



Edito →



Une situation financière tendue

En cette fin d'année, les CHU sont confrontés à des difficultés financières majeures. Déjà, en 2004, 13 établissements étaient en situation de report de charge pour un montant global de 90,25 millions d'euros. Les résultats 2005 ne sont pas encore connus mais une aggravation est à craindre sous la pression conjuguée de trois fortes contraintes :

- une demande de santé exponentielle qui se traduit, en 2004, par une progression de l'activité : + 6,8% pour les séjours de moins de 24 heures, + 1,8% pour les consultations en 2004 et + 0,8% pour les entrées.

- une sous dotation endémique. A l'hôpital, les coûts d'exploitation augmentent plus vite que les ressources : + 17% de 2001 à 2004. Une hausse due notamment à la majoration de 12% des charges de personnels, de 33% des dépenses médicales et de 25% par an des assurances en responsabilité civile.

- un manque de visibilité dans la mise en œuvre de la réforme. Les CHU adhèrent au principe de la tarification à l'activité mais déplorent son opacité, les modifications de ses tarifs en cours d'année (-2,6% en 2005) et le financement incomplet des activités d'intérêt général.

Conséquences : les déficits se creusent tandis que les reports de charge grimpent en flèche et les crédits complémentaires versés en fin d'exercice - 200 millions d'euros fin 2004 - ne règlent pas les problèmes structurels.

Pour pallier cette situation, certains CHU ont d'ores et déjà augmenté leurs tarifs journaliers, mené des restructurations dans l'urgence ou supprimé les postes des personnels les moins qualifiés.

L'inquiétude grandit au sein des établissements...

Marie-Georges Fayn
Directrice de la publication



Chiffres repères 2004

Les CHU représentent 35% de l'activité des hôpitaux publics

Soins

3,15 millions	de personnes accueillies dans les services d'urgences
2,2 millions	de personnes hospitalisées en court séjour pour une durée moyenne de 6,69 jours
1,4 million	de personnes hospitalisées pendant moins de 24h
11,6 millions	de consultations
14,8 millions	de journées d'hospitalisation
4,24 millions	de groupes homogènes de séjour

Recherche

42	brevets déposés en 2002
29	Directions ou Délégations à la Recherche Clinique (DRC),
31	Centres d'Investigation Clinique (CIC)
11	Unités de recherche clinique ou Centres de recherche clinique

Enseignement

44	facultés de médecine
16	facultés d'odontologie
9 406	médecins enseignants (PU-PH, MCU-PH, CCA-AHU-PHU, universitaires mono-appartenants)
24 970	étudiants (1 ^{ère} à 5 ^{ème} année de médecine)
276	écoles spécialisées (sages-femmes, infirmières...)

Organisation

270 000	personnels équivalent temps plein dont 39 628 praticiens : 27 969 médecins et 11 659 internes (données 2003)
82 911	lits d'hospitalisation
8 069	places affectés à un programme de modernisation/reconstruction de budget (+ 5,41%)
8 milliards €	
19,3 milliards €	

Comité de rédaction

Président

Guy Vallet, Directeur Général de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille

Membres

Anne Boiteux, directeur des rédactions internes des revues Masson

Nicolas Brun, Chargé de mission à l'Union Nationale des Associations Familiales

Dr Stefan Darmoni, Webmaster du CHU de Rouen

Alain Hériaud, Directeur Général du CHU de Bordeaux

Hélène Quancard Miel, Déléguée à la Communication du CHU de Bordeaux

Marie-Claude Sudre, Déléguée à la Communication du CHU de Toulouse.

Réseau CHU

Domaine de Bellevue - 36290 Saint-Michel-Brenne

Tél : 02 54 38 06 59 - resocho@club-internet.fr - www.reseau-chu.org



Conférence des Directeurs Généraux de CHRU

3

→ Société

Prévention - Education

Sécurité routière, le simulateur de conduite	p. 4 - 6 Bordeaux
Les rendez-vous de la santé	Orléans
Qualité de vie et maladie	Reims
La pratique du vélo en compétition... bon pour la santé	Rennes
Voyages sur prescription !	Rouen
Risque accru d'infarctus lors des pics d'ozone	Toulouse

Communication

TV Hospitalière	p. 7 Nancy
-----------------	---------------

Culture

Oublier un temps sa douleur, c'est déjà ça ! "La pédiatrie enchantée" partenaire culturel	p. 8 Angers Metz-Thionville
--	-----------------------------------

Associations de santé

Don et greffe d'organes : la générosité alliée à la compétence L'hôpital forme les bénévoles	p. 9 Fort-de-France Marseille
---	-------------------------------------

→ Médecine et progrès

Recherche

Inauguration de la Maison de la Recherche Clinique	p. 10 - 14 Angers
Un centre d'investigation clinique	Brest
• Nutrition - Les maladies nutritionnelles	Brest
L'avenir de la recherche	Caen
Le Centre de Ressources Biologiques	Dijon
CLARA : la plate-forme Grenobloise	Grenoble
Le CHU associé à un pôle de compétitivité	Limoges
• Génétique - Autorisation de recherche sur les cellules souches embryonnaires	Montpellier
Une dynamique de recherche	Poitiers

Innovation

• Cardio - Un cœur artificiel en attendant la greffe	p. 15 - 16 Lille
• Cardio - Thérapie cellulaire et réparation du cœur : une première nationale !	Nantes
• Ortho - Hernie discale lombaire : une nouvelle intervention sous scanner	Nice
9 ^{ème} journée innovations : le succès au rendez-vous	Orléans
• Cardio - Le vaisseau star wars à l'assaut de l'anévrisme	Poitiers

Cancer

• Digest - Nouvel équipement pour traiter les cancers	p. 17 Grenoble
Le dossier médical Archimède aux mains des patientes	Lyon

Sécurité

Le logiciel « pharma » dans la chaîne de prescription	p. 18 Nancy
---	----------------

Chronique médicale

• Digest - La maladie de Crohn	p. 18-20 Metz-Thionville
• Prévention - Consultation de vaccinologie	Nice
• Pédiatrie - Surdité des bébés : tendez l'oreille !	Rouen
• Obstétrique - Pics d'accouchement à la rentrée	Pointe-à-Pitre
• Gériatrie - Centre régional de référence Alzheimer	Saint-Etienne
• ORL - Maillon blanc entre soignants et malentendants	Strasbourg

Coordination

Partenariat méd.-chir.-obst./méd. suite-réadaptation Rhône-Réadaptation	p. 20-21 Limoges Lyon
--	-----------------------------

→ Management

Projet d'établissement

Orientations générales du plan stratégique 2005-2009 Purpan et Ranguel : grands travaux de la décennie	p. 22 Paris Toulouse
---	----------------------------

Nouvelle gouvernance

Pour un management rénové Contractualisation interne avec le Centre de Soins Dentaires	p. 23 - 24 Amiens Clermont-Ferrand
---	--

Finances

Réduire les coûts de fonctionnement pour améliorer la productivité Conséquences de la T2A sur le budget du CHU	p. 24 - 25 Caen Fort-de-France
---	--------------------------------------

Qualité - Accréditation

Accréditation : mention Très Bien 1er du palmarès du Point	p. 26 Amiens Bordeaux
---	-----------------------------

Nouvelles structures

Un nouvel immeuble pour le plateau de cardiologie	p. 26 - 29 Clermont-Ferrand
A la pointe de la biologie	Lille
Création d'un secteur d'urgences neuro-vasculaires	Marseille
L'unité neuro-vasculaire	Nantes
Création d'un pôle de référence maladies des os et articulations	Paris
Ouverture de 12 places de chirurgie ambulatoire	Reims
Le CHU construit son hôpital femme-enfant	Rennes
Une nouvelle organisation pour la biologie	Saint-Etienne

Partenariat

Le CHU et l'Institut St Pierre main dans la main	p. 29 Montpellier
--	----------------------

Europe

L'Europe de la Santé	p. 30 Strasbourg
----------------------	---------------------



Conférence des Directeurs Généraux

Paul Castel, Président de la Conférence des Directeurs Généraux de Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires, s'inquiète de l'évolution du service public hospitalier et des CHU :

Les CHU constituent des pôles d'excellence de la médecine hospitalo-universitaire française et sont à la pointe du progrès médical. Ils se réorganisent, se restructurent, améliorent leur efficacité. Pour toutes ces raisons, il convient de souligner la grande qualité des établissements que nous dirigeons.

Les CHU, au même titre que l'ensemble de l'hospitalisation publique, sont dans des situations financières parfois très délicates. Ils subissent à la fois sur le plan budgétaire et social les contre-coups de l'évolution de la démographie et les conséquences de la situation financière de l'Assurance Maladie.

A cet égard, les Directeurs Généraux ont toutes les raisons d'avoir quelques inquiétudes sur l'évolution du service public hospitalier et des CHU.

Avec un ONDAM hospitalier à 3,44% comment abordez-vous l'année 2006 ?

L'ONDAM à 3,44% me paraît insuffisant et irréaliste. Nous l'avions dit en 2005 mais nous n'avons pas été entendus. Il en sera de même en 2006. Il y aura un dépassement de l'ONDAM, s'il se limite à 3,44 %. Pour rester dans l'enveloppe en 2006, il conviendrait de réduire les effectifs de la fonction publique hospitalière. Ceci n'est pas une orientation qu'il nous est demandé d'appliquer. Rappelons que 70% de nos budgets sont des dépenses de personnels.

Quelle est la situation des CHU à la fin de l'exercice budgétaire 2005 ? Espérez-vous recevoir des crédits pour éponger ponctuellement ces déficits ?

Il est à craindre qu'en fin d'exercice budgétaire 2005, plusieurs établissements supplémentaires soient en report de charge ou en déficit. La progression observée au cours des 4 dernières années risque de se poursuivre. La campagne budgétaire 2005 pour laquelle on vient de nous notifier fin octobre 2005 les éléments de fin d'exercice, a été mal organisée.

Les Directeurs Généraux n'y sont pour rien et ne sauraient être tenus pour responsables de cette situation. Je l'ai dit à plusieurs reprises au DHOS, Jean CASTEX, avec qui nous travaillons avec

beaucoup de transparence, comme avec le Cabinet du Ministre.

D'éventuels crédits complémentaires, non reconductibles, ne sauraient régler durablement des déficits structurels. Au cours des derniers exercices, le volume des crédits ponctuels, en fin d'exercice, n'a cessé d'augmenter. Ceci n'a réglé en rien, dans la pluriannualité, la situation des établissements concernés.

Ce dépassement systématique de l'ONDAM hospitalier remet-il en cause les mécanismes de régulation ou interroge-t-il la capacité des CHU à améliorer leur productivité ?

Les CHU ont amélioré et doivent continuer à améliorer leur productivité. La mise en place de la RTT avec des créations de postes en nombre insuffisant au regard du coût effectif de la RTT, les constructions, les restructurations et la modernisation hospitalière, la mise en place de nouvelles procédures d'achats publics, etc... sont autant d'exemples d'efforts réalisés par les acteurs hospitaliers. Pour aller plus loin dans l'amélioration de la productivité, il conviendrait que d'autres outils de gestion soient confiés à nos établissements : nature juridique des hôpitaux, statuts des divers personnels, répartition entre ordonnateurs comptables, marchés publics..

Depuis plusieurs années, les CHU dénoncent la faiblesse de leurs moyens. Faut-il craindre une régression des CHU ?

Les CHU restent les établissements phares de l'hospitalisation publique française. Il convient toutefois d'être très attentif à ce que les moyens adaptés leur permettent de maintenir la qualité des performances médicales, de leur recherche, et de leur capacité d'innovation. Le taux d'ONDAM 2006, même s'il est justifié par la situation financière de l'Assurance Maladie, n'incite pas dans ce domaine à l'optimisme.

Extraits du dossier de presse diffusé dans le cadre de la rencontre du 27 octobre 2005. L'intégralité du document se trouve sur www.reseau-chu.org rubrique Conférence des Directeurs Généraux.

La démographie médicale en question

D'emblée, un paradoxe s'impose : il n'y a jamais eu autant de médecins en France (203 487 dont 99 647 généralistes et 103 840 spécialistes), avec un taux d'accroissement de 1,2 % sur les quatre dernières années, et pourtant nombre de structures (hôpitaux publics, hôpitaux privés, secteur associatif, certaines communes, régions ...) ont objectivement un très gros déficit en praticiens.

Il existe donc un réel problème de répartition, avec une très grande hétérogénéité sur le plan national (256 médecins/100 000 habitants en Picardie, 426 en Ile de France...!, et un gradient Nord-Sud évident...). Ce phénomène est ancien, et a même eu tendance à baisser au cours de ces cinq dernières années (40 % de densité supérieure à la moyenne nationale pour l'Ile-de-France en 1985, 25 % actuellement).

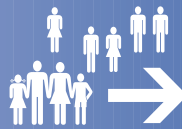
Professeur Bernard Charpentier, Président de la Conférence des Doyens

L'inter-régionalité ou la bonne échelle pour générer de l'excellence

Aujourd'hui il est essentiel d'envisager des regroupements inter régionaux des CHU pour continuer à développer des activités de recherche compte tenu de l'importance de la masse critique nécessaire pour une recherche de qualité entrant en compétition au niveau national, européen et mondial.

L'inter région rend possible une vraie recherche de pointe dont le résultat est pour la population l'accès relativement rapide aux progrès thérapeutiques et diagnostiques et le bénéfice quasi immédiat de transfert de connaissance. Ce regroupement pour la recherche est formalisée par les DIRRC. (Délégation inter-régionales de recherche clinique). L'inter-régionalité est aussi essentielle en termes de soins de référence : aucune structure ne pouvant développer toutes les activités de référence. Enfin l'inter-régionalité est en parfaite adéquation avec la possibilité pour les CHU d'intégrer des pôles de compétitivité.

Professeur Pierre Fuentes, Président de la Conférence des Présidents des CME de CHU



→ Prévention éducation

Sécurité routière	Bordeaux
Rendez-vous de la santé	Orléans
Qualité de vie et maladie	Reims
Vélo Bon pour la santé	Rennes
Voyages sur prescription	Rouen
Risque accru d'infarctus lors des pics d'ozone	Toulouse
TV Hospitalière	Nancy
Oublier un temps sa douleur	Angers
La pédiatrie enchantée	
partenaire culturel du CHR	Metz-Thionville
Don et greffe d'organes : la générosité alliée à la compétence	Fort-de-France
L'hôpital forme les bénévoles	Marseille

Bordeaux

Sécurité routière : le simulateur de conduite

Inauguré vendredi 29 juillet 2005 par Rémy Heitz, délégué interministériel à la sécurité routière, le nouveau simulateur de conduite de la clinique du Sommeil du CHU de Bordeaux est un outil de recherche qui aide à comprendre les liens entre somnolence et accidents de la route.

La conduite automobile sûre repose sur des aptitudes physiques et cognitives intactes ce qui n'est malheureusement plus le cas de nombre de nos concitoyens souffrant de pathologies, de troubles du comportement (ex. privation de sommeil) ou simplement de l'effet de médicaments. Si les expérimentations en conduite réelle depuis plusieurs années sont réalisables chez des sujets sains ou des malades atteints d'handicaps légers, nombre d'études ne pouvaient jusqu'à maintenant être réalisées par suite de la trop grande dangerosité de la conduite réelle.

Grâce à un financement de la Région Aquitaine et en partenariat avec

l'Institut national de Recherche sur les transports et la Sécurité (INRETS), le CHU de Bordeaux vient de se doter d'un véhicule de simulation (Renault Clio) qui possède toutes les fonctionnalités d'une voiture moderne mais qui reste statique devant un écran de projection Vidéo présentant en grande taille un tronçon d'autoroute.

Le simulateur entièrement programmable permet de configurer différents scénarii de conduite (pluie, brouillard, ville, campagne, etc...) et de tester en toute sécurité volontaires sains et malades. « Nous menons actuellement en partenariat avec le service de rééducation fonctionnelle de notre CHU des recherches sur le handicap des traumatisés crâniens sur la conduite automobile. Nous allons aussi démarrer très prochainement une étude sur l'impact des médicaments anti-épileptiques sur la conduite automobile. » explique le Pr Bernard Bioulac, chef de service des explorations fonctionnelles du système nerveux (EFSN) et directeur de l'unité CNRS UMR 5543. Cette démarche de recherche s'inscrit dans une politique locale au sein de l'institut fédératif des neurosciences de l'université de Bordeaux dont plusieurs équipes s'intéressent aux aspects de la santé et de la conduite.

Au niveau national, le réseau RESAT (Réseau Sommeil Attention et Transport CNRS INRETS) co-animé par le Dr Philip (axe sommeil) et le Dr Chapon (axe attention) regroupe plus de 80 chercheurs répartis sur tout le territoire français. Ce réseau bénéficie de financements spécifiques de la part du ministère des transports et de la recherche (budget PREDIT). Il vise à améliorer la compréhension des liens entre somnolence, attention et accidents, de concevoir des simulateurs pour identifier les conducteurs à risque ou de tester des contre-mesures thérapeutiques (ex. médicaments éveillants) sur des chauffeurs atteints de pathologies. L'objectif du réseau RESAT est de fédérer des équipes projets et de pouvoir obtenir des finance-

ments européens sur le thème de la santé et de la conduite.

« A terme nous désirons bâtir une plate-forme de recherche regroupant 4 chambres de sommeil, une unité de vie (contrôle lumière température, bruit) pour sujets sains et malades couplés à notre simulateur de conduite. **Cette plate-forme unique en France et en Europe permettra de reproduire les schémas veille sommeil des chauffeurs professionnels et de tester l'impact sur la conduite en fonction de la prise médicamenteuse et/ou les pathologies** » annonce le Pr Bernard Bioulac.

Le manque de sommeil menace la capacité de conduire des jeunes

La fatigue et la somnolence au volant sont des facteurs importants d'accidents. Or 50 % des usagers réduisent leur temps de sommeil habituel au moment des départs en vacances, soit pour avancer l'heure du départ, soit pour préparer le chargement du véhicule. Pire, 12 % des automobilistes, notamment des jeunes conducteurs, dorment moins de cinq heures la veille d'un départ en vacances, ou prennent la route en soirée, sans avoir dormi, ni fait la sieste. Une étude montre que les 20-25 ans ont du mal à évaluer correctement l'impact de la fatigue sur leur capacité de réaction. Ils ont tendance à surestimer leur résistance au sommeil et leur capacité à conduire en état de fatigue tandis que les conducteurs plus âgés (52-63 ans) ont une perception plus objective de leur capacité.

Une astuce pour rester vigilant : la sieste dynamisante

Chez les conducteurs somnolents la sieste dynamisante permet au conducteur somnolent de dormir et de repartir en forme. Chez les individus qui ne présentent pas de contre-indications à la caféine, le principe est de prendre un ou deux cafés avant de faire une courte

sieste. La caféine mettant 15 à 30 minutes avant d'agir, son absorption ne gêne pas l'endormissement et permet donc un réveil de sieste dépourvu d'inertie du sommeil.

Si l'état de santé du conducteur interdit la caféine, il suffit d'attendre 30 minutes avant de reprendre la route après la sieste.

Pour en savoir plus « Savoir prendre la route reposé et garder la forme » édité par la Sécurité routière ou www.securiteroutiere.gouv.fr

Un ensemble de signes précurseurs indique au conducteur qu'il est en train de perdre ses capacités d'attention et qu'il entre dans une phase d'hypovigilance. La lenteur de réaction, les difficultés à maintenir une vitesse constante, les erreurs de coordination ou l'inattention à la signalisation sont des éléments constitutifs d'une baisse de vigilance.

Les signes de fatigue : raideurs dans la nuque, douleurs dans le dos et certaine fixité du regard doivent alerter le conducteur.

Les signes de somnolence : bâillements, paupières lourdes, périodes d'absence ou désir de changer fréquemment de position révèlent des difficultés à se maintenir éveillé. En outre, la somnolence entraîne des périodes de « micro-sommeils » (de 1 à 4 secondes) pouvant être extrêmement dangereuses pour la sécurité de tous.

Orléans

Les rendez-vous de la santé

Les premiers mercredis de chaque mois, le Centre Hospitalier Régional et la ville invitent les Orléanais à rencontrer les experts médicaux et les associations pour débattre autour d'une question de santé publique. « Par ces échanges le CHR qui remplit une mission de prévention et d'éducation en santé, crée les conditions d'une meilleure compréhension des pathologies, de leur mécanisme et des thérapies. Nous voulons aider le public à devenir co-acteur de la prise en charge de sa santé » déclare Jean-Pierre Gusching, directeur Général du CHR.

En dehors des « Rendez-vous » d'autres conférences seront organisées notamment à l'occasion des semaines nationales.

Au programme du cycle de conférences santé

Sujets déjà abordés

Maux de tête : comment les soulager
Les maladies du système nerveux
Alzheimer : toute une famille autour du malade
La contraception d'urgence : pour qui ? pourquoi ?
Cancer du sein : du diagnostic au traitement
Alcool : de l'usage à la dépendance.

7 décembre

Les rhumatismes : progrès de la recherche et espoir pour les malades.

Les conférences se déroulent à 20h30 au Muséum des Sciences Naturelles, 6 rue Marcel Proust - 45000 Orléans.

Reims

Maintenir une qualité de vie tout en gérant au mieux sa maladie

Les maladies chroniques requièrent une participation active du patient. Complément à sa prise en charge, l'éducation thérapeutique aide les personnes souffrant de diabète, d'asthme, d'allergies alimentaires, de tabagisme ou de surcharge pondérale à mieux connaître leur affection pour mieux la gérer au quotidien et lorsque surviennent les crises. L'Unité Transversale d'Education du Patient (UTEP) apprend aux malades à maîtriser ces pathologies au long cours.

L'UTEP fédère, renforce et pérennise les programmes d'éducation existant dans les différents secteurs de soins. Dans cette perspective, l'unité élabore des outils pédagogiques et d'évaluation. Elle initie également une interface avec les réseaux de professionnels de santé, les professionnels institutionnels, les réseaux associatifs à vocation généraliste et les structures d'éducation pour la santé.

Identifiée comme un centre de ressources et d'expertise en éducation du patient, elle participe à l'enseignement et à la formation en éducation thérapeutique.

Emanation de la Fédération d'éducation thérapeutique du patient, l'UTEP rassemble des partenaires internes et externes.

En interne, l'UTEP fonctionne avec les services de diabétologie-endocrinologie-nutrition, de pédiatrie, de pneumologie, de médecine physique et de réadaptation et avec leurs équipes éducatives.

