

sommaire

o
d
i
t
e

LA RECHERCHE À L'ORIGINE DU PROGRÈS

Pour que progressent les connaissances biologiques et médicales, les CHU se sont dotés de structures dédiées à la recherche clinique. Après Paris, Lille et Marseille, Bordeaux, Grenoble, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Rennes, Rouen, Tours et Strasbourg ont ouvert un Centre d'Investigation Clinique (CIC) dont la vocation est de soutenir les investigateurs et de fédérer les moyens nécessaires à leurs travaux.

Les essais thérapeutiques menés dans les CIC permettent d'apprécier l'intérêt des nouvelles molécules ou technologies. Celles-ci sont ensuite diffusées auprès des services hospitalo-universitaires afin d'enrichir les approches diagnostiques et les pratiques médicales et chirurgicales.

Mais ces innovations et leur transfert ont un coût que les CHU ne peuvent assumer seuls.

C'est pourquoi les trois Conférences des Directeurs Généraux, des Présidents de Commission Médicale d'Établissement et des Doyens souhaitent la création d'une agence nationale de financement pour la recherche clinique en santé.

Les centres hospitaliers universitaires pourront ainsi continuer à garantir la meilleure qualité des soins aux millions de personnes qui chaque année font confiance à leurs équipes.

Marie-Georges Fayn

Directeur de la publication :

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

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

ACTUALITE

Conférence des Directeurs Généraux
de Centres Hospitaliers Universitaires

p3

SOCIETE

Santé Publique
Droits des malades
Prévention

p4

MEDECINE ET PROGRES

Recherche
Innovation
Chronique médicale
Réseau
Qualité

p10

MANAGEMENT

Coopération
Accréditation
Projet d'établissement
Internet
Formation
International

p30

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

Risques majeurs
Risques naturels
Prévenir la violence
Allo-gènes
Espace éthique
Antidopage

Rouen
Amiens
Orléans
Paris
Marseille
Nancy
Poitiers
Montpellier

Ecologie

droits des malades

Démocratie sanitaire
Représentant des Usagers

Clermont-Frd
Fort-de-France

prévention

Apprendre à devenir parents

Saint-Etienne

médecine et progrès

recherche

Centre d'investigation
clinique

Bordeaux
Lyon
Montpellier
Nice

Programme Hospitalier
de Recherche Clinique

Strasbourg

innovation

Premier accouchement d'une mère
transplantée cœur-poumon
Maladie de Crohn
Décryptage du génome humain
Spectromètre de masse en tandem
Caisson hyperbare multiplace

Nantes
Lille
Caen
Lyon
Angers

chronique médicale

Ophthalmologie
Chirurgie thoracique
Fédération de biologie
Dermatologie
Pathologies thrombo-emboliques
Accueil des personnes âgées à Bretonneau
Psychiatrie adulte
Neuro-anatomie

Nancy
Pointe-à-Pitre
Reims
Orléans
Nice
Paris
Pointe-à-Pitre
Amiens

réseau

Télémedecine en périnatalité
Cancer : Un réseau pour les jeunes patients
Réseau en oncologie pédiatrique
Réseau d'accès aux soins
pour personnes sourdes

Angers
Toulouse
Marseille
Montpellier

qualité

Le traitement de la douleur
et son enseignement
Douleur chronique
Insuffisance du dépistage de la douleur
Centre stéphanois de la douleur
Pôle nutrition
Vie en maison de retraite
Enquête sur la satisfaction des patients
Indicateur qualité aux urgences
Lieu d'information sur le cancer

Grenoble
Fort-de-France
Bordeaux
Saint-Etienne
Brest
Reims
Caen
Nancy
Lyon

management

coopération

Partenariat avec le CH d'Arras

Lille

accréditation

Après Beaujon, l'hôpital Paul Brousse

Paris

projet d'établissement

Vaste restructuration

Toulouse

internet

Nouveau réseau multi-média

Marseille

formation

Création d'une école de sages-femmes

Brest

international

Coopérations actives avec 9 pays
Coopération sanitaire Poitiers-Moundou
Coopération avec le Burkina Faso

Strasbourg
Poitiers
Clermont-Frd

conférence des D.G. directeurs généraux de CHU

Les surcoûts liés à l'innovation

Les résultats de la première étude médico-économique menée à grande échelle dans les CHU

Les nouvelles molécules ou technologies sont autorisées sur le marché après une phase de recherche clinique active passant par l'analyse de la toxicité (phase I), la pharmacologie (phase II) et la détermination de leur place dans l'arsenal thérapeutique (phase III) par des essais thérapeutiques randomisés. Ces activités se caractérisent ensuite souvent par une diffusion limitée, pendant plusieurs années, à quelques centres, le plus souvent hospitalo-universitaires.

Parfois même, ces prises en charge innovantes sont soumises à des autorisations spécifiques qui restreignent au long cours leur pratique sur quelques structures habilitées.

Or, il est licite de penser que ces segments d'activité, plus spécifiques des CHU, entraînent des surcoûts, du fait de la nécessaire acquisition d'équipement, de l'achat de médicaments et prothèses onéreux, du temps d'apprentissage et de formation des équipes, du caractère initialement limité du recrutement, incompatible avec la réalisation d'économie d'échelle. Les limites descriptives de l'outil conduiraient ainsi à une prise en compte insuffisante du coût effectif de ces activités dans l'évaluation de l'efficacité des établissements.

Pour tester le bien-fondé de cette hypothèse, une étude médico-économique a été menée dans le cadre des travaux du groupe " Spécificités CHU " regroupant des représentants des départements d'information médicale et des directions financières de CHU, la DHOS et le Centre de Gestion de l'Ecole des Mines (1). L'objectif était d'évaluer le surcoût lié aux innovations technologiques et médicamenteuses par rapport au référentiel de consommation de ressources défini dans le PMSI.

L'innovation a été définie comme toute technologie ou médicaments sortis du champ de la recherche clinique, non pris en compte dans la définition des GHM et par conséquent non valorisés dont la diffusion est restreinte à peu d'établissements.

Les entretiens menés avec les experts ont rapidement montré que certaines activités spécifiques des CHU étaient pratiquées depuis plusieurs années, sans faire l'objet d'un groupage dans un GHM reflétant cette prise en charge et la consommation de ressources y afférent. Ces activités qui ne peuvent plus être réellement qualifiées d'innovation mais doivent plutôt être considérées comme des " soins coûteux - activité de référence " ont été cependant inclus dans cet inventaire.

A l'inverse, ont été exclus de ce travail les chimiothérapies anti-néoplasiques, déjà pris en compte dans le cadre du PMSI, ainsi que les traitements anti-hémophilies classiques qui devraient être intégrés dans le cadre d'un financement spécifique " maladie orpheline ".

La première étape du travail a consisté à obtenir des experts cliniciens une description aussi exhaustive que possible de cette activité d'innovation avec 2 axes: les nouvelles innovations technologiques et les nouveaux traitements médicamenteux.

La seconde étape a eu pour objectif de valoriser les séjours avec innovation et de les comparer au référentiel PMSI. Des entretiens avec les experts cliniciens menés par chaque CHU

participant à ce travail ont permis de définir un profil type moyen des séjours pour chaque innovation. A partir de ces informations, le coût de ces séjours innovants a été reconstruit a posteriori, en prenant en compte le coût des médicaments, prothèses et autres consommables, la valeur d'acquisition des équipements spécifiques, le recours aux examens complémentaires et la consommation de ressources humaines, tous deux valorisés aux coûts standards de l'ENC.

L'évaluation médico-économique des innovations à dire d'experts a été réalisée sur la base de plus de 100 entretiens menés sur l'ensemble des CHU participant à l'étude. Les cliniciens, biologistes et pharmaciens volontaires rencontrés constituent un panel représentatif des différents services cliniques, médico-techniques et de logistique médicale de l'organisation hospitalière. La reconstruction a posteriori du coût des séjours innovants a permis de mettre en évidence une consommation de ressources supérieure au référentiel PMSI pour plus de 120 innovations. Certaines innovations généraient un surcoût par séjour très élevé (600 000 F pour l'assistance circulatoire) mais ne concernaient qu'un nombre limité de patients. Pour d'autres innovations, le surcoût du séjour était moindre (4 000 F pour le traitement des hypercholestérolémie par LDL aphasère) mais la technologie portait sur un volume d'activité a priori plus élevé. Les différentes composantes du surcoût ont été analysées. Pour la plupart des innovations, on notait l'intrication de plusieurs facteurs (consommables, personnel médical ou paramédical, acquisition des équipements). Les prothèses, implants ou stimulateurs étaient fréquemment incriminés de même que certaines molécules pharmaceutiques innovantes.

L'investigation de certaines innovations sur plusieurs CHU et la concordance des résultats obtenus confortent la robustesse de nos évaluations.

Cette étude médico-économique montre que le dispositif PMSI de ré-allocation budgétaire entre établissements est mis en défaut dans le domaine des innovations technologiques et médicamenteuses.

Pour assurer l'équité du système, il convient donc d'améliorer la valorisation de ces pratiques et certaines propositions peuvent être formulées en ce sens. La procédure spécifique de prise en compte des dépenses liées à la consommation de molécules anticancéreuses coûteuses qui a été mise en place depuis 2000 pourrait ainsi être étendue au domaine des innovations. Sur la base du volume d'activité déclaré pour chaque activité retenue, un nombre de points ISA supplémentaires pourrait être déterminé pour chaque établissement par simple conversion en point ISA du surcoût global calculé pour chaque innovation.

Ce dispositif pourrait, d'un point de vue technique, être rapidement mis en place. Parallèlement, il conviendrait d'encourager la prise en compte de ces activités dans la classification PMSI lorsque les actes concernés portent sur un volume d'activité suffisamment important pour envisager la création d'un GHM. Dans le cas contraire, ces prises en charge devraient conduire à un financement particulier de ces " soins coûteux - activité de référence ".

Professeur LEPAGE
Délégation de l'Information Médicale
et Epidémiologie de l'Assistance Publique

(1) AC Bensadon (DHOS), J. Bismuth (CHU Dijon), G. Botti (AP-HM), A. Buronfosse (AP-HP), MJ D'Alche Gauthier (CHU Caen), JP Duffet (CH M. Lannelongue), F. Engel (CGS), E. Ferry Lemonier (AP-HP), C. Grave (CHU Lille), T Lefèvre (CHU Poitiers), E. Lepage (AP-HP), JC Moisdon (CGS), E. Morgon (CHU Lyon), G. Nisand (CHU Strasbourg), C. Oualid (AP-HM), F. Pinardon (AP-HP), G. Sanger (DHOS).

Risques majeurs

CHU de Rouen

L'aide médicale urgente face aux situations exceptionnelles

Notre société, déjà confrontée aux risques naturels depuis des milliers d'années, doit affronter maintenant les risques générés par son industrialisation. Prenant la mesure de tous ces risques, l'État mène une politique active d'information des populations, de prévention et de planification à laquelle les Services d'Aide Médicale Urgente participent activement.

Le risque majeur

Le risque majeur se définit comme les répercussions d'un aléa sur des zones où existent des enjeux humains bien sûr mais aussi matériels ou environnementaux importants. Le premier risque auquel l'Homme ait été confronté est bien évidemment le risque naturel. Les tempêtes de la fin d'année 99, les récentes inondations picardes en sont l'illustration. Mais c'est avant tout le risque technologique que notre société doit redouter. Il est la rançon de son industrialisation et elle se doit d'y faire face.

Les différents risques majeurs :

- le risque pétrolier, représenté par le raffinage, la transformation et l'exploitation des produits pétroliers.
- le risque chimique généré par les usines à risque dénommées "SEVESO" depuis une directive européenne de 1982.
- le risque nucléaire localisé aux Centres Nucléaires de Production d'Electricité (CNPE) répartis sur notre territoire.
- le risque "transport", qu'il soit transport de passagers ou de matières dangereuses
- le risque "social" illustré essentiellement par tous les grands rassemblements de foule.
- le risque terroriste.

La Haute-Normandie particulièrement exposée

La Seine-Maritime représente le département français au plus fort potentiel de risque technologique avec près de 50 entreprises classées "SEVESO" ainsi que deux CNPE sur les communes de Paluel et Penly.

L'information aux populations

La loi sur la Sécurité Civile du 22 juillet 1987 stipule clairement dans un de ses articles que "le citoyen a le droit à l'information sur les risques qu'il encourt en certains points du territoire et sur les mesures de sauvegarde pour s'en protéger". Chacun doit avoir connaissance des risques majeurs afin de les intégrer dans sa vie quotidienne. Un grand nombre de communes de Seine-Maritime ont été reconnues "à risque" et sont listées dans un Document Départemental sur les Risques Majeurs (DDRM). Chaque commune fait ensuite l'objet d'un Dossier Communal de Synthèse (DCS) que le public peut consulter en Mairie.

La prévention : peut-on envisager de réduire certains risques voire de les supprimer complètement ?

Sous la direction de l'Etat, des travaux sont menés afin de diminuer chaque risque ou tout au moins ses conséquences.

La planification

Malgré la prévention, un risque majeur peut survenir à tout moment. Les services publics doivent avoir imaginé la manière dont ils interviendraient en pareilles circonstances. C'est le but de la planification qui aboutit à la rédaction d'un document commun à l'ensemble des services concernés. Ces plans de secours, "généralistes" ou spécialisés, définissent les commandements, les missions de chaque service, leur coordination et enfin la phase de post-crise et de retour à la normale. Sur le terrain, la mise en œuvre d'un tel plan se traduit par l'activation d'une chaîne de secours, sous les ordres du Préfet de département. Le Préfet désigne un Directeur des Secours Médicaux qui sera l'interlocuteur privilégié pour toutes les questions d'ordre médical.

L'expérience du SAMU de Rouen

Depuis une quinzaine d'années, le SAMU de Rouen a dû faire face à plusieurs accidents majeurs (déraillement de l'express Le Havre-Paris sur le passage à niveau de St Pierre du Vauvray, collision de deux pétroliers dans les boucles de Seine, Carambolage de l'autoroute A 13, ...). La mise en place sur le terrain de la chaîne médicale repose sur les principes de base de la médecine de catastrophe, elle-même largement inspirée de pratiques militaires.

La médecine de catastrophe : un exercice très particulier de la médecine extrahospitalière.

Elle se doit de prendre en charge tous les aspects des victimes, cliniques bien sûr, mais aussi psychologiques et sociaux. Il est donc fait appel à une multidisciplinarité des soignants. Enfin, la médecine d'exception réclame une éthique collective et non plus individuelle. Cette éthique est basée sur le triage médical des victimes et impose que certaines d'entre elles, jugées au-delà de toute ressource thérapeutique, devront être délaissées au profit de nombreuses autres qui pourront être soignées utilement.

La chaîne médicale sur le terrain

La mise en place d'une chaîne médicale en situation de catastrophe est soumise à une évaluation préalable. Une équipe réduite se rend dès l'alerte à l'endroit de l'accident et examine les possibilités de développer les structures médicales sur place et les conditions locales de sécurité. La zone de l'accident fait rapidement l'objet d'un périmètre de sécurité où seuls les services autorisés peuvent pénétrer. Le pivot des structures médicales activées sur le terrain est représenté par le Poste Médical Avancé (PMA).

... s a n t é p u b l i q u e ...

C'est à cet endroit qu'un médecin, aguerri, procède au triage médical des victimes classées en 4 catégories :

- les victimes décédées
- les Urgences Absolues, redevables immédiatement de soins urgents
- les Urgences Relatives, pour lesquelles il est possible de tolérer un certain délai de prise en charge
- les Impliqués, ne portant pas le plus souvent de blessure physique, mais pouvant présenter des désordres psychologiques parfois majeurs.

La régulation du SAMU

Une fois prises en charge dans le PMA, les victimes sont évacuées vers des destinations hospitalières programmées. Les victimes sont alors acheminées vers l'établissement dont le plateau technique permet leur prise en charge complète. C'est la phase de répartition des évacuations.

Chaque victime prise en charge doit être recensée et si possible identifiée. C'est le but de la Fiche Médicale de l'Avant, très modeste dossier médical qui va suivre la victime jusqu'à son admission hospitalière. Cette contingence administrative permet de dresser des listes de victimes que l'autorité préfectorale réclame dans les plus brefs délais.

Conclusion

Le risque majeur existe, l'important est d'avoir planifié un maximum d'actions concertées entre différents services. En Haute-Normandie, le SAMU de Rouen dispose d'une Cellule de Prévention et de Planification des Risques dont le rôle est l'intégration de la composante "santé" dans la chaîne des secours.

Dr Dolard, Dr Lemerle,
Dr Tillaux - SAMU

Risques Naturels : Les inondations de la Somme du 26 mars 2001 à ce jour...

CHU d'Amiens

138 communes, situées entre Amiens et la Baie de Somme, ont été concernées par la montée des eaux. 3543 habitations furent inondées, 470 logements ont été évacués. Sur l'arrondissement d'Abbeville 1198 zones de vie ont été touchées, ainsi que 192 caves et 903 personnes évacuées (soit 2.04% de sa population), sur celui d'Amiens, 245 zones de vie et 1007 caves concernées, 246 personnes évacuées (0.12% de sa population). C'est en tout plus de 1 500 personnes qui auront été hébergées dans des gîtes ruraux, des équipements publics (gymnases, lycées) ou chez des proches durant près de deux mois.

La prise en charge psychologique des sinistrés des inondations de la Somme par la cellule d'urgence médico-psychologique du département (CUMP 80) a débuté en avril 2001, à la demande de la DDASS et du SAMU et se poursuit à ce jour. Une fois les réseaux mis en place, les infirmiers ont commencé à accompagner les pompiers chez des habitants d'Abbeville présentant une souffrance psychique extrême en rapport avec ce qu'ils vivaient.

Les inondations : une situation traumatique particulièrement angoissante

Phénomène particulier sur le plan traumatique, les inondations diffèrent des autres catastrophes par leur durée. La montée des eaux a quelque chose de stressant, de pervers, dans le sens où s'installe une angoisse permanente rendant difficile toute activité autre que la surveillance de la montée des eaux. Si on peut éteindre le feu, il est difficile d'empêcher l'eau de s'infiltrer. Ce stress permanent dans lequel les sinistrés ont vécu durant ce mois d'avril a été épuisant, sur le plan physique, mais aussi moral. Angoisses, hyperactivité parfois stérile, affects

dépressifs et troubles du comportement à type d'agressivité en sont les conséquences immédiates.

Et par la suite à quoi peut on s'attendre ?

Passé cette première période d'hyperactivité, les sinistrés rentrent dans une période de résignation quelquefois de défaitisme face à l'ampleur que prend la catastrophe et à sa durée. Des sinistrés qui avaient résisté dans un premier temps aux injonctions de départ de leur logement dans les premières semaines ont dû se résigner à faire leur deuil de leur habitation. Ils ressentent alors un sentiment d'échec face aux éléments naturels. On peut tout à fait faire le parallèle avec une situation de deuil, de perte d'un conjoint. La première période est une période d'activité liée aux résolutions de problèmes matériels, administratifs, la période qui suit est souvent celle où l'endeuillé se retrouve seul, confronté à sa solitude affective et le vide laissé par l'autre. C'est dans ce contexte que s'installent les affects dépressifs.

Le traumatisme des inondations favorise l'installation de ce que l'on nomme névrose traumatique ou état de stress post traumatique (ESPT). Ce tableau d'évolution chronique est comme l'eau qui monte, pernicieux et rongant les fondations de l'individu. Le sommeil devient perturbé, les cauchemars en rapport au traumatisme le rendent angoissant, des troubles anxieux s'installent dans la journée et les conduites addictives (aux médicaments type benzodiazépines et à l'alcool) apparaissent dans la vie des sujets ou s'aggravent. Les états dépressifs dans cet épuisement psychique et physique, dans ce film d'horreur vécu quotidiennement deviennent le seul refuge du sujet. Mais à quel prix et avec quel risque ? Celui de vouloir mettre un terme à sa souffrance par un passage à l'acte désespéré quelquefois ?

Alors, comment aider les sinistrés ?

Il n'est pas bien sûr utile de basculer dans l'assistantat mais d'offrir à des patients potentiels une accessibilité à des soins, éventuellement spéci-

... s a n t é p u b l i q u e ...

figues. Les notions de debriefing et d'intervention précoce sont certainement les éléments centraux de cette prise en charge à visée : - préventive, éviter la survenue d'ESPT, - et curative, par un traitement adapté à cet afflux de stress qui noie le sujet. Et cela demande disponibilité et moyens en rapport.

Organiser la prévention de santé mentale et physique secondaire

Prises en charge en centres médico-psychologiques, groupes de parole, éventuellement visite à domicile sont les différents moyens thérapeutiques proposés et utilisés. Encore faut-il faire passer le message auprès des intéressés. A ce titre une information grand public a été réalisée. Une enquête épidémiologique est en cours. Pour la mener à bien, l'équipe du CUMP s'est rapprochée de ses collègues québécois qui ont vécu en 1996 des inondations dans la région de Saguenay.

