.mit.ap-hm.fr) ou tout ce qu'il faut savoir pour préparer son voyage.

# Les responsables de communication des CHU

## **CHU d'Amiens**

Pierre DROUOT  
Pl Victor Pauchet  
80054 Amiens cedex 1  
Tél : 03 22 66 80 22  
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 : 05.55.05.67.78  
Mel : f.kwartnik-beyrand@wanadoo.fr

## **Hospices civils de Lyon**

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

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

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 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

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

## **CHU 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.delavieuville@chu-nantes.fr

## **CHU de Nice**

Marie GABORIT  
5, rue Pierre Devoluy  
06006 Nice cedex 1  
Tél : 04 92 03 45 12  
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 : andre.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.lavollee@chu-rennes.fr

## **CHU de Rouen**

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

## **CHU de Saint-Etienne**

Isabelle ZEDDA  
3, rue Claude Lebois  
42055 Saint-Etienne  
Tél : 04 77 42 70 13  
Fax : 04 77 42 70 48  
Mel : isabelle.Zedda@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