En externe, ses principaux interlocuteurs sont l'Union Régionale des Médecins

Libéraux, le réseau de soins CAREDIAB, la maison du diabète et de la nutrition et la direction de la jeunesse et des sports

L'équipe de l'Unité Transversale d'Education du Patient est composée de 5 professionnels : Eric Bertin, médecin coordonnateur ; Véronique Hennequin, cadre coordonnateur ; Laurence Orry, secrétaire ; Benoit Gavlak, éducateur médico sportif ; Katrin Driefield, psychologue. Au rez-de-chaussée de Maison Blanche, dans des locaux entièrement rénovés, l'UTEP dispose de 2 salles d'activité équipées de matériel audiovisuel et multimédia dédiées aux consultations éducatives individuelles et aux ateliers de groupe.

Rennes

La pratique du vélo en compétition... C'est bon pour la santé

La Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports (DRJS) et le CHU de Rennes, avec le soutien du Comité de Lutte contre le dopage, ont mené durant deux ans une étude épidémiologique sur les effets de la pratique sportive intensive sur la santé. Avec une sous mortalité des cyclistes par rapport à la moyenne de la population, preuve est faite que le vélo est bon pour la santé !

Le Professeur Deugnier et le Docteur Carré du CHU accompagnés du Docteur Trégaro de la DRJS ont rendu les conclusions de cette enquête devant un parterre d'anciens champions très attentifs.

Le premier bilan de cette étude porte sur la sous mortalité à court et moyen terme chez les cyclistes par rapport à la moyenne de la population. Sur les 508 coureurs, 27 décès ont été constatés alors que la moyenne est de 46.

Le second porte sur le cœur et là aussi tout va bien : sur les 170 coureurs qui ont passé l'électrocardiogramme, 4 seulement ont fait un infarctus. Il n'est pas dit s'ils ont cessé leur activité sportive avant l'infarctus ou à cause de celui-ci.

La pratique du sport entraîne une bonne hygiène de vie et permet de maintenir un poids idéal : le sportif fume moins et consomme deux fois moins d'alcool.

Malgré l'optimisme de cette étude, il faut rester prudent notamment en ce qui concerne la fixation du fer dans l'organisme pour la jeune génération. Les médecins soulignent l'évolution du

dopage ces trente dernières années avec une supplémentation en fer.

Pour permettre la réalisation de cette étude, il a fallu recenser tous les coureurs cyclistes qui avaient disputé le Triomphe Breton entre 1960 et 1990. 508 ont été retrouvés et 285 ont répondu. 90 % d'entre eux étaient favorables à un bilan. 170 ont donc passé un électrocardiogramme suivi d'un bilan biologique.

Rouen

Voyages sur prescription !

2.5 millions de Français partent à l'étranger chaque année. 10% en reviennent malades ! La multiplication des destinations exotiques et l'attrait pour les circuits hors des sentiers battus augmentent le risque de contracter des maladies tropicales. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que plus de 5000 personnes contactent chaque année l'unité Santé voyage du CHU de Rouen.

A chaque appel, les médecins du service procèdent à un véritable interrogatoire « pour prodiguer les meilleurs conseils nous leur demandons évidemment leur destination, mais aussi la saison, les activités et le mode de transport qu'ils utiliseront sur place ». Tout compte, explique le Dr Jean Philippe Leroy. Dans le service, des cartes IGN tapisent tous les murs, « nous devons connaître parfaitement notre géographie, un autre atout est d'avoir soi-même voyagé... ça aide à se mettre dans la peau de notre interlocuteur ! »

Paludisme, fièvre jaune, hépatite A, rage, dengue répondent comme en écho à certaines destinations. Toutes ces maladies ont leur solution préventive. « Même si aujourd'hui nous sommes quelquefois confrontés à un nouveau genre de voyageur : celui qui réserve son billet à la dernière minute, pour celui-ci nous ne pouvons pas garantir une offre de soin optimale, ne serait-ce que parce que certains anticorps ne se développent que 3 ou 4 semaines après l'injection ».

Si vous faites partie des 700 millions de voyageurs qui transiteront à travers le monde cette année, n'hésitez pas à contacter **le serveur vocal de Santé voyage : 02 32 88 84 48** ou à **consulter le site internet www.chu-rouen.fr/cap/svhome.html**. Tous deux offrent des conseils précieux pour les destinations les plus fréquentes.

Toulouse

Risque accru d'infarctus lors des pics d'ozone

Les résultats de l'étude épidémiologique menée par une équipe toulousaine sous la direction du Pr Jean Ferrières apportent la preuve du risque accru d'infarctus du myocarde lors des pics de pollution par l'ozone. Un travail honoré par une publication dans la revue scientifique américaine Circulation (*).

Les 55-64 ans : les plus exposés

A Toulouse, la pollution relevée dépasse rarement 160 mg alors que le seuil est fixé à 180 mg d'ozone par m³ (**). « Dans notre étude, tous les polluants enregistrés par l'Oramip ont été pris en compte, et nous avons constaté que seul l'ozone a un impact important sur les infarctus : 4 % des infarctus sont directement liés à l'ozone ; dans la tranche d'âge de 55 à 64 ans, ce pourcentage monte à 12 %, ce qui est considérable. » explique le Pr Jean Ferrières. Attention ne pas confondre l'ozone stratosphérique - dont la couche, menacée, nous protège d'un excès de rayons ultraviolets émis par le soleil - avec l'ozone troposphérique mis en cause par cette étude : celui-ci, produit par notre activité, entraîne des réactions chimiques en chaîne qui sont déclenchées par les rayonnements solaires. D'où une pollution par l'ozone plus fréquente dans les pays ensoleillés du sud ; tandis que le nord de l'Europe subit plutôt le dioxyde de soufre.

« Nous savions que l'ozone respiré provoque une constriction des vaisseaux. De nombreux travaux ont mis en évidence son rôle dans l'athérosclérose. L'ozone respiré est également responsable de l'augmentation de la viscosité sanguine et de l'agrégation placentaire, à l'origine des caillots. Tous ces éléments suffisent à favoriser l'infarctus. Notre étude le démontre de façon significative » déclare le Pr Jean Ferrières. **L'objectif d'une telle recherche est de repérer et d'analyser les déterminants de la pathologie et, lorsque celle-ci est déclarée, les facteurs aggravants et les causes de décès.** Longtemps, l'approche génétique a prévalu, mais on s'intéresse désormais beaucoup à l'environnement et à la pollution. Les déterminants personnels des maladies cardiovasculaires sont très étudiés : tabac, hypertension, diabète... La partie la plus originale de notre travail, sur le plan international, concerne donc ces déterminants, puisque nous sommes ici dans des phénomènes relevant de la chimie, une

spécialité qui n'est pas enseignée en médecine.

Il est possible de lutter contre ces déterminants. Pour ce qui est de la pollution par l'ozone, en coupant le contact des véhicules à l'arrêt dans les encombrements, en laissant la voiture individuelle au garage, en pratiquant la marche à pied et... en interdisant à la circulation le centre de nos villes

Un registre scientifique qui fait la différence

« Notre travail est le fruit d'une collaboration au sein d'une équipe principalement constituée de médecins hospitalo-universitaires », souligne le Pr Jean Ferrières, dont la triple activité - soins, enseignement, recherche - s'exerce dans le département universitaire d'épidémiologie, économie de la santé et santé communautaire, au sein de l'unité 558 de l'Inserm, en cardiologie B dans le service du Pr Jacques Puel et au centre de prévention de l'athérosclérose.

Depuis 1985, l'équipe dispose d'un registre scientifique, c'est-à-dire d'un enregistrement permanent, continu et exhaustif de la maladie : accidents cardiaques et décès. Des études cas-témoins ont été régulièrement menées, par comparaison de séries de patients ayant subi un infarctus et de sujets sains. Des cohortes de patients et de sujets sains ont été constituées, sur lesquelles on étudie, tous les quatre ans, par tirage au sort, les facteurs de risques. Ainsi 2 610 sujets masculins ont été suivis depuis 1991.

Toulouse compte parmi les trois seules villes de France où les infarctus sont ainsi enregistrés. Les Américains, qui n'ont pas utilisé la méthode des registres, ne disposent pas de toutes les données - hospitalisations et décès - dans la même base. « Nous partons des éléments fournis par l'Observatoire régional de l'air en Midi-Pyrénées (Oramip) qui procède à l'enregistrement permanent des données en matière de pollution. Pour les faire parler il a fallu modéliser mathématiquement les effets aigus et à long terme de la pollution ».

(*) 8 février 2005 : Ozone Air Pollution Is Associated With Acute Myocardial Infarction. cosigné de Jean-Bernard Ruidavets, Maxime Cournot, Michel Giroux, Jean Ferrières (Inserm U558 et, pour J.-B. R. et J. F., département d'épidémiologie du CHU) ; Sylvie Cassadou (Institut national de veille sanitaire) ; Mariam Meybeck (Oramip).

(**) Le premier seuil, dit de dépassement, est de 180 mg/m³ en moyenne horaire. Il est alors conseillé aux populations sensibles (personnes âgées, asthmatiques et jeunes enfants) de limiter leurs activités et aux automobilistes de réduire leur vitesse de 20 km/h. Le deuxième seuil, qualifié d'alerte à l'ozone, s'accompagne de la mise en place de la circulation alternée. Il est fixé, en France, à 360 mg d'ozone (les normes européennes fixent ce seuil d'alerte à 240 mg).

Nancy

La TV Hospitalière construit son réseau

Près de 180 participants et conférenciers étaient réunis les 13 et 14 octobre derniers, à Nancy, à l'occasion du premier colloque de la TV hospitalière. Une forte participation qui témoigne tout autant du récent intérêt que suscite ce média, que de l'ancienneté des premières expériences.

La vidéo du CH de Vichy a plus de 25 printemps et le département audiovisuel de l'AP-HP a été créé en 1979. C'est dire si les hôpitaux ont depuis longtemps apprivoisé l'image cathodique. Il reste aux établissements à apprendre à travailler ensemble. L'avenir télévisuel des hôpitaux passe inévitablement par une coopération élargie, tel est le principal enseignement du colloque, co-organisé par Nancy et Marseille.

Dans son allocution, **André Rossinot**, Maire de Nancy et Président du Conseil d'Administration du CHU de Nancy témoignait sa reconnaissance aux pionniers « qui relèvent le défi d'une communication hospitalière novatrice, en prise avec son époque. Il est essentiel que ce "service +" respecte les principes éthiques, les règles de bonne pratique et rende compte chaque année de son activité devant le Conseil d'Administration de l'établissement. »

Jacques SANS, directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Lorraine, représentant de Jean Castex (DHOS) était venu témoigner du soutien du Ministère de la santé et des solidarités.

Partageant l'enthousiasme des hôpitaux pour le média audiovisuel, **Paul Castel**, Président de la Conférence des Directeurs Généraux de Centres Hospitaliers Universitaires a pu mesurer la qualité de leur importante production qui met à la portée du public les repères, les fondements d'une culture médicale et soignante partagée entre experts et patients : "Pour exploiter au mieux ce potentiel, les hôpitaux doivent, comme ils le font dans d'autres domaines, se fédérer et mutualiser leurs moyens. D'où l'importance du groupe pilote qui, à terme, pourrait donner naissance à une chaîne nationale de télévision hospitalière et pourquoi pas à un Centre audiovisuel francophone de l'information en santé !"

Alors que le monde de la santé est volontiers assez segmenté, les inscrits

appartenaient aussi bien au monde des CHU, des CH ou CHS, des associations de patients ou des structures sociales : Lille aux côtés de Fort-de-France, l'AP-HP et le CH Jean Monnet d'Epinal, une association de patients épileptiques et une autre d'insertion professionnelle de sourds.

Si aux yeux de tous la TV trouve grâce, c'est aussi parce que beaucoup possèdent une riche expérience. Le festival de **Lorquin** (santé mentale), celui d'**Amiens** (film médicaux) sont de bons témoins de la richesse de la production vidéo santé.

Le CHU de Nancy veille à ce que les patients comprennent les examens et ne les subissent plus. Il a tourné une centaine de clips d'une minute à vocation didactique, tel celui sur l'électroencéphalogramme ou sur les analyses de sang...

Parmi les premières réalisations de la chaîne de télévision de l'**Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille**, une série de spots sur les bons réflexes et les gestes de prévention. Ainsi, l'un d'entre eux explique aux parents les symptômes de la fièvre et les conduites à tenir. Guy Vallet, Directeur Général de l'AP-HM a présenté la nouvelle TV-HM " La TV interne de l'AP-HM est un projet porté par l'ensemble des acteurs hospitaliers. Elle répond à la demande exponentielle d'informations en santé de la part du public. Nos programmes sont un mix de renseignements et conseils en santé et d'actualités sur la vie de l'AP-HM. Pour les réaliser, nous avons fait appel à nos experts comme le Pr San Marco qui anime une émission de santé publique, illustrée par des plateaux conseils sur des thèmes tels que l'alimentation, la prévention du tabagisme, etc. Nous avons investi 450 000 euros dans le matériel. Les coûts annuels de fonctionnement s'élèvent à 400 000 euros. Et dès cette année nous enregistrons des recettes directes et induites à hauteur de 520 000 euros. "

Le département audiovisuel de l'**Assistance Publique-Hôpitaux de Paris** a signé plus de 350 films originaux. Certains expliquent aux patients leurs droits à l'hôpital ou dans le cadre de la recherche biomédicale. D'autres préparent les opérés à leur prochaine intervention ou apprennent au malade et à sa famille à gérer les affections chroniques telles que l'asthme...

A Saint-Etienne, le CHU dispense en images des conseils aux futures mamans. 4 films répondent aux questions qu'elles se posent sur l'allaitement, les

soins du nouveau-né, la prévention de la mort subite du nourrisson...

Qui n'a pas entendu parler de tensions aux urgences ? Pour lutter contre les incivilités, **le CHU de Rouen** a eu l'idée de réaliser un film qui allie pédagogie et humour. Diffusé dans la salle d'attente, il a des vertus pacificatrices. Il n'y a pas que la musique qui adoucis les moeurs. Ce court métrage a reçu le premier prix du Festival international du film et du multimédia médical d'Amiens.

Au CHR d'Orléans, un documentaire réalisé en partenariat avec l'Association des Infirmières en Dialyse Transplantation et Néphrologie présente le parcours de soins au futur dialysé et intègre le point de vue du patient. Ce documentaire a lui aussi été primé au Festival d'Amiens.

La télévision a d'autres qualités, elle permet aussi de rompre l'isolement des enfants hospitalisés. Je pense notamment à " Télé TAM-TAM ", chaîne du **CHU de Toulouse** conçue par et pour les jeunes malades.

Le CH de Saumur, établissement de 400 lits vient de créer un hebdomadaire TV pour son personnel au détriment d'un projet de magazine interne. Une initiative qui fera date, et que beaucoup pourraient suivre dès qu'une évaluation sera disponible.

Attention, le public est exigeant. Avec près de 4 heures quotidiennes de consommation d'images, le spectateur, fut-il patient n'en reste pas moins un expert en images... La qualité des images et des contenus sur une nécessité. Françoise Galland, fondatrice de l'association SPARADRAP soulignait l'importance de travailler avec les associations de patients et l'exigence qu'implique cette collaboration...

Devant l'immense tâche à réaliser, (informer sur l'établissement, sur les centaines de pathologies les plus fréquentes, mais également être un véritable acteur de prévention, et apporter sa pierre à l'ouverture de l'hôpital vers la culture), tous s'accordent l'impérieuse nécessité de mutualiser les savoirs et les travaux. Le principe, éviter de réinventer l'eau chaude est acquis. Dans les faits, cela demande de créer un comité de lecture,

Groupe pilote TV hospitalière

**Avec le soutien de la Conférence des D.G. un groupe pilote a été constitué. Il réunit Bordeaux Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Metz-Thionville, Nancy, Nantes, Orléans, Paris, Rouen, Reims, Strasbourg. Tous les établissements intéressés sont invités à rejoindre ce groupe*

d'inventorier les dizaines de fonds documentaires existants, de visualiser des milliers de vidéos, de les sélectionner, d'en négocier les droits...

Sans même aborder les aspects techniques. L'œuvre audiovisuelle a son lot de contraintes, juridiques, réglementaires, éthiques, techniques... Mais une fois ce parcours du combattant terminé, le miracle du numérique permet un échange sans limite.

Philippe Berrebi, directeur général de MVS et producteur de l'événement médiatique de l'automne (les Victoires de la médecine) a rappelé le pouvoir de l'image pour valoriser l'innovation. Son complice **Jean François Lemoine**, chroniqueur à France-Info, a pour sa part invité à la modestie... Beaucoup d'argent a été perdu dans l'aventure de Santé-vie TV et il faut savoir tirer les enseignements de ces expériences. Des parrains de poids pour soutenir le projet d'un réseau audiovisuel hospitalier...

La radio a aussi sa place à l'hôpital

A la démonstration par l'image, certains préfèrent la suggestion de la voix, c'est pourquoi les hôpitaux réfléchissent aussi aux moyens de développer des radios hospitalières. A ce titre, l'initiative de **Radio hôpital** intéresse tout particulièrement les professionnels de santé.

A Bordeaux, Radio CHU vient de fêter son premier anniversaire. Média de proximité, cette radio interne, animée par des bénévoles, présente durant ses 2 heures de programmes quotidiens la vie hospitalière dans toutes ses dimensions (vie associative, services aux patients et à leur entourage...) le tout ponctué par intervalles musicaux.

→ Culture

Metz-Thionville

« La pédiatrie enchantée » partenaire culturel du CHR

« Avec l'Art, conduire les enfants au-delà des soins », telle est la devise de la « Pédiatrie Enchantée ». Fondée en juin 2000 dans le cadre du projet de service de pédiatrie du CHR de Metz-Thionville, l'association, dont la présidente est **Nora CELESKI**, auxiliaire de puériculture, réunit des bénévoles en majorité médecins et soignants exerçant dans les services pédiatriques lorrains. Les enfants malades ou en difficulté peuvent bénéficier d'ateliers musique, arts plastiques, art du goût et de spectacles ponctuels marquant les temps forts de l'année. L'association finance ces activités et rémunère les intervenants professionnels. Cette action s'inscrit dans le projet « Musique Art et Culture », pour continuer de vivre au CHR Metz-Thionville.

Atelier musique

La communication par l'écoute, la lecture, le regard, la gestuelle, mais également la voix, la parole, le chant. L'intensité des regards échangés, le plaisir des mots, pour leur sonorité, leur couleur, sont autant de caresses auditives et permettent de toucher autrement le corps de l'enfant au-delà des gestes et des soins techniques. L'éveil et la découverte des instruments et rythmes qui leur sont proposés permettent à l'enfant d'explorer l'univers de la musique et du spectacle.

Le Conservatoire National de Région de Metz, partenaire de ce projet depuis sa création, s'implique dans la coordination des musiciens intervenants

Atelier arts plastiques

La peinture, le dessin, le contact des différentes matières permettent à l'enfant de trouver un exutoire, de se révéler, de se réaliser et parfois de se dépasser. Ces activités qui, certes rompent l'isolement, font de l'enfant malade ou en difficulté un être réceptif, actif et créatif. Elles peuvent aussi les aider à construire les concepts fondamentaux de temps et d'espace que le vécu de la maladie complique. Une artiste peintre intervient depuis avril 2004 au service pédiatrie de l'hôpital Bon Secours.. Les toiles réalisées par les enfants hospitalisés sont exposées sur les murs du service de pédiatrie.

Atelier art du goût

Une activité autour de l'art de la pâtisserie est proposée à un groupe d'adolescents malades (anorexiques). Elle invite ces jeunes à créer « une assiette », et leur permet ainsi de s'exprimer et de marier beauté, odeur, et saveur.

Art du spectacle

Les contes, les marionnettes, les clowns, rendent les enfants plus réceptifs. Ils favorisent le calme, la détente, apaisent parfois les angoisses.

Animations ponctuelles : Anniversaire des enfants malades, Fête de la Musique, Noël, Pâques, Journées Nationales de la Culture à l'Hôpital.

Projet En partenariat avec l'Institut National Européen de Chant Chorale (INECC) et l'Association Planète Clé de Sol qui intervient au CHU de Nancy, l'association propose aux musiciens et au personnel soignant un stage sur le thème « enfant malade et musique ».

Coordonnées

Association Pédiatrie enchantée
8, rue de la Côte
57050 le Ban-St-Martin
Tél. : 03.87.30.41.14 ou 06.63.49.94.63
e-mail : la.pediatrie.enchantee@wanadoo.fr



Oublier un temps sa douleur, c'est déjà ça !

Ecoutez « des Mots Zé des Sons » ! Le CHU d'Angers vient de recevoir une subvention de 100 000 € pour le financement de l'opération « des Mots Zé des Sons ». Opération à vocation socio-culturelle, cette intervention bénéficie du soutien de la Caisse d'Épargne dans le cadre de son programme de développement de Projets d'Économie Locale et Sociale.

Porté par des équipes soignantes et des médecins, « Des Mots Zé des Sons » est un programme de contes et d'interprétations musicales faisant appel à des artistes professionnels. Organisé sous l'égide de l'association Entr'Art, association culturelle du CHU d'Angers, ce programme est composé par des hospitaliers pour un public hospitalier (patients, visiteurs et professionnels). Une convention, entre la Caisse d'Épargne et l'association Entr'Art, a officialisé ce partenariat en juin dernier.

« Des mots zé des sons » trouve sa genèse dans une collaboration déjà ancienne entre les services de pédiatrie et « RA Conte », association de conteurs professionnels. Les nouvelles ressources permettent à « RA Conte » d'élargir ses interventions aux autres services. Contes en obstétrique pour la maman et l'enfant à venir, « veillées » pour les patients et leur famille du secteur de réadaptation, « racontées » dans les services de pédiatrie et de gérontologie ou encore contes au chevet sont autant d'occasions de nouer ou renouer le dialogue avec le patient.

Les genres musicaux programmés sont à l'image des usagers d'un hôpital : multi-culturels et trans-générationnels. C'est ainsi que se côtoient « Jazz Manouche », « chansons enfantines », « funk disco », « standards » de la chanson française, Rock et Hip Hop.

La « saison musicale » a débuté avec des mini-concerts offerts dans les lieux publics du CHU : musique à la carte en addictologie, gynécologie-obstétrique, gérontologie, pédiatrie, soins de suite et de longue durée... autant d'occasions de mettre au diapason soignés et soignants.

L'appel aux conteurs et aux musiciens n'a ni ambition thérapeutique, ni prétention artistique. Il s'agit plus simplement de créer du lien, de l'émotion, du plaisir partagé. Certains sourires, des paroles retrouvées ou encore une attention momentanée laissent à penser que l'objectif est atteint pour partie.