D'après un texte du Docteur Cyrille Guillaumont
Psychiatre référent de la cellule d'urgence médico-psychologique
départementale de la Somme (CUMP 80)

Situations de violence

CHR d'Orléans

Pour prévenir les situations de violence, le CHR d'Orléans s'est vu attribuer une enveloppe de 600 000 francs par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Centre. Cette somme permet de financer une série de mesures très concrètes visant à garantir une plus grande sécurité aux personnels comme aux patients et aux visiteurs.

A l'hôpital de La Source :

- amélioration de l'éclairage du parking des personnels et de différentes zones extérieures assez passagères (sortie des salles de réunions, pôle logistique...)
- aménagement de la loge à l'entrée
- mise en service d'un système d'entrée par badges dans les vestiaires
- création en 2002 d'un poste de brancardier de nuit au SAU (service d'accueil des urgences). Cet agent aura une maîtrise des techniques "d'approche et d'apaisement".

A l'hôpital Porte Madeleine :

Diverses mesures ont été réalisées ou sont en passe de l'être. A titre d'exemples :

- bouton d'appel en cas d'urgence dans une pièce à l'accueil adultes,
- téléphone sans fil pour certains agents particulièrement exposés,
- renforcement de portes qui ont été fracturées,
- serrures à codes, fermetures de bâtiments et du site (à l'étude) la nuit,
- téléviseur et magnétoscope dans la salle d'attente de l'accueil adultes.

Ce dispositif sera complété par des actions de formation.

Allo-gènes : 19 000 appels du grand public et de professionnels en cinq ans d'existence

Assistance Publique-Paris

18.800, c'est le nombre d'appels reçus au 30 juin 2001 par Allo-gènes (1), centre national d'information sur les maladies génétiques, depuis sa création en décembre 1995.

Né de la réflexion menée par l'Association française contre les myopathies, avec le ministère chargé de la recherche et les généticiens cliniciens, ce centre, situé d'abord à Necker-Enfants Malades a été transféré à l'Hôpital Broussais depuis le 1er juillet 2001, date de la mise en place de la Plateforme Maladies Rares qui outre Allo-Gènes regroupe l'Alliance Maladies Rares, un collectif d'associations de malades, Eurordis, une association européenne, Orphanet, une base de données.

Allo-Gènes répond aux questions des personnes confrontées à une maladie génétique mais aussi à une maladie rare non génétique. Il apporte également des réponses adaptées aux médecins et aux paramédicaux afin de les aider à mieux prendre en charge leurs patients et les familles.

Allo-Gènes offre une réponse personnalisée et documentée à toute personne qui appelle le n°Azur 0.810.63.19.20. L'écoute et l'échange téléphonique permettent de mieux appréhender les attentes. Une réponse écrite, rédigée sous forme de lettre par un médecin généticien, apporte des informations sélectionnées et adaptées à la demande.

Durant ces cinq années, plus de 1.500 maladies différentes ont été traitées. 95 % des demandes d'informations ont été faites par téléphone. Elles venaient avant tout de personnes concernées (79 %), mais également de médecins (11,5 %), des autres professionnels de santé ou des associations de malades. 55 % des demandes avaient trait à une maladie génétique "authentique", mendélienne (45 %) ou chromosomique (10 %). Les demandes portaient principalement sur les maladies neurologiques (17,5 %), les malformations (17,5 %), les maladies neuro-musculaires (9 %), les anomalies chromosomiques (7 %)...

Au total, 14 000 lettres personnalisées ont été rédigées et 4.800 réponses faites par téléphone.

Rappelons qu'en France, plusieurs millions de personnes sont concernées par l'une des 5.000 maladies rares génétiques ou non génétiques identifiées à ce jour. Rares et souvent méconnues, certaines d'entre elles peuvent désorienter non seulement le patient, mais aussi le médecin qui ne parvient pas à préciser son diagnostic.

Professeur Marie-Louise Briard
Directrice scientifique d'Allo-Gènes

(1) N° Azur : 0.810.63.19.20 (prix d'une communication locale)

Forum, l'espace éthique méditerranée

Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

Dans les consciences des professionnels de la santé, mais aussi dans celles des patients et de leur entourage, l'éthique médicale hospitalière occupe une place jamais connue jusqu'à aujourd'hui. A des degrés divers et avec des éclairages particuliers, chacun se pose des questions essentielles devant des sujets graves comme la souffrance, la violence, la prise en compte et le respect de la dignité de la personne humaine, ou encore les espoirs mais aussi les craintes suscités par les progrès scientifiques et technologiques, en particulier dans un secteur aussi sensible que la recherche génétique.

Du côté de l'hôpital, au moment où la notion de service public est quelque peu mise à mal, cette quête profonde du sens, du rapport à la personne soignée, constitue un signe de vitalité intellectuelle et morale, au sens noble et humain du terme.

Dans un contexte de gestion très rigoureuse, se doter d'un espace professionnel conséquent n'est pas une décision facile à prendre et à mettre en œuvre. Mais les enjeux sont tels qu'il a semblé important de répondre favorablement à la double initiative de l'Espace Éthique de l'AP-HP dirigé par Emmanuel HIRSH et de l'équipe du Pr. Jean-François MATTEI à l'AP-HM : l'Espace Éthique Méditerranéen est une réponse concrète à un partenariat souhaité entre les deux Établissements. Ce partenariat servira de base à la constitution d'un réseau national, et, très vite international. Cette démarche illustre très concrètement la volonté d'ouvrir davantage l'hôpital à la ville et de rendre l'institution hospitalière à la fois plus humaine et plus transparente.

" Je formule le vœu que cet Espace soit non seulement un pôle de réflexion, un lieu de rencontres pour les scientifiques, chercheurs, juristes, philosophes... mais aussi, tout simplement, un lieu ouvert aux personnels de l'AP-HM, aux citoyens, à tous ceux qui, à quelque grade que ce soit, désirent œuvrer pour que le patient hospitalisé soit un être mieux compris, mieux écouté et mieux respecté. "

Fernand LORRANG, Directeur Général de l'AP-HM

Antidopage

CHU de Nancy

La lutte contre le dopage avance. Marie-Georges Dubuffet, ministre de la Jeunesse et des Sports a inauguré les premières antennes médicales de lutte contre le dopage de lutte : à l'Hôpital de Brabois du CHU de Nancy et au CHU de Poitiers

" Des antennes médicales de lutte contre le dopage sont agréées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des sports. Elles organisent des consultations ouvertes aux personnes ayant eu recours à des pratiques de dopage et anonymes à la demande des intéressés. Si nécessaire, un suivi médical est proposé. Les personnes peuvent alors demander au médecin qui les aura traitées un certificat nominatif mentionnant la durée et l'objet du suivi. Les conditions d'agrément et de fonctionnement des antennes sont fixées par décret. Chaque antenne est dirigée par un médecin qui en est le responsable. " article 26 - loi n° 99-223 du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage.

Missions et fonctionnement de l'antenne de lutte contre le dopage du CHU de Nancy

Implantée au Service d'Exploration de la Fonction Respiratoire et de l'Aptitude à l'Exercice, Hôpitaux de Brabois, l'antenne est dirigée par le Professeur Jean-Pierre Crance. Le médecin responsable est le Professeur Philippe Haouzi.

Consultations

Les consultants sont reçus sur rendez-vous 2 demi-journées par semaine. En cas de besoin le médecin oriente la personne vers la structure de prise en charge des pharmacodépendances ou prend avis auprès des services d'endocrinologie et d'hématologie. Si nécessaire, un bilan biologique est proposé.

Relations avec le Conseil de prévention et de lutte contre le dopage

Chaque fin de semestre, les données recueillies à l'occasion des consultations ou des entretiens téléphoniques sont transmises anonymement à la cellule scientifique du Conseil de prévention et de lutte contre le dopage. En cas d'émergence d'un nouveau produit ou procédé dopant réputé particulièrement dangereux pour la

santé, l'information est transmise dans les meilleurs délais ainsi qu'au ministre de la jeunesse et des sports.

Information et prévention du dopage

En relation avec le Conseil de prévention et de lutte contre le dopage, et avec le médecin-conseiller de la direction régionale et départementale de la jeunesse et des sports de Lorraine, des actions d'information et de prévention du dopage seront organisées à destination des sportifs et de leur famille, des éducateurs et des professionnels de la santé.

CHU de Poitiers

Le Journal Officiel a publié l'arrêté du 17 mai 2001 agréant pour 5 ans l'antenne médicale de lutte contre le dopage (A.M.L.D.) du Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers. Depuis 1999, la loi impose à chaque région l'installation de cette structure. L'antenne du C.H.U. de Poitiers a été inaugurée par Marie-Georges Buffet, Ministre de la Jeunesse et des Sports et Bernard Kouchner, Ministre délégué à la Santé.

L'antenne du C.H.U. de Poitiers est placée sous la responsabilité du Docteur Claude Goubault, praticien hospitalier dans le service d'Explorations fonctionnelles, physiologie respiratoire et de l'exercice du Professeur André Denjean, où s'effectue le suivi médical des sportifs de haut niveau. L'antenne médicale de lutte contre le dopage assure un accueil gratuit et anonyme des sportifs, des non-sportifs et des médecins désireux de s'informer sur les risques des conduites addictives.

Médecin de l'équipe de France de canoë-kayak, le Dr Goubault pourra être assisté, en cas de besoin, par un psychologue et un toxicologue. Les consultations ont lieu de 17h à 20h, les lundis et mercredis, à René Beauchant, à l'Hôpital de la Milétrie.

Par ailleurs cette antenne a également une vocation préventive. En qualité de médecin du Comité régional olympique, le Dr Goubault est associé à de nombreuses activités de prévention à destination des jeunes sportifs en milieu scolaire et en collaboration avec le médecin conseiller de Jeunesse et Sports.

Un numéro de téléphone est à la disposition du public : 05.49.44.46.80

... s a n t é p u b l i q u e ...

Des véhicules électriques, pour un air plus pur

CHU de Montpellier

Le CHU sensible à l'écologie

La Direction des Equipements et de la Logistique du CHU n'est pas restée insensible à la "Loi sur l'Air". Au moment de moderniser certains transports internes hospitaliers, tels que l'acheminement du courrier par les vagemestres ou le transport des déchets et encombrants par les services généraux, elle a opté pour l'achat de 5 véhicules électriques.

3 véhicules électriques sillonnent déjà les établissements hospitaliers montpelliérains. Ils seront très prochainement rejoints par 2 véhicules supplémentaires. Ils sont adaptés à des trajets courts avec arrêts fréquents. D'un encombrement mineur, d'un entretien facile, ils consomment peu, sont silencieux et non polluants. Tous ces atouts les rendent très intéressants pour une utilisation en milieu hospitalier. De plus, ils sont immatriculés afin d'être également fonctionnels en milieu urbain.

On peut les qualifier de véhicules urbains à caractère industriel.

Une collaboration pour plus de performance

Les véhicules électriques du CHU de Montpellier sont le fruit d'une collaboration entre leurs utilisateurs, le constructeur qui a su les adapter à leurs besoins et la Direction des Equipements et de la Logistique : ils ont été conçus avec des fonctionnalités sur mesure pour chaque service, dans un souci d'amélioration des performances et des conditions de travail. Leur adaptabilité a ainsi été plus facile et moins coûteuse qu'avec des véhicules traditionnels.

d r o i t s d e s m a l a d e s ...

Démocratie sanitaire : donner la parole aux usagers

CHU de Clermont-Ferrand

Dans le cadre de son projet "accueil et vie du malade" le CHU de Clermont-Ferrand a mis en place une série de réalisations destinées à améliorer l'accueil et le confort des usagers qui a été officiellement présentée le 30 mai 2001.

Deux kiosques associatifs ont été créés sur les deux principaux sites du CHU (Hôpital Gabriel Montpied et Hôtel-Dieu) dans le cadre du volet "promouvoir la participation des patients à la vie hospitalière".

Tous les après-midi, des bénévoles de 48 associations tiennent des permanences où ils accueillent les patients, leurs familles et les personnels. Ils tiennent à la disposition du public un répertoire (tableau synoptique et fiche individuelle par association) des services rendus par chaque association partenaire du CHU.

Ce document, fixé à l'extérieur du kiosque, peut être consulté en dehors des heures d'ouverture.

L'originalité de ce projet réside dans le partenariat étroit entre les associations qui souvent ne se connaissaient pas. Désormais regroupés en secteur associatif, les bénévoles sont à même de fournir des renseignements sur chaque association, selon le type de maladie.

48 associations partenaires ont signé le 30 mai 2001 une charte précisant leurs engagements respectifs et celui du CHU pour l'implantation de ces deux kiosques associatifs.

Pour un hôpital plus humain au service du malade

Amélioration des locaux, meilleure accessibilité, modernisation et confort, accueil personnalisé ont été les grands axes du nouveau dispositif de l'hôpital Gabriel Montpied (1034 lits) et de l'Hôtel-Dieu (546 lits).

A l'Hôpital Gabriel Montpied, rénovation du hall d'accueil, avec modernisation du secteur accueil des malades du bureau des entrées, création d'un point d'accueil central, implantation du kiosque associatif, d'une cafétéria offrant un service de restauration rapide et création d'un parking réservé aux familles accompagnant un patient à l'accueil des urgences.

Pour faciliter l'accès à l'hôpital a été mise en place une navette (véhicule électrique "Diabline") pilotée par des hôtesses du CHU entre le parking sud (1000 places) et les différents sites de l'hôpital. Près de 100 usagers utilisent par jour cette navette. La signalétique extérieure est entièrement refaite.

A l'Hôtel-Dieu un nouvel accès pour les malades transportés par ambulance et un nouveau parking pour le personnel ont été construits.

Sur ces deux sites, a été créé une fonction accompagnement et installation des malades dans leur chambre.

... s a n t é p u b l i q u e

Les représentants des usagers

CHU de Fort-de-France

Depuis le début de l'année 1997, deux représentants des usagers siègent au Conseil d'Administration du CHU DE FORT-DE-FRANCE : Madame Olga Ancet et Monsieur le Dr Gontran Eudarc : " Notre seule existence rassure les usagers et favorise le dialogue médecin-malade. "

Administrateurs à part entière, ils participent à toutes les prises de décisions concernant l'ensemble des projets et les orientations de l'établissement. Ils entretiennent d'excellentes relations avec les

responsables administratifs et les praticiens et interviennent dans différentes commissions comme la Commission de Conciliation. Pour être plus opérationnels, ils ont créé " le Collectif des Représentants des Usagers dans le Système Sanitaire de la Martinique (CRUSSMA) ", le 25 janvier 2000.

Les principaux problèmes entre l'hôpital et les usagers

Les malades se plaignent de l'accueil dans beaucoup de services et du peu d'espace d'expression qui leur est laissé. Quant à la population âgée, elle ne s'est pas encore adaptée à

l'alimentation préparée pour les grandes collectivités.

Les représentants des usagers tiennent une permanence hebdomadaire le vendredi matin de 11h à 13h porte 4404- Niveau 0 - Consultations externes - Médecine interne -

Les patients sont invités à présenter leurs propositions afin que soit améliorée la relation Usagers/Hôpital.

p r é v e n t i o n

Quatre films pour apprendre à devenir parents

CHU de Saint-Etienne

Pendant un an, le Dr Danielle Ferré*, parallèlement à son activité de pédiatre, a joué les cinéastes et a réalisé quatre films avec la cellule audiovisuelle du CHU. Une démarche originale et volontaire qu'elle a menée avec succès pour répondre à un besoin d'information des parents.

Destinés à l'information des parents, ces films traitent de sujets qui préoccupent plus particulièrement les jeunes mamans : " l'allaitement ", " les soins du nouveau-né ", " la prévention de la mort subite du nourrisson " et enfin " la prévention des accidents domestiques " .

Au cabinet médical comme à l'hôpital, la plupart des jeunes mères se sentent démunies devant le bébé qu'elles viennent de mettre au monde. " Tous les jours, les mamans me posent des questions de simple bon sens ", confie Danielle Ferré. Une situation qu'elle explique par l'éclatement des familles, la diminution des grandes fratries ou

encore la rupture des traditions. Le modèle maternel se transmet donc de moins en moins. Il est vrai que les jeunes femmes aujourd'hui ont leur premier enfant de plus en plus tard (en moyenne à 28 ans) et suivent des études longues qui ne les préparent pas à élever un enfant.

Des conseils pratiques

Les films sur l'allaitement et les soins au nouveau-né ont une portée à la fois pédagogique à l'attention des mères et constituent un outil de travail pour le service de maternité. Le scénario élaboré en collaboration avec toute l'équipe médicale a permis d'uniformiser les discours par rapport aux patientes..

Le film sur la mort subite du nourrisson a fait l'objet d'un travail spécifique avec Josy Darsa, cadre sage-femme, et Hélène Morison, cadre-infirmier qui accompagne les familles lors de la perte d'un bébé.

Le dernier sujet, sur la prévention des accidents domestiques, est celui que le Dr Ferré connaît le mieux car il était l'objet de son mémoire de pédiatrie. C'est celui aussi qui lui

tenait le plus à cœur tant la vision répétée des petits corps mutilés dans le service de pédiatrie lui est intolérable. " Plus jamais ça " est le message qu'elle a souhaité adresser aux parents. Un message rendu très explicite grâce aux dessins réalisés par Odile Cherbut, agent au CHU.

L'ensemble des films est projeté en boucle dans chaque chambre de la maternité ainsi que dans les salles d'attente du service de pédiatrie.

**Danielle Ferré est attachée au CHU de Saint-Etienne depuis une vingtaine d'années. Parallèlement, elle a exercé en PMI avant d'ouvrir un cabinet il y a quinze ans.*

Les films ont été réalisés par Jean-François Verdier, infirmier au CHU de Saint-Etienne.

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

Le Centre d'Investigation Clinique : Mieux structurer et développer la recherche biomédicale

CHU de Montpellier

L'Inserm* et le CHU de Montpellier ont créé un Centre d'Investigation Clinique (CIC) pour favoriser le développement de la Recherche Clinique et impulser la réalisation de nouveaux essais.

Inauguré en décembre 2000, le CIC offre aux cliniciens et chercheurs des locaux et tous les moyens humains et matériels nécessaires et adaptés à l'investigation clinique chez l'homme. Ces centres sont les garants d'une recherche clinique de qualité et d'une continuité de recherche - de la dimension cognitive aux innovations diagnostiques et thérapeutiques.

Fédérer, innover, valoriser : 3 missions du CIC de Montpellier.

L'élaboration du projet a duré 6 mois. Elle a permis d'impliquer la plupart des disciplines, autour d'un thème fédérateur : **"Physiopathologie cellulaire & Innovations en Bio-Pharmacothérapie"**.

Plus de 20 services et laboratoires, toutes disciplines confondues, ont manifesté leur intérêt pour cette structure. Une activité prévisionnelle d'une quinzaine de protocoles de recherche a d'ores et déjà été envisagée. La thématique choisie est en pleine adéquation avec les axes de développement tracés pour le CHU, dont notamment le développement des thérapies cellulaires et géniques. Le choix de la localisation, à l'hôpital St-Eloi, s'inscrit également dans une logique de site, puisqu'il vient renforcer la constitution d'un pôle local qui repose sur le futur Institut Régional de Bio-thérapie et un nouvel Institut Fédératif de Recherche. Ce CIC est également ouvert à des partenariats industriels. Pour une part de son activité, il peut se consacrer à la coordination d'essais réalisés par des laboratoires pharmaceutiques, attirés par la garantie de qualité qu'apporte sa contribution.

Une organisation structurée et pluri-disciplinaire

Le Centre d'Investigation Clinique dispose d'une équipe médico-technique professionnelle de la recherche biomédicale et offre aux investigateurs :

- une aide méthodologique et un encadrement logistique
- un système d'Assurance Qualité dans la gestion des projets de recherche selon les Bonnes Pratiques Cliniques,
- une formation à la pratique de la recherche,
- un réseau de compétences pluridisciplinaires associant chercheurs d'unités de recherche expérimentale de l'Inserm et spécialistes cliniciens et biologistes du CHU,
- un lieu d'investigation autorisé pour des recherches biomédicales sans bénéfice individuel direct ; il s'agit de locaux spécifiques comportant des lits de recherche et des équipements adaptés à la réalisation d'études de physiopathologie ou de pharmacologie exploratoire, en particulier chez le volontaire sain.

Le CIC représente une mise à disposition de moyens supplémentaires pour la recherche bio-médicale au CHU. Aujourd'hui, la recherche dans l'établissement est diluée dans l'activité quotidienne des services de soins et des laboratoires. Les équipes médicales et soignantes prélèvent sur leur temps de soins une

parcelle consacrée à la recherche. Les investigateurs qui souhaiteront initier une recherche, pourront avoir recours à une équipe de professionnels, qui, soit dans les locaux du CIC, soit dans les services, prendra en charge la coordination de la recherche.

*Fondateur et coordinateur des CIC depuis leur origine en 1994, l'Inserm s'attache aujourd'hui tout particulièrement à la mise en réseau des CIC (actuellement 17 en France).

Extrait des textes rédigés par le Professeur PETIT, Médecin Coordonnateur du CIC et par Monsieur DIEBOLT, Directeur Adjoint chargé de la Recherche Clinique.

Les équipes et unités de recherche impliquées dans les projets initiaux du CIC.

Unité Inserm 128 - "Enzymologie : mécanismes moléculaires et contrôle génétique" - Equipe "Détoxification et physiologie hépatique". - C. BALNY - P. MAUREL

Unité Inserm 336 - "Développement, plasticité et vieillissement du système nerveux" - A. PRIVAT -

Unité Inserm 376 - "Endocrinologie des peptides et régulation génique" - D. BATAILLE

Unité Inserm 454 - "Immunopathologie de l'asthme" - PR. J. BOUSQUET

Inserm U475 - "Immunopathologie des maladies tumorales et autoimmunes" - B. KLEIN

Inserm U500 - "Epidémiologie des maladies chroniques et du vieillissement" - L. PAPOZ

EPI 99 30 Inserm - "Pathologies du Système Nerveux : Recherche épidémiologique et clinique" - K. RITCHIE

Equipe hospitalo-universitaire et de recherche des maladies endocriniennes - PR. J. BRINGER

Equipe de Gérontologie Clinique - R. C. JEANDEL

Unité de Neurologie comportementale et dégénérative - PR. J. TOUCHON

Groupe de Recherche en Psychiatrie Adulte - PR. J.PH. BOULENGER - PR D. CASTELNAU

Equipe de Recherche et Développement en Immuno-Rhumatologie de Montpellier - PR. J. SANY

Equipe d'Hépto-gastro-entérologie - PR. D. LARREY - PR P. BLANC

Equipe d'Hématologie et d'Oncologie Médicale - PR. J.F. ROSSI

Equipe de Pharmacologie Clinique - PR. P. PETIT

progrès

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

Programme Hospitalier de Recherche Clinique Régional 2001

CHRU de Strasbourg

Le 21 juin dernier, la Délégation Régionale à la Recherche Clinique d'Alsace a retenu 16 projets émanant des services du CHU de Strasbourg au titre du Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) régional 2001. Le montant global de ce PHRC régional 2001 s'élève à 4.8 MF sur 3 ans.

Liste des études

Chirurgie cardiovasculaire : Intérêt du dosage des micro particules membranaires circulantes dans le diagnostic de rejet en transplantation cardiaque - PR MAZUCOTELLI J-P.

Biologie de la reproduction : Recherche de mutations dans les récepteurs de l'acide rétinolique chez des hommes infertiles - PR MAZUCOTELLI J-P.

Chirurgie Générale, Hépatique et Endocrinienne : Assistance hépatique temporaire par pompe intra-portale dans le traitement de la cirrhose évoluée - (EX). PR JAECK D.

C.S.E.R.D. (odontologie) : Etude clinique et bactériologique de l'état parodontal et des plaques d'athérome chez des patients à pathologies cardio-vasculaires - PR TENENBAUM H.

Département d'Anesthésiologie : Effets du Diltiazem et/ou de la N-Acétylcystéine versus placebo sur les répercussions hémodynamiques et biologiques de l'ischémie-reperfusion au cours de la chirurgie coronarienne à cœur battant - PR STEIB A

Réanimation médicale : Etude de l'expression de gènes de l'apoptose au cours de l'agression grave de type " septique " chez les malades de réanimation - PR SCHNEIDER F.

Laboratoire d'hématologie : Analyse du patron génique des proliférations lymphoïdes chroniques matures de l'adulte, et évaluation de leur valeur diagnostique vis-à-vis des marqueurs

immunophénotypiques et cytogénétiques - PR LESSARD M

Hépto-gastro-entérologie : Endoscopie digestive par capsule vidéo à usage unique - PR DOFFOEL M. Département d'hématologie et d'oncologie : Etude de l'influence du phénotype tumoral et en particulier de l'expression de c-erbB2 sur la réponse thérapeutique et le pronostic des cancers du sein inflammatoires. - PR BERGERAT J-P.

Gynécologie-obstétrique : Evaluation de la prise en charge des patientes à risque de souffrance fœtale aiguë pendant le travail par l'ECG fœtal (Stan S21) sur 2 maternités de Strasbourg durant 2 ans - DR VAYSSIERE C

Laboratoire de cytogénétique : Utilisation de la technique d'hybridation génomique comparative (CGH) dans l'exploration des retards mentaux inexplicables - DR DORAY B.

CNRS / Pédiatrie : Les propriétés sédatives des stimulations olfactives : application au bien-être du nouveau-né prématuré - DR MARLIER D.

E.F.R. et de l'Exercice : Mécanisme de la diminution des effets protecteurs des hormones cardiaques au cours de l'insuffisance cardiaque. La disparition des rythmes ultradiens d'ANP et de BNP est-elle responsable d'une désensibilisation de leurs récepteurs ? - PR GENY B.

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : Etude de la prévalence des problèmes de santé mentale chez l'adolescent en Alsace - DR PROVOST C.

E. F. par les Isotopes / Institut de Physique Biologique : Physiopathologie des troubles émotionnels de l'épilepsie temporelle : étude en imagerie de résonance magnétique fonctionnelle - Pr GRUCKER D.

C.S.E.R.D. (odontologie) : Analyse histologique systématique des follicules dentaires après germectomies des troisièmes molaires mandibulaires - DR HARNET J-C.

Création du Centre d'Investigation Clinique : CIC INSERM

CHU de Bordeaux

Prolonger les travaux expérimentaux par des recherches cliniques dans les laboratoires du site, assurer la formation, vérifier la qualité méthodologique des programmes et des procédures thérapeutiques vers des applications industrielles notamment avec l'Incubateur Victor Segalen- Bordeaux 2.. telles sont les missions du CIC de BORDEAUX créé au 1^{er} janvier 2001 à la suite d'un appel d'offres national.

S'appuyant sur l'IFR (Institut de Formation à la Recherche) cœur-poumon-vaisseaux-thrombose, l'IFR des neurosciences cliniques et expérimentales et sur l'IFR de santé publique, les thèmes retenus portent sur les biomatériaux et la suppléance fonctionnelle, l'imagerie et les explorations fonctionnelles et sur les nouvelles thérapies. Cette sélection correspond également aux priorités arrêtées par la région Aquitaine en matière de recherche en santé et développement des biotechnologies.

Trois types de projets peuvent être réalisés au CIC de Bordeaux :

- des projets initiés par un partenaire industriel (industrie pharmaceutique ou biotechnologique)
- des projets émanant d'investigateurs du CHU ou d'un organisme de recherche public, financés par des fonds publics ou privés.
- des projets pilotes à un stade précoce de leur développement qui ne leur permet pas de postuler à un financement mais qui sont pris en charge financièrement par le CIC.

Comité de coordination de la recherche

CHU de Nice

Charte constitutive

Une politique nouvelle engagée par le CHU de Nice.

Le 30 juin 2001 le Directeur Général de l'Inserm, la Présidente de l'Université de Nice Sophia-Antipolis et le Directeur Général du CHU de Nice ont signé la Charte Constitutive du Comité de Coordination de la Recherche (CCR).

Instance d'échange et de concertation, le Comité de Coordination de la Recherche doit permettre de mieux coordonner les politiques et les actions entre les différents acteurs de la recherche et de promouvoir la Recherche sur la région Paca-Est.

Les missions du Comité de Coordination de la Recherche Biomédicale Niçoise

Le Comité de Coordination de la Recherche est avant tout une instance consultative de concertation et de proposition. Il a pour mission :

- de permettre une identification des forces présentes en matière de Recherche
- de repérer et d'accompagner les équipes émergentes susceptibles de contribuer à la dynamique de recherche dans les différentes dimensions fondamentale, médicale, clinique, en santé publique ou en génie biologique et médical, en s'appuyant notamment sur les instances existantes
- de favoriser la continuité et le développement des interfaces entre ces différentes dimensions de la recherche
- de susciter l'élaboration de projets de recherche qui peuvent s'inscrire notamment dans le cadre des programmes nationaux et internationaux de recherche.

Le Comité de Coordination de la Recherche est composé de 18 membres permanents qui représentent **les instances suivantes** :

- l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm) ;
- l'Université de Nice Sophia-Antipolis ;
- les Instituts Fédératifs de Recherche (IFR)
- le Centre Hospitalier Universitaire de Nice (CHU).

Les invités permanents :

- le Centre Antoine Lacassagne ;
- le Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS).

D'autres Etablissements publics scientifiques et techniques peuvent être associés aux travaux du Comité des représentants afin de favoriser le développement concerté et la dynamique de la recherche :

- l'Institut National de Recherche en Informatique et en Automatique (INRIA)
- l'Institut National de Recherches Agroalimentaires (INRA).

Fonctionnement du Comité de Coordination de la recherche.

Le Comité est régi par un règlement intérieur qui fixe les modalités pratiques d'organisation et de fonctionnement.

Un bureau, qui a pour mission d'assurer l'animation des travaux en dehors des réunions, est constitué au sein du Comité. Il est composé :

- d'un Président (qui est également le Président du CCR)
- de deux vice-Présidents.

Le Comité peut, s'il le souhaite, procéder à la constitution de groupes de travail chargés d'approfondir la réflexion sur des thèmes particuliers. Les réflexions et les travaux du Comité sont pris en compte dans le cadre de l'élaboration de la politique régionale de l'Inserm et lors de l'examen du Contrat quadriennal de l'Université et de l'élaboration du Projet d'établissement du CHU de Nice.

Le Centre d'Investigation Clinique (CIC) des HCL

Hospices Civils de Lyon

Les Hospices Civils de Lyon ont été retenus par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et par l'Inserm pour créer un Centre d'Investigation Clinique (CIC), dédié à la recherche clinique. Ce Centre, véritable interface entre les patients (ou les volontaires sains) et les chercheurs, cliniciens ou non, a pour but de promouvoir, de faciliter et d'améliorer la qualité de la recherche clinique au sein du CHU, sans alourdir la charge des équipes soignantes.

Le CIC utilisera le plus possible les services existants sur le CHU, en facilitant les contacts entre différentes disciplines, entre recherche fondamentale, pré-clinique et clinique, entre les établissements publics et les industriels. Il assurera aussi un rôle de formation à et par la recherche pour les personnels du CHU (accueil de stagiaires, organisation de séminaires...).

Le CIC est dirigé par un Coordonnateur, et un Comité Technique, dont les membres représentent les Hôpitaux de Lyon, l'Université, l'INSERM, et des instances hospitalières.

L'offre du CIC

Des lits sur deux sites : l'un à l'hôpital cardiologique, l'autre au Centre Hospitalier Lyon Sud qui sont les lieux d'accueil des patients ou volontaires sains.

Des lits dans les services : lorsque les patients ne peuvent être déplacés, le personnel du CIC intervient dans tout établissement des HCL, pour effectuer les tâches liées à la recherche, aider les chercheurs et soulager ainsi les équipes de soins.

Du personnel qualifié pour la recherche : infirmières de recherche ou ARC (Attachés de Recherche Clinique) ayant pour mission d'aider au remplissage des cahiers d'observation, de gérer les prélèvements biologiques (nombreux tubes à étiqueter, centrifuger, acheminer dans les laboratoires différents voire par des transporteurs extérieurs...)

Un accompagnement des chercheurs pour la préparation ou la réalisation d'un projet de recherche : conseil, rédaction, soumission à des appels d'offres, en relation étroite avec les services de biostatistique, ou de gestion de données.

L'équipe du CIC

Actuellement, l'équipe du CIC est composée d'un coordonnateur (François Gueyffier) et d'un médecin délégué (Catherine Cornu), d'infirmières Attachés de Recherche Clinique (IDE/ARC) et d'un secrétaire. En fonction des projets à réaliser, d'autres médecins rejoindront l'équipe dont un animateur de réseau, des médecins généralistes, des consultants...

Contact :

Médecin coordonnateur : François Gueyffier, 04.72.35.76.03. francois.gueyffier@chu-lyon.fr

Décryptage du génome humain

CHU de Caen

Le laboratoire de biologie moléculaire du département Génétique et Reproduction du CHU de Caen participe à la rédaction du grand livre de la vie et de ses 30 000 gènes. Son équipement lourd (séquenceur automatique) permet le diagnostic d'un certain nombre de pathologies génétiques. A Caen, les chercheurs se sont essentiellement spécialisés dans l'étude des gènes de l'infertilité, de la mucoviscidose et de certains retards mentaux. Ils travaillent en réseau avec les laboratoires français ou européens afin de dresser ensemble un annuaire des maladies graves.

Les grandes dates du décryptage

Début 2001, les prestigieuses revues " Nature " et " Sciences " publient la carte du génome humain ; aboutissement d'une recherche qui a débuté en 1980 avec le projet " génome " .

Les avancées déterminantes ont été réalisées grâce aux outils de haute technologie permettant l'automatisation du séquençage de courts fragments d'ADN, aux progrès de la bioinformatique, à l'essor d'internet qui favorise les échanges de données et aux investissements industriels.

Peu à peu, les institutions de recherche publique et philanthropique (en France, le Généthon financé par le Téléthon) ont été relayées par les laboratoires privés. Aujourd'hui environ 84% de la séquence de l'ADN sont connus.

La plus grande partie est déposée dans des banques de données internationales, accessibles par internet à tout laboratoire de biologie moléculaire. Il semblerait cependant que certaines séquences soient restées confidentielles, dans une logique industrielle de récupération des investissements (dépôt de brevet...).

Le challenge des années à venir

Seulement 2 % de l'ADN renferment des gènes qui pourront être traduits en protéines. Cela signifie qu'une grande partie est actuellement considérée comme remplie par des éléments inutiles. Les différences entre deux individus sont très faibles (8 dif-

férences en moyenne pour 10 000 nucléotides) mais elles peuvent avoir un rôle essentiel dans l'apparition de maladies génétiques. C'est pourquoi certains séquençages de gènes " défailants " sont étudiés. Les séquences ont été collectionnées sans qu'aucune connaissance sur le fonctionnement et l'évolution des systèmes vivants en ait été tirée. Connaître l'enchaînement des nucléotides de l'ADN ne signifie pas en connaître la fonction. Tel sera le challenge des prochaines recherches qui permettront d'améliorer le diagnostic et d'envisager des applications thérapeutiques.

Séquencer le génome consiste à déterminer la suite des nucléotides qui composent l'ADN

Le corps humain est formé de cellules par dizaine de milliards. La plupart des cellules contiennent un noyau. Chaque noyau contient 23 paires de chromosomes. Chaque chromosome contient des molécules d'ADN (Acide Désoxybr Nucléique). L'ADN détient l'information nécessaire au développement de tout être humain; il est propre à chaque individu et répliqué de façon identique dans toutes les cellules du corps. Il se présente comme une échelle s'enroulant sur elle-même. Chaque barreau est constitué de 4 nucléotides formant un alphabet : A,T,C,G dont la succession détermine la séquence des gènes. Les gènes contiennent l'information pour la production des molécules constituant l'organisme. Le génome humain se compose dans son ensemble de trois milliards de nucléotides.

D'après le texte du Pr.M-Laure Missionnier-Kottler, Chef de département Génétique et Reproduction au CHU de Caen.

Une première mondiale : Une équipe contribue à la découverte du premier gène de la maladie de Crohn

CHRU de Lille

La maladie de Crohn (MC) est un problème de santé publique en Europe du Nord.

C'est une maladie inflammatoire de l'intestin qui affecte entre 80 000 et 100 000 patients en France dont environ 8 000 dans la région Nord - Pas-de-Calais.

La Maladie de Crohn a un pouvoir invalidant considérable, car elle débute tôt dans la vie (entre 15 et 30 ans) et reste chronique, évoluant par poussées entrecoupées de périodes de rémission.

Elle n'a pas de traitement spécifique et est plus ou moins contrôlée par les corticoïdes, les immunosuppresseurs, l'assistance nutritionnelle et la chirurgie. Le coût de son traitement est en augmentation notamment depuis l'introduction des nouvelles thérapeutiques comme les anticorps monoclonaux (1 Million de francs en 2000 au CHRU de Lille).

Les " causes " de la MC sont mal connues, probablement multiples.

Depuis 15 ans, le groupe de Gastro entérologie du CHRU de Lille travaille à mieux connaître la maladie, ses causes et ses traitements.

Cette recherche, coordonnée par le Pr. JF Colombel, membre de l'équipe du Pr Paris, est multidirectionnelle : physiopathologique, thérapeutique et épidémiologique. C'est ce dernier aspect qui a été mis à contribution pour aboutir à la découverte actuelle.

Un Registre Régional du Nord-Ouest (EPIMAD) dirigé par les Pr A Cortot et JL Salomez et animé par le Dr Gower-Rousseau a été mis en place depuis 1988 à l'aide de l'Association François Aupetit, du CHRU et de l'INSERM et de l'Institut national de Veille Sanitaire. Des

familles atteintes de la Maladie de Crohn ont été identifiées et des prélèvements sanguins effectués par Mme Rousseau (infirmière enquêtrice du registre).

Afin d'atteindre le nombre de familles nécessaire à la réussite du projet, un réseau Français et Européen a été mis en place en 1995 permettant de réunir à ce jour plus de 1000 familles. Grâce aux prélèvements, une étude génétique dans un nombre de cas suffisant a pu être faite par le Dr JP Hugot dans le Laboratoire du Pr G Thomas (Centre d'Etudes du Polymorphisme Humain) à l'Hôpital St-Louis à Paris.

Cette étude aboutit aujourd'hui à l'identification du premier gène de susceptibilité à la Maladie de Crohn, publiée cette semaine dans la prestigieuse revue " Nature ". Cette avancée majeure dans la compréhension de la maladie n'a été possible que grâce à la coopération des familles de malades et de leurs médecins gastro-entérologues et généralistes sans lesquels rien n'aurait été possible.

La caractérisation de ce gène et de ses mutations au cours de la Maladie de Crohn va permettre rapidement de réorienter la recherche sur les mécanismes de la maladie et devrait permettre de mettre au point de nouveaux traitements mieux ciblés et plus efficaces.

Hôpital pédiatrique Debrousse : premier site hospitalier français équipé d'un spectromètre de masse en tandem

Hospices Civils de Lyon

L'acquisition du **spectromètre de masse en tandem** par un laboratoire hospitalier constitue une première, en France. Cet équipement performant représente un apport exceptionnel au diagnostic des maladies rares du métabolisme, dites "orphelines". A la fois parce qu'il permet immédiatement le résultat des examens et donc de détecter et d'intervenir très rapidement en cas d'urgence, mais aussi parce qu'il élargit l'éventail des diagnostics à des maladies jusque-là impossibles à détecter.

La spectrométrie de masse : un élément clé dans le diagnostic et la prévention des maladies héréditaires du métabolisme (MHM)

Jusqu'à présent, les examens étaient réalisés avec le matériel du CNRS de Solaize (Rhône). En s'équipant d'un spectromètre de masse en tandem, les HCL affirment leur place dans le diagnostic et la recherche des maladies rares en France et au-delà des frontières.

Les MHM, rares (un enfant sur 2 500) mais graves.

Les maladies héréditaires du métabolisme constituent le prototype des maladies dites "orphelines". Malgré leur rareté, ces maladies concernent dans leur ensemble, plus d'une naissance sur 2 500. A titre d'exemple, sur 240 nouveaux malades diagnostiqués en France entre juillet 1997 et juillet 1998, 50 % ont été identifiés par les laboratoires des HCL.

Sur 400 maladies connues, 150 sont diagnostiquées au laboratoire de Biochimie de l'hôpital Debrousse.

Environ 600 malades sont suivis au sein des HCL, majoritairement en pédiatrie. Leur caractère génétique les rend définitives, ce qui implique un traitement tout au long de la vie. Elles se caractérisent par un blocage du métabolisme, c'est-à-dire des processus chimiques destinés à répondre aux besoins de l'organisme en énergie, à entretenir et réparer les tissus et à élaborer certaines substances. Les conséquences sont principalement neurologiques (généralement non traitables), viscérales, dysmorphiques (différences) et métaboliques. Les déficits énergétiques brutaux entraînent des hypoglycémies sévères, des comas et parfois la mort subite du nourrisson. Les déficits chroniques entraînent des troubles musculaires ou des manifestations cardiaques.