Marseille

L'hôpital forme les bénévoles

Pour faciliter l'intervention des bénévoles à l'hôpital, l'AP-HM propose des formations aux associations conventionnées. Les associations de patients ou d'usagers font désormais partie du paysage hospitalier, et leur rôle a été renforcé par la loi sur les droits des malades du 4 mars 2002. Particulièrement appréciées par les soignants pour le soutien qu'elles apportent aux patients et à leur entourage, ces associations se doivent cependant de respecter les règles de fonctionnement de l'hôpital. Pour faciliter leurs interventions, l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille propose depuis 2004 aux bénévoles de suivre certaines formations destinées au personnel. « Les associations doivent connaître l'hôpital de l'intérieur et savoir quel discours utiliser face aux patients », expliquent les responsables de la formation. Le programme de formation s'articule autour de trois grands axes : le fonctionnement de l'hôpital, la législation relative aux droits du patient, et la communication appliquée à la sensibilisation, à la prévention et à l'éducation de la santé. « Cette participation des bénévoles au plan de formation de l'AP-HM permet de conjuguer les compétences des associations et des soignants en matière de santé publique et d'éducation à la santé. C'est aussi une véritable rencontre humaine en dehors de l'espace de soins », témoigne Jean Acciaro, responsable de l'association Transhepate

Plusieurs associations ont déjà participé aux cycles de formation :

- Association française des Diabétiques - A.F.D.PACA.
- Association d'Aide aux Insuffisants Rénaux - A.I.R. PACAC.
- Association des Visiteurs de Malades en Etablissements Hospitaliers - V.M.E.H.
- Association française des opérés du cœur et maladies cardiaques - AFDOC BDR
- Association Accompagnement-Liaison-Service-Maladies du motoneurone - ALS France
- Association régionale des déficients et transplantés hépatiques - TRANSHEPATE PACAC

Fort-de France

Don et greffe d'organes : la générosité alliée à la compétence

En Martinique, plus d'une centaine de patients atteints d'une affection rénale attendent une greffe de rein, plus de 150 personnes souffrent d'une affection oculaire nécessitant une greffe de cornée. Devant l'urgence de cette situation, le CHU assure depuis 1996 le prélèvement d'organes et de tissus notamment des prélèvements de reins et de cornées. En 2004, cette activité a permis de réaliser près de 60 greffes de cornées permettant à 60 personnes de conserver la vue et 18 greffes de reins. Pour effectuer ces précieux prélèvements, il est essentiel d'informer le public afin que chacun puisse exprimer sa position sur le don d'organes.

Depuis cinq ans, le Comité de Promotion du Don d'Organes constitué au CHU de Fort-de-France avec l'aide des clubs services de la Martinique (Lions, Soroptimist, Kiwani, Rotary) explique au travers de nombreuses actions la nécessité médicale du prélèvement et de son corollaire le don d'organes. **La prochaine action d'envergure est la réalisation d'un film à l'attention des jeunes adultes.** Actuellement, la générosité des donateurs et la mobilisation des personnels du CHU ont permis de réunir la moitié de la somme. La campagne continue...

Médecine et progrès

Recherche	[p. 10 à 14]
Innovation	[p. 15 à 16]
Cancer	[p. 17]
Sécurité	[p. 18]
Chronique médicale	[p. 18 à 20]
Coordination	[p. 20-21]

→ Recherche

Inauguration de la Maison de la Recherche Clinique	Angers
Un centre d'investigation clinique	Brest
Les maladies nutritionnelles comme champ d'exploration	Brest
L'avenir de la recherche passe par sa professionnalisation	Caen
Le Centre de Ressources Biologiques	Dijon
la plate-forme CLARA	Grenoble
Le CHU associé à un pôle de compétitivité	Limoges
Autorisation de recherche sur les cellules souches embryonnaires	Montpellier
Une dynamique de recherche	Poitiers

Brest

Un centre d'investigation clinique à Brest

Le CHU de Brest figure parmi les 16 établissements hospitalo-universitaires disposant d'un centre d'investigation clinique. Cette nouvelle structure hospitalo-universitaire a été créée en janvier 2005, à la suite d'un appel d'offres commun du Ministère de la Santé et de l'Inserm. Elle s'inscrit dans la dynamique engagée par la labellisation récente de deux unités Inserm sur le site du CHU.

Depuis plusieurs années le CHU de Brest prépare la structuration de la recherche clinique. Plurithématique et transversal, le nouveau Centre d'Investigation Clinique, situé à l'Hôpital de la Cavale Blanche, est placé sous la responsabilité du Professeur Emmanuel OGER.

Plusieurs axes forts se dégagent de ce projet : maladies génétiques, évaluation des techniques chirurgicales, pathologies vasculaires, cancérologie,

pathologies auto-immunes, télémédecine, troubles du comportement de l'enfant.

Les missions transversales du CIC

- Favoriser le développement de la recherche clinique
- Faciliter les échanges scientifiques
- Aider à l'élaboration du projet
- Encourager la pluridisciplinarité
- Former à et par la recherche
- Valoriser et diffuser des résultats
- Regrouper les ressources méthodologiques
- Intégrer une logique d'assurance qualité
- Attirer les industriels sur le site en garantissant le respect des bonnes pratiques cliniques de laboratoires.

Porté par le Professeur MOTTIER, chef du Département de médecine interne et de pneumologie du CHU et Directeur de l'équipe d'accueil 3878 (groupe d'études de la thrombose en Bretagne Occidentale), le CIC a reçu le soutien de toutes les équipes de recherche labellisées du site et des services reconnus pour leur activité de recherche clinique.

Angers

Inauguration de la Maison de la Recherche Clinique

Le CHU d'Angers, dispose des atouts nécessaires au développement de la recherche clinique : des compétences et des expertises médicales et universitaires, un plateau technique de pointe et des patients susceptibles de participer aux essais cliniques. Pour coordonner ces activités, des experts des études de recherche clinique sont regroupés au sein de la Maison de la Recherche Clinique.

Du laboratoire au lit du patient.

Avec plus de 65 000 hospitalisés par an et pas moins de 250 000 consultants, le CHU d'Angers est un site privilégié pour développer la recherche clinique au service de la population. Les compéten-

ces et l'expertise des équipes du CHU et de l'université d'Angers constituent un facteur essentiel dans le développement de la recherche sur la région.

Mission indissociable de l'activité de soin et de formation, la recherche en santé du CHU d'Angers puise son dynamisme dans un terreau particulièrement fertile. A titre d'exemple, depuis 2000, pas moins de **52 projets hospitaliers de recherche clinique dont 6 de niveau national et plus de 450 essais thérapeutiques** en lien avec des prestataires extérieurs ont été conduits. **En 2004, trois programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) nationaux** sur quatre ont été financés. L'excellent score obtenu en rapportant le nombre de projets retenus au nombre de projets présentés place Angers en tête des CHU dans ce domaine.

C'est dans cet environnement particulièrement favorable que la Maison de la Recherche Clinique a été inaugurée, au CHU d'Angers, le vendredi 11 mars 2005. Cette infrastructure spécialisée permettra de promouvoir et structurer les études, d'assister les promoteurs et les investigateurs et d'assurer le respect de l'éthique.

3 structures clés ont été regroupées sous un même toit pour former la Maison de la Recherche Clinique :

- le centre de recherche clinique (CRC),*
- le comité consultatif de protection des personnes se prêtant à la recherche biomédicale (CCPPRB)
- la délégation régionale à la recherche clinique (DRRC)

La « Maison de la Recherche Clinique » témoigne de la dynamique « recherche » du pôle santé angevin.

Pour la petite histoire : Le CRC participera cette année à un test de matériel médical destiné aux cosmonautes de la station internationale et développé par le CNES.

* collaboration entre les CHU d'Amiens, de Caen, de Lille et de Rouen

Les maladies nutritionnelles comme champ d'exploration

50% des malades hospitalisés sont dénutris, 2 millions de Français ont un diabète de type 2, plus d'un français sur dix est obèse et ce nombre est doublé lorsqu'il s'agit d'enfants et d'adolescents. Pour mieux comprendre les mécanismes à l'origine des altérations nutritionnelles et évaluer les traitements, le Laboratoire Régional de Nutrition Humaine du CHU de Brest réalise des explorations fonctionnelles nutritionnelles et métaboliques. Au cours des 2 dernières années, 450 personnes ont été explorées.

« Nous avons exploré des patients dénutris avant et au cours de la re nutrition par voie orale ou par nutrition artificielle, des obèses et des diabétiques de type 2, des malades cancéreux, des patients hémodialysés, d'autres à haut risque cardio-vasculaire porteurs d'une insulino-résistance. Les résultats ont permis de mieux ajuster les conseils diététiques, d'adapter le traitement nutritionnel et pharmacologique de ces patients », explique le Professeur Jacques Delarue, Directeur du Laboratoire Régional de Nutrition Humaine du CHU de Brest.

Une batterie de techniques pour mesurer le métabolisme

Des techniques sophistiquées sont utilisées pour mesurer la dépense énergétique, quantifier les flux de glucose et d'acides gras dans la circulation sanguine, évaluer la sensibilité à l'insuline, la sécrétion d'insuline, connaître la composition corporelle... Les tests se font au sein de l'unité ou dans les autres services grâce à la mobilité des équipements.

La recherche clinique

L'activité de recherche du laboratoire est principalement orientée vers l'effet métabolique des acides gras oméga-3 d'origine marine chez des patients avec insulino-résistance et le volontaire sain. L'unité teste également le bénéfice potentiel des oméga-3 marins en prévention des maladies métaboliques et leur effet sur la réponse au stress psychologique chez le volontaire sain et chez l'obèse. Cette recherche est effectuée dans le cadre de l'activité scientifique de l'équipe de recherche EA-948 « Oxylipides ».

D'autres études ont été effectuées en collaboration avec l'équipe de Néphrologie chez des patients hémodialysés.

Enfin, le laboratoire participe au PHRC obtenu par le Pr Sizun en mesurant la consommation d'oxygène d'enfants prématurés pris en charge avec la technique NIDCAP.

En projet : l'étude de l'apport thérapeutique des oméga-3 marins chez des malades porteurs d'un syndrome métabolique et le bénéfice de la supplémentation en carnitine sur l'insulino-résistance de patients hémodialysés.

D'après un article du Pr Jacques Delarue

Caen

L'avenir de la recherche passe par sa professionnalisation

Conscient de son retard, le CHU de Caen veut mobiliser toutes les énergies autour d'une stratégie scientifique commune.

Le retard de Caen

La compétitivité nationale médicale et scientifique amène Caen à se situer par rapport aux autres CHU mais l'établissement souffre d'un manque de postes médicaux, 50 par rapport au CHU d'Amiens, 100 par rapport au CHU de Rouen. Côté UFR de médecine, le déficit hospitalo-universitaire s'élève à 15 emplois de professeurs, 2 maîtres de conférences et à 19 chefs de clinique-assistants. A cette pénurie s'ajoutent l'absence de culture de recherche, parfois d'intérêt et de temps pour mener des études. Les susceptibilités individuelles et les enjeux sous-évalués ont aussi contribué au manque de lisibilité et de visibilité de la recherche clinique. Malgré ces handicaps la recherche clinique caennaise connaît une progression régulière depuis quatre ans.

Etat des lieux de la recherche caennaise

Pour 2002/2003, on compte 69 articles en langue française et 217 en langue anglaise, (80 pour les laboratoires, 137 pour les services cliniques). Certains services ont multiplié par 8 leurs publications.

En 2004, la direction de la recherche clinique gère 478 contrats. 28 équipes (69% biologiques, 31% cliniques) ont déclaré une activité de recherche soit 122 personnes dont 50 biologistes appartenant à une équipe labellisée universitaire.

44 projets hospitaliers de recherche clinique (PHRC) sont en cours de réalisation. Pour la moitié, les équipes de Caen en étaient les investigateurs principaux. La totalité des PHRC élaborés

avec l'unité de recherche clinique a été retenue et financée, 2 nationaux touchant les domaines de l'anesthésiologie, la cardiologie, la chirurgie cardiaque et la réanimation médicale. 6 régionaux concernant la neurologie, la dermatologie, la radiologie interventionnelle, la chirurgie maxillo-faciale et la gynécologie pour un montant total de près d'un million d'euros. Actuellement l'UFR de médecine compte sept équipes d'accueil et cinq équipes labellisées associées au CNRS, à l'INSERM et au CEA.

Enfin, le CHU a créé un annuaire de la recherche disponible sur son site internet. Il fournit les coordonnées de chaque équipe, les thèmes de recherche la production scientifique, les thèses d'université et diplômes d'études approfondies, les PHRC et les collaborations.

La recherche caennaise sur le plan national

Le CHU de Caen représente environ 1% de la recherche clinique française. Celle-ci est principalement dominée par les hôpitaux de l'AP-HP qui réalisent 25% de la production nationale, tandis que les CHU de Bordeaux, Lyon ou Marseille en assurent entre 5 et 8 %.

L'avenir passe par l'engagement des acteurs clés de la recherche clinique et fondamentale autour d'une stratégie scientifique commune. **Selon le Pr Jean-Louis Gérard, doyen de l'UFR de médecine « la recherche clinique doit s'intégrer dans le schéma de labellisation quadriennal universitaire ».**

La dynamique amorcée par l'établissement peut être confortée par la nouvelle source de financement du G4*. Le CHU de Caen bénéficie aussi du soutien du Conseil Général. Ces atouts, associés à la pérennisation de l'Unité de Recherche Clinique et à la création d'un Institut Fédératif de Recherche, sont des garants d'un avenir favorable pour la recherche clinique et fondamentale caennaise et pour le rayonnement de la mission universitaire du CHU.

La recherche hospitalo-universitaire en France

Avec 29 directions et délégations à la recherche clinique, 31 centres d'investigation clinique, 11 unités de recherche clinique, les CHU s'affirment comme les premiers promoteurs institutionnels de recherche clinique. En 2002 l'Etat a financé près de 500 PHRC et les CHU se sont portés promoteurs de près d'un millier de protocoles pour un engagement financier de 60,6 millions d'euros.

* collaboration entre les CHU d'Amiens, de Caen, de Lille et de Rouen

Définition

La recherche fondamentale vise à comprendre les mécanismes physiologiques et/ou physiopathologiques de la maladie et à développer des molécules à visée thérapeutique.

Dans son prolongement, la recherche clinique s'attache à savoir dans quelles mesures ces moyens sont réellement efficaces chez l'homme par l'élaboration et la réalisation d'études financées au moyen de Projets Hospitaliers de Recherche Clinique portant sur l'épidémiologie clinique, la physiopathologie, les stratégies diagnostiques, l'évaluation et les essais thérapeutiques.

Dijon

Le Centre de Ressources Biologiques (CRB) atout majeur pour la recherche bourguignonne

Le Centre de Ressources Biologiques (CRB) recueille, étudie, conserve et distribue les matériaux biologiques tout en maintenant des bases de données correspondantes. L'initiative portée par les équipes du CHU de Dijon, le centre régional de lutte contre le cancer Georges-François Leclerc, l'Université de Bourgogne et l'Etablissement français de sang de Bourgogne Franche-Comté a bénéficié du soutien de l'INSERM et de la Direction de l'Hospitalisation et des soins.

A partir d'une première tumorothèque colorectale créée à l'initiative du Pr Jean Favre et du Pr Françoise Piard, le CRB a dégagé ses principes de développement : le renforcement des liens entre recherche clinique, recherche épidémiologique et recherche fondamentale et la mutualisation des moyens.

Aujourd'hui, le Centre porte deux projets :
- la caractérisation moléculaire et anatomoclinique des sous-types morphogénétiques des cancers colo-rectaux : étude pronostique sur une base de population, sous la responsabilité du Pr Françoise Piard.

- la physiopathologie, classification et marqueurs pronostiques des hémopathies malignes, sous la responsabilité du Pr Eric Solary.

Salué par les responsables, le CRB est un atout majeur pour l'essor de la recherche bourguignonne

« Le remarquable essor de notre recherche offre une chance supplémentaire à nos patients de bénéficier rapidement des techniques et des médicaments les plus innovants. C'est par ailleurs la condition même de l'attractivité de notre site pour les meilleurs médecins, étudiants et chercheurs, déclare le Pr

François Brunotte, Doyen de la Faculté de Médecine de Dijon. Le Centre de Ressources Biologiques est une richesse supplémentaire pour le CHU qui pourra entreprendre seul ou dans le cadre de collaborations institutionnelles ou industrielles des recherches sur ces échantillons. »

Organisation du CRB

Unité fonctionnelle du pôle de Recherche Clinique du CHU de Dijon, le CRB est géré par la Direction de la qualité et de la Recherche. Les options scientifiques, comme la décision d'accueillir de nouvelles collections, relèvent du comité technique.

Son budget provient d'une dotation pérenne de la DHOS, d'une subvention du ministère de la recherche et d'un auto-financement du CHU. Il finance un socle de personnel technique minimal (technicien, informaticien...), les infrastructures de cryo-préservation (3 cuves à azote liquide), un système d'information...

La gestion de la base d'annotations est assurée par le département d'informations médicales.

Schéma type de prise en charge d'un échantillon

Le médecin responsable du prélèvement ouvre une fiche d'annotation dans la base de données du DIM. Rendu anonyme par un algorithme de cryptage, cette fiche contient toutes les informations cliniques pertinentes et les données relatives à l'échantillon. L'échantillon est ensuite transféré dans un laboratoire où il est caractérisé (mesuré en fonction de plusieurs paramètres, extraction d'ADN...)

Cette opération effectuée, les échantillons secondaires sont adressés au Centre Inter-régional de Cryoconservation (CIRC) sur le site de l'Etablissement français de sang pour être congelés en vapeurs d'azote liquide. Le CIRC renseigne en retour la fiche d'annotation (échantillons source ; échantillons fils, caractérisation ; nombre...)

Perspectives

A terme, une partie de l'auto-financement du CRB sera couverte par des activités de prestation de services (cryo-préservation, caractérisation d'échantillons biologiques...) et par la cession d'échantillons à des équipes extérieures ou à des partenaires industriels. La cession sera bien entendu conditionnée par l'accord du responsable de la collection et du comité technique.

D'après un article d'Alain Bonnin publié dans Avis de recherche n°4 sept 2005

Grenoble

CLARA : la plate-forme Grenobloise

Installée en mai 2005, Clara améliore la prise en charge des malades porteurs de cancers grâce à un transfert rapide des connaissances des laboratoires de recherche académiques ou industriels vers l'hôpital.

Dès 2003, après l'annonce du plan de mobilisation contre le cancer, le Ministère de la recherche et celui de la santé œuvraient à la mise en place de sept cancéropôles régionaux et annonçaient un soutien financier important. Objectif : mettre en place des projets d'envergure européenne, favoriser les liens entre laboratoires de recherche et services cliniques et les partenariats avec l'industrie.

Le Cancéropôle Lyon-Auvergne-Rhône-Alpes appelé CLARA a obtenu le financement de cinq projets en 2004 dont trois, coordonnés par des chercheurs ou enseignants chercheurs grenoblois.

Parallèlement à cette initiative nationale, les collectivités territoriales de l'agglomération lyonnaise, la région Rhône-Alpes et l'Etat ont alloué une somme de 30M€ pour doter CLARA d'une tête de réseau à Lyon, travaillant en relation avec les structures de Grenoble et St Etienne. Cette aide a aussi permis d'installer trois plates-formes technologiques à Grenoble et Lyon et un centre régional de ressources en santé publique à Saint Etienne. Ainsi 4,5 M€ ont été attribués à Grenoble pour l'ouverture d'une plate-forme de protéomique, nanotechnologies et d'imagerie fonctionnelle.

Les anomalies des gènes, observées depuis les états précancéreux jusqu'aux stades de cancer et de métastases, sont de mieux en mieux caractérisées grâce au décryptage du génome humain. Ces gènes codent pour des protéines qui seront la cible des nouveaux médicaments.

Etudier ces protéines au niveau des tumeurs de chaque malade reste un challenge technologique et économique. In vitro, leurs analyses doivent être faites à grande échelle, avec les contraintes réglementaires des analyses biologiques en milieu hospitalier, et surtout sur des échantillons tumoraux de très petites tailles pour être le moins traumatisant possible pour le malade. In vivo, les techniques d'imagerie doivent être sensibles et spécifiques. Ces analyses seront indispensables pour établir un diagnostic précoce de la maladie, seul garant de la

guérison, pour prédire la sensibilité et la toxicité liées au traitement et surveiller les malades traités.

Localisée sur le campus Santé, la plate-forme Grenobloise du CLARA a pour objectifs

Au plan technologique

- Le développement de méthodes innovantes pour l'analyse des protéines, compatible avec une utilisation en secteur hospitalier ; ceci en collaboration avec le centre de recherche en protéomique de la génopole RA et les industriels du site.
- Le développement et la validation de micro/nano-technologies pour l'analyse sur de très petits échantillons tumoraux en collaboration avec le CEA/LETI.
- Le développement de nouvelles techniques d'imagerie fonctionnelle, optique, SPECT et RMN en collaboration avec le CEA/LETI et les industriels.

En recherche clinique

- L'identification de nouvelles protéines impliquées dans le cancer.
- La recherche de protéines qui permettent une classification plus précise des cancers, un diagnostic précoce et l'évaluation de l'efficacité des traitements ; ceci, grâce au centre de ressources biologiques constitué pour les cancers du poumon, les lymphomes et les tumeurs cérébrales.
- La caractérisation des protéines impliquées dans la réponse du système immunitaire du malade à sa tumeur et leur variation lorsque le malade est traité par immunothérapie.
- L'application de l'imagerie fonctionnelle, IRM, SPECT ou optique pour découvrir de nouvelles thérapeutiques, analyser si les drogues vont préférentiellement dans la tumeur en épargnant les cellules normales et suivre leur efficacité avec un intérêt particulier pour les drogues qui privent la tumeur de sa vascularisation indispensable à sa survie.

Cette plate-forme fédère les ressources du CHU de Grenoble, et d'autres Institutions (Etablissement Français du Sang, unités INSERM, CNRS...). Elle s'enrichit des compétences de l'Institut de Biologie Structurale et des grands instruments européens, des industriels du site. Elle participe également aux grands projets régionaux en particulier NanoBio qui associe l'Université Joseph Fourier et le CEA, la Génopole Rhône-Alpes, la pépinière d'entreprises BIOPOLIS et les autres plates-formes du CLARA.

Limoges

Le CHU associé à un pôle de compétitivité

Le CHU, associé au projet de pôle cancer-bio-santé vient d'être labellisé « pôle de compétitivité » par le Comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire. Une reconnaissance de la performance de ses équipes hospitalo-universitaires !