Diagnostiquer le plus tôt possible

Le diagnostic précoce de ces maladies est un élément majeur pour la survie des jeunes malades et l'instauration rapide d'un traitement et d'un régime adaptés. En dépistant les MHM si possible avant l'apparition de tout symptôme, on évite les phases de décompensation, souvent à l'origine de handicaps irréversibles.

La spectrométrie de masse : une technique performante

Le spectromètre de masse en tandem (MS/MS) fait intervenir trois spectromètres de masse qui travaillent conjointement. Cette technique constitue un atout majeur dans le diagnostic des MHM, car elle permet :

- de travailler sur des micro-prélèvements sanguins (taches de sang sur papier buvard type Guthrie ou 300 microlitres de plasma), ce qui représente un avantage évident en pédiatrie,
- d'obtenir des gains de temps de l'ordre de 70 % environ par rapport aux examens standards (lecture et interprétation plus rapides), ce qui permet d'augmenter la capacité des demandes d'examens et d'ajuster les traitements dans le suivi des malades,
- de diminuer les coûts,
- de réunir des examens de même type (dosage des acides aminés, par exemple) sur un seul site des HCL, alors qu'ils étaient traités sur des sites éclatés, ce qui contribue à mieux connaître l'expression clinique des maladies rares et en améliore la prise en charge,
- de pratiquer ultérieurement d'autres types d'explorations,
- d'augmenter l'éventail de maladies pouvant être diagnostiquées.

Pour le jeune enfant, cette nouvelle technologie apportera un confort supplémentaire : un seul micro-prélèvement suffit pour rechercher plus d'une trentaine de maladies héréditaires du métabolisme : plus de prélèvement à répétition ni d'hospitalisation prolongée dangereuse pour le patient (épreuve de jeûne notamment). La rapidité des analyses devrait permettre d'ajuster le traitement et le régime à l'issue de la consultation.

Premier accouchement en France d'une mère transplantée poumons et foie

CHU de Nantes

La prise en charge des patients atteints de mucoviscidose a beaucoup évolué durant les 25 dernières années avec une nette amélioration du pronostic (la médiane de survie était de 8 ans en 1974, elle est de 29 ans actuellement).

Cette évolution impose :

- Le développement de réseaux de soins associant plusieurs spécialités médicales (pneumologues, gastro-entérologues, endocrinologues...) mais également, au centre du dispositif, des professions paramédicales (infirmières, kinésithérapeutes, psychologues, diététiciennes, travailleurs sociaux...).
- De plus en plus de " technicité " avec une formation continue des acteurs des soins.
- Une place du traitement à domicile croissante avec une organisation coordonnée par un médecin hospitalier et une infirmière coordinatrice.
- Un transfert d'activité du secteur pédiatrique au secteur adulte (avec la nécessité de création d'unités spécialisées).
- Une participation croissante des associations de malades (" Vaincre la Mucoviscidose " et " SOS Mucoviscidose ") à l'organisation des soins avec une aide financière pour mener à bien certains choix thérapeutiques.
- Enfin une évolution de la participation du malade aux grands choix thérapeutiques le concernant. Le malade se retrouve au centre de la plupart des décisions.

C'est au cours de cette période de mutation que l'équipe prend en charge Linda, en 1990. Transférée du service de pédiatrie dans une unité de pneumologie " adultes ", Linda pose alors un double problème : respiratoire avec d'emblée une atteinte grave (fonction respiratoire à moins de 25% de la valeur théorique) et hépatique avec cirrhose et hypertension portale.

En 1993, Linda se marie et exprime d'emblée un désir de grossesse.

Les conseils médicaux à cette période sont clairs : risque vital pour la mère en cas de grossesse.

Avec un traitement important (cures d'antibiothérapie intraveineuse périodiques, aérosolthérapie quotidienne, kinésithérapie quotidienne, traitement médicamenteux...), l'état clinique de Linda va rester stable jusqu'en octobre 1995. A cette date elle a une infection grave avec septicémie et décompensation hépatique avec ascite surinfectée. C'est à cette période que

Linda demande les premiers renseignements concernant les possibilités de transplantation pulmonaire et hépatique.

C'est en juin 1996 que survient assez brutalement un épisode d'hémoptysie massive (crachats de sang d'origine respiratoire), aggravée par les troubles de coagulation dus à l'atteinte hépatique. Linda reste plusieurs jours avec un pronostic vital engagé en raison du retentissement de l'hémoptysie sur son état respiratoire.

En septembre 1996, Linda est adressée en consultation avec les éléments de son bilan de transplantation à l'hôpital Cochin (service du professeur Houssin) et au docteur Couétil à l'hôpital Broussais. Linda est définitivement inscrite sur liste d'attente de transplantation à Paris en septembre 1997. Les doubles transplantations ayant un caractère prioritaire, elle est transplantée en février 1998 bipulmonaire (Pr. J.P. Couétil) et foie (Pr. Soubrane et Dr Massault. Les suites immédiates sont difficiles avec un séjour de 30 jours en réanimation. Progressivement l'état respiratoire de Linda s'améliore. Initialement suivie à l'hôpital Broussais, puis dès le troisième mois en alternance à Broussais et à Nantes.

Dès que Linda se sent mieux, elle exprime à nouveau son désir de grossesse.

En accord avec l'équipe de Broussais, Nantes lui conseille de respecter un délai d'au moins 2 ans entre les transplantations et le début de la grossesse. Délai nécessaire pour que Linda soit parfaitement remise, stable sur le plan respiratoire et que le traitement immunosuppresseur puisse être diminué.

En effet, cinq grossesses chez des patientes transplantées cardio-pulmonaires avaient déjà pu être menées à terme dans de bonnes conditions pour quatre nouveau-nés, à Nantes (et une interruption de grossesse, sans complication). Une collaboration avec le service d'obstétrique (Dr Boudineau) a été instituée avant même la conception de l'enfant. Pour éliminer la présence de 95% des mutations les plus fréquentes de la mucoviscidose chez une personne originaire de Bretagne, une consultation de génétique a été réalisée chez le futur papa à Nantes avec Dr Moisan et dans le laboratoire du Pr. Férec à Brest. La probabilité pour

Linda d'avoir un enfant atteint de mucoviscidose est donc de 1/1000 (contre 1/2500 environ dans la population générale bretonne).

Fin décembre 2000 Linda débute sa grossesse. Celle-ci se déroule sans problème majeur avec une nécessité d'adapter son traitement immunosuppresseur. Elle a en moyenne deux consultations par mois, l'une à la maternité et l'autre pour la surveillance pulmonaire. Linda accouche de Manon par césarienne à 34 semaines d'aménorrhée après vérification par amniocentèse de la maturité fœtale. Manon pèse à sa naissance 2370 grammes.

Après une surveillance de 24 heures en réanimation, Linda a été transférée à l'Unité de Transplantation Thoracique pour surveillance de ses greffes. Actuellement l'enfant et la maman vont bien. Linda a regagné son domicile. Manon reste hospitalisée en néonatalogie.

Au-delà du caractère encore exceptionnel de cette grossesse (la première en France chez une femme transplantée poumons + foie), l'expérience de Linda et de Manon atteste de l'évolution de la prise en charge des patients atteints de mucoviscidose :

- Passage du milieu pédiatrique au milieu adulte
- Travail en équipe au sein du réseau de soins avec une prise en charge à domicile " lourde " coordonnée par le service hospitalier.
- Recours à un centre hautement spécialisé pour la réalisation de la double transplantation dans un même temps
- Préparation et encadrement de la grossesse dans des conditions médicales acceptables pour la sécurité de Linda après la transplantation. Linda restant au centre des décisions tout en étant guidée par les équipes médicales.
- Travail d'équipe avec les obstétriciens pour mener à bien cette grossesse.

Un message d'espoir

Au-delà de l'augmentation de leur espérance de vie, les patients atteints de mucoviscidose aspirent à une amélioration de leur qualité de vie qu'ils souhaitent la plus " normale " possible (réinsertion professionnelle, possibilité de fonder une famille et d'avoir des enfants). Ceci a été confirmé par une thèse sur la qualité de vie des patients atteints de mucoviscidose transplantés pulmonaires écrite il y a maintenant environ 5 ans.

Dr Haloun

Pôle thoracique et cardio-vasculaire

Nouveau caisson hyperbare multiplace

CHU d'Angers

Un nouveau caisson hyperbare multiplace, équipement lourd - tant du point de vue réglementaire que physique (18 tonnes) sera installé dans les nouveaux locaux du centre d'oxygénothérapie hyperbare (OHB) du CHU d'Angers. Unique en Pays-de-Loire, cet équipement exceptionnel et rare en France renforcera la vocation d'excellence de l'unité et le développement régional de la médecine hyperbare.

L'OHB est une modalité thérapeutique d'administration de l'oxygène par voie respiratoire à une pression ambiante supérieure à la pression atmosphérique. Cette technique impose l'utilisation de chambre hyperbare pour obtenir l'effet pression recherché et à l'intérieur de ces chambres d'une distribution d'oxygène au masque.

Un équipement sur mesure

Un caisson hyperbare, dispositif médical au sens des directives européennes (CE93-42 du 14/06/93), présente la spécificité d'être réalisé "sur mesure" de façon à satisfaire 3 priorités :

- une priorité médicale : pouvoir prendre en charge des patients de plus en plus lourds,
- une priorité sécuritaire : assurer une sécurité maximale notamment incendie compte tenu du risque particulier lié à l'inaccessibilité des patients et du personnel accompagnant pendant la séance,
- une priorité de soins : proposer aux patients et au personnel un équipement confortable et en réduire le caractère anxigène (réduction du niveau sonore et musique d'ambiance, choix des couleurs).

Des patients venant de 19 départements

Intégrée au service de réanimation médicale en 1976, l'Unité d'OHB a vu son activité progresser au fil des années. Mais le nombre limité de places (10) freinait son développement. Les caractéristiques du nouveau caisson et de ses locaux attenants permettront d'amplifier l'activité chronique existant sur l'ancienne installation (infections nécrosantes, radionécroses, ulcères, suite de greffes et lambeaux à vascularisation compromise...) et d'élargir encore la zone d'attraction (recrutement actuel touchant 19 départements et à 50% hors département). Le nouveau caisson, conçu pour recevoir, simultanément si nécessaire, jusqu'à 16 patients assis, sera opérationnel 24h/24h pour la prise en charge des urgences (intoxication au CO, accidents de décompression, embolies gazeuses). Avec ses 2 chambres de traitement, il sera possible à l'équipe médicale d'y accueillir des malades en urgence sans pour autant interrompre une séance en cours. Sa conception permettra d'y installer des équipements de ventilation, de perfusion et de monitoring à l'identique d'une chambre de réanimation.

Coût de l'équipement : 3MF

Dimensions (diamètre des éléments) :
2,50 m

Longueurs : 6,12m et 4,12 m.

Nombre d'établissements hospitaliers français disposant d'un caisson hyperbare : 20

D'après le texte de François Faure, Ingénieur Biomédical

Retrouvez toutes les semaines l'actualité des CHU

en vous abonnant à la news letter de Réseau chu sur notre site :

www.reseau-chu.org

ou en adressant une demande par mail à :

resocho@club-internet.fr

Un nouveau regard sur l'ophtalmologie

CHU de Nancy

La chirurgie ophtalmologique est une discipline en plein essor, qui bénéficie à Nancy d'une équipe compétente, très expérimentée ainsi que d'un plateau technique de grande qualité.

Le Pr Antoine Raspiller, chef du service d'ophtalmologie de l'hôpital Central dresse un bilan des techniques les plus sophistiquées. Schématiquement, l'activité chirurgicale se répartit entre celle du segment antérieur (cataracte, glaucome, greffe de cornée), et celle du segment postérieur (chirurgie vitéo-rétinienne).

Le segment antérieur

Avec la kératotomie radiaire et le laser excimer, la chirurgie réfractive est en pleine expansion, en France comme aux USA (40% de l'activité chirurgicale). Alors que stagne la chirurgie de la cataracte à 400 000 actes par an, de nouvelles techniques modifiant la courbure de la cornée apparaissent, afin de corriger une myopie par exemple. Le Lasik (Laser intra cornéen) consiste à réséquer une fine couche de la cornée, avant d'appliquer des rayons laser sur la cornée "profonde" et éviter ainsi les douleurs de la technique traditionnelle. Mise au point depuis 5 à 6 ans, la technique est en forte progression depuis 3 ans.

Le décollement de rétine

Le DDR (décollement de rétine) est un clivage entre la membrane sensible qui contient les photos récepteurs (le neuro épithélium) et son support (l'épithélium pigmentaire). Selon la zone décollée, le scotome (la perte de la vision) sera plus ou moins important. Les décollements les plus dramatiques touchent la macula, cette petite zone où sont concentrés un grand nombre de photo récepteurs. 350 à 400 décollements sont vus par le service chaque année, tous dans le cadre de l'urgence. Il faut agir vite, notamment pour "recoller" la rétine avant que le DDR ne s'étende à la macula.

La chirurgie de la macula traite des affections liées au vieillissement bénéficie d'une technique de pointe : le tomographe à cohérence optique*. Des

translocations maculaires sont pratiquées dans les dégénérescences maculaires (néovaisseaux rétrofovéolaires) afin de repositionner les zones de cellules saines en face de la fovéa, et de récupérer ainsi quelques précieux dixièmes. Les membranes épéritiniennes et les trous maculaires bénéficient également d'une micro-chirurgie spécifique de pelage. 150 à 200 interventions pour cette pathologie sont réalisées par an sur des patients qui récupèrent ainsi 3 à 4 dixièmes. Les rétinopathies diabétiques peuvent se compliquer de décollement de rétine ou d'hémorragie intravitréenne aboutissant à la cécité. Une centaine de patients porteurs de rétinopathie diabétique grave sont opérés chaque année et bénéficient d'une vitrectomie associée à un traitement de la rétine au laser.

Les urgences traumatiques de l'œil

Si leur fréquence a fortement baissé grâce au port de la ceinture de sécurité, les plaies perforantes du globe oculaire restent des affections graves. Souvent accompagnées de complications rétinienues, elles doivent être traitées par une équipe chevronnée dans un des 15 centres reconnus en France. Celui de Nancy reçoit environ 50 blessés graves avec perforation oculaire et corps étranger chaque année.

Durée moyenne de séjour : 2,2 jours - parmi les plus courtes de France

(* Tomographe à cohérence optique (OCT) : appareil de précision qui réalise des coupes optiques de la rétine de 10 microns. Il permet d'étudier la structure de la rétine et les modifications du tissu rétinien, dans l'évaluation des dégénérescences maculaires ou dans le suivi thérapeutique des rétinopathies diabétiques.

Chirurgicale thoracique : Création d'un collège de spécialistes pour une prise en charge plus complète des patients

CHU de Pointe-à-Pitre

Au CHU de Pointe-à-Pitre, la chirurgie thoracique est une spécialité à part entière, depuis janvier 1993. En 8 ans, 343 opérations ont été effectuées, dont la majorité (168 - soit 49%) pour des lésions traumatiques des poumons ou plus rarement d'autres organes ou vaisseaux sanguins internes du thorax avec un taux de survie des patients comparable à celui d'Europe ou d'Amérique du Nord.

En Guadeloupe, la proportion inhabituelle de traumatologie thoracique est autant le reflet de la fréquence élevée des accidents de la route et des agressions par objet coupant ou arme à feu que du nombre très limité de pathologies thoraciques non traumatiques admises dans le service - comparativement aux chiffres attendus d'un bassin de population de près d'un demi-million d'habitants.

Le faible pourcentage d'exérèse des cancers des bronches n'est pas dû à une consommation de tabac qui serait plus restreinte en Guadeloupe qu'ailleurs - une étude récente conjointe des services de cancérologie et de pneumologie du CHU montre au contraire que les cancers pulmonaires viennent en 3ème position par ordre de fréquence dans le département - il est malheureusement lié au diagnostic extrêmement tardif, au stade inopérable, des cancers pulmonaires et à l'absence de dépistage dans le département. De plus, l'habituelle évasion sanitaire vers la France, sans la moindre entrée dans la filière de soins pneumologie-cancérologie, reste un facteur limitant de l'activité chirurgicale thoracique.

Une situation que pourrait améliorer le récent regroupement des spécialistes, médecins et chirurgiens, des maladies du thorax de Guadeloupe au sein d'un collège sous la présidence du Dr Didier Caparros (chef du service de pneumologie). Cette instance s'est donnée pour mission d'optimiser la prise en charge complète des malades en Guadeloupe.

La Fédération de biologie

CHU de Reims

Créée en 1997, la fédération de biologie regroupe les 11 laboratoires du CHU. Organe de coordination, la fédération mène différentes actions pour favoriser le développement de la biologie médicale au sein du CHU, rationaliser l'offre biologique et optimiser les relations de partenariat avec l'ensemble des autres services.

" Les laboratoires sont indispensables aux services cliniques et réciproquement. Un établissement comme le CHU de Reims ne peut se passer d'un secteur de biologie fort et innovant, tant pour l'aide au diagnostic, l'amélioration du suivi du patient que pour le développement de la recherche clinique."

Pr Gillery coordinateur de la Fédération depuis juillet 2000.

Les priorités de la Fédération

Le fonctionnement de la Fédération de Biologie prouve qu'il est possible de travailler ensemble dans un esprit de partenariat et de complémentarité, tout en préservant une totale indépendance de fonctionnement, à laquelle chaque service reste légitimement attaché.

Les domaines d'intervention de la Fédération portent sur : l'harmonisation du fonctionnement des laboratoires et leur restructuration, la préparation du projet médical d'établissement, l'accréditation, l'optimisation de la prise en charge des urgences biologiques, l'amélioration des conditions de prescription et de rendu des résultats, la rationalisation des compétences, la constitution de réseaux régionaux et d'un réseau inter-régional permettant de répartir les examens de plus en plus spécialisés entre les différents laboratoires.

Ces thèmes ont été étudiés dans le cadre de groupes transversaux inter-laboratoires. Les travaux ont débouché sur des actions concrètes d'amélioration : application du Guide de Bonne Exécution des Analyses de laboratoires (GBEA), création du Guide des analyses de laboratoire*, réorganisation du ramassage des examens désormais effectué toutes les heures entre 7 et 18 heures, élaboration et diffusion de fiches de sécurité (rédaction de protocoles pour la maintenance et l'utilisation des sorbonnes, pour la décontamination des effluents de laboratoires, tests dans des laboratoires pilotes), appels d'offres communs pour l'approvisionnement en réactifs...

La fiche de non-conformité optimise la qualité des prélèvements

Le groupe de travail avait pour mission d'étudier la maîtrise de la conformité des échantillons biologiques dont dépend, pour beaucoup, la qualité des analyses et la traçabilité des examens non exécutés sur décision des laboratoires. Or la détection d'une anomalie sur un échantillon entraîne une série de désagréments, parfois lourds et pénibles notamment pour le patient, comme celui de réitérer le prélèvement.

Une fiche de non-conformité a été mise en place afin de conserver la mémoire de l'incident et de la transmettre à l'unité de soins. Tous les dysfonctionnements pouvant être à l'origine d'un refus ou d'une impossibilité d'analyse ont été recensés : prélèvement erroné, absence d'identité sur l'échantillon, tube défectueux ou cassé pendant l'acheminement ou au cours d'une manipulation au laboratoire. En tant que partenaires privilégiés, les cadres infirmiers des services cliniques ont été informés de la démarche. Ils connaissent désormais l'ensemble du dispositif.

Aujourd'hui les incidents sont inscrits sur la fiche composée d'une partie administrative et d'une partie descriptive de l'incident. Une fois validée par un biologiste, cette fiche est transmise au service.

Dernièrement ce procédé a mis en évidence l'existence d'un lot de tubes défectueux. En effet, en une journée, plusieurs échantillons provenant d'un même service s'étaient révélés non conformes. L'enquête a permis de déterminer l'origine des incidents et, 48 heures après la détection de la première anomalie, l'ensemble des tubes étaient remplacés et la régularisation effectuée auprès du fournisseur, preuves à l'appui.

Utilisée depuis 1999, la fiche de non-conformité révèle un taux d'incidents de 0,1% des échantillons traités sur l'ensemble des laboratoires - ce qui est très faible. Le groupe projette de sensibiliser les médecins prescripteurs à l'analyse des fiches de non-conformité.

Les laboratoires du CHU utilisent environ 250 produits différents : réactifs, solvants, fixateurs... présentant tous un plus ou moins grand degré de toxicité. Un programme de formation-action qui débouche sur la réalisation de fiches produits a été développé auprès des personnels des laboratoires afin qu'ils puissent mieux appréhender les risques et surtout d'en éviter la banalisation.

*Silab est un logiciel simple à utiliser qui répertorie les différentes options de recherche par laboratoire et par référence d'examen à l'aide de mots clés. Le logiciel indique le laboratoire concerné, la technique, les conditions de prélèvement, les tubes à utiliser ainsi que la cotation de l'examen. Silab fait gagner un temps considérable. Il permet d'éviter les erreurs et d'être sûr de disposer d'une information constamment remise à jour.