Le pôle cancer-bio-santé fait partie des 67 pôles de compétitivité sélectionnés, sur les 105 appels à projets remis au gouvernement.

Les trois projets du pôle cancer-bio-santé, présentés par le CHU de Limoges et la Faculté de médecine et associant les équipes médicales et l'industrie, sont les suivants :

- Radiopharmaceutiques pour tomographie d'émission à positons utilisables en cancérologie - Pr Jean-Claude VANDROUX, chef du service de médecine nucléaire du CHU de Limoges - (partenariat industriel : Cyclopharma)
- Anticorps humanisés à ciblage muqueux et à vocation anti-tumorale - Pr Michel COGNE, chef de service du laboratoire d'immunologie et d'immunogénétique du CHU de Limoges - (partenariat industriel : ANVAR)
- Création d'une unité de transfert applications diagnostic cancer - Pr Jean FEUILLARD, chef de service du laboratoire d'hématologie du CHU de Limoges - (partenariat industriel : Beckman Coulter International).

Déjà depuis juillet 2003, le CHU de Limoges était intégré dans le Cancéropôle du Grand Sud-Ouest (GSO), en association avec les CHU de Toulouse, Bordeaux, Montpellier et Nîmes dans le cadre de l'appel d'offres « émergence des cancéropôles » (plan cancer).

Certaines équipes médicales se sont investies parallèlement dans le projet cancer-bio-santé créé à Toulouse sur le site AZF - Langlade, avec le soutien actif du Conseil régional, de l'Agence régionale de l'hospitalisation du Limousin et du préfet de région.

Un pôle de compétitivité met en réseau l'industrie, les laboratoires pharmaceutiques et la formation, dans un cadre interrégional.

Le label «pôle de compétitivité» va renforcer le rayonnement des équipes de recherche limousines.

Le pôle cancer-bio-santé fonctionne en synergie avec la recherche publique (INSERM, CNRS, Institut d'innovations technologiques...), l'enseignement supérieur, des soins cliniques (laboratoires publics, centre de lutte contre le cancer, services cliniques hospitaliers, réseaux de soins...), les industries pharmaceutiques (Pierre FABRE, Aventis-Sanofi, Siemens, Glaxo Smith Kline...), les entreprises de bio-technologie.

Ce pôle fédère les moyens publics et parapublics hospitaliers consacrés au traitement du cancer, regroupe les équipes de recherche publique et privée et favorise l'implantation d'une pépinière dédiée aux sciences du vivant.

Il envisage d'associer les collectivités territoriales et les Agences régionales de l'hospitalisation des régions constituant déjà le Cancéropôle GSO (Aquitaine, Languedoc Roussillon, Limousin, Midi-Pyrénées).

Les projets labellisés sont susceptibles de faire émerger « de jeunes pousses » industrielles en Limousin, en particulier celui porté par l'équipe du Professeur VANDROUX consacré à l'étude de nouveaux travaux radioactifs utilisés dans l'imagerie médicale (tomographie par émission de positons).

La fabrication de molécules isotopiques pourrait déboucher sur l'implantation d'un cyclotron en Limousin et générer la création d'un établissement pharmaceutique pouvant commercialiser ces traceurs auprès de structures de soins comme des entreprises industrielles.

Montpellier

Autorisation de recherche sur les cellules souches embryonnaires

Les équipes de l'Institut de Recherche en Biothérapie du CHU de Montpellier et de l'INSERM ont reçu le 8 juillet 2005 l'autorisation de développer des recherches sur des cellules souches embryonnaires humaines dans leurs domaines de prédilection : la cardiologie, la neurologie et le diabète. Les chercheurs travaillent à la création de cellules médicaments capables de réparer les organes défectueux.

La médecine régénératrice, dite biothérapie, est une discipline prometteuse appelée à jouer un rôle majeur dans l'innovation et le développement clinique de nouveaux médicaments.

L'autorisation est composée de trois volets :

1. Importation de cellules souches embryonnaires humaines
2. Conservation des cellules souches embryonnaires humaines
3. Réalisation d'un protocole de recherche

Cette autorisation implique un contrôle très rigoureux des expériences, des conditions de manipulation et du stockage. Ces travaux se dérouleront dans les laboratoires sophistiqués de l'Institut de Recherche en Biothérapie.

A la tête de l'Institut de Recherche en Biothérapie (IRB), le Professeur Bernard Klein, responsable de l'IRB, le Docteur John De Vos et le Professeur Samir Hamamah, Responsables du laboratoire de biologie de la cellule souche de l'IRB.

En 2007, les recherches se poursuivront dans un établissement high tech : le nouvel institut en cours de construction sur le site de l'hôpital saint Eloi. Ce bâtiment de 4000 m² d'une superficie est financé par la Région Languedoc Roussillon, Montpellier Agglomération, le CHU de Montpellier et l'INSERM.

Pour plus d'informations :

<http://irb.chu-montpellier.fr/index.htm>

Poitiers

Une dynamique de recherche

Le 27 septembre 2005, Christian Bréchet, directeur général de l'Inserm, Jacques Santrot, président du Conseil d'administration et Jean-Pierre Dewitte, directeur général du Centre hospitalier universitaire de Poitiers, Jean-Pierre Gesson, président de l'Université de Poitiers et le professeur Roger Gil, doyen de la faculté de Médecine et de Pharmacie, ont inauguré l'unité Inserm E0324 sur l'ischémie-reperfusion en transplantation rénale, dirigée par le professeur Gérard Mauco, en présence de Ségolène Royal, présidente de la Région Poitou-Charentes.

Thème prioritaire du Conseil Régional, la dynamique de la recherche en Poitou-Charentes est ainsi encouragée. Une reconnaissance obtenue grâce à l'engagement fort de tous les partenaires, cliniciens, universitaires et chercheurs.

Sous la direction du professeur Michel Carretier, l'équipe de chirurgiens du CHU de Poitiers cherche à définir les conditions de bonne conservation des organes. **Cette expertise passe par la connaissance des éventuels effets secondaires induits par les différentes étapes physiques du transfert d'organes**, en particulier les variations de température et l'étape ischémie-reperfusion (diminution puis reprise de la circulation sanguine). En effet, les cellules du greffon subissent avec difficulté les variations de température induites par la conservation à 4°C nécessaire au transport du greffon puis le rebranchement sur la circulation générale du receveur, qui est bien sûr à 37°C. Les travaux de ces chercheurs ont ainsi permis de mettre au point de nouveaux liquides de conservation, aujourd'hui en cours de production industrielle.

A plus long terme, l'équipe cherchera à définir les conditions limites, c'est-à-dire les critères indispensables à la garantie de « bonne qualité » d'un greffon potentiel, en particulier dans le cas de donneur à cœur arrêté. Elargir les règles d'inclusion grâce à un pré-traitement éventuel du donneur permettrait de répondre mieux et plus vite à la demande de greffes aujourd'hui difficile à satisfaire. **Cette démarche s'appuie sur la mise au point d'un « profil global » du greffon établi grâce aux techniques microscopiques et de spectroscopie RMN sur biopsie de rein, de protéomique et de mesures de sa capacité métabolique.** Les plates-formes technologiques nécessaires à l'élaboration de ces « profils » ont été acquises ou sont en cours d'acquisition grâce à la mobilisation des partenaires - Centre hospitalier universitaire, Inserm, Université - et le soutien du contrat de plan Etat-Région.

La greffe de rein en France

L'insuffisance rénale reste une pathologie très répandue. « La présence d'une équipe INSERM au CHU de Poitiers représente un espoir pour les dialysés et les patients en attente de greffe rénale de pouvoir bénéficier de meilleures conditions de conservation des organes avant transplantation et de faire face à la pénurie des organes. » explique Christian Bréchet, directeur général de l'Inserm.

En France, 5 636 demandes de greffe de rein étaient en attente au 31 décembre 2004 ; 2 423 greffes ont été réalisées cette même année. L'unité Inserm

E0324 développe de nouvelles techniques pour améliorer l'efficacité des transplantations d'organes en se mobilisant sur une double approche :

- augmenter la bonne récupération de l'organe avant son transfert chez le receveur
- augmenter la ressource en greffon par une meilleure connaissance des critères requis pour les prélèvements.

L'Inserm et l'Université mettent ainsi en place un laboratoire qui se situe dans un réel continuum entre la recherche fondamentale et la recherche directement liée à ses implications cliniques.

Le Centre hospitalier universitaire de Poitiers, acteur majeur de la recherche institutionnelle et académique se positionne aussi comme un partenaire incontournable de l'industrie pharmaceutique.

- 15 PHRC nationaux depuis 1994
- 24 PHRC régionaux depuis 2001
- 30 programmes de recherche depuis 2001, financés sur les fonds propres de l'établissement.

Chaque année, en moyenne, 100 nouveaux essais cliniques sont mis en place dans l'établissement, toutes disciplines confondues, permettant d'identifier tous les ans une file active de près de 250 protocoles de recherche.

La recherche clinique du Centre hospitalier universitaire de Poitiers s'appuie également sur la création d'une tumorothèque labellisée en juillet 2004 et soutenue par le ministère chargé de la Santé, par le Conseil régional de Poitou-Charentes et par l'établissement sur ses fonds propres. **La tumorothèque** centralise et archive les échantillons tumoraux et s'intègre au canceropôle Grand-Ouest.

« Poursuivre une dynamique de recherche, c'est assurer une amélioration constante de la prise en charge des patients » déclare Jean-Pierre Dewitte, le directeur général. Soucieux de valoriser au mieux ces travaux, l'établissement charge une mission de déposer, de gérer et de protéger les brevets en partenariat avec la cellule de valorisation de la recherche de la région Poitou-Charentes et du CNRS. Le CHU reste très attentif à l'ancrage européen de sa recherche, symbole de ses engagements et de ses espoirs dans l'amélioration des connaissances biomédicales.



→ Innovation

Un cœur artificiel en attendant la greffe

Lille

Thérapie cellulaire et réparation du cœur : une première nationale !

Nantes

Hernie discale lombaire : une nouvelle intervention sous scanner

Nice

9^{ème} journée innovations : le succès au rendez-vous

Orléans

Le vaisseau star war du CHU à l'assaut de l'anévrisme

Poitiers

Lille

Un cœur artificiel en attendant la greffe

Un patient traité au CHU de Lille vient de bénéficier d'une innovation thérapeutique majeure dans le domaine de la transplantation cardiaque. Il s'agit de l'implantation d'un cœur artificiel de nouvelle génération, constitué de deux ventricules implantés à l'intérieur du thorax et reliés à un appareillage extérieur. Ce dispositif permet de prendre le relais d'un cœur affaibli par un grave infarctus.

Pour la première fois, cette innovation thérapeutique bénéficie à un patient du Nord-Pas-de-Calais. De retour à son domicile en Artois, le patient est désormais autonome.

L'opération a été rendue possible grâce au travail de la Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire du CHRU de Lille, avec l'aide du comité régional de la Fondation pour la Recherche Médicale. **A ce jour, cent patients dans le monde dont douze en France ont pu bénéficier de cette nouvelle technique.**

Le cœur artificiel nouvelle génération permet aux patients d'attendre la transplantation cardiaque chez eux, en poursuivant leurs occupations quotidiennes. Ainsi, le premier patient nordiste âgé de 51 ans, immobilisé et affaibli après un lourd infarctus, peut, 1 mois et demi après son intervention, marcher, et faire une heure de vélo d'appartement par jour.

Aujourd'hui cette technique reste une solution provisoire utilisée pour pallier la pénurie de greffons. Demain, elle pourrait remplacer la transplantation cardiaque.

Nantes

Thérapie cellulaire et réparation du cœur : une première nationale !

L'infarctus du myocarde, dû à l'obstruction d'une artère coronaire, entraîne la destruction de la zone cardiaque en aval de celui-ci. La prise en charge d'un infarctus vise dans la plupart des cas à désobstruer cette artère le plus rapidement possible, ce qui n'est pas toujours faisable et laisse des séquelles. Réparer cette zone et reconstituer le tissu cardiaque est l'objectif principal de la thérapie cellulaire cardiaque et de l'étude française BONAMI (BONE marrow cells in Acute Myocardial Infarction).

Conçue par les équipes médicales et de recherche de l'institut du thorax de Nantes, cette étude multicentrique coordonnée par le Pr Patricia Lemarchand évalue les effets de l'injection de cellules de moelle osseuse sur le processus de réparation du cœur après un infarctus du myocarde. Cette étude réalisée grâce à un réseau qui réunit les CHU de Nantes, de Lille, de Créteil, de Toulouse et de Montpellier, bénéficie d'un financement du programme hospitalier de recherche clinique et du soutien de l'AFM (Association Française contre les Myopathies), et de l'INSERM

La thérapie cellulaire a l'avantage d'être simple, peu traumatisante pour les victimes d'infarctus et se justifie pleinement en période aiguë. De plus, les spécialistes affirment que celle-ci pourrait avoir à long terme un effet bénéfique en termes de qualité de vie et de longévité. L'étude BONAMI quantifie l'effet bénéfique et identifie les patients qui bénéficieront de cette nouvelle approche thérapeutique.

Cette innovation thérapeutique a été adoptée pour la première fois en France le 18 mars 2005.

En octobre 2005, les équipes de l'institut du thorax du CHU de Nantes ont inclus dans l'essai le 20^{ème} patient.

Ce travail associe les équipes de cardiologie, d'imagerie médicale et de cardiologie interventionnelle mais également de médecine nucléaire, de chirurgie vasculaire, et d'immunologie du CHU de Nantes. Il a été rendu possible grâce à un partenariat avec l'Etablissement Français du Sang Pays de Loire.

Nice

Hernie discale lombaire : une nouvelle intervention sous scanner

Les douleurs lombaires sont un problème de santé publique majeur. On déclare en France près de 56 300 séjours hospitaliers par an pour hernie discale entraînant la plupart du temps, des arrêts de travail. Face à ce fléau, les traitements s'affinent et deviennent moins agressifs et moins coûteux.

Une douleur qui irradie le membre inférieur au point de ne plus pouvoir marcher ! il y a de fortes probabilités pour que ce soit une hernie discale.

Le diagnostic est d'abord suspecté cliniquement puis confirmé par une IRM ou un scanner réalisé après 1 mois de traitement médical dont le résultat n'est pas satisfaisant.

Ces examens permettent d'analyser de façon précise les rapports de la hernie discale avec les structures nerveuses ; un conflit disco-radiculaire responsable de la douleur irradiant dans le membre inférieur : sciatique ou cruralgie.

Des moyens thérapeutiques existent contre ces douleurs : antalgiques, anti-inflammatoires, rééducation et chirurgie en cas de résistance au traitement.

Depuis quelques années, grâce à l'émergence de technique d'imagerie interventionnelle sous contrôle scanner, des traitements radioguidés se sont développés.

En cas d'échec au traitement médical classique, il est possible de procéder à des infiltrations sous contrôle scanner au niveau de la hernie discale responsable de la douleur. Ces interventions se pratiquent en ambulatoire et nécessitent un repos au lit pendant quarante huit heures après le geste. Malgré leur efficacité prouvée, certains patients souffrent encore de leurs sciatiques.

Une nouvelle arme thérapeutique a fait son apparition au CHU de Nice venant s'ajouter à l'arsenal thérapeutique : la microherniectomy sous contrôle scanner.

Cette intervention consiste à réaliser sous anesthésie locale, sous asepsie chirurgicale une extraction de la hernie discale responsable de la douleur.

Le patient est allongé sous un scanner et un arceau de scopie, des repérages dans les 3 plans de l'espace permettent de s'assurer de la justesse du positionnement du matériel.

Une incision de 2 mm seulement permet d'introduire une sonde d'aspiration jusqu'au niveau de la hernie discale.

Enfin, on réalise une aspiration du fragment discal au contact du nerf. La hernie remonte par un procédé mécanique le long de la sonde. Elle est ensuite récupérée pour évaluer la quantité de matériel retiré.

L'intérêt de cette technique innovante réside dans son exécution en temps réel, sous anesthésie locale, indolore, durant en moyenne moins d'une heure et sans aucune cicatrice cutanée.

En cas d'échec de l'intervention, une opération par chirurgie classique pourra éventuellement prendre le relais. Une courte hospitalisation de 24 à 48 heures est nécessaire pour une surveillance post-interventionnelle.

Les résultats obtenus avec un recul de un an et demi sont très encourageants à condition de respecter les critères d'inclusions et les contre-indications.

Six CHU pratiquent cette technique

Cette procédure est réalisée depuis l'année 2004 au CHU à l'hôpital l'archet II par le Dr Amoretti Nicolas et le Dr Grimaud Anne dans le service du Pr Bruneton en imagerie médicale et interventionnelle. Six CHU pratiquent cette technique : Paris (Lariboisière), Clermont-ferrand, Lille prochainement Strasbourg et Nancy. Le CHU de Nice a été le premier à pratiquer cette intervention (première publication).

La prise en charge des patients est effectuée en étroite collaboration avec les Dr Flory Philippe, Brocq Olivier du service de rhumatologie du Pr Euler-Ziegler.

Orléans

9^{ème} journée innovations : le succès au rendez-vous

Au CHR, fêter l'innovation devient une tradition ! Le 28 avril 2005, 1 200 hospitaliers assistaient à 24 présentations décrivant les progrès et avancées thérapeutiques proposés par les équipes orléanaises.

Le CHR adopte les dernières avancées thérapeutiques. Dans le domaine de la lutte contre le cancer, **le traitement des tumeurs hépatiques par radiofréquence** réduit les tumeurs non résécables et rend certains patients opérables par la suite. Progrès d'autant plus utile, que l'affection suit l'augmentation des malades touchés par l'hépatite C, virus à fort potentiel cancérogène. Depuis 18

mois, 40 patients ont pu être traités avec succès au sein du service de chirurgie digestive, endocrinienne et thoracique. Les médecins espèrent étendre ce traitement à d'autres cancers, rein, poumon, os...

Toujours pour améliorer la prise en charge des personnes souffrant d'un cancer, le patient recevra désormais un complément d'information et de soutien psychologique lors de la **consultation infirmière**, celle-ci renforçant la filière paramédicale.

Enfin, **une tumorothèque** ouverte en janvier 2005 complète le dispositif de lutte contre le cancer. Sa mission : cryopréserver les tissus et cellules afin d'utiliser les techniques de biologie moléculaire pour préciser le diagnostic et participer à la recherche cancérologique.

Des progrès dans de nombreuses disciplines : une activité de neuroradiologie vasculaire prenant en charge des malformations, anévrisme notamment, traitement reposant sur **l'occlusion à l'aide de micro-spires métalliques : les coils**.

Ou encore : l'embolisation utilisée en cas de varicocèle génératrice d'hypofertilité masculine ⁽¹⁾.

Les technologies de pointe avaient leur place avec l'entéroscanner. Bien plus performante que le classique transit opaque de l'intestin grêle, cette nouvelle méthode d'imagerie permet un traitement plus rapide et mieux adapté.

Quant aux **endoscopes munis d'un zoom optique**, ils fournissent une image grossie d'un facteur 100. Le gastro-entérologue devient alors capable de distinguer les polypes à risque de cancer des autres lésions.

Parmi les nouveautés on citera des organisations mieux coordonnées : une seule porte d'entrée et le patient accède à un suivi complet et adapté. Ainsi, **les troubles du langage et des apprentissages de l'enfant** sont diagnostiqués dans le cadre de la consultation spécialisée pluriprofessionnelle (orthophonistes, psychologues, pédiatres, neuropédiatres, ORL) puis traités dans le cadre d'une coopération : le réseau DYS 45.

L'Unité Mobile Gériatrique d'Orléans est l'une des dix premières créées en France. Elle organise le suivi des personnes âgées hospitalisées au CHR et propose une orientation vers la filière gériatrique la mieux adaptée.

A l'heure du multimédia, l'information s'adapte à tous les publics :

- aux enfants, **le CD ROM « Attention soleil »** explique les dangers d'une surexposition.
- les futures mamans déficientes auditives comprennent mieux le déroule-

ment de la péridurale grâce à **un film didactique diffusé en version langue des signes**.

Le progrès c'est aussi l'attention portée à la douleur de l'enfant. Palliatif aux soins sous anesthésie générale, le MEOPA, mélange, équimolaire de protoxyde d'azote et d'oxygène, n'endort pas l'enfant. Ce dernier reste conscient, il participe aux gestes médicaux et ses parents peuvent rester à ses côtés. Améliorations qui diminuent l'anxiété du jeune opéré.

Anticiper c'est aussi apprendre à maîtriser une crise. Accidents routiers, crash d'avions, attentats, grippe aviaire, canicule, le CHR se prépare au pire en formant son personnel aux risques nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique.

Cette 9^{ème} journée a offert un panorama unique des innovations dont les patients pouvaient tirer un bénéfice direct. Un seul regret : que cette manifestation ne soit pas ouverte au public, elle aurait passionné les orléanais.

⁽¹⁾ **Le film, « Embolisation de varicocèle »** produit par le CHR d'Orléans, présenté le 12 septembre dernier aux Entretiens de Bichat 2005 à la Pitié Salpêtrière a reçu le prix du meilleur film didactique. Il décrit une nouvelle technique de radiologie interventionnelle, dans le traitement de la varicocèle. L'embolisation de la varicocèle réalisée par voie endovasculaire, consiste à mettre en place des spires métalliques (appelées coils) et de la colle biologique dans les veines dilatées pour les obstruer. Cette méthode simple et efficace se pratique en ambulatoire. Elle améliore la spermatogénèse. Ce film est utilisé en formation initiale et en formation médicale continue.

Coordonnées du service audiovisuel :
Philippe MINSTER Resp. service audiovisuel
Centre Hospitalier Régional d'Orléans
BP 2439 - 45032 ORLÉANS Cedex 01
Tél. : 02-38-74-47-17

Poitiers

Le vaisseau star wars du CHU à l'assaut de l'anévrisme

Quittant l'image monoplan pour accéder à la troisième dimension rotationnelle, le CHU de Poitiers investit le monde futuriste de la radiologie interventionnelle avec l'acquisition d'une salle de haute technologie appelée « bi-plan capteurs-plans ». « **La première en France et la cinquième en Europe** » se réjouit **Jean-Pierre Dewitte, Directeur Général**. A la fois centre de radiologie vasculaire et bloc opératoire, le pôle imagerie marque une étape déterminante dans le traitement des accidents vasculaires céré-

braux et témoigne d'une évolution profonde de la médecine de demain : « Le progrès, c'est la fusion entre la biologie et l'imagerie, entre la radiologie, la neurochirurgie et la chirurgie » commente le Dr Jacques Drouineau, thérapeute endovasculaire et coordonnateur du pôle imagerie.