Les 11 laboratoires du CHU :

Anatomie et cytologie pathologiques
Bactériologie/ Hygiène
Biochimie
Biologie pédiatrique
Génétique et biologie de la reproduction - CECOS
Hématologie
Immunologie
Parasitologie - Mycologie
Pharmacologie - Toxicologie
Physio-pathologie respiratoire
Virologie

Dermatologie

CHR d'Orléans

Acquisition d'un appareil de vidéomicroscopie numérique : un progrès diagnostique L'acquisition, grâce à la Ligue contre le Cancer, d'un appareil de vidéomicroscopie numérique s'inscrit dans le cadre du projet du service de dermatologie du CHR d'Orléans.

Cet appareil permet d'obtenir des images fortement grossies des lésions cutanées, et de les enregistrer. Pour les lésions pigmentées, l'apparition d'une nouvelle sémiologie dans les dix dernières années a permis d'augmenter la sensibilité du dermatologue dans le dépistage des mélanomes. Il s'agit donc d'un outil performant pour le dépistage des cancers cutanés dans les mains de spécialistes formés à cette technique et à cette nosologie. La possibilité de stockage des images macroscopiques et microscopiques constitue pour le patient et le dermatologue un plus indéniable: la comparaison évolutive des lésions est rendue possible, à plusieurs mois ou années de distance. Le Fotofinder ne se substitue donc pas au clinicien, il augmente son niveau de compétence.

Ce matériel a été acquis grâce au soutien financier de la Ligue contre le Cancer.

Présentation du service de dermatologie

Situé à l'Hôpital Porte Madeleine, le service est composé de deux unités, l'une de consultation, l'autre d'hospitalisation conventionnelle et programmée de 12 lits. Il traite toute la pathologie dermatologique hospitalière, en particulier la dermatologie d'urgence. L'équipe médicale est composée d'un praticien hospitalier mi-temps (Dr P Armingaud), d'un assistant (Dr L Martin), d'un praticien hospitalier temps plein chef de service (Dr E Estève), et de médecins attachés.

Activité

Le nombre d'hospitalisations a triplé en cinq ans et le nombre de consultations externes est en augmentation constante.

La cancérologie cutanée

La cancérologie cutanée est naturellement un axe privilégié, avec des consultations spécialisées, un comité de cancérologie cutanée, un réseau régional de cancérologie cutanée, la participation au Groupe

Français d'Etude des Lymphomes Cutanés et au Groupe Français de Cancérologie Cutanée. Les consultations sont thématiques afin d'améliorer la spécificité de prise en charge : cancérologie cutanée, patients greffés, dermatologie pédiatrique, photothérapie UVA et UVB, pathologie unguéale, chirurgie dermatologique, allergologie cutanée.

L'allergologie cutanée

L'allergologie cutanée, assurée par le Dr P Armingaud, offre une consultation commune mensuelle avec les pneumologues. L'arrivée du Dr L Martin a permis de structurer une consultation multidisciplinaire de prise en charge du Pseudo-Xanthome Élastique, maladie orpheline.

L'équipe infirmière

L'équipe infirmière est associée au projet de service et dispose d'un enseignement spécifique assuré par les médecins du service. Les infirmières participent au groupe de travail multidisciplinaire sur les plaies chroniques, développé en relation avec les gériatres et des intervenants paramédicaux. Cette implication dans la formation des infirmières s'est traduite par la coordination du Forum Infirmier des Journées Dermatologiques de Paris pour la troisième année consécutive (1999, 2000 et 2001).

Action d'éducation des enfants à l'exposition solaire

L'équipe s'est également impliquée en santé publique avec "Le soleil à l'école", action d'éducation des enfants à l'exposition solaire. Il s'agit d'une action en réseau impliquant dermatologues libéraux et hospitaliers, infirmières du service de dermatologie et infirmières scolaires, cellule Hygiène et Santé de la ville d'Orléans. Les actions sont effectuées dans les écoles d'Orléans et de ses agglomérations pour les enfants de CM1 et de CM2. Son but est d'enseigner aux enfants les notions fondamentales de l'exposition solaire et de ses dangers, afin de diminuer dans l'avenir leur risque de cancer cutané.

D'après le texte du Docteur Eric Estève

Pour les phlébites comme pour les embolies pulmonaires, l'hiver est une saison à risque

CHU de Nice

En matière de pathologie thromboembolique veineuse, la saisonnalité agit à la fois sur la cause (la phlébite) et sur la conséquence (l'embolie pulmonaire). On savait déjà, en salle d'autopsie, que les embolies pulmonaires étaient nettement plus nombreuses en hiver qu'en été. Il apparaît aujourd'hui que les thromboembolies veineuses (phlébites profondes et embolies pulmonaires) sont soumises tout autant aux effets néfastes de la mauvaise saison.

Ce constat est le résultat d'une étude effectuée par le Dr Berthier et le Dr Fabrice Boulay, Maître de conférences en santé publique et chef de service du Département d'Information Médicale au CHU de Nice.

" Notre travail, explique-t-il, a consisté à puiser dans la base nationale de données hospitalières PMSI, les résumés des séjours pour pathologies thrombo-emboliques veineuses.

" L'étude porte sur quatre années, de 1995 à 1999, soit plus de 65.000 cas d'hospitalisation pour phlébite profonde et plus de 62.000 pour embolie pulmonaire. En comparant les deux versants de la pathologie, on retrouve des courbes identiques, quelle que soit la situation géographique, avec un risque accru de plus ou moins 25 % selon la saison. En hiver, on enregistre des pics d'hospitalisation alors que le danger s'estompe en été. "

L'étude du CHU de Nice est une pierre supplémentaire qui s'ajoute à la connaissance des liens entre l'environnement et les pathologies cardiovasculaires. C'est la sixième publication sur ce thème depuis trois ans. Elle prouve par le recours à de larges bases de données les effets parallèles de la saisonnalité sur les phlébites comme sur les embolies pulmonaires.

Reste à savoir si le risque accru d'hospitalisation est lié aux effets de température plus rudes, aux variations de durée du jour ou aux rythmes biologiques propres à l'organisme.

L'hôpital doit s'attendre à recevoir plus de malades souffrant de telles pathologies. Les cardiologues, les pneumologues et les médecins traitants peuvent aussi se référer aux conclusions de l'étude. Des essais doivent être menés pour évaluer l'efficacité de mesures préventives guidées par les saisons...

Accueil des personnes âgées au nouvel hôpital Bretonneau (Paris XVIII^e)

Assistance Publique-Paris

L'hôpital Bretonneau, nouvel hôpital de gériatrie de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) a accueilli ses premiers patients en hospitalisation le 5 juillet 2001. De juillet à août, 105 lits, dont 60 en soins de longue durée, vont ouvrir progressivement. Pendant l'été, ils recevront en priorité les patients provenant des autres hôpitaux de l'AP-HP.

L'hôpital Bretonneau a une capacité totale de 205 lits et 30 places de jour. Sa vocation est de soigner les malades multiples et complexes du grand âge, et de prévenir le vieillissement pathologique.

Il a aussi pour mission d'apporter un appui et un soutien aux professionnels de santé et à l'entourage des personnes âgées en perte d'autonomie, dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicalisée lourde. Il offre des services médicaux comprenant des consultations, de l'hospitalisation de jour, du court séjour gériatrique et psycho-gériatrique, des soins de suite et de réadaptation, des soins palliatifs et des soins de longue durée.

L'hôpital Bretonneau a été conçu pour offrir aux personnes âgées des XVII^e et XVIII^e arrondissements de Paris, dont 30 000 ont plus de 75 ans, une prise en charge médicale de proximité et un lieu de vie innovant. Grâce à une organisation en réseau et une collaboration accrue avec la médecine de ville, il favorisera le maintien et le retour rapide à domicile.

Extrait du communiqué de presse du 05/07/2001

Psychiatrie adulte à Grande-Terre : Elaboration du projet de deux secteurs GO4 et G05

CHU de Pointe-à-Pitre

Le CHU de Pointe-à-Pitre gère deux des sept secteurs de psychiatrie adulte et vient d'achever l'élaboration de leur projet.

Le projet de secteur a été rédigé à partir de l'analyse des besoins de la population et des personnes prises en charge dans les différentes structures de soins. Il tient également compte des réflexions des équipes pluridisciplinaires.

Le 17 août 2000, un comité de pilotage a été constitué. Il représentait toutes les structures et catégories professionnelles (directeur adjoint, infirmier général, médecins, cadres supérieurs, cadres de santé, ASH, aides-soignantes, assistantes sociales, psychologues, secrétaires médicales, infirmiers, ergothérapeutes et éducateurs spécialisés). Des séances de travail ouvertes à tous furent organisées afin de permettre à chacun de s'exprimer sur la carte d'identité du secteur, sur le programme de besoins et de formuler des propositions concrètes de mise en œuvre d'une psychiatrie moderne.

Le programme de développement porte notamment sur :

- la mise en place des urgences psychiatriques et le développement de la psychiatrie de liaison,
- la mise en place d'un pôle intersectoriel de réadaptation psychosociale,
- le projet de l'utilisation de l'électroconvulsivothérapie...

Les objectifs de progrès retenus sont :

- la réactualisation du dossier de soins
- la formalisation des réseaux de soins,
- l'élaboration de protocoles,
- le développement de l'intersectorialité

L'élaboration d'un programme de besoins dont l'un des éléments est la nécessité de moderniser les locaux d'hospitalisation des patients. Des constructions nouvelles sont planifiées notamment à horizon 2001.

Une période de transition a été prévue dans la mesure où tous les postes médicaux ne sont pas occupés et les équipes constituées. Quant aux locaux, des travaux de rénovation et d'entretien permettront d'attendre les nouveaux bâtiments dans de meilleures conditions.

Malgré ces difficultés, la dynamique de projet est lancée et le personnel poursuit la réflexion sur une pratique renouvelée.

Sa mobilisation permettra de faire disparaître tous les aspects asilaires de l'institution psychiatrique au profit d'une prise en charge moderne, ouverte sur l'extérieur.

Vers la modernisation de la psychiatrie

La large concertation des professionnels et l'analyse du système psychiatrique en Guadeloupe par les acteurs de terrain ont largement contribué à l'élaboration du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Social (SROSS) de psychiatrie 2000-2004. Une enveloppe de 68 millions de francs (10 366 533 €) a été attribuée à la santé mentale en Guadeloupe.

Les grandes orientations du SROSS

Optimisation de l'offre de soins

- réaffirmer l'importance et le rôle prépondérant de la politique de secteur
- réaffirmer le rôle fondamental du centre médico-psychologique
- externaliser les structures d'accueil de jour et augmenter les capacités d'accueil
- favoriser l'intersectorialité et la mise en réseau
- améliorer l'accueil et les conditions d'hébergement des patients en hospitalisation à temps complet

Principes de la prise en charge

- organiser les urgences psychiatriques
- développer la psychiatrie de liaison
- rendre adéquate la prise en charge des patients hospitalisés en psychiatrie
- rapprocher les lieux de prise en charge de l'admission en procédant à un nouveau redécoupage sectoriel.

Neuro-anatomie : Publication d'un ouvrage de référence

CHU d'Amiens

Un bond en avant dans le monde de la neuro-anatomie grâce à l'œuvre d'André LEBLANC

"Cette œuvre est d'une très importante et réelle utilité pratique humanitaire. On ne peut donc être qu'admiratif devant une telle réalisation d'un homme réellement hors du commun" - Professeur Christian CABROL.

Né à Auchel, André Leblanc devient galibot mineur à l'âge de 14 ans. A partir de 4 heures du matin, il pousse les berlines de charbon à 1.200 mètres sous terre et, l'après-midi, il enfle sa blouse blanche accompagnant ses deux frères au Centre Médico-Social, qui lui apprennent les rudiments de la radiologie ; à 19 ans, il devient manipulateur de radiologie "sur le tas" pour le dépistage de la silicose au ser-

vice de santé des houillères. Recruté à la Clinique du Mail chez le Docteur TRINEZ avant d'être employé par le C.H.U. d'Amiens dans le service du Professeur GALIBERT. Il est muté en 1977 à l'Hôpital de Dunkerque où il enrichit les travaux débutés à Amiens. Il établit une véritable cartographie des nerfs crâniens. Parallèlement, il développe une méthode de radiographie basée sur un principe étonnamment simple : choisir, pour réaliser les meilleurs clichés, un angle parfait qui montre l'organe tel qu'il est, éliminant tout effet d'optique.

Aujourd'hui ses travaux sont mondialement reconnus.

André Leblanc vient de réaliser un troisième ouvrage intitulé : "Système nerveux encéphalo-périphérique" de 440 pages et 923 illustrations où sont présentés des diagrammes originaux superposés à des vues anatomiques,

notamment avec des fenestrations des parois osseuses temporales, vestibulo-cochléaires... L'auteur met ainsi en évidence la situation anatomique interne des éléments organiques de l'audition et de l'équilibration, des systèmes endo et périlymphatique, de la vascularisation artério-veineuse irriguant les nerfs crâniens.

Cette "nouvelle méthode" parue début 2001 est d'ores et déjà traduite en plusieurs langues étrangères.

"Un travail remarquable, exécuté par un manipulateur d'électro-radiologie qui, doté du certificat d'études, a acquis une compétence anatomique par ses propres moyens et représente un exemple rare de courage, de persévérance et de volonté d'apprendre pour lequel l'attribution de grade de Chevalier de l'Ordre du Mérite décerné par le Premier Ministre a traduit la reconnaissance des pouvoirs publics à son égard."

D'après un texte du Docteur J. LIENARD

r é s e a u ...

Télémédecine en périnatalité

CHU d'Angers

Depuis mai dernier, le Centre de diagnostic prénatal et de médecine fœtale du CHU d'Angers a mis en place une procédure de téléconsultation via le visiostaff. Ainsi les praticiens de certains hôpitaux périphériques peuvent, à distance, solliciter l'avis des experts du CHU sur des dossiers complexes en matière de diagnostic prénatal. Les décisions prises plus rapidement, dans un environnement de haute expertise, améliorent l'offre de soins proposée aux parturientes de la région.

En février 1999, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation des Pays de la Loire a fait part de l'appel à projet, organisé par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et le Ministère de l'Aménagement du Territoire, relatif à des projets de télémédecine en médecine périnatale. L'objectif de cette démarche était de renforcer dans ce domaine le travail coopératif entre établissements.

A ce titre, le CHU d'Angers a déposé un dossier de télémédecine en médecine périnatale principalement orienté sur la

visioconférence (visiostaff pluridisciplinaire et visioformation). Ce dossier a été élaboré en concertation avec les centres hospitaliers de :

- Cholet,
- Sablé - La Flèche
- et du Haut Anjou.

En 2000, ces établissements totalisaient 7 115 accouchements.

Le coût global de cette opération s'élève à 1 200 000 F, 182 939 € ; une subvention a été versée à hauteur de 40 %, versée par la Direction des Hôpitaux et la DATAR.

La visioconférence de télémédecine est opérationnelle depuis le 23 mai 2001.

Le projet de télémédecine répond à 2 objectifs principaux :

- améliorer la prise en charge des patientes et l'expertise médicale
- améliorer la formation médicale continue

La téléconsultation, via le visiostaff, favorise une prise en charge plus adaptée des patientes et améliore l'expertise médicale.

En tant que centre de référence en matière de pathologies fœtales et materno fœtales, le C.H.U. d'Angers organise depuis 1999 une réunion

hebdomadaire de diagnostic prénatal traitant des dossiers particulièrement complexes.

Ce staff multidisciplinaire est la pierre angulaire du fonctionnement du Centre de diagnostic prénatal et de médecine fœtale, agréé le 04/05/99. Il coordonne les expertises de praticiens compétents en échographie, obstétrique, génétique, radiologie, néonatalogie, chirurgie pédiatrique. Ouvert aux praticiens des autres établissements, il ne réunit en pratique, pour des raisons de disponibilité et de coût, que les médecins proches d'Angers. Aujourd'hui, la visioconférence permet la diffusion de ce staff hebdomadaire à l'ensemble des hôpitaux participant au projet de télémédecine.

La visioconférence favorise l'aide à la décision et le partage d'expériences entre praticiens.

Conjuguant à la fois gain de temps et haut niveau d'expertise, ce staff "télémédecine" permet d'obtenir à distance, dans les cas difficiles, un avis spécialisé sans déplacement des

praticiens. Les décisions prises plus rapidement sont adaptées au cas de chaque patiente.

La visioconférence participe aussi à l'amélioration de la formation médicale continue notamment par l'étude de cas rares et complexes.

Demain, une messagerie médicale

La mise en place d'une messagerie médicale est prévue pour le recueil d'avis non urgents. Une réponse hebdomadaire sera assurée aux praticiens.

La mise en œuvre du projet de télémédecine vise à améliorer le fonctionnement du réseau actuel. Il permet de sélectionner les transferts et les hospitalisations et d'améliorer l'efficacité d'une prise en charge au plus près du domicile de la patiente.

Le fonctionnement technique

Le système de télémédecine fonctionne grâce au réseau RNIS distribué par France Télécom. Il a vocation à s'intégrer dans le réseau régional à haut débit.

Chacun des sites comprend un équipement de visioconférence avec possibilité de projeter les images sur grand écran ce qui leur permet de participer au staff de diagnostic prénatal comme s'ils étaient physiquement présents.

Auteurs :

Professeur DESCAMPS, Chef du Service de Gynécologie-Obstétrique
Agnès SAVALE, Directeur Adjoint -Cellule d'Analyse de Gestion, Direction des Usagers des Finances et du Système d'Information

Un réseau pour de jeunes patients atteints de cancer

CHU de Toulouse

Issu d'ONCOMIP, le réseau d'oncologie de la région, un tout nouveau réseau pédiatrique d'hémo-oncologie vient d'être constitué en Midi-Pyrénées. Ce projet émane de l'équipe médicale de l'unité d'hémo-oncologie du département de pédiatrie du CHU de Toulouse. Son fonctionnement est assuré par un praticien hospitalier et trois puéricultrices dont les salaires sont financés par l'Agence régionale d'hospitalisation .

Une fréquentation en hausse du service d'hémo-oncologie pédiatrique

Le Centre hospitalier universitaire toulousain est le centre de référence en hémo-oncologie pédiatrique de la région Midi-Pyrénées, une région sanitaire étendue. Cette situation entraîne, pour les enfants hospitalisés, des temps de trajet importants ainsi qu'un éloignement (souvent difficile à vivre) de leur famille et de leur lieu de vie. Depuis mai 1999, la grande majorité des pathologies malignes de l'enfant sont traitées à l'Hôpital des Enfants, générant une augmentation du nombre de patients qui aboutit à un encombrement du service. De plus, les meilleurs résultats thérapeutiques dans la lutte contre le cancer ou dans la prise en charge des complications liées au traitement ou à la pathologie elle-même génèrent un nombre croissant d'hospitalisations.

Première étape : la mise en place des relais hospitaliers

Pour favoriser le rapprochement des enfants malades de leur lieu de vie, l'équipe du réseau organise le transfert d'une partie de l'activité de l'unité vers les services de pédiatrie des centres hospitaliers généraux. L'unité d'hémo-oncologie pédiatrique de l'Hôpital des Enfants reste le site de référence des patients, des parents et des différents acteurs de soins : médicaux et paramédicaux rattachés au réseau. Cependant, les enfants ne sont plus systématiquement adressés au CHU, c'est au contraire l'équipe du CHU qui se rend dans les différents services de pédiatrie. En collaboration avec eux, elle évalue leurs niveaux de soins, apprécie les connaissances de leur personnel et répertorie les contraintes de chaque site.

Seconde étape : la formation des équipes et l'animation du réseau

La rédaction et la diffusion de procédures de soins infirmiers et médicaux permettent d'assurer la formation théorique des soignants que viennent compléter des journées à thèmes.

En parallèle, les puéricultrices assurent la formation pratique des personnels paramédicaux des centres hospitaliers de proximité. Elles accompagnent aussi les enfants lors de leurs premières hospitalisations dans un centre hospitalier général, afin de rassurer le patient et sa famille, souvent déstabilisés face à une nouvelle équipe soignante.

Un cahier pour faire le lien entre parent et équipe hospitalière

Pour assurer une meilleure cohésion entre les différents intervenants auprès de l'enfant, un " cahier de liaison " a été confié aux parents. Véritable carnet de santé, ce livret comporte une partie destinée aux médecins, une aux infirmières puéricultrices et la dernière réservée à la famille dans laquelle sera noté tout événement pouvant survenir au domicile.

Ces documents d'information et de liaison (procédure de soins, fiche de liaison...), actuellement sur support papier, seront à terme transférés sur des outils et réseaux informatiques sécurisés.