Ouverte en mai 2005, la salle de radiologie vasculaire est dédiée au diagnostique et à l'interventionnel des pathologies neurovasculaires et vasculaires. 80 patients poitevins souffrant d'anévrisme encéphalique, d'hémorragie de la délivrance ou post-traumatique digestive ou encore de saignements du nez incoercibles... ont déjà bénéficié de cette technologie innovante.

Une somme de compétences au chevet du patient

La précision des images permet de réaliser un super diagnostic plus précis et plus complet. Quant à l'intervention, elle débute par l'introduction d'une sonde dans l'artère fémorale incisée au niveau de l'aîne. C'est par cette voie que le neuroradiologue pénètre dans l'univers de l'infiniment petit, à l'intérieur de vaisseaux de quelques millimètres, d'où l'extrême précision du geste.

Télécommande -type joystick- en mains, le Dr Drouineau guide la progression de la sonde dans le labyrinthe des artères et des veines à partir de ses 7 écrans de contrôle. Sur l'un des deux l'artère et la boîte crânienne s'affichent comme un hologramme mobile aux multiples positions. Arrivé sur la zone à traiter, le praticien réussira à tarir les saignements en déposant des agents hémostatiques et à réduire les anévrismes en les excluant de la circulation.

Chaque opération dure en moyenne entre 3 et 5 heures et mobilise les compétences d'une équipe de cinq experts : 2 radiologues, 1 anesthésiste...

Plus rapide, moins traumatisante, moins irradiante, plus sûre, avec de meilleures chances de bien vivre après l'accident, la neuroradiologie interventionnelle s'affirme comme une super spécialité qui remplace ou précède l'acte chirurgical.

Made in Europe

Le bi-plan capteurs-plans est de fabrication européenne. Une entreprise française TRIXEL a contribué à la réalisation de cette prouesse technologique en mettant au point les 900 capteurs de silicium qui réceptionnent directement les images.

Poitiers, référent interrégional en imagerie

L'investissement dans cet équipement hautement sophistiqué conforte le rôle du CHU en tant que pôle d'excellence en

imagerie pour la région voire l'interrégion Ouest. Ouvert aux autres établissements et professionnels libéraux, le plateau technique devient centre de formation. Quant à la recherche, le CHU de Poitiers participe à un programme multicentrique sur le traitement des sténoses carotidiennes par voie endovasculaire qui permettra de comparer ce traitement à la chirurgie.

Salle d'angiographie vasculaire en chiffres

Investissement : 1,3 million d'euros entièrement financé par le CHU

Coût du consommable utilisé pour le traitement d'un anévrisme : environ 3 500 euros

→ Cancer

Un nouvel équipement pour traiter les cancers digestifs **Grenoble**

Le dossier médical Archimed aux mains des patientes **Lyon**

Grenoble

Un nouvel équipement pour traiter les cancers digestifs

Le CHU de Grenoble est équipé d'un nouvel appareil, le Cavitherm. Mis au point en Rhône-Alpes grâce à la collaboration d'équipes médicales lyonnaises et grenobloises, ce nouvel équipement permet la destruction des cellules cancéreuses dans l'abdomen et ouvre une possibilité dans le traitement des carcinomes péritonéaux qui surviennent lorsque le cancer, d'origine digestive, atteint le péritoine de manière plus ou moins diffuse.

Cet appareil est utilisé par le Docteur Catherine Arvieux, praticien hospitalier dans le Département de Chirurgie Digestive et de l'Urgence dirigé par le Professeur Létoublon. Après l'intervention chirurgicale qui consiste au retrait de toutes les lésions tumorales, l'abdomen est refermé. Le cavitherm permet alors de diffuser par l'intermédiaire de drains et sous contrôle de sondes thermiques reliées à un ordinateur des produits de chimiothérapie chauffés à 40-45 degrés dans des conditions de sécurité optimale. Il s'agit d'interventions de haute technicité, qui atteignent parfois une dizaine d'heures, imposant une anesthésie et une réanimation lourdes et la collaboration d'équipes pluridisciplinaires avec les services d'Oncologie et de Radiologie.

Le coût de cet équipement a été financé à hauteur de 60 000 euros par l'Association Espoir (Association Iséroise de lutte contre le cancer). 12 patients ont pu bénéficier de cette technique en 2004 au CHU de Grenoble.

Lyon

Le dossier médical Archimed aux mains des patientes

Un groupe de patientes suivies pour un cancer du sein reçoit une copie des éléments essentiels de leur dossier médical. Le malade n'est-il pas le meilleur vecteur de transmission de ses informations médicales entre généralistes ou spécialistes ?

L'étude menée à grande échelle dans la région Rhône-Alpes sous l'égide des Hospices Civils de Lyon va apporter les premières réponses.

« Le projet est né bien avant la loi du 4 mars 2002 qui a placé le patient au cœur du système de soins », explique le Pr Cyrille Colin, coordinateur du Département d'Information Médicale (DIM) et responsable de ce projet avec le Dr Pascale Romestaing, chef du service de radiothérapie au Centre Hospitalier Lyon-Sud. Trois étapes ont précédé l'étude actuellement en cours, appelée « Archimed », pour « Archives médicales ». Entre 2001 et 2003, une équipe de recherche, menée par Laure Guittard, chef de projet⁽¹⁾ au DIM, a interrogé les Généralistes et spécialistes, libéraux et hospitaliers intervenant dans la prise en charge du cancer du sein. Les questions portaient sur leurs besoins en termes de transmission d'information. Les malades ont aussi été sollicités pour connaître les informations dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur maladie. Un groupe de travail pluridisciplinaire, comportant des médecins, des infirmières, des psychologues, une juriste et un économiste, mais aussi des patientes appartenant ou non à des associations, s'est ensuite appliqué à définir le format et la structure du dossier médical « Archimed ».

Le dossier médical comme lien et lieu d'information « Cette enquête nous a révélé que les médecins souhaitent que l'information circule mieux entre l'hôpital et la ville et cela dans les deux sens », explique Laure Guittard. Suite à cette enquête, la solution idéale pour relayer les informations entre les professionnels de santé pourrait être la patiente, d'autant plus qu'elle est très concernée. La patiente, de son côté, s'est révélée très intéressée par les modalités pratiques



de sa prise en charge et souhaiterait détenir une copie des courriers et comptes-rendus. Et elle ne désire pas encore de document informatisé, consultable à la maison, mais plutôt un dossier sous forme papier. Au final, celui-ci se décline en plusieurs parties, avec des pages d'information à remplir par les intervenants et diverses pochettes où insérer des comptes-rendus (médicaux, paramédicaux, imagerie, etc.).

Une étude comparative à lancer en Rhône-Alpes La seconde phase du projet consiste en une étude comparative randomisée dans toute la région Rhône-Alpes (une moitié reçoit le dossier Archimed et se voit chargée de l'alimenter à la suite des rencontres avec les professionnels de santé ; l'autre moitié - le groupe de référence - bénéficie de la pratique habituelle d'utilisation des dossiers médicaux). Après une étude pilote en été 2004, l'étude compte, en mai 2005, 25 centres et plus de 180 patientes. Pour atteindre l'objectif attendu de 660 patientes, l'équipe de recherche souhaite élargir le nombre de centres pour une meilleure représentativité des résultats. Dans cette étude, les patientes des deux groupes sont suivies pendant six mois, par le biais de questionnaires envoyés directement à leur domicile, à l'inclusion, à 3 mois et à 6 mois. Ce courrier vise à recueillir leur point de vue au long du suivi, à mesurer leur satisfaction, leur qualité de vie et leur niveau d'anxiété ou de dépression. Les patientes détenant leur dossier sont interrogées afin de connaître leur point de vue. Parallèlement, un autre questionnaire est envoyé aux médecins, centré sur ce que l'étude leur a apporté. « Une fois l'étude terminée, conclut le Pr Cyrille Colin, nous étudierons également le bénéfice, pour la patiente, de participer activement à son traitement et d'avoir accès à des informations médicales. »

⁽¹⁾ L'étude Archimed est menée par une équipe de recherche sous la responsabilité du Pr Cyrille Colin et du Dr Pascale Romestaing. Le comité de pilotage, animé par Laure Guittard, chef de projet, est composé des Drs Sophie Galand-Desmé et Laurent Letrilliart, de Mmes Anne-Laure Duménil et Nicole Berthou, pour le centre de coordination, et des Drs Pascale Romestaing (CH Lyon-Sud) et Pascale Mère (Clinique Jeanne d'Arc), radiothérapeutes, pour les services hospitaliers référents du projet. L'étude a été mise en place en collaboration avec le DIM des HCL, l'URML Rhône-Alpes, l'association pour la Télémedecine en Rhône-Alpes, les réseaux Concorde, Oncora, Soins et Santé (hospitalisation à domicile) Lyon, sans oublier les associations Vivre Avec et Europa Donna. Financeurs : PHRC, FHF, Ligue Nationale contre le Cancer, ANAES et Ministère de la Recherche.

D'après un article d'Anne-Sophie Léonard pour Tonic, le journal interne des HCL

→ Sécurité

Déploiement du logiciel « pharma » dans la chaîne de prescription

Nancy

Nancy

Déploiement du logiciel « pharma » dans la chaîne de prescription

Une traçabilité de la prescription à l'administration du médicament ! Le projet PHARMA s'intègre dans la double problématique de modernisation du Système d'Information Hospitalier et d'intégration des évolutions réglementaires.

Au CHU de Nancy, la communauté des pharmaciens s'est particulièrement investie depuis les années 90 et l'on peut dire que les logiciels de circuit du médicament arrivent à maturité. Ils intègrent maintenant l'ensemble du processus, depuis la prescription médicale jusqu'à l'administration par les infirmières.

La consultation des acteurs concernés a amené le CHU de Nancy à choisir le logiciel PHARMA. A ce jour, Nancy est l'un des CHU ou hôpitaux les plus avancés dans la mise en œuvre d'une application de circuit du médicament disposant d'autant de fonctionnalités. La réussite de ce projet est un pari ambitieux qui devra procurer une sécurisation et un confort dans l'exercice professionnel des médecins et soignants. Par exemple, le logiciel dispose de systèmes d'analyses automatiques d'interactions médicamenteuses, fondements d'une véritable PAO (prescription assistée par ordinateur).

Le déploiement initié dès l'été 2005 comprend trois phases :

- les pharmaciens dans le circuit de rétrocession (septembre 2005).
- les pharmaciens et les infirmières dans le circuit de commandes globales (novembre 2005).
- les médecins, pharmaciens et infirmières dans le circuit de dispensation.

Une mise en lien rapide avec la gestion des unités de soins est prévue (échanges de données avec le dossier patient informatisé). Au travers de la fonction prescription, ce dernier orchestrera la connexion avec le circuit du médicament, le projet d'informatisation des laboratoires de biologie...

→ Chronique médicale

La maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique Metz-Thionville

Consultation de vaccinologie Nice

Surdité des bébés : tendez l'oreille ! Rouen

Pics d'accouchement à la rentrée et sous la pluie Pointe-à-Pitre

Centre régional de référence Alzheimer Saint-Etienne

Un maillon blanc entre soignants et malentendants Strasbourg

Metz-Thionville

La maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique

La maladie de Crohn et la rectocolite ulcéro-hémorragique sont les Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (M.I.C.I) dont la fréquence a doublé en 50 ans, près de 200 000 français en sont atteints. Le service hépato-gastro-entérologie de l'hôpital Bon Secours à Metz suit en moyenne 200 malades par an. Prochainement ils bénéficieront d'une prise en charge pluridisciplinaire dans le cadre d'un réseau ville-hôpital.

Ces maladies invalidantes qui atteignent souvent des adultes de plus en plus jeunes et même des enfants, évoluent par poussées successives entraînant une fièvre, de la fatigue, des diarrhées parfois sanglantes, un amaigrissement et une dénutrition ainsi que des signes plus généraux telle l'atteinte inflammatoire des articulations, de l'œil ou de la peau. La maladie affecte la qualité de vie des personnes atteintes : scolarité, vie professionnelle et familiale perturbées, grossesses retardées ou annulées.

Le diagnostic évoqué par un examen clinique soigneux et un bilan biologique perturbé, est confirmé par l'imagerie (endoscopie, radiologie) et l'anatomopathologie.

Leurs causes, encore inconnues, font intervenir des facteurs génétiques, d'environnement, (le tabac joue un rôle déterminant) et un dysfonctionnement du système immunitaire local, objet de multiples recherches.

Si on ne sait pas encore guérir définitivement ces maladies, on peut calmer les poussées, diminuer les récurrences. Les formes plus graves bénéficient d'un médicament vedette particulièrement

efficace mais très onéreux (Infliximab : 750 euros la dose, 3 ou 4 doses nécessaires par traitement selon le poids des patients, 6 fois par an).

De multiples nouvelles molécules sont à l'étude et certaines seront très prochainement disponibles. Ils amélioreront la prise en charge de ces malades et réduiront le recours à la chirurgie qui s'impose en cas de forme compliquée.

Aide à la recherche

Fondée en avril 1982 par Janine Aupetit, l'AFA consacre son activité au soutien et au développement de la recherche sur la maladie de Crohn (MC) et les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI). L'association suscite et finance des programmes de recherche fondamentale, clinique et thérapeutique sélectionnés par son Comité scientifique. Ses délégations régionales et ses rubriques d'entraide et de dialogue facilitent les échanges et l'information des malades et de leur famille. L'association organise également des conférences débats en partenariat avec les équipes médicales référentes.

Pour en savoir plus :

Association François Aupetit
Hôpital Saint-Antoine,
bâtiment Jacques Caroli 9^e étage
184, rue du Faubourg Saint-Antoine
75571 Paris cedex 12
Téléphone : 01 43 07 00 49
Télécopie : 01 49 28 31 89
<http://afa.asso.fr>

D'après un article du Docteur A. Courrier, Chef de service médecine interne B, Hépatogastro-entérologie, Hôpital Bon Secours, CHR de Metz

Nice

Consultation de vaccinologie

Le CHU de Nice a ouvert une Consultation de Vaccinologie à l'Hôpital Archet 1. Cette consultation est destinée aux enfants et adultes qui présentent des problèmes médicaux particuliers et pour lesquels des vaccinations sont requises ou contre-indiquées :

- immunodéprimés (chimiothérapie, radiothérapie, maladies hématologiques...), splénectomisés, maladies auto-immunes
- allergiques, asthmatiques, aczémateux
- personnes ayant des activités professionnelles, sportives ou ludiques, les exposant ainsi que leur entourage à des risques particuliers (soins aux enfants et contacts avec la petite enfance,

restauration, professions médicales et paramédicales, rafting, canyoning, voyages en zone tropicale)

Cette consultation est ciblée sur les situations particulières et difficiles de l'indication ou la contre-indication de la décision vaccinale.

Les vaccinations pourront être pratiquées sur place éventuellement sous surveillance médicale. Des vaccinations particulières pourront être assurées :

- encéphalite à tique d'Europe centrale
- encéphalite japonaise
- leptospirose
- vaccination préventive de la Rage
- varicelle
- méningites notamment pour les personnes se rendant à la Mecque
- hépatites
- thyphoïde
- lyme...

Les consultations non motivées par une maladie sous-jacente (immuno-dépression, allergie...) ne sont pas prises en charge par la Sécurité Sociale. Le coût de cette consultation sera de 25 euros auquel s'ajoute le coût des vaccins.

Rouen

Surdité des bébés : tendez l'oreille !

Si la surdité sévère est le handicap le plus fréquent chez le nouveau-né, il est aussi l'un de ceux que l'on sait « contourner » avec le plus d'efficacité. Sans traitement, la surdité sévère rend l'enfant sourd et muet, ou tout au moins ne permet un langage oral que de très mauvaise qualité.

« En France, trois enfants sur 1000 sont concernés. S'ils étaient dépistés précocement, tous pourraient bénéficier d'un traitement et acquérir un langage oral très satisfaisant, voire normal » explique le Docteur Yannick Lerosey, ORL dans le service ORL pédiatrique du CHU de Rouen. **D'ici janvier 2006, ce dépistage sera systématique pour tous les nouveau-nés du CHU de Rouen, soit près de 3000 enfants. Pratiqué à l'âge de 2 ou 3 jours, ce test de dépistage dure 10 minutes.** Une petite sonde est placée dans l'oreille du bébé et envoie un stimuli sonore. Cet acte est complètement indolore. Si le bébé est suspecté de surdité sévère, il fera alors l'objet d'examen plus complets pour confirmer ou infirmer le diagnostic.

Le traitement consiste à faire porter un appareil auditif à l'enfant ou à poser un implant dans l'oreille interne. « Quand ils sont réalisés avant les 6 mois de

l'enfant, ces traitements donnent des résultats excellents » précise le docteur Yannick Lerosey.

A ce jour, seuls 8 départements en France pratiquent ce dépistage, le CHU de Rouen est le premier établissement à le mettre en place à une grande échelle en Seine-Maritime*, « l'idée est maintenant de pouvoir étendre cette initiative à toutes les maternités du département dans les années à venir » souligne le docteur Yannick Lerosey.

* Le département de l'Eure a généralisé ce dépistage depuis 2003.

Pointe-à-Pitre

Pics d'accouchement à la rentrée et sous la pluie.

Devant l'effervescence qui envahit la maternité certains jours, aux mêmes périodes de l'année, les sages-femmes ont lancé une investigation poussée en menant une étude rétrospective sur trois ans de 1989 à 1991 et portant sur 6 271 accouchements. Les résultats montrent qu'il existe une corrélation entre le nombre de naissances, les saisons, les jours de la semaine et la météo.

Les pics d'accouchement suivent un rythme saisonnier avec un maximum en septembre, octobre et novembre et un minimum en février et avril.

La fréquentation des parturientes varie aussi selon les jours, elle augmente en semaine et connaît un déficit le week-end.

Quant à la météo, il apparaît qu'en Guadeloupe, le déclenchement des accouchements répond à la règle « insolation faible, pluviométrie forte ».

Enfin, contrairement aux idées reçues, les relations avec le cycle lunaire sont peu significatives et « relèvent de la mythologie ».

Le rythme saisonnier des heureux événements

L'affluence en maternité au troisième trimestre pourrait correspondre à un phénomène d'origine culturelle amenant les conceptions maximales lors des fêtes de Noël et plus encore du carnaval !

Intéressante sur le plan sociologique, cette étude va aussi aider à une meilleure organisation de la maternité, tant sur le plan humain que structurel.

Actuellement, le taux d'occupation du service dépasse les 110% !

D'après un article de Tania Bredent Bangou



Saint-Etienne

Centre régional de référence Alzheimer

Ouverte au premier janvier 2004, la Cellule Régionale d'Observation de la Démence⁽¹⁾ a été missionnée par l'ARH pour assurer la coordination du diagnostic et de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés en Rhône Alpes. Labellisé pour remplir cette mission épidémiologique et de santé publique, le CHU de Saint-Etienne a implanté cette cellule au sein du service de Neurologie du Pr. Bernard Laurent. Gros plan sur l'activité de ce centre, à la fois observatoire et structure d'appui.

Recensement et recherche

Durant l'année 2004, la cellule a effectué un état des lieux des centres de diagnostic et de prise en charge des troubles de mémoire dans les différents sites de la région. Pour ce faire, trois enquêtes ont été diffusées à toutes les consultations mémoire, aux hôpitaux et aux structures d'accueil de jour⁽²⁾. Une quatrième enquête est en cours pour identifier les spécialistes libéraux qui effectuent régulièrement des consultations mémoire afin de connaître leur mode de fonctionnement.

Parallèlement, un recueil prospectif de l'activité des consultations mémoire de la région a été constitué dès octobre 2004. Ce registre décrit le profil des patients suivis dans les consultations mémoire. Pour exploiter ce recensement dans le cadre de travaux d'évaluation, d'amélioration de la qualité des soins et de recherche clinique communs aux CHU de Lyon, de Grenoble et de Saint-Etienne, il est prévu de le développer pour servir de base de données sur internet.

Un rôle de soutien

La cellule Régionale d'Observation de la Démence est régulièrement sollicitée pour aider au développement de nouvelles consultations mémoire. Elle apporte également une aide méthodologique aux chercheurs ou étudiants réalisant des travaux sur la démence ou les troubles cognitifs. Enfin, elle contribue au développement régional de réseaux de santé épidémiologiques.

Composition de la Cellule Régionale d'Observation de la Démence

- Isabelle ROUCH : praticien hospitalier en Santé Publique mi-temps
- Hélène CAMARASA : psychologue du vieillissement mi-temps
- Chantal WASIAK, secrétaire mi-temps

(1) Dans le cadre de l'application de la circulaire du 16 avril 2002 relative au diagnostic et au traitement de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés

(2) Les résultats de ces travaux ont été présentés au colloque du Forum Alzheimer Rhône-Alpes (FARAP) qui a réuni 500 professionnels régionaux et nationaux le 4 novembre dernier à Saint-Etienne.

Le Centre Mémoire de Ressource et de Recherche

Le Centre Mémoire de Ressource et de Recherche (CMRR) de Saint-Etienne est - depuis 2002 - l'un des deux centres labellisés en région Rhône-Alpes. Centre expert dans la prise en charge de patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de syndromes apparentés. Centre recours pour les diagnostics complexes, il développe une activité de recherche clinique et de formation.

Activité du Centre en 2004

Consultations à visée diagnostique : 1 274 - soit en moyenne 600 nouveaux diagnostics de syndromes démentiels et apparentés par an.

Consultations à visée rééducative : 232

Référents : Pr Bernard Laurent - chef du service de Neurologie et Pr Régis Gonthier - chef du service de Gériatrie clinique.

Strasbourg

Un maillon blanc entre soignants et malentendants

Fondé en 2001, le Maillon Blanc, pôle strasbourgeois de soins, offre aux personnes sourdes et malentendantes de la Région Grand Est, la liberté d'être soignées en langue des signes et/ou en français adapté.

Le Docteur Anne Besançon, responsable du pôle, a réuni toutes les compétences d'une équipe pluriprofessionnelle bilingue : un interprète, d'une psychologue, d'une assistante sociale, d'une secrétaire et d'un médiateur sourd parlant la Langue des signes française.

En France, on recense 4 millions de personnes sourdes et malentendantes. En Alsace leur nombre est compris entre 5000 et 20 000 personnes. Ce chiffre recouvre en réalité des situations très diverses : sourds de naissance, devenus sourds à l'âge adulte, surdités profondes, légères, malentendants, personnes âgées souffrant de presbycusie...

Sur les 100 000 personnes qui utilisent la Langue des Signes Française comme langue principale, environ 2 000 vivent en Alsace. Par manque de compréhension des mesures de soins ou de prévention, de mauvaise appréciation de la gravité de certaines pathologies ou de réticence légitime à utiliser un système qui ne leur est pas adapté, de nombreux sourds demeurent en marge de l'organisation sanitaire qu'ils utilisent mal ou pas du tout. De leur côté, les professionnels soi-

gnants rencontrent les mêmes difficultés à l'égard des personnes sourdes, ne pouvant leur expliquer correctement les traitements.

Pour ne pas rompre la chaîne des soins, le maillon blanc crée le lien qui faisait tant défaut entre les personnes souffrant d'un handicap auditif et le monde hospitalier.

Activité du Maillon Blanc en 2004

- 1143 consultations dont 345 consultations médicales,
- 138 consultations chez la psychologue,
- 79 consultations sociales,
- 409 chez l'interprète,
- 163 médiations.

→ Coordination

Partenariat médecine-chirurgie-obstétrique/médecine suite réadaptation

Limoges

Rhône-Réadaptation

Lyon

Limoges

Partenariat médecine-chirurgie-obstétrique/médecine suite-réadaptation

Afin de réduire l'engorgement des services des urgences, de médecine, de chirurgie et d'obstétrique du Centre hospitalier universitaire de Limoges par des malades trop lourds médicalement pour un retour à domicile ou un passage en service de suite classique, il a été créé un service de suite intermédiaire (SSR pluri spécialisé) à durée moyenne de séjour (15 jours). Les résultats à 5 ans sont positifs pour le MCO qui a vu se dégager annuellement l'équivalent de 8 000 journées ou 1 600 entrées supplémentaires avec abaissement de leur durée moyenne de séjour et du taux de réhospitalisation en CHU.

En 1998, les services des urgences et MCO du CHU de Limoges fonctionnaient à flux tendu. La durée moyenne de séjour (DMS) était de plus en plus longue en l'absence de structure hospitalière intermédiaire capable de prendre en charge des malades relativement lourds et dont l'état était incompatible avec un retour à domicile ou un accueil dans des structures de moyens et longs séjours.

Pour pallier cette situation difficile, le CHU de Limoges positionné le service de médecine de suite d'aigu (MSA) en service SSR pluri spécialisé dont l'activité s'articule avec les services aigus selon trois lignes directrices :

- Réduire le temps d'accès en MSA à moins de 48 heures et assurer un turn-over rapide des patients (DMS de 15 jours à terme),
- Préserver la continuité et la qualité de soins en instituant, pour la première fois en CHU, un vrai partenariat institutionnel entre services d'aigu et de suite, évalué annuellement, avec visites hebdomadaires des médecins de MCO en MSA, staff, protocoles, formation des personnels médicaux et paramédicaux communs. Le service a été sectorisé en trois unités, cancérologie hématologie de suite, orthopédie traumatologie de suite et polyopathologie de suite afin d'optimiser l'accueil en fonction des pathologies,
- Garantir aux patients à leur sortie de MSA un projet social performant (débuté en amont) soit vers un retour à domicile (80 % des cas), soit un transfert vers les partenaires d'aval ou d'autres établissements périphériques.

Ce schéma organisationnel innovant a porté rapidement ses fruits : **le nombre de patients de médecine de suite d'aigu passant de 640/an (avec 80 lits) à 1 000/an (avec 67 lits) avec DMS en chute (23 contre 34), c'est donc en MCO l'équivalent de près de 8 000 journées/an (hospitalisation supérieure à 24 h) et donc 1 600 entrées supplémentaires qui ont pu ainsi être potentiellement réalisées avec baisse de la DMS et du taux de réhospitalisation précoce au CHU.**

LYON

Rhône-Réadaptation pour une meilleure coordination entre MCO et SSR

Les services Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) des hôpitaux publics, PSPH et privés des 4 bassins de santé de Lyon et Villefranche-Sur-Saône ont adressé 22 000 patients dans les services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) en 2004 dont près de la moitié pour les seuls Hospices Civils de Lyon (HCL). Les 16 principaux établissements de soins de courte durée totalisent 91 % des admissions en SSR. Cette importante fréquentation rend indispensable la coordination des flux de patients entre les différentes structures. Pour mener à bien cette mission la coordination « Rhône Réadaptation » s'appuie sur un dispositif conventionnel réunissant l'UGECAM, et les HCL au sein d'une communauté d'établissements de santé et de 51 structures publiques et privées de SSR des 4 bassins de santé de Lyon et du plateau d'Hauteville.

Lancée en 2002 la coordination visait à engager progressivement les établissements partenaires dans une démarche qualité de bonne orientation des patients de court séjour MCO vers les établissements proposant une réponse adaptée à la pathologie et aux besoins de rééducation ou de réadaptation. Cette démarche s'est traduite par l'élaboration d'outils méthodologiques. Une cellule d'animation composée d'un médecin de santé publique, d'un cadre socio-éducatif, d'une conseillère qualité, d'un analyste et d'une secrétaire a coordonné le dispositif et marié les compétences médicales et para-médicales avec celles des directions des établissements et des assistantes sociales. Au sein des HCL, le département Conseil en Stratégie assure le lien avec les projets en SSR et le relais auprès des équipes cliniques ou des directions des différents groupements hospitaliers.

La première année de fonctionnement fut consacrée à la connaissance mutuelle des différents acteurs, aux modalités d'orientation des patients entre les établissements, à l'analyse des besoins à travers les données issues de PMSI, à des enquêtes ponctuelles et à la mise en route d'un certain nombre d'outils. Ceux-ci sont désormais accessibles en ligne sur le site internet de la communauté Rhône Réadaptation. **La fiche standardisée de demande d'admission du patient** élaborée par le groupe de travail SSR de la Conférence sanitaire de secteur est disponible depuis 2004 sur support

papier et son déploiement informatique est en cours de réalisation. **Un logiciel d'aide à l'orientation en SSR est à la disposition des adhérents ainsi qu'un annuaire des SSR basé sur un thesaurus consensuel des situations requérant des SSR.** Il décrit les principaux référents par établissements, les capacités, les modes de prise en charge (SRPR, MPR, soins de suite médicaux et soins de suite gériatriques, SSR pour les enfants, SSR spécialisés).

Soutenue par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, la coordination souhaite aller plus loin en développant en particulier le caractère anticipé des demandes d'admission par les services cliniques. Il est ainsi possible de proposer rapidement un établissement aux patients. Quant aux établissements ils sont assurés d'un taux de remplissage garant de leur stabilité financière.

2005 devrait être l'année des premiers ajustements organisationnels d'importance. **La mise en place d'un Conseil d'orientation stratégique** composé des acteurs clefs des filières de soins quantitativement ou qualitativement significatives comme la neurologie, l'orthopédie, la gériatrie, la cardiologie, est en cours d'organisation. Il est également devenu nécessaire de pérenniser sous une forme élargie, le travail accompli par l'actuelle Commission médico-administrative de régulation des séjours à durée excessive créée aux Hospices Civils de Lyon en 2004 et animée par un médecin.

Autre axe de travail : **la mise en commun des outils et des compétences des différentes coordinations SSR de la région Rhône-Alpes** installées par l'ARH dans presque chacun des 11 secteurs sanitaires. Une première réalisation est en marche à travers le projet « TRAJECTOIRE », qui constitue un des outils du portail santé de la région Rhône-Alpes (www.reseaux-sante.org/sisra - onglet outils).

L'historique, les missions, l'organisation, les outils d'aide à l'admission, l'annuaire et son thesaurus sont disponibles sur le site Web de « Rhône-Réadaptation » : www.rhonereadapt.com.

Contact : A la recherche d'expériences similaires ou complémentaires et de tous commentaires qui pourraient les aider à améliorer leurs prestations, les membres de la cellule d'orientation vous invitent à échanger en adressant vos messages à : alain.deblas@chu-lyon.fr

D'après un article du Dr Alain Deblasi, animateur de la coordination « Rhône-Réadaptation » et d'Isabelle Banterla-Dadon, Département stratégie des HCL.



Projet d'établissement	[p. 22]
Nouvelle gouvernance	[p. 23-24]
Finances	[p. 24]
Qualité - Accréditation	[p. 26]
Nouvelles structures	[p. 26-29]
Partenariat	[p. 29]
Europe	[p. 30]

→ Projet d'établissement

Orientations générales du plan stratégique 2005-2009 **Paris**

Purpan et Rangueil : les grands travaux de la décennie **Toulouse**

Paris

Orientations générales du plan stratégique 2005-2009

Les orientations générales du plan stratégique 2005-2009 de l'AP-HP, adoptées par son Conseil d'Administration le 21 mars dernier, vont guider l'action de l'AP-HP pour les cinq années à venir. Grâce à une organisation plus « lisible », plus cohérente et plus performante, un nouveau paysage hospitalier va progressivement se dessiner pour mieux répondre aux nouveaux besoins de la population d'Ile de France.

Allongement de l'espérance de vie mais vieillissement de la population, avec une incidence accrue du cancer et des maladies dégénératives, auxquelles il faut s'adapter ; migrations intra régionales et disparités de l'offre de soins, qu'il faut corriger. Le constat d'une évolution socio-démographique, marquée par de profonds changements, a été au cœur d'une réflexion prospective qui s'est appuyée sur une analyse croisée des besoins sanitaires émergents, par territoire géographique et par type de populations : les malades âgés ; les malades atteints d'un cancer ; les personnes vulnérables ; la mère et l'enfant.

Le projet médical qui est au centre des orientations générales du plan stratégique de l'AP-HP, Centre Hospitalier Universitaire de l'Ile-de-France qui partage sa mission de soins avec de nombreux autres acteurs publics, s'attache à concilier réponse de proximité et exigence d'excellence, dans un souci de rééquilibrage global de la prise en charge.

Ce nouveau paysage hospitalier, « plus proche, plus juste, plus sûr »,

sera redessiné en tenant compte des enjeux spécifiques de chacun des 4 groupements hospitaliers universitaires (GHU) de l'AP-HP. Dans le Nord, où la population est plus défavorisée, la réduction des inégalités d'accès à la santé devra se traduire par le développement d'activités et de complémentarités entre établissements. Dans le Sud, où l'offre est très concentrée hors Paris, des partenariats devront être développés afin d'assurer une meilleure homogénéité de la prise en charge ; à l'Est, qui se caractérise par un faible dimensionnement de l'offre hors AP-HP, les regroupements d'activités devront être poursuivis ; dans l'Ouest, l'offre devra être à la fois renforcée et mieux répartie entre les nombreux établissements qui composent le GHU.

Pour relever le défi de mieux soigner, l'organisation devra être modernisée, notamment dans la perspective d'une meilleure fluidité de la prise en charge mais aussi en agissant sur la qualité, la sécurité et l'efficacité. Ce sera l'un des objectifs de la mise en place des pôles d'activité.

Cette modernisation, sera soutenue par un programme d'investissement ambitieux en matière d'immobilier (250 000 m² nouveaux seront construits), d'équipements médicaux, de logistique et de système d'information de 2,6 milliards d'euros, soit un effort d'investissement de + 63 % par rapport au précédent plan.

Enfin, l'AP-HP souhaite replacer l'université et la recherche au cœur de ses missions.

Le principal enjeu du projet de plan stratégique est de refonder les relations entre l'AP-HP et l'université en renforçant les mouvements de fusion et de coopération entre les unités de formation et de recherche (UFR) des différentes universités, en médecine, odontologie et pharmacie. Il est également prévu d'accroître le potentiel universitaire de domaines prioritaires, comme les urgences, la gériatrie ou la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité.

Le soutien à la recherche passe par la coordination, le développement, la

valorisation, le suivi des activités de recherche et par l'émergence de structures plus vastes tels les centres d'investigation biomédicaux.

En matière de formation, il s'agit d'attirer les étudiants vers l'Ecole de Paris, mais aussi vers les sites hospitaliers et les disciplines aujourd'hui moins attractives. Un rapprochement des écoles et des universités, permettra de créer des filières professionnelles dans le cadre du cursus européen licence master doctorat (LMD), de structurer la validation des acquis de l'expérience personnelle et professionnelle (VAE), et de conforter la formation continue diplômante.

L'AP-HP qui comprend 38 groupes hospitaliers ou hôpitaux assure près de 5 millions de consultations et accueille plus d'1 million de patients en hospitalisation par an. Elle emploie 91 000 personnes. Le C.H.U. de l'Ile-de-France se définit comme un hôpital de proximité pour les Parisiens et les habitants du cœur de l'Ile-de-France et comme un hôpital de référence - à vocation nationale et internationale- pour les soins, l'enseignement et la recherche.

Toulouse

Purpan et Rangueil : Les grands travaux de la décennie

Quatre grands chantiers vont transformer en profondeur le visage du CHU : la construction d'un bâtiment central à Purpan, d'un pôle de long et moyen séjours à Ancely. Sur le site de Rangueil, le regroupement des blocs opératoires-réanimation s'inscrit dans le cadre du pôle oncologique de Langlade. Quant au nouveau bâtiment pour la médecine physique et réadaptation, il vient juste d'être inauguré.

Les nouvelles constructions satisfont aux impératifs de mutualisation des moyens en cohérence avec la gestion par pôles, d'adaptation aux besoins futurs et d'intégration des activités des soins, d'enseignement et de recherche. Le plateau technique mutualisé est au cœur



des grands projets de même que le principe de non-miroir qui sous-tend la réorganisation ; chaque pôle clinique devant désormais être unique. Les concepteurs ont dû intégrer deux grandes contraintes : la capacité de financement et la configuration actuelle des sites, des bâtiments et des équipements.

Ancely, en 2008 : le long et le moyen séjours de gériatrie - visite guidée par Anne-Maire Capy-Durou, Programmation architecturale

Un bâtiment de 180 lits destiné à accueillir les personnes âgées va être construit sur le site d'Ancely. Le projet est actuellement en phase d'étude. Les travaux débuteront mi-2006 pour s'achever au printemps 2008. Fin mars dernier, à l'issue du concours de maîtrise d'œuvre, l'équipe BDM (Bouey, Digneaux, Maurice & associés) de Bordeaux a été retenue. Situé à mi-distance de l'hôpital Purpan et du pavillon Junot à Casselardit, il permettra le transfert des activités de long séjour de l'hôpital La Grave (160 lits), et de moyen séjour (20 lits) de l'hôpital Purpan. Ce nouveau bâtiment moderne et performant rendra plus agréables les conditions de vie et d'hébergement des patients et tout en optimisant les conditions de travail dans un secteur généralement reconnu comme difficile. Ce projet, qui répond aux normes de Haute qualité environnementale, vise l'amélioration du confort visuel, acoustique, et hygrothermique quelles que soient les conditions climatiques, même jusqu'à un niveau caniculaire.

Le bâtiment central de Purpan : une reconfiguration majeure

Destiné à accueillir le futur plateau technique mutualisé et le regroupement de trois pôles cliniques - l'Institut locomoteur, les neurosciences et le pôle céphalique - le « BCP », selon son nom de code, est conçu comme un projet évolutif, ménageant des possibilités d'extension et de déclinaison dans un avenir à long terme, c'est-à-dire l'arrimage d'autres pôles cliniques.

Environ deux mille membres du personnel du CHU sont concernés par ce projet. Le lauréat du concours sur esquisse a été désigné à la rentrée 2005. Le début des travaux interviendra dans les premiers mois de 2007 et la mise en service pourra intervenir de 2009 à 2011. Avant la réalisation du projet d'ensemble, une hélistation de deux aires de stationnement des hélicoptères prendra place près du pavillon Baudot et le Samu sera transféré dans de nouveaux locaux.

Cette opération, inscrite au plan pluriannuel d'investissements (PPI), est la plus importante en masse financière depuis la construction de Rangueil. Elle entraînera des perturbations dues au chantier pendant des mois, aspect également

pris en compte dans la coordination du projet, tout comme celui de l'impact sur les espaces de stationnement.

Le bâtiment central de Purpan en chiffres

575 lits et places, 27 blocs opératoires, 76 000 m², Coût : 220,4 millions d'euros

Le futur bâtiment des blocs opératoires H3 de Rangueil

Le grand chantier qui occupera Rangueil jusqu'à la fin de la décennie est le futur plateau technique. Ce dossier n'est pas dissociable du déploiement d'activités du CHU à Langlade, dans le cadre du Pôle régional de cancérologie. Le bâtiment des blocs opératoires de l'aile H2 (BOH2) s'avère trop vétuste pour une restructuration. D'où le projet de regrouper les vingt salles ainsi que la réanimation (vingt-six lits, dont six de post-réanimation, ainsi que six lits de soins intensifs pour les grands brûlés) dans un nouveau bâtiment qui sera construit devant l'entrée de Rangueil, face aux urgences.

Quatre groupes de travail affinent le projet. Le programme d'étude est en cours, l'ordre de service interviendra au premier semestre 2007 et marquera le début des travaux prévus pour durer dix-huit mois.

Une consultation est actuellement en cours pour aménager les locaux de Rangueil susceptibles d'accueillir l'accélérateur de particules nécessaire au fonctionnement de la future radiochirurgie stéréotaxique* avec en perspective la participation du CHU au site toulousain du Cancéropôle à Langlade.

Rangueil : un nouveau bâtiment pour la médecine physique et réadaptation

Le « bâtiment industrialisé modulaire » (BIM), destiné à accueillir vingt-sept lits de médecine physique et réadaptation et quatre places d'hospitalisation de jour, a été livré en juillet 2005. Le service conserve son plateau technique qui reste sur le même niveau, à proximité immédiate des locaux d'hospitalisation.

La restructuration des anciens locaux permettra d'ouvrir l'Unité d'hospitalisation sécurisée interrégionale, commune à Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon. Opération d'un montant de 5 millions d'euros. Trois acteurs principaux sont concernés : l'administration pénitentiaire, la police et le CHU.

L'accueil des détenus est une problématique complexe qui va bouleverser les pratiques de soins et exiger des efforts de programmation et de coopération avec les gardiens et les services de police. Ce dispositif devrait offrir des conditions de prise en charge à la fois plus satisfaisantes et plus sécurisées.

* Irradiation très précise d'une tumeur cérébrale par rayonnements de haute énergie

→ Nouvelle gouvernance

Pour un management rénové

Amiens

Contractualisation interne avec le Centre de Soins Dentaires

Clermont-Ferrand

Amiens

Pour un management rénové

Dès 2003, dans son Projet d'établissement, le CHU d'Amiens manifestait son ambition de se tourner vers « une dimension managériale rénovée » et de « mettre sa gestion au service de l'efficience ». Structuré en 16 pôles médicaux depuis 2001, l'établissement a poursuivi cette dynamique en 2003 par l'installation d'un conseil stratégique.

L'expérimentation ministérielle de la nouvelle gouvernance hospitalière lancée en 2004 a permis de conforter le processus amiénois : l'établissement ayant été retenu parmi les 14 CHU pour cette expérimentation.

Afin de consolider la réflexion et de rendre compte de tous les aspects de la rénovation de son management, le CHU a élaboré une charte d'une cinquantaine de pages qui précise très concrètement les modalités de la nouvelle gestion médico-administrative.

Ce document unique, partagé par tous les professionnels, validé par les instances de janvier 2005, formalise l'ensemble de la démarche et en fixe les objectifs : déconcentrer la gestion, rapprocher le processus décisionnel de l'échelon opérationnel, optimiser les compétences et les ressources tout en associant chaque professionnel à la gestion de l'établissement et à ses projets.

La modernisation du management s'accompagne d'une réorganisation en profondeur. L'ensemble des 120 services du CHU, quelle qu'en soit la nature (soignante, médico-technique, logistique ou administrative), est regroupé en 17 pôles : 12 pôles cliniques et médico-techniques et 5 pôles de gestion. Les premiers contrats de pôle sont prévus en 2006.

Par ailleurs, afin d'initier les médecins à la gestion médico-administrative, une formation « Médecins Managers », organisée dans le cadre du G4*, est proposée au corps médical et remporte un grand succès.

* collaboration entre les CHU d'Amiens, de Caen, de Lille et de Rouen

« L'ambition de rénover le management hospitalier répond à celle de bâtir une organisation fondée sur la qualité de prise en charge des patients et de positionner le CHU dans sa dimension nationale, interrégionale et régionale » déclare Philippe Domy, Directeur Général.

Un CHU entièrement reconstruit et restructuré : une unité de lieu pour une unité d'action afin d'anticiper, de moderniser et d'optimiser

Le CHU d'Amiens a entrepris un vaste chantier de restructuration. Réimplanté sur un site préexistant, le nouveau CHU représente un chantier de plus de 172 000 m², dont 68 000 m², déjà existants, entièrement rénovés. L'ensemble des activités d'hospitalisation de courte durée, de soins de suite, de rééducation et de réadaptation, les activités administratives et logistiques ainsi que le dispositif d'enseignement vont intégrer une nouvelle organisation servie par une architecture innovante - avec le concours du cabinet d'architecte AART-FARAH et du bureau d'études THALES.

Le financement du nouveau CHU a été négocié sur des bases originales - le chantier représente une opération unique permettant de respecter un calendrier serré, garant de la cohérence de l'ensemble.

- L'ARH verse par anticipation contractualisée, depuis 2002, le montant des sommes affectées aux amortissements et frais financiers. Ainsi, en 2005, dans le cadre de la mise en œuvre de son Projet d'Etablissement et de son contrat d'Objectifs et de Moyens, le CHU d'Amiens a déjà perçu 8,3 millions d'euros au titre de provisions compensatoires de ses surcoûts financiers.

Ce mode de financement permet de neutraliser l'effet induit par l'investissement sur l'exploitation actuellement et garanti en même temps la pérennité de son financement.

Clermont-Ferrand

Contractualisation interne avec le Centre de Soins Dentaires

La mise en place de l'Hôpital 2007 ayant pour corollaire la nouvelle gouvernance, la contractualisation interne, la tarification à l'activité, la restructuration par pôles et la délégation de gestion, le CHU de Clermont-Ferrand a défini les règles de fonctionnement autour de trois principes : subsidiarité, responsabilité et intéressement.

Le premier Contrat d'objectifs et de moyens interne avec évaluation annuelle a été signé jeudi 09 juin 05 entre le Centre de soins dentaires et le CHU. Jean-Paul Ségade, Directeur Général, le Pr Gilles Bommelaer, Président de la CME et Olivier Ponties, Directeur de l'Hôtel Dieu et du Nouvel Hôpital Estaing, représentaient le CHU et le Pr Thierry Orliaguet, chef de service, le centre de soins dentaires.

Le contrat fixe les objectifs du Centre en termes d'activité, de recettes, notamment hors nomenclature, de recherche* et d'organisation telles que l'exhaustivité de la saisie, la mise en place informatique de la T2A, de la classification commune des actes médicaux et du dossier patient. En contrepartie l'administration alloue les moyens nécessaires soit un budget de 724 000 €, hors dépenses de personnel et s'engage à simplifier le traitement des commandes émanant du Centre.