Des permanences pour soutenir les centres de proximité

Le réseau met à la disposition des centres de proximité le médecin d'astreinte de l'unité d'hémo-oncologie pédiatrique, joignable 24 heures sur 24. Le réseau espère le financement d'une permanence téléphonique 24 heures sur 24 pour les infirmières puéricultrices. De plus, l'équipe du réseau se déplace lorsque les centres de proximité en font la demande. Le réseau, peut également œuvrer au sein de l'Hôpital des

... r é s e a u

Enfants pour soutenir ou conseiller les équipes qui accueillent des enfants atteints d'un cancer.

Après quelques mois d'existence l'évaluation du niveau de soins de chaque site est achevée et les procédures de soins sont en cours de validation.

Par ailleurs, la formation pratique de certaines infirmières puéricultrices a débuté dans les services de neurochirurgie et de pédiatrie des CHG d'Auch, Albi et Foix. Cette étroite collaboration au sein d'un réseau sanitaire régional aboutira rapidement à une prise en charge coordonnée des jeunes patients et de leurs familles.

Composition de l'équipe du Réseau d'hémo-oncologie pédiatrique :

Dr A.I. Bertozzi et les puéricultrices : Mme N. Couteau, Mlle E. Franceschin, Mlle S. Lapeyrade.

Réseau de soins en oncologie pédiatrique PACA et Corse

Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

Pour favoriser le bien-être de l'enfant malade

Le Réseau de Soins en Oncologie Pédiatrique est un réseau de soins pluridisciplinaires centré sur l'enfant malade. Il permet à l'enfant de bénéficier de soins de qualité tout en restant dans son environnement quotidien et familial. A ce jour unique en France, ReSOP est un modèle de réseau de soins organisé autour d'une pathologie rare et complexe : le cancer de l'enfant.

CE RESEAU EST CARACTERISE PAR :

Sa nature : un réseau de soins ville-hôpital qui fait travailler ensemble les médecins et soignants hospitaliers et libéraux pour un objectif commun :

apporter les meilleurs soins au patient.

Son but : améliorer la qualité de vie de l'enfant atteint de cancer en privilégiant le maintien à domicile et en organisant la continuité de la qualité des soins.

Son approche intégrée associe les différents acteurs des soins (famille, soignants hospitaliers et libéraux, médicaux et paramédicaux) et couvre les champs médical, paramédical, psychologique, social et technique.

Son organisation est caractérisée par un dispositif activé autour de chaque patient avec des partenaires spécifiques, en l'occurrence les praticiens médicaux et paramédicaux de proximité.

La place déterminante de la formation des professionnels : soignants libéraux, soignants hospitaliers des centres correspondants, leur permet de coopérer avec le service hospitalier de référence et d'assurer des soins de proximité de qualité. En effet, la formation des libéraux est nécessaire car leur probabilité de rencontrer dans leur carrière un enfant atteint d'un cancer est faible.

La définition précise du processus et des tâches de chaque acteur s'inscrit dans un souci de clarté et de complémentarité.

Son caractère expérimental : Des dérogations tarifaires ont été sollicitées pour permettre la prise en charge forfaitaire des soins à domicile.

La formation des professionnels de santé est un élément central du Réseau de soins. Le réseau bénéficie du soutien financier de l'ARH PACA-Corse et de l'URCAM Paca.

Réseau d'accès aux soins : nouvel accueil pour les personnes sourdes et malentendantes

CHU de Montpellier

Dans le cadre du développement d'un réseau d'accès aux soins, le CHU de Montpellier a mis en place des actions spécifiques :

- **Un service d'interprète en langue des signes** pour répondre aux besoins de communication entre personnes sourdes et leur famille d'une part, et les personnels médicaux et paramédicaux d'autre part lors des consultations médicales ou des séjours hospitaliers.

Dans le cadre de ce service, l'interprète est tenue au secret professionnel ; elle traduit en toute neutralité et traduit uniquement les propos des personnes présentes.

Pour contacter l'interprète : Myriam SEILER - téléphone ou télécopie : 04 99 77 00 57.

- Une consultation spécifique

Le CHU de Montpellier met également en place une consultation de médecine interne spécifique aux personnes sourdes et malentendantes adultes (à partir de 16 ans). Cette consultation relève du Service de Médecine A du Professeur LE QUELLEC, à l'Hôpital SAINT-ELOI.

Cette consultation sera assurée par le Docteur Patrice CEBALLOS, chef de clinique, le mardi après-midi de 14h à 17h30, sur rendez-vous, assisté, si nécessaire, de l'interprète en langue des signes.

Les rendez-vous pourront être pris auprès de la secrétaire de consultation : Mme GARDEUR, téléphone 04 67 33 73 32, télécopie 04 67 33 72 91.

- Urgences

En cas d'urgence, les personnes sourdes qui ne peuvent pas téléphoner peuvent entrer en contact avec les services médicaux 24h/24h par Minitel au 04 67 63 21 47 ou par fax au 04 67 33 79 68.

Le traitement de la douleur et son enseignement

CHU de Grenoble

" La prise en charge de la douleur, identifiée depuis plus de 5 000 ans dans la pratique médicale de l'humanité, est restée cependant une activité périodiquement remise en cause, pour des raisons philosophiques ou religieuses principalement, et souvent par obscurantisme, déni et ignorance de ceux-là même qui auraient dû être en charge de la traiter "

C'est par ce triste constat que le Dr Jean-Pierre Alibeu, coordonnateur du Centre de la Douleur du CHU de Grenoble, introduit son plaidoyer en faveur d'un cursus universitaire dédié à la douleur. Il dénonce au passage les tabous qui ont retardé son traitement dans les établissements de soins et son enseignement dans les facultés.

Les définitions de la douleur

La douleur est multi-factorielle et se manifeste dans des circonstances très diverses : douleur aiguë dans le cadre des urgences, médicales, chirurgicales, brûlures. Sa valeur symptôme a longtemps fait refuser sa prise en charge alors que l'on sait maintenant étayer un diagnostic sur d'autres indicateurs bien plus fiables.

La douleur en période péri-opératoire a une action délétère sur la durée de séjour, les complications, les séquelles : son traitement n'est donc pas qu'une démarche de simple humanité mais un acte médical raisonné.

Enfin la douleur chronique qualifie cet état particulier où la douleur n'exprime plus l'accompagnement d'une maladie d'organe ou d'un syndrome, mais se développe pour son propre compte, échappant à toute description nosologique classique.

Le coût de la douleur

La douleur engendre bien sûr de multiples explorations et prises en charge spécialisées ce qui représente d'énormes coûts directs et indirects pour les sociétés industrialisées : kinésithérapie, dépenses pharmaceutiques, imageries diverses, hospitalisations pour un résultat souvent décevant par manque de coordination, vecteur de nomadisme et d'absentéisme.

A titre d'exemple, le coût direct des soins pour les seules lombalgies a été de 1,4 milliards d'Euros aux Pays-Bas en 1998, représentant 6,6% des dépenses de santé, le coût total de cette pathologie représentant 0,28% du PNB. Entre 18 et 55 ans, la lombalgie cause plus de handicaps fonctionnels que le cancer, les maladies cardiaques, les accidents vasculaires et le SIDA réunis. Les coûts directs de cette pathologie restent toutefois faibles comparés aux coûts indirects que représentent les indemnités et compensations ainsi que la perte de production liée à l'absentéisme. Ces derniers sont probablement cinq à dix fois supérieurs.

Traiter la douleur chronique : Le défi de la pluridisciplinarité

Traiter la douleur chronique nécessite des praticiens et des structures capables de prendre en compte, outre une pathologie organique, les difficultés liées aux problèmes psychologiques et comportementaux du patient, et à l'altération de ses relations avec son environnement. Seule une approche pluridisciplinaire au sein de structures adaptées permettra de réduire les coûts directs et indirects liés à la douleur, notamment en améliorant la prise en compte des dimensions psychologiques, émotionnelles, comportementales et sociales, en réduisant le nomadisme, en facilitant concrètement une réinsertion familiale, sociale et professionnelle des

douloureux chroniques. Or les médecins généralistes et spécialistes ne sont ni armés ni formés à prendre en charge l'intégralité du problème.

La question cruciale de l'enseignement

Les écoles paramédicales ont déjà réagi à cet impératif de formation. Elèves IDE, IADE, puéricultrices, kinésithérapeutes reçoivent un enseignement sur la reconnaissance, la prise en charge et la prévention de la douleur alors que les jeunes internes ne sont pas préparés à cette tâche.

A l'Université, ce savoir - annexe des enseignements académiques - reste morcelé. On y apprend la douleur de l'appendicite, de l'ulcère gastrique, parfois de la pneumopathie, mais à titre d'éléments du diagnostic et jamais la douleur chronique rebelle n'est abordée de manière synthétique.

L'arrêté du 10 octobre 2000 du Ministère de l'Education Nationale relatif à la deuxième partie du Deuxième Cycle des Etudes Médicales rappelle l'impératif de l'enseignement de la prise en charge de la douleur. Un module transdisciplinaire : " Douleur-Soins palliatifs-Accompagnement " forme aux bases neuro-physiologiques de l'évaluation d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique, aux thérapeutiques antalgiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'anesthésie loco-régionale, de la douleur chez l'enfant. Le volume horaire n'est pas précisé et reste à la discrétion des Directeurs d'UFR médicales plus ou moins sensibilisés à cette question. Un autre frein est la pénurie d'enseignants en matière de douleur.

Actuellement, le recrutement repose sur une sorte de volontariat personnel de professeurs issus d'autres spécialités " es qualité " tel neurologue ici, tel anesthésiste là et qui ont fait de la lutte contre la douleur leur passion. Cette situation conduit le CNU 4 à un ciblage plus précis des enseignants en douleur.

Une mobilisation croissante des universités et praticiens

Des mouvements scientifiques apparaissent sous l'égide d'Universitaires ou d'associations internationales. Des périodiques apparaissent : L'Observatoire de la Douleur en 1997, la revue Douleur en 2000. Quant à la recherche scientifique française, elle est d'excellente qualité, reconnue au niveau international avec les professeurs : Guilbaut, Besson, Le Bars, Willer, Gauvain-Piquard. L'INSERM et le CNRS se sont investis dans des programmes ambitieux. Mais on attend des Universités un élan, une impulsion pour promouvoir cette recherche aux conséquences immenses pour la santé publique.

La douleur dans les Universités en Rhône-Alpes

En collaboration avec l'Auvergne, un enseignement régional de la Capacité d'évaluation et traitement de la douleur est proposé aux médecins thésés ainsi qu'un diplôme Universitaire de prise en charge de la douleur par les professions médicales et paramédicales. Chaque année, de nombreux FMC, séminaires et formations paramédicales sont organisés sur le sujet.

Une recherche active étudie la neurophysiologie et neuro-imagerie de la douleur, la pharmacologie fondamentale et clinique, les techniques d'évaluation de la douleur chez l'enfant et en réanimation.

Les pôles spécialisés du CHU de Grenoble

Le Comité de Lutte contre la Douleur du CHU coordonne les prises en charge des 4 pôles : Douleur chronique de l'adulte, Douleur et soins palliatifs de l'enfant, Douleur aiguë et postopératoire, Centre de la douleur de l'adulte et de l'enfant. Il programme les formations et joue un rôle stratégique d'observatoire au niveau régional.

Enfin le Ministère de l'Education Nationale a affecté à Grenoble le seul Chef de Clinique à orientation Douleur, reconnaissant ainsi le dynamisme du CHU en la matière. L'objectif est de développer une véritable culture de la douleur dès l'Université. Une étape sera alors franchie vers la création d'un véritable cursus universitaire consacré à la douleur.

Prise en charge de la douleur chronique

CHU de Fort-de-France

La douleur n'est plus un symptôme d'alerte mais un syndrome qui évolue pour son propre compte. Le malade douloureux chronique doit bénéficier d'une prise en charge spécifique fondée sur des règles d'organisation et des principes thérapeutiques. Il s'agit d'assurer une approche pluridisciplinaire pour appréhender les diverses composantes du syndrome douloureux chronique : biologique (mécanisme de la douleur), psychosocial (facteurs de majoration et d'entretien). Au terme d'un bilan complet avec parfois réévaluation du diagnostic initial, l'équipe décidera d'une thérapie adaptée. Ce sera souvent une combinaison de techniques pharmacologiques, tenant compte de la problématique sociale.

La confiance du patient, son adhésion au traitement est indispensable car l'objectif est de lui apprendre à vivre avec un handicap douloureux que l'on s'efforce de réduire au minimum.

Les malades concernés

Comme le recommande la circulaire DGS/DH N° 3 du 2 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douloureux chroniques, les douleurs chroniques se répartissent en plusieurs catégories : les douleurs cancéreuses, les douleurs liées au VIH, les douleurs chroniques non malignes : musculo-squelettiques ou vertébrales, neurologiques par lésions du système nerveux périphérique ou central, les céphalées, les fibromyalgies, les douleurs psychogènes. Pour la plupart de ces patients, la prise en charge de la douleur s'effectue de façon satisfaisante en même temps que le traitement par l'équipe médicale concernée. Cependant chez bon nombre de malades, la douleur prend une dimension trop importante malgré les thérapeutiques classiques.

C'est à ce niveau que peut être fait appel à une structure de prise en charge de douleur chronique.

Les trois types de structure de lutte contre la douleur rebelle (circulaire DGS/DH n°98 du 04/02/98) :

1. les consultations pluridisciplinaires au sein des établissements de santé publics et privés,
2. les unités pluridisciplinaires qui mettent en œuvre des thérapeutiques nécessitant l'accès à l'utilisation d'un plateau technique et/ou des lits d'hospitalisation,
3. les centres pluridisciplinaires au sein des CHU avec consultations pluridisciplinaires, mise en œuvre des thérapeutiques nécessitant l'accès à l'utilisation d'un plateau technique et/ou des lits d'hospitalisation et des missions d'enseignement et de recherche.

Consacrer du temps au patient

Pour dresser un bilan de toutes les composantes d'un syndrome douloureux, une première consultation est organisée avec l'équipe composée d'une infirmière, d'un médecin et d'une psychologue. Les entretiens peuvent durer toute une matinée et il sera peut-être nécessaire de préciser certaines composantes somatiques par le recours à des consultants spécialisés (neurologue, rhumatologue, chirurgien, rééducateur). L'intervention du psychiatre doit être systématique et banalisée.

A l'issue de l'évaluation, il est parfois indispensable de réunir les acteurs de santé (médecins spécialistes, médecin du travail etc...) en une consultation multi-pluridisciplinaire pour permettre une synthèse et proposer une attitude thérapeutique prenant en considération toutes les dimensions de la problématique douloureuse du patient.

La prise en charge du douloureux chronique est très " chronophage ". Chaque patient demande en plus du bilan un temps de réflexion et d'échanges avec les différents confrères et organiser une consultation multidisciplinaire, compte-tenu des contraintes de chacun, est une gageure... Il faut donc se résigner à de longs délais pour les rendez-vous et tenter de déterminer des priorités dans le choix des patients. A terme, ces priorités seront arrêtées par le Comité de Lutte contre la Douleur - bientôt créé par la CME.

Les propositions thérapeutiques

Pour la composante biologique :
- choisir les médicaments qui semblent appropriés en sachant que

... q u a l i t é ...

l'effet est souvent retardé dans le temps et que de nombreuses réadaptations sont parfois nécessaires.

- Utiliser certaines techniques comme les infiltrations d'anesthésiques locaux et les blocs nerveux et la NeuroStimulation TransCutanée (NSTC).

Pour la composante psycho-sociale : l'apprentissage de la relaxation en proposant des séances par groupe de patients.

Le recours à des thérapies de type cognitivo-comportementaliste conditionne souvent les possibilités d'amélioration. La prise en considération de la dimension sociale, la nécessaire clarification de la situation du patient est un facteur très important dans les possibilités d'amélioration. La compétence d'une assistante sociale serait la bienvenue.

L'amélioration ne peut être espérée avec la réalisation d'un seul bilan, l'équipe de l'Unité Mobile de Lutte contre la Douleur doit être en mesure de proposer un suivi adapté à la situation de chaque patient.

Les douleurs du cancer : une priorité

Ces douleurs peuvent être dues au cancer lui-même ou à son traitement et associent souvent plusieurs mécanismes. Elles sont très fréquentes de 40% (phase initiale) à 80% (phase terminale). Elles sont soulageables dans 90% des cas, mais seulement 70% en phase terminale. Les facteurs psychologiques sont très importants et le rôle de l'équipe mobile de soins palliatifs est alors fondamental. La réponse peut aller du simple conseil thérapeutique par téléphone à une réévaluation au lit de toutes les composantes du traitement.

D'après un texte du Dr J Bally.

Une étude montre l'insuffisance du dépistage de la douleur

CHU de Bordeaux

La première étude française sur les résultats de la prise en charge de la douleur à l'échelle d'un établissement entier met en évidence l'insuffisance du dépistage, de l'évaluation et du traitement de la douleur et le nombre important de services sans protocole écrit. Elle souligne également le manque de connaissance des différents types de douleur. Un état des lieux sans concession qui se prolonge aujourd'hui par une démarche structurée d'amélioration de la lutte contre la douleur : sensibilisation et formation du personnel, identification de postes de médecins et d'infirmières référents-douleur, intégration d'une courbe d'évaluation de la douleur au dossier de soins... (voir article Bordeaux - le traitement de la douleur au quotidien - novembre 2000).

Patients, médecins et infirmières ont été interrogés

L'enquête a été lancée par le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) auprès de 2260 patients volontaires*, accueillis dans les 56 unités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, de gériatrie et de pédiatrie des groupes hospitaliers Saint-André, Sud et Pellegrin entre mai 1999 et février 2000. Parmi les soignants, 203 médecins, 286 infirmières, 28 puéricultrices et 9 sages-femmes ont été interrogés.

L'étude a bénéficié du soutien du Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA).

Des douleurs aiguës

Pour les deux-tiers des patients douloureux au moment de l'enquête, il s'agit de douleurs aiguës. 20% des patients déclarent que leurs douleurs causent une gêne majeure sur leur moral et sur leur sommeil. Les moments les plus douloureux sont la nuit et la survenue d'un événement intercurrent tel qu'une mobilisation, la réalisation de soins...

Plus de la moitié des patients traités jugent que le délai maximum entre leur demande de traitement antalgique et son administration a été inférieur à 15 minutes.

Des moyens d'information et d'évaluation insuffisants

Près de 90% des médecins et des infirmières déclarent informer leurs patients sur la douleur et la quasi-totalité les encourager à signaler leurs douleurs. Mais seulement 15% des services disposent d'une plaquette d'information sur le sujet. Dans les services, l'information sur la douleur est transmise de façon écrite et orale, le plus souvent uniquement sur les feuilles de transmission (76,2%) ou sur un document spécifique (11,5%), parfois les deux (4,5%). La majorité des médecins prend connaissance de la douleur en lisant les transmissions des infirmières.

La réglette (ou EVA) est quasiment le seul outil d'évaluation. Un peu moins de la moitié des médecins et des infirmières en possède une personnellement. Deux services sur trois ne disposent d'aucun protocole écrit de prise en charge de la douleur. Près de 60% des médecins déclarent que leur formation ne leur permet pas de traiter la douleur de tous leurs patients et seulement 26% des médecins et 18% des infirmières ont reçu une formation continue sur le sujet.

Identification et traitement des patients douloureux

Toutes disciplines confondues, 30% des patients douloureux sont identifiés à la fois par les médecins et les infirmières alors qu'en pédiatrie le taux d'identification commune médecins/infirmières s'élève à 50%.

La proportion de patients douloureux traités est d'environ 65% en médecine et obstétrique et 80% en chirurgie. Pour les patients ne pouvant pas s'auto évaluer, ces chiffres tombent à 43% en médecine et 66% en chirurgie.

Parmi les patients douloureux, 15% ont une excellente opinion de leur prise en charge générale, 75% une bonne opinion et 10% une mauvaise.

*Un questionnaire était remis aux patients de plus de 15 ans pouvant s'auto évaluer, pour les patients de plus de 15 ans ne pouvant pas s'auto évaluer, les enquêteurs ont utilisé l'échelle Doloplus-2, pour les enfants, des questionnaires spécifiques, adaptés à leur âge ont été utilisés.

Le centre stéphanois de la douleur : un des premiers centres français de la douleur

CHU de Saint-Etienne

Le centre stéphanois de la douleur a été créé dès 1985 à l'initiative du CHU. Il est reconnu depuis 1998 par le Ministère comme structure de soins, d'enseignement et de recherche. Le centre est une référence en région Rhône-Alpes avec des actions d'enseignement pilotées depuis Saint-Etienne (capacité de la douleur, diplôme inter-universitaire pour les professions paramédicales, diplôme universitaire de soins palliatifs).