Le Centre de soins Dentaires doit veiller à ne pas dépasser l'Effectif Autorisé Contractualisé mais il dispose d'une liberté décisionnelle en ce qui concerne le gel ou la transformation de postes. Il s'attachera également à réduire le délai de facturation, les impayés des frais de téléphone. Le centre sécurisera les lieux afin d'éviter les vols de matériel (turbines...). Enfin, il préparera une étude de faisabilité pour la mise en place d'un système de sécurité code barre.

Les atouts du Centre de Soins Dentaires

- une équipe volontaire et motivée
- une structure bien identifiée et autonome
- une forte activité externe : 95% de consultations

* En 2004, le Centre de Soins dentaires a mené 4 PHRC (Programmes hospitaliers de recherche Clinique), 1 en 2005.

→ Finances

Réduire les coûts de fonctionnement pour améliorer la productivité

Caen

Conséquences de la T2A sur le budget du CHU

Fort-de-France

Caen

Réduire les coûts de fonctionnement pour améliorer la productivité

Une productivité globale inférieure à la moyenne des autres CHU, des coûts de fonctionnement supérieurs ! Ce diagnostic sans appel vient conclure l'étude de benchmarking lancée par la Direction Générale de l'établissement. Pour corriger cette situation, le CHU de Caen prévoit un ambitieux schéma directeur de gestion. Il comprend la révision à la baisse des effectifs de certains grades (AS...) au profit des personnels qualifiés et la réorganisation des secteurs d'activité. L'enjeu est de taille ! La T2A pénalise les établissements ayant un prix de revient des soins supérieur à la moyenne.

Le CHU de Caen connaît de graves difficultés financières, son budget a diminué en 2000 et 2001. Depuis, l'établissement est en report de charges et certaines dépenses de 2003 n'ont pu être payées qu'en 2004. Jusqu'à présent les économies générées n'ont pas permis de rééquilibrer les comptes. Avant que le cumul de déficits ne remette en cause ses activités, le CHU a réalisé une étude de benchmarking. Pendant 6 mois, une équipe d'experts du CHU de Caen a passé au crible les modes de fonctionnement des secteurs administratifs, techniques, logistiques, médicaux et soignants de l'établissement. **Objectif** : identifier les secteurs au coût élevé et en déterminer les causes. Les prestations et leur qualité ont ensuite été comparées avec celles de quelques CHU de tailles et d'activités comparables. Les instances de l'établissement ont pris connaissance des conclusions de ce travail.

Le gain de productivité passe par la réduction de certains effectifs et la réorganisation des secteurs.

La faible productivité du CHU s'explique par les déséquilibres importants au niveau du personnel : le nombre de médecins est plus bas que dans les établissements de taille équivalente tandis que celui des professionnels non médicaux est plus élevé. Même constat pour les personnels qualifiés et non qualifiés. De plus, un examen des effectifs, secteur par secteur met en évidence l'inadéquation des effectifs à l'activité.

Un rééquilibrage s'impose au profit des emplois qualifiés. Il conduira à une réduction des effectifs dans certains grades -aides soignant(e)s par exemple- et à une nouvelle répartition dans d'autres : ASH...

Ce réajustement nécessitera de faire évoluer les modalités de fonctionnement. La visite des établissements de référence a permis de dégager des pistes de travail pour des réorganisations dans les secteurs cliniques, médico-techniques et administratifs.

Axes de travail

La mission benchmarking formalise des axes de travail. Elle a constaté que le CHU de Caen traite une part plus importante de l'activité chirurgicale et obstétricale de son secteur sanitaire, que ne le fait la moyenne des autres CHU. Cette activité supplémentaire sera évaluée économiquement, de façon à connaître son impact sur la valeur du point ISA.

Par ailleurs, la stratégie de développement de l'activité devra intégrer non seulement les missions de service public de soins, d'enseignement et de recherche, mais aussi les opportunités économiques et budgétaires.

Enfin, les experts proposent d'inclure un schéma directeur de gestion au projet d'établissement. Ce programme fixera par pôle et par catégorie, des objectifs d'évolution des effectifs, notamment en fonction des prévisions de départs en retraite. Tout en respectant les contraintes de qualité, il définira aussi les évolutions souhaitées en termes d'organisation et de répartition des tâches. La Direction des Ressources Humaines et la Direction des Soins travaillent à l'heure actuelle à la définition des objectifs et des calendriers de réalisation.

D'après un article d'Yves Lecornec, Directeur des Affaires Médicales et Financières, responsable de la mission « Benchmarking ».

Fort-de-France

Conséquences de la T2A sur le budget du CHU

Préoccupé par les conséquences du nouveau dispositif de financement à l'activité, le CHU de Fort de France, insiste sur la nécessité de mieux prendre en compte le contexte géographique, économique et social de la Martinique ainsi que les missions et le rôle de l'établissement au sein de la Caraïbe.

L'insularité et l'éloignement de la métropole obligent le CHU à assurer des services hautement spécialisés, mais qui ne pourront être « rentabilisés » par la T2A du fait d'un bassin de population limité (380 000 habitants en Martinique). Il en va ainsi, pour la chirurgie cardiaque, le service des brûlés ou encore pour certains laboratoires très spécialisés. Au nom de la rentabilité, faut-il renoncer à des services qui seront obligatoirement toujours plus coûteux que leurs homologues de métropole ? Ces activités qui doivent être maintenues, au nom du principe d'égalité d'accès aux soins, devront être financées en tout ou partie dans les MIGAC et non uniquement par le biais des tarifs.

Par ailleurs, Le CHU reste très attentif à ce que les activités à caractère général comme les activités de réseau, les consultations médicales lourdes ou spécifiques, la permanence sociale, la consultation médico judiciaire, la médecine du travail... soient intégralement financées dans les MIGAC.

Autre facteur handicapant : l'environnement économique et social difficile des Antilles

Les hôpitaux martiniquais ont accumulé au cours des années des créances irrécouvrables auprès des populations en situation précaire et des ressortissants des pays étrangers voisins. Ainsi, le montant des créances dues par des patients ressortissant des îles voisines s'est élevé pour le CHU à environ 3,5 millions d'euros pour la seule année 2004 (soit 27% des factures émises au titre des produits hospitaliers). La précarité de la population est également à l'origine de nombreuses créances irrécouvrables. Un quart des habitants de la Martinique n'ayant pas accès aux dispositifs de couverture maladie complémentaire, cela conduit le CHU à

constater chaque année, un volume de créances qui seront difficilement recouvrées d'environ 2 millions d'euros. Pour pallier ces impayés, les responsables hospitaliers proposent également d'intégrer le financement des créances irrécouvrables dans les MIGAC.

Quant aux missions enseignement et recherche (MERRI), la récente création de l'UFR de médecine (1984-1987) et sa mise en place progressive, sont difficilement compatibles avec les modalités actuelles du financement des MERRI dans le cadre de la T2A. Des enveloppes spécifiques devront être définies pour permettre au CHU de se hisser au même niveau que les autres CHU de métropole.

Désavantagé par le contexte économique et social de la Martinique, le CHU de Fort-de-France plaide pour qu'il soit tenu compte de ses spécificités. Ceci devrait se traduire par un relèvement du niveau des MIGAC. « C'est à cette condition que le CHU pourra continuer à offrir des prestations équivalentes aux autres établissements de métropole » déclare Annie Ramin, Directeur Général.

→ Qualité - Accréditation

Accréditation :
mention Très Bien

Amiens

1^{er} du palmarès du Point

Bordeaux

Amiens

Accréditation :
mention Très Bien

Accréditation sans réserve et avec 5 points forts exemplaires ! Des résultats remarquables reflètent de l'engagement fort de tous les personnels dans une démarche de qualité des soins et d'amélioration constante de leurs pratiques pour un meilleur service aux malades.

Aucune réserve et seules deux recommandations sont citées comme axes d'amélioration, d'ores et déjà engagés. Une évaluation qui place le CHU d'Amiens à un niveau d'excellence, à la fois en Picardie et parmi les autres CHU (seuls 2 autres CHU, entités juridiques parfois composées de plusieurs sites, ont été accrédités sans réserves majeures, ni réserves).

Les 5 points forts exemplaires ciblés par les experts visiteurs

- Un management stratégique global adapté au contexte de l'établissement
- La participation active des personnels de terrain dans les groupes de travail
- L'organisation de la direction de la clientèle
- L'organisation transversale des fonctions logistiques
- La démarche qualité dans la prise en charge des patients décédés

Les 2 recommandations

- Veiller à préserver la confidentialité des informations relatives aux patients
- Renforcer l'observance des règles de sécurité transfusionnelle

Véritable composante du management interne, la démarche qualité est également inscrite comme une priorité dans la stratégie du CHU, décrite dans son Projet d'Etablissement. Les résultats de l'accréditation témoignent mieux que tout long discours de la réalité de la mobilisation des professionnels.

Définition :

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés comparable à la certification ISO des entreprises privées, conclut un niveau de performance des hôpitaux selon 4 niveaux : avec réserves majeures, avec réserves, avec recommandations, sans recommandations.

Bordeaux

1^{er} du palmarès du Point

Le CHU de Bordeaux est classé à la première place du 9^{ème} palmarès des hôpitaux de l'hebdomadaire Le Point du 25 août 2005. En 2004 il occupait la deuxième place et la première en 2003.

Le CHU de Bordeaux arrive en tête dans les disciplines suivantes :

1^{er} : chirurgie du rachis et calculs rénaux

2^{ème} : infarctus du myocarde

3^{ème} : chirurgie de la main, glaucome, cataracte

5^{ème} : chirurgie du pied

6^{ème} : cancer du colon et du rectum, rétine, foie-pancréas

7^{ème} : cancer du rein, incontinence urinaire

Le Président du Conseil d'Administration, Monsieur Jean Tavernier, le Directeur Général, Monsieur Alain Hériaud et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, Professeur Gérard Janvier félicitent et remercient l'ensemble du personnel car ces bons résultats sont à mettre à l'actif « de leurs grandes compétences, de leur implication sans faille dans les missions qu'ils conduisent au service de la population bordelaise et aquitaine. (...) cette reconnaissance doit constituer un encouragement à poursuivre dans cette voie et stimuler les énergies pour porter avec dynamisme et conviction les projets ambitieux de notre CHU pour l'avenir. »

Le palmarès des hôpitaux évalue l'ensemble de l'activité du secteur hospitalier public français dans 32 disciplines. Ce classement a été construit à partir d'une série de critères mesurant l'activité, la notoriété, la part de l'ambulatoire, le degré de technicité, le niveau de spécialisation, l'indice de gravité des cas traités et la durée de séjour.

→ Nouvelles structures

Un nouvel immeuble accueillera le plateau de cardiologie

Clermont-Ferrand

A la pointe de la biologie

Lille

Création d'un secteur d'urgences neuro-vasculaires

Marseille

L'unité neuro-vasculaire

Nantes

Création d'un pôle de référence maladies des os et articulations

Paris

Ouverture de 12 places de chirurgie ambulatoire

Reims

Le CHU construit son hôpital femme-enfant

Rennes

Une nouvelle organisation pour la biologie

Saint-Etienne

Clermont-Ferrand

Un nouvel immeuble accueillera le plateau de cardiologie.

Le CHU de Clermont poursuit son opération d'extension et de restructuration. De gros travaux, qui s'étaleront de 2006 à 2009, ajouteront un immeuble de cinq étages, soit un tiers de plus en volume immobilier (13.000 m²), construit sur l'emplacement du centre de transfusion sanguine. Entre autres services, le bâtiment accueillera un grand plateau de cardiologie et service de chirurgie ambulatoire pour l'ORL et ophtalmologie pour un total de 9 unités de 28 lits.

La construction du plateau de cardiologie s'inscrit dans la vaste entreprise de désamiantage de l'hôpital Gabriel Montpied à Saint-Jacques et dans l'organisation de l'établissement en pôles. Il répond également à une nécessaire adaptation de l'accueil.

Le nouveau bâtiment comprendra cinq niveaux et deux rez-de-chaussée (compte tenu du dénivelé du terrain), neuf unités de soins de vingt-huit lits chacune, un plateau de chirurgie ambulatoire (ophtalmologie et ORL), un accueil pour les urgences en cardiologie et une extension du plateau « imagerie médicale ».

A son ouverture, début 2009, l'immeuble abritera des services d'hospitalisation à titre transitoire durant le désamiantage. Les travaux même sont estimés à 38 millions d'euros TTC.

Le cabinet clermontois Charletty-Rambourdin-Rivoire a remporté le concours d'architecture.

A la pointe de la biologie

Le plus grand laboratoire de biologie hospitalière sera installé au CHRU de Lille. Attendu depuis plusieurs années par les professionnels du CHRU, le futur Centre de Biologie du CHRU de Lille constitue le plus grand projet de regroupement des laboratoires jamais mis en œuvre en Europe. Il regroupera sur 18 000 m² 23 laboratoires du CHRU.

Construite dans le cadre du plan hôpital 2007 pour un budget de 35 millions d'euros, cette structure accueillera des équipements de pointe dans des locaux adaptés et favorisera, entre autres le développement de nouvelles méthodes de diagnostic.

La dispersion des équipes et la vétusté de certains locaux ne permettaient plus de satisfaire aux exigences du « guide de bonne exécution des analyses » fixées par l'arrêté du 26 novembre 1999, et constituaient donc un frein aux avancées dans l'approche diagnostique que souhaitait la direction des laboratoires.

La création du Centre de Biologie doit donc permettre d'optimiser l'organisation des laboratoires, en accueillant l'ensemble des disciplines biologiques présentes au CHRU.

Le bâtiment développe une superficie de 18 000 m², répartis sur 5 niveaux (dont un sous-sol), entre les secteurs techniques spécialisés, la plate-forme logistique, les plateaux techniques, et le secteur tertiaire.

L'installation des laboratoires du CHRU au sein du Centre de Biologie présente de multiples avantages :

- amélioration la prise en charge du patient,
- maîtrise des coûts,
- réalisation d'analyses nouvelles au sein de chaque discipline,
- promotion du rôle de recours du CHRU dans les différents domaines de la biologie ou de l'anatomie pathologie
- meilleures conditions de travail du personnel.

Création d'un secteur d'urgences neuro-vasculaires à la Timone

L'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille vient de créer un secteur d'urgences neuro-vasculaires « stroke center », destiné à prendre en charge au moins 800 accidents vasculaires cérébraux chaque année. Ce type de structure, accueillant les patients en urgence 24 heures sur 24, permet d'éviter 50 décès ou handicaps sur 1 000 patients traités.

Situé à l'hôpital de la Timone, dans le service de Neurologie du Professeur André Ali Cherif, le secteur est composé de deux unités de 14 lits.

- La première unité, spécifiquement dédiée à la prise en charge des Accidents vasculaires cérébraux (AVC) en phase aiguë (unité d'Urgences Neuro-Vasculaires), est sous la responsabilité du Pr François Nicoli. Il s'agit d'une unité de neurologie spécialisée comportant un secteur de soins attentifs où les patients sont surveillés par un monitoring continu (ECG, pression artérielle, respiration, oxymétrie, température) durant 2 à 3 jours et un secteur « tiède » permettant d'effectuer une rotation rapide des patients venant du secteur de soins attentifs.

- La deuxième unité est dédiée à la prise en charge des AVC en phase secondaire (unité Neuro-Vasculaire Conventionnelle). Cette unité est la responsabilité du Dr Loïc Milandre.

Le personnel se compose de 12 infirmières, 12 aides-soignantes, 2 médecins seniors et 2 internes.

Des gardes de neurologie sont assurées 24h/24, 7 jours sur 7, par 12 internes en neurologie encadrés par 11 neurologues seniors.

En France, 120 000 accidents vasculaires cérébraux se produisent chaque année, soit un toutes les 4 minutes.

Ils représentent la 1^{ère} cause de handicap de l'adulte, la 2^e cause de déclin intellectuel et la 3^e cause de mortalité.

Les pouvoirs publics ont désigné l'AVC comme l'une des priorités de santé publique, par une circulaire de la Direction des Hôpitaux du 3 novembre 2003.

L'unité neuro-vasculaire

Depuis le 15 mars 2004, le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes s'est doté d'une Unité Neuro-Vasculaire. La création de cette unité s'inscrit dans le cadre du projet d'établissement 2003/2007 mais aussi au plan national comme l'une des priorités actuelles de santé publique. L'UNV est aujourd'hui précurseur dans la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux. Depuis septembre 2004, l'UNV bénéficie de locaux rénovés à l'Hôpital Laënnec ; à proximité des principaux services impliqués dans la prise en charge diagnostique et/ou thérapeutique des AVC : neuroradiologie, cardiologie, neurochirurgie, chirurgie vasculaire, explorations vasculaires.

En mars 2004, le CHU de Nantes s'est doté d'une unité neuro-vasculaire. Basée sur le site de l'hôpital Laënnec, cette unité constitue actuellement le seul centre spécialisé au niveau départemental et régional pour la prise en charge en urgence et 24h/24 des accidents vasculaires cérébraux.

Cette unité privilégie l'admission directe 24h/24 des AVC récents de moins de 3 heures, qu'ils soient ischémiques ou hémorragiques, à la demande du centre 15, du médecin généraliste, du service d'accueil des urgences ou de SOS médecins.

Composée d'une équipe pluridisciplinaire, elle compte 22 lits et bénéficie depuis septembre dernier de locaux entièrement rénovés au 4^{ème} étage de l'aile ouest.

Les AVC sont reconnus comme une urgence diagnostique et thérapeutique. Cette notion est récente et il est important que le corps médical soit bien informé pour être le maillon réactif, et que la population reconnaisse les symptômes d'un AVC afin de pouvoir déclencher l'alerte.

Paris

Création d'un pôle de référence maladies des os et articulations

Première cause de handicap dans les pays industrialisés, les maladies des os et des articulations disposent désormais d'un pôle de référence dans l'Est Parisien, à l'hôpital Saint-Antoine. Dans cet établissement, l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) réunit, depuis le 6 octobre 2005, deux services d'activités chirurgicales complémentaires : le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du Pr Jean-Marc Féron de Tenon et celui du Pr Levon Doursounian de Saint-Antoine, auxquels sera associé le service de rhumatologie du Pr Francis Berenbaum.

Ce rapprochement de compétences s'inscrit dans le cadre de la réorganisation des activités médicales de l'Est parisien. Les patients des sites de référence bénéficieront d'une prise en charge complète, adaptée aussi bien aux soins de proximité qu'aux soins spécialisés. La coordination très étroite et la continuité médicale sont une garantie de qualité des soins renforcée qui intègre les dimensions prévention et éducation.

La création de ce centre intervient dans un contexte d'exigence de haute technicité et de sécurité accrue. En réunissant des professionnels de référence et en mutualisant les ressources rares et coûteuses, ce regroupement favorisera la dynamique de recherche et les échanges entre professionnels, conditions nécessaires au développement des progrès des thérapeutiques. Il offrira également aux étudiants, aux chirurgiens et aux médecins des ressources d'enseignement enrichies.

Les patients, les riverains et les professionnels de santé ont d'ores et déjà été informés des modalités de ce transfert par la diffusion d'une plaquette d'information.

A noter que l'hôpital Tenon continue à accueillir au sein de son Service d'Accueil des Urgences tous types de malades y compris traumatologiques.

Reims

Ouverture de 12 places de chirurgie ambulatoire le 3 octobre 2005

En 2002, le public découvrait les 11 salles du nouveau bloc opératoire central de l'Hôpital Robert Debré. Trois ans plus tard, le voilà invité à visiter l'unité flambant neuve de chirurgie ambulatoire située à proximité de l'hôpital Robert Debré. Ce mode opératoire présente de nombreux avantages ; le principal étant la réduction de la durée d'hospitalisation à quelques heures seulement. Ainsi, il s'écoule moins de 12 heures entre l'admission et la sortie du patient. Le risque nosocomial est réduit. Enfin, la perspective d'une intervention en ambulatoire apparaît toujours moins stressante qu'une opération traditionnelle.

Pour bénéficier d'une intervention en chirurgie ambulatoire, les patients doivent remplir un certain nombre de critères médicaux et environnementaux

Critères médicaux : l'enfant doit être âgé de plus de 6 mois et l'adulte jouir d'un bon état de santé général.

Critères environnementaux. Le patient doit avoir un domicile fixe avec téléphone, bien comprendre les contraintes de sécurité, l'accompagnant doit être présent pour la sortie du patient et durant les 24 heures suivant l'intervention et doit disposer d'un véhicule. Le consentement du patient est fondamental.

L'Unité de Chirurgie Ambulatoire fonctionne en complémentarité avec les services d'hospitalisations complètes de chirurgie et le Département d'Anesthésie. Ouverte de 7 heures à 19 heures du lundi au vendredi, elle dispose de 12 places, extensibles à 15. Son activité est coordonnée par le Pr Malinovsky assisté du Docteur Mérol et de Madame Joly, cadre de santé.

Fiche d'identité de l'unité de chirurgie ambulatoire

Surface : 2800 m²

Calendrier : Début des travaux en juin 2004 Ouverture en octobre 2005

Architectes : Alain Janiaud associé à Philippe Gibert

Montant des travaux : 3,4 millions d'euros

* Définition

Sont regroupés sous le terme « chirurgie ambulatoire » l'ensemble des actes chirurgicaux ou d'investigation (examens) programmés, réalisés dans des conditions techniques nécessitant la sécurité d'un bloc opératoire, avec une anesthésie de mode variable (locale, loco-régionale, générale avec ou sans intubation), suivis d'une surveillance post-opératoire prolongée, permettant la sortie du patient le jour même de son admission sans risque majoré. L'amélioration des techniques chirurgicales et d'anesthésie autorise ce nouveau mode de prise en charge.

Rennes

Le CHU construit son hôpital femme-enfant

Le futur hôpital femme-enfant regroupera sur un même site toutes les activités concourant à la prise en charge des femmes et des enfants. Inscrit au plan national hôpital 2007, ce projet architectural de 52 millions d'euros se décline en quatre points :

- la construction d'une première extension qui accueillera les urgences médicales et chirurgicales pédiatriques, la pharmacie, l'unité de nutrition et diététique pédiatrique, la procréation médicalement assistée,
- la construction d'une deuxième extension pour accueillir le bloc obstétrical et l'hôtel de garde,
- la rénovation et l'extension des unités existantes pour l'unité de grossesses à risques, le service de diagnostic anténatal, et la réanimation pédiatrique,
- la rénovation pour les soins courants de néonatalogie et les chambres mère-enfant.