Il a acquis une réputation nationale et même internationale, notamment dans le domaine de l'imagerie cérébrale de la douleur (service d'IRM à l'hôpital Bellevue). Il accueille également des chercheurs français et même étrangers de tous horizons.

Progressivement s'est ainsi structurée une prise en charge de la douleur chronique fondée sur la pluridisciplinarité, la coopération entre somaticiens et psychiatres et le volontariat des services demandeurs.

Simultanément, plusieurs pôles spécifiques sont apparus, correspondant aux situations douloureuses les plus fréquentes comme les lombalgies, les céphalées ou les douleurs cancéreuses.

C'est cette attention portée à la prise en charge de douleurs spécifiques que le projet médical du CHU de Saint-Etienne se propose, dans les cinq années à venir, de développer par la mise en place de nouvelles consultations :

- en **cancérologie** à l'Institut de Cancérologie de la Loire
- en **gériatrie**
- pour les **céphalées aiguës et chroniques** (la consultation permanente, unique en région Rhône-Alpes, permettra de répondre à l'accroissement des besoins.)
- en **pédiatrie**, pour améliorer la prise en charge des douleurs de l'enfant
- en **Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO)**

Le pôle nutrition

CHU de Brest

Au cours des dernières décennies, en France comme dans les autres pays industrialisés, la situation d'abondance alimentaire a permis de faire disparaître les grandes maladies de carence, estompant progressivement les liens entre l'alimentation et la santé.

Cependant, il est aujourd'hui établi que, parmi les facteurs physiologiques, génétiques et environnementaux qui interviennent dans l'initiation, le développement et l'expression clinique des maladies cardiovasculaires, de l'obésité, du diabète de type 2, de l'ostéoporose et de certains cancers..., l'alimentation et l'état nutritionnel jouent un rôle déterminant.

Les habitudes alimentaires ont plus évolué dans les 50 dernières années qu'au cours des siècles précédents, sous l'influence de multiples déterminants : développement socio-économique, abondance et qualité de l'offre alimentaire, changements sociologiques, modifications des modes de vie et de consommation, des goûts des consommateurs, progrès technologique, multiplication des messages d'information nutritionnelle, médiatisation des problèmes de sécurité alimentaire...

La nutrition : une priorité pour le Premier Ministre

Près d'un adulte sur cinq présente une cholestérolémie supérieure à 2,50g/l. Par ailleurs, certains groupes de population, pour des raisons physiologiques, comportementales, sociales ou économiques, peuvent présenter des risques particuliers de déséquilibre nutritionnel : les enfants et adolescents, les femmes enceintes et allaitantes, les personnes âgées, les personnes hospitalisées, les sujets en situation de précarité.

Ce constat a amené le Premier Ministre à lancer en janvier 2001 le Programme National Nutrition Santé (PNNS). Ce plan vise à modifier :

- notre alimentation en augmentant la consommation de fruits, de légumes, de calcium et en réduisant les apports lipidiques, les sucres simples et l'alcool ;
- les marqueurs de l'état nutritionnel en faisant baisser de 5% la cholestérolémie moyenne, la pression artérielle ainsi que la prévalence du surpoids et de l'obésité notamment chez les enfants,
- l'hygiène de vie (meilleure alimentation et activité physique).

Les missions du pôle nutrition

Ce cadre national a conforté le CHU de Brest dans sa volonté de créer un pôle nutrition en Bretagne où l'agroalimentaire représente une force mais aussi un questionnement. Recruté en septembre 2000, le Pr Jacques Delarue a été chargé de la création d'un pôle nutrition afin d'améliorer la qualité des soins et la prévention dans ce domaine.

Pour mener à bien ce projet, différentes expérimentations seront lancées auprès d'un groupe de malades et des recherches seront menées sur le risque de résistance à l'insuline qui caractérise le diabète de type 2 et l'obésité.

Ces deux axes sont à l'origine du projet de création d'une unité d'explorations fonctionnelles, nutritionnelles et métaboliques qui bénéficiera de financements multiples : ARH, Conseil Régional, Conseil Général, Communauté Urbaine de Brest et Université de Bretagne Occidentale.

Les recherches sur la nutrition humaine ont déjà conduit à des innovations conceptuelles débouchant sur une véritable pharmacologie nutritive. Aujourd'hui, il s'agit d'évaluer non seulement l'état nutritionnel et métabolique des patients mais aussi les mécanismes physiopathologiques qui entraînent son altération, puis d'assurer le transfert des données de la recherche à l'exercice médical afin d'apprécier de manière scientifique et indépendante les conséquences de ce transfert sur la santé. Les résultats de ces recherches aideront à améliorer les soins de type nutritionnel.

D'après un texte du Pr Delarue publié dans le journal interne du CHU de Brest-Pulsations n°25 - juillet 2001.

La nutrition : l'émulation brestoise

Parallèlement au pôle nutrition, d'autres activités sont développées à Brest, enrichissant la réflexion et les compétences des équipes dans ce domaine :

... q u a l i t é ...

- Depuis 1992, l'Equipe d'Accueil 948 (label délivré par le Ministère de la Recherche) explore trois thématiques : l'alcool, la nutrition et les xénobiotiques.
- Une charte relative à la nutrition entérale à domicile a été rédigée afin de garantir le confort et la santé du patient de retour chez lui.
- Un Groupement d'Intérêt Scientifique a été mis en place pour réaliser des études nutritionnelles cliniques et expérimentales et former des chercheurs en nutrition.
- Des consultations de nutrition ont été ouvertes et le rôle d'éducation des 14 diététiciennes valorisé.
- La première et la seule licence professionnelle en France " Aliment Santé " a été créée à l'IUT de Quimper. Pour plus d'information contacter : aliments-sante@iutquimper.univ-brest.fr

Des statistiques inquiétantes

30% des malades hospitalisés sont dénutris, l'obésité concerne 9% des adultes, le diabète 3% de la population française. Obésité et diabète de type 2 favorisent les maladies coronariennes dont le coût est estimé à 30 milliards de francs par an et celui de l'obésité à 12 milliards de francs par an. Quant à la malnutrition protéino-énergétique, elle accroît la morbidité en milieu médical et chirurgical.

Améliorer la qualité de vie en maison de retraite : l'intervention d'un référent-soignant

CHU de Reims

La professionnalisation des soins en gériatrie favorise l'accompagnement personnalisé des personnes âgées. C'est en apprenant l'histoire du résident et en découvrant ses habitudes que le référent-soignant élabore un projet de vie, en concertation avec la personne âgée et sa famille. Ce projet est réactualisé tous les six mois en fonction de l'évolution de la situation et de l'environnement de la personne.

Le soignant peut être le référent de 2 à 4 résidents. Il devient alors leur interlocuteur privilégié, un élément d'humanité et un repère important pour la personne âgée et ses proches. Cependant son intervention rencontre quelques obstacles essentiellement dus à l'incompréhension, au manque d'effectif, de soutien et de disponibilité des autres infirmiers et cadres.

Malgré ces difficultés, le référent a fait son entrée dans les secteurs d'hébergement et sa contribution à la qualité de vie des résidents a figuré parmi les thèmes forts des rencontres organisées par la Fédération de Gérontologie en avril 2001.

Enquête sur la satisfaction des patients

CHU de Caen

Fin 2000, une enquête de satisfaction a été lancée auprès de 2 500 usagers récemment hospitalisés au CHU afin de connaître l'appréciation générale qu'ils portaient sur l'établissement et ses prestations. L'activité de l'ensemble des services d'hospitalisation - à l'exception de la psychiatrie - était abordée à travers les différentes étapes de la prise en charge, des admissions jusqu'à la sortie.

La méthodologie

Le travail d'élaboration de l'enquête a été coordonné par les directions des affaires médicales et financières, des services économiques et de l'équipement de la communication, du service de soins infirmiers et la direction générale. Après consultation du Président de la Commission Médicale d'Etablissement et avis favorable du CNIL, un questionnaire a été adressé à 2500 patients ayant quitté l'établissement entre le 1^{er} et le 25 octobre 2000. Cet échantillon a respecté les taux d'activité des différents secteurs. Les personnes consultées étaient avisées du caractère anonyme des réponses et le questionnaire était accompagné d'une enveloppe timbrée.

Les réponses

Le taux de retour est apparu satisfaisant : 47 % contre 30% dans ce genre d'étude. Les réponses ont permis de repérer les points forts mais aussi les secteurs à améliorer. La satisfaction concerne notamment :

- la disponibilité et la qualité de l'accueil du personnel du bureau des entrées même si le respect de la confidentialité semble pouvoir être amélioré
- l'accueil aux urgences et les premiers soins qui y sont dispensés
- la qualité de la prise en charge par les équipes

Ce qui explique que, dans l'hypothèse d'une nouvelle hospitalisation, 75% des personnes ayant participé à l'enquête disent qu'elles reviendraient certainement au CHU et que 72% le recommanderaient à leur entourage. "Peu de difficultés transparentes de manière nette mais des points sensibles émergent toutefois comme :

- l'information donnée par les professionnels du CHU au patient, à ses proches, à son médecin traitant. Un patient sur trois déclare ne pas savoir quel était le médecin principalement en charge de son suivi

... q u a l i t é

- la diffusion du livret d'accueil " Bienvenue " : 56% des répondants affirment ne pas l'avoir reçu"
- quant aux conditions de sortie, elles ne s'avèrent pas totalement satisfaisantes : temps laissé entre l'annonce de la sortie et la sortie elle-même, organisation du retour à domicile
- certaines prestations hôtelières donnent lieu à une appréciation très moyenne.

Poursuivre l'enquête dans les services

Il serait intéressant de confronter les résultats recueillis " tous services confondus " avec des évaluations internes menées à l'initiative de service volontaire. Cette comparaison aiderait les services à choisir de nouvelles actions d'amélioration ou à poursuivre les dispositifs déjà engagés à l'issue de l'auto-évaluation tels que les modalités concrètes d'information du patient et de son médecin traitant, la coordination des équipes de soins...

Rester à l'écoute

La mesure régulière et diversifiée de la satisfaction des usagers constitue un des éléments forts et durables d'une recherche globale de la qualité. En rapprochant le CHU de ses patients, cette démarche aide à tisser un lien permanent entre l'institution sanitaire et les citoyens.

Indicateur qualité aux urgences : la salle d'attente interactive

CHU de Nancy

Le service d'accueil des urgences de l'hôpital Central teste un nouveau concept de salle d'attente pédagogique interactive.

Fiche d'information et film vidéo sont proposés aux patients et à leurs familles. L'objectif est d'apporter une lisibilité minimale de la prise en charge : que va-t-on me faire, qui va le faire, où en suis-je dans le processus de prise en charge ?

Mais la véritable innovation se situe à un autre niveau. **Des critères de qualité de prise en charge des patients ont été définis, et sont évalués chaque jour.**

Une sorte de contrôle-qualité quotidien... auto-administré, et restitué aux patients par l'intermédiaire d'une figurine " qualité " témoin.

Un délai d'attente trop long aujourd'hui et le sourcil de la figurine qui se foncera demain. Abdel Bellou, PH responsable du projet justifie ce choix par la nécessaire implication du patient dans la démarche qualité.

Un lieu d'information pour les malades atteints de cancer

Hospices Civils de Lyon

Les états généraux des malades du cancer organisés par la Ligue et les témoignages des personnes malades ont montré un besoin croissant d'informations ; une demande que l'équipe de radiothérapie du Centre Hospitalier Lyon Sud du Dr Romestaing a voulu satisfaire.

Partant d'un double constat :

- la difficulté pour le médecin d'aborder tous les aspects de la prise en charge des patients au cours de la première consultation,
- un vécu traumatique et sidérant de l'annonce du cancer rendant complexe la mémorisation des informations pour le patient,

l'équipe hospitalière a ouvert en février 2001 un lieu d'informations et d'écoute baptisé "Cristal-line", situé au sein même du service radiothérapie du Centre Hospitalier Lyon Sud. Dans ce lieu animé par la psychologue et par les aides soignantes, les patients peuvent consulter les revues, livres, articles sur le cancer et ses traitements notamment sur la

radiothérapie, la curiethérapie, les effets secondaires, les prothèses. Des documents papier et vidéo sont également disponibles sur les droits de la personne malade, les associations culturelles et sportives adaptées, les lieux d'écoute, les groupes de paroles...

Cet espace est aussi ouvert au personnel médical, aux infirmières et aux accompagnants.

L'impact positif de l'information

L'information aide les personnes malades à reprendre le contrôle sur un corps d'où la maladie a émergé par surprise. De ce fait, elle facilite l'acceptation du traitement et une meilleure participation aux soins. L'information loyale et compréhensible, évolutive au fil de la maladie instaure une relation de respect et d'alliance thérapeutique.

Objectifs à court terme

- Dès septembre, les infirmières, les aides-soignantes et manipulatrices participeront à une formation sur l'écoute du patient afin de favoriser leur implication dans l'espace "Cristal-line".
- Fin 2001, les patients auront accès à Internet pour mieux se documenter sur leur pathologie ou pour participer à des forums notamment avec d'autres centres de traitement en France.
- Enfin pour aider les patients à mieux gérer les délais d'attente, une extension du réseau informatique permettra au malade de connaître en temps réel, en consultant l'ordinateur, l'heure exacte de son traitement.

Ce projet, financé en grande partie par la Fédération Hospitalière de France et la Ligue Nationale et Régionale Contre le Cancer a été retenu parmi les meilleurs projets d'amélioration de la qualité vécue par le malade atteint de cancer.

Pour plus d'information :
Valérie Bonnet, psychologue
tel : 04 78 86 11 58

management

coopération

Convention de partenariat avec le Centre Hospitalier d'Arras

CHRU de Lille

Le 29 juin 2001, le Centre Hospitalier Régional Universitaire de LILLE et le Centre Hospitalier d'Arras signent une convention cadre de coopération sous l'égide de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Nord Pas de Calais.

Au terme de son Contrat d'Objectifs et de Moyens, le Centre Hospitalier Régional Universitaire de LILLE contribue au bon fonctionnement du système hospitalier de la région Nord Pas de Calais. Dans le cadre de sa mission, il participe à la mise en œuvre d'une offre de soins hospitaliers harmonieusement répartie en vue de concilier des impératifs de proximité et de sécurité.

Le Centre Hospitalier Régional Universitaire de LILLE s'engage ainsi à transférer son savoir-faire dans les différents bassins de vie de la région tout en maintenant avec les équipes médicales les liens nécessaires en matière de formation et de recours.

Cette convention s'inscrit dans ce cadre, selon deux autres conventions du même type signées par le CHRU de Lille: l'une avec le Centre Hospitalier de Valenciennes en mars 2000 et l'autre avec le Centre Hospitalier de Lens en juillet 2000.

La convention signée avec Arras favorisera le développement d'activités médicales innovantes au sein d'un établissement qui remplit déjà pleinement ses missions de premier recours au sein du bassin de l'Artois.

Des actions de coopération médicale sont déjà mises en place entre les deux établissements : 6 praticiens exercent leurs compétences en temps partagé entre le Centre Hospitalier Régional Universitaire de LILLE et le Centre Hospitalier d'Arras dans des domaines tels que la stomatologie, la chirurgie maxillo-faciale et la chirurgie endocrinienne. Deux conventions de partage d'activité annexées à la convention cadre officialisent ces échanges.

Les équipes médicales des deux établissements étudient la mise en œuvre de nouveaux partenariats en neurochirurgie, en chirurgie infantile orthopédique et en chirurgie vasculaire.

Paraphée par Monsieur G. DUMONT, Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Nord Pas de Calais qui soutient et encourage ce partenariat, cette convention cadre de coopération poursuit le développement d'une dynamique d'ouverture régionale et de synergie assurant la pérennisation d'une véritable politique de coopération interhospitalière médicale.

accréditation

Après l'hôpital Beaujon*, l'hôpital Paul-Brousse est accrédité**

Assistance Publique-Paris

Situé à Villejuif dans le Val-de-Marne, cet établissement est tout à la fois, un hôpital d'aigus, de moyens et longs séjours. Il comprend 772 lits d'hospitalisation et 50 places de jour. 1 840 personnes y exercent divers corps de métiers au service des patients.

Le rapport émis par le collège d'accréditation à l'issue de sa visite à l'hôpital Paul-Brousse présente la synthèse des observations selon 3 orientations stratégiques.

Satisfaction des besoins des patients

L'hôpital Paul-Brousse garantit dignité, intimité et continuité de la prise en charge de ses patients tout au long de leur séjour ; les pratiques professionnelles font l'objet de protocoles dans un souci constant d'amélioration de la qualité des soins.

Maîtrise des situations à risque

L'établissement est doté d'un comité des vigilances et des risques sanitaires (Coviris) regroupant : hémovigilance, matériovigilance, infectiovigilance, pharmacovigilance, sécurité incendie.

Dynamique de gestion de la qualité

L'hôpital Paul-Brousse a mis en place des groupes pluri-professionnels et des dispositifs d'évaluation dans les domaines des soins, du plateau technique, de la logistique et de la gestion afin d'améliorer la qualité de manière continue.

Dans ses conclusions, le collège d'accréditation de l'Anaes reconnaît 53 points positifs dans les modes d'organisation de l'hôpital. Onze recommandations ont été formulées, dont 10 étaient contenues dans le rapport d'auto-évaluation de l'hôpital (qui contenait 180 propositions ponctuelles d'amélioration). Les actions correctives sont en cours de mise en œuvre.

La seule réserve émise concerne le fonctionnement de la gériatrie et porte en partie sur des aspects architecturaux.

L'hôpital Paul-Brousse a d'ores et déjà programmé des travaux pour un montant de 16 millions de francs, afin d'assurer un meilleur niveau de prestations (accueil, prise en charge, confort hôtelier, sécurité, équipements logistiques et médicaux...). Prenant en compte les délais nécessaires à la réalisation des travaux, le Collège d'accréditation a fixé le délai de visite de suivi à 3 ans.

Après avoir fédéré tous les professionnels de l'hôpital dans une démarche commune, l'accréditation va permettre à Paul-Brousse d'engager une nouvelle étape, celle de son "projet Qualité" partie intégrante du projet d'hôpital 2001-2004.

* L'hôpital Beaujon à Clichy dans les Hauts-de-Seine, établissement de court séjour qui comprend 603 lits d'hospitalisation et compte plus de 2 000 agents.

** La procédure d'accréditation permet d'apprécier la capacité des établissements de santé à améliorer de façon continue la qualité et la sécurité des soins et à organiser la prise en charge globale des patients.

projet d'établissement

La vaste restructuration du CHU de Toulouse

CHU de Toulouse

Relever les défis de la médecine contemporaine et mieux répondre aux attentes des patients et de la population tels sont les enjeux du nouveau projet d'établissement.

" C'est pour moi ...un honneur autant qu'une joie intime de rejoindre la grande communauté médicale et professionnelle - mais avant tout humaine du CHU de Toulouse..."

Nous venons d'adopter notre nouveau projet d'établissement : pour les cinq ans à venir, notre institution dispose d'un cadre pour engager les restructurations nécessaires.

Nous sommes confrontés aux enjeux considérables que représentent l'évolution de la médecine contemporaine et celle de la demande de nos concitoyens en matière de santé.

Nous devons anticiper, intégrer les nouvelles pratiques médicales, adapter nos structures et notre offre de soins tout en développant nos capacités de recherche et d'innovation...

Je souhaite également que le CHU et son personnel participent activement aux initiatives de prévention et de santé publique de la communauté d'agglomération de Toulouse. Je ne doute pas de notre succès dans cette entreprise ambitieuse. Ensemble, nous maintiendrons le CHU de Toulouse à la hauteur de sa réputation et de son rang, l'un des tout premiers de France. "

Philippe Douste-Blasy,
Président du Conseil d'Administration.

Le projet d'établissement

Le 21 mai dernier, le Conseil d'administration du CHU de Toulouse adoptait le nouveau projet d'établissement 2001-2005 qui prévoit notamment :

- le maintien de deux Services d'Accueil des Urgences (SAU) - l'un à Rangueil, l'autre à Purpan - pour l'accueil des polytraumatisés et des accidents vasculaires cérébraux. Ce choix a également mené au maintien de deux sites de neurochirurgie dans le cadre d'une fédération neurochirurgicale.
- de larges réorganisations qui aboutiront à des regroupements par pôles.

Outre le projet médical, le document comporte un projet professionnel et social, un projet de soins infirmiers, un

projet de gestion en lien avec la création de pôles, un projet logistique, un schéma directeur informatique et, pour la première fois, un projet culturel.

Le projet médical

Le projet médical répond au souci de déployer des activités complémentaires et équilibrées entre les différents sites du CHU. Les activités en " doublon " seront progressivement supprimées. Ainsi, la cardiologie regroupée à Rangueil, proposera des activités complémentaires sur les autres sites.

Les pratiques s'orienteront vers une médecine plus sociale et humanitaire. Quant à la prise en charge ambulatoire, celle-ci est appelée à croître en chirurgie comme en médecine.

Certaines disciplines connaîtront un fort développement comme la cardio-pédiatrie, la thérapie cellulaire et génique, les transplantations d'organes, de tissus et de moelle.

Enfin, les équipes s'engagent à afficher des objectifs clairs en termes de recherche et d'innovation.

A Purpan, de nouvelles constructions s'ajouteront au futur bâtiment d'urgences adultes et au site déjà réservé aux urgences pédiatriques. L'hôpital d'enfants sera relié à l'hôpital femme-mère-couple actuellement en construction où seront réunies l'obstétrique, la chirurgie générale et gynécologie, l'oncologie et l'assistance médicale à la procréation. En 2004, Purpan disposera d'un Institut Fédératif de Biologie et d'un pôle médical incluant l'hématologie, les maladies infectieuses, la dermatologie, la médecine interne, la médecine du travail...

Un plateau technique est à l'étude. Il rassemblera la plus grande partie de l'imagerie, des blocs opératoires neufs, la réanimation et les explorations ainsi que la chirurgie et l'anes-

thésie ambulatoire de 17 places contre 12 actuellement.

La création d'un Institut locomoteur accueillant la rhumatologie, la traumatologie, l'orthopédie et la rééducation est envisagée.

A Rangueil, l'hôpital regroupera les urgences adultes, un pôle cardiovasculaire et métabolique en 2002, la néphrologie, le pôle digestif en 2004, l'urologie, la chirurgie plastique et les brûlés adultes, une unité interrégionale d'hospitalisation des détenus de 16 lits, une partie de l'activité ophtalmologique et ORL...

A Larrey, l'ancien hôpital militaire inaugurera en 2002 un pôle des voies aériennes regroupant six services actuellement dispersés : pneumologie, chirurgie thoracique, ORL, explorations fonctionnelles respiratoires, médecine du sport.

La bactériologie et deux sites de dialyse ambulatoire pour malades chroniques seront aussi réunis sur ce site.

A la Grave, le CHU ouvrira un centre de consultations d'odontologie, de dermatologie, de médecine sociale, un centre d'éducation de la santé et de prévention, un centre de médecine générale avec des compétences de spécialité à la demande et conduira la lutte contre les maladies addictives. Une prise en charge en psychiatrie sera assurée.

Enfin, un bâtiment neuf accueillera le long séjour.

Un nouveau réseau de communication multi-média

Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

A l'instar de la société contemporaine, l'Hôpital n'échappe pas à la croissance exponentielle des besoins en communication quelle qu'en soit leur nature. La révolution numérique a entraîné une diffusion de l'informatique au sein de tous les secteurs de l'hôpital. Cantonnée à ses débuts à des fonctions administratives, celle-ci a aujourd'hui colonisé les plateaux médico-techniques, les services de soins et les fonctions logistiques.

Au sein de l'AP-HM des milliers d'utilisateurs échangent par messagerie électronique et se connectent aux réseaux Internet et Intranet.

Des centaines d'appareils biomédicaux intègrent ou sont assistés par des ordinateurs (scanneurs, IRM, Gama Caméra, analyseurs etc..) et communiquent leurs résultats aux services cliniques.

La visio conférence, devenue indispensable au travail en groupe à l'intérieur même de l'AP-HM, mais plus encore avec les réseaux de soins, se déploie.

Tous ces modes de communication exigent pour fonctionner un réseau informatique qui irrigue la totalité des établissements de l'AP-HM..

La spécificité de l'hôpital impose que ces réseaux aient un niveau maximal de disponibilité et de sécurité.

Un hôpital fonctionne 24 h sur 24, 365 jours par an ; les informations qui circulent entre ses terminaux peuvent avoir une importance vitale. D'autre part, la nature même de ces informations requiert une totale confidentialité. Ces exigences ne font pas oublier les contingences économiques qui imposent d'optimiser les choix. Les technologies informatiques et téléphoniques convergent et permettent ainsi de partager les supports de communication.

Enfin les solutions retenues doivent être évolutives et ne pas conduire à des investissements obsolètes avant amortissement.

Toutes ces considérations ont conduit l'AP-HM à lancer 2 appels d'offres concomitants portant sur la mise en œuvre par un opérateur d'un réseau multimédia privé basé sur la technologie ATM et assurant un débit de 155 méga-bits/seconde.

France TELECOM et ALCATEL Réseaux d'Entreprise ont remporté ces appels d'offres et ont mis en œuvre ce réseau en parfaite coordination avec le Département du Système d'Information de l'AP-HM. Après plusieurs mois de fonctionnement, la réalisation est en tout point conforme aux attentes, elle atteste de la pertinence des choix techniques et de la qualité des offres retenues.

Création d'une école de sages-femmes

CHU de BREST

Jusqu'à présent, dans l'Ouest, les sages-femmes devaient obligatoirement suivre leur formation au plus près, à Rennes ou Nantes.

A partir de la rentrée 2002, 18 places seront accessibles pour une formation à BREST, au sein de la Faculté de Médecine.

Le recrutement des nouveaux élèves sera assuré par la Faculté de Médecine et s'effectuera par la voie du concours de Premier Cycle des Études Médicales 1 (PCEM1), à partir de l'année universitaire 2001-2002. Dans cet esprit, le programme du PCEM 1 de la Faculté de Médecine de BREST sera modifié afin d'être adapté le mieux possible aux études de sages-femmes.

L'implantation à Brest de cette nouvelle école au sein de la Faculté de Médecine est une expérience pilote (expérience menée également à Grenoble). Elle complète la possibilité de formation aux métiers médicaux dans la Région Bretagne et répond au problème posé par la situation démographique des corps des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes. A titre indicatif, 36 des 183 sages-femmes du Finistère ont 50 ans ou plus.

L'ouverture de cette école répond par ailleurs à plusieurs objectifs :

- améliorer le niveau de recrutement des sages-femmes ;
- offrir un débouché supplémentaire aux étudiant(e)s de PCEM 1 ;
- faire poursuivre une partie de leurs études ensemble aux étudiants en Médecine et aux élèves sages-femmes pour leur permettre d'acquérir une culture commune et l'habitude de travailler ensemble ;
- faire bénéficier les élèves sages-femmes de certains enseignements et du dispositif pédagogique de la Faculté de Médecine.

Des coopérations internationales actives

CHU de Strasbourg

Les 300 000 habitants de Florianopolis (Brésil) disposeront bientôt d'un service complet d'accueil des urgences et d'un SAMU/SMUR - aboutissement de quatre ans de coopération entre le CHU de Strasbourg et l'hôpital Gouverneur Celso Ramos.

Aujourd'hui, le CHU de Strasbourg entretient des relations actives avec 9 pays étrangers dont un pays européen.

En Europe, la mobilité des personnels

En Europe, la coopération est réalisée à partir de programmes financés par la Communauté Européenne. Le but étant d'accroître la mobilité des personnels soignants, techniques ou administratifs. Ainsi, les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et le Centre Hospitalier Universitaire de Liège se proposent de créer un réseau de coopération hospitalière transnationale, en partant de collaborations existantes qui peuvent être développées et en en créant de nouvelles.

Dans un premier temps, cette coopération doit engendrer des réflexions et des actions innovantes communes aux deux établissements et par la suite, permettre de développer et d'étendre ce réseau. En dehors de ces programmes, des agents (médecins, infirmiers...) mènent à titre personnel des actions dans de nombreux pays, dans le cadre d'associations humanitaires.

Coopérations internationales

Des apports techniques ou d'organisation pour une autonomie des soignants

Dans le domaine de la coopération internationale (avec des pays non membres de la communauté européenne), l'aide est basée sur l'apport de connaissances. Dans ce cas, l'objectif est de permettre au pays partenaire d'acquérir les compétences lui permettant d'améliorer la prise en charge des patients de son pays.

Partant de l'évaluation des besoins, des actions sont programmées sur place principalement par des médecins. Il arrive aussi que le personnel soignant, administratif ou technique du CHU intervienne dans les domaines d'organisation ou de gestion planifiées.

Mettre en place une coopération durable

Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg sont toujours sollicités par un partenaire. En général, la demande émane d'une ambassade de France, d'une organisation non gouvernementale (les ONG), d'hôpitaux étrangers - avec pour seul prérequis la maîtrise de la langue française des futurs partenaires ou de leurs représentants. Après les premiers échanges informels, les directeurs généraux des deux établissements signent une "lettre d'intention" qui formalise les secteurs d'intervention et permet de prendre des contacts plus concrets. Dans un deuxième temps, un "accord de coopération" est conclu.

Il engage les deux établissements dans la durée. En effet, pour qu'une action soit efficace, il ne suffit pas de répondre à un besoin ponctuel. Les pays doivent entretenir des relations durables pour que la population bénéficie des résultats escomptés par la création d'un nouveau service ou par l'apport de compétences nouvelles. Cela explique le nombre restreint de coopérations engagées à long terme.

Les différentes actions de coopération sont réalisées grâce à des subventions du Ministère des affaires étrangères, des ambassades de France à l'étranger et souvent par l'intermédiaire d'associations caritatives.

Le CHU de Strasbourg apporte le temps de ses agents et leur savoir-faire*. Le CHU accueille des délégations étrangères, le plus souvent pour quelques jours. L'établissement reçoit également de nombreux stagiaires étrangers dans ses services de soins, techniques ou plus rarement administratifs, parfois durant plusieurs mois. Le CHU peut aussi décider d'envoyer du personnel pour des missions d'évaluation ou d'enseignement d'une durée moyenne de 15 jours.

* Le matériel est rarement l'objet de coopération. Il est le plus souvent acheté par des donateurs du type Lions, Rotary... Mais le transfert sur place coûte vraiment cher et les donateurs sont les bienvenus.

Les 8 programmes de coopération

Algérie : CHU de Constantine

La maintenance bio-médicale : envoi d'un ingénieur pour réaliser l'état des lieux. Le rapport de mission fait notamment apparaître des besoins en formation du personnel pour la négociation des contrats de maintenance. Financement : Ambassade de France

Bosnie Herzégovine : Clinique Universitaire de Tuzla

Dans cet établissement, d'un bon niveau d'équipement, des actions d'actualisation des connaissances sont menées. A terme, 50 stagiaires seront accueillis dans la plupart des services des HUS.

Financement : Médecine France Bosnie (ONG)

Brésil : l'hôpital Gouverneur Celso Ramos de Florianopolis

Mise en œuvre d'un secours de blessés sur la voie publique, auparavant seules des ambulances privées intervenaient.

Organisation de l'accueil et du tri des blessés à l'hôpital (structuration d'un service d'urgence).

Modernisation de la gestion par la saisie informatique des actes hospitaliers réalisés.

Financement : Ministère des affaires étrangères et Etat de SANTA CATARINA (Brésil).

Cameroun : Hôpital général de Douala (HGD)

Ces actions porteront sur les urgences, le SAMU, l'hygiène et la formation de cadre de santé mais également en radiologie pour améliorer le fonctionnement du scanner.

Financement : Ambassade de France et plan de formation de l'HGD

Chine populaire : Université de Shanghai

L'objet est de former des praticiens chinois à la médecine occidentale. Des faisant fonction d'internes sont accueillis en Gynéco-obstétrique (Pr Brettes) et en réanimation médicale (Pr Sauder). Des professeurs vont également y faire des cours.

Financement : Ministère des Affaires Etrangères.

Laos

Un programme national a pour objet de former en deux ans l'ensemble des chirurgiens aux mêmes pratiques

... i n t e r n a t i o n a l ...

afin d'améliorer la communication entre eux. Des cours sont organisés et des étudiants ont été reçus à Strasbourg, des cadres soignants suivront en 2002. Financement : multiple, Etats, ONG.

Madagascar : Centre Hospitalier de Majunga

Formation du personnel dans les laboratoires, en salle d'opération, en service d'urgence et en unité de soins intensifs. Financement : ONG autour de l'Institut Régional de Coopération et de Développement d'Alsace.

Vietnam : Institut pédiatrique d'Hanoï

Amélioration de la prise en charge post-opératoire des enfants par l'amélioration des conditions d'hygiène et de Nursing. 2 à 3 missions sur place par an d'infirmières et de médecins. Accueil 4 à 6 de faisant fonction d'internes. Financement : Ministère des Affaires Etrangères.

Coopération sanitaire Poitiers-Moundou

CHU de Poitiers

Depuis la signature, le 1^{er} octobre 1990, du traité de jumelage, les villes de Poitiers et de Moundou ont progressivement mis en place et développé des actions de coopération dans les domaines de l'eau, de la culture, de la santé et de la nutrition. La coopération sanitaire a réellement pris son essor à partir de 1997 avec l'élaboration d'un projet commun grâce à l'action de l'Association Poitiers-Moundou.

Trois objectifs généraux ont été retenus comme prioritaires : la diminution de la mortalité infantile et maternelle à la maternité, l'amélioration de l'hygiène hospitalière, l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants de la ville.

Présentation de la ville de Moundou

Située sur le fleuve Logone, la ville de Moundou compte environ 130 000 habitants. Seconde agglomération du Tchad, Moundou est la capitale économique du sud du pays. Au cœur d'une grande région cotonnière, le développement des petites et moyennes entreprises y est également très élevé. La ville est dotée d'un aéroport mais n'est desservie par aucune ligne régulière. Reliée à la capitale, distante de 500 km, par une voie difficilement praticable en saison des pluies, la ville pâtit de difficultés de communication certaines. Toutefois, une amélioration très nette du réseau routier est en cours, en vue de l'exploitation du pétrole de Doba, à moins de 100 km de Moundou. Sur le plan sanitaire, la ville dispose de trois centres de santé et d'un hôpital central de référence préfectorale, qui fait également fonction d'hôpital de district.

Conventionner pour pérenniser la coopération

Le 17 novembre 2000, les deux établissements ont signé une convention pour deux ans. Il s'agissait d'établir les conditions générales d'une coopération technique et pédagogique ainsi qu'un rapprochement culturel.

Cette coopération doit aussi favoriser la formation de personnels de santé de l'hôpital de Moundou, notamment au travers de :

- l'échange de personnel médical, paramédical, administratif ou technique ;
- l'amélioration du fonctionnement des services et des pratiques professionnelles ;

- les projets techniques et pédagogiques.
- La convention précise en outre que la coopération déjà engagée dans les domaines de la maternité et de la pédiatrie sera progressivement étendue à d'autres secteurs d'activité.

A cet effet, des séjours et des missions de courte durée seront organisés dans les domaines de la formation, de l'expertise et de l'assistance technique.

Les deux établissements s'engagent plus particulièrement à développer :

- la coopération médicale et soignante à partir de missions d'appui à Moundou pour les disciplines de chirurgie générale, d'imagerie médicale et de gynécologie-obstétrique.
- l'organisation de l'hygiène des locaux et des soins
- l'approvisionnement en pièces détachées pour assurer la maintenance des équipements biomédicaux.
- la dotation de matériel d'imagerie et de petit matériel médical.

Déjà en 2000, le C.H.U. a rassemblé plusieurs lots de matériels et d'équipements. En matière d'équipements biomédicaux, d'imagerie et de petit matériel médical, ont été envoyés un échographe, une table de radioscopie, des appareils de radiologie mobile, des respirateurs, des cassettes de radiologie, des pousse-seringues... Concernant les équipements informatiques et mobiliers, ce sont des tables d'examen, des chariots de soins, de blocs et de médicaments qui ont été expédiés.

La coopération française au Tchad

La France intervient au Tchad dans le domaine de la santé, mais aussi dans l'éducation, le développement rural et le secteur juridique, sans oublier la coopération militaire. Pour la santé, la France dispose de 9 assistants techniques à N'Djaména et de 5 à Moundou. Ces personnels interviennent dans le cadre de projets financés par le Fonds de Solidarité Prioritaire (F.S.P.). Le montant du projet actuel s'élève à 15 millions de Frs pour l'ensemble du Tchad, hors rémunération des coopérateurs. Par l'intermédiaire de l'Agence Française de Développement, la France participe aussi à des projets d'intérêt général ponctuels : financement de gros travaux, lutte contre la malnutrition, sécurité alimentaire, etc...

L'objectif de la coopération est la pérennité des améliorations et des structures. Il faut à tout prix éviter l'écueil de la substitution. L'action des coopérateurs doit avant tout être une contribution au développement du pays.

Au Tchad, les organismes d'aide au développement sont regroupés sous la dénomination de bailleurs de fonds. " Un terme symptomatique de l'image que ces organismes transmettent à la population locale et qui, d'ailleurs, n'est pas usurpée. La difficulté majeure consiste à estomper cette image pour apparaître comme un partenaire. Mais la réalité politique et économique est incontournable, les inégalités sont criantes et la coopération, tout du moins institutionnelle, peut difficilement occulter cette évidence. " souligne Francis Grandon, conseiller technique en position de détachement du C.H.U. de Poitiers auprès de l'Hôpital de Moundou.

... i n t e r n a t i o n a l

La coopération internationale et le Burkina Faso

CHU de Clermont-Ferrand

Le CHU participe à des actions de coopération internationale, le plus souvent ponctuelles ou spécifiques. Il participe, notamment, et de façon continue, à la formation du personnel médical de pays en développement (accueil d'internes ou de médecins seniors en cours de spécialisation).

C'est ainsi qu'un projet de jumelage avec le CH national Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou (707 lits) a été voté par le C.A.. L'un des principaux objectifs sur lequel s'appuie ce jumelage est de préparer et accompagner la mise en place de la réforme hospitalière Burkinabé, grâce aux expérimentations de gestion et d'organisation qui seront mises en place au sein du CH national de Ouagadougou. Ce jumelage a également pour objectif d'établir, entre les 2 établissements, des liens

continus pour un partenariat réaliste et efficace, basé sur une connaissance et un respect réciproques.

Cet accord a pour but de prévoir les conditions générales d'une coopération technique et pédagogique entre les 2 établissements.

Un deuxième projet, également adopté par le C.A., porte sur la coordination des jumelages des hôpitaux du Burkina Faso avec des hôpitaux français, en accord avec le service de coopération et d'action culturelle de l'Ambassade de France et le Ministère de la santé du Burkina Faso.

En effet, le jumelage avec le CH national de Ouagadougou, au-delà de son objectif traditionnel, est un préalable à une mission plus large de partenariat hospitalier avec le Burkina Faso, suscitée par le Ministère des Affaires Etrangères.

Celui-ci souhaite réaliser un ensemble de jumelages de manière

à ce que les hôpitaux nationaux (3) et régionaux (9) de ce pays travaillent avec des établissements français sur le thème prioritaire de la réforme hospitalière avec le souci de l'amélioration de la qualité des soins dans un contexte de ressources particulièrement limitées. Pour que ce dispositif soit pleinement opérationnel, le Ministère des Affaires Etrangères a confié à la Fédération Hospitalière de France cette mission et a proposé que le CHU de Clermont-Ferrand en soit " la tête de réseau ".

La mission du CHU, en relation avec le service de coopération de l'Ambassade de France qui dispose d'une délégation de crédits à cet effet, sera de gérer cette opération de coordination dans le cadre d'une convention globale prenant en compte les frais et le financement des actions assurées par les établissements participant à ce projet.

TOUT SAVOIR SUR LES CHRU

Le premier annuaire des Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires vient de sortir

EN EXCLUSIVITÉ

Toutes les informations et chiffres clés des 31 CHRU :

- ☛ projet d'établissement, organisation en réseau, activité,
- ☛ missions de soins, d'enseignement et de recherche,
- ☛ budget, politique de qualité,
- ☛ rayonnement scientifique, impact économique,
- ☛ vocation sociale et actions culturelles.

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

376 pages de renseignements complets et inédits

Commande :

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

PRIX : 200,00 F
30,48 €
+ Port : 25,00 F
3,80 €

ANNUAIRE

2001

CH
RU
Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires

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^{ème}
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 DÉMANGEON
29, av du Mal de Lattre de
Tassigny
54035 Nancy cedex
Tél : 03 83 85 14 78
Fax : 03 83 85 11 88
Mel : b.demangeon@chu-nancy.fr

CHU de Nantes

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

CHU de Nice

Marie GABORIT
5, rue Pierre Devoluy
06006 Nice cedex 1
Tél : 04 92 03 45 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

Stéphan MARET
Direction de la Milétrie et de
la Communication
Jean BERNARD
2, rue de la Milétrie - BP 577
86021 Poitiers cedex
Tél : 05 49 44 39 07
Fax : 05 49 44 38 08
Mel : s.maret@chu-poitiers.fr

CHU de Reims

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

CHU de Rennes

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

CHU de Rouen

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

CHU de Saint-Etienne

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

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

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

CHU de Toulouse

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

CHU de Tours

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

Les CHU soulignés adhèrent à
Réseau CHU.