A la fin des travaux en 2009, l'Hôpital-Sud aura augmenté ses surfaces d'accueil d'1/4 et surtout répondra aux objectifs fixés :

- disposer (en 2007) d'une maternité de niveau III avec des unités coordonnées (grossesses à risques, réanimation infantile, soins intensifs et soins courants de néonatalogie),
- concourir à la prise en charge des femmes et des enfants.

A cette occasion, le CHU a décidé d'identifier ce futur hôpital femme enfant en le baptisant « Hôpital femme-enfant Anne de Bretagne ».

Qui était Anne de Bretagne ?

Il fallait un nom en lien avec l'univers de la femme et de l'enfant qui portait les valeurs positives et ancrerait l'hôpital dans sa ville et sa région. Parce qu'Anne de Bretagne a été duchesse de Bretagne mais aussi reine de France. Parce qu'elle a été placée au rang des femmes les plus illustres compte tenu de sa force d'âme avec laquelle elle supporta à la mort de son père les plus grands revers, de par son habileté dans la direction de son duché, de la protection qu'elle accorda aux arts, aux sciences et à toutes les entreprises utiles.

Saint-Etienne

Une nouvelle organisation pour la biologie

Dans le cadre de la modernisation du CHU de Saint-Etienne, le Plateau de Biologie a ouvert au mois de mai. Cette création s'inscrit dans la perspective du regroupement des activités de court séjour à l'Hôpital Nord. Centre d'innovation et de recherche, le Plateau de Biologie constitue l'un des points forts du campus hospitalo-universitaire progressivement développé sur le site Nord.

Le regroupement des laboratoires sur un même site, au sein d'un plateau commun de biologie, permet d'améliorer la prise en charge biologique des patients et de développer une biologie de spécialité dotée d'équipements et d'installations modernisés. L'efficacité accrue de ce secteur bénéficiera directement et concrètement à l'ensemble de l'établissement.

Les équipes se sont largement investies pour repenser entièrement l'organisation de ce secteur d'activité essentiel dans un CHU.

Cette démarche est destinée à répondre à plusieurs objectifs :

- Optimiser les délais de rendu des résultats
- Diminuer le nombre de prélèvements par patient
- Développer une politique d'assurance qualité
- Renforcer l'hygiène et la sécurité pour le personnel
- Améliorer les conditions de travail
- Disposer d'un outil de travail évolutif
- Développer les activités innovantes et de recherche

L'organisation médicale du futur plateau de biologie repose sur une collaboration étroite des biologistes et sur le regroupement des différents services en trois sections de production spécialisées.

Le nouveau bâtiment représente ainsi 8 630 m² et comprend 3 niveaux :

- 1^{er} niveau : secteur pré-analytique automatisé et connecté au secteur de production partagée de routine et d'urgence / biothèque centrale / stockage central / antenne EFS de distribution et de biologie du receveur
- 2^e et 3^e niveaux : trois sections de production spécialisées disposant chacune d'une unité de biologie moléculaire partagée :
 - section molécule : biochimie, pharmacologie-toxicologie, médecine nucléaire in vitro, génétique, gaz du sang
 - section cellule : hématologie, cytopathologie, explorations fonctionnelles rénales, immunologie
 - section agents infectieux : bactériologie, virologie, parasitologie.

Les travaux se sont déroulés de l'automne 2003 au printemps 2005.

Outre le volet construction, il faut insister sur l'acquisition d'équipements performants et sur l'informatisation qui concerne à la fois les processus internes aux laboratoires et l'acquisition du module de prescription connectée (prescription biologie, radiologie, serveur de résultats).

Coût des travaux : 15 462 214 €

Équipement robotique : 1 500 000 €

Équipement informatique : 1 050 000 €

La création du Plateau de Biologie favorisera les synergies dans le domaine de la recherche au CHU de Saint-Etienne. En effet le Centre Ingénierie et Santé créé par l'Ecole Nationale des Mines de Saint-Etienne et la Faculté de Médecine sera à terme implanté à proximité dans le cadre de la constitution du campus hospitalo-universitaire à l'Hôpital Nord.

→ Partenariat

Le CHU et l'Institut St-Pierre
main dans la main
pour les enfants

Montpellier

Montpellier

Le CHU et l'Institut St Pierre main dans la main pour les enfants.

Le 30 mars 2005, la signature d'une seconde convention entre le CHU de Montpellier et l'Institut Saint-Pierre de Palavas les Flots précise l'organisation de nouvelles filières pédiatriques : le CHU recentre son activité sur les phases aiguës et l'Institut Saint-Pierre sur la rééducation.

Les deux établissements ont une histoire commune. Initiée depuis plusieurs décennies, leur collaboration se renforce par l'évolution des pathologies de l'enfant et de l'adolescent : asthme, obésité, diabète, surdité... et le développement de l'hospitalisation de courte durée. Cette entente s'impose aussi du fait de contraintes budgétaires de plus en plus lourdes. Il s'agit de combiner l'intérêt des patients avec les règles du nouveau système de financement (Tarification à l'Activité ou « T2A »). L'accord garantit le maintien de l'emploi à l'Institut Saint-Pierre et favorise l'équilibre économique des structures.

Un bénéfice pour les patients

Après une étude approfondie des flux de patients entre les différents services de pédiatrie, les médecins des deux structures ont établi de nouvelles filières de soins. Les jeunes malades bénéficient ainsi d'une continuité de prise en charge par des équipes médicales et paramédicales habituées à travailler ensemble - notamment grâce à l'organisation de staffs médicaux communs et de formations collectives et grâce à la mise en place de temps médicaux partagés entre les deux institutions. Les protocoles de soins seront partagés, les dossiers médicaux circuleront facilement, les examens et les analyses ne seront pas faits en double.

Le patient et sa famille identifieront clairement le rôle et les missions de chacun des établissements : l'urgence et l'aigu au CHU, les soins, la rééducation au long cours et la préparation au retour à domicile à l'Institut Saint-Pierre.

L'accord prévoit également le développement d'activités essentielles d'éducation pour la santé (asthme, alimentation).

Un bénéfice économique

Avec la mise en œuvre en 2004 de la « T2A » (Tarification à l'Activité), l'Institut Saint-Pierre devait trouver le moyen de préserver la qualité des soins malgré un contexte économique difficile. La réponse a été de renforcer les liens avec le CHU de Montpellier pour toutes les activités communes, tout en laissant à l'Institut Saint-Pierre sa totale autonomie.

Sans cette convention, le CHU aurait regroupé l'ensemble de l'offre de soins pédiatriques. Une situation très préjudiciable pour les enfants, du fait de l'importante croissance démographique du département et de l'augmentation de certaines pathologies liées à l'obésité.

L'Institut Saint-Pierre

Situé au bord de la mer méditerranéenne, l'Institut Saint-Pierre bénéficie d'un cadre exceptionnel et d'une architecture audacieuse qui donnent à ce lieu l'élégance d'un « hôtel thérapeutique ». Cet établissement de santé privé à but non lucratif est géré par une association, l'Œuvre Montpelliéraine des Enfants à la Mer (OMEM). Il accueille des enfants et des adolescents en hospitalisation complète (111 lits), en hospitalisation de jour (54 places) et en consultation (6000 par an) dans trois domaines : la rééducation fonctionnelle (pathologies neuromusculaires, orthopédiques et traumatiques), l'audiophonologie (surdités profondes, implants cochléaires, troubles spécifiques du langage) et la pédiatrie spécialisée (diabète, mucoviscidose, asthme, épilepsies, cardiopathies, obésité).

250 personnes (médecins, kinésithérapeutes, orthophonistes, infirmiers, psychologues, etc...) travaillent à l'Institut Saint-Pierre.

La dimension internationale des hôpitaux

Les 20, 21, et 22 septembre 2005, Nice accueillait le 34^{ème} congrès de la Fédération Internationale des Hôpitaux : la plus grande conférence internationale de gestion des hôpitaux et des services de santé. Plus d'un millier de responsables hospitaliers venus du monde entier ont échangé et 70 conférenciers se sont exprimés sur les « défis de l'hôpital : risques, qualité, compétences et recherche ». Parmi les temps forts de ce congrès, la France a été mise à l'honneur par l'élection de Gérard Vincent, Délégué Général de la Fédération Hospitalière de France à la présidence de la Fédération Internationale des Hôpitaux. <http://www.fih2005.com>

→ Europe

L'Europe de la Santé prend pied à

Strasbourg

Strasbourg

L'Europe de la Santé prend pied à Strasbourg

Les 22 et 23 septembre 2005, les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, le Centre Hospitalier Universitaire de Liège, en Wallonie (Belgique) et le Centre Hospitalier de Luxembourg (Luxembourg), partenaires dans la construction d'une Europe de la Santé ont célébré les journées de la coopération hospitalière transnationale. L'occasion de faire le point sur l'état d'avancement du programme INTERREG IIIB qui unit les trois établissements en un réseau de coopération hospitalière transnationale.

Un projet qui allie échanges, avancées médicales et formation

La connexion est établie entre les professionnels des trois établissements grâce à l'installation d'une visioconférence et d'un réseau informatique sécurisé. Le site internet : www.interreg.chru-strasbourg.fr a ouvert le 23 septembre. Une étude juridique est en cours, afin de respecter toutes les exigences réglementaires pour définir les conditions du partage des informations nominatives, et les échanges de données médicales.

L'optimisation des prises en charge et des avancées médicales transnationales notamment pour proposer aux personnes transplantées hépatiques dans l'Europe du Nord-Ouest un traitement adapté et une réinsertion. Le bilan d'étape fait état d'une prise en charge psychologique des patients, d'une information du grand public et d'une implication des associations de malades. La diffusion des innovations en thérapie cellulaire, hématologie et oncologie est favorisée par la mise en commun de méthodes de travail et de technologie.

Les travaux menés en faveur du développement de méthodes cognitives innovantes pour les patients schizophrènes ont déjà permis la création de quatre postes de neuro-psychologues. Ils ont également débouché sur la rédaction de protocoles de prise en charge cognitive et de réinsertion socio-professionnelle et sur l'élaboration de contrats de rééducation en accord avec le patient

Au chapitre développement ressources humaines, on recense une communauté d'actions transnationales pour l'amélioration de la qualité des soins dans les blocs opératoires et la constitution d'un référentiel pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité.

Quant aux formations professionnelles destinées aux gestionnaires de services de soins, elles comprennent désormais un échange annuel d'une quinzaine de formateurs et de stagiaires entre les trois institutions, des séminaires annuels et la constitution d'un réseau collaboratif de formation des cadres de santé.

Une émulation en santé à l'échelle d'un territoire de 5,5 millions d'habitants et de 27 710 km².

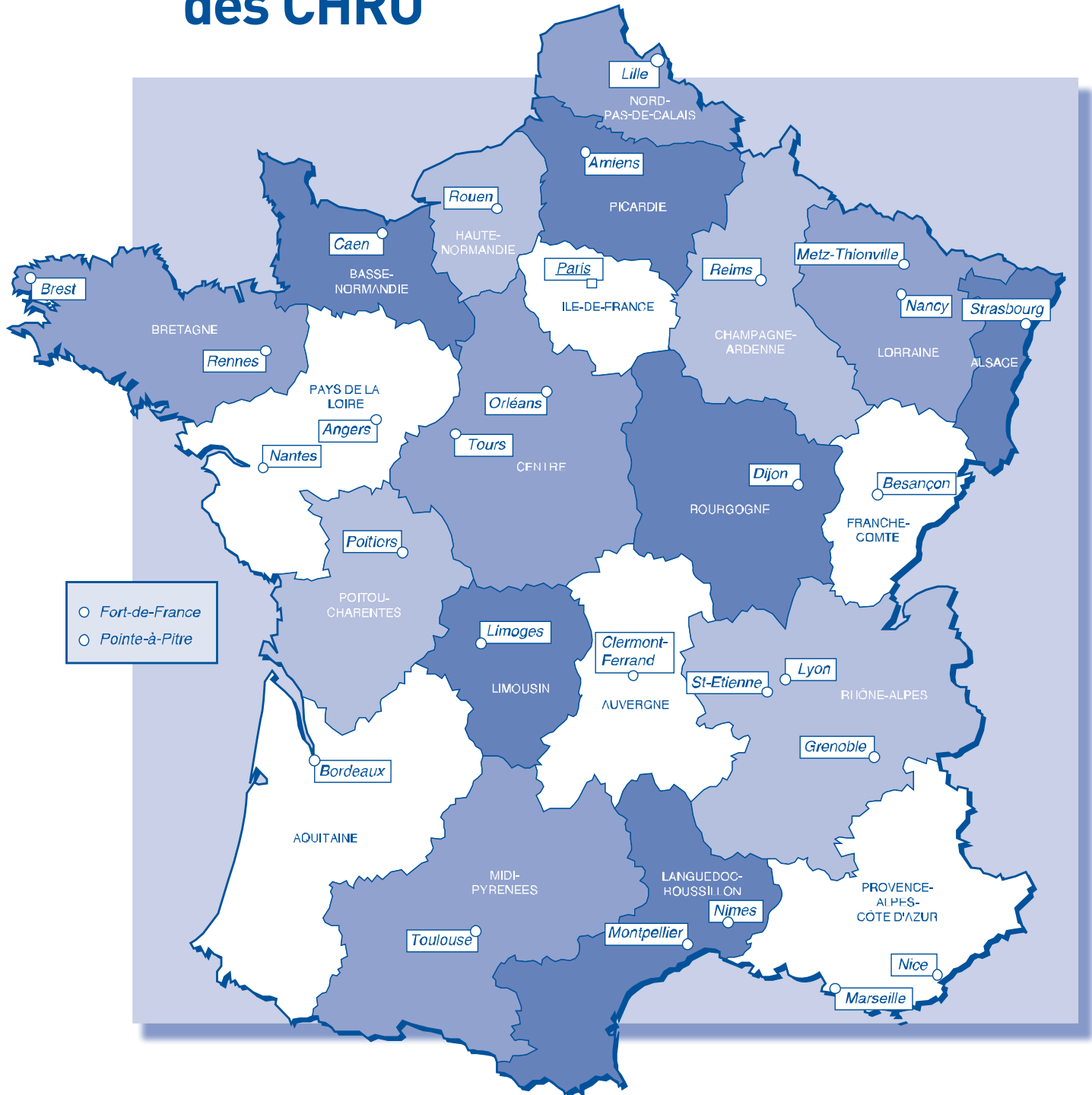
Le réseau de coopération hospitalière transnationale Strasbourg, Liège, Luxembourg s'étend sur les 3 régions d'Alsace, de Wallonie et du Luxembourg. Il vise à optimiser les moyens des trois hôpitaux par la mise en commun de leurs potentialités, médicales, humaines, technologiques, scientifiques, intellectuelles et de leur savoir-faire respectif.

Cette démarche tout à fait innovante favorise la coordination d'actions et la création de pôles d'excellence. Elle incite également à la mobilité des médecins, du personnel soignant, des formateurs et enseignants en santé et des managers hospitaliers. Ces échanges contribuent à décloisonner les pratiques et structures en santé pour le bénéfice de tous.

Sur la période 2003-2007, le programme de coopération hospitalière transnationale s'élève à 3 millions d'euros. Il est financé par le FEDER (Fond Européen pour le Développement Régional), les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, le Conseil Général du Bas-Rhin, le Conseil Régional d'Alsace, la Communauté Urbaine de Strasbourg, le Centre Hospitalier Universitaire de Liège et le Centre Hospitalier de Luxembourg.



→ Carte de France des CHRU



31 CHU : 27 CHU en métropole, 2 CHU en Guadeloupe et en Martinique, 2 CHR Metz-Thionville et Orléans

coordonnées

des responsables de communication

Réseau CHU n°20 - Novembre 2005
En gras, les CHU qui adhèrent à Réseau CHU.

Amiens

Isabelle COUAILLIER
CHU d'Amiens
Place Victor Pauchet
80000 Amiens
Tél : 03 22 66 80 12
Fax : 03 22 66 80 19
couaillier.isabelle@chu-amiens.fr

Angers

Anita RENIER
CHU d'Angers
4, rue Larey
49033 Angers cedex
Tél : 02 41 35 53 33
Fax : 02 41 35 53 55
anrenier@chu-angers.fr

Besançon

Sophie MURACCIOLI
CHU Besançon
2, place Saint Jacques
23030 Besançon Cedex
Tél : 03 81 21 86 26
Fax : 03 81 21 87 15
smuraccioli@chu-besancon.fr

Bordeaux

Frédérique ALBERTONI
CHU Bordeaux
12 rue Dubernat
33404 Talence Cedex
Tél. 05 56 79 53 42
Fax 05 56 79 48 85
frederique.albertoni@chu-bordeaux.fr

Brest

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

Caen

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

Clermont-Ferrand

Dominique MARCHESSEAU
CHU Clermont-Ferrand
58 rue Montalembert
63003 Clermont-Ferrand cedex 1
Tél : 04 73 75 10 87
Fax : 04 73 75 10 92
dmarchesseau@chu-clermontferrand.fr

Dijon

Alain LALIE
CHU de Dijon
1, Bd Jeanne d'Arc
BP1542
21034 Dijon Cedex
Tél : 03 80 29 36 28
Fax : 03 80 29 34 21
alain.lalieu@chu-dijon.fr

Fort-de-France

Yolène PERRONNETTE-DAVILA
CHU Fort-de-France
BP 632
97261 Fort de France cedex
Tél : 05 96 55 22 30
Fax : 05 96 75 84 02
yolene.perronnette-davila@chu-fortdefrance.fr

Grenoble

David CUZIN
CHU Grenoble
38700 La Tronche
Tél : 04 76 76 50 98
04 76 76 50 18
Fax : 04 76 76 52 14
DCuzin@chu-grenoble.fr

Lille

Sandrine DELABY
CHRU de Lille
2, av Oscar Lambret
59037 Lille cedex
Tél : 03 20 44 49 12
Fax : 03 20 44 52 71
s-delaby@chru-lille.fr

Limoges

Florence KWARTNIK
CHU de Limoges
2, Av Martin Luther-King
87042 Limoges Cedex
Tél : 05 55 05 66 94
Fax : 05 55 05 66 67
florence.kwartnik@chu-limoges.fr

Lyon

Danielle GIMENEZ
Hospices Civils de Lyon
3, quai des célestins
69229 Lyon cedex
Tél : 04 72 40 70 30
Fax : 04 72 40 72 30
danielle.gimenez@chu-lyon.fr

Marseille

Denis BURGARELLA
Assistance Publique -
Hôpitaux de Marseille
80, rue Brochier
13354 Marseille cedex 5
Tél : 04 91 38 20 20
Fax : 04 91 38 20 02
Denis.Burgarella@mail.ap-hm.fr

Metz-Thionville

Véronique DE FLORAINE
CHR de Metz-Thionville
6 rue Charles Abel
B.P. 81065
570 38 Metz cedex 1
Tél : 03 87 55 79 04
Fax : 03 87 55 39 60
v.defloraine@chr-metz-thionville.rss.fr

Montpellier

Valérie GORRIAS-GAY
CHU Montpellier
80, avenue Augustin Fliche
34295 Montpellier cedex 5
Tél : 04 67 33 93 43
Fax : 04 67 33 93 65
v-gorrias@chu-montpellier.fr

Nancy

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

Nantes

Manuela DE LA PENA
CHU Nantes
5, allée de l'Île Gloriette
44035 Nantes cedex 1
Tél : 02 40 08 72 27
Fax : 02 40 08 71 61
manuela.delapena@chu-nantes.fr

Nice

Marie GABORIT
CHU Nice
4 avenue Reine Victoria
06000 Nice
Tél : 04 92 03 45 14
Fax 04 92 03 41.06
gaborit.m@chu-nice.fr

Nîmes

Catherine LATGER
CHU de Nîmes
Place de Pr. Robert Debré
30029 NIMES Cédex 9
Tel. 04 66 68 30 01
Fax. 04 66 68 34 00
catherine.latger@chu-nimes.fr

Orléans

Alice LESAGE
CHU d'Orléans
1, rue Porte Madeleine BP 2439 -
45032 Orléans cedex 1
Tél : 02 38 74 44 03
Fax : 02 38 74 41 51
alice.lesage@chr-orleans.fr

Paris

Eve AULONG
Assistance Publique
Hôpitaux de Paris
3, av Victoria
75004 Paris
Tél : 01 40 27 52 06
Fax : 01 40 27 38 54
eve.aulong@sap.ap-hop-paris.fr

Pointe-à-Pitre

Marie-Christine BELTAN
CHU de Pointe-à-Pitre
Abymes
97159 Pointe-à-Pitre Cedex
Tél : 05 90 89 10 28
Fax : 05 90 80 11 19
marie-christine.beltan@chu-guadeloupe.fr

Poitiers

Stephan MARET
CHU Poitiers
Jean Bernard - 2, rue de la Milétrie
B.P. 577 - 86021 POITIERS Cedex
Tél : 05 49 44 47 47
Fax : 05 49 44 47 48
s.maret@chu-poitiers.fr

Reims

Olivier FOGLIETTA
CHU Reims
23 rue des Moulins
51092 Reims cedex
Tél : 03 26 78 34 38
Fax : 03 26 82 65 84
ofoglietta@chu-reims.fr

Rennes

Chantal ROUSSEAU
CHU de Rennes
2 rue Henri Le Guilloux
35033 Rennes Cedex 9
Tél : 02 99 28 24 72
Fax : 02 99 28 43 36
chantal.rousseau@chu-rennes.fr

Rouen

Rémi HEYM
CHU de Rouen
1 rue de Germont
76031 Rouen cedex
Tél : 02 32 88 85 20
Fax : 02 32 88 80 65
remi.heyem@chu-rouen.fr

Saint-Etienne

Isabelle ZEDDA
Direction Générale
CHU Saint-Etienne
42055 Saint-Etienne cedex 2
Tél : 04 77 12 70 13
Fax : 04 77 42 70 48
direction.generale.ag@chu-st-etienne.fr

Strasbourg

Béatrice FRANCES
CHU de Strasbourg
1, pl de l'hôpital - BP 426
67091 Strasbourg cedex
Tél : 03 88 11 63 54
Fax : 03 88 11 53 83
beatrice.frances@chru-strasbourg.fr

Toulouse

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

Tours

Patrick FAUGEROLAS
CHRU Tours
37044 TOURS cedex 1
Tél : 02 47 47 37 57
Fax : 02 47 47 84 31
dir.com@bretonneau.chu-tours.fr

Coordination de la commission communication :

Sandrine DELAGE
CHU de Rennes
Hôpital Sud
16 bd de Bulgarie
BP 90347
35203 Rennes cedex 2
Tél : 02 99 26 71 00
sandrine.delage@chu-rennes.fr